RELATÓRIO TÉCNICO-CIENTÍFICO SOBRE O ACOLHIMENTO DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE PELO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Organizadora
Gesilane de Oliveira Maciel José

2025

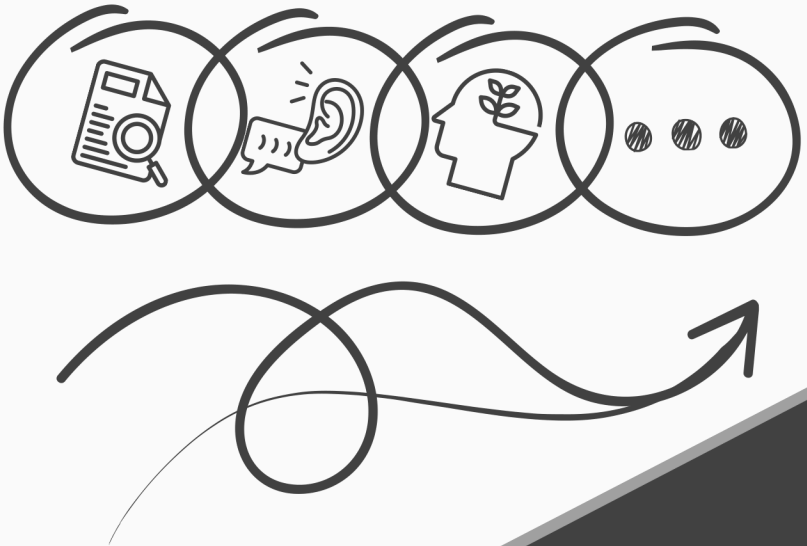
INSTITUTO FEDE
Mato Grosso do Sul

[redacted]

RELATÓRIO TÉCNICO-CIENTÍFICO SOBRE O ACOLHIMENTO DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE PELO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Organizadora
Gesilane de Oliveira Maciel José

2025



INSTITUTO FEDE
Mato Grosso do Sul

Relatório Final: SEI nº 17321816

Objeto da Consultoria: Prestar consultoria técnico-científica ao Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas (DEPAD), do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS) na identificação dos principais fatores que envolvem a permanência e o cuidado de mulheres em entidades de acolhimento.

Unidades envolvidas: DEPAD/MDS e Instituto Federal de Mato Grosso do Sul - IFMS

Brasília-DF

Dezembro/2025

RESUMO

Trabalho realizado na Consultoria

O objetivo deste plano de trabalho é produzir conhecimento técnico científico e promover a troca de saberes e experiências sobre o acolhimento de mulheres em situação de vulnerabilidade em decorrência do uso de substâncias psicoativas.

Produto da Consultoria

O plano de trabalho está dividido em três metas:

Meta 1: realizar diagnóstico baseado em levantamento bibliográfico e documental na literatura especializada e em órgãos oficiais sobre o acolhimento de mulheres em situação de dependência de substâncias psicoativas, visando mapear o estado atual do conhecimento e identificar lacunas nas práticas de atendimento.

Meta 2: prestar suporte na organização e execução do 1º Seminário Internacional sobre a temática, promovendo a escuta ativa e qualificada de especialistas e entidades de acolhimento a mulheres, visando à coleta de dados para o diagnóstico.

Meta 3: sistematizar as informações obtidas em relatório final, visando fornecer subsídios técnicos ao aprimoramento das políticas e das práticas de atendimento nas entidades de acolhimento. Este relatório constitui o produto final da consultoria, consolidando o conhecimento técnico-científico e as experiências coletadas ao longo de todas as etapas do plano de trabalho.

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República	Luiz Inácio Lula da Silva
Vice-Presidente da República	Geraldo José Rodrigues Alckmin Filho
Ministro do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome	José Wellington Barroso de Araújo Dias
Secretário-Executivo	Osmar Ribeiro de Almeida Júnior
Diretor do Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas	Sâmio Falcão Mendes
Coordenadora-Geral de Planejamento e Avaliação	Danielle Andrade Oliveira
Coordenador-Geral de Articulação e Projetos Estratégicos	Diego Mantovaneli do Monte

FICHA TÉCNICA

Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS)
Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas (DEPAD)

Linha Temática: Política sobre drogas, acolhimento e vulnerabilidade de gênero.

Organização e Coordenação: Gesilane de Oliveira Maciel José.

Consultoria Técnica e Elaboração: Gesilane de Oliveira Maciel José, Jean Michel Pimentel Rocha, José Ferdinando Ramos Ferreira, Osmar Torres.

Projeto Gráfico e Diagramação: Caren Bozzano Nunes.

© Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

1ª edição - 2025.

FICHA BIBLIOGRÁFICA

José, Gesilane de Oliveira Maciel (Coord.)

Relatório Técnico-científico sobre Acolhimento de Mulheres em Situação de Vulnerabilidade pelo Uso de Substâncias Psicoativas. [livro eletrônico] / Gesilane de Oliveira Maciel José (Org.) [et al.] — Brasília, DF: Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas (DEPAD), 2025.

186 p.: il.; (Bibliografia).
ISBN: 978-65-01-87566-8 (Livro impresso)

1. Transtorno por Uso de Substâncias. 2. Acolhimento. 3. Mulheres. 4. Comunidades Terapêuticas. 5. Políticas Públicas. 6. Intersetorialidade. I. Título. II. José, Gesilane de Oliveira Maciel.

Para citação:
JOSÉ, Gesilane de Oliveira Maciel (Coord.) *et al*. *Relatório Técnico-científico sobre Acolhimento de Mulheres em Situação de Vulnerabilidade pelo Uso de Substâncias Psicoativas*. Brasília, DF: MDS/DEPAD, 2025. [livro eletrônico]

NÚCLEO RESPONSÁVEL PELO PLANO DE TRABALHO

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso do Sul

Coordenação

Gesilane de Oliveira Maciel José

Pesquisadores

Gesilane de Oliveira Maciel José

Jean Michel Pimentel Rocha

José Ferdinando Ramos Ferreira

Osmar Torres

Monitoria

Beatriz Barbosa Dillenburg

Viviane de Oliveira Rocha Barbosa

Comunicação e Projeto Gráfico

Cáren Bozzano Nunes

Apoio Administrativo

Byron Mariano de Oliveira

LISTA DE SIGLAS

ABEAD	Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas
ACT	Terapia de Aceitação e Compromisso
ASSIST	Smoking and Substance Involvement Screening Test
AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEAD/SEJUSP	Conselho Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas/ Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública
CENTROS POP	Centros de Referência Especializados para Pessoas em Situação de Rua
CEPD/MA	Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas do Maranhão
CETAD	Observatório Baiano sobre Substâncias Psicoativas
CICAD	Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIDH	Comissão Interamericana de Direitos Humanos
CND	Comissão de Narcóticos da ONU
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONED	Conselho Estadual de Políticas Sobre Drogas
CONFENACT	Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas
CPAD	Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CREAS	Centros Especializados de Assistência Social
CTs	Comunidades Terapêuticas
DAWN	Drugs, Alcohol and Woman Network
DBT	Terapia Comportamental Dialética
DEPAD	Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas
DGP	Diretório de Grupos de Pesquisa
DQ	Dependência Química
DSEI/SESAI	Distrito Sanitário Especial Indígena/ Secretaria de Saúde Indígena

EENF	Escola de Enfermagem/UFAL
EERP/USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
EPM	Escola Paulista de Medicina/UNIFESP
ESF	Equipe de Saúde da Família
FEBRACT	Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FLACT	Federação Latino-Americana de Comunidades Terapêuticas
GEPÊPrivação	Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Educação em Regimes de Privação de Liberdade
GPESAM	Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Álcool e Drogas/UFAL
GPPS	Grupo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde/Saúde Mental/UFSC
GPSMDQ	Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química
GRUPAD	Grupo de Prevenção do Uso Nocivo do Álcool e/ou Drogas
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre/UFRGS
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IFMS	Instituto Federal de Mato Grosso do Sul
IPUB	Instituto de Psiquiatria/UFRJ
ISO	Organização Internacional para Padronização
LECUCA	Levantamento de Cenas de Uso em Capitais
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
LGBTQIAPN+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexuais, Pansexuais, Não-binários e +
MDH	Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania
MDS	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome
MJSP	Ministério da Justiça e Segurança Pública
MS	Ministério da Saúde
NAVES	Núcleo de Pesquisa em Vulnerabilidade e Saúde/UFMG
NEIP	Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos
NEPP	Núcleo de Estudos de Políticas Públicas/Unicamp

NEV	Núcleo de Estudos da Violência/USP
NUSMAD	Núcleo Saúde Mental, Álcool e Drogas/Fiocruz/Brasília
OBSeg/NEPP	Observatório de Violência, Segurança Pública e Penitenciária do Núcleo de Estudos de Políticas
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONGs	Organizações Não-Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAS	Plano de Atendimento Singular
PEI	Planejamento Estratégico Institucional
PIA	Plano Individual de Atendimento
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAISP	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional
PNAMPE	Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de Liberdade e Egressas do Sistema Prisional
PNH	Política Nacional de Humanização
PPGs	Programas de Pós-Graduação
PPGSC	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFSC
	Privação de Liberdade
PROJAD	Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas/UFRJ/IPUB
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SISCT	Sistema Eletrônico de Gestão de Comunidades Terapêuticas
STF	Supremo Tribunal Federal
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSP	Sistema Único de Segurança Pública

TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEAF	Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal
TED	Termo de Execução Descentralizada
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TUO	Transtorno por Uso de Opioides
TUS	Transtorno por Uso de Substâncias
UA	Unidades de Acolhimento
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UESPI	Universidade Estadual do Piauí
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UnB	Universidade de Brasília
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNIAD	Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas/UNIFESP
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNICEUB	Centro Universitário de Brasília
UNICRI	Instituto Inter-regional de Pesquisa sobre Crime e Justiça das Nações Unidas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
USP	Universidade de São Paulo
Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas

S U M Á R I O

1 INTRODUÇÃO 15

2 METODOLOGIA 19

3 METAS E ETAPAS DE EXECUÇÃO 27

3.1 META 1 - LEVANTAMENTO DOCUMENTAL E ANÁLISE DE LITERATURA CIENTÍFICA SOBRE O ACOLHIMENTO DE MULHERES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS (TUS) 29

3.1.1 Políticas Públicas Nacionais sobre acolhimento de mulheres com TUS 29

3.1.1.1 Breve contextualização histórica da dependência química: interfaces com o gênero feminino 29

3.1.1.2 Políticas públicas nacionais sobre drogas e acolhimento feminino 39

3.1.1.3 Comunidades Terapêuticas e acolhimento feminino 44

3.1.2 Políticas Públicas Internacionais sobre acolhimento de mulheres com TUS 62

3.1.2.1 Iniciativas no âmbito das Nações Unidas: o Projeto DAWN 63

3.1.2.2 Diretrizes da UNODC para o tratamento e reabilitação de mulheres 64

3.1.2.3 Dependência: por um olhar sensível ao gênero 70

3.1.2.4 Iniciativas no âmbito da OMS 73

3.1.2.5 Iniciativas no âmbito da CICAD/OAS 76

3.1.2.6 Iniciativas no âmbito do Grupo Pompidou 79

3.1.2.7 Literatura Científica Internacional sobre mulheres com TUS . 86

3.1.3 Análise documental e da produção científica sobre o acolhimento de mulheres com TUS 101

3.1.3.1 Serviços de atendimento a mulheres 102

3.1.3.2 Serviços com componente de acolhimento no panorama internacional e brasileiro 107

3.1.3.3 Desafios 122

3.1.3.4 Algumas considerações 124

3.2 META 2 - CONSULTORIA E APOIO AO DEPAD NA ORGANIZAÇÃO DE EVENTO CIENTÍFICO INTERNACIONAL 126

3.2.1 Realização, organização e parcerias 126

3.2.2 Programação do evento 127

3.2.3 Realização do Seminário 129

3.2.4 Ações pós-evento 131

3.3 META 3 - ANÁLISE DA ESCUTA QUALIFICADA DE ENTIDADES E ESPECIALISTAS 132

3.3.1 Estrutura Institucional e Protocolos 133

3.3.1.1 Lacunas e desafios 133

3.3.1.2 Recomendações 135

3.3.2 Práticas de Acolhimento, Vulnerabilidade e Redução de Danos ... 136

3.3.2.1 Lacunas e desafios 136

3.3.2.2 Recomendações 138

3.3.3 Articulação Intersetorial e Eficácia das Abordagens 141

3.3.3.1 Lacunas e desafios 141

3.3.3.2 Recomendações 142

3.3.4 Família, Reinserção Social e Financiamento 144

3.3.4.1 Lacunas e desafios..... 144

3.3.4.2 Recomendações 145

3.3.5 Avaliação de Resultados e Políticas Públicas 146

3.3.5.1 Lacunas e desafios 147

3.3.5.2 Recomendações 147

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES 151

5 REFERÊNCIAS 157

6 APÊNDICES E ANEXOS..... 171

1. INTRODUÇÃO

1

A Política Nacional sobre Drogas prevê ações voltadas à atenção, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, conforme preconiza o art. 26-A da Lei nº 11.343 (Brasil, 2006). Entre essas ações, destaca-se o acolhimento em Comunidades Terapêuticas (CTs), que constituem espaços de suporte para pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo ou da dependência de substâncias psicoativas. Tais entidades realizam o acolhimento em caráter intersetorial e interdisciplinar, fundamentado na adesão e na permanência voluntárias, bem como na convivência e no fortalecimento de vínculos.

No contexto da gestão pública brasileira, o Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas (DEPAD), vinculado ao Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), é o órgão encarregado de conceber, administrar e supervisionar ações e projetos voltados ao cuidado de usuários e dependentes de substâncias psicoativas, incluindo a habilitação, o monitoramento e o acompanhamento das CTs.

Dada a complexidade da dependência, torna-se necessária uma abordagem diferenciada, sensível às particularidades de grupos específicos, como as mulheres. A experiência feminina com a dependência química é marcada por múltiplas vulnerabilidades interseccionadas, envolvendo desigualdade de gênero, violência, estigma e responsabilidades de cuidado. Nesse cenário, as CTs que acolhem mulheres enfrentam desafios adicionais, relacionados à adequação das práticas institucionais, à oferta de cuidado sensível ao gênero e à garantia de direitos, o que reforça a necessidade de análises qualificadas sobre esse modelo de acolhimento.

Cabe destacar que, apesar dos avanços normativos, o acolhimento institucional de mulheres com Transtornos por Uso de Substâncias (TUS) permanece atravessado por disputas entre modelos biomédicos, comunitários e moralizantes, o que exige análise crítica sobre seus impactos na autonomia, na dignidade e na garantia de direitos. Nesse sentido, o DEPAD fomenta o aprimoramento das metodologias de cuidado, atuando na

consolidação de estratégias que assegurem a reabilitação psicossocial e a efetiva reinserção social.

Considerando esse cenário e a insuficiência de abordagens padronizadas que contemplem as demandas do público feminino, o MDS firmou o Protocolo de Intenções nº 1/2025/MDS/SE/DEPAD com o Ministério das Mulheres, com vistas a fomentar o desenvolvimento de ações conjuntas e coordenadas destinadas ao atendimento de mulheres em entidades de acolhimento em decorrência de TUS.

Para viabilizar as ações previstas, o DEPAD estabeleceu parceria com o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso do Sul (IFMS), formalizada por meio de um Termo de Execução Descentralizada (TED). Esse arranjo cooperativo teve como objetivo geral sistematizar informações e experiências relacionadas ao acolhimento de mulheres em CTs, produzindo análises qualificadas que subsidiem a formulação de diretrizes e o aprimoramento das políticas públicas nacionais.

Para o alcance desse propósito, o estudo foi estruturado em três metas fundamentais:

a) **Meta 1:** levantamento documental e revisão da literatura científica, visando consolidar uma base conceitual atualizada sobre o acolhimento de mulheres com TUS em CTs.

b) **Meta 2:** apoio e suporte técnico à realização de evento científico internacional, destinado a promover o debate qualificado entre especialistas, pesquisadores e mulheres egressas.

c) **Meta 3:** sistematização e análise da escuta qualificada, com o intuito de integrar as contribuições de entidades e especialistas para a formulação de recomendações estratégicas ao DEPAD.

A metodologia adotada consistiu na integração dessas etapas, permitindo um estudo de natureza técnico-científica e de análise diagnóstica. Nesses termos, é fundamental destacar que ele não tem caráter fiscalizatório nem o objetivo de avaliar o cumprimento de normas impostas às entidades pelo Estado brasileiro.

Este documento apresenta-se estruturado nas seções de Introdução, Metodologia e Metas e Etapas de Execução. Finaliza-se com as Considerações Finais e Recomendações, seguidas pelas Referências, Apêndices e Anexos.

2. METODOLOGIA

2

A metodologia adotada neste trabalho fundamentou-se em uma abordagem qualitativa (Minayo, 2007), voltada à produção de conhecimento aplicado e ao fortalecimento do diálogo entre a academia, o poder público e a sociedade civil.

Sua condução pautou-se por rigorosos preceitos éticos, assegurando o sigilo e o anonimato nas etapas de escuta qualificada. Priorizou-se o respeito à integridade e à trajetória das pessoas envolvidas, garantindo que a coleta de informações ocorresse em estrita observância à dignidade humana.

As ações metodológicas compreenderam três eixos de execução interligados:

***(i)* Análise documental e bibliográfica:** mapeamento do referencial normativo nacional e internacional, bem como levantamento e sistematização da produção científica sobre a temática.

***(ii)* Escuta qualificada e coleta de dados:** englobando a organização do evento técnico-científico, a aplicação de instrumentos e o trabalho de campo junto a especialistas e entidades de acolhimento.

***(iii)* Sistematização, análise e validação dos resultados:** consolidação dos achados para a formulação de recomendações estratégicas.

O primeiro eixo foi organizado em três etapas. Iniciou-se com o levantamento, a coleta e a análise das diretrizes nacionais, portarias e programas institucionais destinados ao atendimento de pessoas em situação de uso de substâncias psicoativas. Em seguida, realizou-se o mapeamento dos marcos legais, recomendações e diretrizes internacionais referentes ao transtorno por uso de substâncias em mulheres. Esse levantamento possibilitou identificar avanços normativos e interfaces intersetoriais entre as políticas existentes. Por fim, a terceira etapa consistiu na sistematização da produção científica e técnica, contemplando artigos, relatórios e modelos de atendimento, além da identificação de instituições, grupos de pesquisa e estudos voltados à dependência química, à saúde pública e às vulnerabilidades de mulheres. Este primeiro eixo forneceu os subsídios necessários às demais ações, de modo a conferir ao trabalho legitimidade técnica perante o arcabouço científico. A análise viabilizou a compreensão das tendências

de acolhimento, bem como a identificação de lacunas teóricas e de perspectivas emergentes na literatura especializada.

O **segundo eixo** consistiu na escuta qualificada e na coleta de dados, envolvendo especialistas, gestores e representantes da sociedade civil. Seu ponto focal foi o 1º Seminário Internacional de Acolhimento a Mulheres em Situação de Vulnerabilidade pelo Uso de Substâncias Psicoativas. O evento foi organizado pelo DEPAD, em parceria com instituições acadêmicas de referência: o Núcleo de Estudos da Violência (NEV/USP), o Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Educação em Regimes de Privação de Liberdade (GEPÊPrivação/USP) e o Observatório de Violência, Segurança Pública e Penitenciária (OBSeg/NEPP/Unicamp). O suporte técnico foi fornecido pelo IFMS, que contribuiu na operacionalização das atividades e no processo de escuta. O encontro reuniu cerca de oitenta (80) pessoas, incluindo pesquisadores, palestrantes, mediadores, egressas e representantes de entidades de acolhimento.

O Seminário, que contou com o apoio de entidades como a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), a Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas (CONFENACT), a Freemind, a Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) e a Associação Alcoolismo Feminino, configurou-se como um espaço de diálogo intersetorial, reflexão crítica e intercâmbio de saberes. Entre os palestrantes, destacou-se a participação de pessoas com experiência de vida que foram acolhidas em CTs, garantindo que as vozes dos sujeitos envolvidos estivessem presentes no debate. A sistematização das contribuições extraídas do encontro constituiu a base empírica para a formulação de recomendações estratégicas, visando a ações mais sensíveis às especificidades de gênero no campo da atenção à saúde mental e ao uso de substâncias.

O processo de coleta de dados combinou diferentes instrumentos para triangulação e enriquecimento da base empírica (Minayo, 2007). A estratégia metodológica baseou-se prioritariamente na escuta coletiva do referido Seminário, cujos dados foram posteriormente complementados por meio de instrumentos individualizados. Todas as etapas de coleta que envolveram interação direta com os indivíduos foram precedidas pela leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre

e Esclarecido (TCLE)[1], garantindo o anonimato e a adesão voluntária dos participantes, conforme as diretrizes éticas aplicáveis a este estudo. O escopo da coleta incluiu:

a) Observação sistemática e escuta qualificada (Seminário Internacional): consistiram no registro sistemático das contribuições expressas nas palestras, mesas temáticas e no debate da plenária final, visando captar percepções e desafios institucionais. A plenária[2], realizada na etapa final do evento, foi essencial para a apreensão de dados, pois permitiu manifestações tanto orais quanto escritas, sendo esta última viabilizada por meio de um formulário digital (QR Code). A escuta ativa e os registros em diário de campo foram realizados ao longo dos dois dias do evento (6 e 7 de outubro de 2025), totalizando 14 horas de imersão e monitoramento das sessões.

b) Questionário estruturado[3]: aplicado aos gestores de entidades de acolhimento parceiras do DEPAD, resultando na participação de cinco (5) entidades.

c) Entrevistas semiestruturadas[4]: foram realizadas cinco (5) entrevistas com especialistas na temática, conduzidas em dois momentos distintos: durante o Seminário e em etapa posterior. As entrevistas contaram com a participação de profissionais com vasta *expertise* no campo, todas com atuação direta no cuidado de pessoas com TUS. O tempo de experiência do grupo variou entre 6 e 40 anos, com formações que abrangem as áreas de Psiquiatria (1), Terapia (1), Psicologia (1) e Direito (2). Vale ressaltar que a contribuição das duas advogadas está diretamente ligada ao desenvolvimento de políticas públicas sobre drogas, envolvendo os pilares de prevenção, tratamento e ressocialização. No que tange à vivência pessoal, o grupo é composto por duas profissionais que se autodeclaram alcoolistas em recuperação e uma terceira com aproximação direta à temática por vínculo familiar. A amostra intencional, embora reduzida,

[1] Disponível no apêndice 1.
[2] Disponível no apêndice 2.
[3] Disponível no apêndice 3.
[4] Disponível no apêndice 4.

forneceu dados consistentes e representativos das perspectivas-chave, garantindo a profundidade necessária ao diagnóstico técnico-científico.

d) Conversa técnica com a equipe do DEPAD, com o objetivo de compreender os fluxos de seleção e monitoramento, bem como os procedimentos de fiscalização aplicados às entidades parceiras.

e) Visita de reconhecimento de campo: realização de uma visita exploratória a duas (2) entidades de acolhimento situadas em Brasília/DF. Essa ação permitiu a observação direta da dinâmica cotidiana e da realidade *in loco* do serviço, fornecendo elementos para a contextualização dos dados obtidos pelos demais instrumentos. Por seu caráter eminentemente exploratório, a ação focou na qualificação do diagnóstico contextual, sem a pretensão de representatividade estatística.

O Seminário Internacional, ponto focal do segundo eixo, contou com a participação de cerca de oitenta (80) pessoas, incluindo pesquisadores, palestrantes, mediadores, egressas e representantes de entidades de acolhimento e da sociedade civil.

O roteiro dos instrumentos foi norteado pelos seguintes blocos temáticos:

- **Bloco I – Estrutura Institucional e Protocolos:** concentrou-se na compreensão da trajetória do usuário em situação de uso de substâncias psicoativas, incluindo a identificação dos fatores de risco e a ocorrência de comorbidades associadas. O objetivo desta etapa foi coletar informações que pudessem subsidiar tecnicamente o desenvolvimento, a validação ou a adequação dos protocolos institucionais das entidades de acolhimento, garantindo que as práticas sejam baseadas no perfil epidemiológico e nas necessidades específicas das mulheres.
- **Bloco II – Práticas de Acolhimento e Vulnerabilidade:** dedicado à identificação das práticas de acolhimento e sua intersecção com as particularidades das mulheres. Nesta etapa, procurou-se entender os desafios éticos e sociais, como o estigma, a incidência de violência e o nível de preparo do sistema para lidar com a diversidade. Além disso, buscou-se identificar a integração entre os modelos de abstinência e de redução de danos, com ênfase na promoção da inclusão social desse grupo.

- **Bloco III – Articulação Intersetorial e Eficácia das Abordagens:** bloco focado no levantamento de diferentes modalidades terapêuticas e no atendimento de necessidades específicas. O objetivo central foi identificar a atuação intersetorial (saúde, assistência social, justiça) e mensurar a eficácia percebida dessas abordagens no contexto da recuperação e da reinserção.
- **Bloco IV – Gestão de dados e Reinserção Social:** neste bloco, procurou-se estabelecer a conexão entre a reinserção social, familiar e comunitária dos indivíduos e os desafios de governança das entidades. O levantamento focou em como a gestão pública – incluindo a coleta de dados (monitoramento), o financiamento e os mecanismos de fiscalização – impacta e se articula com o sucesso da reinserção e a eficácia das redes de apoio (familiar e social).
- **Bloco V – Avaliação de Resultados e Políticas Públicas:** o último bloco concentrou-se nas metodologias de avaliação de resultados, elementos essenciais para a gestão baseada em evidências. Envolveu a discussão sobre o estabelecimento de protocolos claros, indicadores de desempenho e a geração de evidências científicas.

A análise integrada desses blocos permitiu identificar necessidades formativas e desafios institucionais, resultando na elaboração de recomendações direcionadas ao fortalecimento das políticas públicas e do impacto das ações desenvolvidas, sempre pautadas nas vozes dos sujeitos envolvidos.

O **terceiro eixo** compreendeu a síntese, a análise e a validação coletiva das informações obtidas nas etapas anteriores. Tal processo assegurou a transparência e a legitimidade metodológica, resultando na consolidação de um relatório técnico-analítico baseado nas evidências levantadas, nas proposições dos participantes, bem como nas recomendações estratégicas para o fortalecimento das políticas e das práticas interinstitucionais.

Para o tratamento analítico do material empírico qualitativo e documental, adotou-se a estrutura metodológica proposta por Minayo (2007), articulada em três momentos interdependentes: (a) ordenação dos dados; (b) classificação dos dados; e (c) análise e síntese interpretativa. O tratamento do material diz respeito ao conjunto de procedimentos que visam à valorização e à compreensão sistemática dos dados coletados.

O estudo realizou os três procedimentos, porém, com uma delimitação clara do rigor analítico em função do caráter técnico-científico e diagnóstico do relatório.

Na fase de classificação, por meio de uma abordagem temática, realizou-se o agrupamento das contribuições com base nos critérios de relevância, convergência e divergência entre as falas. A análise propriamente dita ocorreu de forma aplicada e contextualizada. O procedimento consistiu no confronto dos dados empíricos com o referencial bibliográfico e documental. Esse confronto permitiu a interpretação da realidade observada à luz do arcabouço teórico-normativo, cumprindo o objetivo de subsidiar o planejamento institucional.

3. METAS E ETAPAS DE EXECUÇÃO

3

A execução deste estudo foi organizada em três metas, que permitiram a transição do levantamento teórico para a escuta empírica e, por fim, para a elaboração deste diagnóstico. O cumprimento dessas etapas assegurou a base técnica necessária para as recomendações apresentadas.

Meta 1: esta etapa inicial focou no alinhamento técnico com o DEPAD e demais órgãos interministeriais para identificar lacunas na política de acolhimento feminina. O esforço compreendeu o levantamento e a análise do arcabouço normativo nacional e internacional, bem como a consolidação de um "Estado da Arte" da produção científica sobre a temática. Esse mapeamento forneceu a base teórica e legal necessária para o diagnóstico.

Meta 2: a segunda meta operacionalizou o diálogo direto com a rede e a academia por meio do 1º Seminário Internacional. A atuação do DEPAD com o apoio do IFMS concentrou-se no planejamento estratégico do evento e na seleção de especialistas e egressas, garantindo que o intercâmbio de saberes contemplasse as reais complexidades do acolhimento feminino.

Meta 3: a última meta consistiu no tratamento analítico de todo o material colhido. Esse processo de síntese permitiu identificar as variáveis que incidem no universo das CTs, culminando na produção deste Relatório Técnico-Científico.

A seguir, apresentam-se os principais achados resultantes das etapas propostas.

3.1 META 1 - LEVANTAMENTO DOCUMENTAL E ANÁLISE DE LITERATURA CIENTÍFICA SOBRE O ACOLHIMENTO DE MULHERES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS (TUS)

Esta meta estabeleceu a base de conhecimento técnico e normativo do estudo. O foco consistiu na sistematização de referências que permitiram identificar lacunas nas políticas de acolhimento de mulheres e fornecer o embasamento para a qualificação das etapas subsequentes.

Para garantir a abrangência da análise, o texto foi organizado em três frentes: as Políticas Públicas Nacionais, com foco no contexto regulatório brasileiro; os Marcos Internacionais, voltados ao alinhamento com referências globais; e a Literatura Científica consolidada sobre o acolhimento de mulheres com TUS, que conferiu o suporte teórico-empírico ao diagnóstico.

3.1.1 Políticas Públicas Nacionais sobre acolhimento de mulheres com TUS

Esta seção situa o tema no cenário brasileiro, iniciando com um breve panorama da dependência química em interface com as questões de gênero e seu contexto histórico-social. Em seguida, detalham-se as principais políticas públicas nacionais sobre drogas e seus desdobramentos no acolhimento de mulheres. Por fim, apresenta-se uma análise específica sobre o papel e a dinâmica das CTs no atendimento a esse público.

3.1.1.1 Breve contextualização histórica da dependência química: interfaces com o gênero feminino

A análise do panorama mundial evidencia que a dinâmica do fenômeno das drogas encontra-se marcada por uma expansão sem precedentes no consumo. Conforme aponta o Relatório Mundial sobre Drogas 2025, esse quadro tem gerado instabilidade, notadamente pelo impacto social, econômico e de segurança nas diferentes sociedades (UNODC, 2025). Essa conjuntura intensifica os desafios de saúde pública relacionados ao

uso de substâncias psicoativas e, simultaneamente, fortalece a atuação de grupos do crime organizado que operam no tráfico ilícito de drogas.

Os dados de 2023, apontados no Relatório, indicam que o consumo atingiu patamares historicamente altos: aproximadamente 316 milhões de pessoas (o que corresponde a 6% da população global entre 15 e 65 anos) consumiram alguma substância (excluindo o álcool e o tabaco). Esse aumento é notável em comparação aos 5,2% registrados há uma década. A cannabis mantém-se como a substância mais utilizada, contando com 244 milhões de usuários, seguida pelos opioides (61 milhões), as anfetaminas (30,7 milhões), a cocaína (25 milhões) e o ecstasy (21 milhões) (UNODC, 2025).

Contudo, é o segmento da cocaína que demonstra um estado mais alarmante, tornando-se a droga ilícita com maior expansão. A produção ilegal disparou para 3.708 toneladas em 2023, um aumento de quase 34% em um ano, e o número de usuários ativos atingiu 25 milhões. Paralelamente, o comércio de entorpecentes sintéticos também se expande rapidamente, com as apreensões de estimulantes do tipo anfetamina atingindo um máximo histórico (UNODC, 2025). A violência e a concorrência ligadas a esses mercados criminosos, antes concentradas em áreas específicas, agora se estendem para novas regiões, afetando diretamente a segurança global.

O custo humano e social dessa expansão é imenso. Mais preocupante é que a resposta de tratamento permanece extremamente deficitária: apenas uma (1) em cada doze (12) pessoas com transtornos por uso de drogas recebeu algum tipo de assistência em 2023. Essa lacuna, aliada à vulnerabilidade de populações deslocadas por conflitos, sinaliza que, sem uma intervenção coordenada e integral, os impactos negativos do fenômeno mundial das drogas continuarão a se aprofundar nas comunidades e nos sistemas de saúde (UNODC, 2025). Ainda segundo o Relatório, a mitigação do impacto do uso de drogas em pessoas e comunidades pode ser alcançada com políticas públicas contextualizadas e serviços sociais e de saúde baseados em evidências.

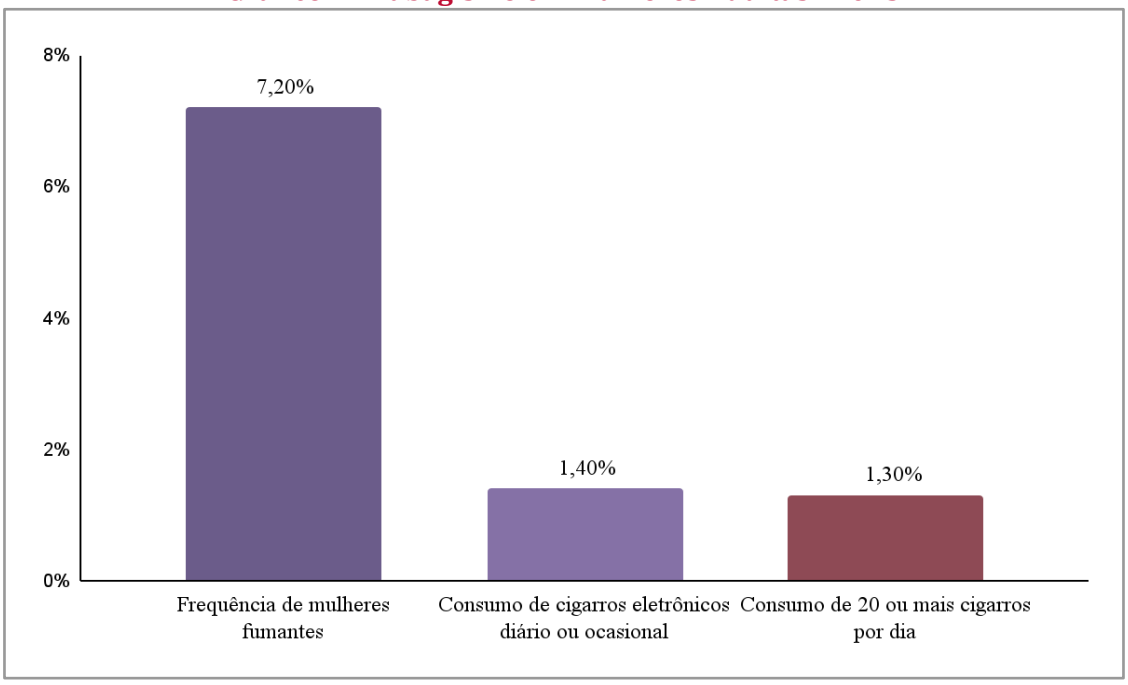
Nesse contexto global marcado pela expansão e pela falha na assistência ao tratamento, os dados brasileiros revelam particularidades alarmantes no que tange ao gênero feminino, evidenciando a urgência de intervenções específicas. Para dimensionar

o problema no Brasil, a descrição a seguir aponta registros mais relevantes entre mulheres, com foco no tabaco, nos cigarros eletrônicos, no álcool, na cocaína e no crack.

Em relação ao tabagismo e à exposição ao tabaco, a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (Vigitel)[5] indica que a frequência de mulheres fumantes diminuiu no período de 2006 a 2023, mas se estabilizou em 7,2% entre o público feminino adulto no período mais recente (2017 a 2023). Para fins de comparação, o índice masculino alcança o indicador de 11,7% (Brasil, 2023).

No que concerne especificamente ao uso de cigarros eletrônicos por mulheres (diário ou ocasional), o quantitativo é de 1,4%, enquanto o consumo de 20 ou mais cigarros por dia atinge 1,3%. No público masculino, os dados são, respectivamente, de 2,9% e 2,7% (Brasil, 2023). A seguir, apresentam-se os indicadores referentes ao tabagismo em mulheres adultas.

Gráfico 1 - Tabagismo em Mulheres Adultas - 2023



Fonte: Brasil (2023).

[5] A Vigitel utiliza procedimentos de amostragem probabilística para obter dados anuais da população adulta (maiores de 18 anos) que reside em domicílios com telefone fixo nas 26 capitais e no Distrito Federal. O detalhamento da metodologia adotada quanto a abrangência, amostragem e demais critérios deve ser consultado no documento disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-2006-2023-morbidade-referida.pdf. Acesso em: 02 nov. 2025.

O tabagismo faz parte da Classificação Internacional de Doenças (CID), sendo caracterizado no grupo dos transtornos mentais e de comportamentos decorrentes do uso de substância psicoativa. A dependência da nicotina se desenvolve rapidamente, e a ocorrência de sintomas de abstinência com a cessação pode surgir em apenas duas semanas. Essa substância presente no tabaco causa uma dependência química similar àquela provocada por drogas como heroína ou cocaína, contribuindo significativamente para o desenvolvimento de diversas doenças crônicas. Além disso, a incapacitação causada pelas patologias relacionadas ao tabaco leva à perda de produtividade que, quando vinculada a condições de vulnerabilidade, forma um círculo vicioso difícil de escapar. No caso feminino, a dependência inclui o prejuízo à saúde reprodutiva e riscos para as gestantes, o que intensifica o ciclo de vulnerabilidade (INCA, 2007; 2025; OMS, 2021; Prochaska, 2025).

Cabe destacar que, com relação aos dispositivos eletrônicos para fumar, apesar de serem frequentemente divulgados como opções menos prejudiciais, estudos recentes indicam que esses produtos também apresentam potencial de dependência e podem causar danos à saúde comparáveis aos do cigarro tradicional (Brasil, 2023).

A preocupação se estende ao consumo alcoólico no público feminino, que demonstra um agravamento do quadro. Os dados da Vigitel apontam que o uso abusivo de bebidas alcoólicas (definido como a ingestão de quatro ou mais doses) atingiu 15,2% das mulheres, indicando um aumento significativo de 7,8% em relação a 2006 (Brasil, 2023).

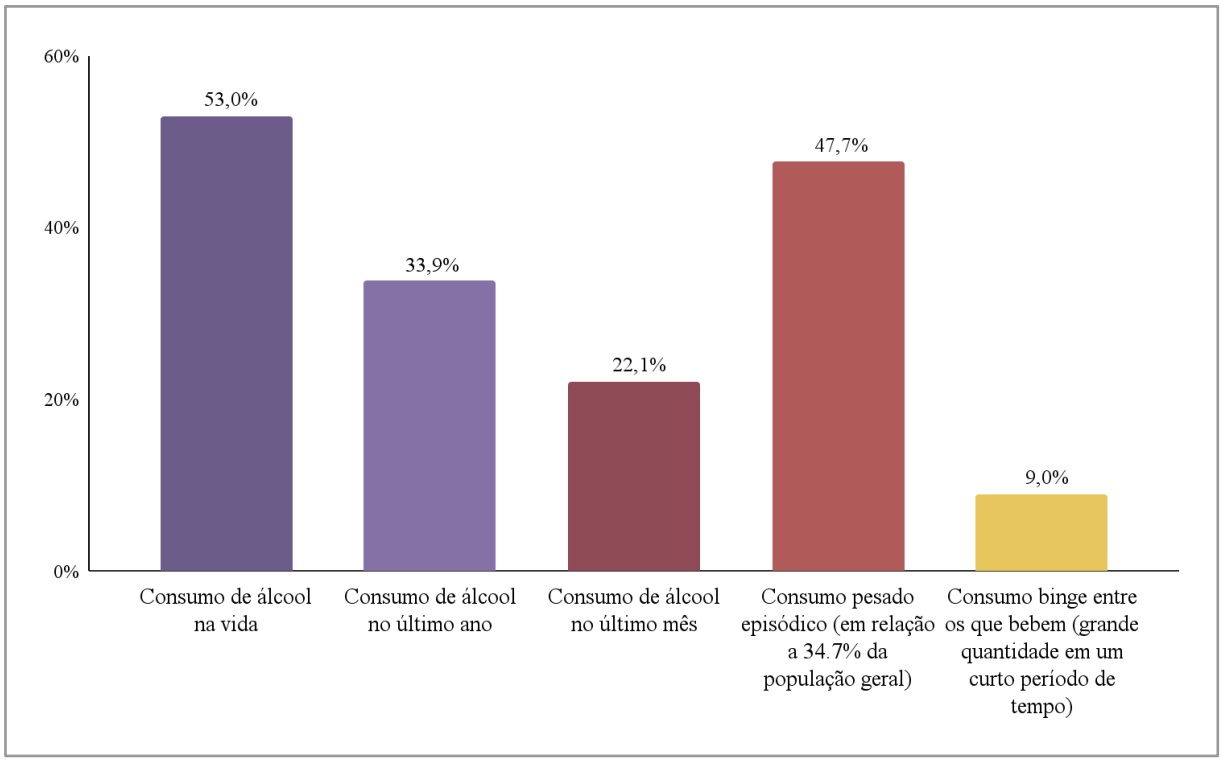
Esse cenário é corroborado por outros indicadores presentes no III Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)[6], que detalha a prevalência da ingestão em mulheres adultas: o consumo ao longo da vida alcança o patamar de 53,0%. O índice no último ano atingiu 33,9% e no último mês 22,1% (Madruga *et al.*, 2025c).

Em relação ao consumo pesado episódico, ele é relatado por 34,7% da população total, com 47,7% das mulheres. No que se refere ao consumo do tipo *binge* (consumo de

[6] A pesquisa, realizada entre 2022 e 2024 pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), contou com a participação de 16.608 indivíduos com 14 anos de idade ou mais. O estudo utilizou uma abordagem metodológica de amostragem probabilística para a coleta de dados em âmbito nacional. A metodologia adotada quanto à abrangência e demais critérios pode ser consultada no Caderno Metodológico Lenad, disponível em: https://lenad.uniad.org.br/cadernos-lenad/Caderno-Metodologico-LENAD.pdf. Acesso em: 05 ago. 2025.

uma grande quantidade de álcool em um curto período de tempo) entre os que bebem, os registros apontam 14,2% da população adulta, sendo 9% no público feminino. Os indicadores mais relevantes foram apontados no gráfico a seguir.

Gráfico 2 - Consumo de Álcool entre Mulheres Adultas - 2023



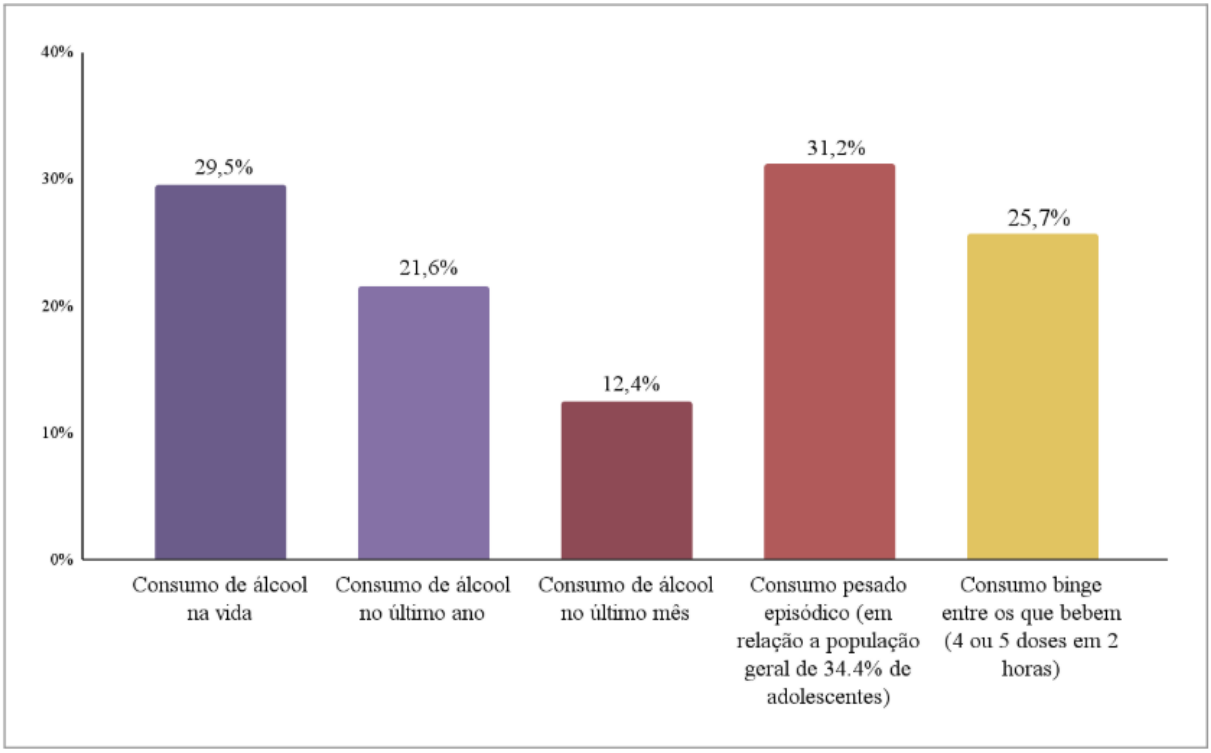
Fonte: Madruga *et al.* (2025c).

Entre adolescentes, apesar da proibição legal, 56% já experimentaram bebidas alcoólicas pela primeira vez antes dos 18 anos de idade, e 25,5% passaram a beber regularmente antes da idade estipulada por lei. Os registros ainda demonstram que o início do contato com a substância ocorre de forma mais frequente entre o sexo feminino, entretanto, na fase adulta, a situação se inverte, quando a população masculina prevalece nas taxas mais altas de ingestão.

Com relação à prevalência de uso entre as menores, os indicadores mostram que 29,5% experimentaram ao longo da vida, 21,6% no último ano e 12,4% no último mês. Entre os adolescentes com prevalência de consumo de álcool, o padrão pesado episódico foi identificado em 34,4% deles. Desses, 31,2% são do grupo feminino. Em relação ao comportamento *binge* (4 ou 5 doses em 2 horas), 23,7% dos adolescentes consumidores

dessas bebidas relataram ingestão rápida. Desse grupo, 25,7% correspondiam ao público feminino. Os valores estão representados no gráfico a seguir.

Gráfico 3 - Consumo de Álcool entre Adolescentes do Público Feminino – 2023



Fonte: Madruga et al. (2025c).

No que se refere ao consumo de risco e dependência, mais de um terço dos adultos que bebem apresentam padrões de risco, nocivo ou provável dependência. Desse quantitativo, 17,7% são mulheres. O risco de Transtorno por Uso de Álcool (TUA) no público feminino é de 7,1%, sendo de 6% entre adolescentes (Madruga *et al.*, 2025c).

Um conjunto adicional de informações relevantes, proveniente do III LENAD, ainda detalha a utilização de cocaína e crack na população brasileira. Em relação ao consumo de cocaína, estima-se que cerca de 9,3 milhões de pessoas (com 14 anos ou mais) já fizeram uso ao menos uma vez na vida, o que equivale a 5,38% da população brasileira, representando um aumento expressivo em relação aos 3,88% registrados em 2012.

Entre as mulheres, a prevalência dessa prática na vida e no último ano passou de 1,63% para 2,77%. Esses resultados indicam uma expansão significativa do consumo acumulado da substância entre o público feminino ao longo da última década. No que se refere aos padrões de uso, 48,4% das usuárias relataram frequência elevada, definida

como consumo diário ou superior a duas vezes por semana, padrão associado a maior risco de complicações agudas e problemas relacionados ao uso.

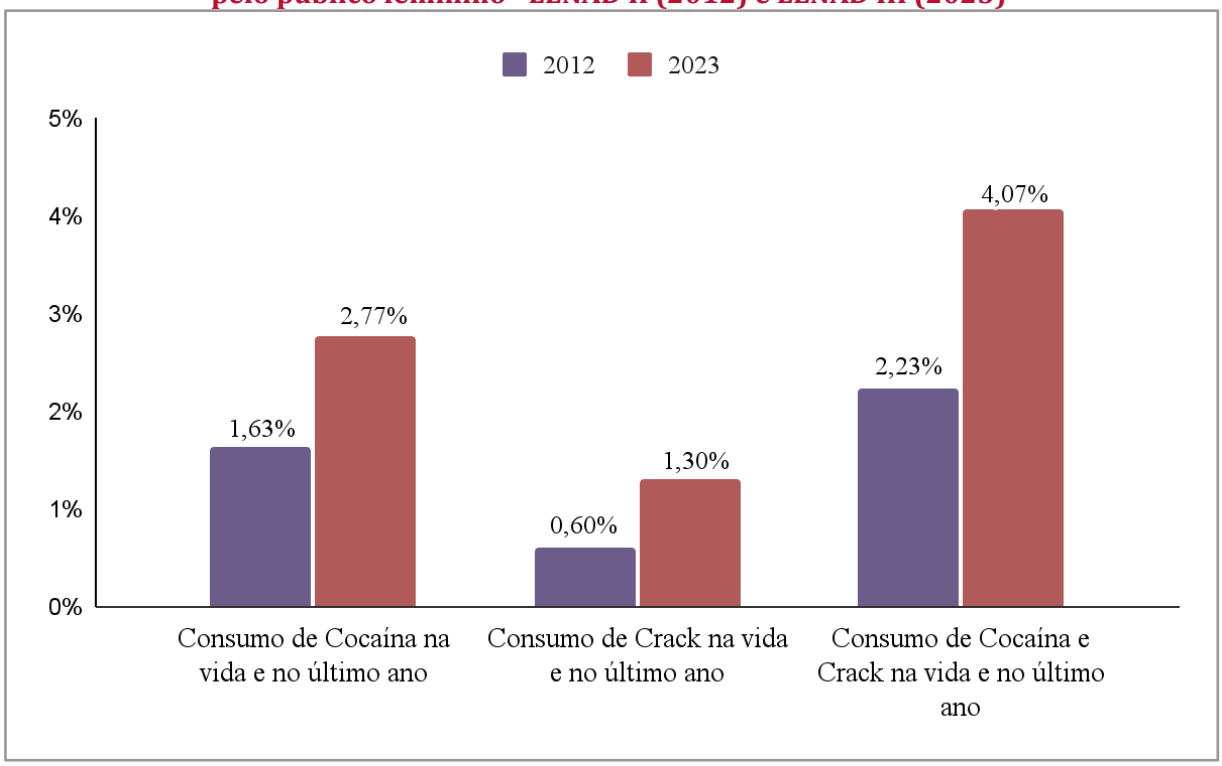
Quanto à incidência de transtorno por uso de cocaína, o estudo identificou a proporção de 73,8% entre as mulheres. Em comparação aos indicadores de 2012 (62,6%), observou-se um aumento percentual, embora, dentro dos parâmetros estatísticos da pesquisa, a diferença não tenha sido considerada significativa. Ainda assim, os resultados sugerem que a gravidade do quadro entre os usuários manteve-se estável ao longo do período (Madruga *et al.*, 2025b).

Em suma, a elevação nos índices de experimentação da cocaína sugere uma ampliação na exposição histórica à substância, embora não indique, necessariamente, um crescimento do consumo contínuo. Todavia, observa-se um aumento da taxa de dependência entre os usuários, o que sinaliza maior complexidade e gravidade dos casos atualmente identificados. Ademais, a percepção social de tráfico de drogas e desordem urbana continua elevada, influenciando diretamente a formulação e a implementação de políticas públicas nos campos da segurança e da saúde.

Em relação ao consumo de crack por parte de mulheres, levando em conta o uso ao longo da vida e no último ano, observou-se um aumento de 0,6% (em 2012) para 1,3% (em 2023). No contexto do LENAD III, a amostra disponível não foi suficiente para estimar com precisão a ocorrência de TUS associado exclusivamente a esse entorpecente. Deve-se considerar que os usuários em estágios mais graves de dependência frequentemente "experimentam processos de desfiliação social e ruptura de vínculos familiares e residenciais, migrando para contextos de extrema vulnerabilidade – com ocupações precárias, abrigos ou situação de rua" (Madruga *et al.*, 2025b, p. 71), o que resulta em sub-representação sistemática desses perfis nas amostras populacionais.

Ao considerar conjuntamente a exposição à cocaína e ao crack entre mulheres na vida e no último ano, há o alcance de 2,23% em 2012 e de 4,07% em 2023 (Madruga *et al.*, 2025b), conforme demonstra o gráfico seguinte.

Gráfico 4 - Comparativo de prevalências de uso de Cocaína e Crack na vida e no último ano pelo público feminino - LENAD II (2012) e LENAD III (2023)



Fonte: III LENAD (Madruga *et al.*, 2025b).

O LENAD III destaca que, embora a cocaína e o crack compartilhem o mesmo princípio ativo, suas formas de apresentação e modos de uso resultam em distintos padrões de consumo e em diferentes perfis de risco farmacológico. A agregação dos dados referentes às duas substâncias é prática comum em pesquisas epidemiológicas, sobretudo para viabilizar comparações internacionais. Contudo, o contexto brasileiro demanda uma análise diferenciada: o crack apresenta maior prevalência entre populações em situação de vulnerabilidade, associado a comportamentos compulsivos e à exclusão social; já a cocaína em pó, geralmente inalada, é consumida em diferentes estratos sociais e econômicos, configurando um perfil de utilização mais heterogêneo (Madruga *et al.*, 2025b).

No que tange à ideação e à busca por tratamento, entre os indivíduos de ambos os sexos, com critérios diagnósticos para dependência de cocaína e/ou crack, 32,05% relataram já ter pensado ou planejado buscar assistência para problemas relacionados ao hábito. Contudo, apenas 11,7% efetivamente receberam algum tipo de atendimento ou cuidado especializado. Esses registros evidenciam uma lacuna expressiva entre a percepção da necessidade de intervenção e sua efetivação, sugerindo a presença de

barreiras significativas relacionadas ao acesso, à disponibilidade e à adequação dos serviços ofertados.

A discrepância entre a intenção de buscar tratamento e sua concretização reforça a urgência de estratégias voltadas à ampliação do acesso, à redução do estigma e ao fortalecimento da rede de atenção psicossocial.

Em decorrência desse quadro, merece atenção o Levantamento de Cenas de Uso em Capitais (LECUCA)[7], conduzido pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), que analisou o perfil de usuários de drogas em cenas abertas (Cracolândias)[8] em três capitais: São Paulo (de 2016 a 2022), Fortaleza (2021) e Brasília (2022). Os resultados demonstram maior vulnerabilidade das mulheres usuárias, refletida em indicadores mais críticos de saúde e violência, e maior exposição a riscos. O estudo também apontou elevados índices de comorbidades psiquiátricas associadas à drogadição, incluindo autolesão, quadro psicótico, ideação suicida e tentativa de suicídio (UNIFESP, 2022). Esses achados indicam que a lacuna no tratamento atinge as mulheres com um impacto psiquiátrico mais grave, exigindo intervenções personalizadas e urgentes.

Outro dado relevante consta no relatório da Comissão Interamericana de Direitos Humanos "Mulheres privadas de liberdade nas Américas" (CIDH, 2025). O documento enfatiza que o uso de substâncias ilícitas por mulheres tem sido, em muitos casos, um fator determinante que as leva a serem submetidas a processos criminais e, consequentemente, à prisão. Além disso, o aumento do número de mulheres detidas nas Américas deriva, especialmente, do endurecimento das políticas criminais de drogas e da falta de perspectiva de gênero para enfrentar o problema. Nessa perspectiva, essas mulheres, além de cometerem crimes motivados pelo consumo, enfrentam maior estigma social, o que agrava a probabilidade de encarceramento.

A Comissão critica a ausência de serviços adequados nas prisões nas Américas, em geral, para lidar com a dependência química de mulheres encarceradas. Assim, as

[7] Levantamento realizado sistematicamente em São Paulo, e depois replicado em Fortaleza e Brasília. A íntegra da pesquisa está disponível em: https://lecuca.uniad.org.br/Relatorio-LECUCA22_Final.pdf. Acesso em: 20 nov. 2025.

[8] Denominação comum dada a uma área de alta concentração de pessoas em situação de rua, composta, em sua maioria, por dependentes químicos (principalmente crack) e traficantes, caracterizada por um cenário de extrema vulnerabilidade social, degradação urbana e crise de saúde pública.

unidades carecem de programas de tratamento e de redução de danos com um enfoque sensível ao gênero (CIDH, 2025).

Historicamente, o marco legal das políticas sobre drogas foi construído com base em uma abordagem proibicionista, que criminaliza a produção, a venda e o consumo de certas substâncias, e repressiva, focada na aplicação rigorosa de leis por meio da fiscalização, da ação policial e do sistema penal. Essa perspectiva consolidou-se no cenário internacional ao longo do século XX, por meio de uma série de convenções e tratados dos quais o Brasil é signatário, orientando o controle global de substâncias para combater seu uso e tráfico.

Para Simões (2008), o debate sobre o uso de entorpecentes nas sociedades contemporâneas é estruturado a partir de uma perspectiva unilateral, a qual apresenta limitações centrais, confinando a discussão ao campo da patologia da drogadição, na perspectiva de que drogas seriam substâncias usadas por “viciados” ou “dependentes”, tratando o uso como um problema exclusivamente de saúde pessoal e de ordem pública; e, por consequência, postula unilateralmente a existência das substâncias como um perigo em si, uma ameaça à sociedade. Em última análise, essa abordagem sustenta a dinâmica da "guerra às drogas", estabelecendo um ciclo pernicioso de estigmatização, violência e repressão que intensifica os desafios sociais.

Diante das consequências sociais e humanitárias desse modelo repressivo, nas últimas décadas, estudos e experiências nacionais e internacionais vêm defendendo uma mudança de paradigma nas políticas sobre drogas. Essa nova abordagem propõe a substituição do enfoque punitivo por estratégias de cuidado, promoção de saúde e reintegração social, baseadas em evidências científicas e no respeito aos direitos humanos. Entre essas estratégias, destacam-se a redução de danos, o acesso ao tratamento integral e a eliminação de práticas estigmatizantes contra pessoas usuárias.

É importante ressaltar que, no caso feminino, a dependência de substâncias psicoativas está associada a um conjunto de vulnerabilidades que extrapolam a dimensão da saúde. A trajetória das mulheres no uso problemático está frequentemente ligada a experiências de violência de gênero, de abuso sexual, de maternidade em condições adversas, de abandono e de desigualdade social.

O acesso a serviços de acolhimento e de tratamento, por sua vez, é dificultado por barreiras estruturais, simbólicas e culturais, evidenciando a ausência de uma abordagem

sensível ao gênero nas políticas de atenção à saúde mental e ao uso de substâncias. A invisibilidade de suas demandas, o estigma social e a culpabilização moral tornam o acolhimento terapêutico de mulheres um campo prioritário de intervenção e de investigação.

A seção seguinte aborda as legislações e diretrizes aos serviços de acolhimento e tratamento para mulheres em âmbito nacional.

3.1.1.2 Políticas públicas nacionais sobre drogas e acolhimento feminino

A discussão sobre as diretrizes governamentais brasileiras no enfrentamento do uso abusivo de substâncias psicoativas ganhou novos contornos quando foi implementada a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, conhecida como a Lei de Drogas. A legislação instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), reunindo normas que orientam a prevenção, o cuidado e a repressão relacionados ao consumo e ao comércio de substâncias ilícitas no Brasil. Essa legislação representa um marco na política nacional, ao buscar equilibrar medidas de caráter repressivo com ações voltadas à saúde, à educação e à reinserção social. Entre seus principais objetivos estão a prevenção do uso indevido, por meio de programas educativos e campanhas; a atenção e o tratamento a usuários e dependentes; e a repressão à produção e ao tráfico ilícito, com a definição de condutas criminosas e suas respectivas penalidades (Brasil, 2006).

De forma geral, a Lei organiza a estratégia nacional a partir de duas frentes principais: a repressão ao tráfico e à produção ilegal, para proteger a sociedade dos danos gerados pela criminalidade, e a garantia de assistência ao usuário ou dependente, reconhecendo a importância de políticas de saúde, de acolhimento e de reinserção social. Assim, a normativa consolida uma abordagem ampla para a questão do consumo de substâncias, unindo medidas de segurança pública com ações de cuidado humano e social. No entanto, essa perspectiva é estruturalmente neutra em relação ao gênero, falhando em reconhecer as vulnerabilidades específicas das mulheres e os impactos diferenciados da repressão e da assistência.

Embora a promulgação da Lei tenha inaugurado um marco normativo ao propor distinções entre usuários e traficantes, a política sobre drogas permaneceu por muitos anos fortemente orientada por um viés punitivo. De acordo com Campos (2018), ainda

que a legislação visasse deslocar o usuário do sistema prisional para o sistema de saúde, tratando-o como “doente”, sua aplicação prática resultou, na verdade, em um aumento massivo do encarceramento por tráfico.

Para se ter dimensão do problema, segundo dados da Secretaria Nacional de Políticas Penais (Senappen), o Brasil conta com 941.752 pessoas em privação de liberdade (incluindo o sistema penitenciário e outras carceragens). Desse quantitativo, 52.908 são mulheres. A incidência penal para crimes relacionados a entorpecentes (tráfico, associação para o tráfico e o tráfico internacional) corresponde a 29.749 custodiadas (Senappen, 2025), o que equivale a mais de 56% dos casos.

Contudo, é importante notar que outras tipificações criminais podem estar correlacionadas à drogadição ou a delitos associados ao narcotráfico. Ademais, a falta de critérios objetivos para diferenciar o usuário do traficante, resulta em grave insegurança jurídica. Muitas mulheres, vulneráveis economicamente ou dependentes químicas, são detidas com pequenas quantidades de substâncias, e, ao invés de serem tratadas como usuárias, são enquadradas como traficantes, sujeitas a penas severas. Essa falta de distinção clara, somada à punição de vínculos afetivos como associação para o tráfico, impulsiona o encarceramento em massa feminino na base da cadeia do narcotráfico, negligenciando a saúde e a reinserção social em prol da punição, submetendo as usuárias a um tratamento de desconfiança moral, política e jurídica, sem levar em conta seus hábitos de consumo ou os contextos socioculturais em que estão inseridas.

Somado a isso, grande parte das mulheres introduzidas no mercado ilegal de drogas ocupa posições subalternas, marcadas por exploração, situações análogas ao trabalho escravo e pelo risco de tráfico de pessoas, estando ainda expostas a múltiplas formas de violência pelo crime organizado. Apesar disso, o sistema de justiça frequentemente as reconhece apenas como autoras de delitos, desconsiderando essas vulnerabilidades estruturais (Lewandowski, 2024).

É fundamental, portanto, considerar a interseccionalidade das opressões ao analisar mulheres afetadas pelo contexto do uso e da circulação de substâncias ilícitas. Na perspectiva de Lewandowski (2024), as violações são agravadas para mulheres lésbicas, bissexuais, transgêneros e queer, que enfrentam formas intensificadas de violência, discriminação, ódio e exclusão devido à sua orientação sexual e à identidade de gênero. Igualmente, as mulheres indígenas estão expostas a múltiplas violências — morais,

culturais, físicas e sexuais — sobretudo em locais onde as disputas sociais violentas frequentemente são ligadas ao narcotráfico e a outras atividades ilícitas.

Sob essa ótica de vulnerabilidade estrutural, quando essas mulheres são submetidas à privação de liberdade, suas fragilidades preexistentes ganham novos contornos e são aprofundadas, produzindo um ciclo de isolamento, estigmatização e fragilização dos vínculos familiares que dificulta a ressocialização.[9]

Posteriormente, em 2019, como resposta à necessidade de estabelecer diretrizes e ações coordenadas para enfrentar o crescente consumo de drogas e o aumento da mortalidade associada — fato que consolidou a questão como um grave problema de saúde pública —, o Brasil formalizou a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) por meio do Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019 (Brasil, 2019). Entre seus pressupostos, destacam-se:

> 2.3. Reconhecer as diferenças entre o usuário, o dependente e o traficante de drogas e tratá-los de forma diferenciada [...];
>
> 2.5. Tratar **sem discriminação** as pessoas usuárias ou dependentes de drogas lícitas ou ilícitas. [...]
>
> 2.7. Garantir o direito à **assistência intersetorial, interdisciplinar e transversal**, a partir da visão holística do ser humano, com tratamento, acolhimento, acompanhamento e outros serviços, às pessoas com problemas decorrentes do uso, do uso indevido ou da dependência do álcool e de outras drogas.
>
> 2.8. As ações, os programas, os projetos, as atividades de atenção, o cuidado, a assistência, a prevenção, o tratamento, o acolhimento, o apoio, a mútua ajuda, a reinserção social, os estudos, a pesquisa, a avaliação, as formações e as capacitações objetivarão que as pessoas mantenham-se abstinentes em relação ao uso de drogas (Brasil, 2019, grifo nosso).

De forma geral, a PNAD reafirma a necessidade de estabelecer a distinção legal entre usuário, dependente e traficante e orienta o enfrentamento do uso de substâncias a partir de estratégias intersetoriais, não discriminatórias e centradas no cuidado, na recuperação e na reinserção social. O documento também menciona a experimentação

[9] Em face do impacto desproporcional do encarceramento feminino sobre o direito à convivência familiar e o vínculo materno-infantil, o judiciário buscou intervir. Em 2024, a Segunda Turma do Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu, por maioria dos votos, conceder Habeas Corpus (HC 143641) coletivo para determinar a substituição da prisão preventiva por domiciliar de mulheres presas, em todo o território nacional, que sejam gestantes ou mães de crianças de até 12 anos ou de pessoas com deficiência, sem prejuízo da aplicação das medidas alternativas previstas no artigo 319 do Código de Processo Penal.

precoce do álcool, aspecto que tem suscitado maior preocupação no público feminino em razão do aumento do consumo em faixas etárias cada vez mais jovens.

No que se refere às práticas de tratamento e recuperação, destacam-se:

> 5.2.1. Desenvolver e disponibilizar banco de dados, com **informações científicas atualizadas, para subsidiar o planejamento e a avaliação das práticas de prevenção, tratamento, recuperação, acolhimento, apoio, mútua ajuda e reinserção social** sob a responsabilidade de órgãos públicos, privados ou de organizações não-governamentais sem fins lucrativos, e as informações serão de abrangência regional, estadual, municipal e distrital ou, se necessário, serão georreferenciadas, com ampla divulgação, fácil acesso e resguardado o sigilo das informações. [...]
>
> 5.2.2. **Definir normas mínimas que regulem o funcionamento de instituições dedicadas ao tratamento, ao acolhimento, à recuperação e à reinserção social**, em quaisquer modelos ou formas de atuação, monitorar e fiscalizar o cumprimento dessas normas, respeitado o âmbito de atuação de cada instituição, a partir de uma visão holística do ser humano, observadas a intersetorialidade e a transversalidade das ações (Brasil, 2019, grifo nosso).

O texto normativo ressalta a necessidade de qualificação da gestão da informação e da definição de parâmetros mínimos para o funcionamento das instituições de cuidado, reforçando o papel do Estado no monitoramento e na avaliação das práticas desenvolvidas. Ademais, estabelece a necessidade de desenvolver, adaptar e implementar diferentes modalidades de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio, ajuda mútua e reinserção social, ajustadas às características específicas dos diferentes grupos populacionais em situação de vulnerabilidade, incluindo mulheres, gestantes, pessoas LGBTQIAPN+, população carcerária e egressos, trabalhadores do sexo, populações indígenas e outros segmentos, por meio de recursos técnicos e financeiros (Brasil, 2019).

Ainda em 2019, a Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019, atualizou a Lei de Drogas para aprimorar o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Entre outras diretrizes, instituiu o Plano Nacional de Políticas sobre Drogas com foco:

- na promoção da interdisciplinaridade;
- na integração dos programas, ações, atividades e projetos dos órgãos e entidades públicas e privadas nas áreas de saúde, educação, trabalho, assistência social, previdência social, habitação, cultura, desporto e lazer;
- na prevenção do uso, à atenção e à reinserção social dos usuários ou dependentes de drogas;

- na articulação das instâncias de saúde, assistência social e de justiça no enfrentamento ao abuso de drogas (Brasil, 2019).

Essas diretrizes reforçaram a organização do cuidado em rede, com prioridade para modalidades ambulatoriais e integração entre os diferentes níveis de atenção, admitindo-se, de forma excepcional, a internação em unidades de saúde e hospitais gerais, nos termos de normas dispostas pela União e integrados aos serviços de assistência social. O tratamento deve ocorrer de modo articulado, permitindo:

> I - articular a atenção com ações preventivas que atinjam toda a população;
>
> II - **orientar-se por protocolos técnicos predefinidos**, **baseados em evidências científicas,** oferecendo atendimento individualizado ao usuário ou dependente de drogas com abordagem preventiva e, sempre que indicado, ambulatorial;
>
> III - preparar para a reinserção social e econômica, respeitando as habilidades e projetos individuais por meio de programas que articulem educação, capacitação para o trabalho, esporte, cultura e acompanhamento individualizado; e
>
> IV - acompanhar os resultados pelo SUS, Suas e Sisnad, de forma articulada (Brasil, 2019, grifo nosso).

Observa-se que a diretriz enfatiza a integração entre prevenção, tratamento baseado em evidências e reinserção social, exigindo coordenação entre os sistemas de saúde, assistência social e políticas sobre substâncias psicoativas.

A legislação ainda estabelece a obrigatoriedade do Plano Individual de Atendimento (PIA), elaborado por equipe técnica multidisciplinar e multissetorial, no prazo de até 30 dias após o ingresso no tratamento, contemplando avaliação prévia, definição de objetivos, atividades de integração social ou capacitação profissional, participação familiar e garantia do sigilo das informações (Brasil, 2019).

Embora a Lei nº 11.343 (Brasil, 2006) e sua atualização pela Lei nº 13.840 (Brasil, 2019) tenham consolidado o marco normativo da política sobre drogas, ambas careciam de menção explícita às especificidades de gênero. Essa lacuna passou a ser enfrentada com a sanção da Lei nº 15.281, de 5 de dezembro de 2025, que promoveu uma importante alteração no texto original de 2006 e instituiu estratégia específica de assistência multiprofissional e interdisciplinar às mulheres alcoolistas, com atenção especial às gestantes e puérperas, conforme a seguir:

> Parágrafo único. Será criada estratégia específica de assistência multiprofissional e interdisciplinar **às mulheres usuárias e dependentes de álcool, em especial às gestantes e às puérperas,** em consonância com os princípios da universalidade e da integralidade e com o disposto nos incisos I, II, III, IV, IX e X do caput do art. 22 desta Lei (Brasil, 2025, grifo nosso).

Essa atualização normativa reconhece a necessidade de cuidado integral e diferenciado às mulheres, alinhado aos princípios da universalidade e integralidade, fortalecendo o alinhamento entre prevenção, tratamento e atenção continuada.

Diante desse cenário, nota-se que, embora o ordenamento jurídico tenha evoluído, poucos dispositivos apontam o gênero como fator determinante para as políticas de cuidado. A PNAD e a legislação de 2025 sinalizam um esforço para romper com a neutralidade desse campo ao apontar o atendimento às especificidades femininas. Contudo, a efetividade do acolhimento depende da capacidade de resposta dos equipamentos assistenciais. Assim, a seção seguinte apresenta o panorama do acolhimento em CTs, descrevendo como essas instituições operam frente às diretrizes e aos desafios estruturais do setor.

3.1.1.3 Comunidades Terapêuticas e acolhimento feminino

Para compreender o papel das CTs, é necessário situá-las no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), destinada ao cuidado de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (Ministério da Saúde, 2011).

A RAPS orienta-se por diretrizes que incluem o respeito aos direitos humanos, a promoção da autonomia, o cuidado integral e humanizado, a priorização de serviços territoriais e comunitários, e a articulação em rede. Seus objetivos centrais são ampliar o acesso ao cuidado, promover a redução de danos, prevenir agravos e favorecer a reabilitação e reinserção social (Ministério da Saúde, 2011). Embora a portaria destaque a atenção a grupos de maior vulnerabilidade, a mulher não é mencionada de forma explícita entre os públicos prioritários.

No que se refere ao acolhimento residencial transitório, o Art. 9º da referida portaria define a Unidade de Acolhimento e os Serviços de Atenção em Regime

Residencial, entre os quais se inserem as CTs. Nessa configuração, essas entidades de acolhimento passam a ser reconhecidas como dispositivos integrantes da rede de cuidado, ainda que com características próprias.

Historicamente, a expressão "Comunidade Terapêutica" remonta ao trabalho do psiquiatra sul-africano Maxwell Jones, na década de 1950, na Inglaterra, para descrever um novo modelo de atenção à saúde mental aplicado a ex-combatentes traumatizados pela Segunda Guerra Mundial, servindo como uma alternativa aos hospitais psiquiátricos tradicionais. O modelo não previa orientação religiosa, mas era baseado em atividades laborativas e educativas, além da convivência comunitária, em um ambiente em que as relações entre médicos, enfermeiros e psicoterapeutas se estabeleciam de forma horizontal. O programa visava à participação dos usuários nas decisões relacionadas a seu tratamento (Santos, 2018).

Posteriormente, contudo, as CTs assumiram novas configurações, baseadas em alguns pilares, a saber: isolamento residencial temporário (não necessariamente curto), hierarquias bem definidas entre internos e cuidadores e, de forma geral, planos terapêuticos, bem como rotinas de internação (Santos, 2018, CEBRAP, 2022).

No Brasil, as CTs consolidaram-se como instituições privadas sem fins lucrativos, muitas delas vinculadas direta ou indiretamente a orientações religiosas distintas. Em muitos casos, o recurso é visto como auxiliar no manejo dos sintomas e na manutenção da abstinência, utilizando a convivência entre pares e a mudança de hábitos como principais ferramentas terapêuticas (Santos, 2014, 2018). Estima-se que haja cerca de 2 mil CTs no país, desempenhando papel relevante sobretudo em contextos nos quais a rede pública de saúde se mostra insuficiente para atender à demanda por cuidado a pessoas com TUS.

Em diversos modelos, o programa assistencial dessas entidades ancora-se em três pilares: disciplina, trabalho e espiritualidade, envolvendo tarefas de manutenção da própria comunidade, disciplinamento para o mundo do trabalho e cultivo da espiritualidade com orações, reflexões e práticas religiosas. O objetivo é estabelecer um padrão de conduta moral e oferecer amparo emocional e psicológico para a manutenção da abstinência (Santos, 2014, 2018; IPEA, 2017). Nessa perspectiva, predomina-se a concepção de que "as pessoas que fazem uso problemático de drogas estariam destituídas da condição de sujeito moral e alienadas de sua razão, de sua vontade e de sua capacidade

de responsabilizar-se" (Santos, 2018, p. 12). Com base nesse entendimento, essas instituições pretendem operar uma transformação subjetivo-moral dos indivíduos nelas acolhidos.

A Nota Técnica nº 21 do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) aponta tensões entre o modelo adotado por parte das CTs, centrado na abstinência e no acolhimento residencial, e os princípios da Reforma Psiquiátrica e da RAPS, especialmente no que se refere à exigência da abstinência, à permanência prolongada e ao uso de práticas de cunho religiosos/espirituais como recurso terapêutico (IPEA, 2017, p. 10).

Essa divergência estabelece um campo de disputa nas políticas públicas, marcando um debate crescente sobre o eixo prioritário da atenção governamental a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Por outro lado, entidades representativas das CTs, como a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), em contraponto à Nota Técnica, argumentam que a espiritualidade é empregada como instrumento de apoio ao processo de recuperação, e não como mecanismo doutrinador. A Federação destaca avanços na incorporação de profissionais da saúde em sua rotina de funcionamento, com progressivo aumento de profissionais contratados e remunerados, dentre eles psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e médicos, buscando maior interlocução com a RAPS (FEBRACT, 2017).

Em consonância com as alegações da FEBRACT, a própria Nota Técnica aponta que pelo menos 35% da entrada de usuários nas CTs ocorre por meio de encaminhamentos de serviços de saúde: "Este percentual indica que, na prática, não existe uma apartação muito radical entre as CTs e a CAPS-AD, sugerindo, antes, a existência de mecanismos de referência e contra referência entre elas" (IPEA, 2017, p. 26).

Em 2011, no contexto do Programa "Crack: É Possível Vencer"[10], o Governo Federal passou a desenvolver uma ação integrada com os estados, Distrito Federal, municípios e sociedade civil, com o objetivo de ampliar a oferta de atenção aos usuários, enfrentar o tráfico e as organizações criminosas e fortalecer ações preventivas, incluindo o financiamento de vagas em CTs.

[10] Informação disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-seguranca/seguranca-publica/programas-1/crack-e-possivel-vencer. Acesso em: 22 nov. 2025.

É importante salientar que o custeio de vagas em CTs com recursos estaduais e municipais precede a criação do referido Programa, sendo justificado, sobretudo, pela insuficiência da rede pública de saúde no atendimento a pessoas com TUS. Por um longo tempo, e em muitas regiões, as CTs não apenas se tornaram a opção de tratamento mais acessível, como também o único recurso existente (IPEA, 2017).

Em 19 de agosto de 2015, a Resolução nº 1 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), regulamentou, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam acolhimento voluntário com problemas associados ao uso nocivo ou à dependência de substâncias psicoativas.

A Resolução estabeleceu diretrizes relativas ao funcionamento, à estrutura, às responsabilidades e às garantias das pessoas acolhidas, visando proteger seus direitos e à prevenção da institucionalização indevida, incluindo critérios de admissão, permanência e saída, elaboração de Plano de Atendimento Singular (PAS), governança compartilhada e disposições específicas para o acolhimento de mães acompanhadas de seus filhos, com requisitos de preservação dos direitos da criança e com comunicação ao Conselho Tutelar, ao Ministério Público e à Defensoria Pública (CONAD, 2015).

O documento aponta que o acolhimento nas CTs deve ser voluntário, formalizado por escrito e concebido como uma etapa transitória voltada à reinserção sociofamiliar e econômica do indivíduo. Destaca-se, ainda, a importância de um ambiente residencial favorável à formação de vínculos, à convivência entre os pares e à oferta de um programa de acolhimento estruturado, orientado à promoção do desenvolvimento pessoal (CONAD, 2015).

Entre as obrigações das entidades, destacam-se:

> II - somente acolher pessoas mediante **avaliação diagnóstica prévia**, emitida pela rede de saúde ou por profissional habilitado, que as considere aptas para o acolhimento;
>
> III - **elaborar Plano de Atendimento Singular - PAS**, em consonância com o programa de acolhimento da entidade;
>
> IV - informar, de modo claro, os **critérios de admissão, permanência e saída**, bem como o programa de acolhimento da entidade, que devem receber a anuência prévia, por escrito, do acolhido;
>
> V- garantir a **participação da família** ou de pessoa indicada pelo acolhido no processo de acolhimento, bem como nas ações de preparação para a reinserção social; [...]

> XII – **não praticar ou permitir ações de contenção física ou medicamentosa**, **isolamento ou restrição à liberdade** da pessoa acolhida; [...]
>
> XIV – **não praticar ou permitir castigos físicos, psicológicos ou morais**, nem utilizar expressões estigmatizantes; [...]
>
> XV – **não submeter os acolhidos a atividades forçadas ou exaustivas,** sujeitando-os a condições degradantes; [...]
>
> XIX – articular junto à unidade de referência de saúde os cuidados necessários com o acolhido; [...]
>
> XXI – articular junto à rede intersetorial a preparação para o processo de reinserção social do acolhido;
>
> XXIV – manter equipe multidisciplinar;
>
> XXV – promover capacitação permanente da equipe (Brasil, 2015, grifo nosso) (CONAD, 2015, grifo nosso).

Para assegurar a qualidade do cuidado e a preparação para a reinserção social, a normativa reforça a necessidade de atuação integrada com os serviços de saúde e de assistência social. No que se refere ao pós-acolhimento, o Art. 18 define que as entidades devem promover esforços intersetoriais pactuados com gestores locais, envolvendo redes de atenção, cuidado, tratamento, proteção, educação, trabalho e demais políticas correlatas (CONAD, 2015).

Quanto à dimensão de gênero, o documento menciona, de forma ainda pontual, o direito da pessoa acolhida a receber tratamento respeitoso, independente de etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, antecedentes criminais ou situação financeira (CONAD, 2015).

Em 2019, a atualização da Lei de Drogas incluiu a Seção VI, dedicada ao Acolhimento em Comunidade Terapêutica Acolhedora, reforçando critérios de elegibilidade e estabelecendo que pessoas com comprometimentos biológicos ou psicológicos de natureza grave, que demandem atenção médico-hospitalar contínua ou emergencial, não são elegíveis para esse tipo de acolhimento, devendo ser encaminhadas à rede de saúde. A legislação também enfatiza a obrigatoriedade de transparência e de acesso às instalações e documentos das entidades que recebem recursos públicos, com vistas à fiscalização pelos órgãos competentes.

No âmbito da certificação das entidades, a Lei Complementar nº 187, regulamentada pelo Decreto nº 11.791, de 21 de novembro de 2023, dispõe sobre o

reconhecimento das instituições beneficentes que atuam na redução da demanda de substâncias, incluindo as CTs (Brasil, 2023). No Art. 32, a normativa define as CTs como:

> II – entidades de cuidado, de prevenção, de apoio, de mútua ajuda, de atendimento psicossocial e de ressocialização de dependentes do álcool e de outras drogas e seus familiares.
>
> § 2º Considera-se comunidade terapêutica o modelo terapêutico de atenção em regime residencial e transitório, **mediante adesão e permanência voluntárias**, a pessoas com problemas associados ao uso, ao abuso ou à dependência do álcool e de outras drogas acolhidas em ambiente protegido e técnica e eticamente orientado, que tem como objetivo promover o **desenvolvimento pessoal e social, por meio da promoção da abstinência**, **bem como a reinserção social,** buscando a melhora geral na qualidade de vida do indivíduo.
>
> § 3º **Considera-se entidade de cuidado, de prevenção, de apoio, de mútua ajuda, de atendimento psicossocial e de ressocialização** de dependentes do álcool e de outras drogas e seus familiares a entidade que presta serviços intersetoriais, interdisciplinares, transversais e complementares da área do uso e da dependência do álcool e de outras drogas (Brasil, 2021, grifo nosso).

Para fins de certificação, as entidades devem estar cadastradas junto à autoridade executiva federal, comprovar atuação regular na área, manter registros atualizados, demonstrar a prestação anual de serviços e garantir percentual mínimo de atendimentos gratuitos (20%), conforme os critérios estabelecidos pela legislação vigente (Brasil, 2021).

Em 2022, o CONAD publicou o Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (PLANAD), desdobramento da Lei de Drogas de 2019, com vigência de cinco anos. O Plano orienta ações voltadas ao enfrentamento ao tráfico de drogas e ao cuidado dos usuários, com ênfase na reinserção social e no tratamento humanizado, buscando integrar as intervenções entre a ampla rede de serviços e os sistemas correlatos, por meio da alocação de recursos técnicos e financeiros. Também prevê o estímulo ao aprimoramento e à estruturação das CTs, bem como o estabelecimento de parcerias e convênios entre diferentes níveis de governo e organizações da sociedade civil (CONAD, 2022).

Nesse contexto, o DEPAD, instituído pelo Decreto nº 11.634, de 14 de agosto de 2023, passou a desempenhar papel central na execução dessas diretrizes, especialmente na regulamentação e no apoio técnico-financeiro às entidades de acolhimento (Brasil, 2023). O órgão tem priorizado a atualização de instrumentos normativos, com foco na promoção dos direitos humanos e na prevenção das práticas de caráter manicomial,

posicionando-se de forma ativa no debate sobre os modelos de cuidado digno em saúde mental.

Com esse objetivo, foi implementado o programa "Cuidado e Acolhimento de Usuários e Dependentes de Álcool e outras Drogas", voltado ao financiamento de vagas em regime residencial, transitório e extra-hospitalar. A iniciativa distingue-se da lógica de internação hospitalar e estabelece como requisito a realização de avaliação médica prévia, destinada a assegurar que o acolhido não apresente condições clínicas que demandem atenção hospitalar contínua ou emergencial, reafirmando o caráter protetivo e transitório do acolhimento.

De acordo com o DEPAD, as entidades devem oferecer[11]:

a) Projetos terapêuticos que visam à abstinência.

b) Ambiente residencial propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares, atividades práticas de valor educativo e a promoção do desenvolvimento pessoal.

c) Elaboração de Plano Individual de Atendimento (PIA) / Plano de Atendimento Singular (PAS).

No mesmo ano, em 2023, foi publicado o Edital Público nº 8, destinado ao credenciamento e à habilitação de entidades para a contratação de serviços de acolhimento a pessoas com dependência química, em regime residencial transitório e de caráter exclusivamente voluntário (MDS, 2023). O Edital indica que o programa de acolhimento deve contemplar critérios de admissão, permanência e pós-saída.

No que se refere aos critérios de prioridade, foram estabelecidos,

a) Entidades que prestem atendimento a mães nutrizes.

b) Entidades que prestem atendimento a adultos do sexo feminino.

c) Entidades localizadas nos municípios prioritários para o Programa Nacional de Enfrentamento à Criminalidade Violenta (adultos masculino e

[11] Informações disponíveis na plataforma institucional do MDS, utilizada para repositório oficial do órgão. Disponível em: https://wiki-sagi.mds.gov.br/home/DS/CT. Acesso em: 20 nov. 2025.

feminino), quais sejam: Ananindeua/PA, São José dos Pinhais/PR, Paulista/PE, Goiânia/GO e Cariacica/ES.

d) Entidades que prestam atendimento a adultos do sexo masculino.

Esses critérios expressam uma diretriz de equidade no acesso, ao reconhecer a maior vulnerabilidade psicossocial e os desafios logísticos enfrentados por mulheres nas cenas de uso, especialmente no que se refere à maternidade, buscando assegurar que o tratamento seja acessível e seguro para esse público.

Além das exigências documentais para o credenciamento, como a habilitação jurídica, regularidade fiscal e trabalhista e comprovação de capacidade técnica, as entidades devem cumprir um conjunto de obrigações operacionais e éticas. Entre elas, destacam-se:

a) Oferecer espaço comunitário e de atendimento individual.

b) Incentivar o vínculo familiar e social.

c) Permitir o contato e a visitação de familiares.

d) Nortear suas ações e a qualidade de seus serviços com base nos princípios de direitos humanos e de humanização do cuidado.

e) Não praticar ou permitir ações de contenção física ou medicamentosa, isolamento ou restrição à liberdade da pessoa acolhida.

f) Manter os ambientes de uso dos acolhidos livres de trancas, chaves ou grades, admitindo-se apenas travamento simples.

g) Não praticar ou permitir castigos físicos, psicológicos ou morais, nem utilizar expressões estigmatizantes com os acolhidos ou familiares.

h) Não submeter os acolhidos a atividades forçadas ou exaustivas, sujeitando-os a condições degradantes.

i) Informar imediatamente aos familiares ou pessoa previamente indicada pelo acolhido e comunicar, às unidades de referência de saúde e de assistência social, intercorrência grave ou falecimento da pessoa acolhida.

j) Observar as normas de segurança sanitária, de instalações prediais e de acessibilidade, além de manter atualizadas as licenças emitidas pelas autoridades competentes.

k) Fornecer alimentação, condições de higiene e alojamentos adequados.

l) Não exigir, quaisquer valores pelos acolhidos ou quaisquer valores ou contraprestações de serviços pelos familiares ou responsáveis quando da utilização dos serviços contratados no âmbito do Edital.

m) Informar à pessoa acolhida e/ou responsável, as normas da entidade, bem como o caráter gratuito do serviço prestado.

n) Articular junto à unidade de referência de saúde os cuidados necessários com o acolhido.

o) Articular junto à rede de proteção social para atendimento e acompanhamento das famílias dos acolhidos, quando do seu ingresso, durante sua permanência na instituição e, também, após o desligamento da Comunidade Terapêutica.

p) Articular junto à rede intersetorial a preparação para o processo de reinserção social do acolhido.

Promover, com o apoio da rede local, além das ações de prevenção relativas ao uso de drogas, também as referentes às doenças transmissíveis, como vírus HIV, hepatites e tuberculose, entre outras (Brasil, 2023).

O Edital reforça que o acolhimento deve ser pautado nos princípios dos direitos humanos e da humanização do cuidado, assegurando a segurança, a dignidade e a voluntariedade do processo, vedando quaisquer práticas discriminatórias ou coercitivas.

Em setembro de 2025, foi publicado um novo Edital de Chamamento Público nº 3 pelo órgão (MDS, 2025), com orientações semelhantes ao anterior, mas com critérios de prioridade distribuído em grupos:

Grupo 1: entidades que prestam atendimento a mães nutrizes e adultos do gênero feminino (considera-se mãe nutriz aquela que tem a guarda de filhos de até 1 (um) ano de idade).

Grupo 2: entidades localizadas nos municípios prioritários para o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania – PRONASCI[12],

[12] Em 2023, o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci 2) divulgou os 163 municípios prioritários de suas ações, que concentram 50% das mortes violentas intencionais. O objetivo nesses territórios, além de prevenir, é intensificar uma cultura de paz, de apoio ao desarmamento e de combate sistemático aos preconceitos de gênero, étnico, racial, geracional, de orientação sexual e de diversidade cultural. Além disso, há ações de acolhimento às mães, de combate ao uso e tráfico de drogas e de reforço da Patrulha Maria da Penha. Dados disponíveis em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/mjsp-divulga-lista-dos-163-municipios-prioritarios-do-pronasci. Acesso em: 23 nov. 2025.

Grupo 3: entidades que prestam atendimento exclusivo a adultos do gênero masculino.

Importante sublinhar que o normativo reforça a proibição de qualquer forma de discriminação no processo de admissão, assegurando tratamento respeitoso e digno, independentemente de etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, antecedentes criminais ou situação financeira (MDS, 2025).

Portanto, o novo edital evidencia o reconhecimento da vulnerabilidade interseccional feminina ao conferir prioridade máxima a mães nutrizes e mulheres adultas, buscando enfrentar a histórica neutralidade de gênero da política de drogas e reduzir as barreiras logísticas e psicossociais ao acesso ao cuidado. Essa diretriz articula-se aos objetivos do PRONASCI de combate ao preconceito e de promoção de um tratamento pautado na dignidade e nos direitos humanos.

No âmbito do monitoramento e da fiscalização, informações da plataforma institucional do MDS indicam que o DEPAD realizou mais de 500 fiscalizações *in loco* em entidades contratadas, implementou o painel gerencial do Sistema Eletrônico de Gestão de Comunidades Terapêuticas (SISCT) e o painel de acompanhamento em base de dados, além de celebrar 370 contratos, correspondentes a aproximadamente 10 mil vagas de acolhimento (Plataforma oficial do MDS, 2025).

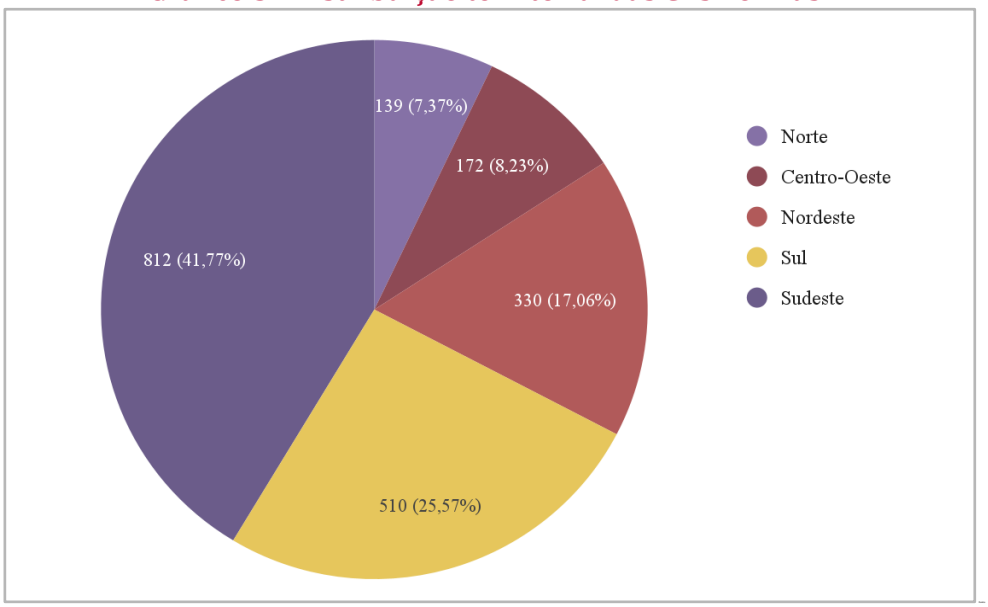
A centralidade do cuidado às populações em situação de maior vulnerabilidade também se expressa no Planejamento Estratégico Institucional do MDS (PEI 2023–2026), que estabelece como metas a ampliação do número de vagas em entidades de acolhimento contratadas, a capacitação de profissionais na temática de álcool e outras drogas e a realização de estudos e pesquisas voltados à avaliação da política de acolhimento.

Nesse contexto, destaca-se a pesquisa conduzida pelo Núcleo de Pesquisa em Vulnerabilidade e Saúde (NAVeS/UFMG), que monitorou 518 entidades de acolhimento entre agosto de 2023 a junho de 2024. As informações expostas a seguir decorrem desse monitoramento, em interface com o levantamento realizado pelo IPEA (2017) acerca do perfil das CTs no Brasil.

Segundo o IPEA, das 1.963 CTs existentes no país, observa-se maior concentração nas regiões Sul e Sudeste. A distribuição regional indica que 7,37% das unidades localizam-se na região Norte, 8,23% no Centro-Oeste, 17,06% no Nordeste, 25,57% no Sul e 41,77% no Sudeste. Quanto à localização territorial, 74,3% das CTs situam-se em áreas

rurais, embora 56% estejam inseridas em municípios de grande porte, caracterizados como metrópoles (IPEA, 2017), conforme ilustrado no gráfico a seguir.

Gráfico 5 - Distribuição territorial das CTs no Brasil



Fonte: Adaptado de IPEA (2017).

Quanto à capacidade de acolhimento das unidades mapeadas, as CTs foram classificadas em três grupos: a maioria é de porte pequeno, com até 30 vagas, totalizando 954 unidades, seguida pelas de porte médio, com 31 a 70 vagas, que somam 775 unidades. As entidades de grande porte, com capacidade entre 71 e 300 vagas, constituem o menor grupo, com 221 unidades.

O levantamento mapeou cerca de 83.600 vagas de tratamento distribuídas em 1.950 CTs; contudo, a capacidade de acolhimento demonstrou uma distribuição desigual

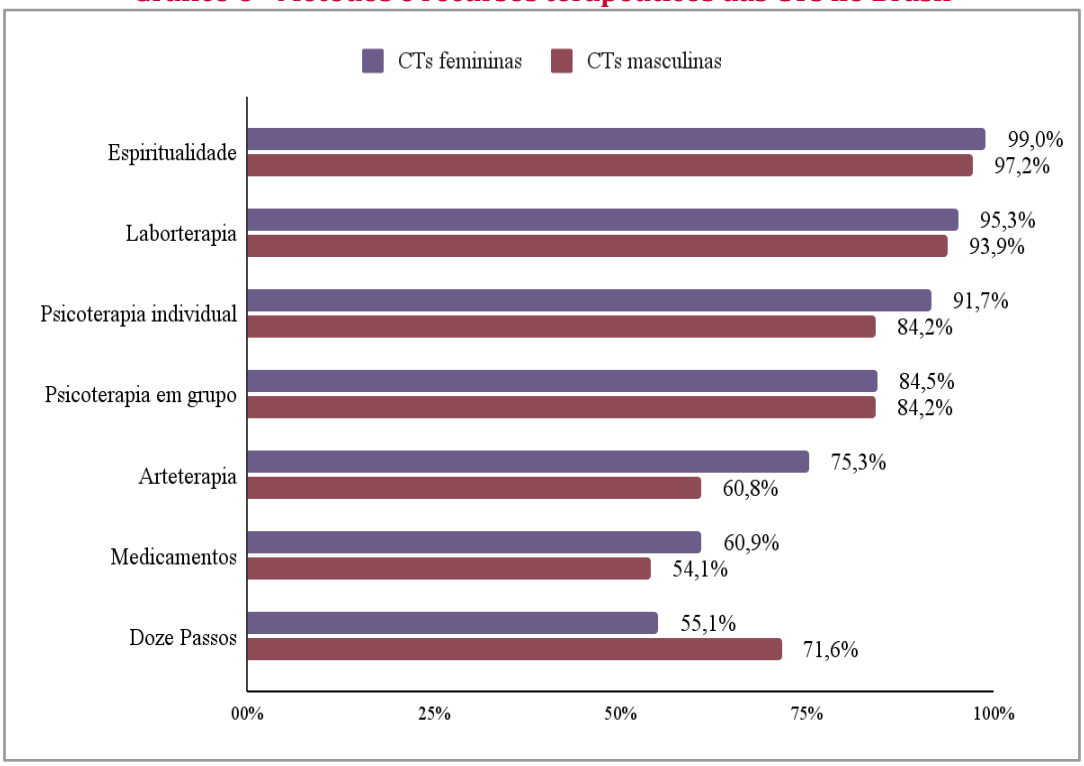
sob a perspectiva de gênero. Os dados indicam que 80,79% das vagas são destinadas ao sexo masculino, 14,83% atendem ambos os sexos e apenas 4,38% são voltadas exclusivamente a mulheres, evidenciando uma predominância masculina expressiva em todas as regiões do país.

Além das barreiras de acesso enfrentadas por pessoas com deficiências, necessidades específicas ou orientações sexuais diversas, o estudo sugere que a baixa ocupação e a elevada rotatividade feminina podem indicar um forte viés de gênero na demanda por acolhimento em CTs, o que tende a dificultar a adesão das mulheres aos programas de tratamento.

O estudo do IPEA (2017) também destaca três aspectos relevantes: a forte vinculação religiosa das unidades, presente em 82% das CTs; a baixa taxa de acolhimento de grupos específicos, sendo que apenas 45,8% das CTs femininas aceitam mães nutrizes; e a reduzida proporção de unidades que acolhem pessoas com transtornos mentais, correspondente a 32,9%, incluindo aquelas com histórico de internação psiquiátrica.

Os dados relativos aos métodos e recursos terapêuticos indicam variações nas práticas adotadas de acordo com o gênero das pessoas acolhidas, conforme evidenciam os dados a seguir.

Gráfico 6 - Métodos e recursos terapêuticos das CTs no Brasil



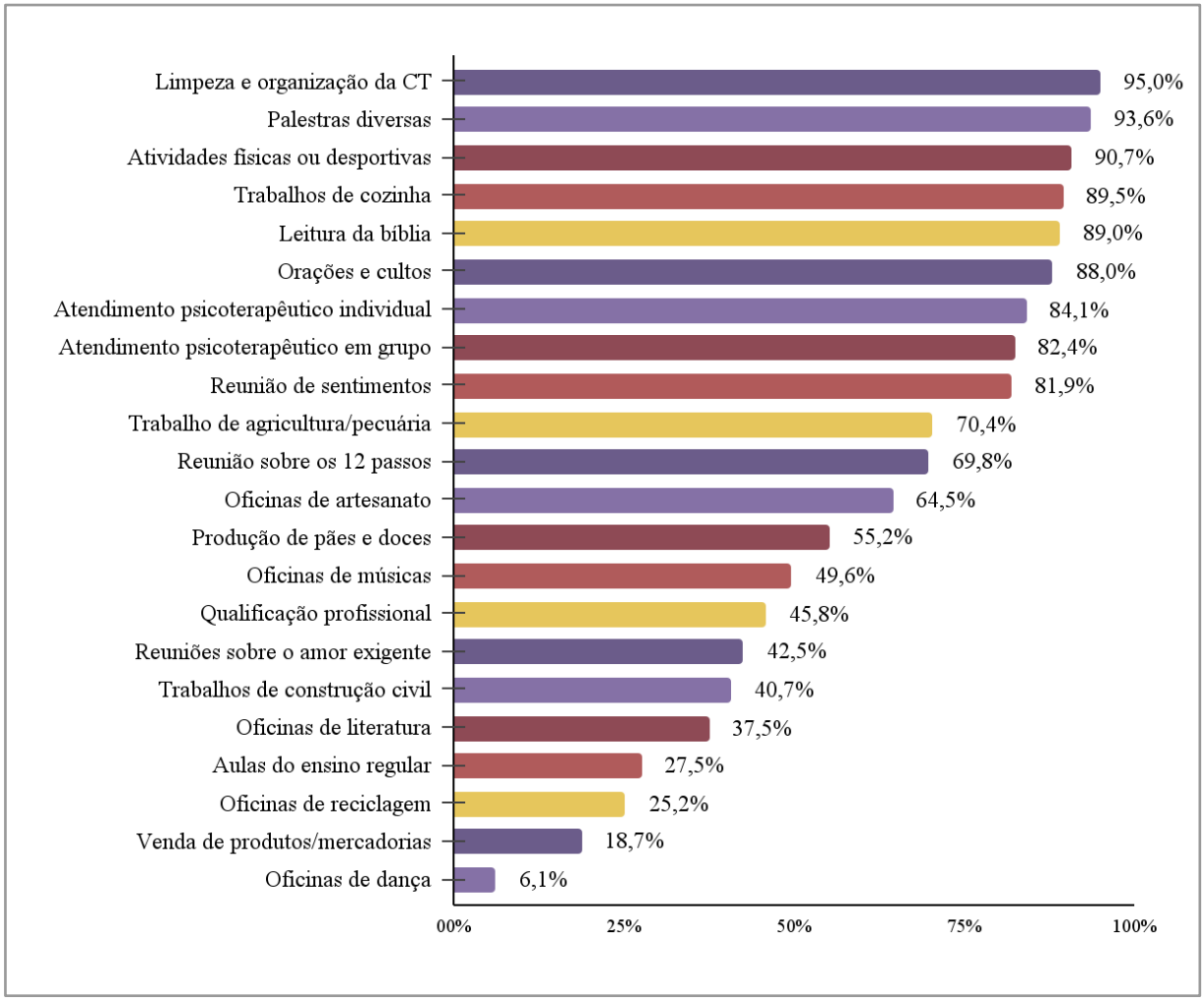
Fonte: Villar e Santos (2018).

As CTs apresentam a espiritualidade e a laborterapia como eixos centrais do cuidado, com percentuais superiores a 93% em ambos os sexos, seguidas pelas práticas de psicoterapia individual e em grupo, que se mantêm amplamente disseminadas, com destaque para a maior incidência da psicoterapia individual nas CTs femininas (91,7%). Na sequência, observa-se a arteterapia mais presente nas unidades femininas (75,3%) e o uso de medicamentos, também mais frequente nesse grupo (60,9%), indicando maior ênfase em abordagens clínicas e expressivas. Por fim, o método dos Doze Passos apresenta

maior adesão nas CTs masculinas, configurando uma diferença relevante nos referenciais terapêuticos adotados conforme o público atendido.

Em relação às atividades diárias realizadas nas CTs, nota-se o predomínio de práticas voltadas à rotina, disciplina e de cunho religioso, enquanto as ações relacionadas à reinserção social e profissional aparecem em menor proporção, conforme demonstra o gráfico a seguir.

Gráfico 7 - Atividades diárias realizadas nas CTs no Brasil



Fonte: Adaptado de IPEA (2017).

As atividades mais frequentes incluem a limpeza e organização da CT (95%), a participação em palestras diversas (93,6%), a realização de atividades físicas (90,7%), as atividades de cozinha (89,50), a leitura da bíblia (89%) e a participação de orações e cultos (88%). Esses indicadores apontam para um modelo centrado no cotidiano institucional, frequentemente orientado pela religiosidade/espiritualidade e por

dinâmicas de convivência. A psicoterapia individual e em grupo também apresentam percentuais relevantes, totalizando 84,1% e 82,4%, respectivamente.

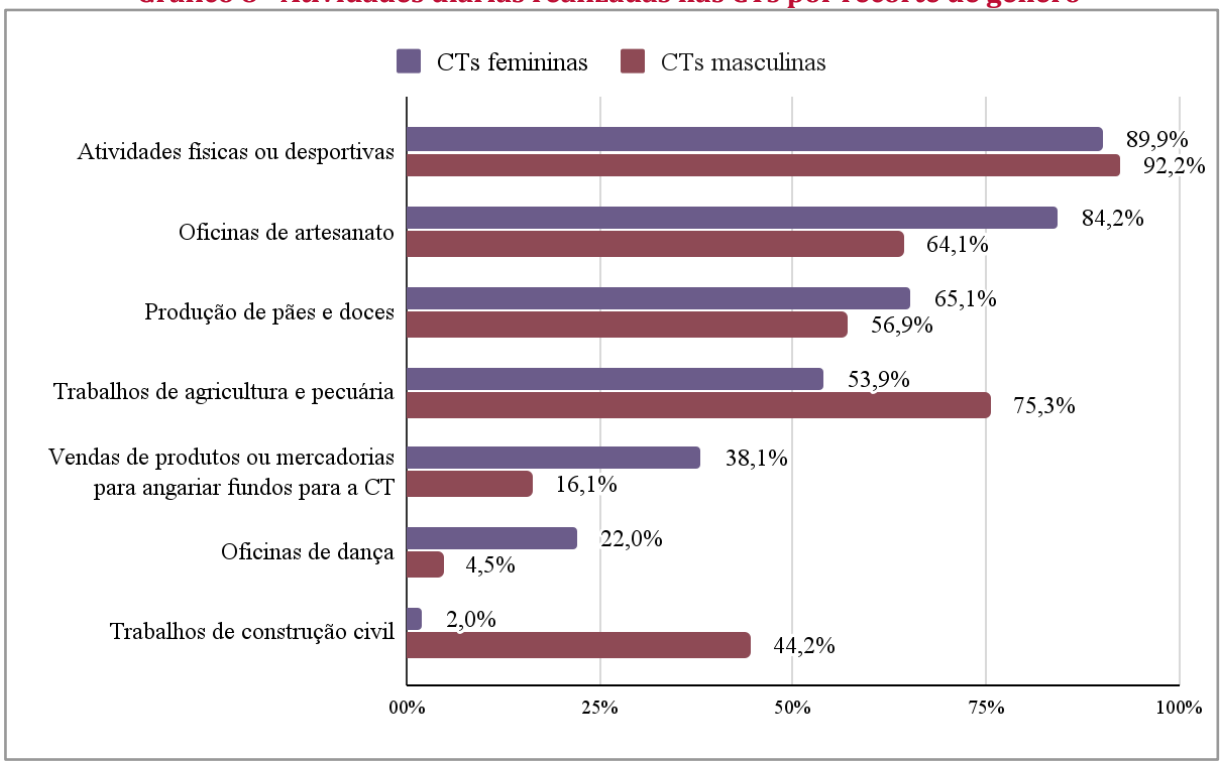
As atividades ligadas à educação, à profissionalização e à inserção no trabalho ocorrem com menor frequência:

- Qualificação profissional (45,8%).
- Trabalhos de construção civil (40,7%).
- Oficinas de literatura (37,5%).
- Aulas do ensino regular (27,5%).
- Oficinas de reciclagem (25,2%).
- Venda de produtos/mercadorias (18,7%).

Esses percentuais indicam que as ações voltadas à reinserção social, especialmente aquelas associadas ao acesso à educação, à capacitação e ao trabalho, apresentam margem significativa para aprimoramento.

Ainda no âmbito das atividades de rotina, o recorte de gênero apresentado por Villar e Santos (2018) aponta distinções nas ofertas disponibilizadas, conforme ilustrado no gráfico seguinte.

Gráfico 8 - Atividades diárias realizadas nas CTs por recorte de gênero



Fonte: Villar e Paula (2018).

O gráfico evidencia diferenças na organização das atividades das CTs por gênero. Nas unidades masculinas, predominam atividades associadas ao esforço físico, como agricultura, pecuária e construção civil, enquanto nas CTs femininas são mais frequentes oficinas de artesanato, produção de pães e doces, atividades de geração de renda e dança. As atividades físicas aparecem de forma semelhante em ambos os contextos, indicando que, embora haja pontos de convergência, permanece uma segmentação das práticas cotidianas segundo recortes de gênero.

O estudo do IPEA identifica cinco características associadas ao processo de padronização e qualificação do funcionamento das CTs, a saber:

a) Capacitação das equipes por meio de cursos ofertados pela Senad e por outras instituições, como a Unifesp.
b) Participação e cadastramento em entidades representativas, como a FEBRACT e CONFENACT, além de organizações de âmbito regional, estadual e local.
c) Ampliação gradual de profissionais contratados e remunerados com formação técnica, que não residem em instituições.
d) Incorporação de saberes, práticas e tecnologias oriundas dos campos médico e psicológico.
e) Fortalecimento da produção e da sistematização de dados internos, favorecendo a prestação de contas e a legitimação pública do trabalho realizado (IPEA, 2017).

Portanto, em termos gerais, o estudo do IPEA (2017) demonstra que as CTs apresentam maior concentração nas regiões Sul e Sudeste e mantêm um forte viés masculino no acolhimento, com aproximadamente 80%. O modelo de tratamento é fortemente orientado por disciplina e religiosidade, enquanto as iniciativas voltadas à reinserção social e profissional ainda ocupam espaço secundário, apesar do avanço de estratégias de profissionalização e do uso de abordagens psicoterapêuticas.

No período de agosto de 2023 a junho de 2024, o DEPAD estabeleceu parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio do Núcleo de Pesquisa em Vulnerabilidade e Saúde (NAVeS)13, viabilizando a fiscalização de 518 entidades de

[13] A pesquisa foi realizada seguindo os procedimentos preconizados na Portaria nº 526, de 19 de março de 2019, que criou o Plano de Fiscalização e Monitoramento de Comunidade Terapêutica no âmbito da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED). Foram realizadas visitas de

acolhimento em praticamente todos os estados brasileiros, com exceção do estado do Amapá.

A análise da distribuição geográfica das entidades monitoradas demonstra forte concentração nas regiões Sudeste (34,3%) e Sul (33,2%), que juntas somam mais de dois terços do total. As demais regiões apresentam percentuais menores: Nordeste (20,1%), Centro-Oeste (8,0%) e Norte (4,3%) (UFMG, 2024).

No que diz respeito à capacidade de acolhimento, predomina o perfil de porte médio, correspondente a 54,5% do total. As instituições de pequeno porte representam 31%, enquanto aquelas identificadas como de grande porte totalizam 14,6%.

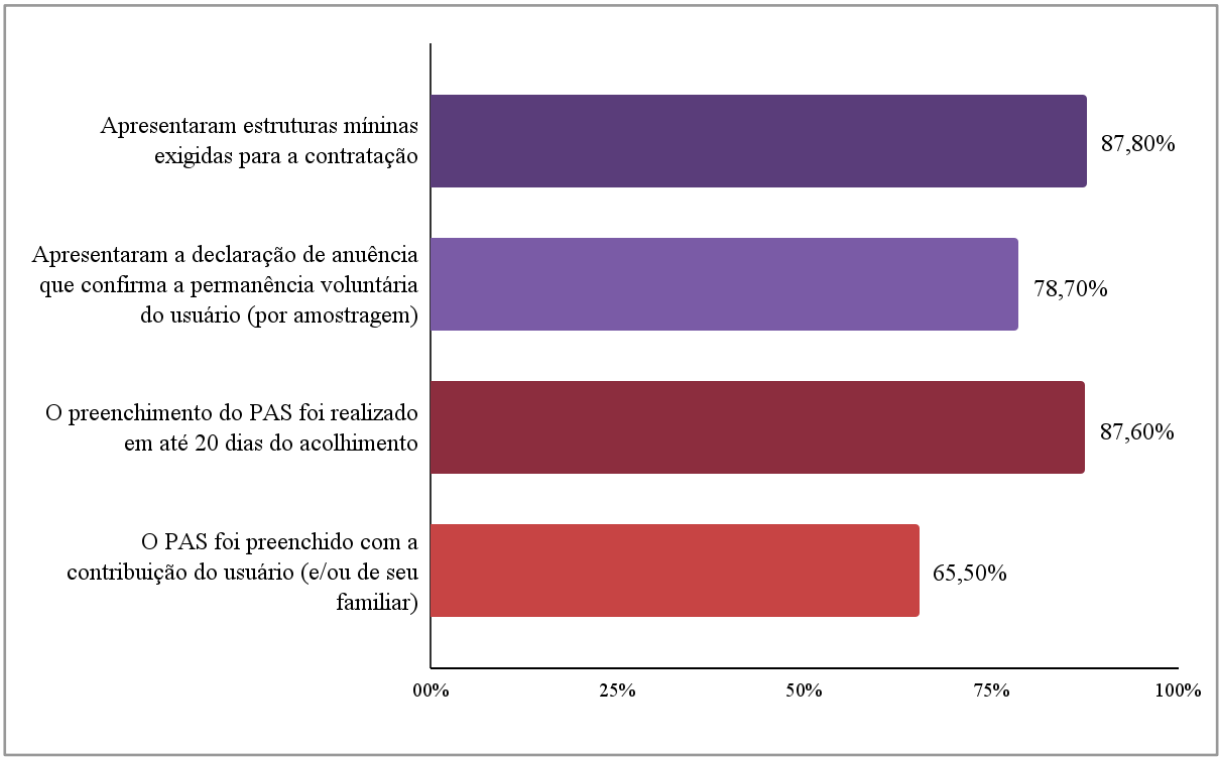
Semelhante ao levantamento do IPEA (2017), observa-se expressiva predominância do público masculino, totalizando 77,6% das vagas. O acolhimento exclusivamente feminino está presente em 13,8% das entidades, ao passo que 8,6% adotam modelo misto. Além disso, 17,7% das unidades atendem pessoas com deficiência, e apenas 7% oferecem acolhimento a mulheres nutrizes (UFMG, 2024).

Quanto à infraestrutura, 87,8% das instituições avaliadas dispõem das estruturas terapêuticas mínimas exigidas para contratação, como espaços para atendimento individual e coletivo, oficinas terapêuticas, atividades laborais e alojamentos para funcionários. Os ambientes destinados ao preparo e consumo de alimentos são considerados adequados em 97,9% dos casos.

A declaração de anuência quanto à permanência voluntária do acolhido consta, em 78,7% das unidades visitadas, nos prontuários de todos os acolhidos, conforme análise por amostragem. O preenchimento do PAS dentro do prazo inicial de até 20 dias ocorre em 87,6% das unidades. Entretanto, a participação direta do usuário e seu familiar ou pessoa indicada por ele é menos frequente, sendo registrada em 65,5% dos casos. A seguir, alguns desses indicadores são apresentados em formato gráfico.

monitoramento *in loco* e coleta de informações com base na observação, realização de rodas de conversa com os acolhidos, entrevista com o responsável pela entidade e visita aos locais. A pesquisa na íntegra está disponível em: https://www.medicina.ufmg.br/sismid/wp-content/uploads/sites/107/2024/12/Relatorio-final-Pesquisa-dos-dados-do-monitoramento-das-entidades-de-apoio-e-acolhimento-atuantes-em-alcool-e-drogas-digital.pdf. Acesso em: 26 nov. 2025.

Gráfico 9 - Acolhimento nas entidades monitoradas



Fonte: UFMG (2024).

No âmbito do PAS, há lacunas na reinserção social, sobretudo nos encaminhamentos específicos (62%). Verificou-se também registro insuficiente das atividades terapêuticas (74%) e da designação do profissional de referência (74%), evidenciando fragilidade na documentação do percurso do acolhido e na estruturação de sua saída.

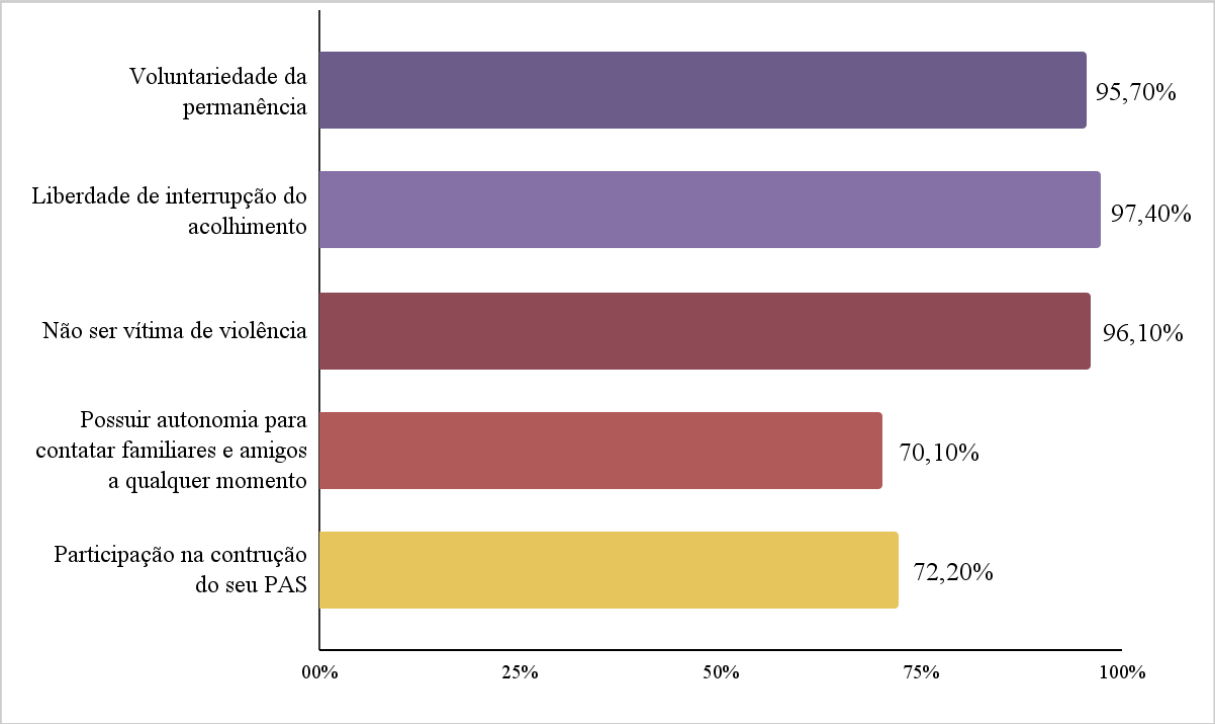
Outro aspecto de destaque refere-se à relação e à inserção da entidade na RAPS. Do total avaliado, 92,3% informaram comunicar à RAPs a entrada dos acolhidos e 91,7% a sua saída. Apenas 1,3% declararam não realizar encaminhamentos à rede primária ou secundária do SUS quando identificada a necessidade de cuidado.

No que concerne à qualidade do acolhimento, as notas médias atribuídas aos critérios de higiene, alimentação e respeito aos direitos humanos foram superiores a 90 pontos. O melhor desempenho foi observado no quesito higiene, enquanto o menor índice médio esteve relacionado ao respeito aos direitos do acolhido.

Em relação a esse último item, 44 instituições obtiveram pontuação inferior a 60 pontos, 26 situam-se na faixa de 60 a 75 pontos, e a maioria (87%), alcançou entre 76 e 100 pontos. Direitos fundamentais, como a voluntariedade da permanência (95,7%), a liberdade de interromper o acolhimento a qualquer momento (97,4%) e a não submissão

a situações de violência (96,1%), apresentam elevados níveis de reconhecimento. Em contraste, os indicadores de autonomia e participação são inferiores: 70,1% dos acolhidos afirmam ter liberdade para contatar familiares e amigos quando desejam, e 72,2% relatam participar da elaboração do próprio PAS. Esses achados evidenciam lacunas que demandam intervenções no fortalecimento da autonomia, da comunicação e do protagonismo do usuário no processo de cuidado (UFMG, 2024). Os dados encontram-se sintetizados no gráfico a seguir.

Gráfico 10 - Percepção dos acolhidos sobre os direitos fundamentais



Fonte: UFMG (2024).

A partir dos levantamentos realizados pelo IPEA (2017) e do monitoramento conduzido pelo NAVeS/UFMS (2024), nota-se que o perfil das CTs no Brasil apresenta características recorrentes. As entidades concentram-se majoritariamente nas regiões Sul e Sudeste, mantêm um padrão de acolhimento fortemente marcado pela predominância do público masculino e, em sua maioria, são classificados de porte médio.

De modo geral, as instituições demonstram conformidade na formalização administrativa, evidenciada pela adoção do PAS e pelo cumprimento dos prazos estabelecidos. Contudo, embora o plano esteja presente na maior parte das unidades, a participação ativa do acolhido e de seus familiares em sua construção é registrada com baixa frequência. Ademais, os encaminhamentos voltados à retomada do convívio

comunitário constituem o aspecto menos documentado, apontando limitações na consolidação dessa etapa final do cuidado.

No que se refere à articulação com a rede de atenção, a comunicação com a RAPS e o encaminhamento ao SUS, quando necessário, ocorrem de forma consistente, sinalizando integração com os serviços de saúde. Ainda assim, o modelo assistencial permanece centrado em rotinas, disciplina e práticas de cunho religioso, o que demonstra a necessidade de ampliar iniciativas voltadas à profissionalização e à reintegração social.

Por fim, a autonomia dos acolhidos configura-se como um ponto sensível: embora direitos básicos registrem indicadores positivos, aspectos como o contato livre com vínculos externos e a participação efetiva na construção do próprio percurso terapêutico demandam avanços para que o protagonismo do sujeito seja plenamente assegurado. Tal cenário torna-se ainda mais complexo no acolhimento feminino, em que a baixa oferta de atividades diversificadas e a fragilidade nos planos de reinserção social podem silenciar as especificidades de gênero, evidenciando a urgência de estratégias que considerem a singularidade das mulheres em situação de vulnerabilidade.

3.1.2 Políticas Públicas Internacionais sobre acolhimento de mulheres com TUS

Nesta seção, são apresentados documentos internacionais que são referências para reflexão e tomada de decisão quanto ao desenvolvimento de políticas e ações voltadas às mulheres em situação de dependência psicoativa. Embora não abordem especificamente as CTs, as evidências neles contidas certamente abrem caminhos para a avaliação da problemática no Brasil e para o mapeamento de fatores que podem auxiliar na revisão e no aprimoramento das práticas de atendimento às mulheres em CTs, a partir de um olhar científico e pautado no respeito aos direitos humanos.

A revisão fundamenta-se em documentos de conceituados organismos internacionais, a exemplo do Instituto Inter-regional de Pesquisa sobre Crime e Justiça das Nações Unidas (UNICRI), do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), da Organização Mundial da Saúde (OMS), da CICAD/OEA (Comissão

Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas – OEA) e do Grupo Pompidou (Conselho da Europa).

3.1.2.1 Iniciativas no âmbito das Nações Unidas: o Projeto *DAWN*

Ao considerar o objetivo de identificar as políticas internacionais voltadas ao acolhimento de mulheres em situação de vulnerabilidade pelo uso de substâncias psicoativas, partimos inicialmente dos projetos desenvolvidos por institutos e órgãos no âmbito das Nações Unidas. Nesse contexto, destacamos o projeto *DAWN – Drugs, Alcohol and Woman Network*, iniciado em 2010 pelo Instituto Inter-regional de Pesquisa Sobre Crime e Justiça das Nações Unidas (*United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute - UNICRI).*

Segundo o Instituto, o projeto *DAWN* foi criado para abordar as diferenças de gênero no que concerne ao uso e ao vício em drogas, promovendo políticas sensíveis às questões de gênero na prevenção e na recuperação. Isso se deve ao fato de que muitas estratégias de prevenção e tratamento são direcionadas aos homens, com pouco ou nenhum impacto entre as mulheres, que, principalmente em países em desenvolvimento, enfrentam dificuldades no acesso a serviços sociais e de saúde em razão de questões culturais e religiosas.

O projeto *DAWN* objetivou estabelecer uma rede de especialistas em diferenças de gênero relacionadas ao uso de substâncias e à recuperação de dependentes, com a missão de desenvolver e implementar intervenções baseadas em evidências, além de formular políticas e práticas que atendam às necessidades específicas de mulheres. Considerou ainda a Resolução de 2012, aprovada na 55ª sessão da Comissão de Narcóticos da ONU (*Comission on Narcotic Drugs – CND*), que trata da promoção de estratégias que abordam as necessidades específicas das mulheres em programas e ações para redução do uso de drogas (ONU 2012).

Fruto de pesquisas, debates e discussões promovidos no âmbito do *DAWN*, algumas publicações importantes que servem como base para implementação de políticas sensíveis ao gênero no contexto do uso de substâncias são: as "Diretrizes da Comissão de Narcóticos para a Prevenção ao Uso de Drogas, Tratamento e Reabilitação de Meninas e Mulheres" (*UNODC Guidelines on Drug Prevention, Treatment and Rehabilitation for Girls and Women*) e o manual "Promovendo uma abordagem sensível ao gênero para a

dependência" (*Promoting a Gender Responsive Approach to Addiction*). Nas próximas seções, tais publicações são detalhadas com foco nas ações e práticas que podem ser adotadas para orientar a implementação de políticas no contexto brasileiro.

3.1.2.2 Diretrizes da UNODC para o tratamento e reabilitação de mulheres

Organizado pela UNODC (2016), as *Diretrizes da Comissão de Narcóticos para a Prevenção do Uso de Drogas, Tratamento e Reabilitação de Meninas e Mulheres* apresentam um breve panorama sobre a prevalência, as motivações e as tendências do uso de álcool e outras substâncias por meninas e mulheres no mundo. Os dados abrangem diferentes regiões (África, América do Norte, América Central, Caribe, América do Sul, Europa, Oriente Médio e Ásia) e indicam que, em nível global, o uso de substâncias por mulheres é menor em comparação aos homens, cuja probabilidade de consumir drogas como cannabis, cocaína e anfetaminas é três vezes maior. No entanto, as mulheres apresentam maior probabilidade de utilizar medicamentos prescritos, como opioides e tranquilizantes.

O documento ressalta, contudo, que ainda existem muitas lacunas no mapeamento das informações sobre os fatores que levam ao uso de substâncias entre meninas e mulheres. Apesar disso, são apontados aspectos associados à vulnerabilidade ou à resiliência em relação ao uso de substâncias entre adolescentes, tanto em meninos quanto em meninas. Esses aspectos são agrupados em três categorias: características pessoais, microambiente (família, escola e colegas) e macroambiente (dimensões sociais mais amplas). São também retomados resultados de diferentes estudos que evidenciam, por exemplo, a correlação entre gênero e uso de substâncias na adolescência. Entre as vulnerabilidades mencionadas estão: depressão, transtorno de conduta, uso de cigarro, alcoolismo materno, uso de substâncias pela mãe, baixo apego parental, pouca preocupação e monitoramento por parte dos pais, família desestruturada, tabagismo durante a gravidez, agressividade na primeira série escolar, ansiedade, dificuldades de relacionamento com colegas e abuso sexual na infância (UNODC, 2016).

Conforme as Diretrizes, há estudos que indicam que meninas usuárias de substâncias têm maior probabilidade de desenvolver depressão, a qual, por sua vez, pode agravar os transtornos relacionados ao uso, reduzir a autoestima e levar a tentativas de

suicídio. Outros apontam que drogas como álcool, maconha e ecstasy são percebidas por adolescentes como formas de aliviar depressão, raiva ou frustração. Há também pesquisas que destacam a influência da normalização e da glamourização das drogas nas redes sociais, que podem incentivar o consumo. Muitas adolescentes veem nas substâncias uma solução para perder peso ou lidar com a pressão social pela busca do corpo ideal, enquanto outras são motivadas por problemas familiares, pressão de amigos ou histórico de abuso sexual (UNODC, 2016).

Frente a essas questões, são abordados mecanismos eficazes de prevenção ao uso de substâncias, com base na literatura científica, bem como em tratamentos, cuidados e formas de reabilitação eficazes.

No que se refere às estratégias de prevenção, o documento aponta que, nas últimas décadas, diversos programas têm apresentado resultados positivos na mudança de comportamentos relacionados à saúde de meninas. Entre eles, destacam-se iniciativas com foco familiar, escolar e comunitário. Entretanto, ressalta que ainda há pouco conhecimento sobre a efetividade dessas estratégias quando considerada a especificidade de gênero. Diante das limitações das pesquisas existentes, são elencadas diretrizes para a prevenção dos transtornos relacionados ao uso de drogas e outras substâncias entre meninas, a exemplo de:

- **Abordagem com perspectiva de gênero**: considerar fatores específicos de vulnerabilidade e resiliência do público feminino.
- **Intervenções baseadas na família**: adotar estratégias de cunho familiar, as quais têm apresentado bons resultados para meninas e meninos, em comparação às abordagens exclusivamente comunitárias ou escolares. Atentar-se ao fato de que meninas tendem a ser mais impactadas por problemas familiares.
- **Desenvolvimento de novas estratégias voltadas a meninas:** criar programas específicos que considerem a maior vulnerabilidade feminina a quadros de depressão e ansiedade. Tais iniciativas devem abordar transversalmente temas como estresse, autoestima, imagem corporal, transtornos alimentares, saúde reprodutiva, violência sexual, gravidez não planejada, doenças sexualmente transmissíveis, entre outros.

- **Monitoramento e avaliação contínuos**: acompanhar sistemática e cientificamente os programas, garantindo que resultados, positivos ou negativos, sejam disseminados para aprimorar a prevenção em nível global.
- **Pesquisas adicionais**: ampliar o conhecimento sobre fatores de vulnerabilidade e resiliência específicos para meninas e mulheres, investigando variações culturais, padrões de uso e formas mais eficazes de abordagem.

No tocante ao tratamento, aos cuidados e à reabilitação eficazes, as diretrizes apresentam princípios básicos com orientações específicas para o público feminino, sintetizados nos quadros a seguir:

Quadro 1 - Tratamento acessível, responsivo às necessidades individuais, baseado em pontos fortes e com envolvimento ativo do paciente

Público-alvo	Orientações
Diretrizes para meninas adolescentes	Fornecer tratamento considerando a idade de desenvolvimento e a idade cronológica.
	Dar atenção especial às meninas quanto ao estágio de desenvolvimento cognitivo, ao fortalecimento de habilidades de enfrentamento e aos seus desejos educacionais.
	Promover diferentes serviços em diferentes fases da vida, conforme o estágio de desenvolvimento da paciente.
	Manter meninas separadas de meninos nos tratamentos, para que se sintam mais à vontade para falar sobre determinados temas.
	Identificar pressões múltiplas em suas vidas e ajudá-las a desenvolver mecanismos positivos de enfrentamento.
	Oferecer suporte emocional de forma que se sintam física e emocionalmente seguras durante o tratamento.
	Estabelecer objetivos claros, dinâmicos e definidos em colaboração com a adolescente.
Diretrizes para mulheres adultas	Criar um ambiente de tratamento empoderador à mulher, que favoreça mudanças em suas circunstâncias de vida e minimize o impacto da desigualdade de gênero.
	Criar um ambiente de tratamento empoderador à mulher, que favoreça mudanças em suas circunstâncias de vida e minimize o impacto da desigualdade de gênero.
	Treinar profissionais para reduzir estigma, vergonha, culpa e medo durante o processo de tratamento.
	Estabelecer objetivos claros, dinâmicos e definidos em colaboração com a mulher.

Fonte: Adaptado de UNODC (2016).

Quadro 2- Tratamento baseado em teoria e evidências

Público-alvo	Orientações
Diretrizes para meninas adolescentes	Utilizar intervenções sociais baseadas em evidências comprovadas e padrões estabelecidos no tratamento de transtornos por uso de substâncias.
	Adotar intervenções familiares (como terapia familiar estratégica, treinamento em gestão parental, terapia multissistêmica e terapia familiar multidimensional) como parte do tratamento.
	Utilizar terapia cognitivo-comportamental com foco analítico-funcional do uso de substâncias, além do treinamento em habilidades para apoiar a abstinência.
	Valer-se de terapia de aprimoramento motivacional, porém não de forma isolada.
Diretrizes para mulheres adultas	Contemplar necessidades específicas no tratamento, como cuidado infantil, gravidez, parentalidade, violência interpessoal, trauma sexual e vitimização, comorbidades psiquiátricas, moradia, apoio financeiro e serviços sociais.
	Não rejeitar mulheres grávidas em tratamentos para transtornos por uso de substâncias.
	Desenvolver mais pesquisas para identificar quais mulheres se beneficiam de quais tipos de tratamento.

Fonte: Adaptado de UNODC (2016).

Quadro 3 - Demonstração de respeito e empatia por parte dos profissionais

Público-alvo	Orientações
Diretrizes para meninas adolescentes	Os prestadores de tratamento devem estar atentos às barreiras motivacionais desde o início da intervenção.
	O estilo, a personalidade do profissional e a filosofia de cuidado são fundamentais no atendimento.
	O clínico deve construir vínculo ouvindo ativamente e demonstrando interesse.
	O prestador deve garantir confidencialidade e atuar como defensor da paciente.
Diretrizes para mulheres adultas	Profissionais devem ser treinados para oferecer tratamento com empatia e respeito.
	O tratamento deve promover um papel ativo e interdependente para as mulheres.

Fonte: Adaptado de UNODC (2016).

Quadro 4 - Planejamento contínuo do tratamento: da triagem à alta

Público-alvo	Orientações
Diretrizes para meninas adolescentes e mulheres adultas	Os programas precisam ter estratégias específicas para alcançar mulheres com dificuldade de acesso ao cuidado.
	Os métodos de triagem e avaliação são essenciais para determinar a necessidade e o tipo de serviços em transtornos por uso de substâncias.
	É preciso considerar as consequências não intencionais da rotulação diagnóstica.
	É necessário tempo para construir um relacionamento sólido e baseado em confiança.
	O planejamento da alta deve ser iniciado bem antes do término previsto do tratamento.

Fonte: Adaptado de UNODC (2016).

Quadro 5 - Abordagem de questões além dos transtornos por uso de substâncias

Público-alvo	Orientações
Diretrizes para meninas adolescentes	Negligência física e emocional e/ou abuso sexual, físico e emocional são mais frequentes em meninas com transtornos por uso de substâncias, devendo ser tratados de forma integrada.
	É fundamental adotar uma estratégia de tratamento integrada que aborda, simultaneamente, o transtorno por uso de substâncias e problemas psiquiátricos comórbidos.
	Comorbidades psiquiátricas como TDAH, depressão, transtorno bipolar, transtornos de ansiedade e transtornos alimentares são comuns e precisam ser tratadas paralelamente.
	O transtorno bipolar pode ser tratado durante o tratamento do transtorno por uso de substâncias.
	Meninas com depressão grave frequentemente necessitam de psicoterapia associada à farmacoterapia.
Diretrizes para mulheres adultas	As mulheres necessitam de uma abordagem holística que integre cuidados de saúde física e mental.

Fonte: Adaptado de UNODC (2016).

Quadro 6 - Inclusão de treinamento e prática de habilidades interativas

Público-alvo	Orientações
Diretrizes para meninas adolescentes e mulheres adultas	O tratamento deve oferecer conhecimento e apoio para que meninas e mulheres modifiquem seu comportamento em relação ao uso de substâncias. Também deve incluir a oportunidade de praticar habilidades relacionadas à redução de comportamentos de risco e a outras áreas problemáticas em suas vidas, aumentando a autoeficácia e competência.

Fonte: Adaptado de UNODC (2016).

Quadro 7 - Reconhecimento e atendimento às necessidades durante a gravidez e o pós-parto

Público-alvo	Orientações
Diretrizes para meninas adolescentes e mulheres adultas	A gravidez na adolescência requer cuidados especiais devido ao maior risco de complicações obstétricas. As mulheres precisam de apoio adequado no período pré e pós-parto.
	Os programas devem manter articulação com serviços sociais e de proteção à criança.
	Meninas grávidas e mulheres com transtornos por uso de substâncias não devem ser rejeitadas em cuidados obstétricos.
	A integração entre serviços obstétricos e de tratamento de drogas é a forma mais eficaz de cuidado.

Fonte: Adaptado de UNODC (2016).

Quadro 8 - Adaptação do tratamento ao contexto socioeconômico, ético e cultural

Público-alvo	Orientações
Diretrizes para meninas adolescentes e mulheres adultas	Considerar aspectos étnicos e culturais pode favorecer o engajamento de meninas e mulheres no tratamento, especialmente entre grupos minoritários.

Fonte: Adaptado de UNODC (2016).

Quadro 9 - Inclusão de monitoramento e avaliação frequentes e sistemáticos

Público-alvo	Orientações
Diretrizes para meninas adolescentes e mulheres adultas	O tratamento deve incluir *feedback* das próprias meninas e mulheres sobre o processo e a experiência terapêutica.
	Adolescentes, em especial, podem se beneficiar de *feedback* concreto e sistemático.
	Adolescentes também podem fornecer informações relevantes para o planejamento e aprimoramento dos serviços de tratamento.

Fonte: Adaptado de UNODC (2016).

Como afirmado, tais diretrizes podem lançar luz sobre o contexto brasileiro, mais especificamente no âmbito dos serviços oferecidos pelas CTs, que enfrentam desafios, como os apresentados mais adiante, a partir da escuta das entidades bem como das entrevistas com especialistas.

3.1.2.3 Dependência: por um olhar sensível ao gênero

O manual *Promovendo uma abordagem sensível ao gênero para a dependência*, organizado pelo Instituto de Pesquisa Inter-regional sobre Crime e Justiça das Nações Unidas (UNICRI), com apoio do Departamento de Políticas Antidrogas do Governo da Itália, reúne artigos, estudos de caso, experiências práticas e exemplos de boas práticas voltados às necessidades das mulheres com TUS. A seguir, destacamos alguns desses conteúdos.

Sabet, Cohen e Ferri (2015) discutem, por exemplo, *Qual o papel do gênero na prevenção? - What is the role of gender in prevention?* Defendem que, para ser eficaz, a prevenção deve considerar as especificidades de gênero, o que resultaria em economia de recursos tanto para governos quanto para famílias.

No capítulo *Diferenças de gênero da eficácia do programa de prevenção "Unplugged" - Gender differences in the effectiveness of the "Unplugged" prevention programme*, Vigna-Taglianti e Rosaria Galanti (2015) apresentam resultados que mostram como o currículo escolar baseado na influência social, voltado à prevenção do uso de substâncias, produz efeitos distintos entre meninos e meninas, influenciados por fatores como desenvolvimento e personalidade. Assim, apontam a importância de incluir componentes específicos de gênero em programas preventivos para reduzir disparidades, além de considerar análises estratificadas em intervenções de larga escala.

Serpelloni *et al.* (2015) enfocam *Diferenças nos fatores de risco para o uso de drogas ilícitas entre jovens do sexo feminino e masculino de 15 a 19 anos - Differences in the risk factors for illicit drug use among young females and males aged 15-19 years*. Constatam que, embora as jovens sejam geralmente menos vulneráveis ao consumo de substâncias ilícitas, há fatores de risco relevantes, como convivência com amigos ou irmãos usuários, episódios de embriaguez e consumo de bebidas alcoólicas. Isso reforça a necessidade de pesquisas sobre comportamentos sociorelacionais para subsidiar políticas de prevenção.

Em *Uso indevido de medicamentos prescritos entre mulheres - Misuse and abuse of prescription drugs among women: an urgent public health problem*, Simeoni, Serpelloni e Mollica (2015) destacam que mulheres são mais afetadas pelo uso indevido de medicamentos prescritos, em função de fatores culturais e psicológicos. Defendem, portanto, a formulação de políticas baseadas em planejamento estratégico direcionado ao público feminino, com coleta de dados adequada para monitoramento, além da conscientização médica e social sobre os riscos envolvidos.

O capítulo *Abordagens de tratamento sensíveis à questão de gênero para mulheres com transtornos por uso de substâncias - Gender Responsive treatment approaches for women with substance use disorders*, de Grella (2015), enfatiza que o uso de abordagens baseadas em evidências, adaptadas ao contexto de gênero, aumenta a eficácia do tratamento em mulheres e contribui para a compreensão do papel do gênero no processo terapêutico.

Gilchrist *et al.* (2015) analisam *Diferenças entre os sexos nas barreiras ao acesso ao tratamento para abuso de substâncias, um estudo qualitativo - Sex differences in barriers to accessing substance abuse treatment, a qualitative study*, identificando barreiras como falta de motivação, crenças sobre a eficácia do tratamento, dificuldades de acesso, estigma e atitudes negativas de profissionais.

Shihadeh (2015) analisa *Exemplos bem-sucedidos de promoção de abordagens com perspectiva de gênero em programas de tratamento de drogas - Successful examples of promoting gender-responsive approaches to drug treatment programs* e mostra que programas de tratamento voltados às mulheres geram bons resultados na redução do consumo de drogas. Ressalta que a perspectiva de gênero nos tratamentos favorece também a participação social e política feminina, muitas vezes limitada pela dependência química.

No capítulo *A importância de desenvolver uma base de conhecimento confiável no tratamento oferecido: a experiência da EU - The importance of developing a reliable knowledge base in the treatment offered: the EU experience*, Ferri, Montanari e Simon (2015) apresentam a experiência europeia de monitoramento e análise de dados sobre drogas. Ressaltam que, embora as mulheres consumam menos drogas que os homens, apresentam maior risco de mortalidade e de problemas relacionados, que afetam inclusive suas famílias. Como respostas, propõem intervenções terapêuticas, programas

multidisciplinares para gestantes, comunidades terapêuticas para mães e filhos, intervenções familiares, serviços de apoio psicossocial, programas de prevenção online, além da eliminação de barreiras ao tratamento.

O artigo *Tratamento de transtornos por uso de álcool: uma abordagem sexo-gênero - Treatment of alcohol use disorders (AUDs): a sex-gender approach*, de Franconi, Gessa e Agabio (2015), trata dos transtornos relacionados ao álcool, que geram elevados custos sociais e de saúde. Embora as pesquisas tenham priorizado homens, os autores apontam diferenças importantes entre os sexos quanto à epidemiologia, farmacocinética, padrões de consumo, quantidade ingerida e complicações médicas. Defendem, assim, investigações que consideram aspectos como idade fértil, ciclo menstrual, uso de contraceptivos, influência hormonal, comorbidades e respostas a placebos, para que os resultados clínicos sejam mais adequados e aplicáveis na prática cotidiana.

Esteve *et al.* (2015) abordam *Mulheres vítimas de agressão sexual e uso de substâncias - Sexually assaulted women and substance use*, destacando que entre 20% e 50% dos casos de violência sexual estão associados ao uso de drogas, voluntário ou não. Como medidas de enfrentamento, sugerem: capacitação de profissionais de saúde sobre violência de gênero e sexual, conscientização das mulheres sobre a relação entre agressão e consumo de álcool, ações preventivas em populações de risco, expansão das pesquisas sobre o tema, materiais educativos para a sociedade e integração da perspectiva de gênero em programas de saúde.

No anexo da publicação, Brizi e Cortemiglia (2013) apresentam *Uma coleção de boas práticas na prevenção, tratamento e recuperação da dependência química feminina - A collection of good practices in the prevention, treatment and recovery of female addiction*. As práticas estão organizadas em três eixos: prevenção, tratamento e recuperação.

Na **prevenção**, destacam a importância de adotar uma abordagem específica de gênero em termos de conteúdo, contexto e metodologia, por meio de grupos de educação entre pares, prevenção familiar, atividades escolares e comunitárias, capacitação de médicos de atenção primária e pediatras para detecção precoce, além do uso de redes sociais. No **tratamento**, recomendam eliminar barreiras de acesso, oferecer serviços sensíveis à questão de gênero, capacitar médicos e ginecologistas sobre drogas e gravidez, e desenvolver redes de encaminhamento entre diferentes serviços. Na **recuperação**, sugerem integrar a dimensão de gênero em processos sustentáveis de reabilitação,

adotando uma abordagem centrada no indivíduo, com reconhecimento da recuperação como processo contínuo, uso de práticas baseadas em evidências, sensibilidade ao contexto sociocultural, apoio contínuo, participação da família e da comunidade, além da luta contra a estigmatização.

A obra descrita oferece subsídios para a criação ou atualização de políticas voltadas ao acolhimento feminino sob a perspectiva de gênero. Ao centralizar essa dimensão, observam-se ganhos em diversas frentes, especialmente no que se refere à gestão dos recursos financeiros pelas instituições, a partir de estratégias eficientes de gastos, com maiores chances de resultados positivos. Nessa perspectiva, torna-se possível delinear projetos e mecanismos de ação que contemplem prevenção, identificação de barreiras, desenvolvimento de pesquisas baseadas em análises estratificadas e evidências sólidas, além de monitoramento contínuo, capacitação profissional e conscientização social. A médio e longo prazo, pode-se alcançar respostas mais consistentes ao tratamento de mulheres com TUS.

3.1.2.4 Iniciativas no âmbito da OMS

A OMS também desempenha um papel relevante no que diz respeito às ações de apoio a mulheres com TUS. A organização tem desenvolvido publicações que servem como materiais de orientação para órgãos, instituições e profissionais que necessitam de suporte técnico para lidar com a temática, especialmente em países com menos recursos e que não possuem políticas consolidadas sobre o assunto. Nesse contexto, destaca-se o documento "Diretrizes para a identificação e gestão do uso de substâncias e transtornos por uso de substâncias na gravidez" - *Guidelines for the Identification and Management of Substance Use and Substance Use Disorders in Pregnancy*, publicado pela OMS, em parceria com o UNODC, em 2014.

São recomendações baseadas em evidências e princípios científicos, direcionadas a profissionais de saúde que acompanham gestantes, desde a concepção até o período pós-natal, com o objetivo de promover resultados saudáveis no manejo do uso de álcool, drogas e outros transtornos relacionados. Essas diretrizes são importantes porque apresentam caminhos para lidar com o uso de substâncias durante a gravidez, um problema grave, com potenciais impactos à saúde e ao bem-estar social tanto da mãe quanto do bebê. Assim, tratá-lo pode representar uma oportunidade para que mulheres e

pessoas de seu convívio modifiquem padrões de consumo de substâncias nocivas e adotem decisões mais saudáveis ao longo da gestação (OMS, 2014).

O documento foi elaborado considerando as necessidades específicas das gestantes e os desafios enfrentados pelos profissionais no cuidado de mulheres com TUS. Para isso, o grupo de trabalho responsável definiu seis áreas prioritárias: a) Triagem e intervenção breve; b) Intervenções psicossociais; c) Desintoxicação; d) Gestão da dependência; e) Alimentação infantil; f) Manejo da abstinência neonatal. Essas áreas estão fundamentadas em cinco princípios:

1) **Priorizar a prevenção:** a prevenção, a redução e a cessação do uso de álcool e drogas durante a gravidez e no período pós-parto são fundamentais para melhorar a saúde e o bem-estar das mulheres e de seus filhos.

2) **Garantir o acesso a serviços de prevenção e tratamento**: gestantes e seus familiares devem ter acesso a serviços e intervenções de prevenção e tratamento acessíveis, com respeito à confidencialidade, à legislação nacional e aos padrões internacionais de direitos humanos.

3) **Respeitar a autonomia da paciente:** gestantes e lactantes devem ter sua autonomia respeitada. Ao tomarem decisões sobre seus cuidados, precisam estar plenamente informadas sobre os riscos e benefícios para si mesmas e para seus fetos ou bebês, bem como sobre as opções de tratamento disponíveis.

4) **Oferecer atendimento integral:** os serviços voltados a gestantes e lactantes devem ser abrangentes e compatíveis com a complexidade e a natureza multifacetada dos transtornos relacionados ao uso de substâncias.

5) **Proteger contra discriminação e estigmatização:** os serviços devem ser ofertados de modo a prevenir estigmatização, discriminação e marginalização, promovendo apoio familiar, comunitário e social, bem como inclusão social, com interface a serviços de creche, emprego, educação, moradia e outras formas de assistência.

O Quadro 10, a seguir, sumariza cada uma das seis áreas de concentração, com as principais recomendações das diretrizes:

Quadro 10 - Recomendações para lidar com TUS por mulheres grávidas

Área de concentração	Recomendações
1. Triagens e intervenções breves	Os profissionais de saúde devem investigar, em todas as gestantes, o histórico de uso de álcool e outras substâncias, tanto atual quanto passado, o mais breve possível na gestação e em todas as consultas pré-natais.
	Os prestadores de cuidados devem oferecer intervenções breves (terapias estruturadas de curta duração) a todas as gestantes que façam uso de álcool ou drogas.
2. Intervenções psicossociais	Os profissionais de saúde que atendem gestantes ou puérperas com transtornos por uso de álcool ou outras substâncias devem oferecer avaliação abrangente e atendimento individualizado.
3. Desintoxicação e cessão de programas	Os profissionais de saúde devem, o mais cedo possível, aconselhar gestantes dependentes de álcool ou drogas sobre a importância de cessar o uso dessas substâncias e, quando necessário e aplicável, oferecer ou encaminhar para serviços de desintoxicação sob supervisão médica.
	Mulheres grávidas com dependência de opioides devem ser orientadas a aderir ao tratamento de manutenção com opioides, sempre que disponível, em vez de tentar a desintoxicação.
	Gestantes dependentes de benzodiazepínicos devem passar por uma redução gradual da dose, utilizando medicamentos de ação prolongada.
	Mulheres grávidas que apresentarem sintomas de abstinência de álcool após a interrupção do consumo devem ser tratadas, em curto prazo, com benzodiazepínicos de ação prolongada.
	No manejo da abstinência em gestantes dependentes de estimulantes, medicamentos psicofarmacológicos podem ser utilizados para auxiliar no controle de sintomas psiquiátricos associados, embora não sejam rotineiramente necessários.
4. Tratamento farmacológico	A farmacoterapia não é indicada como tratamento de rotina para dependência de estimulantes do tipo anfetamina, cannabis, cocaína ou agentes voláteis em gestantes.
	Como a segurança e a eficácia dos medicamentos utilizados no tratamento da dependência de álcool não estão estabelecidas durante a gravidez, recomenda-se realizar uma avaliação individualizada de risco-benefício para cada paciente.

	Mulheres grávidas com dependência de opioides devem ser orientadas a iniciar ou manter a terapia de manutenção com metadona ou buprenorfina, conforme indicação clínica.
5. Amamentação e uso de substâncias maternas	Mães com transtornos por uso de substâncias devem ser incentivadas a amamentar, exceto quando os riscos superam claramente os benefícios. Mulheres que amamentam e fazem uso de álcool ou drogas devem receber orientação e apoio para interromper o consumo. Contudo, o uso de substâncias não é, por si só, uma contraindicação absoluta à amamentação.
	O contato com a pele deve ser ativamente estimulado, independentemente da forma de alimentação escolhida, sempre que a mãe for capaz de atender adequadamente às necessidades do bebê.
	Mulheres estáveis em terapia de manutenção com metadona ou buprenorfina devem ser encorajadas a amamentar, salvo quando os riscos forem claramente superiores aos benefícios.
6. Gestão de bebês expostos ao álcool e outras substâncias psicoativas	As unidades de saúde que oferecem cuidados obstétricos devem dispor de protocolos específicos para a identificação, avaliação, monitoramento e intervenção, com métodos farmacológicos e não farmacológicos, em neonatos expostos a opioides, no período pré-natal.
	O uso de opioide é indicado como tratamento inicial em recém-nascidos com síndrome de abstinência neonatal causada por opioides, quando houver necessidade clínica.
	Caso o bebê apresente sinais de síndrome de abstinência neonatal devido à abstinência de sedativos ou álcool, ou quando a substância de exposição for desconhecida, o fenobarbital pode ser considerado a opção de tratamento inicial preferencial.
	Todos os recém-nascidos de mães com transtornos por uso de álcool devem ser avaliados para sinais de síndrome alcoólica fetal.

Fonte: Adaptado de OMS (2014).

Embora as recomendações estejam fundamentadas em estudos que oferecem bases sólidas para intervenções eficazes no manejo de transtornos relacionados ao uso de substâncias, o grupo de trabalho ressaltou importantes lacunas que precisam ser abordadas. Entre as prioridades, destacam-se: aprimorar as descrições clínicas desses transtornos; investir na padronização de resultados; realizar estudos observacionais

sobre os riscos e benefícios das farmacoterapias durante a gravidez; conduzir estudos de coorte com medidas padronizadas e criação de repositórios de dados centrados no paciente; desenvolver pesquisas qualitativas sobre aspectos éticos; incentivar pesquisas em países de baixa renda; avaliar a eficácia de modelos de atenção integral; ampliar a disponibilidade de dados sobre a prevalência do uso de opioides prescritos; investigar o impacto do uso intrauterino de diferentes drogas e medicamentos (OMS, 2014).

As recomendações também são abordadas no documento "Padrões Internacionais para o Tratamento de Transtornos pelo Uso de Drogas" - *The International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders*, elaborado em parceria pela WHO e UNODC com o objetivo de apoiar os Estados-Membros no desenvolvimento e na expansão de tratamentos éticos, eficazes e baseados em evidências para transtornos por uso de substâncias (OMS, 2020). Nesse contexto, o documento reconhece que diversos grupos populacionais têm necessidades específicas de cuidado, exigindo intervenções diferenciadas. As mulheres são destacadas como um desses grupos no capítulo 5, dedicado a populações que requerem tratamentos e cuidados especiais. A discussão sobre elas concentra-se principalmente em gestantes com transtornos por uso de drogas e na assistência a recém-nascidos expostos passivamente a opioides durante a gestação. Assim, as recomendações são retomadas como orientações para o encaminhamento de tratamentos (WHO, 2020).

3.1.2.5 Iniciativas no âmbito da CICAD/OAS

A Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas (CICAD), da Organização dos Estados Americanos (OAS), publicou o documento técnico "Mulheres que usam substâncias psicoativas na América Latina e no Caribe: desafios atuais (2025)" - *Women who use psychoactive substances in Latin America and the Caribbean: current challenges*. O objetivo do documento é colocar as mulheres no centro da agenda da Comissão, criando um roteiro para análise e para o desenvolvimento de políticas públicas de cuidado voltadas para mulheres nos países da região. Para tanto, adota uma perspectiva de gênero e de direitos humanos, utilizando a abordagem de interseccionalidade. Busca, assim, enfatizar as relações existentes entre o uso de

substâncias e a violência de gênero, a economia do cuidado, a maternidade e a criminalização.

Um dos tópicos abordados refere-se às tendências de uso de substâncias por gênero, faixa etária e tipos de droga na América Latina e no Caribe. Os dados indicam que o uso de drogas é menor entre mulheres do que entre homens. No entanto, quando se consideram substâncias não criminalizadas, como álcool e medicamentos controlados, as tendências de consumo estão mudando. Por exemplo, o uso de tranquilizantes é maior entre mulheres do que entre homens em todos os países com dados disponíveis. O documento apresenta dados sobre álcool, tabaco, cannabis, inalantes, cocaína e derivados, estimulantes do tipo anfetamina e novas substâncias psicoativas (NSPs). Ao analisar o consumo entre mulheres adultas e adolescentes, ressalta a necessidade de desenvolvimento de programas voltados para essas faixas etárias, considerando as situações de vulnerabilidade em que se encontram (CICAD/OAS, 2025).

Outro aspecto abordado é o acesso de mulheres a serviços específicos de tratamento e de redução de riscos e danos, como serviços de saúde para gestantes e puérperas, serviços de tratamento e redução de riscos e danos para mulheres dependentes de substâncias e suas famílias, especialmente seus filhos, e serviços destinados a mulheres vítimas ou sobreviventes de violência de gênero. A publicação destaca que os dados sobre esses serviços são insuficientes, sendo necessária a realização de estudos exaustivos para coleta de informações quantitativas e qualitativas (CICAD/OAS, 2025).

O material traz ainda aspectos-chave identificados na literatura acerca dos padrões de consumo de substâncias entre mulheres, evidenciado que suas experiências diferem das dos homens, devido às formas de socialização de gênero. Assim sendo, são citados estudos que mostram que mulheres usuárias de substâncias são estigmatizadas por profissionais de saúde, educação, serviços de proteção e instituições judiciais. Sofrem ainda dupla discriminação por serem mulheres e usuárias. Estando grávidas ou puérperas, temem punições, perda da criança ou falta de tratamento adequado. Além disso, muitas lidam com a responsabilidade de cuidado familiar e estão expostas a violência física, sexual e psicológica de seus parceiros, além de violência simbólica e hostilidade quando vivem em situação de rua. O aumento do encarceramento feminino também é destacado como um problema crítico na região (CICAD/OAS, 2025).

Ao final, há recomendações para melhorar o acesso das mulheres a serviços de saúde relacionados ao uso de substâncias. Entre elas, destacam-se:

a) Serviços de saúde sob a perspectiva de gênero, voltados especificamente para mulheres, sem estigmatização e com profissionais qualificados.
b) Oferta de tratamento acessível a mulheres, seja para o uso de substâncias ou problemas psicológicos decorrentes.
c) Criação de programas de apoio comunitário com foco em problemas sociais e de saúde.
d) Desenvolvimento de estratégias de redução de danos que incluem a escuta das mulheres usuárias, abordando questões sensíveis ao gênero e barreiras de acesso.
e) Atendimento informado ao trauma.
f) Ampliação de pesquisas e coleta de dados sobre a temática.
g) Reformulação de políticas públicas, priorizando abordagens de saúde e não punitivas.

Observa-se que o olhar voltado para a mulher com TUS constitui uma preocupação de organismos internacionais. A análise das publicações, em comparação com as ações desenvolvidas em território nacional, apresenta-se como uma via relevante para o alinhamento de estratégias. A seguir, são apresentadas as iniciativas desenvolvidas pelo Grupo Pompidou.

3.1.2.6 Iniciativas no âmbito do Grupo Pompidou

Ancorado na proposta de promover a integração entre pesquisa, política e prática, o manual "Implementando uma abordagem de gênero na política sobre drogas: prevenção, tratamento e justiça criminal" - *Implementing a gender approach in drug policies: prevention, treatment and criminal justice – a handbook for practitioners and decision makers*) é uma iniciativa do Grupo Pompidou (Grupo de Cooperação Internacional sobre Drogas e Dependências do Conselho da Europa). A publicação oferece a formuladores de políticas e profissionais do campo das drogas evidências e recomendações para o desenvolvimento e para a implementação de políticas e

intervenções sensíveis ao gênero, bem como orientações para promover a equidade de gênero nas áreas de prevenção, cuidado e sistema de justiça (Mutatayi, 2022).

O manual é estruturado em três capítulos. No primeiro, Mutatayi e Pires (2022) apresentam um panorama atual das questões de gênero relacionadas ao uso de substâncias. No que se refere especificamente às mulheres, com base em dados da UNODC, destacam-se os seguintes pontos:

h) A redução da diferença de consumo entre homens e mulheres, especialmente entre a população jovem, com taxas semelhantes de uso de cigarro, álcool, inalantes, opioides e tranquilizantes.
i) As mulheres que fazem uso de substâncias psicoativas são afetadas de forma desproporcional por problemas de saúde, com o número de óbitos em constante aumento e em ritmo superior ao dos homens. Além disso, estão mais vulneráveis à infecção por HIV e outras doenças transmitidas pelo sangue.
j) Os serviços de tratamento ainda são insuficientes para atender as mulheres, que permanecem sub-representadas nos centros de atendimento (apenas duas em cada dez pessoas em tratamento são mulheres).
k) O índice de encarceramento por crimes relacionados às drogas é maior entre mulheres (35%) do que entre homens (19%).
l) As necessidades específicas de gênero recebem cobertura marginal e são pouco monitoradas pelas políticas sobre drogas, havendo ainda escassez de respostas com perspectiva de gênero.
m) A prevenção sensível ao gênero é limitada, e as abordagens continuam predominantemente voltadas aos homens.

Diante desse cenário, as autoras defendem a urgente necessidade de respostas sensíveis às questões de gênero no enfrentamento ao uso de substâncias — respostas que ultrapassem o enfoque restrito à gestação e à maternidade. Propõem o desenvolvimento de programas transformativos de gênero, voltados especialmente para o público jovem, e ressaltam que uma resposta verdadeiramente transformadora exige inovação tanto de formuladores de políticas quanto de profissionais da área.

No capítulo 2, Soto (2022) apresenta um conjunto de recomendações direcionadas a formuladores de políticas para o planejamento e a implementação de programas. A autora defende que a dimensão de gênero é indispensável à formulação de políticas

relacionadas ao uso de substâncias. Nesse sentido, destaca elementos-chave que devem ser considerados:

a) Monitoramento e descrição da situação de uso de drogas sob a perspectiva de gênero, o que implica elaborar políticas que considerem o contexto nacional, mas com indicadores desagregados por sexo, como: prevalência e incidência do consumo de drogas na população em geral, entre jovens, consumo de alto risco, utilização de serviços, morbidade e mortalidade relacionadas às drogas, além de aspectos de exclusão e desvantagem social.
b) Desenvolvimento de estratégias e planos de ação com enfoque de gênero, abrangendo a definição dos objetivos, a descrição geral das intervenções, a formulação dos caminhos de mudança e pressupostos que conectam as ações aos resultados esperados, bem como a identificação das relações entre as etapas do "como" e do "porquê" no processo de implementação.
c) Avaliação do plano de ação sob a perspectiva de gênero, concebida desde a fase de planejamento, com mecanismos específicos para mensurar resultados concretos alcançados, traduzidos em metas simples, mensuráveis, abrangentes e confiáveis.
d) Mapeamento de recursos e orçamento, considerando desde a concepção do plano, as fontes de financiamento disponíveis e a alocação de recursos para a implementação de objetivos sob a perspectiva de gênero.
e) Checklist para verificação da incorporação da perspectiva de gênero nas políticas sobre drogas, com critérios, adaptados da UNODC, voltados à análise situacional, descrição e gestão dos planos de ação, de modo a assegurar o alinhamento à abordagem de gênero.
f) Promoção de capacitações em organizações e grupos de trabalho voltadas à incorporação da perspectiva de gênero.

O capítulo é concluído com exemplos de políticas nacionais e locais que integraram essa abordagem, incluindo experiências de países como Irlanda, México e Espanha.

De autoria de Morton *et al.* (2022), o capítulo 3 apresenta orientações voltadas a profissionais que atuam nas áreas de prevenção ao uso de drogas, redução de danos, tratamento e sistema de justiça. O objetivo é fortalecer seus conhecimentos com base em

evidências práticas e criar oportunidades para aplicar ações sob a perspectiva de gênero. O texto aborda temas relacionados à prevenção, à aplicação da lei e ao sistema judicial, além de estratégias de intervenção, apoio e tratamento.

No que se refere à prevenção, os autores destacam que os programas raramente são elaborados com sensibilidade à questão de gênero, sobretudo diante da diminuição das diferenças no padrão de consumo entre homens e mulheres. Para eles, isso reforça a necessidade de desenvolver estratégias preventivas (universais, seletivas ou indicativas) fundamentadas em evidências. Com base na literatura, ressaltam que programas de prevenção escolar, voltados ao fortalecimento de mecanismos e habilidades cognitivas, têm se mostrado eficazes na prevenção, redução e controle do uso de substâncias entre jovens, contribuindo para que resistam à pressão social pelo consumo.

Quanto aos fatores de risco e proteção associados ao gênero, em níveis individual, familiar e social, afirmam que seu reconhecimento pode orientar o desenvolvimento de abordagens e programas voltados à prevenção universal, aquela direcionada a grupos amplos da população. Defendem, com base em evidências, a adoção de abordagens cognitivas e psicossociais em programas de prevenção, incluindo o esclarecimento de equívocos sobre a normalidade do uso de substâncias, reduzindo sua aceitabilidade; o fortalecimento da resistência à pressão de pares; a discussão sobre dinâmicas e relações de poder influenciadas pelo gênero; o estímulo à assertividade, autoestima e habilidades comunicativas; a identificação de situações de risco, o manejo de conflitos e o enfrentamento do estresse.

Além disso, destacam a importância de discutir normas de masculinidade e feminilidade, analisando como elas influenciam padrões de consumo. Propõem também promover a solidariedade entre gêneros, sensibilizando os jovens para seu papel na preservação da segurança dos pares e incentivando sua participação nas discussões sobre gênero.

No que tange à prevenção seletiva, voltada a pessoas vulneráveis e em risco de desenvolver comportamentos aditivos, Morton *et al.* (2022) defendem que é essencial abordar os fatores sociais, os riscos e os danos associados ao uso de substâncias. Nesse sentido, é necessário problematizar normas de masculinidade e seus efeitos sobre o comportamento de usuários de álcool e outras drogas, bem como sobre atitudes de risco e condutas antissociais. Também sugerem discutir de que modo a cultura do álcool e das

drogas pode reforçar ou ampliar formas hegemônicas de dominação masculina. Recomendam ainda desenvolver ações educativas em espaços sociais e de lazer, envolver observadores da comunidade e implementar programas de prevenção seletiva baseados em pares, especialmente em ambientes recreativos.

A prevenção indicativa, abordagem individualizada voltada a pessoas que apresentam sinais iniciais de uso problemático ou estão prestes a requerer tratamento, envolve respostas psicológicas, aconselhamento, mentoria e entrevista motivacional. Para integrá-la à perspectiva de gênero, os autores orientam a adoção de uma abordagem informada pelo trauma, o fortalecimento da resiliência e a ampliação do trabalho de extensão, alcançando pessoas com mobilidade reduzida ou que enfrentam barreiras de acesso aos serviços por medo de estigmatização.

No campo do sistema judicial, Morton et al. (2022) observam que, embora as mulheres representam minoria no total de pessoas privadas de liberdade, elas superam os homens nos crimes relacionados às drogas. Tal fato decorre de fatores como a segmentação legal, comportamentos sexuais e respostas punitivas dirigidas a mulheres com TUS. Globalmente, há uma intersecção entre gênero, pobreza, uso de drogas e trabalho sexual, que agrava a vulnerabilidade feminina. As recomendações práticas para profissionais do sistema de justiça criminal incluem:

a) Penas proporcionais e alternativas para crimes relacionados às drogas. Muitos países ainda mantêm regimes prisionais neutros em termos de gênero, que ignoram especificidades como violência de gênero, responsabilidades de cuidado e a intersecção entre maternidade e uso de substâncias.

b) Apoio comunitário e prisional, com ampliação da oferta e da acessibilidade de intervenções específicas para mulheres, como apoio psicológico, fortalecimento da autoestima, substituição de opiáceos, programas de redução de danos (troca de seringas, prevenção de overdose). Destacam-se os programas baseados em gênero e informados por trauma, voltados a mulheres em situação de dependência. O tratamento comunitário baseado

em evidências é apontado como alternativa às penas privativas de liberdade, devendo ser sempre voluntário.

c) Monitoramento e pesquisa, com ênfase na adoção de abordagens baseadas em evidências para fundamentar intervenções e compreender os impactos do uso de substâncias e de temas correlatos sobre a saúde e os direitos das mulheres vulneráveis. Os autores citam, como exemplo, a estrutura metodológica da EMCDDA (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*), utilizada na Europa para monitoramento.

Por fim, o capítulo aborda o domínio da intervenção, apoio e tratamento. Com base em dados da literatura, os autores ressaltam que as mulheres têm menor probabilidade de buscar tratamento em comparação aos homens. Entre as principais barreiras, destacam-se: percepções distintas de barreiras e facilitadores do tratamento; responsabilidades familiares; falta de cuidado infantil; medo de perder a guarda dos filhos; limitação na oferta e no financiamento de serviços; e modelos de cuidado com vieses moralistas e pouco empoderadores. Somam-se a esses fatores a pobreza, a violência doméstica, a insegurança quanto à integridade física (coerção, abuso sexual), a falta de moradia, o desconhecimento de serviços disponíveis e as restrições no atendimento a mulheres com histórico de comportamento antissocial, uso ativo de drogas ou condição de migrante. As recomendações práticas para profissionais e formuladores de políticas incluem:

a) Reconhecer as desigualdades estruturais que dificultam o acesso e a permanência no tratamento, promovendo medidas como a criação de dias exclusivos para atendimento de mulheres, expansão de áreas femininas e implementação de unidades especializadas.
b) Estabelecer relações de confiança entre usuárias e profissionais, por meio de interações empáticas e acolhedoras.
c) Garantir segurança, tanto nas relações entre profissionais e instituições quanto no cuidado com mulheres em risco de violência doméstica, sexual ou associada ao trabalho sexual e à aquisição de drogas.
d) Ampliar o acesso imediato ao tratamento, assegurando rapidez no atendimento, adequação dos serviços, revisão de critérios de elegibilidade e linguagem acessível.

A conclusão do manual realça pontos fundamentais para a formulação de políticas e para a intervenção prática. Em termos de políticas, reitera o *checklist* da UNODC para a implementação de programas sob a perspectiva de gênero; destaca a importância da articulação entre organizações e grupos sociais, amparados por diretrizes da OMS, para a implementação de políticas sobre drogas, em um processo que envolve recursos, coleta de evidências e elaboração de relatórios. Ressalta, ainda, a necessidade de que as políticas abordem, de forma alinhada às estratégias de integração de gênero nos sistemas judicial e de saúde, as necessidades específicas das mulheres e pessoas não binárias.

Chama a atenção para o fato de que abordagens políticas sensíveis ao gênero devem dialogar com temas como mercado de trabalho, acesso à educação e risco de pobreza, destacando o papel das organizações e dos profissionais na promoção de intervenções sensíveis ao gênero, alinhadas às estratégias de prevenção (universal, seletiva e indicativa), bem como ao sistema jurídico. Reforça, por fim, a necessidade de avaliações e pesquisas sob a perspectiva de gênero, tanto em relação a programas quanto às intervenções.

A implementação de políticas sobre drogas sob a perspectiva de gênero também considera aqueles que convivem com mulheres em situação de dependência psicoativa, em especial crianças e familiares. Nesse contexto, vale a pena conhecer outros projetos desenvolvidos pelo Grupo Pompidou, como as seguintes publicações:

a) "Crianças cujos pais usam drogas: práticas e recomendações promissoras" - *Children whose parents use drugs: promising practices and recommendations* (Giacomello, 2022). A obra se debruça sobre crianças que crescem em famílias afetadas pelo uso de substâncias e pelos impactos em diversas dimensões de suas vidas (responsabilidade familiar, estigma, rejeição, aspectos psicológicos etc.). Explora programas, serviços e tratamentos voltados às crianças, às famílias e a gestantes vítimas das drogas e da violência.
b) "Somos guerreiras: Mulheres usuárias de drogas refletem sobre o uso de drogas pelos pais, seus caminhos de consumo e acesso a serviços" – *We are Warriors: women who use drugs reflect on parental drug use, their paths of consumption and access to services* (Giacomello, 2023a). Mulheres são entrevistadas e compartilham suas experiências, percepções e recomendações sobre o impacto do uso de drogas pelos pais em suas vidas.

Ademais, trazem considerações sobre barreiras no acesso ao tratamento, bem como sugestões para o aprimoramento de serviços.

c) "Ouça o silêncio da criança: crianças compartilham suas experiências e propostas sobre o impacto do uso de drogas na família" – *Listen to the silence of the child – Children share their experiences and proposals on the impact of drug use in the family* (Giacomello, 2023b). Nesta obra, resultante de pesquisa qualitativa, crianças de diferentes países são protagonistas e relatam como o uso de drogas impacta seu cotidiano. A escuta de suas vozes permite que os serviços oferecidos considerem a experiência de quem de fato sente, em sua vivência, os efeitos desse problema.

d) "Crianças e pais afetados pelo uso de drogas: uma visão geral de programas e ações para serviços e cuidados abrangentes e não estigmatizantes" – *Children and parents affected by drug use: an overview of programmes and actions for comprehensive and non-stigmatising services and care* (Giacomello, 2023a). A obra apresenta uma análise de programas, serviços, intervenções e protocolos voltados a crianças, famílias e mulheres afetadas pelas drogas em diferentes países, os quais podem ser úteis para adoção ou adaptação no contexto nacional.

Com a finalidade de ampliar ainda mais o repertório de práticas e estudos empíricos acerca do panorama das mulheres com TUS, na seção seguinte são apresentados diversos artigos científicos que também podem lançar luz sobre formas de abordagem e de formulação de respostas para o contexto brasileiro.

3.1.2.7 Literatura Científica Internacional sobre mulheres com TUS

Com o objetivo de mapear mais evidências científicas sobre mulheres com TUS, foi realizado um levantamento de artigos científicos em âmbito internacional, publicados em língua inglesa. As buscas foram conduzidas nas bases de dados Web of Science, Scopus, EBSCOHost, PubMed e PsycInfo. A pesquisa abrangeu os últimos cinco anos e utilizou os seguintes descritores: *treatment*, *gender-responsive*, *substance use disorder* e *women*, resultando na identificação das obras sumarizadas a seguir.

Quadro 11 - Panorama da literatura científica internacional entre 2020 e 2025

Autoria/ano	Título	Objetivo	Metodologia	Principais Resultados
Placek *et al.*, 2025.	Reconstructing cross-cultural meanings of addiction among women from three countries	Examinar modelos culturais de dependência em mulheres em idade reprodutiva que recebem tratamento para substâncias.	Abordagem indutiva. Questionário semiestruturado com perguntas abertas e de lista livre.	Modelos culturais compartilhados associam o uso de substâncias a fatores psicológicos e a influências relacionais, de desenvolvimento e biológicas.
Knittel *et al.*, 2025.	*Opioid use disorder cascade of care among people who experienced perinatal incarceration: a qualitative study*	Investigar experiências de tratamento e preferências de gestantes e puérperas com transtorno por uso de opioides que passaram por encarceramento durante a gravidez.	Entrevistas semiestruturadas. Justiça Reprodutiva. Abordagem Informada pelo Trauma.	Engajamento no tratamento motivado pelo indivíduo e pela disponibilidade. Limitação de uso de medicamentos. Indicação de facilitadores e barreiras para o tratamento. Experiência limitada dos participantes com remissão sustentada.
Van Hout *et al.*, 2025.	*Secrecy, trust, safety: a multi-stakeholder situation assessment of gendered and contextual vulnerabilities and service level responsiveness to the needs of women who use drugs in Egypt*	Investigar vulnerabilidades contextuais e de gênero e a capacidade de resposta de serviço às necessidades de mulheres dependentes no Egito.	Avaliação rápida da situação (ASR).	O modelo de avaliação rápida traz uma visão sobre as vulnerabilidades, traumas, discriminação e estigmas experienciados por mulheres que usam substâncias.
Mejia *et al.*, 2024.	*Challenges and implications for substance use and mental healthcare among under-resourced women in the COVID-19 Era*	Investigar as experiências de mulheres em situação de vulnerabilidade econômica que enfrentam transtornos por uso de substâncias.	Estudo transversal com 66 mulheres em um centro comunitário residencial de tratamento.	Os participantes relataram desafios como maior consumo de substâncias, impactos negativos na saúde mental e dificuldade de acesso a tratamento e medicação.
McLeod *et al.*, 2024	*Receipt of opioid agonist treatment in provincial*	Investigar a relação entre o uso de terapia de	Modelo de Andersen-Gil, análises	O acesso ao tratamento assistido por opioides (OAT)

	correctional facilities in British Columbia is associated with a reduced hazard of nonfatal overdose in the month following release	agonista de opioide durante o encarceramento e a ocorrência de overdose não fatal nos 30 dias após a libertação.	secundárias e abordagens específicas baseadas em gênero.	durante o encarceramento está ligado a uma menor probabilidade de overdose não fatal após a soltura.
Harrison *et al.,* 2024.	*Challenges and recommendations for overdose prevention and harm reduction in an era of fentanyl and xylazine: perspectives of women with opioid use disorder and professionals*	Analisar as percepções de mulheres com transtorno por uso de opioides e dos profissionais que as apoiam na prevenção de overdoses e na redução de danos.	Entrevistas semiestruturadas foram analisadas para identificar temas relacionados a experiências de overdose e práticas de redução de danos.	Entre os temas ligados à vulnerabilidade à overdose estão o risco de exposição a substâncias tóxicas e os padrões de consumo entre mulheres. Já os desafios de engajamento envolvem a falta de informação sobre estratégias de redução de danos e o estigma associado a essas práticas.
Jones *et al.,* 2024.	*The impact of family systems and social networks on substance use initiation and recovery among women with substance use disorders*	O estudo combina as perspectivas de profissionais da justiça criminal, especialistas em transtornos por uso de substâncias e mulheres com experiências atuais e passadas para compreender a influência das relações sociais sobre elas.	Foram realizadas entrevistas semiestruturadas abordando o histórico dos participantes, as barreiras e os facilitadores do tratamento, além de aspectos relacionados ao gênero.	O estudo apontou fatores que moldaram as trajetórias de uso das mulheres: histórico familiar de uso de substâncias, dinâmicas de apoio e conflito familiar, influência do parceiro íntimo e pressão ou suporte de pares.
Greene *et al.,* 2024.	*A research-informed approach to providing behavioral healthcare to women with extensive trauma histories*	O artigo oferece diretrizes sobre como aplicar resultados de pesquisas que investigam a prevalência de traumas e as experiências de mulheres com TUS em situação ou em risco de rua, a fim de orientar a tratamentos mais	Estratégias baseadas em evidências para oferecer cuidados sensíveis ao trauma a mulheres com transtornos e histórico de situação de rua.	O uso de dados sobre taxas de trauma em serviços de saúde mental, tratamento de transtornos e cuidados comportamentais pode melhorar a qualidade, a experiência e a eficácia do atendimento.

		responsivos na prática.		
Gosh *et al.,* 2023	*Drug policies' sensitivity towards women, pregnancy, and motherhood: a content analysis of national policy and programs from nine countries and their adherence to international guidelines*	Investigar a capacidade de resposta das políticas nacionais sobre drogas em relação a mulheres, gestantes e crianças, bem como verificar o alinhamento dessas políticas às diretrizes internacionais acerca de gênero.	Utilizou-se análise de conteúdo somativa, com identificação de temas específicos e elaboração de um mapa temático sobre políticas de drogas e abordagem de gênero.	Destacam-se entre os temas identificados nas análises: avaliação de necessidades, prevenção, tratamento, capacitação, redução da oferta e fortalecimento da colaboração e coordenação; guarda de crianças; preocupações psicossociais específicas e reintegração social; regulação; redução de danos; pesquisa e alocação de recursos.
Bormann *et al.,* 2023	*Evidence of telescoping in females across two decades of US treatment admissions for injection drug use: 2000–2020*	Examinar diferenças de gênero no uso de drogas injetáveis nos Estados Unidos.	Foram analisados dados do Treatment Episode Dataset-Admission (2000–2020), com testes estatísticos (Mann-Whitney, qui-quadrado, correlações de Spearman) e índice probabilístico.	Observou-se que as mulheres apresentaram maior prevalência entre pessoas que usam drogas injetáveis ao longo dos 21 anos avaliados; entretanto, as tendências de uso foram praticamente idênticas entre homens e mulheres. Além disso, as mulheres relataram iniciar o uso primário de substâncias mais tardiamente e ingressar em tratamento após um período mais curto de uso.
Guerrero *et al.,* 2023	*Exploring gender and ethnoracial differences and trends in methamphetamine treatment*	Investigar as diferenças nas tendências de tratamento acerca do uso de metanfetamina, com atenção especial para	Foi analisada uma ampla amostra em quatro etapas, envolvendo programas e clientes. Foi realizada ainda análise	O tratamento por metanfetamina aumentou em todos os grupos, com maior proporção entre mulheres e latinas, além de menor taxa de

		mulheres e grupos étnico-raciais em regiões fortemente impactadas.	comparativa entre subgrupos e análise de tendências dos episódios de tratamento por gênero e etnia.	sucesso e atendimento em programas com menor capacidade financeira.
Johnstone *et al.,* 2023	*A systematic review of gender-responsive and integrated substance use disorder treatment programs for women with co-occurring disorders*	Identificar tratamentos integrados para transtornos por uso de substâncias sensíveis ao gênero em mulheres, resumir suas avaliações e apontar lacunas existentes na literatura.	Foram realizadas buscas nas bases PsycINFO, PubMed e MEDLINE. Foram incluídos ensaios clínicos randomizados, análises secundárias de estudos naturalísticos ou estudos abertos de tratamentos integrados com perspectiva de gênero.	Foram identificados 24 estudos (3.396 participantes, todas mulheres) avaliando diferentes intervenções integradas. No geral, observaram-se melhorias significativas, com destaque para segurança, ajuda na recuperação de mulheres, modelo modificado de recuperação e empoderamento do trauma, que apresentaram melhores resultados na redução do uso de substâncias e na saúde mental em comparação aos grupos de controle.
Harris *et al.,* 2022.	*Gender dynamics in substance use and treatment: a women's focused approach*	Apresentar caminhos sobre as barreiras e os fatores que facilitam o acesso de mulheres aos serviços de tratamento da dependência, além de examinar o uso de substâncias entre gestantes e mães e as formas de tratamento disponíveis.	Modelo biopsicossocial da dependência.	O estudo ressalta a necessidade de expandir programas de enfrentamento à dependência sob uma perspectiva de gênero, por meio de políticas que abordem as causas das desigualdades no uso de substâncias entre mulheres.
Perri *et al.,* 2022.	*COVID-19 and the opportunity for gender-responsive virtual and remote substance use treatment and*	Analisar de que forma a oferta virtual de tratamento e de estratégias de redução de danos pode incorporar a	Foram identificadas cinco recomendações que podem orientar planejadores e	A pandemia de COVID-19 criou oportunidades para tornar os serviços mais inovadores, acessíveis e eficazes.

	harm reduction services	perspectiva de gênero.	profissionais de serviços virtuais e remotos voltados ao uso de substâncias, de modo a integrar de forma mais efetiva aspectos de gênero.	
Somohano e Bowen, 2022.	*Trauma-integrated mindfulness-based relapse prevention for women with comorbid post-traumatic stress disorder and substance use disorder: a cluster randomized controlled feasibility and acceptability trial*	O estudo avaliou a viabilidade e a aceitabilidade do MBRP integrado ao trauma (TI-MBRP)	Delineamento randomizado por clusters, simples-cego e gerado por computador, com avaliação da gravidade dos sintomas.	O TI-MBRP demonstrou boa aceitabilidade, embora a taxa de abandono em 12 meses tenha sido elevada (64%). As reduções nos sintomas de TEPT foram mais expressivas no grupo MBRP no pós-tratamento e após um mês. Ambos os grupos apresentaram diminuição significativa na gravidade do TEPT e na fissura ao longo dos 12 meses.
Edwards *et al.*, 2022	*A systematic review of post-release programs for women exiting prison with substance-use disorders: assessing current programs and weighing the evidence*	Sintetizar e avaliar as evidências disponíveis sobre programas pós-libertação destinados a mulheres com TUS.	Foram consultadas oito bases de dados para identificar pesquisas empíricas originais publicadas em inglês, sem restrição de data. Incluíram-se estudos voltados à redução da reincidência em mulheres adultas com TUS. A qualidade metodológica foi avaliada por meio das ferramentas Cochrane RoB2 e ROBINS-I.	Entre 1.493 artigos identificados, 12 estudos (n = 3.799 mulheres) foram incluídos. Cinco programas demonstraram redução na reincidência e um apresentou redução no uso de substâncias. Os programas eficazes caracterizaram-se por oferecer transições sensíveis ao gênero, suporte individualizado e intervenções integradas voltadas ao tratamento de substâncias, saúde mental e traumas.

Levine *et al.*, 2023.	*Alcohol treatment access and engagement among women in the usa: a targeted review of the literature 2012–2022*	Examinar a literatura recente (2012–2022) sobre o acesso e o engajamento de mulheres no tratamento do alcoolismo nos Estados Unidos, além de propor direções futuras para a pesquisa e a prática clínica.	Revisão de literatura.	A literatura recente indica baixas taxas gerais de triagem, intervenções breves e utilização de tratamento para o alcoolismo, com as mulheres apresentando menor probabilidade de serem tratadas e de acessarem o tratamento. As diferenças de gênero variam conforme raça e etnia. As barreiras identificadas incluem limitações no conhecimento dos profissionais de saúde, obstáculos estruturais e barreiras atitudinais, que se diferenciam de acordo com o tipo de serviço, gênero e grupo racial/étnico.
Shiff *et al.*, 2022	*You have to take this medication, but then you get punished for taking it: lack of agency, choice, and fear of medications to treat opioid use disorder across the perinatal period*	Explorar as experiências de gestantes e/ou mães com transtornos por uso de opioides, abordando barreiras e facilitadores ao tratamento, fatores que promovem a adesão e a aceitabilidade de apoios contínuos.	O estudo realizou entrevistas qualitativas semiestruturadas com gestantes com transtorno por uso de opioides (TUO). As transcrições foram analisadas por métodos comparativos constantes e codificadas duplamente.	Quatro barreiras à adesão à medicação no período perinatal: 1) falta de autonomia; 2) hesitação em usar MOUD por risco ao recém-nascido; 3) preocupação com escrutínio e custódia; 4) ambientes de tratamento rígidos e pouco sensíveis ao gênero.
Shamp *et al.*, 2022.	*Treatment providers' perspectives on a gender-responsive approach in alcohol and drug treatment for women in Belgium*	Explorar como o tratamento de álcool e drogas pode ser mais sensível às necessidades das mulheres, sob a perspectiva dos	Foram realizados quatro grupos focais em diferentes regiões da Bélgica, com 43 participantes, incluindo prestadores de serviços,	Os participantes destacaram que a prevenção e o tratamento para usuárias devem incorporar características sensíveis e transformadoras de

		prestadores de serviços.	formuladores de políticas e mulheres usuárias de drogas.	gênero, como programas mãe-filho, abordagem holística com especialistas, empoderamento feminino e campanhas de conscientização em todos os níveis sociais. Além disso, observaram a importância do papel dos homens nas experiências das usuárias.
De Vogel e Didden, 2022.	*Victimization history in female forensic psychiatric patients with intellectual disabilities: results from a Dutch multicenter comparative study.*	Investigar os históricos de vitimização e os problemas de saúde mental em pacientes psiquiátricas forenses com deficiência intelectual leve a moderada (MID-BIF).	Estudo multicêntrico realizado na Holanda, com análise de dados de 126 mulheres com MID-BIF internadas em cinco hospitais psiquiátricos forenses entre 1990 e 2014. Os resultados foram comparados aos de 76 mulheres com funcionamento intelectual médio ou superior e 31 homens com MID-BIF.	Os pacientes forenses apresentaram altas taxas de vitimização, mas mulheres com MID-BIF apresentaram maior prevalência de vitimização na infância e a idade adulta, além de psicopatologia mais complexa em comparação com pacientes do sexo feminino sem MID-BIF. Em comparação com pacientes forenses do sexo masculino com MID-BIF, as mulheres com MID-BIF foram mais frequentemente vítimas de abuso sexual durante a infância. Durante a idade adulta, a taxa de vitimização nessas mulheres foi mais de três vezes maior do que a dos homens.
Sugarman *et al.,* 2021.	*Exploring technology-based enhancements to inpatient and residential*	Avaliar, por meio de um processo de design centrado no usuário, de que forma a tecnologia	Entrevistas qualitativas com mulheres em tratamento psiquiátrico,	Poucas participantes faziam uso de aplicativos de saúde online, porém demonstraram

	treatment for young adult women with co-occurring substance use.	pode ser empregada para abordar o uso de substâncias entre mulheres que recebem cuidados psiquiátricos em regime de internação e em serviços residenciais.	complementadas por questionários de autorrelato sobre padrões de uso de substâncias e aceitabilidade das tecnologias propostas.	interesse em utilizá-los como parte do tratamento, especialmente para discutir temas relevantes como agressão, estigma, abstinência e outros aspectos relacionados à recuperação.
Cane *et al.,* 2022.	*Understanding women's help-seeking for problematic and unhealthy alcohol use through the lens of complexity theory*	Explorar a dinâmica da busca por ajuda por mulheres pelo uso problemático e prejudicial à saúde do álcool e o agravamento por serviços de tratamento inadequados.	Entrevistas semiestruturadas com mulheres que acessaram serviços de apoio ao alcoolismo, gravadas em áudio, transcritas e analisadas por temática a partir da teoria da complexidade.	O processo de busca por ajuda pode gerar comportamentos não previsíveis e outros problemas a mulheres com necessidades complexas quando os serviços não abordam os problemas de forma conectadas.
Messina *et al.,* 2021.	*VOICES: An efficacious trauma-informed, gender-responsive cannabis use intervention for justice and school-referred girls with lifetime substance use history*	Testar a eficácia do VOICES na redução do uso de substâncias e de comportamentos de risco para HIV/IST entre meninas encaminhadas pelos sistemas judiciário e escolar.	Participaram 113 meninas com histórico de uso de substâncias, encaminhadas pela justiça juvenil e por escolas. As participantes foram randomizadas para o grupo VOICES (n = 51) ou para o grupo controle GirlHealth (n = 62). A hipótese previa que o grupo VOICES apresentaria reduções no uso de álcool, cannabis e outras substâncias, nos comportamentos de risco para HIV/IST, nos sintomas psiquiátricos e	As meninas alocadas no grupo VOICES relataram consumo significativamente menor de cannabis ao longo de nove meses de acompanhamento, em comparação ao grupo controle. Não foram observadas diferenças entre os grupos em relação aos comportamentos de risco para HIV/IST. Em ambas as condições, houve redução nos sintomas psiquiátricos e nos atos delinquentes ao longo do tempo.

			nos atos delinquentes.	
Ahuja *et al.,* 2021.	*Gender discrimination and illicit drug use among African American and European American adolescents and emerging adults*	Caracterizar a associação entre discriminação de gênero percebida e o uso de drogas ilícitas em uma amostra de adolescentes e mulheres jovens afro-americanas (AA) e euro-americanas (EA).	Os dados foram obtidos a partir de um estudo familiar de alto risco sobre transtorno por uso de álcool em mães e seus filhos. Utilizaram-se regressões multinomiais para examinar se as experiências de discriminação de gênero vivenciadas pela prole e pelas mães estavam associadas ao uso de drogas ilícitas entre os filhos. As interações entre raça e discriminação de gênero foram modeladas para avaliar possíveis diferenças raciais.	A discriminação de gênero percebida foi associada a uma maior probabilidade de iniciação precoce no uso de drogas, em comparação com a iniciação tardia. Além disso, a discriminação de gênero na prole esteve relacionada ao uso excessivo de drogas. Contudo, os testes post hoc não indicaram diferenças significativas entre os grupos raciais.
Harris *et al.,* 2021.	*Competing risks of women and men who use fentanyl: "The number one thing I worry about would be my safety and number two would be overdose"*	Exploração das percepções de risco relacionadas ao fentanil entre mulheres e homens, com o objetivo de orientar futuras estratégias de comunicação sobre riscos.	Trata-se de um estudo qualitativo com amostra intencional de mulheres e homens falantes de inglês, que relataram uso de fentanil ilícito nos últimos 12 meses. Foram realizadas entrevistas individuais para investigar as experiências de mulheres e homens em relação ao uso de fentanil e à ocorrência de overdose. A análise de conteúdo foi	O estudo incluiu 21 participantes (10 mulheres e 11 homens), todos com histórico de overdose. Ambos os gêneros relataram dessensibilização ao risco de morte e reconheceram outros riscos à saúde, segurança e serviços estatais. As mulheres temiam violência física e sexual e priorizavam cuidados com os filhos e relações com serviços de proteção infantil, enquanto os homens destacaram a violência ligada ao uso de drogas e ao risco de

			conduzida de forma fundamentada, com códigos específicos relacionados a overdoses e a outros riscos à saúde ou sociais associados ao consumo de drogas. A técnica de comparação constante foi utilizada para identificar semelhanças e diferenças temáticas entre mulheres e homens.	encarceramento. Apenas as mulheres relataram que o medo da violência limitava o acesso a serviços de redução de danos.
Guerrero *et al.,* 2021.	*Gender disparities in opioid treatment progress in methadone versus counseling*	O estudo avaliou disparidades de gênero no progresso e na conclusão do plano de tratamento com metadona em comparação com programas baseados em aconselhamento, dentro de um dos maiores sistemas de tratamento de TUS nos Estados Unidos.	Foram analisados dados plurianuais e multiníveis do conjunto Integrated Substance Abuse Treatment to Eliminate Disparities (iSATed), utilizando regressões binomiais negativas multiníveis.	Diferenças de gênero foram observadas no progresso e na conclusão do tratamento entre programas com metadona e aconselhamento. Clientes que receberam metadona tiveram menor probabilidade de concluir o plano, sendo que mulheres e clientes latinas apresentaram os menores índices de progresso e conclusão.
Miles-McLean *et al.,* 2021.	*Trauma exposure and PTSD among women receiving treatment for intimate partner violence perpetration*	O estudo avaliou as associações entre trauma, sintomas de TEPT (Transtorno do Estresse Pós-Traumático) e perpetração de violência interpessoal em mulheres, comparando com	Durante a admissão em um Programa de Intervenção contra Abuso (AIP) comunitário, mulheres e homens completaram medidas sobre exposição a	A maioria das mulheres relatou traumas (93,5%) e quase metade apresentou possível TEPT (43,8%). Seus sintomas de TEPT se correlacionaram com agressão física e abuso emocional, mesmo controlando o uso de

		uma amostra demograficamente semelhante de homens.	traumas, sintomas de TEPT, agressão física, abuso emocional e uso de álcool e outras drogas.	substâncias. Mulheres apresentaram maiores taxas de vitimização por violência interpessoal e sintomas de TEPT do que homens, e o gênero moderou significativamente a relação entre TEPT e perpetração de violência interpessoal.
Bailey *et al.,* 2019.	*"We have to put the fire out first before we start rebuilding the house": practitioners' experiences of supporting women with histories of substance use, interpersonal abuse and symptoms of post-traumatic stress disorder*	O estudo teve como objetivo explorar como os serviços na Inglaterra desenvolveram respostas práticas para situações com precedência histórica limitada.	Uma amostra intencional de 14 profissionais de serviços relacionados ao uso de substâncias, violência interpessoal e justiça criminal foi selecionada com base em sua experiência integrada. Entrevistas semiestruturadas investigaram a compreensão desses profissionais sobre questões concomitantes, modelos de tratamento em etapas, práticas baseadas em trauma e os desafios associados. A análise temática foi utilizada para examinar os dados.	Foram identificados três temas centrais: filosofia profissional, prática clínica personalizada e responsividade sistêmica. Destacou-se a importância de abordagens relacionais e seguras, com cautela em tratamentos de trauma, enquanto desafios incluíram integração limitada dos serviços, duração reduzida dos tratamentos e aplicação simbólica de práticas informadas sobre trauma.
Walker *et al,* 2019.	*A tailored cognitive behavioral program for juvenile justice-referred females at*	Um estudo piloto avaliou uma intervenção cognitivo-comportamental em grupo com	A intervenção em grupo (20 sessões) com 57 adolescentes focou no desenvolvimento	A intervenção em grupo com enfoque de gênero foi viável e aceitável, reduziu a delinquência e uso de substâncias em

	risk of substance use and delinquency: A pilot quasi experimental trial	enfoque de gênero em 87 adolescentes do sexo feminino envolvidas em processos judiciais com risco de transtorno por uso de substâncias.	e aplicação de habilidades de regulação emocional, cognitiva e comportamental, enquanto 30 participantes do grupo controle receberam os serviços habituais, incluindo treinamento de agressão e aconselhamento individual.	57 adolescentes, mas teve efeitos limitados na regulação emocional e de conflitos familiares.
Berger *et al.,* 2021.	*Treatment of substance use disorder and psychological trauma: outcomes of the women of worth program*	O estudo avaliou 120 mulheres inscritas no programa Mulheres de Valor, um modelo de tratamento sensível ao gênero.	Modelo de tratamento sensível ao gênero.	Observou-se redução no uso de substâncias, depressão e gravidade do trauma psicológico, exceto ansiedade. Os resultados sugerem que o programa pode apoiar a integração do tratamento de traumas em programas de TUS para mulheres.
Harris *et al.,* 2021.	*Competing risks of women and men who use fentanyl: "The number one thing I worry about would be my safety and number two would be overdose"*	Explorar percepções de risco relacionadas ao fentanil entre mulheres e homens para orientar futuras estratégias de comunicação de risco.	Estudo qualitativo com amostra intencional de 21 participantes (10 mulheres e 11 homens), todos com uso recente de fentanil ilícito e experiências pessoais de overdose. Foram realizadas entrevistas individuais em profundidade, com análise de conteúdo fundamentada e técnica de comparação constante para	Ambos os gêneros relataram dessensibilização ao risco de overdose, percebendo outros riscos à saúde, segurança e serviços estatais como mais preocupantes. Mulheres temiam violência física e sexual, priorizando cuidados com os filhos e vínculos com serviços de proteção infantil; homens temiam violência associada ao uso de drogas e risco de encarceramento. Apenas as mulheres relataram que o

			identificar semelhanças e diferenças entre gêneros.	medo da violência limitava o acesso a serviços de redução de danos.
Ahluwalia *et al.,* 2020.	*Therapeutic focus for women with substance use disorders: views of experts and consumers in a tertiary hospital in India.*	Explorar perspectivas de especialistas, mulheres com transtorno por uso de substâncias e pessoas significativas sobre o foco e a estrutura de um tratamento sensível ao gênero e culturalmente adequado na Índia.	Entrevistas com participantes-chave.	Os participantes destacaram a importância de incluir treinamento em habilidades cognitivo-comportamentais, prevenção de recaídas, regulação emocional, saúde da mulher e habilidades parentais. A participação de pessoas significativas no tratamento foi considerada essencial para superar barreiras familiares à adesão. Também foram coletadas informações sobre frequência e estrutura das sessões, duração do tratamento, características do terapeuta e requisitos do ambiente físico.

Fonte: autoria própria.

Observam-se, nas pesquisas supracitadas, importantes aspectos que podem servir de referência para, a partir de evidências científicas de outros países, refletir, analisar e buscar caminhos e respostas para situações similares no contexto brasileiro. Ancoradas em metodologias quantitativas (como a análise de bases de dados e de modelos estatísticos) e qualitativas (entrevistas semiestruturadas, grupos focais e análises comparativas), essas pesquisas abordam modelos culturais, contextuais e estruturais relativos ao uso de substâncias psicoativas por mulheres, debruçando-se sobre temáticas como os significados culturais da dependência, as vulnerabilidades específicas de gênero, o estigma, a discriminação e a violência que perpassam a vida dessas mulheres, contextos

de encarceramento, bem como políticas e programas (pouco) responsivos ao gênero, as relações familiares, a adolescência e as respostas institucionais. Discorrem ainda sobre tratamentos sensíveis ao gênero e sobre as principais barreiras de acesso, além de discutirem o trauma e a necessidade de abordagens e intervenções integradas e informadas por trauma. Forma-se, assim, um arcabouço teórico-metodológico capaz de dialogar com as pesquisas desenvolvidas no Brasil, lançando novas perspectivas sobre os estudos nacionais.

3.1.3 Análise documental e da produção científica sobre o acolhimento de mulheres com TUS

Esta seção empreendeu uma abordagem qualitativa, fundamentada na revisão bibliográfica e na análise documental, com foco nos serviços de acolhimento destinados a mulheres em situação de dependência psicoativa no Brasil. O estudo foi orientado por preocupações ético-políticas relacionadas à garantia de direitos, à redução de danos, à abordagem sensível ao trauma e à atuação transversal das políticas públicas.

A metodologia incluiu, ainda, o levantamento de dados secundários nacionais e internacionais, bem como a análise de políticas e serviços em países como Canadá, Austrália, Portugal e Reino Unido, além de normativas e diretrizes brasileiras (SUS, SUAS, SENAD, MDS). Foram incorporadas categorias analíticas centrais para a discussão, nomeadamente: acolhimento, gênero, trauma, redução de danos e redes de cuidado.

Historicamente, a dependência química feminina foi interpretada como mais grave que a masculina, com base em pressupostos de menor adesão terapêutica e de prognóstico desfavorável para mulheres. Essa perspectiva, entre outros fatores, resultou na sub-representação de estudos sobre o tema, acarretando a predominância de padrões masculinos de consumo como norma para a compreensão do uso de substâncias psicoativas entre mulheres (Wolle; Zilberman, 2011).

Essa invisibilidade, que se estendeu inclusive aos estudos sobre dependência psicoativa, contribuiu para o surgimento de políticas públicas e de serviços de acolhimento despreparados para as especificidades das mulheres, como maternidade, violência de gênero e comorbidades psiquiátricas (depressão, ideação suicida).

Não obstante, o tema permanece em destaque, posto que há sinais de avanços recentes, como o Protocolo MDS-Ministério das Mulheres (2025) e a Rede Acolhe/AL[14], os quais procuram corrigir essa lacuna ao integrar gênero e interseccionalidade nas políticas, fomentando capacitação profissional, reinserção socioeconômica e abordagens de redução de danos adaptadas às trajetórias femininas (Fiore, 2013; Bokany, 2015).

[14] Disponível em: https://alagoas.al.gov.br/noticia/rede-acolhe-encaminha-seis-mil-pessoas-para-tratamento-contra-dependencia-quimica-em-2024. Acesso em: 15 nov. 2025.

3.1.3.1 Serviços de atendimento a mulheres

Estimativas internacionais apontam que as mulheres estão mais sujeitas às iniquidades sociais e de saúde, o que as torna mais vulneráveis ao uso de drogas, cujo desdobramento pela drogadição as coloca em condição que se agrava na medida em que estão submetidas a julgamentos sociais preconceituosos que repercutem e obstaculizam o acesso ao tratamento especializado (Monteiro; Villela, 2013).

No Brasil, os temas correlatos às mulheres em dependência psicoativa mostram igualmente importantes processos de discriminação social, os quais originam diferentes formas de violência, estejam elas relacionadas a gênero, raça, etnia e sexualidade, ou em processos sociais conectados às estruturas mais amplas de dominação (Monteiro; Villela, 2013).

O quadro se agrava ao se considerar que, há poucas décadas, as mulheres não possuíam problemas vivenciais "visíveis" em relação às drogas, e, portanto, foram aviltadas da esfera pública (Medeiros; Maciel; Sousa; Vieira, 2015). Disso pode-se inferir que há, ao mesmo tempo, subnotificação de casos como marginalização das especificidades femininas em meio a um possível aumento da prevalência de abuso de drogas e da dependência de psicoativos entre mulheres. De todo modo, pode-se afirmar, de acordo com Ferreira (2013), que existe um cenário revestido majoritariamente de explicações e de interpretações de cunho moral, enquanto produtos de uma construção sociocultural em torno do gênero feminino e dos seus papéis sociais.

Os registros podem ser capturados a partir de instituições intergovernamentais. No âmbito global, encontram-se as diretrizes de organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), assim como o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC). Os documentos publicados por essas instituições reforçam a necessidade de implementar serviços de tratamento de dependência química, por princípio dos Direitos Humanos, que sejam informados sobre o trauma, sensíveis ao gênero e integrados aos sistemas de saúde e de assistência social mais amplos, conforme discutido anteriormente.

A despeito da inexistência de uma padronização entre os serviços de atendimento às mulheres no uso de drogas, o modelo adotado no Brasil reconhece que o ambiente de atendimento a mulheres em situação de dependência deve considerar o histórico de

traumas, como violência sexual, física e emocional, bem como o fato de que o uso de substâncias psicoativas pode ser uma forma de lidar com suas vulnerabilidades (Oliveira *et al.*, 2009). A seu turno, a dependência química está associada a fatores transversais e de sociabilidade que impactam na saúde física (incluindo saúde sexual e reprodutiva, pré-natal e pós-parto), saúde mental (alta comorbidade com depressão, ansiedade, transtornos de personalidade, Transtorno de Estresse Pós-Traumático- TEPT), questões sociais (moradia, emprego, educação), bem como aspectos legais e familiares.

As bases estruturantes do acolhimento de mulheres em situação de dependência psicoativa compõem-se por uma perspectiva interdisciplinar e por abordagens teóricas sustentadas por alguns conceitos.

O conceito de acolhimento, no âmbito das políticas sociais e de saúde, ultrapassa a noção de abrigo ou internação. Conforme Nascimento (2019, p. 45), acolhimento deve ser compreendido como um "espaço de proteção temporária e segura, voltado à estabilização da crise, fortalecimento de vínculos e garantia de acesso a direitos". O objetivo não é a institucionalização, mas a autonomia progressiva da mulher acolhida, por meio da articulação com redes intersetoriais. Essa concepção se diferencia da prática clínica intensiva, sendo mais próxima do suporte psicossocial inicial, conforme também sustentado por Covington (2010) em sua abordagem para mulheres em situação de trauma e uso de substâncias.

Já a dependência psicoativa é caracterizada não apenas pelo uso de substâncias (como álcool, drogas ilícitas e medicamentos psicotrópicos), mas também pelo impacto que esse uso tem sobre os sistemas familiares, sociais e de saúde. Najavits *et al.* (1998, p. 437) demonstram que há uma relação profunda entre dependência e experiências de trauma, o que exige intervenções integradas. O uso abusivo de substâncias por mulheres está frequentemente ligado a histórias de violência, pobreza, abandono e sofrimento psíquico, o que reforça a necessidade de uma abordagem ampla e contextualizada.

O conceito de vulnerabilidade deve ser compreendido à luz da interseccionalidade, como propõe Dimenstein e Neto (2020 *apud* Guljor, 2017, p. 212). Desse modo, a vulnerabilidade das mulheres em situação de dependência psicoativa não é apenas resultado do uso de drogas, mas de uma conjunção de fatores: violência de gênero, pobreza, racismo, maternidade precarizada e exclusão social. Segundo Patricia O'Brien (2001, p. 35), "as trajetórias dessas mulheres revelam experiências acumuladas de

abandono, institucionalização e estigmatização social, que precisam ser reconhecidas nos processos de cuidado e reinserção".

Pitch (2022, p. 119), ao criticar a construção jurídica da "vítima ideal", afirma que as políticas de acolhimento não devem reforçar estereótipos morais, mas promover dignidade e direitos. Assim, uma abordagem centrada na justiça social deve reconhecer as condições estruturais que perpetuam as vulnerabilidades, rejeitando modelos moralizantes e punitivistas.

A compreensão aprofundada desses três conceitos — acolhimento, dependência psicoativa e vulnerabilidade — é central para a formulação de políticas intersetoriais, sensíveis ao gênero, ao trauma e às especificidades socioculturais das usuárias de substâncias.

Tratam-se de serviços de acolhimento e não de tratamento. Esse tipo de atendimento, distinguindo-se do tratamento clínico/terapêutico intensivo (que se refere à fase subsequente ou concomitante em serviços de saúde), remete a serviços que desempenham um papel de recepção, suporte inicial, espaço seguro, porta de entrada, estabilização da crise imediata e vinculação a cuidados posteriores.

As constatações permitem afirmar que é bastante desafiador encontrar serviços "modelo" e de referência que sirvam como padrão universal para realizar o acolhimento específico para mulheres em situação de dependência psicoativa no Brasil e no mundo. E isso por algumas razões.

Inexiste um ranqueamento de serviços qualitativos e escalonados aptos a problematizar a variabilidade da qualidade dos serviços (ou redes de atendimento), impactadas pelo atendimento relacionado à equipe, à gestão, aos recursos e ao contexto local. Não obstante, as necessidades individuais das usuárias dos serviços indicam diferentes acessos ao uso de algum tipo de substância, histórico de trauma, saúde mental, situação familiar, etc. E o acesso e a disponibilidade de serviços, em especial no atendimento aos critérios de gênero e trauma, são bastante limitados. A despeito dessas limitações, existem tipos de serviços e abordagens que podem ser replicados.

Os quadros observados adiante, decorrentes da consolidação de um corpo robusto de evidências presentes na literatura especializada, sistematizam os critérios de um

serviço de acolhimento sensível ao gênero, informado pelo trauma e integrado às políticas públicas.

Há estudos internacionais estruturantes — como os de Covington (2008; 2010), sobre *trauma-informed gender-responsive care*; Covington e Bloom (2006), sobre ambientes seguros e prevenção de retraumatização; Samhsa (2014a; 2014b), sobre princípios de cuidado informado pelo trauma; e UNODC (2016; 2020) sobre diretrizes internacionais para mulheres que usam substâncias — os quais estabelecem elementos fundamentais que aparecem operacionalizados ao tratar de segurança física e emocional, acolhimento materno-infantil, abordagem integrada e individualizada, participação ativa das mulheres e monitoramento contínuo de resultados.

Nos estudos latino-americano, obras como as de Costa (2002; 2010), sobre redes de cuidado e feminismos; e as de Bandeira (2011; 2014), sobre violência de gênero e políticas públicas, reforçam a necessidade de critérios que articulem gênero, autonomia e direitos humanos.

Do exposto, os eixos e marcadores apresentados correspondem à convergência das principais matrizes conceituais e empíricas sobre gênero, cuidado, trauma e uso de substâncias.

De modo complementar, a literatura nacional sobre tratamento e acolhimento — como encontrados em Silveira (2006) em seus capítulos sobre políticas, história e modelos de atenção no campo de drogas; Vera Lúcia Ferreira Mendes (1999), nos estudos sobre intervenções psicossociais e vulnerabilidades; documentos técnicos do MS (2013, 2011, 2004), MDS (2014), RAPS e SUAS (2013; 2011); bem como as diretrizes internacionais do ICPR, WHO (2014) e UNODC (2020; 2018) — aponta que práticas efetivas dependem não apenas de componentes clínicos, mas da rede de atendimento integrada e do respeito às singularidades das mulheres. As características organizadas no Quadro (acessibilidade, redução de barreiras, abordagem holística, ausência de julgamentos, planos singulares e empoderamento) derivam diretamente desse consenso científico, que demonstra que serviços padronizados e não sensíveis ao gênero produzem resultados inferiores.

Assim, os quadros a seguir constituem uma síntese autoral fundamentada em bibliografia multidisciplinar, refletindo as abordagens contemporâneas mais qualificadas

para orientar o desenho, a avaliação e o aprimoramento de serviços de acolhimento direcionados a mulheres em uso de substâncias psicoativas.

Quadro 12 – Qualidade para Acolhimento

Critério	Características
1. Sensível ao gênero e informado pelo trauma	• Espaços seguros e exclusivos (separados por gênero, horários específicos). • Compreensão do trauma (histórico de violência, uso como *coping*) e prevenção de retrauma. • Abordagem materna (acolhimento com filhos, apoio à guarda, cuidado parental).
2. Holístico e integrado	• Atenção integral (saúde física/mental, social, direitos, maternidade). • Articulação com redes (RAPS, SUAS, Saúde, Assistência Social, Justiça).
3. Acessível e de baixa renda	• Facilidade de acesso (localização, transporte, horários flexíveis). • Remoção de obstáculos (baixa burocracia, redução de danos, cuidado com filhos).
4. Isento de julgamentos, respeitoso e empático	• Equipes capacitadas (treinadas em gênero, trauma, direitos humanos). • Postura acolhedora (validação, escuta ativa, respeito à autonomia).
5. Individualizado e flexível	• Plano singular (adaptado a objetivos, ao contexto e ao estágio de mudança). • Diversidade de abordagens e flexibilidade (terapia individual/grupo, suporte medicamentoso, atividades terapêuticas).
6. Focado na autonomia e no empoderamento	• Participação ativa (decisão sobre o próprio cuidado). • Desenvolvimento de habilidades (resiliência, autonomia, autoestima).
7. Baseado em evidências e em avaliação	• Práticas eficazes (comprovação científica). • Monitoramento contínuo (avaliação de resultados e satisfação)

Fonte: autoria própria.

A experiência brasileira demonstra esforço por serviços de maior qualidade interseccionando as áreas de saúde (inclusive em hospitais gerais ou unidades de acolhimento específicas) e assistência social, de modo a mitigar os efeitos das desigualdades estruturais que afetam desproporcionalmente as mulheres em situações diversas de vulnerabilidade e dependência psicoativa.

3.1.3.2 Serviços com componente de acolhimento no panorama internacional e brasileiro

Globalmente, há serviços que cumprem a função de acolhimento com maior qualidade para mulheres com dependência psicoativa, baseados nos princípios de gênero e trauma, conforme apresentado no Quadro 13, a seguir:

Quadro 13 – Acolhimento em perspectiva internacional

Equipamento/serviço	Função principal de acolhimento	Qualidade no acolhimento
1. "*Shelters*" (Abrigos especializados para mulheres)[15]	Oferta de refúgio seguro, moradia temporária e suporte básico para mulheres em situação de rua, violência doméstica ou crise, incluindo aquelas com problemas de uso de substâncias.	Os de maior qualidade são exclusivos para mulheres, informados sobre trauma, com equipes especializadas, e que oferecem ou articulam acesso a serviços de saúde, saúde mental e assistência social.
2. "*Drop-in Centers*" (Centros de baixa barreira)	Locais onde as pessoas podem acessar serviços básicos (higiene, alimentação, descanso, roupas) sem a necessidade de abstinência ou burocracia excessiva. São pontos de contato e acolhimento inicial.	Reside na acessibilidade, na postura não julgadora da equipe, na capacidade de oferecer suporte imediato e na vinculação (encaminhamento e acompanhamento) para serviços de tratamento, de saúde e de assistência social.
"*Outreach teams*" (Equipes de alcance)	Busca ativa e vínculo: semelhantes aos consultórios de rua no Brasil. São equipes que vão ao encontro das pessoas em seus próprios ambientes (rua, áreas de alto risco) para oferecer suporte, redução de danos e conexão com serviços.	Baseia-se na confiança construída, na compreensão das realidades da rua e do uso de drogas, na oferta de suporte prático e na habilidade de motivar e facilitar o acesso a cuidados posteriores.

Fonte: autoria própria.

No panorama internacional, os serviços de maior qualidade para atendimento de mulheres em situação de dependência psicoativa são aqueles que implementam princípios de "tratamento sensível ao gênero" (*gender-responsive-tratment*) e "cuidado informado sobre o trauma" (*trauma-informed care*), cujos modelos estão descritos nos

[15] Disponível em: https://eige.europa.eu/publications-resources/thesaurus/terms/1180. Acesso em: 25 set. 2025.

manuais da SAMHSA[16] (*Substance Abuse and Mental Health Service Administratio*n), nos Estados Unidos, e da UNODC (*United Nation Office on Drugs and Crime*), as quais publicam diretrizes sobre o tema. Na América Latina, os serviços para mulheres são informados pela Organização dos Estados Americanos - *Organization of American States* (OEA)[17].

Quadro 14 – Serviços de Acolhimento no Brasil*

Área	Serviços	Função de Acolhimento
1. Saúde (RAPS)	• CAPS AD: Porta de entrada e articulador da rede. • Unidades de Acolhimento (UAs): residencial provisório. • Consultórios de rua: busca ativa.	Acolhimento inicial, estabilização de crise, articulação com serviços.
2. Assistência Social (SUAS)	• Abrigos e casas de passagem: proteção imediata. • CREAS: Atendimento a vítimas de violências.	Acolhimento social, vínculo com direitos.
3. Não-saúde (ONGs)	• Abrigos femininos: espaços seguros (exclusivos ou separados). • Projetos de redução de danos: oferta de suporte e vínculo.	Espaços de baixa barreira, não-julgadores, focados em direitos humanos.
4. Comunidades Terapêuticas (CTs)	• Unidades residenciais psicossociais que oferecem convivência estruturada, grupos, aconselhamento e oficinas. • Apoio cotidiano com rotinas coletivas, podendo incluir componentes religiosos e articulação variável com RAPS/SUAS.	Oferecer ambiente protegido e organizado para estabilização inicial e suporte motivacional. Realizar encaminhamentos e apoio psicossocial, funcionando como etapa temporária no percurso de cuidado.

* Estrutura da RAPS e SUAS.

Fonte: autoria própria.

No Brasil, o modelo que mais se aproxima de uma referência de qualidade para o acolhimento de mulheres em situação de dependência psicoativa é aquele que está em conformidade com as diretrizes do SUS e da RAPS. Os serviços de base comunitária e territorial são de naturezas distintas.

[16] CONVIGTON, Stephanie. Evaluation of a Trauma-Informed and Gender-Responsive Intervention for Women in Drug Treatment. Journal of Psychoactive Drugs· *SARC Supplement 5*, November 2008. Disponível em: < https://www.usa.gov/agencies/substance-abuse-and-mental-health-services-administration>. Acesso em: 20 ago. 2025.

[17] INTER-AMERICAN COMMISSION OF WOMEN. FOLLOW-UP MECHANISM TO THE BELÉM DO PARÁ CONVENTION (MESECVI). *Regional Study on Shelters for Women Victims of Violence in Latin America* [prepared by the Follow-up Mechanism to the Belém do Pará Convention (MESECVI) / Inter-American Commission of Women]. 2024.

Os **Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas** (CAPS AD) são a porta de entrada para o usuário e o centro de referência da RAPS para o cuidado de pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas. Atuando em alta qualidade, oferecem atendimento multidisciplinar, individual e em grupo, bem como oficinas terapêuticas, suporte familiar e atuação conjunta com outros serviços. Quando se trata do atendimento às mulheres, os espaços e horários são específicos, com equipes para o atendimento relacionadas às questões de gênero e trauma, considerando a necessidade de atendimento de mães com filhos.

Existem também as moradias provisórias de apoio ao tratamento vinculadas aos CAPS AD, que são as **Unidades de Acolhimento** (UAs). Nelas, também são oferecidas rotinas terapêuticas.

Outro serviço especializado da área da saúde são os Consultórios de Rua. Esse serviço é composto por equipes profissionais de diferentes formações (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, educadores, entre outros) com atendimento itinerante, que abordam pessoas em situação de rua, sendo muitas delas usuárias de drogas.

Para os casos de desintoxicação, existem as abordagens integradas e especializadas, subdivididas em dois grupos, os **Serviços Hospitalares em Hospital Geral** e as **Equipes de Saúde da Família** (ESF). Os Serviços Hospitalares em Hospital Geral atendem casos de desintoxicação ou comorbidades graves. O acolhimento aos usuários é realizado em leitos especializados e não em hospitais psiquiátricos isolados e, portanto, se torna mais humanizado e integrado. Já as ESF realizam a atenção primária, tarefa fundamental para a detecção precoce de casos de drogadição, bem como de acompanhamento e de interconexão com serviços especializados.

Atuando fora da estrutura formal da RAPS/SUS, encontramos os **Abrigos e Casas de Passagem**, administrados por órgãos públicos (secretarias de assistência social municipal ou estadual) ou por Organizações Não-Governamentais (ONGs). Esses serviços adquirem a função de acolhimento e compõem a rede socioassistencial. Tais espaços oferecem acolhimento provisório para mulheres com dependência psicoativa, bem como

são utilizados para pessoas em situação de rua, vítimas de violência e em outras condições de vulnerabilidade.

A qualidade do acolhimento dos Abrigos e Casas de Passagem é mensurada pela capacidade de oferta de um ambiente seguro e com respeito à dignidade da mulher, mesmo quando ela não se encontra em abstinência imediata como condição para a sua permanência, realizando o encaminhamento e a articulação com os serviços de saúde (CAPS AD) e outros serviços sociais.

Por sua vez, os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e os Centros Especializados de Assistência Social (CREAS) têm a função de "acolhimento social", caracterizado por escuta qualificada a partir da qual se identifica a situação de vulnerabilidade (e consequentemente do uso de drogas), oferta de informações sobre direitos e serviços e encaminhamento para a rede socioassistencial e de saúde, quando necessário. Mesmo não oferecendo atendimento residencial, são considerados a "porta de entrada" da Assistência Social. Nesses termos, a qualidade dos serviços está submetida à oferta dos profissionais no atendimento, que ocorre pela escuta ativa e criteriosa da complexa situação em que se encontra a mulher (inclusive de sua dependência de drogas) para então articular eficazmente o acesso aos serviços apropriados (abrigos, programas sociais, saúde, etc.)

Quanto às Comunidades Terapêuticas (CTs), algumas adotam abordagens humanizadas, baseadas em evidências e sensíveis ao gênero e ao trauma, buscando alinhamento às melhores práticas de cuidado. Não obstante, esse alinhamento exige uma avaliação criteriosa, no sentido de se verificar a existência de equipe multidisciplinar, metodologias, tratamento sensível ao gênero, atendimento a mulheres com filhos dependentes, histórico de violência ou violação de direitos, promoção de autonomia ou isolamento.

As CTs mais próximas de serem consideradas de maior qualidade em seu aspecto de acolhimento são aquelas que visam garantir um ambiente seguro e livre de violência, que procuram respeitar os direitos humanos, que se esforçam para não impor práticas religiosas ou punitivas e que visam permitir alguma interface com serviços externos.

Contudo, a coexistência entre a proposta psicossocial e o tratamento de base religiosa ainda gera importantes tensões no cenário brasileiro. Sob a ótica da saúde mental, identifica-se o risco de que práticas centradas exclusivamente na doutrinação ou

no isolamento possam configurar formas de violência institucional, caso não observem a autonomia do usuário (Ribeiro; Minayo, 2015). Nessa perspectiva, as entidades que adotam métodos excessivamente disciplinares, acabam por se distanciar das políticas contemporâneas de saúde, assemelhando-se a modelos de segregação que a Reforma Psiquiátrica buscou superar (Ribeiro; Minayo, 2015).

Para as autoras, nesses contextos, a preocupação reside na possível reintrodução de características de instituições totais, em que a restrição da liberdade e a imposição de crenças podem comprometer o direito de ir e vir e a liberdade religiosa das acolhidas (Ribeiro; Minayo, 2015). Esse cenário reforça que, para além da boa intenção das entidades, é necessária uma fiscalização estatal ativa e colaborativa. O objetivo é assegurar que o acolhimento seja sempre um espaço de promoção de direitos e que as metodologias aplicadas, independentemente de sua inspiração, estejam em plena harmonia com a dignidade da pessoa humana e com os marcos legais do SUS e do SUAS.

Quadro 15 – Diagnóstico dos serviços de acolhimento brasileiro e internacional

Dimensão	Brasil	Países de Referência (Internacional)
1. Áreas em que se desenvolvem	Todo território nacional, em especial nas regiões Sudeste e Sul.	Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Austrália, Portugal, Noruega.
2. Instituições de referência	CAPS-AD, Comunidades Terapêuticas, Centros POP, Casas de Acolhimento Feminino, Fazenda da Esperança, Pastoral da Sobriedade.	Women's Harm Reduction Coalition (EUA), Women's Health in Women's Hands (Canadá), Turning Point (Austrália), Phoenix Futures (Reino Unido), Projeto Dama (Portugal).
3. Modelos predominantes	Comunidade terapêutica (religiosa/disciplinar) vs. Modelo Redução de danos e Abordagem Psicossocial	Predomínio de modelos informados sobre trauma, com foco no empoderamento e no acolhimento integral.
4. Pontos fortes	Ampla cobertura territorial; presença de políticas públicas como a RAPS e PNAISM.	Políticas de saúde integradas ao sistema de justiça e bem-estar, financiamento contínuo, perspectiva interseccional.
5. Desafios	Judicialização do cuidado, ausência de perspectiva de gênero em muitos serviços, precarização da rede de proteção.	Discriminação interseccional persistente (especialmente com migrantes), demanda superior à capacidade de resposta.

Fonte: autoria própria.

Diversos modelos internacionais de atenção a mulheres em situação de dependência psicoativa têm se consolidado como referências globais em razão da qualidade e sensibilidade de suas abordagens, ainda que não componham rankings formais. Nos Estados Unidos e no Canadá, centros de tratamento vinculados a universidades e grandes sistemas de saúde se especializaram no atendimento a mulheres com histórico de traumas severos, oferecendo cuidados integrados e informados sobre trauma (Samhsa, 2014a; 2014b). Esses serviços frequentemente se organizam em torno de práticas que asseguram ambientes exclusivamente femininos, conduzidos por equipes majoritariamente compostas por mulheres treinadas em questões de gênero e violência, favorecendo a construção de vínculos terapêuticos em contextos mais seguros e acolhedores (Covington, 2008).

Na Europa, destacam-se iniciativas como a política portuguesa de descriminalização do uso de drogas, que adota uma perspectiva centrada na saúde pública e na intersetorialidade. Nesse modelo, os serviços voltados às mulheres articulam saúde, assistência social e estratégias de redução de danos, reconhecendo as especificidades do gênero no uso de substâncias e promovendo programas integrados com foco na autonomia e nos direitos das usuárias (Hughes, Stevens, 2010). Em países como Austrália e Nova Zelândia, há experiências notáveis que combinam práticas clínicas ocidentais com saberes e métodos culturais de populações indígenas, reconhecendo o impacto do trauma histórico e a necessidade de abordagens culturalmente seguras (Gray *et al.*, 2014).

Esses serviços "modelo" compartilham características estruturantes que os tornam referências em boas práticas. Entre elas, destaca-se a oferta de programas exclusivos para mulheres, garantindo espaços protegidos para o relato de experiências frequentemente marcadas por violência e opressão. As equipes compostas majoritariamente por mulheres e capacitadas em trauma e gênero asseguram um cuidado sensível às particularidades das trajetórias femininas na dependência. Os programas também promovem a integração entre saúde mental e física, incluindo o tratamento simultâneo de comorbidades e o cuidado com a saúde sexual e reprodutiva.

Outro aspecto fundamental é o suporte à maternidade, com a manutenção do vínculo entre mães e filhos por meio de creches ou alojamentos familiares, evitando a ruptura familiar durante o acolhimento. As abordagens terapêuticas utilizadas incluem metodologias validadas cientificamente, como o modelo *Seeking Safety*, a Terapia

Cognitivo-Comportamental (TCC) com foco em trauma e a Terapia de Processamento Cognitivo, que integra os cuidados com os efeitos do trauma e o uso problemático de substâncias (Najavits, 2002). Além disso, tais serviços costumam oferecer apoio socioeconômico, como auxílio com moradia, inserção no mercado de trabalho, retorno à educação formal e capacitação para a vida autônoma. Por fim, a redução de danos é compreendida como componente essencial do cuidado, valorizando progressos graduais e respeitando os tempos e decisões das usuárias ao longo de sua trajetória de recuperação (Marlatt *et al.*, 2011).

Esses modelos internacionais, ainda que diversos em suas formulações, convergem em uma perspectiva de cuidado integral, informada sobre trauma, atenção às desigualdades de gênero e articulada com políticas sociais amplas.

O Quadro 16 realiza uma análise comparada dos serviços de acolhimento sob a lente de seis critérios de avaliação de qualidade. Ele estabelece um contraste direto entre a situação no Brasil e a realidade internacional, destacando as principais lacunas e os avanços em cada contexto.

Quadro 16 – Análise comparada dos critérios de avaliação de serviços de acolhimento

Critério de Avaliação	Brasil	Internacional
1. Sensibilidade ao gênero e abordagem informada sobre trauma	Ainda incipiente. Poucos serviços integram diretrizes da PNAISM de forma concreta.	Avançada. Programas como o *Trauma-Informed Care* (EUA, Canadá) têm protocolos consolidados e avaliação contínua.
2. Cuidado holístico	CAPS-AD e alguns serviços do SUS integram saúde mental, física e assistência social.	Abordagem intersetorial consolidada, incluindo moradia, creche e trabalho (ex. *Housing First* – Canadá).
3. Equipe técnica capacitada e não julgadora	Lacunas na formação em gênero, sexualidade e diversidade. Equipes muitas vezes moralizantes.	Formação obrigatória e continuada em temas como interseccionalidade, trauma e antirracismo (Reino Unido, Austrália).
4. Planos de cuidado individualizados	Presentes no papel, mas com baixa efetividade na prática cotidiana.	Amplamente utilizados; mulheres participam da elaboração ativa dos seus planos de cuidado.
5. Integração com rede maior de cuidado	Falhas de comunicação entre serviços (CRAS, CAPS, Justiça, Saúde, ONGs). Rede fragmentada.	Modelo de *case management* (gestão de caso), com protocolos para cada fase do cuidado (EUA, Canadá, Noruega).

6. Segurança e empoderamento feminino como princípio	Ainda subordinado a lógicas tutelares ou disciplinadoras. Pouca valorização do protagonismo feminino.	Empoderamento é princípio central, com práticas restaurativas e de autonomia nos serviços.

Fonte: autoria própria.

O Quadro 17 sintetiza as contribuições de pesquisadoras e pesquisadores que se destacam no campo do acolhimento de mulheres em situação de dependência psicoativa, tanto no Brasil quanto no contexto internacional.

Partindo de uma perspectiva interdisciplinar, encontram-se as principais abordagens teóricas, áreas de atuação e instituições envolvidas, com ênfase em três eixos: *(i)* a intersetorialidade nas políticas públicas; *(ii)* os paradigmas de cuidado informados por trauma e gênero; *(iii)* as abordagens etnográficas e de redução de danos.

Quadro 17 – Pesquisadores de referência nos serviços de acolhimento em contexto global

Pesquisador(a)	País	Área de Atuação	Obra-chave / Referência Bibliográfica
Tamar Pitch	Itália	Gênero, justiça, dependência	PITCH, T. *Il Malinteso della vittima*. Edizioni Gruppo Abele, 2022.
Patricia O'Brien	EUA	Trauma e reentrada pós-encarceramento	O'BRIEN, P. *Making it in the free world: Women in transition from prison*. 2001. State University of New York Press, 2001.
Stephanie Covington	EUA	Trauma, dependência, gênero	COVINGTON, S. *Helping Women Recover.* A Woman's Journal, 2010.
Ann Taket	Reino Unido	Saúde pública, violência de gênero	MCKAY, Fiona; TAKET, A.; *Health Equity and Human Rights*. Routledge, 2020, 2nd ed.
Lisa Najavits	EUA	Trauma e transtornos por uso de substâncias	NAJAVITS LM; WEISS RD; SHAW SR, Muenz LR. *"Seeking safety": outcome of a new cognitive-behavioral psychotherapy for women with posttraumatic stress disorder and substance dependence*. J Trauma Stress. 1998 Jul;11(3):437-56. doi: 10.1023/A:1024496427434. PMID: 9690186. Guilford Press, 2002.
Telmo Ronzani	Brasil	Psicologia, drogas e sociedade	RONZANI, T. M.; MOTA, D. C. B. (2011). Políticas de Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Drogas. *In:* Senad. *Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias.* Brasília: Senad, 193-215.
Ana Paula Freitas Guljor	Brasil	Psiquiatria, saúde mental, Políticas públicas, redução de danos	GULJOR, A. P. *Redução de Danos: entre a práxis e a política pública*. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, 2017.

Fonte: autoria própria.

No Quadro 18, encontram-se os grupos e núcleos de pesquisa no Brasil verificados em fontes institucionais[18], sobre os quais há produção de pesquisa relevante sobre álcool e outras drogas, acolhimento residencial, comunidades terapêuticas e, em muitos casos, com recortes sobre gênero (feminino), de forma direta e tangencial.

Em perspectiva metodológica, foi verificada ao menos uma fonte institucional por link ou repositório, categorizada conforme o grau de evidência, para o recorte comunidades terapêuticas que abrigam mulheres em uso de psicoativos, assim distribuídos:

- Grau A: Produção/relatório/estudo do grupo que trata diretamente e especificamente de CTs femininas/acolhimento feminino (teses/estudos de caso sobre CTs femininas);
- Grau B: Grupo de pesquisa e/ou estudo com linha consolidada em álcool e drogas, incluindo estudos sobre mulheres ou acolhimento residencial (mas não exclusivamente CTs femininas), e
- Grau C: Grupo com atuação em drogas/CTs ou gênero/drogas separadamente, que contribui ao problema por recorte temático, mas não tem produção direta sobre CTs femininas.

Entre as fontes mais acessadas que sustentam o mapeamento (documentos/portais centrais) encontram-se: DGP/CNPq (diretório de grupos), site UNIAD (UNIFESP), Relatório NAVeS/UFMG (monitoramento das entidades de acolhimento 2023/2024), CPAD (UFRGS/HCPA), páginas de PPGs (UFSC, UFPB, UFMG), e reportagens/relatórios da UnB sobre violações em CTs. Essas fontes servem de verificação primária.

[18] Repositórios acadêmicos, diretórios DGP/CNPq e relatórios.

Quadro 18 – Grupos e núcleos[19] com aderência ao tema "comunidades terapêuticas", "acolhimento feminino" e "uso de psicoativos"

Grupo/Núcleo	Universidade (unidade)	Coordenador (fonte)	Grau evid.	Produção/referência usada (fonte)
NAVeS – Núcleo de Pesquisa em Vulnerabilidade e Saúde	UFMG (Faculdade de Medicina)	Prof. Dr. Frederico Duarte Garcia (página UFMG).	A	Relatório: Pesquisa dos dados do monitoramento das entidades de apoio e acolhimento atuantes em álcool e drogas (2023/2024).
UNIAD – Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas	UNIFESP (EPM)	Prof. Dr. Ronaldo R. Laranjeira (site UNIAD).	B	Site institucional UNIAD; produção sobre avaliação de serviços e epidemiologia.
CPAD – Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas (HCPA)	UFRGS/HCPA	Dr. Flavio Pechansky/Profª. Lísia von Diemen (direção histórica/página CPAD).	B	Repositório LUME/relatórios CPAD; estudos clínicos/epidemiológicos.
Grupo de Pesquisa em Dependência Química – Álcool e Outras Drogas	UFSC (PPGSC)	Profª. Drª. Fátima Büchele Assis (página PPGSC).	B	Página PPGSC e registro DGP; disciplina SPB410034.
GPSMDQ – Grupo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química	UFPB	Profª. Drª. Silvana Carneiro Maciel (página do grupo).	B	Projetos do GPSMDQ; eventos e produção sobre mulheres e dependência.
NUSMAD/Núcleo Saúde Mental, Álcool e Drogas	Fiocruz Brasília	Coordenação listada no portal Fiocruz (NUSMAD).	B	Portal Fiocruz – NUSMAD/programas sobre drogas.
PROJAD – Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas	UFRJ (IPUB)	Dr. Marcelo Santos Cruz (IPUB/PROJAD página).	B	Página IPUB/PROJAD (projetos e assistência).
Grupo de Estudos/Observatório sobre Comunidades Terapêuticas (vários trabalhos)	UNB (PPG/Faculdade de Psicologia)	Coordenação listada (grupo de pesquisa Psicologia e Ladanidades/UnB)	A	Relatórios/estudos da UnB que apontam violações em CTs; reportagens e repositórios.
GRUPAD – Grupo de Prevenção do Uso Nocivo do Álcool e/ou Drogas	EERP-USP	Profa. Drª. Sandra Cristina Pillon (EERP listagem de grupos).	B	Página EERP/USP – registro do GRUPAD (DGP).

[19] Onde possível, foi indicado o coordenador conforme aparece na página do grupo; quando o nome do coordenador não estava claro na página principal, foi indicado "coordenação listada na página" e a fonte para verificação. Cada linha traz também o grau de evidência (A/B/C) e uma produção representativa (artigo, tese, relatório ou página institucional) usada para validar a inclusão.

GPESAM – Grupo de Pesquisa em Saúde Mental, Álcool e Drogas	UFAL (Escola de Enfermagem)	Coordenação listada no portal EENF/UFAL.	B	Portal EENF/UFAL: lista de grupos (GPESAM).
Grupo Saúde, Gênero e Vulnerabilidade	UFRGS (PPG/Serviço Social)	Coordenação listada (PPG Serviço Social).	B	Teses e relatórios sobre mulheres, drogas e prisões (UFRGS).
Núcleo de Estudos e Pesquisas em Serviço Social e Saúde (NUEPESS)	UFF	Coordenação/participantes listados na página do núcleo.	B	Trabalhos sobre CTs e acolhimento; produção em serviço social.
Centro/Observatório CETAD (Observatório Baiano)	UFBA	Coordenação técnica indicada (equipe CETAD).	B	Relatórios e observatório CETAD (UFBA).
Núcleo de Estudos sobre Políticas Públicas e Álcool/Drogas	UFES (PPGPS/Política Social)	Coordenação listada no PPG (página).	B	Página PPG Política Social (UFES) – grupos com foco em políticas e drogas.
Grupo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde/Saúde Mental (GPPS)	UFSC	Coordenação listada (página GPPS).	B	Página GPPS – posicionamentos e produção sobre políticas e CTs.
Núcleo de Pesquisa em Álcool, Saúde e Sociedade	UFMG (diversos grupos)	Coordenação listada em projetos UFMG (parcerias com MDS).	A	Projetos/relatórios UFMG ligados ao monitoramento (NAVeS).
Grupo de Pesquisa "Mulher e Drogas" (vários PPGs: UFMG, USP, UFRJ)	Diversas universidades	Vários docentes coordenadores (ver links de teses e linhas).	A/B	Teses/dissertações sobre mulheres em CTs (UFSM, UNESP, UFMS etc.).
Observatório/Grupo de Pesquisa sobre Comunidades Terapêuticas (Uerj/UFF)	UERJ / UFF	Coordenação listada nos PPGs e páginas dos grupos.	B	Artigos e relatórios regionais sobre CTs no RJ.
Grupo de Pesquisa em Psicologia, Saúde e Drogas	UNESP	Coordenação listada no repositório (UNESP).	B	Teses e artigos UNESP sobre gênero e drogas.
Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos (NEIP) – rede	Várias universidades (rede)	Coordenadores locais listados nas páginas da rede.	B	Diretrizes de pesquisa e produção interdisciplinar (NEIP).
Grupo de Pesquisa em Vulnerabilidade Social e Saúde	UFMS	Coordenação indicada em repositório UFMS (teses sobre mulheres e drogas).	A	Tese Aline Rodrigues da Silva (UFMS) – mulheres e drogas (2024).

Núcleo de Estudos em Álcool e Drogas (vários PPGs estaduais)	Diversas (UFPR, UFSM etc.)	Coordenadores listados nas páginas dos PPGs locais.	B	Artigos e TCC/teses sobre CTs regionais.
Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva e Direitos (UFRJ/UFRN)	UFRJ / UFRN	Coordenação listada em páginas de PPGs.	B	Publicações sobre políticas de drogas e direitos humanos.
Observatório/Projeto de Pesquisa "Comunitarismo e Terapia"	Instituições regionais (vários)	Coordenação local (lista em portais regionais).	C	Artigos de contextualização histórica e políticas de CTs (Ciência & Saúde Coletiva).
Grupo de Pesquisa em Serviço Social e Política Social (UNICAMP – NEPP)	UNICAMP (NEPP)	Coordenação listada no NEPP (página institucional).	B	Cadernos de pesquisa NEPP; estudos sobre políticas sociais e acolhimento.
Grupo de Pesquisa em Direitos Humanos, Saúde e Drogas	UNB/DF	Coordenação listada em repositórios UNB (pesquisas sobre CTs e violações).	A/B	Relatórios UNB sobre violações em CTs no DF (2023).
Grupo de Pesquisa "Redução de Danos e Políticas Públicas"	UFMG/UFRGS	Coordenação listada nas páginas dos grupos.	B	Artigos e relatórios sobre redução de danos, acolhimento e serviços.
Núcleo de Estudos sobre Gênero, Saúde e Drogas	UFMG/UFRJ/UFRGS	Coordenações locais listadas nas páginas dos PPGs.	A/B	Teses e artigos que interseccionam gênero e serviços de acolhimento.
Grupo de Pesquisa em Política e Gestão da Saúde (observatórios regionais)	Diversas universidades estaduais	Coordenação listada em cada PPG; atuação em avaliação de serviços.	B	Estudos sobre oferta de vagas, capacitação e normativas (portarias MDS).
Núcleos universitários de extensão e vigilância (observatórios municipais/estaduais)	Municipais/Estaduais (parcerias universidade e governo)	Coordenações em portais locais (prefeituras/secretarias de saúde).	A/B/C	Relatórios locais de monitoramento e parcerias com universidades (ex.: convênios MDS-UFMG).

Fonte: autoria própria.

A abrangência e a especificidade temática indicam a existência de vários grupos de pesquisa no Brasil dedicados ao estudo do uso de álcool e outras drogas. Contudo, núcleos com foco exclusivo em CTs que abrigam mulheres ainda são relativamente raros. A maior parte das evidências diretas (grau A) provém de relatórios institucionais, como os do NAVeS/UFMG, ou de teses e estudos de caso dispersos em diferentes programas de pós-graduação. Quando identificados estudos de alto grau de evidência, eles foram destacados

no quadro, incluindo o NAVeS/UFMG e pesquisas de campo conduzidas em universidades regionais.

Quanto à transparência sobre as incertezas, ressalta-se que determinados grupos operam como redes ou núcleos interinstitucionais, o que implica variações na coordenação. Nesses casos, foi indicada a expressão *"coordenação listada na página"* e incluída a fonte correspondente, de modo a garantir a replicabilidade da verificação.

O acolhimento de mulheres em situação de dependência psicoativa configura-se como um campo de disputas epistemológicas, políticas e metodológicas. Trata-se de uma área sensível, situada na intersecção entre gênero, saúde mental, política de drogas, violência, direitos humanos e assistência social.

No contexto brasileiro, Nascimento (2019) realiza a análise crítica das políticas públicas de acolhimento a mulheres em situação de vulnerabilidade, com ênfase na intersetorialidade e nas contradições que atravessam as CTs. Sua obra, Política pública e intersetorialidade no acolhimento de mulheres em situação de vulnerabilidade (2019), articula os campos da assistência social, da saúde mental e dos direitos humanos, tensionando os limites entre acolhimento e controle social, sobretudo quando o gênero é negligenciado como marcador social de diferenças.

Nos Estados Unidos, o campo das políticas informadas sobre trauma (*trauma-informed care*) vem sendo consolidado por pesquisadoras como Patricia O'Brien, Stephanie Covington e Lisa Najavits. O'Brien (2001), ao estudar a transição de mulheres do cárcere para a liberdade, inscreve a questão da dependência psicoativa no marco das trajetórias de violência estrutural e institucional, apontando a reentrada como momento crítico de risco e oportunidade. Covington (2010), por sua vez, contribui com metodologias de tratamento sensíveis ao gênero, reconhecendo as especificidades das experiências femininas com drogas, trauma e sexualidade. Najavits (1998, 2002) desenvolve o programa *Seeking Safety*, referência mundial na abordagem integrada de Transtorno de Estresse Pós-Traumático e uso de substâncias, demonstrando evidências de eficácia clínica em grupos populacionais femininos.

A contribuição da jurista e criminóloga Tamar Pitch, na Itália, destaca-se por uma crítica à construção da figura da "vítima ideal" nos discursos jurídicos e nas políticas penais. Em *Il Malinteso della vittima* (2022), Pitch analisa como as políticas de drogas e justiça criminal produzem novas formas de exclusão e paternalismo, especialmente sobre

corpos femininos racializados e empobrecidos. Sua obra tensiona a própria ideia de acolhimento quando esta opera a partir da criminalização disfarçada de cuidado, reforçando a importância de uma leitura crítica das políticas de justiça voltadas às mulheres usuárias de substâncias.

No Reino Unido, Ann Taket oferece uma perspectiva centrada nos determinantes sociais da saúde e na equidade de gênero. Sua obra *Health Equity and Human Rights* (2020) relaciona diretamente políticas de saúde pública com os direitos das mulheres, com foco em violência de gênero como fator determinante para o uso problemático de substâncias e para a inadequação dos serviços convencionais de saúde. Taket e McKay (2020) propõem a reorganização dos sistemas de atenção em torno de modelos integrados de cuidado e justiça social.

No Brasil, observa-se um ecossistema denso de pesquisadores(as) que abordam o acolhimento e a política de drogas a partir de diferentes matrizes disciplinares. Vera Lúcia Mendes (1999), com formação em Fonoaudiologia e atuação em saúde mental, e Silvana Sobreira (2014), cuja produção transita entre gênero, religiosidade e antropologia da saúde, contribuem para ampliar o espectro dos determinantes sociais e culturais do cuidado. Aldaíza Sposati (2016), referência em serviço social e gestão da pobreza, historiciza a assistência social como campo tensionado entre proteção social e controle punitivo.

Especial destaque deve ser dado à trajetória de Lourdes Bandeira (2014), cuja produção em sociologia da violência de gênero contribuiu para o desenho das políticas públicas voltadas à proteção das mulheres. Ao lado de Suely Gomes Costa (2011), que explora redes de cuidado a partir do feminismo, e de Magda Dimenstein e Cirilo Neto (2020), que articulam saúde coletiva e desigualdades étnico-raciais. Esses pesquisadores apontam para a urgência de incorporar práticas antirracistas, anti-manicomialistas e feministas nos modelos de acolhimento.

No campo da etnografia e da antropologia das drogas, nomes como Edward MacRae (2018), Domiciano Siqueira e Dartiu Xavier da Silveira (2006) oferecem contranarrativas às políticas de abstinência. MacRae (2018), com estudos sobre ayahuasca, direitos LGBTQIAPN+ e redução de danos, traz uma leitura plural dos usos de substâncias. Siqueira é pioneiro na defesa da troca de seringas, estratégia historicamente criminalizada, mas cientificamente validada. Dartiu Silveira, por sua vez, contribui com

estudos neurocientíficos sobre uso de canabinoides e saúde mental, desafiando o paradigma proibicionista e abstencionista que ainda predomina em muitos serviços.

Pesquisadores como Telmo Ronzani (2023), Francisco Bastos (1998) e Rosana Onocko (2019) integram o núcleo da crítica brasileira às políticas de saúde voltadas a usuários de substâncias. Ronzani (2023) articula prevenção e atenção primária à saúde com crítica ao estigma institucional; Bastos (1998) opera com dados epidemiológicos em populações vulneráveis; e Onocko (2019) contribui para a renovação do SUS a partir da saúde mental comunitária. Ao lado de Solange Nappo (2004), cujas pesquisas em psicobiologia exploram o contexto de uso de substâncias psicotrópicas, formam um contingente técnico-científico essencial à construção de políticas baseadas em evidências.

De forma resumida, pode-se dizer que o serviço prestado no acolhimento de mulheres em situação de dependência psicoativa tem por diretrizes a garantia dos direitos humanos e de gênero numa perspectiva intersetorial (saúde, assistência social, segurança, justiça) caracterizado por um acolhimento singular e não normativo garantindo a autonomia e protagonismo feminino bem como a redução de danos e cuidado em liberdade.

Quanto às abordagens no formato dos serviços prestados encontram-se as CTs, CAPS AD e casas de acolhimento institucional (CREAS, Centros POP). Os desafios nesses espaços dizem respeito à moralização do cuidado, à ausência de enfoque de gênero, à descontinuidade de políticas públicas e à baixa articulação intersetorial. As áreas de serviço de acolhimento envolvem Casas-abrigo, CAPS AD III com leitos femininos, CTs regulamentadas, Centros POP, CRAS, CREAS, moradias assistidas e residências terapêuticas.

No âmbito internacional, temos experiências do Canadá e Portugal com redução de danos e moradia assistida e nos EUA os serviços com viés psiquiátrico. Na América Latina, tem expressão trabalhos realizados por ONGs e os de influência religiosa. Por sua vez, no Brasil destacam-se alguns serviços. No norte do país, há baixa cobertura, mas há prestação de serviços religiosos. No Nordeste, destacam-se as iniciativas via SUAS e ONGs, enquanto

no Centro-Oeste, há CTs ainda pouco reguladas. Já no Sudeste, merecem destaque os CAPS/AD e as experiências feministas (SP, RJ); no Sul, as parcerias com universidades.

As pesquisas e métodos na área da saúde são utilizados em Cartografia do cuidado, itinerários terapêuticos femininos e avaliação crítica de políticas públicas.

Já os métodos utilizados pelos pesquisadores incluem mulheres usuárias e acolhimento, com referenciais sustentados pelo feminismo interseccional, política pública crítica e metodologias qualitativa, cartografia, escuta sensível, com utilização de entrevistas narrativas e diários de campo.

3.1.3.3 Desafios

Os desafios persistem, entre os quais destacam-se: a) sub-representação epidemiológica em bancos de dados nacionais; b) fragilidades estruturais nos serviços (estigmatização, despreparo para violência de gênero); c) implementação desigual de políticas entre estados, exigindo maior interlocução entre evidências clínicas, direitos humanos e justiça social.

Em termos teóricos e contextuais, a invisibilidade das mulheres nas políticas sociais, em especial nos contextos de maior vulnerabilidade socioeconômica, está amparada em trajetórias de análise sob perspectiva masculina. Conforme Wolle e Zilberman (2011), a produção científica predominante trata a dependência feminina de maior gravidade associando-a a estereótipos biossociais e, portanto, relegando especificidades como maternidade, violência de gênero e sobrecarga de cuidados não remunerados à marginalidade analítica. Isso resultou na fragmentação de políticas públicas voltadas ao atendimento das mulheres, com ações assistenciais que frequentemente desconsideram a interseccionalidade referente à raça, à classe social e ao território (Hirata, 2014; Heilborn, Araújo, Barreto, 2010), conforme apontado por estudos sobre a Política Nacional de Assistência Social (PNAS).

A iniciativa interministerial (MDS e Ministério das Mulheres) surge como resposta a essa problemática, no sentido de priorizar a escuta qualificada de entidades que acolhem mulheres.

Os avanços em termos conceituais informam a substituição das abordagens assistencialistas por um modelo centrado na agência feminina. Essa reorientação dialoga com Bokany (2015), que defende a transversalidade de gênero como eixo para políticas

de inclusão socioeconômica. O pressuposto é o de que deve existir a integração entre proteção social e cuidado como Direito, ou seja, direcionando o foco da "sobrecarga" individual para responsabilidade estatal, conforme defendido por Abramo (2023).

No que diz respeito à abordagem intersetorial como inovação institucional, existe o protocolo MDS-MM, que opera sob a lógica intersetorial, mapeando desde o acesso à habitação até parcerias com Senai/Senac para qualificação profissional. Essa iniciativa corrige falhas históricas, apontadas por Veroneze (2017), quais sejam, a fragmentação entre políticas de emprego, assistência e gênero.

Portanto, os desafios estruturais da assistência social dizem respeito à tensão entre universalidade e focalização, judicialização como ameaça à sustentabilidade (2022) — cujas ações judiciais individuais podem desestabilizar programas estruturantes, esvaziando o escopo coletivo da PNAS — e às fragilidades na governança territorial, com possível implementação desigual de políticas entre estados, o que efetivamente expõe assimetrias federativas. Essa realidade corrobora diagnósticos sobre o conservadorismo na operacionalização do SUAS.

Com base em evidências para a efetividade das políticas, observa-se o que segue no Quadro 19.

Quadro 19 – Evidências para políticas de assistência social

Eixo Estratégico	Ação Concreta	Fundamentação Teórica/Prática
Gestão por Evidências	Criar bancos de dados desagregados por gênero, raça e território.	Atender a crítica de Wolle e Zilberman (2011) sobre sub-representação feminina.
Protagonismo Feminino	Incluir beneficiárias na cocriação de políticas (ex.: conferências municipais).	Respeitar o princípio da "escuta ativa" defendido pelo MDS.
Financiamento	Regulamentar o Fundo Nacional de Políticas para Mulheres. Estabelecer mecanismos de cofinanciamento contínuo entre União, estados e municípios para serviços de acolhimento sensíveis ao gênero e informados pelo trauma.	Atender às recomendações do MDS e da Secretaria de Políticas para as Mulheres, que apontam a necessidade de financiamento estruturado e perene para a política de mulheres, superando a dependência de editais fragmentados. Converge com a literatura sobre proteção social e políticas de gênero informadas por Sposati (2020; 2017), Bandeira (2011; 2014) e Costa (2010; 2008), que demonstra

		que serviços de acolhimento só se consolidam quando possuem financiamento regular, previsível e protegido de oscilações políticas.

Fonte: autoria própria.

3.1.3.4 Algumas considerações

O mapeamento dos serviços de acolhimento voltados a mulheres em situação de dependência psicoativa no Brasil revela um quadro heterogêneo e fragmentado. Ainda que haja iniciativas relevantes, observa-se a predominância de modelos mistos, pouco sensíveis às especificidades de gênero, carecendo de maior articulação com o SUS e o SUAS.

As unidades de acolhimento, que se fundamentam mais rigidamente no modelo predominantemente religioso e disciplinar, podem, em suas práticas, apresentar um risco de práticas de contenção ou punição moral. Tais métodos se distanciam das diretrizes atuais para um cuidado informado pelo trauma. Para a qualificação do cuidado, é fundamental e urgente que esses serviços passem a adotar abordagens orientadas pela redução de danos e incorporem práticas restaurativas e emancipadoras.

A ausência de dados sistematizados, a escassez de financiamento público estável e a insuficiente formação das equipes são desafios estruturais. Além disso, há lacunas na cobertura territorial e na oferta de acolhimento para mulheres com filhos, mulheres trans e aquelas em situação de rua.

Apesar dos desafios, é fundamental identificar, sistematizar e valorizar as experiências inovadoras que já estão em curso. Essas iniciativas, frequentemente vinculadas a redes de atenção psicossocial e serviços da assistência social, indicam caminhos possíveis para a qualificação e o aprimoramento da política pública nacional.

A análise de experiências internacionais revela modelos de acolhimento mais integrados, orientados por princípios de equidade de gênero, cuidado informado pelo trauma e redução de danos. Em países como Canadá e Austrália, existem serviços especializados para mulheres com histórico de uso problemático de substâncias, muitas vezes articulados a políticas de moradia, saúde mental e enfrentamento à violência.

No Canadá, o modelo *trauma-informed care* é amplamente utilizado, com foco na criação de ambientes seguros, na escuta ativa e na personalização do cuidado. Na

Austrália, há ênfase na inclusão das comunidades indígenas e no respeito às especificidades culturais. Portugal se destaca pela política de descriminalização das drogas, associada à ampliação dos serviços de cuidado, com forte investimento em centros integrados.

Essas experiências demonstram a importância de políticas públicas intersetoriais, sustentadas por marcos legais sólidos, capacitação técnica contínua e mecanismos de monitoramento e avaliação.

As informações obtidas nesta pesquisa apontam para a necessidade de reconfiguração dos serviços de acolhimento no Brasil a partir de uma perspectiva de gênero, trauma e intersetorialidade. A predominância de modelos moralizantes e medicalizantes contribui para a exclusão de mulheres em maior situação de vulnerabilidade, como aquelas em situação de rua, com transtornos mentais, usuárias de múltiplas substâncias ou com vínculos familiares rompidos.

A comparação internacional mostra que é possível construir alternativas sustentáveis, com financiamento público, base comunitária, envolvimento das usuárias e convergência com políticas habitacionais, de saúde e de justiça.

A produção de cuidado deve considerar os vínculos afetivos, a maternidade, as experiências de violência e a autonomia das mulheres. O fortalecimento das redes locais de proteção, com ações territoriais e interdisciplinares, é essencial.

Conclui-se que a iniciativa "escuta e diálogo" representa um ponto de inflexão epistemológica ao reposicionar mulheres pobres como sujeitos de direitos, e não meras receptoras de auxílio.

Não obstante, seu êxito dependerá da capacidade de se institucionalizar metodologias participativas, convertendo demandas locais em políticas nacionais, bem como combater assimetrias de gênero na economia, como a diferença salarial que limita a autonomia econômica feminina.

3.2 META 2 - CONSULTORIA E APOIO AO DEPAD NA ORGANIZAÇÃO DE EVENTO CIENTÍFICO INTERNACIONAL

A presente seção detalha a estrutura e os temas abordados no evento central do plano de trabalho, intitulado **1º Seminário Internacional de Acolhimento de Mulheres em Situação de Vulnerabilidade pelo Uso de Substâncias Psicoativas.**

O evento constituiu-se em um espaço estratégico de diálogo com múltiplos atores (especialistas de organizações nacionais e de organizações internacionais, representantes governamentais, representantes da sociedade civil, pessoas com experiência em acolhimento e egressas de CTs) acerca das práticas e dos desafios relacionados ao acolhimento de mulheres, além de oportunizar a escuta das entidades que prestam apoio e atendimento nesse campo.

3.2.1 Realização, organização e parcerias

O Seminário foi realizado em formato híbrido (presencial e a distância), na cidade de São Paulo, SP, nos dias 6 e 7 de outubro de 2025, das 9h às 17h. A iniciativa foi promovida pelo Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (por meio do DEPAD). A realização contou com a parceria do Núcleo de Estudos da Violência (NEV) e do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Educação em Regimes de Privação de Liberdade (GEPÊ Privação), ambos da Universidade de São Paulo (USP), além do Observatório de Violência, Segurança Pública e Penitenciária (OBSeg/NEPP) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

O Instituto Federal de Mato Grosso do Sul (IFMS) assegurou suporte institucional e técnico, por meio do Termo de Execução Descentralizada (TED), colaborando com a organização do evento e com a sistematização dos dados. O seminário também contou com o apoio de entidades da sociedade civil: a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), a Confederação Nacional de Comunidades Terapêuticas (CONFENACT), a Freemind, a Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) e a Associação Alcoolismo Feminino.

O seminário reuniu, de forma presencial, cerca de oitenta (80) pessoas entre especialistas, gestores e egressas de CTs, garantindo a qualificação da escuta e a interação direta com o público-alvo. O segundo dia do evento foi transmitido on-line, permitindo

ampla disseminação das discussões, embora o diálogo e a coleta de dados tenham se concentrado exclusivamente no público presencial.

3.2.2 Programação do evento

As ações de pré-evento foram desenvolvidas entre maio e o início de outubro de 2025, abrangendo um conjunto articulado de atividades de planejamento, mobilização de especialistas, produção de materiais e organização das condições logísticas. As etapas principais estão detalhadas a seguir:

a) Seleção de especialistas e definição das mesas temáticas:

Ao longo do processo preparatório, realizou-se um levantamento sistemático de especialistas nacionais e internacionais com reconhecida atuação nas temáticas centrais do seminário: políticas públicas de acolhimento, prevenção e reabilitação, estudos de gênero, violência contra a mulher, uso de substâncias psicoativas, saúde mental, assistência social e acolhimento em contextos de privação de liberdade.

O convite incluiu autoridades governamentais, consultoras internacionais, presidentes e membros de conselhos de políticas sobre drogas, bem como pesquisadores e profissionais de instituições de referência. Tal composição assegurou a pluralidade de perspectivas — governamental, técnica, internacional e acadêmica —, conferindo robustez ao diálogo.

Além disso, para garantir que a programação contemplasse não apenas a visão técnica, mas também a perspectiva de egressas de entidades de acolhimento, organizou-se uma mesa de relatos de experiências.

b) Organização, comunicação e divulgação:

O planejamento da assessoria de comunicação teve como finalidade criar a identidade institucional do evento e divulgá-lo em diferentes mídias. As ações desenvolvidas incluíram:

- Identidade visual e materiais impressos[20]: o IFMS foi o responsável pela criação da identidade visual do seminário (logotipo, paleta de cores e

[20] Disponível no Anexo 1.

elementos de design), bem como pela elaboração de materiais impressos: crachás, pastas de apoio, certificados, programação, etc.

- Estratégia em rede social: foi criado um perfil específico para a divulgação de informações oficiais. Ao longo do período pré-evento, foram publicados cartões informativos, vídeos curtos de apresentação dos palestrantes, *folder* com a programação, guia de hospedagem, ficha com os currículos simplificados dos palestrantes, *link* de inscrição, etc.
- *Release* para a imprensa e relações institucionais: foi produzido um *release* com informações completas sobre a proposta do seminário, seus objetivos, convidados e sua relevância temática. O envio desses materiais foi direcionado aos veículos de comunicação de interesse visando a cobertura e amplificação dos debates.

Cabe destacar que todo o material produzido foi encaminhado à equipe do DEPAD para validação.

c) Logística e apoio administrativo:

A logística geral do evento foi organizada de forma integrada pelo DEPAD, pelo IFMS e pelas instituições parceiras, por meio de reuniões virtuais periódicas. O trabalho de logística envolveu o contato com os palestrantes, o apoio na elaboração da programação, a produção de materiais gráficos, bem como a preparação da inscrição e da certificação. O DEPAD/MDS ficou responsável pelos trâmites administrativos para translado e custeio dos convidados que residiam fora da cidade de São Paulo, pela contratação de serviços, pela infraestrutura do local, pela equipe de apoio, pelo cerimonial, pelo *coffee break*, pela acessibilidade, pela sonorização, gravação e transmissão do evento, registro fotográfico[21], bem como pelos demais itens operacionais do cerimonial.

Para garantir a acessibilidade linguística e o entendimento pleno do conteúdo, o evento contou com o apoio de uma tradutora de língua espanhola, disponibilizada pelo IFMS, que acompanhou as palestrantes internacionais, e de um intérprete simultâneo, com cabine de apoio, contratado pelo DEPAD para a tradução em tempo real.

[21] Disponível no Anexo 2.

d) Inscrições e gestão de público: foi estabelecido um sistema de inscrições *on-line* pelo portal do IFMS, para gerenciar o número de participantes, coletar dados necessários para a emissão de certificados e dimensionar a logística do evento (espaço, material e *coffee breaks*).

e) Transmissão e acesso virtual: para ampliar o alcance e democratizar o acesso ao conteúdo do seminário, foi definido o formato de transmissão ao vivo por meio do canal oficial do Youtube do MDS. Devido a limitações na infraestrutura, a transmissão foi configurada sem o recurso de chat aberto aos espectadores remotos.

3.2.3 Realização do Seminário

O evento foi estruturado em dois dias de atividades, combinando conferências internacionais, mesas temáticas, palestras técnicas e plenária final, com o objetivo de gerar insumos analíticos e subsidiar as etapas de sistematização.

O primeiro dia do seminário abordou as políticas públicas federais de acolhimento, as boas práticas internacionais em prevenção e reabilitação, bem como os desafios específicos enfrentados por mulheres em situação de vulnerabilidade, incluindo a intersecção entre violência de gênero, abuso de substâncias e privação de liberdade. Dessa forma, no dia 6 de outubro de 2025, as atividades programadas foram as seguintes:

- **Abertura oficial:** com a participação de Sâmio Falcão Mendes (Diretor-Geral do Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas - DEPAD/MDS), Selva Isabel Careaga Núñez (Consultora da Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas (CICAD), Eliana Borges Gonçalves da Silva (Presidente do Conselho Estadual de Políticas Sobre Drogas (CONED/SP) e Selene Franco Barreto (Conselheira da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas/ABEAD).
- **Palestra técnica:** "Política de acolhimento do Governo Federal", ministrada por Sâmio Falcão Mendes (DEPAD/MDS).
- **1ª Conferência Internacional:** "Estratégias na prevenção e reabilitação do consumo de álcool e outras drogas: desafios e boas práticas", proferida por Selva

Isabel Careaga Núñez (Consultora da Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas - CICAD), com mediação de Paulo Martelli (Freemind).

- **Mesa temática 1:** "Acolhimento de mulheres em situação de vulnerabilidade pelo uso de álcool e drogas", ministrada por Iara Nascimento Pereira (Instituto Padre Haroldo) e Alessandra Diehl (ABEAD), com mediação de Osmar Torres (DEPAD/MDS).
- **Mesa temática 2:** "Transversalidades e política pública: violência contra mulheres, abuso de álcool e drogas e privação de liberdade", ministrada por Vivianne Lorenna Silva Vieira de Melo (PPGD UNICEUB em Direito e Políticas Públicas) e Alessandra Siqueira dos Santos (CEAD/SEJUSP), com mediação de Osmar Torres (DEPAD/MDS).

O segundo dia, 7 de outubro de 2025, concentrou-se nas temáticas de saúde mental, traumas e vulnerabilidades em contextos específicos, no tratamento integral de mulheres e na produção de conhecimentos sobre práticas e CTs. Contou com a participação de uma especialista internacional, pesquisadores, além de mulheres acolhidas e egressas de CTs, assegurando a representatividade das diferentes perspectivas envolvidas no processo de cuidado. O encerramento ocorreu com a plenária final, espaço dedicado à deliberação coletiva e à formulação de recomendações e encaminhamentos para o aprimoramento das políticas e práticas institucionais. A programação desse dia foi a seguinte:

- **Abertura:** contou com a participação de Diego Mantovaneli do Monte (Coordenador-Geral de Articulação e Projetos Estratégicos do Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas - DEPAD/MDS), Eli Narciso Torres (representante do OBSeg/NEPP/Unicamp) e Erisson Alan Sousa Lindoso (membro do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas e Presidente do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas do Maranhão – CEPD/MA).
- **2ª Conferência Internacional:** "Saúde mental e tratamento integral para mulheres: abordando traumas e vulnerabilidades em contextos específicos", ministrada por Jessica Bolaños (Consultora de Organismos Internacionais. Treinadora da WISE, CICAD - OEA) e mediada por Selene Franco Barreto (Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas - ABEAD).

- **Mesa temática 3:** “Mulheres acolhidas, egressas, e Comunidades Terapêuticas", ministrada por Ingrid Medeiros Lustosa Diniz Ribeiro (Universidade Estadual do Piauí - UESPI) e Gislaine Koch (USP), com mediação de Rodrigo Ribeiro de Sousa (OBSeg/NEPP/Unicamp).
- **Palestra:** “Conhecimentos produzidos sobre Comunidades Terapêuticas e Acolhidas", ministrada por Diego Mantovaneli do Monte (DEPAD/MDS), com mediação de Marcio Alexandre Masella (GEPÊPrivação/USP).
- **Plenária Final: deliberações e encaminhamentos.** A atividade contou com a mediação de Diego Mantovaneli do Monte (DEPAD/MDS) e Eli Narciso Torres (OBSeg/NEPP/Unicamp).

3.2.4 Ações pós-evento

Nesta etapa, realizou-se o cruzamento dos dados de inscrição com a lista de participantes para a validação de presença. Com base no registro, definiu-se a carga horária de participação de cada função: palestrante, mediador, ouvinte, tradutor e equipe de organização. Na sequência, os certificados foram emitidos em formato digital (PDF) e disponibilizados aos participantes, via e-mail.

Devido à necessidade de alteração de local, o registro do primeiro dia do evento não pôde ser gravado. Contudo, o segundo dia foi gravado e transmitido em tempo real, permanecendo disponível no canal oficial do evento. Essa iniciativa garantiu que as palestras técnicas constituíssem um acervo permanente. Adicionalmente, foram publicados vídeos de palestrantes com depoimentos sobre a relevância da iniciativa para a área.

A diversidade temática e a qualificação do corpo de debatedores consolidaram o seminário como um espaço de referência para a escuta qualificada. Tal processo resultou na formulação de um diagnóstico coletivo sobre o acolhimento de mulheres em situação de vulnerabilidade, fornecendo as recomendações e a base empírica para a etapa analítica apresentada a seguir.

3.3 META 3 - ANÁLISE DA ESCUTA QUALIFICADA DE ENTIDADES E ESPECIALISTAS

Esta seção apresenta os achados empíricos obtidos por meio da triangulação metodológica de diferentes instrumentos de pesquisa. As fontes utilizadas incluem:

- **Contribuições dos participantes da Plenária Final do Seminário Internacional.**
- **Análise das falas e exposições dos especialistas convidados (conferências, palestras e mesas temáticas).**
- **Entrevistas com especialistas.**
- **Questionários aplicados às entidades de acolhimento.**
- **Relatos provenientes das visitas de campo.**

Para garantir consistência e rigor na análise dos dados, as informações foram organizadas em cinco blocos (categorias temáticas), que funcionam como eixos estruturantes das principais discussões e perspectivas identificadas ao longo do processo de escuta qualificada.

As categorias temáticas que orientam a análise são:

I) Estrutura Institucional e Protocolos

II) Práticas de Acolhimento, Vulnerabilidade e Redução de Danos

III) Articulação Intersetorial e Eficácia das Abordagens

IV) Família, Reinserção Social e Financiamento

V) Avaliação de Resultados e Políticas Públicas

Cada categoria consolida, de forma integrada, o seguinte panorama:

(i) Lacunas de Desafios (que têm a função de apontar demandas prioritárias nas políticas e práticas de acolhimento).

(ii) Recomendações (que reúnem propostas para o aprimoramento das políticas e à implementação de ações interventivas).

Cabe ressaltar que as recomendações aqui apresentadas foram sugeridas pelos participantes e não refletem, necessariamente, o posicionamento oficial do Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas (DEPAD).

De modo geral, a escuta qualificada e a observação sistemática buscaram identificar as necessidades formativas, os desafios institucionais e as percepções dos participantes sobre as políticas e práticas de acolhimento, em especial, de mulheres, compondo um panorama fundamentado nas vozes dos sujeitos envolvidos.

3.3.1 Estrutura Institucional e Protocolos

Esta categoria concentrou-se na coleta de informações que podem subsidiar tecnicamente o desenvolvimento, a validação ou a adequação dos protocolos institucionais de atendimento das entidades de acolhimento às mulheres, garantindo que as práticas sejam baseadas no perfil epidemiológico e nas necessidades complexas dos indivíduos.

3.3.1.1 Lacunas e desafios

A análise evidenciou um conjunto de fragilidades estruturais e normativas que impactam diretamente a qualidade do acolhimento feminino, especialmente em CTs (e também) no sistema prisional. De maneira organizada, as principais demandas são as seguintes:

- Ausência de políticas e protocolos bem estruturados para o acolhimento feminino, com práticas ainda baseadas em modelos masculinizados e punitivos, que desconsideram gênero, maternidade e histórico de violências. A visão binária de gênero das políticas públicas ainda não contempla a complexidade das identidades e experiências femininas — a exemplo das mulheres trans. Nesse sentido, os protocolos institucionais demonstram subestimar a igualdade material entre mulheres e homens no contexto do tratamento. A criação de políticas públicas padece de desconhecimento sobre as diferenças biológicas e os determinantes sociais de saúde específicos da mulher, bem como sua situação histórica na sociedade.

- Normativos legais insuficientes e lacunas na aplicação de políticas como a PNAISP e a Lei de Execução Penal, que não contemplam adequadamente mulheres com TUS.
- Ausência de protocolos operacionais para situações básicas, como intercorrências, encaminhamentos, triagens e definição de escalas. Observa-se a falta de utilização de instrumentos de rastreamento validados pela OMS, como o *Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) e Alcohol Smoking* and *Substance Involvement Screening Test (ASSIST)*, por parte de psiquiatras e psicólogos, o que leva a diagnósticos incorretos ou tardios.
- Necessidade de que os protocolos das CTs incorporem instrumentos de qualidade e certificação (tais como ISO e ONA) para padronizar processos e serviços, garantindo eficiência e combatendo a disparidade entre a norma escrita e a prática efetiva.
- Profissionais de saúde, de forma geral (em serviços públicos e privados), demonstram insensibilidade à fala da mulher e frequentemente a desqualificam ou minimizam sua dependência (atribuindo o uso a fatores externos, como uma separação), sem valorizar seu relato.
- Necessidade de transição de abordagens "orientadas para o trauma" para práticas efetivamente "centradas no trauma", devido à alta especificidade do público feminino. Os protocolos devem contemplar o questionamento sobre a predisposição genética (histórico familiar) e a existência de uma primeira doença de base (comorbidades como a depressão, por exemplo) anterior ao TUS, que precisa ser tratada. Também, é essencial incluir no protocolo a questão da cirurgia bariátrica, pois há uma incidência significativa de mulheres que a realizaram e que desenvolvem TUS.
- Reconhecer que a maternidade e as violências sexuais moldam experiências distintas.
- Reconhecimento insuficiente das especificidades femininas, especialmente no que se refere à maternidade e aos impactos do trauma sobre as trajetórias de cuidado e reinserção. O rastreamento do TUS deve ser implementado em

mulheres que desejam engravidar para prevenir o consumo de álcool na gestação e o Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal (TEAF).

- O protocolo que determina um prazo de carência de seis meses para o retorno após desistência contrapõe-se à realidade das mulheres, que frequentemente buscam reingresso em menos de um mês, demandando continuidade de cuidado e respostas rápidas.
- Carência de infraestrutura adequada para o acolhimento de mulheres, incluindo gestantes e mães com filhos pequenos.
- Insuficiência de financiamento público para manutenção dos espaços e para convênios, o que limita a ampliação e qualificação dos serviços.
- Ausência de diretrizes claras, adotando práticas baseadas em evidências que assegurem transparência, participação e padronização de indicadores de eficácia, substituindo o improviso nas diretrizes e na assistência.
- Protocolos éticos e humanizados devem orientar o acolhimento, com base nas diretrizes da Política Nacional de Humanização e no Código de Ética da FEBRACT, garantindo voluntariedade, dignidade e singularidade da mulher acolhida.

3.3.1.2 Recomendações

O primeiro passo é a criação de uma comissão junto ao DEPAD, em parceria com outros ministérios (como o da Saúde), encarregada de delinear estratégias e encontros visando a elaboração de um protocolo nacional de atendimento à mulher com TUS. Esse documento deve abranger a capacitação para profissionais que atuam na ponta (saúde e assistência), tratando das especificidades que envolvem essas mulheres, garantindo atendimento qualificado e acesso efetivo aos cuidados e tratamentos. Recomenda-se que a comissão não se limite ao protocolo, mas também elabore estratégias de escuta às demandas das instituições, além de promover encontros entre os trabalhadores, com foco em formação continuada. Para garantir a especificidade do atendimento, deve-se criar um instrumento de acolhimento para cada público, observando a diversidade de gênero,

incluindo mulheres cis, mães-nutrizes, mulheres trans e mães trans, entre outros perfis, com direcionamentos específicos.

No âmbito do financiamento e da regulamentação, o edital do MDS, — relativo à contratação de entidades que atuam no acolhimento de pessoas com dependência química — poderá apontar diretrizes claras quanto à questão de gênero. Sugere-se, ainda, a atualização de políticas e editais para reconhecer e financiar modelos de acolhimento e tratamento virtuais, considerando que o atendimento remoto também é uma realidade consolidada e replicável.

É fundamental articular o serviço de acolhimento com a rede do sistema de justiça (judiciário e promotoria) para garantir os direitos legais das mulheres, com foco na guarda e na manutenção do poder familiar dos filhos.

Por fim, é necessário estruturar estratégias de acolhimento alinhadas às questões culturais, como as das mulheres indígenas, respeitando a especificidade étnica e o diálogo de saberes. Nesse caso, o cuidado deve ser prestado em consonância com as orientações dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI). Esse modelo deve compreender o uso de substâncias psicoativas como resultado de fatores históricos, sociais e culturais (extrapolando a dimensão individual). Essas estratégias incluem o fortalecimento da identidade, de rituais de cura, do manejo da bebida cultural e a concentração do atendimento psicossocial nas consequências negativas do uso.

3.3.2 Práticas de Acolhimento, Vulnerabilidade e Redução de Danos

Neste bloco, procurou-se identificar as práticas de acolhimento e sua intersecção com as particularidades das mulheres, bem como entender os desafios éticos e sociais, como o estigma, a incidência de violência e o nível de preparo do sistema para lidar com a diversidade. Além disso, buscou-se identificar os diferentes modelos de tratamento (abstinência *versus* redução de danos), com ênfase na promoção da inclusão social desse grupo.

3.3.2.1 Lacunas e desafios

- Há dificuldade na integração com a rede de serviços no pós-acolhimento, sendo necessária a criação de um mecanismo que ofereça atendimento contínuo às

mulheres após a alta terapêutica, contribuindo para o processo de reinserção social e apoiando as CTs, que por vezes, se sentem de "pés e mãos atados".

- Há limitações do ambiente prisional para desenvolver práticas efetivas de cuidado, devido à ausência de formação específica e à predominância do controle sobre o cuidado.
- As mulheres com TUS enfrentam a falta de serviços específicos para o gênero, limitação de disponibilidade, filas de espera e ausência de serviços como creche.
- Observa-se a aplicação de programas voltados a homens em contextos femininos, o que gera inadequações importantes. Um exemplo de inadequação é que o modelo de 12 Passos pode ser inadequado para mulheres, especialmente nos passos que envolvem "inventário moral" e "reparação", pois reforçam a culpabilização.
- O estigma contra mulheres usuárias é acentuado, o que resulta na demora na busca por cuidado, impulsionada por medo, vergonha e culpa.
- O início do uso de substâncias nas mulheres está fortemente ligado a questões sociais, em especial à violência de gênero, ao abuso físico, sexual ou emocional, à discriminação, à pobreza ou à marginalização. O trauma pode ser a raiz do uso de substâncias, e quando não tratado, pode contribuir para novas situações de violência, exploração e vitimização, dificultando a recuperação.
- É preciso considerar que mulheres com TUS compartilham vulnerabilidades como abuso físico e sexual, dificuldades em relacionamentos e medo de perder os filhos ou o parceiro.
- O serviço de acolhimento deve incluir e criar vínculo com filhos menores de idade e gestantes/lactantes, pois a ausência de rede de apoio impede que mães solo busquem tratamento. A remoção de filhos pelo Conselho Tutelar quando a mulher busca ajuda é um risco real. Há ainda o problema da negação por parte da mulher em reconhecer-se no ciclo de violência, muitas vezes acreditando na mudança do parceiro.

- Determinados grupos mantêm um conceito equivocado de Redução de Danos (RD), entendendo-a como antagônica à abstinência, quando, na verdade, constitui um caminho possível para alcançá-la.
- Alguns gestores de CTs falham por não compreender adequadamente o conceito de RD, e essa prática muitas vezes não está formalizada nos protocolos de acolhimento às mulheres. É necessário que os serviços de acolhimento recebam treinamento para entender e aplicar corretamente o conceito de RD, que deve ser visto como a redução dos riscos associados ao consumo (por exemplo, não dirigir após beber), e não apenas como "beber menos". Como exemplo da falta de formalização da RD, destaca-se a ausência de testagem de HIV/AIDS e o não acesso à terapia antirretroviral por mulheres soropositivas ou vivendo com HIV.

3.3.2.2 Recomendações

O acolhimento deve se basear em uma postura ética e humanizada, com escuta qualificada, que reconheça a mulher como protagonista e corresponsável pelo seu cuidado. É fundamental que seja oferecido sem julgamento moral, pautado na integralidade das ações sociais e de saúde. Para consolidar essa abordagem, o acolhimento deve priorizar a retirada da culpa. Também, é direito da mulher ser informada sobre questões relacionadas à predisposição genética, o que desmistifica a dependência como falha de caráter e reconhece que, muitas vezes, a família destruiu a mulher (devido ao crescimento em ambiente disfuncional) e não o contrário. A perspectiva, portanto, deve ser de que o mundo precisa se reparar com as mulheres, e não as mulheres com o mundo.

O bom diagnóstico é fundamental, e o tratamento deve levar em conta a experiência subjetiva e individual de cada mulher, e não conceber os sintomas meramente como falhas pessoais. A partir do diagnóstico, deve ser definido um programa terapêutico pertinente, inclusive com a participação da pessoa assistida.

A intervenção exige a adoção de abordagens sensíveis ao trauma e ao gênero, considerando experiências de violência, racismo e desigualdade como condicionantes para o uso de substâncias. O tratamento deve concentrar-se na origem do problema, pois

o trauma inicial não tratado pode levar ao uso de substâncias e a um ciclo de violência, exploração e vitimização.

Para lidar com isso, devem ser adotados modelos receptivos ao trauma, que reconheçam o impacto do trauma na vida das mulheres e promovam a adaptação de políticas, práticas e ambientes com foco na segurança física, emocional e cultural. O modelo receptivo ao trauma busca compreender, reconhecer os sinais, responder (integrando o conhecimento sobre trauma em políticas e práticas) e resistir à retraumatização.

Dentre as principais características de um programa sensível ao trauma, devem ser consideradas a segurança, a confiança e a transparência; a colaboração; o empoderamento e a possibilidade de escolha; a prevenção da retraumatização; bem como o apoio relacional. Os programas não devem se limitar a evitar danos, mas ter a intenção de curar, restaurar e reparar o que foi quebrado, com intervenções que respeitem os ritmos individuais e evitem dinâmicas de controle, punição ou desvalorização.

Os programas devem prezar pela segurança em quatro dimensões:

1. **Segurança Física:** priorizar ambientes e atmosferas seguras, espaços em grupo e exclusivos para mulheres, valores, atitudes e comportamentos, com profissionais comprometidos com ações confiáveis e protocolos claros; além de cultivar uma cultura organizacional respeitosa e compreensiva.
2. **Segurança Psicológica:** enfatizar a busca pela serenidade das acolhidas, abordar questões como autocontrole, autodisciplina e autoproteção, e preservar a confidencialidade.
3. **Segurança Pessoal/Social:** atentar para as relações interpessoais, buscando que as acolhidas estejam em convivência harmoniosa com os outros, excluindo-se abusadores, e trabalhando as dificuldades de confiança, a importância da consistência, de rotinas estabelecidas e da autonomia.
4. **Segurança Moral:** trabalhar para que as acolhidas se libertem da violência, do estigma, da malícia, da discriminação e da ignorância.

A implementação do acolhimento exige trabalho com equipe multiprofissional especializada, prevenindo revitimizações e fortalecendo o vínculo terapêutico. É fundamental o investimento em qualificação e capacitação profissional para o

acolhimento de mulheres, possibilitando a adoção de práticas comprometidas com a ciência e a técnica, que levem em conta as especificidades de gênero. A formação continuada dos profissionais é necessária para lidar com a repetição e a dificuldade de romper o ciclo de violência. Os serviços devem, portanto, oferecer ações abrangentes e sensíveis ao trauma, com acompanhamento pautado em relações restauradoras e equipes treinadas em trauma e regulação emocional.

No tratamento, o acolhimento deve garantir a convivência familiar e apoio psicológico, articulando redução de danos e abstinência conforme o perfil da mulher. O respeito à autonomia fortalece vínculos e reduz recaídas. A abordagem acolhedora do uso ocasional de substâncias é relevante ao lidar com mulheres com longo histórico de violência e trauma, priorizando a continuidade do tratamento e evitando o desligamento automático.

As CTs devem estabelecer seus limites profissionais e institucionais para superar a dicotomia entre abstinência *versus* redução de danos. No processo, é necessário garantir uma comunicação eficaz, visando promover o conhecimento dos danos relacionados à substância e a capacidade de realizar uma autoavaliação íntima.

O acolhimento deve estruturar-se para a inclusão e o cuidado dos filhos, inclusive de gestantes, oferecendo apoio e espaços adequados. Essa estratégia deve focar na manutenção e no fortalecimento do vínculo materno-infantil.

Em termos de suporte socioeducativo, devem ser incluídos grupos de apoio e oficinas socioeducativas (formação cidadã, empreendedorismo e direitos trabalhistas) como instrumentos de reintegração e reconstrução da autoestima. A espiritualidade deve ser incorporada como um pilar de uma cultura de paz, mas não pode ser o único alicerce.

A política de acolhimento deve considerar a realidade local, as especificidades regionais de cada mulher, bem como as diferenças econômicas, políticas e culturais, visando o alcance e a retenção. Sugere-se a adoção de padrões no processo de prevenção que considerem diversos aspectos, como fatores de risco e de proteção, prevenção comunitária, distintos níveis de prevenção, fomento ao desenvolvimento positivo e ao

bem-estar, o indivíduo em seu contexto, exercício da cidadania, promoção de um olhar interdisciplinar e multissetorial, e a promoção do associativismo.

Finalmente, considerando o pós-acolhimento, é essencial incluir a capacitação da mulher para lidar com o estigma e com possíveis violências que possa enfrentar ao retornar à sociedade. O acolhimento deve ter um caráter pedagógico e de conscientização para romper o ciclo de violência.

3.3.3 Articulação Intersetorial e Eficácia das Abordagens

Este bloco focou no levantamento de diferentes modalidades terapêuticas e no atendimento de necessidades específicas. O objetivo central foi identificar a articulação intersetorial das práticas (saúde, assistência social, justiça) e mensurar a eficácia percebida dessas abordagens no contexto da recuperação e da reinserção.

3.3.3.1 Lacunas e desafios

- O atendimento às mulheres parte, muitas vezes, de modelos voltados ao tratamento de homens, funcionando como uma "colcha de retalhos" que não se adequa às necessidades específicas do público feminino.
- Abordagens isoladas podem não ser as mais eficazes no tratamento terapêutico.
- As instituições nem sempre dispõem de práticas ou adaptações específicas para o atendimento de mulheres em diferentes condições, como mulheres em situação de rua, mulheres trans, gestantes e mulheres que vivem com filhos, entre outras.
- Com relação ao sistema prisional:
    - Há fragmentação das políticas públicas, o que dificulta a busca por soluções integradas para problemas sociais correlatos, como a violência de gênero, o uso de drogas e o encarceramento. No que diz respeito ao feminicídio, por exemplo, o Estado ainda atua de forma reativa, e não proativa, com ênfase no punitivismo e em medidas protetivas insuficientes.
    - A ausência de articulação política e científica em torno das políticas sobre drogas e da PNAISP demonstra a urgência de pesquisas e normativos voltados às mulheres com TUS.

- Há a necessidade de diálogo entre operadores, gestão e macrogestão no sistema prisional, com definição clara de papéis e responsabilidades institucionais.

3.3.3.2 Recomendações

Dado que a reabilitação é um processo longo, é necessário articular diversos serviços no momento do acolhimento, como os de saúde, educação, cuidado com os filhos e com a casa, entre outros. O tratamento deve ser concebido de forma integrada, articulando a saúde aos serviços de suporte. É essencial gerenciar e acompanhar cada caso de forma individualizada, de modo a atender às diferentes necessidades das mulheres, uma vez que não existe um modelo de tratamento eficaz para todas, daí a importância do trabalho em rede.

Para além do programa dos 12 passos, é interessante integrar diferentes abordagens e técnicas centradas no trauma ao tratamento terapêutico. Pode-se citar, por exemplo:

- O modelo Minnesota, que trabalha o nível de aceitação, o olhar para o próprio histórico de vida e o processo de autoperdão como forma de seguir adiante.
- A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), utilizada como instrumento de prevenção de recaídas, desenvolvimento da assertividade, modificação de comportamentos disfuncionais e treinamento de habilidades sociais.
- A entrevista motivacional.
- As terapias de "terceira onda" da TCC, como o *mindfulness* (foco no momento presente sem julgamento), a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), voltada ao aumento da flexibilidade psicológica e da capacidade de estar em contato com o presente e com as próprias experiências; e a Terapia Comportamental Dialética (DBT), baseada em evidências, que ensina habilidades para lidar com emoções intensas e gerenciar comportamentos autodestrutivos.
- Além dessas modalidades, outras abordagens terapêuticas podem ser aplicadas, como o psicodrama, a terapia de grupo, a psicologia positiva e a

psicanálise, articuladas a uma equipe multiprofissional composta por psicólogos, médicos, assistentes sociais e enfermeiros.

É fundamental desenvolver sistemas de prevenção eficazes, que compreendam a prevenção como componente essencial de um modelo de controle de drogas centrado na saúde. Isso requer uma revisão global das políticas e intervenções, priorizando aquelas que apresentam resultados positivos, com a participação de diversos setores, a formação contínua das equipes profissionais, assistência técnica permanente e intervenções preventivas de médio e longo prazo.

É necessário fortalecer as ações coordenadas sobre temas como saúde, cultura, esportes, trabalho, ciência e tecnologia. A adoção de uma perspectiva transversal é fundamental porque oferece respostas integradas aos problemas sociais correlatos, com participação social (inclusive dos familiares), pautadas em políticas inclusivas que promovam a reinserção social e a cidadania plena. A transversalidade de gênero apresenta-se, assim, como um instrumento para integrar a igualdade de gênero em todas as políticas públicas.

Essa transversalidade deve articular diferentes instâncias: redes de saúde (acolhimento físico e psicológico), educação (prevenção e mudança cultural), assistência social (autonomia econômica), segurança e justiça (responsabilização e proteção) e as áreas de trabalho, habitação e previdência (para inclusão e estabilidade). O conjunto integrado de estratégias intersetoriais funciona como uma RAPS, e a eficácia do acolhimento depende dessa articulação entre comunidades, poder público e justiça, dialogando com os setores de enfrentamento à violência, promotoria e violência doméstica.

É preciso criar espaços de acolhimento exclusivos para as mulheres que atendam às demandas políticas específicas desse grupo. Ao mesmo tempo, torna-se essencial incluir e dialogar diretamente com elas na construção de políticas públicas de prevenção, acolhimento e repressão, de modo a garantir que suas percepções e necessidades sejam efetivamente contempladas.

As instituições precisam adequar suas práticas e realizar adaptações específicas em função das características das mulheres atendidas, por meio de ações direcionadas a

grupos em situação de rua, mulheres trans, gestantes, mães que vivem com seus filhos, entre outras.

É necessário despertar um olhar preventivo da sociedade, voltado à conscientização e à disseminação de informações que contribuam para a implementação de ações nos diferentes contextos (familiar, escolar, laboral e comunitário). As escolas, por exemplo, podem capacitar professores, acolher os alunos, promover palestras educativas e implementar políticas sobre álcool e outras drogas.

A gestão participativa e a cogestão são dispositivos de humanização e fortalecimento da corresponsabilidade entre gestores, profissionais e usuárias. Além disso, as redes de suporte interinstitucionais devem conectar acolhimento, formação e reinserção social e laboral, reduzindo reincidências.

3.3.4 Família, Reinserção Social e Financiamento

Neste bloco, procurou-se estabelecer a integração entre a reinserção social, familiar e comunitária dos indivíduos e os desafios de governança das entidades. O levantamento focou em como a gestão pública — incluindo monitoramento, financiamento e mecanismos de fiscalização — impacta e se articula com o sucesso da reinserção e a eficácia das redes de apoio familiar e social.

3.3.4.1 Lacunas e desafios

- Apesar de as instituições terapêuticas oferecerem sessões para familiares ou grupos destinados àqueles que participam de forma ativa no tratamento, há aquelas cujo foco do tratamento é a mulher, sem atividades formais voltadas à família, havendo apenas a permissão para o contato. Nesse contexto, a família é frequentemente identificada como o principal fator de risco para a mulher em recuperação.
- Além disso, nem todas possuem um programa formal de acompanhamento pós-tratamento, com sessões de mediação e planejamento para o retorno ao convívio familiar. A continuidade do tratamento e do apoio no pós-acolhimento é um fator determinante, pois a chance de retorno ao uso é elevada quando a mulher volta às mesmas condições e ambientes. O tratamento é visto, muitas vezes, como vitalício.

- O financiamento destinado às CTs é reconhecidamente importante, entretanto há falta de critérios objetivos quanto aos diferenciais que tratam do cuidado da mães-nutrizes e da criança.
- Há alta rotatividade de pessoal (funcionários e voluntários) nas CTs, fator que pode comprometer o processo de acolhimento, especialmente nos casos em que não há investimento em capacitação contínua das equipes.
- Há carência de financiamento público contínuo para ações voltadas a mulheres gestantes, mães-nutrizes ou com filhos pequenos.
- No sistema prisional, a ausência de oportunidades de trabalho e educação reforça o ciclo de vulnerabilidade e impede a ressocialização.

3.3.4.2 Recomendações

É essencial oferecer suporte às famílias, com base em dados de levantamentos nacionais. Além disso, é fundamental realizar trabalho de campo e ouvir grupos de famílias e associações como por exemplo, a Amor Exigente (apoio e orientação a familiares de dependentes químicos), a Al-Anon (Associação de familiares e amigos de alcoólicos que compartilham sua experiência) e a Nar-Anon (Grupos de familiares e amigos que foram afetados pela dependência química de outra pessoa).

A família é um núcleo de suporte (e de conflito), exigindo políticas que favoreçam o poder familiar e a guarda durante o acolhimento. É fundamental estabelecer uma estratégia de participação ativa da família na construção e acompanhamento do programa terapêutico. Embora alguns especialistas apontem que o acolhimento traz alívio à família, a instituição deve deixar clara a corresponsabilidade familiar, evitando que ela se isente do processo e garantindo o acompanhamento efetivo para o sucesso do retorno da mulher. Ademais, muitas vezes o sistema familiar encontra-se adoecido, demandando tratamento conjunto.

Os projetos terapêuticos precisam superar a lógica de aplicar "ingredientes iguais para todos" e considerar a individualidade e o histórico de cada mulher, flexibilizando

regras e adaptando-as caso a caso, além de preservar o vínculo familiar. Oferecer espaços exclusivos para mulheres fortalece a recuperação e a reinserção social.

É necessário criar normas e procedimentos que padronizem o cuidado com as mães-nutrizes e com a criança. A convivência com a mãe vai além da amamentação e do afeto. A criança precisa de espaços lúdicos, higiênicos, seguros, em que possa aprender e se desenvolver de maneira adequada.

Para combater a rotatividade de pessoal, pode-se adotar estratégias de gestão de pessoas que possam manter a equipe motivada, com remuneração adequada. Além disso, deve-se investir em parcerias para a capacitação contínua, como as realizadas pela FEBRACT, CONFENACT e ABEAD. Ressalta-se que tal capacitação pode ser promovida pelo Governo Federal.

A reinserção social e profissional é vista como a continuidade do tratamento, sendo realizada por meio de cursos profissionalizantes, elevação da escolaridade e gestão de talentos. O pós-tratamento exige apoio na recomposição de renda, apoio jurídico, e, fundamentalmente, moradia (visto que o retorno à rua ou a um ambiente de uso eleva o risco de recaída).

O trabalho e a renda são dimensões indissociáveis da recuperação e da dignidade, sendo papel do Estado e das CTs garantir oportunidades reais de reintegração. Projetos de vida e autoconhecimento são etapas do processo terapêutico que fortalecem vínculos familiares e emocionais.

3.3.5 Avaliação de Resultados e Políticas Públicas

Esta seção concentrou-se nas metodologias de avaliação de resultados, elementos essenciais para a gestão baseada em evidências. Envolveu a discussão sobre o estabelecimento de protocolos claros, indicadores de desempenho e a geração de evidências científicas. O resultado desse bloco é a elaboração de recomendações finais direcionadas ao aprimoramento das políticas públicas vigentes e à maximização do impacto institucional das ações desenvolvidas.

3.3.5.1 Lacunas e desafios

- Avaliar resultados exige indicadores amplos: reinserção, vínculos familiares e exercício da maternidade. O monitoramento contínuo e sensível ao trauma orienta políticas mais eficazes e previne recaídas, com impacto intergeracional positivo.
- A ausência de um mecanismo eficaz de acompanhamento pós-acolhimento impede a mensuração dos resultados, especialmente em mulheres em situação de alta vulnerabilidade, como mulheres negras e moradoras de regiões periféricas. Essa dificuldade é agravada pelo rompimento do vínculo com a instituição após a alta e pelo forte preconceito familiar em relação ao uso de substâncias por mulheres.
- Há ausência de registros abrangentes sobre as ações de acompanhamento e a evolução das acolhidas. As CTs na América Latina são instituições médias ou pequenas, flexíveis e diversas, que têm se profissionalizado e aprimorado suas práticas. No entanto, ainda se observam desafios e lacunas significativas, a exemplo da complexidade da população acolhida (por vezes não atendida em instituições de saúde), da falta de reconhecimento como alternativa de tratamento e da insuficiência de financiamento estável para a manutenção das equipes e a garantia de atendimento de qualidade.
- Há insuficiência de estudos científicos e dados sobre mulheres com TUS em prisões, o que limita a formulação de políticas baseadas em evidências.

3.3.5.2 Recomendações

As discussões realizadas evidenciaram um especial consenso quanto à centralidade da perspectiva de gênero para a eficácia dessas políticas. Por outro lado, observaram-se dissensos acerca do papel das CTs e da abstinência como requisito de cuidado, temas que seguem em debate no campo da saúde mental e da assistência social.

A partir desse cenário, recomenda-se a criação de um Cadastro Único Nacional de Mulheres em Acolhimento, para mapear o perfil epidemiológico (raça, situação de emprego, história bariátrica, histórico familiar, etc.) e subsidiar políticas públicas específicas.

É fundamental monitorar e avaliar continuamente as políticas de acolhimento, com indicadores de eficácia e transparência científica. A definição de indicadores de

sucesso deve ir além da abstinência. Indicadores mais adequados para mulheres incluem: taxa de retenção, respeito aos direitos humanos, tempo de acesso ao serviço, acessos à rede de saúde e assistências sociais, manutenção da abstinência, empregabilidade, resgate de vínculos familiares, satisfação com o acolhimento, reaproximação familiar e reinserção escolar, entre outros. A avaliação de impacto deve focar nos resultados reais e de longo prazo (que levam meses ou um ano para se manifestar), como a retomada do emprego, o amor dos filhos e o respeito.

Sugere-se o uso da ferramenta "Roda da Vida" (avaliação das áreas da vida) para medir o impacto real e a evolução do tratamento a cada 3 meses, por exemplo, acompanhando o grau de satisfação da mulher em diferentes áreas (família, trabalho, saúde). A avaliação não deve culpabilizar a mulher pela recaída se ela for devolvida ao mesmo lugar e às mesmas condições sem o devido suporte.

Um indicador adicional a ser estabelecido é o impacto da recuperação feminina na família, visto que a mulher tende a exercer maior influência do que os homens no núcleo familiar. Mensurar esse indicador ajudaria a evidenciar o valor do investimento no acolhimento feminino. A humanização e a ética também devem ser consideradas como indicadores de sucesso das práticas de acolhimento, pois o cuidado precisa ser avaliado não apenas por resultados quantitativos, mas pela dignidade preservada.

Os gestores públicos podem desenvolver um indicador multicausal de vulnerabilidades associadas ao uso de drogas, voltado ao serviço de acolhimento e à rede de suporte (saúde e assistência), e não apenas ao manejo interno das CTs. O objetivo é identificar e mensurar as limitações da rede, garantindo o caráter complementar do acolhimento, uma vez que o acolhido é um cidadão com direito a todos os serviços. A falha na intersecção em rede prejudica diretamente o resultado do tratamento.

É fundamental que as CTs estruturem fontes de dados, relatórios e avaliações confiáveis sobre a eficácia de suas ações, abrangendo as características (gênero, raça/cor, condição de maternidade, histórico de violência, etc.) e a evolução das acolhidas (frequência de visitas, condição na entrada e na saída, etc.). A coleta é essencial para gerar evidências científicas, combater o estigma na rede e apoiar o governo federal (MDS) na elaboração de um diagnóstico nacional. Esse diagnóstico pode orientar a criação de diretrizes e protocolos normativos para os profissionais da ponta e permitir a construção de programas nacionais a médio e longo prazo.

Adotar, nas pesquisas realizadas no contexto de acolhimento, metodologias transparentes, embasamento científico e coleta de dados criteriosa, de modo que os resultados tenham visibilidade e credibilidade. É necessário instituir políticas e intervenções eficazes, que considerem recursos humanos e financeiros, marcos regulatórios de apoio e capacitação permanente, coleta de informações sobre o uso de substâncias psicoativas e recursos existentes, além de monitoramento e avaliação rigorosos. Deve-se também instituir a Política SAFER (programa da Organização Mundial da Saúde para reduzir o uso de álcool).

É essencial criar mecanismos eficazes para o acompanhamento pós-acolhimento. Além disso, deve-se tomar a iniciativa de garantir que o profissional responsável pelo acolhimento e triagem tenha conhecimento da rede de suporte à mulher, possibilitando assim que os serviços se conectem e encaminhem as acolhidas de forma estratégica e eficiente.

O monitoramento e a avaliação contínua devem demonstrar resultados de reinserção social e redução da reincidência quando há integração entre profissionalização, suporte psicológico e rede intersetorial. É importante a formulação de políticas públicas específicas de gênero e raça, orientadas pela equidade e pela redução do estigma institucional.

Deve-se implementar um sistema de gestão de qualidade com o selo da Federação Latino-Americana de Comunidades Terapêuticas (FLACT). A Federação tem como objetivo sistematizar e padronizar os recursos humanos nas CTs, permitindo que elas avaliem suas necessidades, deem voz aos atendidos, reconheçam os tipos de droga, as modalidades de consumo e as abordagens de tratamento, promovam capacitação, observem resultados a partir de dados concretos, utilizem instrumentos validados e protocolos claros, mantenham registros das atividades implementadas, contem com programas de tratamento que indiquem os objetivos buscados, a duração, os conteúdos, as atividades e os responsáveis pela execução, além de zelar por boas condições estruturais.

Em última análise, a consolidação dessas estratégias de monitoramento e avaliação permite que as políticas de acolhimento transcendam a dimensão assistencialista, convertendo-se em ferramentas de garantia de direitos e cidadania. Ao estruturar indicadores que respeitem as singularidades de gênero e raça, o Estado não apenas qualifica o gasto público e a transparência institucional, mas assegura que as trajetórias

de recuperação das mulheres sejam amparadas por uma rede intersetorial resiliente e tecnicamente orientada. Esse movimento é o que viabiliza a superação dos dissensos atuais, estabelecendo um horizonte de cuidado que prioriza, acima de tudo, a dignidade e a reinserção social plena das acolhidas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

4

O Brasil possui condições institucionais para construir uma política pública robusta, qualificada e baseada em evidências para mulheres em situação de dependência psicoativa. Entretanto, isso exige a ruptura com modelos moralizantes, a centralidade da perspectiva de gênero, o fortalecimento das redes intersetoriais, o alinhamento às melhores práticas internacionais, o monitoramento contínuo, o financiamento estável e, sobretudo, a participação das próprias mulheres.

Este relatório técnico consolida evidências científicas, diretrizes internacionais e diagnósticos nacionais referentes ao acolhimento especializado, com especial atenção às demandas apresentadas ao DEPAD/MDS. O documento articula dados epidemiológicos globais, análises institucionais e literatura especializada em trauma e dependência, oferecendo um diagnóstico do acolhimento em CTs e serviços correlatos. Trata-se de um esforço acadêmico interinstitucional destinado a orientar decisões de planejamento, financiamento, regulação e monitoramento no âmbito federal.

Com relação ao crescimento global do consumo e insuficiência das respostas estatais, o Relatório Mundial sobre Drogas 2025 revela um quadro de expansão sem precedentes: 316 milhões de pessoas consumiram drogas em 2023 (6% da população entre 15 e 65 anos). A produção de cocaína atingiu 3.708 toneladas, um aumento de 34% em apenas um ano. Mercados ilícitos ganham complexidade, impulsionados por instabilidade geopolítica. Apesar disso, apenas uma em cada 12 pessoas com TUS recebeu tratamento, o que demonstra a insuficiência das políticas repressivas e os impactos desproporcionais sobre mulheres e meninas.

No que se refere às tendências brasileiras, a epidemiologia nacional revela o crescimento contínuo do consumo abusivo de álcool entre mulheres (dobrando de 7,8% em 2006 para 15,2% em 2023) e o aumento do uso de cocaína na vida (de 1,63% para 2,77%), além de padrões frequentes de uso. O uso de crack, por sua vez, permanece subestimado devido à invisibilização social. O acesso ao tratamento permanece em estado crítico: apenas 11,7% das pessoas com dependência de cocaína ou crack receberam cuidados. As barreiras específicas para o público feminino incluem a sobrecarga de cuidado com os filhos, a violência doméstica e sexual, o estigma acentuado e a ausência de

protocolos sensíveis ao gênero. No sistema prisional, há o aumento do encarceramento feminino associado a políticas criminais de drogas sem perspectiva de equidade e com oferta insuficiente de RD.

Apesar das mudanças normativas, a construção histórica da política de drogas no Brasil mantém forte influência do paradigma proibicionista, resultando na prevalência de práticas punitivas e centradas na abstinência. Os modelos de acolhimento ainda são baseados em experiências masculinas, o que limita a efetividade dos serviços e gera ciclos de exclusão. Organismos como o UNICRI, UNODC, OMS, OEA e o Grupo Pompidou convergem em quatro princípios estratégicos: políticas sensíveis ao gênero, cuidado informado sobre o trauma, RD integrada e modelos intersetoriais.

As vulnerabilidades femininas identificadas internacionalmente abrangem violência sexual, depressão, ansiedade, baixa autoestima, conflitos familiares, risco elevado no uso de medicamentos prescritos, além de desafios relacionados à gestação e maternidade em contexto de vulnerabilidade. Como consenso, recomenda-se a prevenção diferenciada e o protagonismo feminino. As diretrizes para gestantes e mães abrangem triagem universal, planos individualizados, protocolos de desintoxicação e amamentação orientada.

A análise comparada entre o Brasil e países como Canadá, Austrália, Reino Unido e Portugal demonstra que o país ainda possui uma perspectiva de gênero limitada e governança intersetorial fragmentada, carecendo de dados sistemáticos baseados em evidências.

A integração entre os setores permanece deficitária entre SUS, SUAS e Justiça, com falhas de governança compartilhada e lacunas de serviços para mães e crianças. A síntese desta análise demonstra que a eficácia terapêutica é afetada pela ausência de uma abordagem baseada no trauma, o que invisibiliza mulheres em extrema vulnerabilidade, como as trans ou em situação de rua. Para avançar, é fundamental que o financiamento e as certificações incorporem critérios de gênero de forma ativa.

Diante disso, apresentam-se as seguintes Recomendações Técnicas ao DEPAD/MDS.

a) Normatização e Protocolos: criar Diretrizes Nacionais para Acolhimento Feminino no SUAS, alinhadas à PNAD e PNAMPE, incorporando protocolos

de triagem específica por gênero, detecção de violência, planos individualizados com abordagem do trauma e acolhimento conjunto mãe-filho, adaptando certificações para parâmetros de cuidado específico.

b) Formação das equipes: implementar capacitação nacional continuada em RD, cuidados informados pelo trauma, gênero, raça e interseccionalidade, prevenção de violência institucional e saúde sexual e reprodutiva, com módulos obrigatórios para instituições convencionadas ao Ministério.

c) Articulação intersetorial: instituir uma Comissão Nacional Interministerial (MDS, MS, MJSP, CNJ, MM, MDH) e o estabelecimento de fluxos formais entre SUS ↔ SUAS, CRAS/CREAS ↔ CAPS, Varas da Infância ↔ MDS e Sistema prisional ↔ RAPS, além da criação de comitês regionais integrados.

d) Financiamento e regulação: criar linhas específicas de financiamento para acolhimento de gestantes, acolhimento conjunto mãe-bebê, unidades especializadas para mulheres trans e serviços de pós-alta, com metas de qualidade e estabilidade financeira.

e) Pós-alta e reinserção social: estruturar uma política federal de acompanhamento por 12 meses, articulada com programas de moradia social e empregabilidade assistida.

f) Monitoramento e Avaliação: criar uma Plataforma Nacional de Indicadores do Acolhimento Feminino, com dados integrados SUS–SUAS e avaliações independentes bienais.

Em suma, a análise integrada demonstra que a superação dos desafios estruturais e históricos da política de drogas no Brasil passa, obrigatoriamente, pela centralidade da mulher no planejamento, no financiamento e no monitoramento do acolhimento. As recomendações técnicas propostas — organizadas em torno da normatização, formação continuada, articulação intersetorial, financiamento estável, atenção ao pós-alta e rigoroso sistema de avaliação — fornecem ao Governo Federal um mapa de ação operacionalizável para assegurar que o cuidado seja informado pelo trauma e sensível ao

gênero, garantindo a reinserção social como um direito inegociável e um pilar de um sistema de atenção humanizado.

Conclui-se que o acolhimento de mulheres em situação de vulnerabilidade constitui um desafio estrutural que demanda respostas estatais articuladas, contínuas e orientadas pelos princípios dos direitos humanos. O presente relatório evidencia que existem avanços normativos e iniciativas relevantes no campo do acolhimento, contudo persistem lacunas na regulação e padronização de práticas. Tais fragilidades impactam diretamente a qualidade do cuidado ofertado e podem resultar em ações que, ainda que não intencionais, reproduzem formas de violação de direitos e de violência institucional.

Nesse sentido, identifica-se que o DEPAD/MDS, por meio do desenvolvimento de programas, projetos e ações, procura reafirmar, no âmbito do Governo Federal, que a responsabilidade pela qualificação do acolhimento não pode ser transferida exclusivamente às entidades executoras, cabendo ao Estado nacional o papel central na formulação, coordenação, monitoramento e avaliação das políticas públicas voltadas a essa população, com especial atenção às mulheres.

Destaca-se que a atuação estatal deve se orientar por critérios técnicos, evidências científicas e compromissos internacionais, assegurando que as práticas estejam em consonância com os princípios da dignidade humana, da autonomia, do respeito às diversidades sociais, de gênero e consubstanciadas nas garantias de direitos civis.

Espera-se, nesse sentido, que este relatório seja considerado como um instrumento técnico-científico de referência para a gestão pública, ao oferecer subsídios analíticos e recomendações capazes de orientar o aprimoramento das políticas de acolhimento de mulheres em situação de vulnerabilidade pelo uso de substâncias psicoativas.

Recomenda-se, ainda, que suas conclusões sejam consideradas nos processos de revisão normativa, no fortalecimento dos mecanismos de regulação e fiscalização, bem como na formulação de estratégias intersetoriais que promovam um cuidado efetivamente humanizado, integral e comprometido com a garantia de direitos.

5. REFERÊNCIAS

ABRAMO, L. *Nota Informativa sobre Envelhecimento e Direito ao Cuidado*. [S. l.]: MDS, 2023.

AHLUWALIA, H.; CHAND, P. K.; SUMAN, L. N. Therapeutic focus for women with substance use disorders: views of experts and consumers in a tertiary hospital in India. *Professional Psychology: Research & Practice*, v. 51, n. 1, p. 34–50, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1037/pro0000295.

AHUJA, M. et al. Gender discrimination and illicit drug use among African American and European American adolescents and emerging adults. *Psychology of Addictive Behaviors*, v. 35, n. 3, p. 310–319, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1037/adb0000683.

BAILEY, K.; TREVILLION, K.; GILCHRIST, G. "We have to put the fire out first before we start rebuilding the house": practitioners' experiences of supporting women with histories of substance use, interpersonal abuse and symptoms of post-traumatic stress disorder. *Addiction Research & Theory*, v. 28, n. 4, p. 289–297, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1080/16066359.2019.1644323.

BANDEIRA, L. M. Violência contra a mulher: as políticas públicas e o feminismo. *In:* PEDRO, J.; GROSSI, M. P. (org.). *Violência contra a mulher*: perspectivas feministas. Florianópolis: Mulheres, 2011.

BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Sociedade & Estado, Brasília*, 2009, v. 29, n. 2, p. 449–469, 2014.

BASTOS, F. I. (org.). *Troca de seringas*: drogas e AIDS – ciência, debate e saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BERGER, L. *et al.* Treatment of substance use disorder and psychological trauma: outcomes of the Women of Worth program. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, v. 21, n. 3, p. 289–298, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1080/1533256X.2021.1933852.

BOKANY, V. *Drogas no Brasil:* entre a saúde e a justiça - proximidades e opiniões. São Paulo: Perseu Abramo, 2015.

BOKANY, V. Interseccionalidade nas políticas de cuidado. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 747-769, set./dez. 2015.

BORMANN, N. L. *et al.* Evidence of telescoping in females across two decades of US treatment admissions for injection drug use: 2000–2020. *Drug and Alcohol Dependence Reports*, v. 9, 100204, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.dadr.2023.100204.

BRASIL. *Decreto nº 11.634, de 14 de agosto de 2023.* Altera o Decreto nº 11.392, de 20 de janeiro de 2023, que aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério do Desenvolvimento e

Assistência Social, Família e Combate à Fome, e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. Brasília/DF, 2023. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/d11634.htm. Acesso em: 20 nov. 2025.

BRASIL. *Decreto nº 11.791, de 21 de novembro de 2023.* Regulamenta a Lei Complementar nº 187, de 16 de dezembro de 2021, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social de que trata o § 7º do art. 195 da Constituição. Brasília/DF, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/d11791.htm. Acesso em: 20 nov. 2025.

BRASIL. *Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019.* Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF, 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm. Acesso em: 05 ago. 2025.

BRASIL. *Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.* Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 24 ago. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm. Acesso em: 15 set. 2025.

BRASIL. *Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019.* Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para dispor sobre o financiamento das políticas sobre drogas e o acolhimento em comunidades terapêuticas acolhedoras. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 6 jun. 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. *Lei nº 15.281, de 5 de dezembro de 2025.* Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para dispor sobre a criação de estratégia de saúde direcionada às mulheres alcoolistas. Brasília/DF, 2025. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2025/Lei/L15281.htm. Acesso em: 14 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *RAPS – Rede de Atenção Psicossocial.* Brasília: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Rede de Atenção Psicossocial*: diretrizes. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2006-2023 - tabagismo e consumo abusivo de álcool:* vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-2006-2023-morbidade-referida.pdf. Acesso em: 02 nov. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. *Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.* Brasília, DF: MDS, 2014.

BRIZI, A. P.; CORTEMIGLIA, V. L. di. A collection of good practices in the prevention, treatment and recovery of female addiction. *In:* O'NEIL, A. L.; LUCAS, J. (eds.). *Promoting a gender responsive approach to addiction*. Turin: UNICRI Publication, 2013, n. 104, 2015. p. 363–398.

CAMPOS, Marcelo da Silveira. *O novo nem sempre vem:* lei de drogas e encarceramento no Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2018. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/entities/publication/75286174-b951-498b-85c0-201f6fd1e16b. Acesso em: 07 ago. 2025.

CANE, T. C.; NEWTON, P.; FOSTER, J. Understanding women's help-seeking for problematic and unhealthy alcohol use through the lens of complexity theory. *Advances in Dual Diagnosis*, v. 15, n. 2, p. 119–139, 2022. DOI: https://doi.org/10.1108/ADD-12-2021-0019.

CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO (CEBRAP). *Financiamento público de comunidades terapêuticas brasileiras entre 2017 e 2020.* São Paulo: Conectas Direitos Humanos, 2022.

CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (CONAD). *Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015.* Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas Sisnad,as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário,com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa,caracterizadas como comunidades terapêuticas. Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/subcapas-senad/conad/atos-do-conad-1/2016/res-n-1-19-8-2015.pdf. Acesso em: 16 nov. 2025.

COSTA, S. G. Feminismos, interdependência e ética do cuidado. *In:* CORDEIRO, R.; SORJ, B. (org.). *Gênero, cuidado e políticas públicas*. Rio de Janeiro: FGV, 2010.

COSTA, S. G. Proteção social, maternidade e feminismos. *Revista Estudos Feministas,* Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 411–431, 2002.

COSTA, S. G. Redes de cuidado e feminismos: práticas de solidariedade na vida cotidiana. *In:* ALMEIDA, H. B.; PISCITELLI, A. (org.). *Gênero em debate:* políticas, práticas e movimentos. Rio de Janeiro: 7Letras, 2008.

COSTA, S. G.; CAVALIERE, I. A. de I. Isolamento social, sociabilidades e redes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 491–516, 2011.

COVINGTON, S. Evaluation of a Trauma-Informed and Gender-Responsive Intervention for Women in Drug Treatment. *Journal of Psychoactive Drugs.* SARC Supplement 5, November 2008. Disponível em: < https://www.usa.gov/agencies/substance-abuse-and-mental-health-services-administration>

COVINGTON, S. *Helping Women Recover:* A Woman's Journal. San Francisco: Jossey-Bass, 2010.

COVINGTON, S. S. *Women and addiction*: a trauma-informed approach. Washington, DC: SAMHSA, 2008.

COVINGTON, S. S.; BLOOM, B. Gender-responsive services. *Women, Girls & Criminal Justice*, v. 7, n. 4, p. 49-51, 2006.

DE VOGEL, V.; DIDDEN, R. Victimization history in female forensic psychiatric patients with intellectual disabilities: results from a Dutch multicenter comparative study. *Research in Developmental Disabilities*, v. 122, 104179, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.ridd.2022.104179.

DIMENSTEIN, M.; NETO, M. C. Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da saúde coletiva e assistência social. *Pesquisas e Práticas Psicossociais,* São João del Rei, v. 15, n. 2, p. 1-14, 2020.

EDWARDS, L. *et al.* A systematic review of post-release programs for women exiting prison with substance-use disorders: assessing current programs and weighing the evidence. *Health & Justice*, v. 10, n. 1, p. 1, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s40352-021-00162-6.

ESTEVE, L. G. *et al.* Sexually assaulted women and substance use. *In:* O'NEIL, A. L.; LUCAS, J. (eds.). *Promoting a gender responsive approach to addiction*. Turin: UNICRI Publication, n. 104, 2015. p. 331–345.

EUROPEAN INSTITUTE FOR GENDER EQUALITY (EIGE). *Women's shelter* (termo do Gender Equality Glossary and Thesaurus). Disponível em: https://eige.europa.eu/publications-resources/thesaurus/terms/1180. Acesso em: 25 set. 2025.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS (FEBRACT). *Pronunciamento sobre a nota técnica do IPEA nº 21 de 2017.* Disponível em: https://febract.org.br/portal/2017/05/31/pronunciamento-sobre-a-nota-tecnica-do-ipea/. Acesso em: 24 nov. 2025.

FERREIRA, L. O. Saúde e relações de gênero: Uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1151-1159, abr. 2013.

FERRI, M. *et al.* The importance of developing a reliable knowledge base in the treatment offered: the EU experience. *In:* O'NEIL, A. L.; LUCAS, J. (eds.). *Promoting a gender responsive approach to addiction*. Turin: UNICRI Publication, n. 104, 2015. p. 222–244.

FIORE, M. Redução de Danos e Gênero. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 66, n. esp., p. 165-171, 2013.

FRANCONI, F.; GESSA, G. L.; AGABIO, R. Treatment of alcohol use disorders (AUDs): a sex-gender approach. *In:* O'NEIL, A. L.; LUCAS, J. (Ed.). *Promoting a gender responsive approach to addiction*. Turin: UNICRI Publication, n. 104, 2015. p. 245–274.

GARCIA, F. D.; CARVALHO, J. G. M. A. *Pesquisa dos dados do monitoramento das entidades de apoio e acolhimento atuantes em álcool e drogas (2023/2024)*: relatório final. Belo Horizonte: NAVES/UFMG; MDS, 2024. Disponível em: https://www.medicina.ufmg.br/sismid/wp-content/uploads/sites/107/2024/12/Relatorio-final-Pesquisa-dos-dados-do-

monitoramento-das-entidades-de-apoio-e-acolhimento-atuantes-em-alcool-e-drogas-digital.pdf. Acesso em: 26.nov. 2025

GIACOMELL, C. *Children and parents affected by drug use: an overview of programmes and actions for comprehensive and non-stigmatising services and care.* Strasbourg: Council of Europe, 2023a.

GIACOMELL, C. *Children whose parents use drugs: promising practices and recommendations.* Strasbourg: Council of Europe, 2022.

GIACOMELL, C. *Listen to the silence of the child: children share their experiences and proposals on the impact of drug use in the family.* Strasbourg: Council of Europe, 2023a.

GIACOMELL, C. *We are warriors: women who use drugs reflect on parental drug use, their paths of consumption and access to services.* Strasbourg: Council of Europe, 2023a.

GILCHRIST, G. *et al.* Sex differences in barriers to accessing substance abuse treatment: a qualitative study. *In:* O'NEIL, A. L.; LUCAS, J. (eds.). *Promoting a gender responsive approach to addiction*. Turin: UNICRI Publication, n. 104, 2015. p. 176–194.

GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS. *Rede Acolhe encaminha seis mil pessoas para tratamento contra dependência química em 2024*. Alagoas: Secretaria de Estado de Prevenção à Violência (Seprev), 20 dez. 2024. Disponível em: https://alagoas.al.gov.br/noticia/rede-acolhe-encaminha-seis-mil-pessoas-para-tratamento-contra-dependencia-quimica-em-2024. Acesso em: 15 nov. 2025.

GRAY, D. *et al.* Indigenous health: Australia's gap problem. *The Medical Journal of Australia*, Surry Hills, v. 200, n. 11, p. 589–590, 2014.

GRELLA, C. E. Gender responsive treatment approaches for women with substance use disorders. *In:* O'NEIL, A. L.; LUCAS, J. (eds.). *Promoting a gender responsive approach to addiction*. Turin: UNICRI Publication, n. 104, 2015. p. 141–175.

GUERRERO, E. *et al.* Exploring gender and ethnoracial differences and trends in methamphetamine treatment. *Substance Abuse: Research and Treatment*, v. 17, 2023. DOI: 10.1177/11782218231180043.

GUERRERO, E. *et al.* Gender disparities in opioid treatment progress in methadone versus counseling. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, v. 16, p. 52, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s13011-021-00389-4.

GULJOR, A. P. Redução de Danos: entre a práxis e a política pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 2097-2105, jun. 2017.

HARRIS, M. T. H. *et al.* Competing risks of women and men who use fentanyl: "The number one thing I worry about would be my safety and number two would be overdose." *Journal of Substance Abuse Treatment*, v. 125, 108313, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108313.

HARRIS, M. T. H. *et al.* Gender dynamics in substance use and treatment: a women's focused approach. *The Medical Clinics of North America*, v. 106, n. 1, p. 219–234, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.mcna.2021.08.007.

HARRISON, E.; BRANT, K.; STRONG-JONES, S.; SKOGSETH, E.; LATKIN, C.; JONES, A. Challenges and recommendations for overdose prevention and harm reduction in an era of fentanyl and xylazine: perspectives of women with opioid use disorder and professionals. *Psychology of Addictive Behaviors*, v. 38, n. 8, p. 860–870, 2024. DOI: https://doi.org/10.1037/adb0001021.

HEILBORN, M. L.; ARAÚJO, L.; BARRETO, A. Unidade I. Marcos históricos, conceituais e institucionais das políticas públicas de gênero e raça. *In: Gestão de políticas públicas em gênero e raça* (GPP-GeR), Módulo 5. A transversalidade de gênero e raça na Gestão Pública. Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília, DF: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2010. p. 10-63.

HIRATA, H. Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. *Tempo Social,* São Paulo, v. 26, n. 1, p. 61-73, jun. 2014.

HUGHES, C.; STEVENS, A. What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? British Journal of Criminology, Oxford, v. 50, n. 6, p. 999–1022, 2010.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Nota Técnica nº 21 - Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras.* Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2017. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/nota_tecnica/20170418_nt21.pdf. Acesso em: 15 nov. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Tabagismo e saúde da mulher*: o uso do tabaco pelas mulheres é um grave problema em todo o mundo Disponível em: https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer/tabagismo/saude-da-mulher, 2022. Acesso em: 15 nov. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Tabagismo*: um grave problema de saúde pública. INCA: All Type, 2007.

INTER-AMERICAN COMMISSION OF WOMEN. FOLLOW-UP MECHANISM TO THE BELÉM DO PARÁ CONVENTION (MESECVI). *Regional Study on Shelters for Women Victims of Violence in Latin America* [prepared by the Follow-up Mechanism to the Belém do Pará Convention (MESECVI) / Inter-American Commission of Women]. 2024.

INTER-AMERICAN DRUG ABUSE CONTROL COMMISSION (CICAD); ORGANIZATION OF THE AMERICAN STATES (OAS). *Women who use psychoactive substances in Latin America and the Caribbean*: current challenges. Washington, D.C., 2025. (Technical document).

JOHNSTONE, S. *et al.* A systematic review of gender-responsive and integrated substance use disorder treatment programs for women with co-occurring disorders. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, v. 49, n. 1, p. 21–42, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1080/00952990.2022.2130348.

JONES, A. A. *et al.* The impact of family systems and social networks on substance use initiation and recovery among women with substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, v. 38, n. 8, p. 850–859, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1037/adb0001007.

KNITTEL, A. K. *et al.* Opioid use disorder cascade of care among people who experienced perinatal incarceration: a qualitative study. *Substance Use & Addiction Journal*, 2025. DOI: 10.1177/29767342251338420.

LEVINE, E. A. *et al.* Alcohol treatment access and engagement among women in the USA: a targeted review of the literature 2012–2022. *Current Addiction Reports*, v. 10, p. 638–648, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s40429-023-00515-1.

LEWANDOWSKI, Ricardo. *Habeas Corpus coletivo para mães e gestantes no cárcere*: voto do ministro Ricardo Lewandowski no HC 143.641 do Supremo Tribunal Federal. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos, 2024.

MACRAE, E. *A construção da igualdade*: política e identidade homossexual no Brasil da abertura. Salvador: EDUFBA, 2018.

MADRUGA, Clarice Sandi *et al. III Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD III):* Caderno Temático – Resultados Consumo de Álcool na População Brasileira. São Paulo: UNIFESP, 2025c. Disponível em: https://lenad.uniad.org.br/cadernos-lenad/alcool_vf2-161025.pdf. Acesso em: 02 nov. 2025.

MADRUGA, Clarice Sandi *et al. III Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD III): Caderno Temático – Consumo de Cocaína e Crack na População Brasileira.* São Paulo: UNIFESP, 2025b. Disponível em: https://lenad.uniad.org.br/cadernos-lenad/cocaina_crack_vf_03_020725.pdf. Acesso em: 02 nov. 2025.

MADRUGA, Clarice Sandi *et al. III Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD III): Caderno Metodológico.* São Paulo: UNIFESP, 2025b. Disponível em: https://lenad.uniad.org.br/cadernos-lenad/Caderno-Metodologico-LENAD.pdf. Acesso em: 05 ago. 2025.

MARLATT, G. A.; LARIMER, M. E.; WITKIEWITZ, K. Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors. 2. ed. New York: Guilford Press, 2011.

MCLEOD, K. E. *et al.* Receipt of opioid agonist treatment in provincial correctional facilities in British Columbia is associated with a reduced hazard of nonfatal overdose in the month following release. *PLOS ONE*, v. 19, n. 7, e0306075, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0306075.

MCKAY, F; TAKET, A. *Health Equity, Social Justice and Human Rights*. 2. ed. New York, NY: Routledge, 2020.

MEDEIROS, K. T. *et al. Vivências e representações sobre o crack:* um estudo com mulheres usuárias. Psico-USF, Bragança Paulista, v. 20, n. 3, p. 517-528, set./dez. 2015.

MEJIA, M. C. *et al.* Challenges and implications for substance use and mental healthcare among under-resourced women in the COVID-19 era. *Cureus*, v. 16, n. 6, e62452, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.7759/cureus.62452.

MENDES, V. L. F. Fonoaudiologia e saúde coletiva: perspectivas de atuação nos serviços públicos de saúde. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 213–224, 1999.

MESSINA, N. *et al.* VOICES: an efficacious trauma-informed, gender-responsive cannabis use intervention for justice and school-referred girls with lifetime substance use history. *Drug and Alcohol Dependence*, v. 228, 108934, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108934.

MILES-McLEAN, H. A. *et al.* Trauma exposure and PTSD among women receiving treatment for intimate partner violence perpetration. *Journal of Interpersonal Violence*, v. 36, n. 13–14, p. NP6803–NP6826, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1177/0886260518820634.

MINAYO. Maria Cecília de Souza (Org.). *Pesquisa social:* teoria, método e criatividade. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. *Crack, é possível vencer.* Disponível em: Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-seguranca/seguranca-publica/programas-1/crack-e-possivel-vencer. Acesso em: 22 nov. 2025.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA. *MJSP divulga lista dos 163 municípios prioritários do Pronasci*. disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/mjsp-divulga-lista-dos-163-municipios-prioritarios-do-pronasci. Acesso em: 23 nov. 2025.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL, FAMÍLIA E COMBATE À FOME (MDS). *Edital de Chamamento Público nº 3/2025*. Brasília, DF, 2025. Disponível em: https://pncp.gov.br/app/editais/05526783000165/2025/65. Acesso em: 23 nov. 2025.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL, FAMÍLIA E COMBATE À FOME (MDS). *Cuidado e acolhimento de usuários e dependentes de álcool e outras drogas*. Documenta Wiki. Disponível em: https://wiki-sagi.mds.gov.br/home/DS/CT. Acesso em: 20.nov.2025

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL, FAMÍLIA E COMBATE À FOME (MDS). *Edital de Credenciamento Público nº 8/2023.* D.O.U. Seção 3, 2º 208, quarta-feira, 1 de novembro de 2023. Brasília, DF, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/servicos/modalidade-de-licitacoes/editais-de-chamada-publica/Editaldecredenciamento32023DEPAD.pdf. Acesso em: 20 nov. 2025.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL, FAMÍLIA E COMBATE À FOME. *Plataforma oficial do MDS* - Documenta Wiki. Disponível em: https://wiki-sagi.mds.gov.br/. Acesso em: 20 nov. 2025.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL, FAMÍLIA E COMBATE À FOME. *Sumário Executivo PEI 2023/2026.* Brasília, DF, 2025. Disponível em:

https://mds.gov.br/webarquivos/MDS/2_Acoes_e_Programas/Governanca/Planejamento_Estrategico_Institucional/Links/SPOG_Sumario_Executivo.pdf. Acesso em: 20 nov. 2025.

MONTEIRO, S.; VILLELA, W. (org.). *Estigma e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

MORTON, S. *et al.* Guidance for practitioners. *In:* MUTATAYI, C. *et al.* (eds.). *Implementing a gender approach in drug policies: prevention, treatment and criminal justice – a handbook for practitioners and decision makers.* Strasbourg: Council of Europe, 2022. p. 53–80.

MUTATAYI, C. *Implementing a gender approach in drug policies*: prevention, treatment and criminal justice – a handbook for practitioners and decision makers. Strasbourg: Council of Europe, 2022.

MUTATAYI, C.; PIRES, C. V. Current evidence on the gender dimension of substance use, related harms and response. *In:* MUTATAYI, C. *et al.* (Ed.). *Implementing a gender approach in drug policies:* prevention, treatment and criminal justice – a handbook for practitioners and decision makers. Strasbourg: Council of Europe, 2022. p. 19–26.

NAÇÕES UNIDAS. ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS CONTRA DROGAS E CRIME (UNODC). *Informe Mundial sobre las Drogas 2025 de UNODC:* La inestabilidad mundial agrava el impacto social, económico y de seguridad del fenómeno mundial de las drogas. Viena, 26 jun. 2025. Comunicado de Imprensa.

NAJAVITS, L. M. *et al.* Seeking Safety: outcome of a new cognitive-behavioral psychotherapy for women with PTSD and substance dependence. *Journal of Traumatic Stress*, Hoboken, v. 11, n. 3, p. 437-456, jul. 1998.

NAJAVITS, L. M. *Seeking Safety:* A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse. New York: Guilford Press, 2002.

NAPPO, S. A. *Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/Aids.* São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2004.

NASCIMENTO, I. *Política pública e intersetorialidade no acolhimento de mulheres em situação de vulnerabilidade*. São Paulo: Cortez, 2019.

O'BRIEN, P. *Making it in the free world:* Women in transition from prison. New York: State University of New York Press, 2001.

OLIVEIRA, A. F. P. L. *et al.* Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. C*iência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1037-1050, jul. 2009.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, e00119819, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy.* Geneva: WHO, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Who report on the global tobacco epidemic 2021*: addressing new and emerging products. World Health Organization, 2021. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240032095. Acesso em: 15 nov. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME (UNODC). *International standards for the treatment of drug use disorders*: revised edition incorporating results of field-testing. Geneva: WHO; UNODC, 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Resolution 55/2012, 15 March 2012.* Promoting strategies and measures addressing specific needs of women in the context of comprehensive and integrated drug demand reduction programmes and strategies. Disponível em: https://unicri.org/sites/default/files/2019-11/Resolution%2055%205.pdf. Acesso em: 15 jul. 2025.

PERRI, M. *et al.* COVID-19 and the opportunity for gender-responsive virtual and remote substance use treatment and harm reduction services. *The International Journal on Drug Policy*, v. 108, 103815, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2022.103815.

PITCH, T. *Il malinteso della vittima.* Torino: Edizioni Gruppo Abele, 2022.

PLACEK, C. D. *et al.* Reconstructing cross-cultural meanings of addiction among women from three countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 22, n. 7, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.3390/ijerph22071064.

PROCHASKA, Judith J. *Tabagismo e outros usos do tabaco.* Manual MDS. 2025. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt/casa/assuntos-especiais/uso-de-tabaco/tabagismo-e-uso-de-outros-tipos-de-tabaco. Acesso em: 15 nov. 2025.

RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages; MINAYO, Maria Cecília de Souza. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. *In: Interface*: Comunicação, Saúde, Educação. v. 19, n. 54, 2015, p. 515-526.

RONZANI, T. *et al.* Determinantes sociais e dependência de drogas: revisão sistemática da literatura. *Psicologia*: Teoria e Pesquisa, Brasília, v. 39, 2023. DOI: 10.1590/0102.3772e39407.pt.

RONZANI, T. M.; MOTA, D. C. B. Políticas de Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Drogas. *In:* SENAD. *Prevenção ao uso indevido de drogas*: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. Brasília: Senad, 2011. p. 193-215.

SABET, K. A.; COHEN, M.; FERRI, M. What is the role of gender in prevention? *In:* O'NEIL, A. L.; LUCAS, J. (Ed.). *Promoting a gender responsive approach to addiction*. Turin: UNICRI Publication, n. 104, 2015. p. 73–86.

SANTOS, Maria Paula Gomes dos (Org.). *Comunidades Terapêuticas:* temas para reflexão. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2018.

SANTOS, Maria Paula Gomes dos. Comunidades Terapêuticas no Brasil: contornos, funções e objetivos. *Boletim de Análise Político-Institucional.* Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2014.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS PENAIS (SENAPPEN). *Levantamento de Informações Penitenciárias - 18º Ciclo - 1º Semestre 2025.* Brasília, DF, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/senappen/pt-br/pt-br/servicos/sisdepen. Acesso em: 15 nov. 2025.

SERPELLONI, G. *et al*. Differences in the risk factors for illicit drug use among young females and males aged 15–19 years. *In:* O'NEIL, A. L.; LUCAS, J. (Ed.). *Promoting a gender responsive approach to addiction*. Turin: UNICRI Publication, n. 104, 2015. p. 95–108.

SHIHADEH, T. Successful examples of promoting gender-responsive approaches to drug treatment programs. *In:* O'NEIL, A. L.; LUCAS, J. (eds.). *Promoting a gender responsive approach to addiction*. Turin: UNICRI Publication, n. 104, 2015. p. 210–221.

SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (org.). *Drogas e redução de danos:* uma abordagem multidisciplinar. São Paulo: Hucitec, 2006.

SIMÕES, Júlio Assis. *Prefácio - Drogas e cultura:* novas perspectivas. *In:* LABATE, Beatriz Caiuby *et al.* (org.). Salvador: Edufba, 2008.

SOBREIRA, S. de M. *Práticas de cura, religião e saúde.* Recife: UFPE, 2014.

SOMOHANO, V. C.; BOWEN, S. Trauma-integrated mindfulness-based relapse prevention for women with comorbid post-traumatic stress disorder and substance use disorder: a cluster randomized controlled feasibility and acceptability trial. *Journal of Integrative and Complementary Medicine*, v. 28, n. 9, p. 729–738, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1089/jicm.2021.0306.

SOTO, N. Guidance for policy makers. *In:* MUTATAYI, C. *et al.* (eds.). *Implementing a gender approach in drug policies:* prevention, treatment and criminal justice – a handbook for practitioners and decision makers. Strasbourg: Council of Europe, 2022. p. 37–51.

SPOSATI, A. *A assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras.* São Paulo: Cortez, 2017.

SPOSATI, A. *Assistência social*: política e pública. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2016.

SPOSATI, A. *Proteção social e seguridade:* caminhos e disputas. São Paulo: Cortez, 2020.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMHSA). *SAMHSA's Concept of trauma and guidance for trauma-informed approaches.* Rockville: SAMHSA, 2014a.

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMHSA). *Trauma-informed care in behavioral health services (TIP 57)*. Rockville: SAMHSA, 2014b.

SUGARMAN, D. E. *et al.* Exploring technology-based enhancements to inpatient and residential treatment for young adult women with co-occurring substance use. *Journal of Dual Diagnosis*, v. 17, n. 3, p. 236–247, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1080/15504263.2021.1940412.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). *Guidelines on drug prevention and treatment for women.* Vienna: UNODC, 2016.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). *Women and drugs:* drug use, drug supply and their consequences. Vienna: UNODC, 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP). SECRETARIA NACIONAL DE CUIDADOS E PREVENÇÃO ÀS DROGAS. *Levantamento de Cenas de Uso em Capitais (LECUCA).* Relatório final Resultados, 2022. Disponível em: https://lecuca.uniad.org.br/Relatorio-LECUCA22_Final.pdf. Acesso em: 20 nov. 2025.

UNODC. *Guidelines on drug prevention, treatment and rehabilitation for girls and women.* Vienna, 2016. Disponível em: https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/unodc_2016_drug_prevention_and_treatment_for_girls_and_women_E.pdf. Acesso em: 14 jul. 2025.

VAN HOUT, M. C.; ELSAYED, H.; ELGAMIL, R. *et al.* "Secrecy, trust, safety": a multi-stakeholder situation assessment of gendered and contextual vulnerabilities and service level responsiveness to the needs of women who use drugs in Egypt. *International Journal of Mental Health and Addiction*, v. 23, p. 870–893, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s11469-023-01143-6.

VERONEZE, R. T. A Política de Assistência Social brasileira e a ameaça temerária aos direitos sociais. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 88-100, jan./jun. 2017.

VIGNA-TAGLIANTI, F.; GALANTI, R. Gender differences in the effectiveness of the "Unplugged" prevention programme. *In:* O'NEIL, A. L.; LUCAS, J. (eds.). *Promoting a gender responsive approach to addiction*. Turin: UNICRI Publication, n. 104, 2015. p. 87–94.

WALKER, S. C. *et al.* A tailored cognitive behavioral program for juvenile justice-referred females at risk of substance use and delinquency: a pilot quasi-experimental trial. *PLOS ONE*, v. 14, n. 11, e0224363, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224363.

WHO; UNODC. *International standards for the treatment of drug use disorders.* Geneva: WHO/UNODC, 2020.

WOLLE, C. C.; ZILBERMAN, M. L. Estereótipos de gênero em estudos sobre dependência química. *Contextos Clínicos*, São Leopoldo, v. 4, n. 2, p. 95-103, jul./dez. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy.* Geneva: WHO, 2014.

6. APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE 18 E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) Senhor(a),

Você está sendo convidado(a) a participar, de forma voluntária, desta pesquisa que tem como público-alvo gestores(as) e profissionais de entidades de acolhimento a mulheres.

Antes de confirmar sua participação, é fundamental que leia atentamente este documento e esclareça todas as dúvidas com os pesquisadores responsáveis.

Sua participação não implicará qualquer custo ou benefício financeiro, e você poderá desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer prejuízo ou penalidade.

Informações sobre a pesquisa

Título do estudo: Práticas de acolhimento a mulheres em situação de vulnerabilidade pelo uso de substâncias psicoativas

Pesquisadora responsável

Coordenadora: Gesilane de Oliveira Maciel José
Instituição: Instituto Federal de Mato Grosso do Sul
E-mail: gesilane.jose@ifms.edu.br
Telefone para contato: (67) 99101-4050
Local da coleta de dados: presencial – Universidade de São Paulo - USP

1. Objetivos do estudo

Objetivo Geral:

Mapear as práticas e protocolos adotados por entidades de acolhimento a mulheres, com ênfase na adequação dos serviços às necessidades específicas deste público, considerando a sensibilidade ao gênero e ao trauma.

Objetivos Específicos:

- Identificar a existência e o grau de implementação de protocolos e regras internas sensíveis ao gênero;
- Verificar as estratégias utilizadas pelas instituições diante de questões como abstinência, apoio à maternidade e reinserção familiar;
- Analisar de que forma as instituições coletam e utilizam dados para aprimorar a qualidade do atendimento oferecido às mulheres.

2. Justificativa do estudo

Esta pesquisa se justifica pela necessidade de qualificar o atendimento destinado às mulheres em situação de vulnerabilidade e uso de substâncias psicoativas, reconhecendo que suas trajetórias, frequentemente marcadas por violência e experiências traumáticas, demandam abordagens específicas e sensíveis ao gênero.

O levantamento de informações junto às entidades de acolhimento é fundamental para compreender de que maneira o atendimento às mulheres tem sido desenvolvido nesse contexto, permitindo identificar avanços, desafios e necessidades de aprimoramento nas práticas institucionais.

Sua colaboração é essencial para fortalecer o compromisso coletivo com um acolhimento digno, respeitoso e equitativo.

3. Procedimentos da pesquisa

A participação consistirá no preenchimento de um questionário, contendo dez (10) questões de múltipla escolha relacionadas às práticas institucionais de acolhimento.

O tempo estimado de preenchimento é de aproximadamente 15 minutos.

A concordância com este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ocorrerá mediante a seleção da opção "**Li e concordo em participar desta pesquisa**" no final do formulário, atestando que você compreendeu e aceita as condições aqui apresentadas.

4. Riscos

Os riscos associados a esta pesquisa são mínimos, uma vez que o questionário aborda informações institucionais, não pessoais.

O principal risco é o possível desconforto durante o preenchimento. Para reduzi-lo, o instrumento foi elaborado de forma clara, objetiva e breve.

Será assegurado o sigilo institucional, e a participação poderá ser interrompida a qualquer momento, sem necessidade de justificativa.

5. Benefícios

Embora não haja benefícios diretos e imediatos, sua participação contribuirá para o avanço do conhecimento científico sobre o acolhimento de mulheres no Brasil.

Os resultados poderão subsidiar ações de aprimoramento de políticas públicas, promover a socialização de boas práticas entre instituições e fortalecer a rede de atenção às mulheres.

Os resultados finais estarão disponíveis para consulta após a conclusão da pesquisa.

6. Sigilo e privacidade

Todas as informações fornecidas serão tratadas de forma estritamente confidencial e utilizadas para fins acadêmicos.

Nenhuma instituição ou participante será identificado(a) nos relatórios, artigos ou demais divulgações decorrentes deste estudo.

Os dados serão tratados de forma consolidada e não individualizada, assegurando a confidencialidade, o anonimato e a privacidade das instituições e dos(as) respondentes, conforme as normas éticas vigentes.

7. Consentimento

Declaro que li e compreendi as informações acima, e que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas.

Autorizo, de forma livre e esclarecida, a utilização das informações fornecidas para fins desta pesquisa.

Nome da instituição: _____

Nome do respondente: _____

E-mail: _____

Telefone/WhatsApp: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE 2 – QUESTÕES PARA A PLENÁRIA FINAL

Roteiro:

1. Abertura: início conduzido pelos mediadores para apresentar os objetivos da Plenária e detalhar cada eixo temático.
2. Definição das regras de tempo e organização das intervenções para assegurar um debate participativo entre todas as pessoas presentes.

 Bloco I – Estrutura Institucional e Protocolos

Tema 1: Protocolos institucionais e gênero: desafios e vulnerabilidades das mulheres frente ao uso de substâncias.
Como os protocolos e diretrizes institucionais podem ser aprimorados para considerar as especificidades de gênero e reduzir a vulnerabilidade das mulheres ao uso de substâncias?

Tema 2: Fatores de risco e comorbidades: caminhos para protocolos mais sensíveis e informados sobre trauma.
De que forma a identificação precoce de fatores de risco e comorbidades pode contribuir para a construção de protocolos mais sensíveis e informados sobre trauma?

 Bloco II – Práticas de Acolhimento e Vulnerabilidade

Tema 3: Acolhimento inclusivo: enfrentando estigma, violência e maternidade no cuidado de mulheres.
Como os serviços de acolhimento podem adaptar suas práticas para lidar com o estigma, a maternidade e a violência de gênero de maneira integrada e humanizada?

Tema 4: Redução de danos e abstinência: dilemas e possibilidades nas comunidades terapêuticas e serviços de acolhimento.
Quais caminhos são possíveis para conciliar a lógica da abstinência com práticas de redução de danos nos diferentes contextos de acolhimento feminino?

 Bloco III – Abordagens de Cuidado e Articulação Intersetorial

Tema 5: Integração de redes: articulação entre saúde, assistência social e justiça no cuidado de mulheres com TUS.
De que modo a articulação entre saúde, assistência social, justiça e comunidade pode fortalecer o cuidado integral de mulheres com TUS?

Tema 6: Espaços exclusivos e metodologias específicas: eficácia terapêutica e humanização do cuidado.
Em que medida os espaços exclusivos e metodologias próprias para mulheres contribuem para a eficácia terapêutica e a autonomia no processo de recuperação?

 Bloco IV – Família, Reinserção e Financiamento

Tema 7: Família e reinserção social: desafios e potencialidades no pós-acolhimento.
Quais estratégias podem favorecer a inclusão da família e o fortalecimento de vínculos no processo de reinserção social das mulheres após o acolhimento?

Tema 8: Financiamento e fiscalização: impactos sobre a qualidade e sustentabilidade das práticas de acolhimento.
Como o financiamento e a fiscalização das instituições podem assegurar práticas éticas, de qualidade e sustentáveis no acolhimento feminino?

 Bloco V – Avaliação e Políticas Públicas

Tema 9: Indicadores de resultados: novas perspectivas para avaliar o acolhimento feminino.
Quais indicadores melhor expressam os resultados de sucesso no acolhimento feminino — para além da abstinência — considerando aspectos de autonomia, cidadania e qualidade de vida?

Tema 10: Evidências e políticas públicas: bases para ações efetivas e sustentáveis de acolhimento a mulheres com TUS.
Como transformar dados e evidências científicas em políticas públicas consistentes e de impacto real no acolhimento de mulheres com TUS?

APÊNDICE 3 – QUESTIONÁRIO

Responda as questões a seguir.

Bloco I – Regras e atendimento

1. Sua instituição tem protocolos ou documentos que orientam a atender mulheres de uma forma que respeite suas necessidades e experiências específicas (sensível ao gênero)?

a) Sim, esses protocolos estão no Plano de Atendimento Individual (PIA) e são sempre seguidos.
b) Sim, esses protocolos estão no PIA, mas são seguidos só em parte.
c) Não temos protocolos formais, apenas práticas informais.
d) Não possui.
e) Outros. Quais? _____

2. Sua instituição tem outras regras ou documentos sobre atendimento que respeita às necessidades das mulheres, que não sejam o PIA?

( ) Sim
( ) Não
( ) Outros. Quais? _____

3. Sua instituição usa algum protocolo ou recomendação internacional (de outros países) para ajudar mulheres com problemas de uso de substâncias?

a) Sim, usamos protocolos internacionais feitos especialmente para mulheres.
b) Sim, usamos protocolos internacionais, mas elas não são específicas para mulheres.
c) Não, só seguimos as regras do Brasil ou as internas da instituição.
d) Não sei.

4. Como a instituição garante que o cuidado que respeita o trauma e o gênero não se torne uma punição?

a) A equipe recebe treinamento formal e contínuo sobre trauma e gênero, e temos regras específicas para ajudar mães.
b) O treinamento é informal, baseado na experiência dos funcionários mais antigos.
c) A instituição tem regras internas muito duras, como a exigência de abstinência, para manter a ordem.
d) Não usamos um modelo específico de cuidado, mas tentamos ser respeitosos.

Bloco II – Como é feito o acolhimento na prática, apoio e participação familiar

5. Como sua instituição lida com a permanência de mulheres que não estão em abstinência total no momento do acolhimento?

a) A permanência da mulher não é condicionada à abstinência imediata; a redução de danos é uma diretriz do serviço.
b) A permanência é permitida no começo, mas a abstinência é uma condição obrigatória para a continuidade.
c) A instituição não aceita mulheres que estejam sob efeito de substâncias; é preciso estar em abstinência para entrar.
d) A decisão sobre a permanência é tomada caso a caso, dependendo da gravidade da situação.
e) Outros: Especifique: _____

6. Sua instituição tem práticas ou adaptações específicas para atender: (Marque todas as opções que se aplicam)

a) Mulheres trans.
b) Mulheres grávidas.
c) Mães com filhos.
d) Mulheres que vivem na rua.
e) Outras: _____
f) Em caso de "Outras", quais? _____

7. Como a instituição inclui a família (parceiro/a, pais, filhos) no processo de cuidado e recuperação da mulher?

a) Oferecemos sessões de terapia familiar ou grupos de apoio para os familiares participarem ativamente do tratamento.
b) O contato com a família é permitido, mas o foco do tratamento é apenas na mulher; não há atividades formais para a família.
c) A família é envolvida somente em casos de crise ou para questões práticas (como visitas e alta), sem acompanhamento regular.
d) Não incentivamos o contato com a família, priorizando o foco total no tratamento individual da mulher.
e) Outros. Especifique: _____

8. De que forma a instituição apoia e prepara a mulher e a família para a reinserção na vida familiar e comunitária após a saída do acolhimento?

a) Temos um programa formal de acompanhamento pós-tratamento que inclui sessões de mediação e planejamento para a volta ao convívio familiar.

b) Oferecemos orientações gerais e encaminhamentos para que a família e a mulher busquem apoio externo (no SUS ou SUAS) para a reinserção.
c) Não abordamos a reinserção familiar, pois a instituição se concentra apenas na fase de tratamento.
e) Outros. Especifique: _____

Bloco III – Dados e uso de informações
9. Sua instituição anota informações detalhadas sobre as mulheres atendidas (gênero, raça/cor, se é mãe, histórico de violência, etc.)?
a) Sim. Usamos um sistema de registro formal, e os dados são usados para melhorar os serviços.
b) Sim, mas a coleta é informal (anotações dos profissionais), e não analisamos os dados.
c) Coletamos dados básicos (nome, idade, etc.), mas não informações detalhadas como raça, cor ou histórico de violência.
d) Não coletamos dados formalmente; o foco é no atendimento rápido.

Bloco IV – Avaliação dos resultados e impacto
10. Sua instituição usa indicadores (metas, números) para saber se o atendimento das mulheres está dando resultados?
a) Sim, e temos relatórios e dados completos.
b) Sim, mas não temos relatórios/dados completos.
c) Não temos indicadores formais, só observamos a qualidade do atendimento.
d) Não avaliamos os resultados.

APÊNDICE 4 – ENTREVISTA

Questões norteadoras:

Bloco I – Estrutura Institucional e Protocolos / Trajetórias e Fatores de Risco

1. Considerando sua trajetória de pesquisa/profissional e os principais fatores de risco identificados, como você compreende a relação entre protocolos institucionais e a vulnerabilidade de mulheres ao uso de substâncias?
2. De que forma diferenças de gênero no início do uso de substâncias e nas comorbidades associadas poderiam orientar protocolos mais sensíveis e cuidados informados sobre trauma?

Trajetória, fatores de risco, início do uso, comorbidades, **dialogando** *com a elaboração de protocolos institucionais.*

Bloco II – Práticas de Acolhimento / Acolhimento e Vulnerabilidade

1. Diante da vulnerabilidade social (estigma, violência, maternidade), como os serviços de acolhimento poderiam estruturar práticas mais inclusivas e adaptadas às diferentes populações de mulheres?
2. Em sua avaliação, quais barreiras ou potencialidades as comunidades terapêuticas e outros serviços apresentam para adotar práticas de redução de danos ou para acolher mulheres sem condicionar à abstinência?

Opção das CTs, estigma, violência, preparo do sistema, **dialogando** *com redução de danos, abstinência e inclusão das populações invisibilizadas.*

Bloco III – Articulação e Eficácia / Abordagens de cuidado

1. Quais modalidades terapêuticas ou abordagens de cuidado você considera mais eficazes no tratamento de mulheres com TUS, e como poderiam ser articuladas com outros serviços da rede intersetorial?
2. Na sua percepção, em que medida espaços exclusivos para mulheres e metodologias específicas contribuem para maior eficácia na articulação entre instituição e rede de cuidados?

Necessidades específicas, ambientes exclusivos, modalidades terapêuticas, **dialogando** *com as abordagens de cuidado com articulação intersetorial e sua eficácia.*

Bloco IV – Dados, Financiamento e Fiscalização / Famílias Reinserção e Redes

1. Quais dados ou evidências você considera fundamentais para avaliar os fatores que dificultam ou facilitam a inclusão da família no processo de cuidado?
2. De que forma o financiamento e a fiscalização das instituições podem apoiar ou comprometer estratégias de reinserção social e comunitária de mulheres após o acolhimento?

Família, reinserção, redes, **dialogando** *com coleta de dados, financiamento e fiscalização.*

Bloco V – Avaliação de Resultados / Avaliação e políticas públicas

1. Quais indicadores você considera mais adequados para avaliar os resultados do acolhimento feminino em programas de dependência química?
2. Que evidências seriam essenciais para orientar políticas públicas voltadas ao acolhimento feminino, garantindo avaliação transparente e baseada em impacto real?

Protocolos, indicadores, evidências, recomendações finais, **dialogando** *com avaliação de resultados e impacto institucional.*