



**VI CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS
VII SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS
VI CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

(Ordem patriarcal de gênero e relações sociais de sexo)

**Cuidado, estigma e mulheres: interfaces entre saúde coletiva,
serviço social e redução de danos**

Warlen Ribeiro da Cruz Oliveira¹
Flaviane Cristina de Oliveira Ferreira Delanos²

Resumo:

O estigma dirigido a mulheres que fazem uso de álcool e/ou outras drogas constitui uma barreira significativa ao acesso e à continuidade do cuidado em saúde, especialmente quando articulado a gênero, classe e raça. O artigo tem como objetivo descrever os impactos desse estigma no acesso aos serviços de saúde e discutir a importância da Política de Redução de Danos. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases PubMed e SciELO, complementada por documentos oficiais e referenciais do Serviço Social. Os resultados evidenciam que o estigma produz silenciamento, afastamento dos serviços e práticas punitivas, reforçando a necessidade de abordagens éticas, interseccionais e baseadas em direitos.

Palavras-chave: Estigma; Mulher; Drogas.

Abstract:

Stigma directed at women who use alcohol and/or other drugs constitutes a significant barrier to access and continuity of health care, especially when articulated with gender, class, and race. This article aims to describe the impacts of stigma on access to health services and to discuss the relevance of Harm Reduction policy. This is an integrative literature review conducted in the PubMed and SciELO databases, complemented by official documents and references from Brazilian Social Work. The findings show that stigma produces silencing, withdrawal from services, and punitive practices, reinforcing the need for ethical, intersectional, and rights-based approaches to care.

Keywords: Stigma; Women; Drugs.

¹ Assistente Social. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES). ribeiowarlen@gmail.com.

² Assistente Social, docente e pesquisadora da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Mestra em Política Social. fcof29@gmail.com.



1. INTRODUÇÃO

O estigma enfrentado por mulheres que fazem uso de álcool e/ou outras drogas constitui um fenômeno multifacetado, profundamente enraizado em construções socioculturais, morais e históricas, que incidem de forma diferenciada segundo o gênero. As normas sociais impõem padrões mais rígidos ao comportamento feminino, produzindo julgamentos mais severos quando comparados aos dirigidos aos homens, sobretudo quando o uso de álcool e/ou outras drogas tensiona papéis socialmente atribuídos às mulheres, como o cuidado, a maternidade e a responsabilidade moral (Ronzani; Furtado, 2010).

Essas normativas produzem processos de discriminação e marginalização que afetam diretamente as trajetórias de vida e de cuidado dessas mulheres, especialmente aquelas inseridas em contextos de vulnerabilidade social. O estigma opera, nesse sentido, como um dispositivo de exclusão que fragiliza vínculos sociais, compromete a autoestima e dificulta o acesso aos serviços de saúde, contribuindo para o agravamento de condições clínicas e sociais já existentes.

No campo da saúde, esse processo se expressa de forma contundente. Profissionais podem, consciente ou inconscientemente, reproduzir preconceitos morais e estigmatizantes, que se materializam em práticas punitivas, abordagens normativas e atendimentos desqualificados. Essas experiências comprometem a qualidade do cuidado e produzem barreiras simbólicas e institucionais que afastam mulheres dos serviços (Pepino, 2024).

No Brasil, o debate sobre álcool e/ou outras drogas têm sido historicamente atravessado por disputas entre modelos repressivos e abordagens orientadas pelos direitos humanos. A incorporação da Redução de Danos nas políticas públicas representa um deslocamento importante, ao reconhecer o uso de álcool e/ou outras drogas como um fenômeno complexo, situado e atravessado por determinantes sociais, rompendo com leituras exclusivamente moralizantes ou biomédicas (Brasil, 2003).

Além disso, o estigma relacionado ao uso de álcool e/ou outras drogas articula-se a marcadores estruturais como classe social, raça e gênero. Mulheres pobres e negras vivenciam maior vigilância institucional e menor acesso a cuidados humanizados, o que aprofunda desigualdades históricas no campo da saúde e evidencia a necessidade de abordagens interseccionais (Barata, 2009; Yazbek, 2018).

Nesse cenário, as contribuições do Serviço Social brasileiro tornam-se fundamentais para compreender o estigma como expressão da questão social e para fortalecer práticas profissionais comprometidas com a defesa de direitos, a equidade e a justiça social no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).



2. OBJETIVO

Descrever os impactos do estigma sofrido por mulheres que fazem uso de álcool e/ou outras drogas, sua influência no acesso aos serviços de saúde e a importância da Política de Redução de Danos, articulando contribuições da saúde coletiva e do Serviço Social brasileiro.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada a partir de busca na base de dados PubMed, utilizando os descritores combinados *Stigma AND Women AND Drugs*. Foram incluídos artigos completos, de acesso gratuito, publicados nos últimos dez anos, nos idiomas português e inglês, que abordassem o estigma relacionado ao uso de álcool e/ou outras drogas por mulheres e suas implicações no acesso aos serviços de saúde.

Foram excluídos estudos que não apresentavam relação direta com o tema após leitura de título e resumo, revisões de literatura, artigos que não abordavam o acesso ou o cuidado em saúde e duplicidades. Complementarmente, realizou-se busca na plataforma SciELO, além da utilização de documentos oficiais do Ministério da Saúde e referenciais teóricos do Serviço Social brasileiro.

Inicialmente, foram identificados 29 artigos. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 5 artigos compuseram a amostra final da revisão, sendo analisados de forma crítica e interpretativa.

4. RESULTADOS

Os estudos analisados evidenciam que o uso de álcool e/ou outras drogas entre mulheres no Brasil apresenta tendência de crescimento e enfrenta barreiras significativas no acesso aos serviços de saúde. Entre 2006 e 2018, observou-se um aumento de 42,9% no consumo abusivo de álcool entre mulheres, indicando mudanças sociais e comportamentais que demandam respostas qualificadas das políticas públicas (Brasil, 2019).

O Relatório Mundial sobre Drogas do UNODC (2024) aponta crescimento do uso de drogas entre mulheres em escala global, associado à baixa procura por tratamento, especialmente em contextos marcados por estigma, medo de punições institucionais e ausência de serviços sensíveis às especificidades de gênero.

Os estudos nacionais destacam que o estigma se expressa de forma mais intensa entre mulheres gestantes e mães, que relatam receio de perder a guarda dos filhos, sofrer sanções legais ou serem julgadas moralmente por profissionais de saúde, o que produz silenciamento, abandono do acompanhamento e afastamento dos serviços (Pepino, 2024).



5. DISCUSSÃO

Estigma, gênero e questão social: determinações estruturais do cuidado em saúde

O estigma associado ao uso de álcool e/ou outras drogas por mulheres deve ser compreendido como um fenômeno socialmente produzido, que expressa relações históricas de poder, moralidade e controle social. Conforme demonstram Ronzani e Furtado (2010), o estigma não se limita a atitudes individuais ou preconceitos isolados, mas opera como um mecanismo social que legitima exclusões, naturaliza desigualdades e orienta práticas institucionais discriminatórias, especialmente no campo da saúde. Essa compreensão permite deslocar o debate do plano moral para o plano estrutural, evidenciando como determinadas populações são historicamente construídas como “desviantes” ou “indignas” de cuidado.

Na perspectiva do Serviço Social brasileiro, o estigma deve ser analisado como uma mediação da questão social, isto é, como expressão das desigualdades produzidas pelas relações sociais capitalistas, patriarcais e racistas (Iamamoto, 2015). Ao individualizar problemas estruturalmente produzidos, o estigma reforça leituras moralizantes que desresponsabilizam o Estado e as políticas públicas, transferindo para os sujeitos a culpa por suas condições de vida e saúde. No campo do uso de álcool e/ou outras drogas, essa lógica contribui para a criminalização simbólica e institucional das mulheres, obscurecendo determinantes como pobreza, violência, precarização do trabalho e ausência de redes de proteção social.

A dimensão de gênero é central para compreender a intensidade com que o estigma incide sobre as mulheres. A construção social da feminilidade, historicamente associada à maternidade, ao cuidado e à abnegação, produz expectativas normativas que regulam os corpos e comportamentos femininos (Yazbek, 2018). Quando mulheres fazem uso de álcool e/ou outras drogas, especialmente se são mães ou gestantes, essas normas são tensionadas, produzindo processos intensos de culpabilização, vigilância e punição moral, tanto no âmbito social quanto institucional (World Health Organization, 2014).

Esses processos se agravam quando articulados a marcadores de classe e raça. Mulheres pobres e negras tendem a ser mais vigiadas, menos ouvidas e mais punidas nos serviços públicos, evidenciando a seletividade das práticas institucionais (Barata, 2009; Yazbek, 2018). O estigma, nesse contexto, não apenas afasta essas mulheres dos serviços de saúde, mas contribui para a reprodução de desigualdades históricas no acesso aos direitos sociais.

Assim, compreender o estigma como fenômeno estrutural implica reconhecê-lo como parte constitutiva das relações sociais que atravessam as políticas públicas e o cotidiano dos serviços de saúde. Para o Serviço Social, essa análise reforça a necessidade de práticas profissionais comprometidas com a leitura crítica da totalidade social e com a defesa de direitos, rompendo com abordagens moralizantes e individualizantes (Iamamoto, 2015; Netto, 2011).



Acesso à saúde, SUS e produção institucional das desigualdades

O acesso à saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, não pode ser reduzido à existência formal de serviços ou à disponibilidade de atendimentos. Conforme argumenta Cecílio (2001), o acesso é produzido no cotidiano das relações entre usuários, profissionais e instituições, sendo atravessado por dimensões simbólicas, políticas e organizacionais que podem tanto facilitar quanto bloquear a entrada e a permanência nos serviços. Nesse sentido, o acesso constitui um processo social complexo, profundamente marcado pelas desigualdades estruturais da sociedade brasileira.

Para mulheres que fazem uso de álcool e/ou outras drogas, o acesso aos serviços de saúde é frequentemente atravessado por práticas institucionais estigmatizantes, que se expressam por meio de julgamentos morais, desconfiança e abordagens centradas na abstinência como condição para o cuidado (Ronzani; Furtado, 2010; Pepino, 2024). Essas práticas produzem experiências de desqualificação do sofrimento, silenciamento e medo, comprometendo a construção do vínculo e favorecendo o abandono do acompanhamento em saúde.

Bravo (2006) destaca que o trabalho em saúde, quando desvinculado de uma perspectiva crítica, tende a reproduzir as desigualdades presentes na sociedade. A ausência de uma leitura ampliada da questão social favorece a adoção de práticas normativas e punitivas, que responsabilizam os sujeitos por suas condições de vida e saúde. No caso das mulheres que fazem uso de álcool e/ou outras drogas, isso se materializa em atendimentos marcados pela vigilância, pela ameaça de sanções institucionais e pelo reforço do estigma.

O Serviço Social, inserido historicamente no SUS, ocupa posição estratégica na mediação entre usuários, políticas públicas e equipes multiprofissionais. Conforme ressaltam Iamamoto (2015) e o CFESS (2012), a atuação profissional deve se orientar pela defesa do direito à saúde, pelo reconhecimento das desigualdades sociais e pela construção de práticas que ampliem o acesso e a permanência dos usuários nos serviços. Isso implica problematizar práticas estigmatizantes e fortalecer abordagens baseadas no acolhimento, na escuta qualificada e no respeito à autonomia.

O acesso à saúde, enquanto direito social, só se efetiva quando as políticas públicas reconhecem e enfrentam as desigualdades estruturais que atravessam as trajetórias das mulheres que fazem uso de álcool e/ou outras drogas (Cecílio, 2001; Bravo, 2006).

Dessa forma, enfrentar as barreiras de acesso ao cuidado exige transformações institucionais, investimento em formação permanente dos profissionais e fortalecimento de práticas interdisciplinares comprometidas com a equidade.



Redução de Danos, ética do cuidado e projeto ético-político do Serviço Social

A Política de Redução de Danos representa um deslocamento ético-político fundamental no campo do cuidado em saúde, ao romper com abordagens repressivas e abstencionistas que historicamente marcaram as políticas sobre drogas. Conforme estabelece o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), a Redução de Danos reconhece o uso de álcool e/ou outras drogas como um fenômeno complexo, situado e atravessado por determinantes sociais, priorizando a redução de riscos e danos sem impor a abstinência como condição para o cuidado.

Essa perspectiva dialoga de forma direta com o projeto ético-político do Serviço Social brasileiro, que tem como princípios a defesa dos direitos humanos, a liberdade, a justiça social e o compromisso com a emancipação dos sujeitos (CFESS, 2012). Para Iamamoto (2015), o exercício profissional crítico exige posicionamento ético diante das expressões da questão social, recusando práticas moralizantes e punitivas que reforçam desigualdades e violam direitos.

No trabalho com mulheres que fazem uso de álcool e/ou outras drogas, a Redução de Danos possibilita a construção de vínculos mais horizontais, baseados na escuta, no reconhecimento das experiências e na corresponsabilização pelo cuidado. Estudos indicam que essa abordagem favorece o acesso aos serviços, a permanência no acompanhamento e a redução de agravos, especialmente entre populações historicamente estigmatizadas (World Health Organization, 2014; UNODC, 2024).

Além disso, a Redução de Danos permite tensionar práticas institucionais que criminalizam e patologizam o uso de drogas, sobretudo quando realizado por mulheres. Ao afirmar o cuidado em liberdade, essa política contribui para a construção de respostas mais éticas, inclusivas e alinhadas aos princípios do SUS e da política de saúde mental (Brasil, 2003; Bravo, 2006).

Assim, a articulação entre Redução de Danos e Serviço Social fortalece práticas profissionais comprometidas com a transformação social, a defesa de direitos e a construção de políticas públicas que reconheçam a complexidade das experiências vividas por mulheres que fazem uso de álcool e/ou outras drogas, enfrentando o estigma de forma estrutural e não apenas individual.

Implicações para as políticas públicas e o trabalho profissional

As evidências discutidas neste estudo indicam que o enfrentamento do estigma exige respostas que ultrapassem intervenções pontuais ou individuais. Trata-se de um desafio que demanda transformações nas políticas públicas, na organização dos serviços e nas práticas profissionais, especialmente nos campos da saúde e da assistência social (Iamamoto, 2015; Yazbek, 2018).

Do ponto de vista das políticas públicas, torna-se fundamental incorporar de forma efetiva a perspectiva de gênero e a Redução de Danos nas estratégias de cuidado, reconhecendo as especificidades das mulheres e as desigualdades estruturais que atravessam suas trajetórias. A



ausência dessa abordagem tende a reforçar modelos excludentes e pouco responsivos às necessidades dessa população (World Health Organization, 2014).

No âmbito do trabalho profissional, especialmente do Serviço Social, impõe-se o desafio de fortalecer práticas críticas, comprometidas com a leitura ampliada da questão social e com a defesa intransigente dos direitos sociais. Isso implica investir em formação permanente, supervisão crítica e construção coletiva de estratégias de cuidado que enfrentem o estigma e promovam o acesso qualificado aos serviços (CFESS, 2012; Bravo, 2006).

Por fim, reconhecer e enfrentar os processos de estigmatização vivenciados por mulheres que fazem uso de álcool e/ou outras drogas é condição essencial para a consolidação de políticas públicas mais inclusivas, equitativas e comprometidas com os princípios do SUS e com o projeto ético-político do Serviço Social brasileiro (Netto, 2011; lamamoto, 2015).

Estigma, maternidade e controle institucional: tensionamentos entre cuidado e punição

A maternidade ocupa um lugar central na produção do estigma dirigido às mulheres que fazem uso de álcool e/ou outras drogas, funcionando como um potente operador moral e institucional. A construção social da mulher como principal responsável pelo cuidado e pela proteção dos filhos faz com que o uso de álcool e/ou outras drogas seja interpretado não apenas como um problema de saúde, mas como uma falha ética e moral grave. Conforme apontam Ronzani e Furtado (2010), essa associação reforça processos de culpabilização que extrapolam o campo da saúde, atingindo diretamente a legitimidade dessas mulheres enquanto sujeitas de direitos.

No contexto dos serviços públicos, especialmente da saúde e da assistência social, a maternidade frequentemente se converte em dispositivo de controle institucional. Mulheres que fazem uso de álcool e/ou outras drogas, sobretudo gestantes e mães de crianças pequenas, relatam medo de acessar os serviços em razão da possibilidade de sofrerem sanções, notificações compulsórias ou até mesmo a perda da guarda dos filhos (Pepino, 2024). Esse cenário evidencia como práticas que deveriam se orientar pelo cuidado acabam operando sob uma lógica punitiva, produzindo afastamento e silenciamento.

A literatura do Serviço Social brasileiro contribui de forma significativa para a compreensão desse fenômeno. Yazbek (2018) destaca que as políticas sociais, ao mesmo tempo em que oferecem proteção, podem assumir um caráter disciplinador, especialmente quando dirigidas às classes subalternas. No caso das mulheres pobres e negras, a maternidade passa a ser constantemente vigiada, avaliada e julgada, revelando a seletividade e o viés moralizante das intervenções estatais.

lamamoto (2015) ressalta que essas práticas se inscrevem no movimento mais amplo de individualização da questão social, no qual problemas estruturais são traduzidos como falhas



peçoais ou familiares. A responsabilização individual das mulheres pelo cuidado dos filhos, descolada das condições concretas de vida, obscurece determinantes como pobreza, ausência de políticas de cuidado, precarização do trabalho e violência de gênero, reforçando intervenções centradas no controle e não na garantia de direitos.

Do ponto de vista da saúde coletiva, esse controle institucional se expressa na priorização do feto em detrimento da mulher, especialmente durante a gestação. A Organização Mundial da Saúde (2014) alerta que abordagens que desconsideram a autonomia da mulher e reduzem seu corpo ao papel reprodutivo tendem a produzir desconfiança, afastamento dos serviços e piores desfechos em saúde. Assim, práticas que se apresentam como protetivas podem, paradoxalmente, ampliar riscos ao romper vínculos e dificultar o acompanhamento em saúde.

A defesa do cuidado em liberdade, da escuta qualificada e do reconhecimento das mulheres como sujeitas de direitos constitui um caminho essencial para enfrentar o estigma, deslocando o foco do controle moral para a garantia de proteção social e cuidado integral (Brasil, 2003; CFESS, 2012). Nesse sentido, torna-se fundamental reafirmar a centralidade da Redução de Danos e do projeto ético-político do Serviço Social na construção de respostas institucionais que rompam com a lógica punitiva.

6. CONCLUSÃO

O aumento do consumo de álcool entre mulheres no Brasil evidencia a urgência de abordagens em saúde que considerem as especificidades de gênero. O estigma associado ao uso de álcool e/ou outras drogas constitui uma barreira significativa ao acesso e à continuidade do cuidado, exigindo estratégias que promovam acolhimento, escuta qualificada e respeito à autonomia.

O fortalecimento da Política de Redução de Danos se apresenta como elemento central para compreender as complexidades que atravessam a realidade dessas mulheres, contribuindo para a construção de práticas de cuidado menos punitivas e mais sensíveis às singularidades.

A implementação de programas de educação permanente em saúde, com enfoque em gênero e Redução de Danos, pode favorecer a redução do estigma e a qualificação das práticas assistenciais. Reconhecer e enfrentar as experiências de estigmatização vivenciadas por mulheres que fazem uso de álcool e/ou outras drogas, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade, é fundamental para a consolidação de políticas públicas mais inclusivas e equitativas.



REFERÊNCIAS

Ayres, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/9z8qGJ5N4JmL7cVxLwZ6Y9d/>. Acesso em: 22 dez. 2024.

Barata, R. B. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 1-15, 2009.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/8xKZpQ6kPp3Z5dH9c3s9x8J/>.

Acesso em: 22 dez. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf.

Acesso em: 20 dez. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. **Consumo abusivo de álcool aumenta 42,9% entre as mulheres**. Brasília, 25 jul. 2019.

Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2019/julho/consumo-abusivo-de-alcool-aumenta-42-9-entre-as-mulheres>.

Acesso em: 18 dez. 2024.

Bravo, M. I. S. Política de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 2006.

Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2>.

Acesso em: 21 dez. 2024.

Cecílio, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: **IMS/UERJ**, 2001. p. 113-126.

Disponível em: <https://www.ims.uerj.br/wp-content/uploads/2018/02/Integralidade.pdf>.

Acesso em: 20 dez. 2024.

CFESS – CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Brasília: CFESS, 2012.

Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_2012.pdf.

Acesso em: 21 dez. 2024.

Iamamoto, M. V. Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: **Cortez**, 2015.



Netto, J. P. Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 17. ed. São Paulo: **Cortez**, 2011.

Pepino, C. M. Mulheres, álcool e drogas: pesquisa revela desafios no acesso à saúde. Belo Horizonte, 11 dez. 2024.

Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/mulheres-alcool-e-drogas-pesquisa-revela-desafios-no-acesso-a-saude/>.

Acesso em: 8 jan. 2025.

Ronzani, T. M.; Furtado, E. F. Estigma social sobre o uso de álcool. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, p. 326-332, 2010.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000400010>.

Acesso em: 22 dez. 2024.

UNODC – UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World drug report 2024**.

Vienna: UNODC, 2024.

Disponível em: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html>.

Acesso em: 15 jan. 2025.

World Health Organization. *Gender, equity and human rights in substance use*. Geneva: **World Health Organization**, 2014.

Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive>.

Acesso em: 22 dez. 2024.

Yazbek, M. C. Classes subalternas e assistência social. 9. ed. São Paulo: **Cortez**, 2018.