

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

JOÃO NUNES MAIDANA JÚNIOR

EXPERIÊNCIAS DE VIDA DE MULHERES USUÁRIAS DE DROGAS

**Porto Alegre
2021**

JOÃO NUNES MAIDANA JÚNIOR

Dissertação de mestrado apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Dr. Leandro Barbosa de Pinho

Área de concentração: Políticas e práticas em saúde e enfermagem

Porto Alegre

2021

CIP - Catalogação na Publicação

Maidana Júnior, João Nunes
Experiências de vida de mulheres usuárias de drogas
/ João Nunes Maidana Júnior. -- 2021.
110 f.
Orientador: Leandro Barbosa de Pinho.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS,
2021.

1. Enfermagem. 2. Saúde Mental . 3. Mulheres. 4.
Usuários de drogas. I. Barbosa de Pinho, Leandro,
orient. II. Título.

JOÃO NUNES MAIDANA JÚNIOR

EXPERIÊNCIAS DE VIDA DE MULHERES USUÁRIAS DE DROGAS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 19 de agosto de 2021.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho
Presidente da Banca – Orientador
PPGENF/UFRGS



Prof^a. Dr^a. Débora Schlotefeldt Siniak
Membro da banca
UNIPAMPA



Prof^a. Dr^a. Jussara Mendes Lipinski
Membro da banca
UNIPAMPA



Prof. Dr. Marcio Wagner Camatta
Membro da banca
PPGENF/UFRGS

AGRADECIMENTOS

Está chegando ao fim mais uma etapa desta agridoce caminhada.

O mestrado não representa apenas uma jornada acadêmica, mas também pessoal. Não é somente sobre a realização de um sonho, não só sobre chegar no objetivo, é sobre a escalada.

Em alguns momentos, cada passo dado, cada movimento, parecia difícil e fora da direção. Entretanto, fui cuidado pelo autor da vida, aquele que escreve minha história. Eu preciso aprender mais de Deus, porque é ele quem cuida de mim.

Agradeço à minha mãe Neiza, por acreditar nos meus sonhos e vivê-los comigo. Quando nem eu acredito no meu potencial, é você que me encoraja. Tuas experiências me motivam.

Aos meus avós, Alzerinda e Henrique (*em memória*), que me ensinaram a ter uma visão mais poética do mundo, das pessoas, da vida e do tempo.

Ao meu querido orientador Leandro Pinho, que me aceitou e acolheu neste ambiente tão desafiador. Para além de orientar, conduziu um sonho. Você é minha referência.

Aos meus irmãos, Leandro Maidana, Maria e Ana, que são minha extensão. Se vez ou outra nós brigamos é porque eu sei que nosso amor é incondicional.

Ao Douglas, pois você esteve comigo me incentivando em todos momentos, nos dias cinzas colocou cor.

Aos meus amigos de vida: Douglas Viana, Isabella Almeida, Julia Borges, Renata Pias, Luciana Rodrigues, Luciano Toscani e Uillian Rocha.

E aos amigos que o mestrado me presenteou: Fabiane, Isabella Vidor, Talita, Mariana e Rodrigo.

À minha banca, Débora, Jussara e Márcio. Vocês me inspiram.

Às mulheres personagens deste estudo por confiarem a coisa mais íntima que temos: nossas experiências.

O meu passado é a referência que me projeta e que eu devo ultrapassar. Portanto, ao meu passado, eu devo o meu saber e a minha ignorância, as minhas necessidades, as minhas relações, a minha cultura e o meu corpo.

(Simone de Beauvoir)

RESUMO

JÚNIOR, João Nunes Maidana. **Experiências de vida de mulheres usuárias de drogas.** Porto Alegre, 2021. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.

Introdução: quando uma mulher apresenta comportamentos que, de algum modo, destoam do caráter que a sociedade espera da mesma, aparece o estigma como uma construção social. Nesse sentido, a sociedade adota valores e concepções direcionadas por normas moralistas, e as histórias de vida das pessoas são menosprezadas. **Objetivo geral:** Conhecer as experiências de vida de mulheres usuárias de drogas. **Método:** Estudo qualitativo, com o uso de técnicas narrativas, realizado com seis mulheres que fazem ou fizeram uso de drogas, o cenário de estudo foi um Centro de Atenção Psicossocial II de um município do Rio Grande do Sul. O período de coleta foi de novembro à dezembro de 2020. Foram incluídas mulheres que faziam uso de drogas e maiores de 18 anos e que estavam em tratamento. Excluídas aquelas que apresentavam condições clínicas ou psiquiátricas que impediam de participar. A coleta de dados deu-se por observação livre, entrevista e genograma. Foi utilizada a Análise de Conteúdo modalidade Temática. Como referencial teórico utilizam-se os conceitos de estigma na literatura de Erving Goffman. Este estudo respeitou todos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Contou com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul com Certificado de Apreciação Ética número 38368620.3.0000.5327 sob parecer 4.366.261. **Resultados:** Nas mulheres participantes deste estudo, observou-se que as suas experiências de vida, ainda na infância, foram marcadas por vulnerabilidades relacionadas à saúde mental. Embora sem diagnóstico, nos seus relatos, muitas reconheceram sinais sugestivos de transtorno mental. A adolescência, na maioria, foi marcada pelo uso de drogas e, conseqüentemente, a perpetuação do estigma. Pelo contexto familiar de vulnerabilidade em saúde mental desde a infância, elas mantiveram comportamentos de isolamento social, rebeldia e distanciamento familiar durante essa fase. O uso da droga está associado à sensação de fuga da realidade para evitar determinados sentimentos negativos gerados pelo ambiente familiar. Percebemos, nos depoimentos analisados, que a relação entre as mulheres e seus companheiros foi potencializadora para agravamento de transtornos mentais e uso de drogas. A maternidade era carregada de culpa e buscavam reestabelecer e fortalecer o vínculo com os filhos, que sentiam-se envergonhados. **Considerações finais:** frente aos resultados obtidos, conhecer a repercussão do estigma nessas mulheres nos permite repensar o modelo de ser mulher construído pelo patriarcado, que limita as mulheres e que causa sofrimento àquelas que, de algum modo, não correspondem a um padrão de normalidade que a sociedade espera.

Palavras-chave: Enfermagem. Saúde mental. Mulheres. Usuários de drogas.

ABSTRACT

JÚNIOR, João Nunes Maidana. **Life experiences of woman drug users**. Porto Alegre, 2020. 111 f. Dissertation (Masters Degree in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

Introduction: when a woman presents behaviors that, in some way, conflict with the character that society expects of her, stigma appears as a social construction. In this sense, society adopts values and conceptions guided by moralistic norms, and people's life stories are undervalued. General objective: To know the life experiences of women drug users. **Method:** Qualitative study, with the use of narrative techniques, carried out with six women who use or have used drugs, the study setting was a Psychosocial Care Center II in a city in Rio Grande do Sul. The collection period was one of November to December 2020. Women who used drugs and over 18 years of age and who were undergoing treatment were included. Those who had clinical or psychiatric conditions that prevented them from participating were excluded. Data collection took place through free observation, interview and genogram. Content Analysis Thematic modality was used. As a theoretical framework, the concepts of stigma in Erving Goffman's literature are used. This study complied with all the ethical precepts established by Resolution 466/2012 of the National Health Council of the Ministry of Health. The Free and Informed Consent Term was signed. It was approved by the Research Ethics Committee of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Federal University of Rio Grande do Sul, with Certificate of Ethical Appreciation number 38368620.3.0000.5327 under opinion 4,366,261. **Results:** In the women participating in this study, it was observed that their life experiences, even in childhood, were marked by vulnerabilities related to mental health. Although undiagnosed, in their reports, many recognized signs suggestive of mental disorder. Adolescence, for the most part, was marked by drug use and, consequently, the perpetuation of stigma. Due to the family context of vulnerability in mental health since childhood, they maintained behaviors of social isolation, rebellion and family distancing during this phase. Drug use is associated with the feeling of escaping from reality to avoid certain negative feelings generated by the family environment. We noticed, in the analyzed statements, that the relationship between women and their partners was potentiating for the aggravation of mental disorders and drug use. Motherhood was loaded with guilt and sought to reestablish and strengthen the bond with the children, who felt ashamed. **Final considerations:** given the results obtained, knowing the repercussion of stigma on these women allows us to rethink the model of being a woman built by patriarchy, which limits women and causes suffering to those who, somehow, do not correspond to a standard of normality that society waits.

Keywords: Nursing. Mental health. Women. Drug users.

RESUMEN

JÚNIOR, João Nunes Maidana. **Experiencias de vida de las mujeres usuarias de drogas**. Porto Alegre, 2021. 111 f. Tesina (Maestría en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

Introducción: cuando una mujer presenta conductas que, de alguna manera, entran en conflicto con el carácter que la sociedad espera de ella, el estigma aparece como una construcción social. En este sentido, la sociedad adopta valores y concepciones guiadas por normas moralistas y se infravaloran las historias de vida de las personas. **Objetivo general:** Conocer las experiencias de vida de las mujeres usuarias de drogas. Método: Estudio cualitativo, con el uso de técnicas narrativas, realizado con seis mujeres que consumen o han consumido drogas, el escenario de estudio fue un Centro de Atención Psicosocial II en una ciudad de Rio Grande do Sul. El período de recolección fue uno de noviembre a Diciembre de 2020. Se incluyeron mujeres que consumían drogas y mayores de 18 años y que estaban en tratamiento. Se excluyó a quienes presentaban condiciones clínicas o psiquiátricas que les impedían participar. La recolección de datos se realizó mediante observación, entrevista y genograma gratuitos. Se utilizó la modalidad temática de análisis de contenido. Como marco teórico, se utilizan los conceptos de estigma en la literatura de Erving Goffman. Este estudio cumplió con todos los preceptos éticos establecidos por la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud y se firmó el Término de Consentimiento Libre e Informado. Fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidad Federal de Rio Grande do Sul, con Certificado de Apreciación Ética número 38368620.3.0000.5327 bajo opinión 4.366.261. **Resultados:** En las mujeres que participaron en este estudio, se observó que sus experiencias de vida, incluso en la niñez, estuvieron marcadas por vulnerabilidades relacionadas con la salud mental. Aunque no han sido diagnosticados, en sus informes, muchos reconocieron signos sugestivos de trastorno mental. La adolescencia, en su mayor parte, estuvo marcada por el consumo de drogas y, en consecuencia, la perpetuación del estigma. Debido al contexto familiar de vulnerabilidad en salud mental desde la infancia, mantuvieron comportamientos de aislamiento social, rebeldía y distanciamiento familiar durante esta fase. El consumo de drogas está asociado a la sensación de escapar de la realidad para evitar ciertos sentimientos negativos que genera el entorno familiar. Notamos, en las declaraciones analizadas, que la relación entre las mujeres y sus parejas se potenciaba para el agravamiento de los trastornos mentales y el consumo de drogas. La maternidad estaba cargada de culpa y buscaba restablecer y fortalecer el vínculo con los niños, que se sentían avergonzados. **Consideraciones finales:** dados los resultados obtenidos, conocer la repercusión del estigma en estas mujeres nos permite repensar el modelo de mujer construido por el patriarcado, que limita a las mujeres y provoca sufrimiento a quienes, de alguna manera, no corresponden a un estándar de normalidad. que la sociedad espera.

Palavras clave: Enfermería. Salud Mental. Mujeres. Consumidores de drogas.

LISTA DE GENOGRAMAS

| | |
|--|-----------|
| Genograma 1 – Família de Helena | 44 |
| Genograma 2 – Família de Juliana | 49 |
| Genograma 3 – Família de Madalena | 53 |
| Genograma 4 – Família de Adriana | 57 |
| Genograma 5 – Família de Sandra | 62 |
| Genograma 6 – Família de Ana | 66 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

IST – Infecção Sexualmente Transmissíveis

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. APRESENTAÇÃO | 13 |
| 2. OBJETIVOS | 18 |
| 2.1. Objetivos geral | 18 |
| 2.2. Objetivos específicos | 18 |
| 3. DELINEANDO O OBJETO DE ESTUDO | 19 |
| 3.1. Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental | 20 |
| 3.2. Percorrendo os diferentes contextos históricos das drogas | 28 |
| 3.3. Pressupostos de pesquisa | 33 |
| 4. REFERENCIAL TEÓRICO | 36 |
| 5. ASPECTOS OPERACIONAIS DA PESQUISA | 39 |
| 5.1. Tipo de estudo | 39 |
| 5.2. O cenário de estudo | 40 |
| 5.3. Participantes da pesquisa | 40 |
| 5.4. Coleta de dados | 41 |
| 5.5. Critérios de inclusão e exclusão | 41 |
| 5.6. Análise de dados | 42 |
| 5.7 Aspectos éticos de pesquisa | 42 |
| 6. Experiências de vida | 44 |
| 6.1. Experiências de vida de Helena | 44 |
| 6.2. Experiências de vida de Juliana | 49 |
| 6.3. Experiências de vida de Madalena | 53 |
| 6.4. Experiências de vida de Adriana | 57 |
| 6.5. Experiências de vida de Sandra | 62 |
| 6.6. Experiências de vida de Ana | 66 |
| 7. Percorrendo os ciclos de vida | 70 |
| 7.1. Experiências da infância | 70 |
| 7.2. Experiências da adolescência | 74 |
| 7.3. Formando uma nova família | 80 |
| 7.3.1. O casal – Divórcios e rompimento | 81 |

| | |
|--|------------|
| 7.3.2. As experiências da maternidade | 84 |
| 7.4. Seguindo em frente | 87 |
| 8. Considerações finais | 91 |
| REFERÊNCIAS | 93 |
| APÊNDICES | 101 |
| APÊNDICE A - ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA | 101 |
| APÊNDICE B – TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 102 |
| APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO DE USO DE DADOS | 104 |
| APÊNDICE D – CARTA DE ANUÊNCIA | 105 |
| ANEXO E – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP | 108 |

1. APRESENTAÇÃO

Ao longo de minha trajetória como enfermeiro, percebi que é preciso estar disposto a se desprender de tabus e preconceitos diários, para lidar com as diferenças. Desde que compreendi o compromisso de ser um profissional da saúde, minhas ações são voltadas ao campo da saúde mental, em especial às mulheres. Mulheres essas que riem, choram, são livres e merecedoras, assim como todos, de espaço de fala e direitos. Como implicação não só profissional, mas também de vida, assumi esta responsabilidade de contribuir com essas mulheres, na direção de dar voz e protagonismo a elas.

É inevitável não me remeter às lembranças da minha trajetória ao construir esta dissertação. Olhar o caminho percorrido, os erros e acertos, os encontros e desencontros, sobretudo, das pessoas que me ajudaram a construir este olhar sensível às mulheres, permitindo-me adentrar os espaços onde elas estavam, fomentando meu desejo de estudar sobre elas no campo da saúde mental.

Percebi esse desejo maior a partir do quinto semestre, durante as práticas da disciplina de Saúde da Mulher. Nesse espaço, especializado em Saúde da Mulher, acompanhei a enfermeira na realização dos exames Papanicolau. Para longe de apenas acompanhar uma mulher em um exame íntimo, conheci histórias, desejos, limites e angústias.

Nas sextas-feiras, o atendimento destinado às usuárias do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II). Durante a realização do exame, era comum aparecerem sintomas de ansiedade, choro, medo, mas também várias delas descreviam suas experiências de vida e como era conviver em sociedade com o sofrimento mental.

Mulheres estas que, por mais que tivessem uma história de vida sofrida, conseguiam expressar seus sentimentos e experiências do cotidiano. Falavam sobre os desafios da maternidade, a relação com a família, relacionamentos afetivos e o trabalho. Algumas, no entanto, em franco sofrimento, descrevendo situações em que o transtorno mental era a marca de uma sociedade que a excluía e a segregava.

Lembro-me de algumas dessas situações, como as de Mara, Rita e Aline.

Mara tinha 35 anos, era casada havia 15 anos com João, seu primeiro namorado. Diagnosticada com depressão e obesidade, expressava que não sentia alegria de viver e que todos ao seu redor estavam cansados de cuidá-la. Os “problemas”, em seu entendimento, eram maiores do que a luta por uma vida mais digna e humana. Sentia-se frustrada, por acreditar que falhara como mulher, sequer conseguia manter a casa ordenada.

Rita, uma mulher de 40 anos, solteira, com diagnóstico de esquizofrenia, referiu que antigamente “namorava” bastante outros usuários do CAPS. Relatou algumas experiências de sofrimento por conta do preconceito com a loucura e por ter sido usuária de drogas na adolescência. Seus vizinhos a consideravam louca e irresponsável por já ter sido internada em uma unidade psiquiátrica após um surto psicótico depois da separação conjugal. Mesmo nunca mais tendo utilizado drogas desde o início da fase adulta, todos a associam como “drogada”.

Já Aline tinha 26 anos e possuía diagnóstico de Transtorno Bipolar. Relatou que sua família era religiosa, que seu diagnóstico era devido à presença de “coisas ruins”. Por esse motivo, a família desencorajava a permanência da usuária no CAPS, pois sentiam-se envergonhados por considerarem ser um local de “pessoas loucas” e acreditavam que ela não estava curada do transtorno por falta de fé.

Experiências de mulheres que, em sua plenitude, manifestam desejos de viver e as marcas de uma sociedade ainda preconceituosa e excludente. Mulheres essas incapazes de manter a convivência. Essas mulheres trouxeram à tona o quanto eram estigmatizadas pela sociedade e o quanto isso prejudicava aspectos tão singulares de sua vida, ao abordarem suas relações conflituosas com o corpo e a sexualidade.

Diante dessas preocupações, desenvolvi meu Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado “*A saúde sexual de mulheres com transtornos mentais: rompendo tabus*”. Foi nesse estudo que pude aprofundar comportamentos e concepções sobre o corpo, a saúde sexual e como elas viam esse processo ao conviverem com o transtorno mental.

As mulheres possuíam um bom conhecimento sobre os riscos de contrair Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Se essas mulheres tinham um

conhecimento preciso sobre a dinâmica dessas infecções e seus aspectos clínicos, os discursos revelavam que a falta de estratégias de prevenção, como o uso da camisinha, era muito mais uma preocupação com o corpo e com o voto de confiança no parceiro do que com a doença em si.

Ainda durante a graduação, me foi oportunizado um intercâmbio na Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha em Sevilha, na Espanha. Meu campo de atuação foi nas atividades de promoção da saúde para populações vulneráveis, em especial com a população imigrante. Com mulheres nessas condições, ministrava grupos sobre temáticas que envolviam saúde da mulher e saúde mental. Tive a oportunidade de conhecer serviços específicos que promovem o atendimento a essa população, atuando principalmente com os temas da redução de danos, de atendimento de mulheres em situação de prostituição e uso de drogas.

Quando retornei ao Brasil, mantive o desejo de explorar ainda mais o tema do uso de drogas, refletindo sobre o contexto sociocultural relacionado ao ser mulher e às repercussões de ser usuária de substâncias psicoativas. A partir disso, passei a refletir: Em que espaços sociais essas mulheres circulam? Qual é a relação que estabelecem com a família? Que serviços de saúde frequentam? Como se cuidam? E mais do que isso: Quais desdobramentos o uso da droga trouxe às suas relações e à sua vida?

Cuidar de mulheres usuárias de drogas pressupõe olhar para o seu contexto de vida, sua família, seu trabalho e buscar compreender como suas experiências libertadoras ou excludentes podem nos ensinar. Quais foram os principais desafios enfrentados na busca por atenção especializada e, mais do que isso, o que esperam da sociedade que as trata duplamente como diferentes.

Na perspectiva de superar a lógica dos modelos tradicionais de cuidado e repensar a construção social implicada na temática, usaremos emprestado o conceito de **analisador**. Desse modo, identificar o analisador nos possibilita realizar reflexões acerca do tema, elucidando os desafios que atravessam a vida dessas mulheres. Segundo Romagnoli (2014):

Os analisadores podem ser entendidos como efeitos ou fenômenos que emergem como resultado de um campo de forças contraditório e

incoerente, porta-vozes dos conflitos em assídua oposição ao harmônico e ao estático acalentados pela instituição. Os analisadores irrompem nas organizações de forma a mostrar que elas não apenas reproduzem o que já estava previsto, mas também produzem o impensado, o conflitivo, revelando a ação do *instituente*, possibilitada pelo aflorar do negativo não integrado no equilíbrio institucional. (ROMAGNOLI, 2014, p.8)

Considero, portanto, que o conhecimento sobre as histórias dessas mulheres revela potencialidades e fragilidades, mostra um cenário social que as engloba e que, ao mesmo tempo, as exclui. Mais do que isso, o analisador traz à tona a questão latente que envolve o uso da droga, que vai para além do campo dos efeitos físicos, mas principalmente desponta para uma análise das relações com a família, com o contexto, com a realidade. Assim, trazendo à superfície as **experiências de vida de mulheres usuárias de drogas**, entendo que poderemos explorar aspectos relacionados à aceitação social e à estigmatização.

Dessa forma, os familiares de usuárias de drogas também vivenciam o sofrimento e o estresse de conviver diariamente com as consequências resultantes do abuso de drogas, como o estigma e o preconceito da comunidade, que se manifestam por meio de atitudes e ofensas (RODRIGUES et al., 2018). Assim, as questões relacionadas ao uso de drogas tornam-se complexas, acarretando sentimentos não só à usuária, que se torna uma pessoa desacreditada socialmente, mas também à família, que necessita lidar com o estigma.

Nessa lógica, quando uma mulher apresenta comportamentos que, de algum modo, destoam do caráter que a sociedade espera da mesma, aparece o estigma como uma construção social, ou seja, um fenômeno que só aparece quando o indivíduo está inabilitado para uma aceitação social plena (GOFFMAN, 2004). Nesse sentido, em grupos sociais específicos, o estigma provoca segregação e a construção de uma determinada carreira moral, responsável pela preservação dessas características excludentes.

O estigma pode, no entanto, ser compreendido da análise das sequências interacionais, a partir daquilo que os participantes silenciam, amenizam ou tornam relevante (BIAR, 2015). Assim, acreditamos que as narrativas são maneiras de essas mulheres de se comunicarem de forma clara e, também, de desconstrução desses rótulos desviantes. Desse modo, entendem-se como rótulos desviantes as

negociações ocultas realizadas por um grupo de pessoas que, em ações conjuntas, decidem o quê e rotulam o que deve ser considerado às margens da fronteira da normalidade. (BIAR, 2015)

Para Goffman (2004), não há maneira de se conhecer como se desenvolvem os estigmas em uma sociedade ou em um grupo específico, de forma a superá-los ou evitá-los, sem que haja uma compreensão plena dos fenômenos que envolvem o grupo estigmatizado. Isso quer dizer explorar as experiências de vida que sejam produto ou produtoras de sofrimento, assim como características negativas impostas pelas forças sociais, culturais e políticas nesse contexto.

Nesse sentido, a sociedade adota valores e concepções direcionados por normas moralistas, e as histórias de vida das pessoas são menosprezadas e relegadas a um segundo plano (BARD et al., 2016). Por isso, entendo que descrever a narrativa de mulheres usuárias de drogas seja uma forma mais clara e ampla de dar solução a essa realidade sociocultural.

Diante do exposto, tenho a seguinte questão de pesquisa: **Quais as experiências de vida de mulheres usuárias de drogas?**

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Conhecer as experiências de vida de mulheres usuárias de drogas.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar situações e contextos em que o uso da droga foi evento gerador de estigma.

Conhecer repercussões ocasionadas pelo uso das drogas nas relações sociais.

3. DELINEANDO O OBJETO DE ESTUDO

Para compreender a prática de cuidado às pessoas usuárias de drogas, torna-se necessário perpassar pela contextualização histórica do processo de saúde mental, dos impactos da Reforma Psiquiátrica e, também, pelo contexto sociocultural das drogas. Acreditamos que discutir esses fenômenos nos possibilita compreender a complexidade do cenário atual de cuidado, e nos faz refletir sobre as possibilidades para minimizar estigmas vividos por essas pessoas.

A Organização Mundial de Saúde (2006) definiu como droga qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento. Portanto, conforme aponta Filho (2012), a droga sempre esteve presente na história e assumiu diferentes significados em diversas ocasiões ao longo da história da humanidade. Além disso, existem muitos aspectos relacionados a ela, que são indissociáveis e particulares de cada cultura.

Difícil conceituar uso de drogas sem olhar, de maneira mais complexa, para um fenômeno que é multifatorial. Isso porque a relação que o sujeito estabelece com a substância pressupõe uma análise da organização da sociedade, seus conflitos, referências e momentos históricos específicos.

O processo de formulação das políticas sobre drogas insere-se dentro das contradições da implantação concreta do SUS e da efetivação da Reforma Psiquiátrica. Situa-se também, portanto, no contexto das disputas entre interesses públicos e privados na saúde (GOMES-MEDEIROS et al., 2019).

Com o movimento da Reforma Psiquiátrica, há uma necessidade de reposicionar o papel da droga e do usuário na vida social, tanto com a ampliação do olhar conceitual sobre essa relação, como com a abertura de dispositivos externos à rede hospitalar psiquiátrica.

Atualmente, tem-se buscado ressignificar o cuidado voltado aos usuários de drogas, através de uma produção em saúde que tece uma rede articulada com processos sociais, questões subjetivas, e pelo avanço da compreensão da própria rede, para além das fronteiras de um serviço, na busca de ampliar cada vez mais a

comunicação entre profissionais e os próprios usuários (VASCONCELOS; MACHADO; PROTAZIO, 2014).

Para refletir sobre esses aspectos e no tema mulheres usuárias de drogas, considero fundamental, para o delineamento do objetivo de estudo e problema de pesquisa, não só as definições conceituais do fenômeno, mas, sobretudo, as políticas de saúde mental e Reforma Psiquiátrica, seus aspectos históricos e sociais, além dos reflexos na produção de cuidado. A partir disso, foram organizadas categorias que contemplassem esses aspectos, contextualizando-os historicamente, numa perspectiva reflexiva para guiar o delineamento do problema e pressupostos de pesquisa.

3.1. Reforma Psiquiátrica e as políticas de saúde mental

O saber em saúde mental introduzido pelo movimento da Reforma Psiquiátrica se constitui num intenso processo de novas práticas, a partir de dimensões epistemológicas, jurídico-políticas, socioculturais e técnico-assistenciais (AMARANTE, 2009). Dimensões essas que ocorrem dialeticamente, numa relação que é de interdependência.

A **dimensão epistemológica** trata de um conjunto de questões que se situam no campo teórico-conceitual e que dizem respeito à produção dos saberes científicos que fundamentam o saber/fazer médico-psiquiátrico. Ela também objetiva desconstruir conceitos produzidos pelo referencial epistêmico da psiquiatria, tais como o conceito de alienação/doença mental (AMARANTE, 2009). A dimensão epistemológica da Reforma discute conceitos inerentes à constituição da loucura como fenômeno social, e a historicidade desse fenômeno e suas marcas ao longo do desenvolvimento da sociedade. A compreensão sobre a loucura teve variações ao passar dos anos, levando às distintas perspectivas de acordo com a época (PESSOTTI, 1994).

No fim da Idade Média e na Renascença, a loucura era vista como uma expressividade do sujeito envolvida em mistério, muitas vezes, associada a forças místicas sobrenaturais, na qual o louco se apresenta como o revelador das

contradições e hipocrisias da sociedade. Durante o Classicismo, o internamento dos loucos e leprosos tinha o objetivo de segregar, pois a loucura passou a ser vista como a fragmentação da articulação corpo-alma, afetada pelas paixões descontroladas, no desequilíbrio das causalidades mecânicas, na construção da conduta irracional e de um campo de irrealidade associado à criminalidade (SILVEIRA; SIMANKE, 2009).

Na Idade Moderna, por exemplo, a loucura, que antes era vista como possessão diabólica, passa a ser tratada no campo da exclusão junto aos pobres, desempregados, mendigos e velhos, uma vez que eram considerados improdutivos para a sociedade. Lugares para alojá-los se multiplicavam, e os castigos físicos e as punições eram frequentes (FOUCAULT, 2000; DESVIAT, 2015). Dentro desse contexto histórico surge o precursor da psiquiatria moderna, Philippe Pinel, que materializa a loucura como doença, sendo essa doença um objeto a ser conhecido e estudado pela ciência médica moderna (FOUCAULT, 2000).

Dessa forma, diante das causas “morais” da loucura, Pinel acreditava ser possível revertê-la através da educação, empregando processos disciplinares em seus pacientes através de um “tratamento moral”. Este tratamento, como reeducativo, operava ao nível de convencimento do paciente, buscando a modificação de comportamentos tidos como inadequados (PESSOTTI, 1994). Durante muito tempo, o modo de cuidar adotado por Pinel não foi vencido.

Embora as contribuições de Pinel tenham sido importantes para o conhecimento em saúde mental, a institucionalização e a eficácia do Tratamento Moral passaram a ser contestadas. Após a Segunda Guerra Mundial os questionamentos acerca dos tratamentos psiquiátricos se intensificaram ainda mais, pois havia o desejo de se ter uma sociedade mais justa e solidária, tornando-se o estopim para o início dos primeiros movimentos de reforma no mundo¹ e no Brasil (DESVIAT, 2015).

¹ Nos anos de 1950 e 1960, podemos citar o surgimento das Comunidades Terapêuticas e a Psicoterapia Institucional Francesa, que tinham como princípio a humanização do aparato manicomial, não a substituição (AMARANTE, 2008). Mais tarde surgiram as propostas da Psiquiatria de Setor na França e Psiquiatria Preventiva, que acreditavam que o modelo hospitalar estava enfraquecido e que o mesmo deveria ser desmanchado. (BIRMAN; COSTA, 1994) A Antipsiquiatria teve início na Inglaterra no final dos anos de 1950. Pensada por Ronald Laing e David Cooper,

O movimento da Psiquiatria Democrática Italiana foi o precursor da estruturação de novos processos reformadores no mundo inteiro. Protagonizado por Franco Basaglia, esse movimento conseguiu atingir uma importante diminuição dos leitos psiquiátricos, a partir da implantação de ideologias técnicas e políticas avançadas para ressituar o lugar do sujeito no mundo (MELMAN, 2008).

O conceito de desinstitucionalização introduzido por Basaglia foi fundamental para o avanço deste processo. Para ele, desinstitucionalizar passou a designar as múltiplas formas de tratar o sujeito em sua existência e em relação com as condições concretas de vida, tornando-se criação de possibilidades, produção de sociabilidades e subjetividades. O sujeito da experiência da loucura, antes excluído do mundo da cidadania, antes incapaz de obra ou de voz, torna-se sujeito, e não objeto de saber (AMARANTE, 2009).

Inspirada por esse movimento, a Reforma Psiquiátrica brasileira procurou desconstruir a lógica de exclusão manicomial em prol de novas estratégias de atendimento ao sujeito em sofrimento psíquico, ampliando a discussão acerca da psiquiatria e seu modelo de assistência, bem como sobre os preconceitos e o estigma estabelecido em torno do conceito de periculosidade do louco. Atualmente, esses conceitos estão evidenciados nas políticas públicas em saúde, na legislação e nos serviços de atenção à saúde mental no Brasil (AMARANTE, 2007).

É nesse sentido que, conforme Amarante (2009), a Reforma Psiquiátrica alcança sua **dimensão técnico-assistencial**. Assim, ela está ligada à dimensão conceitual, pois nela se concentra a construção de serviços substitutivos ao manicômio. Historicamente, o modelo de tratamento até então estava pautado no isolamento, na tutela, na vigilância, na repressão e na disciplina e o manicômio sendo um local de sujeitos sem direitos e estigmatizados (MELO, 2012).

Na América Latina, a reestruturação da psiquiatria se deu junto das discussões que aconteciam no mundo, consolidando-se no evento conhecido como Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica. Promovido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 1990. Neste evento, os

defendia a existência de uma nova corrente doutrinária que tinha por característica principal contestar a validade da Ciência Médica para resolver os problemas psiquiátricos. (PESSOTTI, 1994).

países latinos foram estimulados a construir alternativas viáveis de assistência, levando em consideração a complexidade dos sistemas locais de saúde e a necessidade de reestruturar o modelo hospitalocêntrico (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1990).

Ao final desta Conferência, a Declaração de Caracas, documento assinado por países da região, demonstrou a preocupação para com a necessidade de revisão dos processos assistenciais relacionados à organização dos serviços de saúde, em torno de uma lógica mais comunitária. Desse modo, a reforma dos serviços de saúde passa pelo reconhecimento da cidadania e do tratamento em liberdade, é fundamental também mudar os marcos regulatórios para motivar a abertura e a reestruturação de serviços de saúde mental (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1990).

No Brasil, os primeiros movimentos desta reforma foram implementados em Santos, Estado de São Paulo, que tiveram um papel importante no desenvolvimento de um modelo adaptado às especificidades da realidade brasileira e deram contribuições valiosas para os primeiros passos na construção de uma política nacional de saúde mental (ALMEIDA, 2019).

Dentre as primeiras experiências de atenção psicossocial que surgiram com a Reforma Psiquiátrica em nosso país, destaca-se a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS de Santos, produzindo estratégias inovadoras e singulares de saúde (LAVRADOR; RIBEIRO, 2015). Dessa forma, os NAPS consolidaram-se como serviços de referência de uma ampla rede de cuidados, regionalizados, com responsabilidade por toda a demanda da região, independentemente de sua gravidade, oferecendo cuidados 24 horas, inclusive internação (TENÓRIO, 2002).

Destacam-se, também, os Serviços de Residencial Terapêuticos, porque, após o início da implantação e a consolidação da Reforma Psiquiátrica, houve um aumento, em especial na década de 90, da busca de um novo local para as moradias no processo de desinstitucionalização de pacientes com longas internações, então residentes nos hospitais psiquiátricos, sem vínculos familiares (SUIYAMA; ROLIM; COLVERO, 2007).

Logo, a criação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira foi outro acontecimento marcante nos novos paradigmas de cuidados em saúde mental no Brasil. Funcionando desde 1987, o CAPS tornou-se uma espécie de exemplo irradiador, contagiando as demais experiências de atenção psicossocial no Brasil (LAVRADOR; RIBEIRO, 2015).

Desse modo, destaca-se que o fomento à construção desta rede de saúde mental, atualmente, também está alicerçado na Portaria 3.088 de 2011² da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, que integram e articulam os diferentes pontos de atenção em saúde mental, contemplando serviços como SAMU, prontos-socorros, UPA 24 horas, unidades básicas de saúde e o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS (BRASIL, 2011). Como exemplo dessas intervenções de saúde pública, temos a criação dos Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e outras drogas – CAPS AD.

Neste serviço especializado, busca-se respeitar as escolhas dos usuários e atender às demandas para além do uso de drogas, e estabelecer vínculos importantes com esses indivíduos. Tendo em vista que a lógica de trabalho é de lidar com todas as dimensões de vulnerabilidade causadas pelo vício, tanto no âmbito psicológico quanto no social, ele oferta serviços que buscam atender a tais demandas de maneira integrada. Contudo, revela-se que as mulheres ainda são minorias nesse serviço, devido à vergonha e ao estigma (LACERA; FUENTES-ROJA, 2017).

Estudo de Levy (2016) evidenciou que, quanto mais abertos eram os espaços terapêuticos aos desejos e necessidades dos usuários, maior era a frequência, que logo caía quando havia rigidez quanto a fazer a atividade programada, sem espaço para outras possibilidades. Assim, o CAPS AD é um dispositivo que oferece possibilidades no tratamento que não se baseiam apenas nos desejos institucionais, mas nas demandas singulares dos usuários.

² Essa portaria define os “hospitais de referência” como pontos de atenção e tenta estipular o tempo de internação como curta permanência. Ainda, marca a intencionalidade de manter o fechamento progressivo dos leitos em hospitais psiquiátricos, definindo que eles só podem coexistir com a RAPS em lugares onde o processo de implementação não está completo. (TRAPÉ; CAMPOS, 2017)

Dessa forma, o modelo psicossocial tem como premissa a construção do conhecimento por meio da intervenção/transformação efetiva da realidade, articulando o discurso, a análise e a prática. Orientado pelos pressupostos epistemológicos, incorporou mudanças estruturantes na organização da rede de atenção, ao mesmo tempo em que possibilitou uma ruptura teórico-técnica com um modelo que incentivava a exclusão. Nenhuma proposta de reforma, no entanto, seria efetiva sem que houvesse uma significativa transformação do aparato técnico-jurídico, fundamental para construir e sustentar a Reforma no cotidiano.

Assim, com a participação de todos os setores da sociedade na defesa dessas questões é que a **dimensão jurídico-política** da Reforma Psiquiátrica se configura. A loucura, nesse momento, deixaria de ser sinônima de periculosidade, irracionalidade e incapacidade, e passa a ser compreendida como a existência de um sofrimento na sua relação com o corpo social (CÉZAR, 2014). Trata-se, neste caso, conforme Amarante (2009), de reescrever diretrizes e políticas públicas, nacionais ou locais, tornando-as mais justas, igualitárias e, sobretudo, inclusivas.

É importante destacar que, até os anos de 1980, não existia uma política de saúde mental no Brasil. O sistema psiquiátrico era centralizado em hospitais psiquiátricos, com uma prática de cuidado onde existiam violência e violação dos direitos humanos. Porém, os movimentos iniciados a partir das décadas de 80 e 90 foram o que tornou possível a aprovação, anos depois, da Lei da Reforma Psiquiátrica em 2001.

Assim, a formulação de um aparato legislativo e jurídico que reconheça o louco como cidadão é essencial para uma efetiva transformação social. Nessa perspectiva, em 1989, deu entrada no Congresso Nacional o projeto de lei do deputado Paulo Delgado, propondo a extinção dos manicômios e a oficialização da assistência psiquiátrica comunitária no Brasil. Paralelamente, começou-se a implantação dos chamados serviços substitutivos de atendimento psiquiátrico, visando atender às pessoas com transtornos psiquiátricos sem recorrer à internação (DELGADO et al., 2007). Salienta-se que as internações somente podem ser evitadas se os usuários tiverem vínculo com serviços da rede, especialmente a

Atenção Básica, que tem potencialidades para detectar necessidades de cuidados em saúde mental e oferecer a atenção adequada, sem demandar uma internação. (ZANARDO et al., 2017)

É importante destacar que houve confronto de ideologias e, principalmente, a pressão política do setor privado contribuiu para a demora da aprovação da lei e gerou alterações em seu texto. Por fim, após doze anos de tramitação e acompanhada por um caminho de mobilização científica, política e social, por um lado, e de resistências por outro, em 6 de abril de 2001 foi promulgada a Lei Federal 10.216 (TENÓRIO, 2002).

As políticas de saúde mental no Brasil geraram uma profunda transformação no modo de cuidar. É importante, no contexto político atual, pensar em formas de melhorar e dar continuidade a estes avanços, garantindo a participação de todos atores que são relevantes nesse cenário, fortalecendo o conhecimento científico e reavivando os preceitos da Reforma Psiquiátrica, sendo fundamental discutir os aspectos relacionados à **dimensão sociocultural**.

Nessa ótica, a transformação do pensamento da sociedade, no que diz respeito ao lugar social da loucura, que historicamente encontra-se relacionada com a incapacidade dessas pessoas em estabelecer relações sociais e simbólicas, é um importante objetivo da dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica (BOTTI; TORRÉZIO, 2014).

Desse modo, discutir sobre a dimensão sociocultural nos possibilita uma visão ampliada da Reforma Psiquiátrica e não a reduzir à simples reforma de serviços e organização de rede de cuidados médico-psicológicos e assistenciais, ao passo que há possibilidade de essa dimensão remeter a transformações no imaginário social e ao espaço de ações coletivas, de mobilização e invenção de novos modos de reprodução social (AMARANTE; TORRE, 2017).

A sensibilização da sociedade acontece através de atividades científicas, culturais, políticas, etc. Um exemplo disso é a criação do Dia Nacional da Luta Antimanicomial, em 18 de maio, que é comemorado com diversas atividades: exposição e venda de produtos artesanais produzidos por usuários dos serviços substitutivos de saúde mental, debates e desfiles. Essas atividades são importantes

para defender a desinstitucionalização e o convívio social dos portadores de sofrimento mental, na busca de minimizar os estigmas que persistem (BOTTI; SANGIOVANNI, 2008).

Ressalta-se que a arte e a cultura compõem-se como dimensão estratégica, uma vez que dizem respeito ao envolvimento da sociedade na discussão da Reforma Psiquiátrica com o objetivo de provocar o imaginário social a refletir sobre o tema da loucura, além da viabilização de outras atividades e iniciativas culturais e artísticas das pessoas em sofrimento psíquico (AMORIM; SEVERO, 2019).

Essas ações oportunizam à sociedade participar das transformações do cuidado em saúde mental, tendo em vista que repercutem no cotidiano dos serviços, na prática profissional e no imaginário social. A dimensão sociocultural é um potencializador na tentativa de minimizar o estigma a essas pessoas, do mesmo modo que traz ao “louco” o protagonismo da sua história. No entanto, reconhecemos que talvez este seja o maior desafio do processo, que é mudar a relação da história e da sociedade com o diferente e suas diferenças.

3.2. Percorrendo os diferentes contextos histórico das drogas

Esforços preventivos constituem-se em tarefas difíceis, especialmente porque drogas de vários tipos estão incorporadas à vida diária das pessoas. O fato de a grande maioria apenas se preocupar com o consumo ilícito acaba por esconder a amplitude da disseminação do uso dos mais diversos tipos de drogas. A preocupação que mobiliza a sociedade no Brasil se deve à crescente disseminação do consumo de drogas, aos crimes hediondos cometidos por seus usuários e pela idade cada vez mais precoce das pessoas que se tornam dependentes delas, especialmente as ilícitas, mas, também, aquelas com comércio autorizado (SANCEVERINO; ABREU, 2004).

O mundo das drogas pode representar oportunidades para um grupo de jovens brasileiros. Marcados pelas dificuldades da vida e pelas diversas formas de exclusão social, suas vítimas, majoritariamente negras e de baixa renda, provavelmente atribuem significado especial à visibilidade e ao reconhecimento de

suas comunidades que o tráfico lhes oferece. No complexo perfil epidemiológico brasileiro, o uso/abuso de álcool e de drogas ilícitas e a violência destacam-se como questões de Saúde Pública que necessitam ser discutidas (DRUMOND; SOUZA; HANG-COSTA, 2015).

Historicamente, regida por distintos interesses, a droga sempre esteve presente na sociedade. Segundo Escóhotalo (2004) relata, o uso de drogas se iniciou quando os homens buscavam nelas a oportunidade de uma conexão com o divino e místico. Assim, a droga nesses rituais era vista como um elo sagrado de ligação entre os mundos e um caminho para a “vida prometida”.

Uma das definições mais antigas que temos de drogas foi descrita por Platão na Grécia antiga, quando as apresentava como “*Phármaka*”, algo que poderia ser benéfico ou prejudicial (SEQUEIRA, 2006). Posteriormente, Hipócrates e Galeno, fundadores da medicina científica, definem a droga como sendo algo que, se não vencido pelo corpo, poderia vencê-lo (ESCOHOTALO, 2004).

Mesmo já conhecido na Europa, o álcool, por exemplo, apresentou variação do consumo. Na Revolução Industrial o álcool passou a ser utilizado para silenciar os trabalhadores descontentes, que tinham péssimas condições de trabalho (NUNES; JÓLLUSKIN, 2007). Com a proibição, algumas drogas foram excluídas do meio social, mas o consumo de álcool continua sendo usado como um instrumento de aproximação das pessoas; enquanto o uso de drogas ilícitas passou a ser estigmatizado pela sociedade.

Desse modo, na Grécia, era comum o uso do ópio, pois o considerava um presente dos deuses para os doentes. Existe registro da utilização dele também no Oriente entre os séculos XVII e XIX, para tolerar a fome do povo. A maconha, por sua vez, há anotações de 1730 que descrevem seu uso na China e prática de mastigar a folha de *cannabis* nos países andinos. Durante muito tempo, a inalação do fumo e uso de drogas alucinógenas era comum pelas pessoas que possuíam o dom de “prever o futuro” (GAUDERER, 1998).

Iniciado ainda na Idade Média, o movimento europeu dos descobrimentos de novas terras impactou em mudanças do uso e conhecimento da sociedade europeia com relação às drogas, como, por exemplo, o vice-rei de Portugal, que sugeriu a

produção de substâncias com fins lucrativos para o governo. Nessa época, surge o médico Garcia da Orta, que descreveu os efeitos medicinais do ópio nos episódios de diarreia, disfunções gástricas, e problemas sexuais masculinos como ejaculação precoce (POIARES, 1999).

Em 1860 foi sintetizada pela primeira vez a cocaína, por Freud, utilizando-a nas suas prescrições para o tratamento de depressão e ansiedade. É importante destacar que ele identificou na cocaína aquilo que a psiquiatria tem incansavelmente buscado nos antidepressivos. Em contrapartida, as drogas vieram a se tornar uma preocupação crescente da psiquiatria devido ao seu potencial abuso e vício, dando origem a um quadro psicopatológico cada vez mais frequente. Desse modo, no final do século XIX, a Grã-Bretanha já demonstrava suas preocupações com os malefícios causados pelo uso de drogas (GURFINKER, 2008).

Os modos de popularização das drogas foram diversificados, haja vista a Guerra Secessão, na qual os soldados americanos tornaram-se dependentes de morfina. Os próprios missionários religiosos a carregavam consigo, ficando conhecida popularmente como “Ópio de Cristo”. Foi ainda, nesse contexto, que ocorreu a disseminação da heroína, que se apresentava como a mais potente das drogas, capaz de tirar todas as dores (ESCOHOTADO, 2004).

Percorrendo a década de 60, temos o surgimento e disseminação das anfetaminas pelo movimento *hippie*, que popularizou a droga, espalhando-se pelo mundo e por todas as classes sociais. Essas pessoas reuniam-se para ouvir música, consumir drogas estimulantes e desenvolver a sexualidade, pregando o amor livre. No Brasil, a repressão a práticas contraculturais, legitimada pelo estigma das drogas e pensamento conservador, deu-se em amplitude, tanto nas grandes quanto nas pequenas cidades (KAMINSKI, 2016).

A partir da década de 90, identificou-se o início precoce do uso de drogas por adolescentes, e também se observou que o consumo se expandiu para os bairros classe média e baixa, aumentando os índices de violência (POIARES, 1999). Nesta lógica, evidencia-se que o adolescente procura descobrir sua identidade e seu espaço no mundo. Surgem dúvidas, desde como viver a vida, modos de ser, até a

construção do futuro relacionado às escolhas. Essas características e situações fazem com que ele fique exposto a inúmeros riscos, dentre os quais se pode elencar o uso de tabaco, álcool, e outras drogas (ROEHRS; LENARDT, 2008).

Nos anos 2000, temos o surgimento do *crack* no cotidiano de consumo de drogas, que representou uma onda de transformações nas cidades, assim como em todo o país. No Rio Grande do Sul, uma ação de estado se fez necessária, entrando em cena os aparatos de segurança, as prudências jurídicas e o tratamento compulsório em saúde mental, assumindo a tarefa de controlar a expansão da droga e de seus efeitos (CUNDA; SILVA, 2014). A construção de vida do usuário do *crack* é marcada por estigma e preconceito, resultando em discriminação da sociedade para conviver com essas pessoas, pois frequentemente estão associadas a delinquências e comportamentos fora do costume (BARD et al., 2016).

No que se refere a políticas públicas, até o ano de 1998 o Brasil não contava com uma política nacional sobre redução de drogas. Como um dos marcos históricos no contexto político nacional, destaca-se a criação da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), que desenvolveu, em conjunto com vários especialistas na área, a Política Nacional Antidrogas (PNAD) através do Decreto nº 4.345 de 26 de agosto de 2002. Em 2004 houve o realinhamento dessa política, optando-se por modificar o nome para Política Nacional Sobre Drogas, retirando-se o prefixo “*anti*”, conforme demanda global. (Resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD).

Desse modo, outro marco referente a políticas de saúde relacionado às drogas deu-se através da Lei nº 11.343/2006, que prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção, minimização da vulnerabilidade e reinserção social de usuários e dependentes de drogas. Somente a partir da Lei nº 11.343/2006, houve a distinção de usuário e traficante, retificando que usuários devem ser tratados como indivíduos que necessitam de tratamento e informação, em contraposição à Lei de 1976, que os concebia simplesmente como criminosos apenas por fazerem uso (VENTURA; BENETTI, 2014).

Como retrocesso aos avanços em saúde mental, temos a Portaria de nº 3.588/2017, que altera a Política Nacional de Saúde Mental, dá ênfase na internação de pessoas com transtornos mentais ou com sofrimento por álcool e

drogas em unidades que se assemelham aos antigos asilos e diverge da Lei 10.216/2000. Já, em 2019, o atual Presidente da República assinou o Decreto nº 9.761/2019, aprovando a Nova Política Nacional sobre Drogas – PNAD e revogando inteiramente a antiga. Com relação a essa nova política, destaca-se para o foco de promover a abstinência de drogas.

Tal mudança vai em contrapartida do modelo de cuidado adotado desde Portaria nº 1.028 de 1º de julho de 2005, que visava à redução de danos sociais e à saúde decorrentes de drogas que causam dependência. A estratégia de redução de danos busca a inclusão social e oferecer condições para que o sujeito possa repensar sua relação com as drogas (GOMES; VECCHIA, 2018).

As diretrizes que preconizam o estímulo às estratégias de redução de riscos e danos vão ao encontro da proposta da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista que ela parte da reflexão de uma leitura das vulnerabilidades e fatores de risco envolvidos, bem como a transmissão de informações claras sobre a medida alternativa e sobre a lei de drogas em vigor em nosso país. Apesar das dificuldades encontradas, a expectativa é que possamos superar os conservadorismos presentes nesse processo e seguir avançando na implementação de uma política que atenda aos reais problemas suscitados pelo uso e abuso de drogas para o usuário, sua família e sociedade (LIMA, 2013).

Portanto, acreditamos que só podemos traçar estratégias quando conseguimos compreender a relação que o indivíduo tem com a droga que utiliza, na perspectiva de que o cuidado deve ser de autonomia e corresponsabilização pelo seu tratamento, visando sempre ao respeito à sua dignidade. O uso de drogas é uma questão polêmica que necessita ser discutida com a sociedade de maneira mais tolerante e menos punitiva, para, desse modo, criarmos políticas mais viáveis para diminuir o consumo e seus efeitos. A fusão das políticas proibicionistas com o aumento da violência e da mortalidade por homicídio, além das altas taxas de encarceramento, é provavelmente o resultado mais crítico da Guerra às Drogas.

3.3. Pressupostos de pesquisa

A partir do delineamento do objeto de estudo e das questões levantadas e inspiradas pela trajetória vivida, acreditamos ser fundamental elaborar os pressupostos que orientam esta dissertação, para os quais foi necessário colocar em análise minhas implicações com o tema, e com as possibilidades de achados desta pesquisa.

Pensando na complexidade da temática, propomos um olhar para além dos conceitos de drogas, acreditamos que é importante dar valor às experiências vividas das mulheres usuárias, pois concordamos que o pressuposto não é o uso da droga em si, e sim a maneira com que ele se estabelece com a pessoa que a usa.

Nesse sentido, tem-se como **primeiro pressuposto** que o estigma presente no consumo de drogas por mulheres está norteado por uma construção cultural, que determinou papéis e comportamentos sociais para homens e mulheres.

O uso de drogas por mulheres, vistas pelos olhares da sociedade, é algo que as desvia do papel de responsáveis por zelar pela família, esposo e filhos. O estudo de Medeiros, Maciel, Sousa (2017) nos diz que a imagem da mulher usuária de drogas é algo incompatível com o que a sociedade espera para o lugar ocupado pelo feminino. Há ruptura da mulher com padrões normativos, levando-a ao afastamento dos papéis sociais e à sua desvalorização moral.

Corroborando com isso, ainda que em menor número do que os homens, as mulheres apresentam maior ocorrência de violência sofrida e abuso sexual, bem como perda ou suspensão do poder familiar. Essas mulheres apresentam-se mais vulneráveis aos riscos, perdas, estigmas e ao preconceito (OLIVEIRA et al., 2017).

Nessa ótica, as mulheres tornam-se vulneráveis pelo uso de drogas e sofrem com problemas físicos e familiares. Ainda, potencializa-se essa vulnerabilidade, com os fatores de risco como prostituição e infecções sexualmente transmissíveis a que muitas acabam expostas para conseguir a droga.

Silva, Pereira, Penna (2017) alerta que os profissionais de saúde reproduzem concepções estereotipadas sobre o sexo feminino, ligando-o mais ao ambiente doméstico, às tarefas manuais e ao cuidado da família. Portanto, eles expressam

um olhar conservador da mulher heterossexual, dócil e maternal. Dessa forma, aquelas que fogem desse padrão são estigmatizadas.

Ao encontro disso, como **segundo pressuposto**, tem-se que o uso de drogas marca as trajetórias assistenciais e de vida dessas mulheres, repercutindo no comportamento epidemiológico de risco e em manifestações sociais de estigma e exclusão.

Assim, compreendemos que ele pode manifestar-se de diferentes modos e variar com a vivência de cada uma. Um exemplo disso está nos assaltos, assassinatos e violências praticados por pessoas sob efeito de drogas. Logo, elas são vistas como um gerador de violência e desigualdade.

Há uma visão sobre as relações das mulheres no fenômeno do uso de drogas que decorre das relações de dominação masculina, o que leva à manutenção de estereótipos e estigmas sociais. Portanto, as questões do sexo feminino precisam ter maior visibilidade no campo, para que as políticas públicas sejam mais adequadas e sensíveis para minimizar os estigmas e compreender as necessidades da população feminina que faz uso de drogas (CARTER, 2015).

É necessário salientar o estigma dessas mulheres por parte dos profissionais de saúde, família e comunidade. Atrelada aos aspectos relacionado à conduta desviante por não corresponder ao comportamento que a sociedade espera, temos a marginalização das drogas, que, potencializada pela mídia, afasta e amedronta todos. Desse modo, mesmo pessoas que não vivenciam as drogas em seu contexto preocupam-se com a problemática e a enxergam como tabu.

Dessa forma, reforça-se a necessidade de minimizar esses estigmas. Estudo de Medeiros, Maciel, Sousa (2017) identificou que os significados atribuídos ao “ser mulher” e “usuária de drogas” estão associados a uma condição de vulnerabilidade que parece influenciar na retenção de informações e, conseqüentemente, na dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde e políticas de saúde.

Nessa ótica, para o enfrentamento do estigma é fundamental que haja o entendimento de como ele se deu e das variáveis que constituem sua perpetuação, portanto, se faz de extrema relevância a necessidade de pesquisas que explorem esse conceito.

Essas, portanto são questões complexas, que necessitam de olhar cuidadoso e um processo de constante reflexão que possibilite encontrar meios de enfrentar e diminuir esse problema social. Ainda, faz-se necessário que as políticas públicas sejam aplicadas de modo que possam minimizar os estigmas já mencionados, superando o modelo tradicional de cuidado. Conhecer as vivências das mulheres usuárias e ajudá-las a identificar suas redes de apoio podem ser fatores motivadores para superar o uso da droga.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

Para atingir os objetivos propostos nesta pesquisa, utilizam-se os conceitos de estigma na literatura de Erving Goffman. Esse referencial possibilita identificar e refletir sobre estigmas vividos, através das experiências de vida de mulheres usuárias de drogas.

Assim, esse referencial teórico-filosófico irá orientar a produção de conhecimento, desde os métodos, os conceitos e análise. Desse modo, é fundamental realizar uma breve contextualização do conceito de Goffman.

Destacamos que Goffman recorreu a uma pluralidade de referências, de modo livre e criativo, para realizar seus trabalhos, que, juntamente com sua deliberada postura intelectual antidogmática, contribuíram para criar um mistério a respeito de sua inclusão nas correntes das ciências sociais. Determinados textos ressaltam que o autor lançou mão de um pensamento herege intelectualmente, ou seja, integrou em seus trabalhos uma série de autores provenientes de diversas linhas intelectuais, num período em que os diferentes modelos explicativos existentes nas ciências sociais tendiam a manter certa distância entre si (MARTINS, 2011).

Desse modo, para Goffman o estigma é uma identidade deteriorada, devendo, portanto, ser combatida e evitada, pois é tida como um mal dentro da sociedade. Contudo, ele já descrevia a interação de cada estigmatizado com seu estigma. Desta forma, há pessoas que carregam um estigma e são indiferentes a isso, outras procuram ganhos secundários através dele, outras já buscam reverter, contudo, todas acabam tornando-se inseguras, agressivas e retraídas.

Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável [...]. Assim deixamos de considerá-la criatura comum e total, reduzindo-a a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande [...] (Goffman, 1975).

Goffman (1975) descreve que o estigma pode ocorrer devido a três contextos: abominações do corpo, como as deformidades físicas; culpas de caráter

individual, como: vontade fraca, desonestidade, crenças falsas; e estigmas tribais de raça, nação e religião que podem ser transmitidos pela linguagem. Em todas essas tipologias pode-se encontrar a mesma característica sociológica: “um indivíduo que poderia ser facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que se pode impor atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus”.

Através dos estudos de Goffman (1975), identificou-se que ser estigmatizado acarreta em consequências não benéficas para o indivíduo, ele constantemente passa a ser desacreditado ou desacreditável, sofrendo efeitos negativos, de um modo geral e complexo em sua vida, por ser estigmatizado, e, ainda, cria mecanismos para lidar com este processo, sejam de escape, negação ou amenização.

Portanto, para Goffman (1975) “a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias”. Logo, identifica o estigmatizado com duas identidades: a real e a virtual. A identidade real é o conjunto de categorias e atributos que uma pessoa prova ter; e a identidade virtual é o conjunto de categorias e atributos que as pessoas têm para com o estranho que aparece à sua volta, portanto, são exigências e imputações de caráter, feitas pelos normais, quanto ao que o estranho deveria ser.

Orientando-se nas relações dessas identidades, podemos afirmar que o processo de estigmatização ocorre pela relação incongruente entre os atributos e os estereótipos. Os normais criam estereótipos distintos dos atributos de um determinado indivíduo, caracterizando, assim, o processo de estigmatização. “O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo”.

Goffman (1988) lembra que o estigmatizado não vive em um mundo à parte, e costuma compartilhar as expectativas sobre identidade e comportamento social com os ditos “normais”. Ele aprende e tenta incorporar a normalidade, adquirindo, portanto, as crenças da sociedade mais ampla em relação ao que significa possuir uma marca de diferença que os outros veem como defeito. Essa espécie de

“carreira moral” por que passa o estigmatizado tem implicações na maneira como ele interage com os não estigmatizados.

A possibilidade de reduzir a identidade social de um sujeito a um atributo estigmatizante ou a um único e exclusivo papel, que representa a categoria social mais baixa dentro de um grupo fechado, é uma estratégia fundamental descoberta por Goffman (1987) nas comunidades fechadas, que ele denomina de instituições totalitárias.

O meio social é um fator determinante para a geração e perpetuação de estigma, assim como a história e a cultura, considerando todas as categorias e pessoas que os compõem. E, ainda, a percepção e prática de estigma é variante de acordo com o contexto histórico, o social e o cultural (SIQUEIRA; CARDOSO, 2011).

Estudo de Villela e Monteiro (2015) identificou que estigma de gênero gera desigualdades sociais que resultam na redução do acesso aos recursos e serviços de saúde, em violações de direitos e, conseqüentemente, aumento da vulnerabilidade. Nesta perspectiva, o estigma encobre as desigualdades sociais e de gênero, reforçando que a sociedade articula esse estigma, para o controle histórico da autonomia dos corpos de mulheres, comprometendo as relações humanas mais justas, igualitárias e sadias.

O risco, a imprevisibilidade do comportamento, a incompetência do indivíduo, a culpabilidade são os estereótipos negativos associados aos estigmatizados, que resultam em reações também negativas. Assim, a sociedade os encara com comportamentos discriminatórios, tais como o evitamento e a pouca consideração às necessidades apresentadas por parte das pessoas que vivem nesses contextos (BARRANTES et al., 2017).

Dessa forma, compreendemos que a perpetuação do estigma está diretamente relacionada com a produção de desigualdades sociais, ou seja, buscarmos modos de melhorar nossas relações e tornar os contextos mais igualitários contribui para minimizar o estigma.

5. ASPECTOS OPERACIONAIS DA PESQUISA

5.1. Tipo de Estudo

Assim, para atingir os objetivos apresentados nesta dissertação, buscando conhecer a complexidade do fenômeno estudado com profundidade, este é um estudo qualitativo, com o uso de técnicas narrativas.

A pesquisa qualitativa é importante para a ampliação do conhecimento clínico e melhora da qualidade do cuidado, ela também é adequada para a compreensão de fenômenos dentro de seu contexto, estabelecendo ligações entre conceitos, representações, crenças e comportamentos, gerando ricas informações (TAQUETTE; MINAYO, 2016).

Dessa forma, investigação qualitativa se apresenta como uma possibilidade de estudo no campo social e proporciona ao pesquisador conhecer especificidades que as pesquisas de cunho quantitativo lhe impossibilitam desvelar. Ao trabalhar com valores, crenças, hábitos, representações, a pesquisa qualitativa é capaz de aprofundar fatos e processos particulares e específicos a indivíduos e grupos. (MOREIRA; LIMA, 2015)

Para Bertaux (2015), imbricado à ideia de estudo qualitativo, a narrativa de experiências de vida evidencia uma sucessão de contextos e de personagens, onde o que é relatado não só afeta os próprios contextos, como também transforma os próprios narradores. Ao serem narradas, o participante apresenta performaticamente sua identidade, reconstruindo seu passado, revelando conflitos, rupturas e pactos que fez com outros sujeitos e consigo mesmo (RODRIGUES; LIMA; HOLANDA, 2018).

Assim, a narrativa como opção metodológica proporciona aprendizagens, reflexão, revisitação ao passado, questionamentos sobre o presente numa visão prospectiva, permitindo para os pesquisadores a revisão de posturas e crenças que foram se estabelecendo no decorrer das práticas (SOUSA; CABRAL, 2015).

5.2. Cenário do Estudo

O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) de um município do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Este serviço está vinculado à Gestão Municipal da cidade, pertencendo à Rede de Atenção Psicossocial local. Atende a uma população de referência de aproximadamente 150.000 habitantes.

Configura-se como um local especializado no tratamento de pessoas que sofrem com transtornos mentais graves, cuja severidade justifique sua permanência em ambiente acolhedor, com equipe multidisciplinar. Sua equipe assistencial conta com 12 (doze) profissionais, sendo eles das áreas de Enfermagem, Psiquiatria, Educação Física, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Educação e Psicologia. O referido serviço também é cenário de formação e prática para a Residência Multiprofissional do Hospital, com três residentes, Residência Médica em Psiquiatria, com participação de seis residentes, e para acadêmicos da graduação de diversas profissões da área da saúde. A escolha do serviço deu-se por sua privilegiada localização territorial e por sua proposta de prática em saúde mental.

Nesse sentido, reconhece-se a potência do campo, não somente pela sua relação com o território geográfico, mas, também, por ser um espaço de formação de novos trabalhadores.

5.3. Participantes da pesquisa

Os dados foram coletados no período de novembro à dezembro de 2020. O estudo foi constituído por seis mulheres que fazem ou fizeram uso de drogas, em atendimento no CAPS estudado.

Foi utilizado o método de saturação. Amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual de aplicabilidade prática, podendo, a partir de sucessivas análises paralelas à coleta de dados, nortear sua finalização. (FONTANELLA, RICAS, TURATO; 2008).

5.4. Coleta de dados

A coleta de dados deu-se por uso das técnicas de observação livre, entrevista e genograma.

No primeiro momento, foi realizada **observação livre**, essa fase serviu para o pesquisador iniciar o processo familiarização com o campo. Nesse momento, também, o pesquisador conheceu melhor o perfil das mulheres que frequentavam o CAPS e que compuseram este estudo.

Após a etapa de observação, realizou-se a produção de dados através da **entrevista**. A entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) conteve perguntas disparadoras, que foram gravadas, depois transcritas na íntegra pelo pesquisador. Ocorreram dois contatos entre o pesquisador e as pesquisadas, de maneira individual. O primeiro contato transcorreu de forma física no CAPS II, nesse momento o pesquisador apresentou as propostas do estudo, conheceu as mulheres e suas experiências, de um modo geral. Posteriormente, foi combinado um segundo contato via comunicação *online*, para que pudessem aprofundar ainda mais as experiências. As entrevistas duraram em média uma hora. Durante a entrevista foi construído genograma para visualizar melhor a família.

O **genograma** é uma diagrama da família, que de forma visual oferece ricos dados sobre os relacionamentos ao longo do tempo, sendo uma árvore familiar que representa a estrutura interna dessa família. Dessa forma, os genogramas facilitam as interpretações das experiências familiares. (WRIGHT; LEAHEY, 2012) Para a construção dos genogramas, foi utilizado o programa GenoPro 2020 (versão 3.1.0.1)

5.5. Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas no estudo mulheres que faziam uso de drogas e maiores de 18 anos e que estavam em tratamento no cenário de estudo. Dessas, foram excluídas aquelas que apresentavam condições clínicas ou psiquiátricas que

impediam de participar da entrevista, tais como agitação psicomotora, déficit intelectual que prejudicasse a fala.

5.6. Análise de dados

Após a realização das entrevistas, os relatos foram transcritos na íntegra e realizada leitura flutuante, para melhor organização dos dados com o material empírico.

Foi utilizada, nesse momento da pesquisa, a Análise de Conteúdo modalidade Temática. Este tipo de análise possibilita uma leitura profunda, determinada pelas condições ofertadas pelo sistema linguístico, e objetiva a descoberta das relações existentes entre o conteúdo do discurso e os aspectos exteriores. Dessa forma, a técnica permite a compreensão, a utilização e a aplicação de um determinado conteúdo (SANTOS, 2012; MINAYO, 1998).

A pesquisa passou por três fases de análise de dados. A primeira correspondente ao momento da *pré-análise*, onde foram realizados amadurecimento do objeto de estudo, organização do material e sistematização dos dados. Após, a fase de coleta de dados e *exploração* desse material. Por fim, a fase de *interpretação* e análise dos dados, onde foram sintetizados os dados, agrupando-os e realizando análise reflexiva.

5.7. Aspectos éticos da pesquisa

Este estudo respeitou todos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, assim como os princípios éticos estabelecidos pela Resolução 564/2017 do Conselho Federal de Enfermagem. Contou com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), no qual o pesquisador comprometeu-se a preservar a privacidade das participantes e o sigilo das informações coletadas, comprometendo-se, igualmente, que estas informações sejam armazenadas em um banco de dados

utilizado única e exclusivamente para pesquisas. O termo foi assinado pelos participantes em duas vias, uma para o participante e a outra para o pesquisador. Do mesmo modo, os pesquisadores assinaram o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (APÊNDICE C) e se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados foram coletados.

O projeto de pesquisa, primeiramente, foi encaminhado à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (COMPESQ) para avaliação e aprovação do estudo, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sob número 38368620.3.0000.5327. Para que esta pesquisa fosse efetivada, o projeto foi enviado para apreciação da equipe do CAPS II, registrada em Carta de Anuência (APÊNDICE D) autorizando a realização da pesquisa no serviço. Logo, foi cadastrado na Plataforma Brasil, onde obteve aprovação sob o número 4.366.261. A produção de dados e a vivência dos processos de campo somente iniciou ao final desta última etapa.

Junto com os envolvidos nesta pesquisa, procuramos estabelecer uma relação ética e sensível durante as etapas de realização da pesquisa, para que o pesquisador não interferisse de maneira negativa no cotidiano dessas pessoas. Também, para sigilo e anonimato das informações colhidas e para respeitar o anonimato das depoentes, utilizamos nomes fictícios.

Ressaltamos que esta pesquisa não ocasionou riscos físicos aos participantes, pois não foram realizados procedimentos invasivos. Se, durante o momento da entrevista, ocorresse desconforto emocional ou algum constrangimento, ela seria interrompida e seriam disponibilizados escuta e acolhimento à participante.

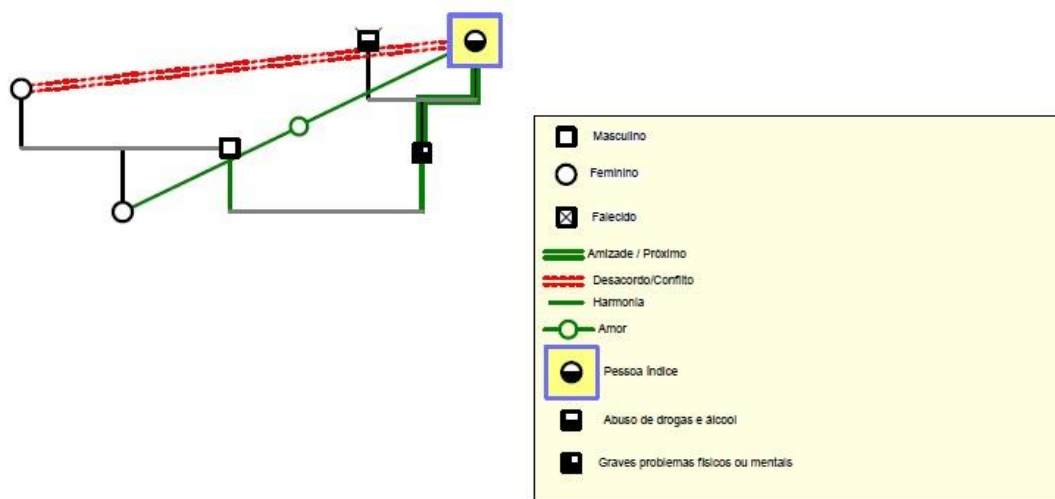
Com os achados deste estudo, buscou-se aprofundar o conhecimento sobre as experiências de vida de mulheres usuárias de drogas, além disso, como uma oportunidade de fortalecimento de sua liberdade, autonomia e protagonismo. Por fim, consideramos que este estudo traz contribuições no que diz respeito ao cuidado em saúde mental dessas mulheres, dando protagonismo às suas histórias, fortalecendo a prática de atenção no campo psicossocial.

6. Experiências de vida

6.1 Experiências de vida de Helena

Helena tinha 55 anos, possuía ensino fundamental completo e ficou viúva havia oito anos. Na época, era residente da periferia de Porto Alegre, com seus dois filhos meninos, Anderson (23 anos) e Lucas (15 anos). Trabalhava como empregada doméstica, porém, durante a pandemia, a demanda de limpezas diminuiu e necessitava de ajuda para si e para um dos filhos. Na sua residência, existiam duas casas, na primeira residiam Helena e Lucas e, na segunda residência, o filho Anderson, sua esposa e filha.

Ela cresceu em um lar bastante afetuoso e, mesmo com todas as dificuldades financeiras, mantinha contato familiar somente com sua mãe. Seu pai, apesar de conhecê-lo pessoalmente, não assumiu suas responsabilidades e não manteve contato. Seus avós maternos afastaram-se, pois não concordavam com a estrutura familiar formada sem a presença de um pai. A seguir apresenta-se o **genograma 1**, para facilitar visualização do núcleo familiar:



Genograma 1 – Família de Helena

Fonte: dados da pesquisa.

Desse modo, sempre precisaram contar com a ajuda de vizinhos para alimentar-se, pois o dinheiro que a mãe ganhava trabalhando não era suficiente. Na escola, Helena sofreu *bullying*, sentia-se feia, usava roupas surradas e, devido à

falta do pai, sua família era zombada. Na adolescência, com 15 anos, Helena iniciou a namorar João, seu esposo. Os dois, após iniciarem o namoro, faziam uso diário de álcool, rotina essa que continuou para o esposo durante todo o decorrer de sua vida, enquanto Helena cessou após a união matrimonial, que aconteceu aos 20 anos.

O casamento foi bastante conflitivo devido ao uso de álcool. João, durante os anos, teve inúmeras tentativas de cessar com o uso, porém, interrompeu somente após sofrer um infarto agudo do miocárdio, diagnóstico que dificultou sua vida e o manteve mais preocupado com a vida. Helena não se conformava, pois, no momento em que João buscava recuperar sua saúde, sofreu um AVC hemorrágico que o levou a óbito.

“Depois que ele enfartou tudo mudou, daí ele começou a se cuidar mais, achei que tudo iria melhorar, nossa vida calmar, e ele teve um ‘derrame’ – encheu a cabeça de sangue, sabe?” (Helena)

Após a morte de João, o contexto familiar ficou complicado nos aspectos financeiros e psicológicos. Lucas e Anderson choravam pela ausência do pai. Apesar de ser alcoolista, o mesmo dividia as tarefas de cuidado do filho Lucas, com Helena. Ela chorava bastante, pois, pouco tempo antes da morte de João, eles estavam em um momento tranquilo e de união no casamento. Após três meses depois da perda do esposo, veio a óbito sua mãe de forma repentina, o que potencializou todos sentimentos e emoções.

O envolvimento de Helena com o álcool iniciou depois do falecimento do marido e, posteriormente, de sua mãe. A família de João (mãe, irmãos e cunhadas) geravam motivo de discussão no casamento, pois o marido mantinha rotina de uso de álcool junto com sua família. Na necessidade de acolhimento, Helena procurou reaproximar-se da família de João, para que os filhos mantivessem contato com os a mesma. Desse modo, passou a frequentar de maneira rotineira a casa dos cunhados.

“Não aguentei a pressão de tantas perdas, limpava minha casa, dava banho nos meus filhos e corria pra casa da minha cunhada pra beber vinho

e escutar música. Era uma distração pra mim, depois comecei ir cada vez mais cedo. Ficávamos à noite conversando, tomava vinho, cerveja, caipirinha e fumando cigarro.” (Helena)

Ela relatou que sua vida profissional foi uma das primeiras coisas que percebeu ter sido afetada por esse comportamento, já que, após iniciar a usar álcool, ocorriam inúmeras faltas e as faxinas começaram a diminuir, pois as pessoas que a contratavam descobriram que ela estava passando por problemas relacionados ao abuso da substância. Para seus vizinhos, para quem antes era exemplo de pessoa, passaram a ocorrer episódios nos quais havia necessidade de ajuda para retornar para casa, devido ao estado de embriaguez.

Seu filho Anderson, durante esses momentos, era encarregado dos cuidados do irmão mais novo, sendo o primeiro a dialogar e comunicar para a mãe sua preocupação com os episódios diários de embriaguez, incentivando-a a procurar ajuda, pois acreditava que ela estava bebendo álcool em demasia e isto a estava tornando depressiva. Porém, nesse momento, a relação com Anderson era conflitiva, pois ele havia descoberto que ia ser pai e necessitou adaptar com urgência uma residência no fundo do terreno da mãe, causando naquele momento transtorno para a Helena.

Para Helena, a bebida era usada como uma fuga e substituição da falta do marido, pois nos momentos de embriaguez não pensava nos problemas e não sentia saudade do marido. Conforme o uso de álcool ficava recorrente, Helena passou a realizar automedicação, ela utilizava benzodiazepínicos prescritos para seu filho Lucas. Sua necessidade por medicação se deu, pois, durante o dia, sentia fortes dores de cabeça e episódios de ansiedade e necessidade de ingerir bebida alcoólica.

Dentro desse contexto, os episódios de uso de medicação começaram a preocupá-la. Apesar da resistência a procurar ajuda, decidiu que necessitava de ajuda profissional antes que algo grave ou alguma doença acometesse seu corpo. A relação de Helena com Anderson melhorou durante o passar do tempo e crescimento da neta, que estava, na época, com 2 anos. Porém, sem emprego fixo, o filho ainda necessitava da ajuda da mãe para alimentar sua família. Helena relatou que mantinha a cordialidade com sua nora, para poder manter vínculo com a sua

neta, que era um dos motivos maiores de sua busca em vencer o vício e ter expectativas de uma vida tranquila e saudável. Helena relatou no seguinte depoimento:

“Eu já sou vó, meu filho mais velho engravidou a namorada, eu fiquei furiosa no início, mas acho que foi pela minha neta que eu busquei ajuda também, não queria que ele tivesse um avó louca.” (Helena)

A relação estabelecida entre Helena e Lucas era de preocupação, cuidado e carinho. Lucas tinha diagnóstico de déficit intelectual e fazia acompanhamento no CAPS. Apesar de seu envolvimento com o álcool, ela sempre priorizou o cuidado do filho e manter a rotina de consultas médicas e grupos disponibilizados pelo CAPS. Ele era um menino agitado, fazia uso de muitas medicações, e durante anos vinha buscando autonomia para realizar atividades simples, tinha relação de carinho com o irmão Anderson e seu sobrinho.

Os vínculos da família, apesar de existirem alguns conflitos, eram de união e cuidado, tendo em vista que Helena mantinha preocupação com o bem-estar dos filhos e do neto. Além disso, ela se referiu preocupada com o futuro do filho mais novo, pois considerava que, apesar de ter falhado como mãe, ela ainda conseguia ser a melhor cuidadora do seu filho.

“Eu tenho sempre essa preocupação comigo, se eu morrer, com quem vai ficar meu filho que tem problema, será que o irmão dele vai conseguir cuidar, ter paciência? É bem complicado lidar com ele, ele tem ‘atraso’, toma bastante medicação e tá sempre em função de médico.” (Helena)

Para os vizinhos de Helena, o tempo em que permaneceu com uso abusivo de álcool foi definitivo para que se afastassem dela e de sua família. Ela, apesar de, na ocasião, estar sem utilizar álcool havia dois anos, contava que eles ainda a tinham como usuária e que não oportunizavam para ela trabalho como antigamente. Durante seu depoimento, ela reforçou que, apesar de beber, jamais negligenciou o cuidado com os filhos e que ninguém poderia julgá-la.

“As pessoas se afastaram, mas meus filhos sempre foram bem cuidadinhos, ninguém pode me acusar de maltratar eles, meu filho que é doente nunca andou sujo, nunca deixei de cuidar deles.” (Helena)

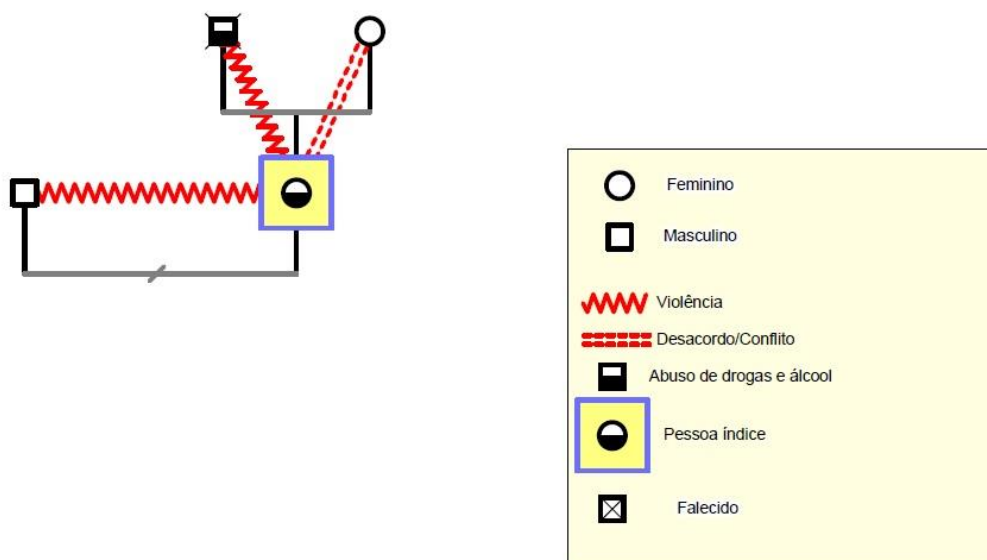
Helena chegou ao CAPS para tratamento de depressão e, durante o acompanhamento terapêutico, os profissionais de saúde do serviço foram identificando os problemas relacionados ao uso e abuso do álcool. Contudo, por muito tempo relutou em aceitar o diagnóstico, porém, conseguiu compreender a dimensão que o álcool estava tendo na sua vida, pois, durante os dias em que não usava, sentia-se irritada, inquieta e acabava fazendo o uso do mesmo. Para Helena, sua experiência com o álcool foi uma das piores experiências de sua vida e sentia-se culpada por fazer seus filhos sofrerem, já que considerava como errado uma mulher usar bebida alcoólica sem moderação. Ela não se imaginava tendo um novo relacionamento, pois acreditava que sua felicidade poderia ser completa convivendo com seus filhos e sendo apenas uma boa mãe e avó.

“É muito feio uma mulher bêbada, agora eu paro e vejo o quanto estava infeliz daquele jeito. Estranho que eu odiava isso no meu marido, depois caí nessa, às vezes, penso nisso.” (Helena)

6.2 Experiências de vida de Juliana

Juliana tinha 30 anos, cursou ensino fundamental completo, era solteira e não exercia nenhuma atividade laboral. Era filha única, seu pai morreu quando tinha 13 anos e desde então sua mãe não teve outro companheiro.

Durante o tempo em que conviveu com seu pai, Juliana era tímida e tinha uma relação de medo com o mesmo. Por ser muito controlador, seu pai a proibia de sair para a rua e de ter amizades. Foi um homem bom, pois, apesar de ter sofrido na infância situações de violência com seu pai alcoolista e sua mãe considerada “louca”, ele tentava de todas as formas proteger a filha do mundo. A seguir, apresenta-se o **genograma 2**, para facilitar visualização do núcleo familiar:



Genograma 2 – Família de Juliana

Fonte: dados da pesquisa.

Após sua morte, a filha passou a ser menos controlada nos aspectos de ir e vir e seu comportamento mudou. A mãe ocupava-se trabalhando na maior parte do tempo, para suprir necessidades financeiras. Juliana passou a frequentar a casa de suas tias e junto das primas adolescentes iniciou o uso do cigarro e, posteriormente, a maconha.

A liberdade deu lugar à rebeldia, somada às sensações de bem-estar e de algo “proibido” que o uso de maconha gerava, passou a utilizar com frequência. A

menina, antes frágil e protegida, tornara-se um problema para sua mãe e para a escola, pois frequentemente era expulsa das aulas. Nessa época, a mãe procurou ajuda do serviço de saúde mental e Juliana foi diagnosticada com bipolaridade. Louca, instável e rebelde, era assim que sua família e vizinhos passaram a chamar Juliana.

“Depois da morte dele fui muito rebelde, no colégio, em casa, namorava bastante. Mas eu tinha uns momentos de felicidade e depois vinha a depressão, eu queria só ficar em casa, morrer, brigava em casa, na turma.” (Juliana)

Sua relação com a mãe, à medida que o tempo passava, tornava-se cada vez mais conflitiva devido ao uso de maconha e seu comportamento instável. Com 15 anos, na escola, foi descoberta fumando cigarro e expulsa. Esse episódio desencadeou conflitos com sua mãe, que optou por uma internação psiquiátrica para a filha, pois considerava que estava exposta a situações de perigo, pois tinha amizades destrutivas e grande quantidade de parceiros sexuais. Além disso, após o uso da maconha, tinha episódios depressivos.

A internação foi uma experiência marcante na sua vida, Juliana contava que durante esse tempo sentia medo do local pela diversidade de pessoas internadas por diferentes diagnósticos, além da saudade de casa. Foi nesse período que o uso do cigarro ficou mais frequente, já que era a maneira de aliviar o estresse e ansiedade que vivia no local. Após dois meses de internação retornou para casa e para a escola, porém, pelo fato de seus vizinhos e colegas terem conhecimento de que ela esteve internada, passou a sofrer “*bullying*” e discriminação, fatores que a fizeram optar por desistir dos estudos.

“Meus colegas, meus vizinhos, chamando de louca, sem-vergonha. Minha mãe dizia que meu pai, se tivesse vivo, iria morrer de vergonha.” (Juliana)

Após sua primeira internação, Juliana não voltou a utilizar maconha, pois, devido à discriminação que sofrera, isso a deixou mais reclusa e envergonhada. A depressão de Juliana, posteriormente, foi motivo de mais duas internações

psiquiátricas que, de um aspecto geral, haviam sido mais tranquilas, já que conhecia o ambiente, era mais velha e sentia-se mais segura nos aspectos relacionados à proteção.

Ela contava que, com a não utilização da maconha, passou a fazer uso de cigarro devido à ansiedade e que todo sentimento gerado pelas pessoas causava mais vontade de fazer uso de maconha, já que ela “aliviava” sua cabeça. A menina, antes rebelde, passou a buscar cada vez mais o isolamento.

A relação com a sua mãe, apesar de conflitiva, havia sido a maior que construiu até o momento. Devido à sua rebeldia, a mãe mudou a postura e adotou uma conduta mais controladora, porém Juliana sentia-se como se, durante toda vida, a mãe tivesse tentado silenciá-la, pois qualquer atividade, como, por exemplo, trabalhar, que a mesma se propunha a fazer era vista com desconfiança. Além disso, seu vínculo social acabou, pois parou de frequentar a casa de seus vizinhos e amigos. Sua mãe era membro de uma igreja evangélica e a criticava pelo uso do cigarro. Ela não frequentava o local, pois considerava que as pessoas julgavam muito.

Cinco anos atrás, havia conhecido Rafael, que foi seu colega durante a época de escola, e iniciou um namoro que veio a durar três anos. Rafael era ciumento e o relacionamento era instável, pois ocorriam diversas situações de discussão verbal e violência física, fatos que foram decisivos para o fim do relacionamento. Além disso, a família de Rafael era contra o namoro, pois a conhecia desde adolescente e ainda a associava como uma menina problemática. Apesar disso, Juliana contou que ainda sonhava em ser mãe, porém ambas as famílias sempre a alertavam para evitar.

“Eu sempre quis ter filho, sabe, mas minha mãe sempre disse que não podia. Sou nova ainda, acho que posso encontrar alguém em algum momento ainda, não sei se dá tempo de ser mãe.” (Juliana)

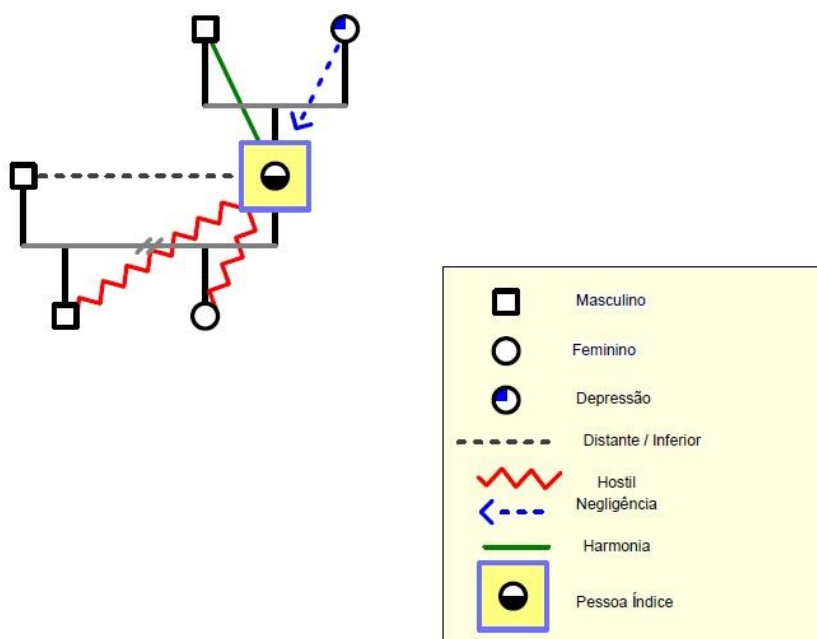
Juliana chegou ao CAPS, após sua última internação psiquiátrica. Desde então desenvolveu-se e vinha tendo sucesso nos aspectos relacionados à comunicação, tornando-se mais sociável e sendo uma das mais participativas em grupos terapêuticos desenvolvidos. A equipe de saúde foi fundamental para que ela

compreendesse melhor seu diagnóstico, pois foi através das explicações que ela teve um melhor discernimento do que estava acontecendo.

Para Juliana, sua história era sobre uma mulher guerreira, pois passou por momentos conturbados nos quais achou que não iria sobreviver. Ela relatava solidão e o medo em perder sua mãe para a morte, pois sentia que sua mãe era a única pessoa que iria auxiliá-la e protegê-la em qualquer circunstância. Ainda não descartava a possibilidade de encontrar um namorado no futuro, que a compreendesse e que a amasse.

6.3 Experiências de vida de Madalena

Madalena tinha 68 anos de idade, estudou até quinta série do ensino fundamental e era divorciada e mãe de dois filhos. Nascida no interior do Estado do Rio Grande do Sul, foi criada em uma família com pais rígidos, relatava que, quando criança, sentia-se sozinha, por ser filha única e por passar momentos difíceis e de ausências da mãe. Adriana, mãe de Madalena, tinha diagnóstico de depressão e ao longo de sua vida passou por diversas internações psiquiátricas, para Madalena as internações pioraram o quadro depressivo. A seguir, apresentamos o **genograma 3**, para facilitar visualização do núcleo familiar:



Genograma 3 – Família de Madalena

Fonte: dados da pesquisa.

Além disso, sua mãe mantinha episódios de negligência com a filha e violência física, ela ainda recordava momentos em que a mãe fumava “grandes quantidades de cigarro”. Seu pai era um homem trabalhador e tentava de todas maneiras suprir as falhas que ocorriam na criação da filha. Devido ao estigma em sua cidade pela “loucura” da mãe, a família mudou-se para Porto Alegre para tentar uma vida nova.

Já na cidade de Porto Alegre, durante sua adolescência, Madalena apresentou episódios de ansiedade, necessitando procurar ajuda da emergência em muitas ocasiões. Além disso, esses episódios, devido à recorrência, acabaram limitando-a de ter uma vida comum e ter um emprego fixo, por exemplo. Contou ainda, que durante a adolescência, realizou curso de manicure e tentou atuar na profissão, porém sem sucesso, fato esse que a frustrou profundamente. Madalena ainda relatava períodos nos quais ouvia vozes e que seus pais a silenciavam quanto a isso, porém, ao longo dos anos passou a não ouvir mais.

“Eles me diziam pra não falar pra ninguém essas coisas. Sofri muito, naqueles tempos.” (Madalena)

Com 18 anos conheceu Juarez, seu marido, e logo em seguida vieram os filhos, em um curto espaço de tempo. A relação matrimonial era conturbada, Juarez não respeitava o diagnóstico de Madalena e, em todas as situações de discussão, a chamava de “louca”. A impaciência em compreender Madalena era tanta, que Juarez evitava frequentar sua casa, ficando ausente por muitos dias. Desse modo, a relação ficou insustentável e Madalena optou pela separação pouco tempo depois.

“Eu fiquei muito mal como mulher, sabe, era muita falta de respeito, aguentei o que pude, porque era feio se separar naquela época, né. Mas depois eu decidi que queria e foi melhor assim.” (Madalena)

Após a separação, Madalena passou por inúmeras crises de ansiedade. Ocorreram duas internações psiquiátricas decorrentes de episódios depressivos, nesse período, a relação com o cigarro potencializou-se. O cigarro, para ela, representava o companheiro e o amor dos filhos, que, devido à adolescência e ausência do pai, eram rebeldes e resistentes a respeitá-la. No inverno, fumava para esquentar-se nos dias frios, fumava durante o café e, assim, foi introduzindo uma rotina cada vez mais frequente na sua vida.

Augusto e Pâmela, filhos de Madalena, mantinham uma relação de distanciamento com a mãe. Ela reconhecia que envergonhava os filhos e arrependia-se por não ter sido uma boa mãe. Augusto saiu de casa com 18 anos, após conhecer sua esposa. Pâmela foi morar em uma residência na região

metropolitana, cedida pelo pai. Madalena fumava aproximadamente cinco carteiras de cigarro, sua renda era comprometida devido ao vício e[,] quando não tinha dinheiro para comprar, ficava na frente de casa pedindo cigarro para as pessoas que cruzavam na rua.

“Eles tem vergonha de mim e eu entendo, porque, quando estou sem dinheiro, eu vou pra frente da casa e fico pedindo cigarro para as pessoas que passam, minha filha diz: ‘Mãe, que vergonha!’.” (Madalena)

Madalena passava o dia fumando, raramente frequentava a casa da irmã e do filho Augusto. Devido ao cheiro do cigarro e por todo o contexto, fragilizaram-se os laços afetivos e os familiares não se sentiam confortáveis para demonstrar afeto com ela. Augusto era pai de um menino de 15 anos, Madalena relatava que conviveu muito pouco com o neto e que o mesmo a considerava “louca” devido aos relatos que Augusto contava. Pâmela discutia com a mãe e não conseguia compreender o vício e impulsividade. Para os filhos, o fato de a mãe ser depressiva não era questionável, e, sim, sua falta de vontade em parar de fumar, já que o vício comprometia sua vida e dignidade.

“Eu nem gosto muito de conviver em família, ela critica o tempo todo, diz que não sabe como eu perdi o controle. Eu fumo o tempo todo, né, ela disse que fica nervosa, sempre dá briga.” (Madalena)

Madalena tentou inúmeras vezes parar de fumar, sentia-se sem esperanças, e com medo de morrer em decorrência do seu vício. Para ela, não existiam motivos para parar de fumar nessa fase da vida, pois acreditava que dificilmente iria conseguir reestabelecer os laços afetivos perdidos e que os filhos não tinham mais paciência para conviver com ela.

“Eu acho que eles me culpam muito, eu já pedi desculpas se em algum momento eu falhei, mas ninguém aceita que eu tenho problema.” (Madalena)

Sentia-se sozinha, fumava dentro de casa e reconhecia que o cheiro causado era desagradável para quem chegava. Na época, tinha como amiga uma vizinha com a qual compartilhava seus anseios e que também não a julgava, pois também era fumante. Madalena tinha o CAPS como referência de saúde, pois já conhecia

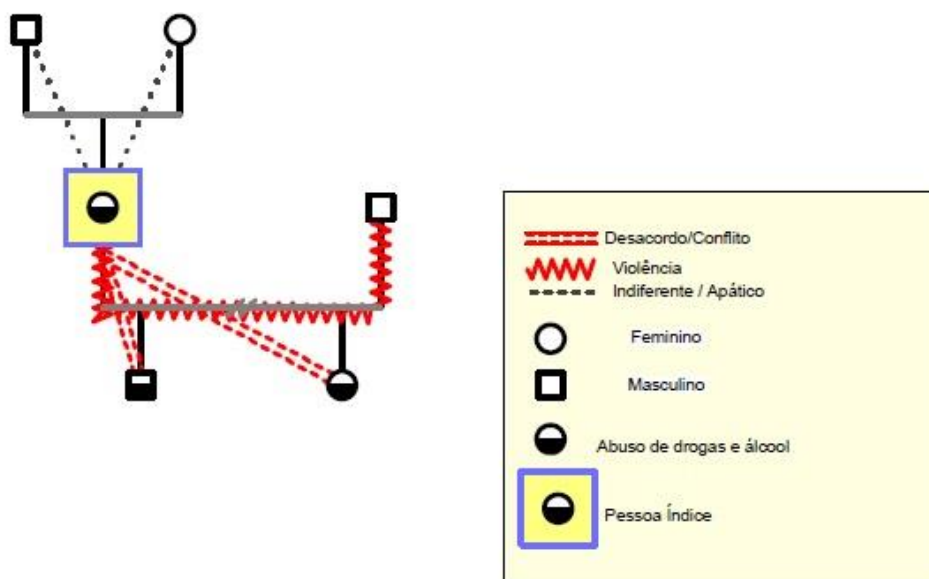
melhor seu diagnóstico e, apesar de não optar por deixar de usar cigarro, reconhecia o quanto seu vício se incorporou e afetou sua vida. No momento estava sem esperanças, sentia falta de ter um companheiro para compartilhar sua vida, já que não mantinha contato frequente com os filhos.

“Me sinto muito sozinha. Não sei o que esperar além disso, eu tento sair, me divertir. Meus filhos são distantes, queria ter uma relação melhor com eles, mas não conseguimos, parece que ninguém tem paciência mais.” (Madalena)

Madalena tinha medo de morrer sozinha e não ter ninguém para socorrê-la. Para ela, a pandemia potencializou ainda mais sua ansiedade e, conseqüentemente, aumentou o uso do cigarro. Ainda, avaliava que depois da pandemia pretendia ao menos diminuir o uso e iria pedir ajuda dos profissionais do CAPS.

6.4 Experiências de vida de Adriana

Adriana tinha 42 anos, nasceu no interior do Estado de São Paulo. Na época, residia na periferia de Porto Alegre com seus dois filhos, César e Paula. Desde que viera para a capital, com 18 anos, não retornou a encontrar sua família fisicamente. Com diversos problemas enfrentados ao longo de sua vida, Adriana não almejava retornar para a cidade natal, pois sentia que os vínculos frágeis não eram mais possíveis de serem reestabelecidos, pelo fato de existir muita mágoa guardada dos anos que passou com sua família. A seguir, apresentamos **genograma 4**, para facilitar a visualização do núcleo familiar:



Genograma 4 – Família de Adriana

Fonte: dados da pesquisa.

Os pais de Adriana tiveram nove filhos, dificuldades financeiras que acarretaram em fome foi uma das realidades que ela enfrentou desde muito cedo. O pai, alcoolista, mantinha relação de violência com a esposa e filhos. Adriana, por ser filha mais nova, acompanhou o amadurecimento dos seus irmãos, que cedo já haviam iniciado a trabalhar e sair de casa. Porém, ainda buscava entender as

motivações que a levaram a ser discriminada pelos pais, que inúmeras vezes exclamavam preferir os outros filhos. Em um almoço comum, iria faltar comida para todos e, então, os pais sugeriam deixar Adriana sem comer.

“Eu não gosto muito de lembrar disso, porque me vem muita coisa na mente, lembrança. Eu fui muito discriminada, meu pai e a minha mãe sempre me trataram diferente.” (Adriana)

Dentro desse contexto familiar Adriana foi crescendo, não frequentou mais a escola, pois o pai considerava desnecessário. Tímida, com baixa autoestima, ela foi ficando mais excluída dentro de sua própria casa. Com 18 anos, casou-se com José e mudaram-se para o Rio Grande do Sul. Apesar de o relacionamento ter sido compactuado entre as famílias, ela sentiu-se feliz, pois agora poderia sonhar novamente e livrar-se do seu núcleo familiar que a tratava com desprezo. Depois de alguns meses, morando em Porto Alegre, buscava manter vínculo através de ligações telefônicas com sua família, porém, nessas ocasiões falava apenas com os irmãos, já que seus pais recusavam-se a conversar com ela.

“Fui ter certeza que me tratavam diferente quando vim pra cá, tentei ligar várias vezes e não queriam falar, sempre tive informações pelos meus irmãos. Depois de um tempo, eu desisti de manter o contato, fiquei dez anos sem notícias.” (Adriana)

Logo que chegou na cidade, seu casamento já iniciou a demonstrar sinais de que não seria como estava esperando. José fazia uso abusivo de álcool, quando chegava em casa, batia na esposa por questões banais. Os filhos nasceram pouco tempo depois, a solidão aumentou, pois Adriana sentia-se sozinha na tarefa de ser mãe. Sucessivas agressões e violência familiar, além de mágoas do passado com sua família, fizeram com que ela desenvolvesse síndrome do pânico, necessitando de medicações para tratamento.

Dentro desse contexto, Adriana começou a fazer do uso de medicações benzodiazepínicas. Como o marido trabalhava durante o dia, ela sentia-se com medo de sua chegada, e medicava-se. Essa rotina começou a ficar comum e atrapalhou seu rendimento com os serviços domésticos de casa e cuidado com os

filhos. Houve uma situação em que José chegou embriagado do serviço, agrediu-a na frente de sua residência, gerando um sentimento de humilhação em Adriana que, diante desta situação, buscava no uso das medicações “sumir” do mundo.

“A última briga que tivemos levei 17 ‘ponto na cabeça’, ele me bateu com uma tábua de madeira na frente de todo mundo, meus filhos, minhas vizinhas, todo mundo viu.” (Adriana)

A separação do casal era inevitável, ela sentia que ele poderia tirar seu bem mais valioso, que é a vida. Após o divórcio, apesar de sentir-se livre, vivia com medo de ser perseguida pelo ex-marido, além disso, as dificuldades financeiras e a fome eram uma realidade dentro da sua casa. Nesse período, ela fazia uso de *diazepam*, e chegou a utilizar seis em um mesmo dia.

Durante o dia dormia, às vezes, acordava somente às 9 horas da noite e, assim, ficava toda a madrugada assistindo televisão. Adriana tinha muito medo do clarear do dia e, assim, antes disso acontecer, automedicava-se novamente.

“Uma cartela de *diazepam* durava meio mês, passava a noite acordada olhando televisão e de dia dormindo. Tinha dias que nem via o sol, acordava só pra jantar de noite. Eu só queria dormir, quando não tinha os (remédios) pra dormir, eu tomava qualquer remédio” (Adriana)

Com o crescimento dos filhos, as situações conflitivas foram aumentando cada vez mais dentro de casa. Eram eles que organizavam a casa, preparavam o que comer e reclamavam de ver sua mãe o tempo todo medicando-se e dormindo. Para Adriana, os filhos perderam o respeito e ela os compreendia. Ela falhara em muitos momentos, não ensinou-lhes limite, foi negligente em várias situações e arrependia-se por não os ter protegido melhor da violência de José. Com o uso abusivo de medicação, ela buscava de todas maneiras evitar esses pensamentos e fugir daquela realidade.

“E ele batia nos filhos também, me sinto culpada por isso e acho que deixei eles muito ‘solto’, porque depois da separação eu passava a noite acordada e tomava remédio pra dormir, dormia o dia todo.” (Adriana)

Os problemas da relação com os filhos foram os motivadores para que ela procurasse ajuda profissional e especializada, Adriana entendia que primeiro precisava se tratar para, depois, intermediar e resolver os conflitos dos filhos. Porém, sentia-se frustrada, que falhou como mãe, pois acreditava que depois da separação suas vidas iriam ficar mais tranquilas.

“Me sinto mal, por ser mãe e não conseguir fazer nada pra mudar essa situação. Achei que, depois da separação, meus filhos iriam crescer mais feliz. Mas não, se envolvem com essas coisas.” (Adriana)

César era transexual e estava em transição de gênero, a mãe descobrira através de vizinhos que seu filho estava prostituindo-se e usando drogas, fato esse que ela descreveu ser inaceitável, já que, apesar de todas dificuldades financeiras, sempre buscaram outras formas de sustentar-se. O maior medo de Adriana com relação ao filho era de que fosse agredido na rua ou que fosse alvo de piadas. Com relação aos vizinhos, ela contava que sentia-se protegida, pois a comunidade sabia de seus problemas e, sempre que possível, tentava ajudá-los. Ela descreveu-o como instável no humor e afirmou no seu depoimento que medicava-o frequentemente, quando acreditava ser necessário.

“Ele é bem bipolar, eu tento conversar com ele de procurar ajuda. Ele sai e se droga, eu fico com o coração partido, tem dias que eu vejo que ele está bem bipolar e dou meus remédios pra ele se acalmar.” (Adriana)

Paula tinha 18 anos, era uma filha rebelde, irritada e explosiva. Adriana contou que, após sair de casa para uma festa, a filha havia permanecido 4 dias desaparecida. Apesar de não manter diálogo sobre assuntos de drogas e sexualidade, Adriana já tinha encontrado, em pertences pessoais da filha, maconha e acreditava que ela estivesse fazendo uso abusivo de álcool, pois ficava embriagada várias vezes durante a semana. Adriana tinha medo que a filha acabasse engravidando e contraindo doenças, além das questões relacionadas à violência, já que, na sua percepção, as mulheres estão mais vulneráveis.

Com a pandemia, o tempo de convívio entre a família aumentou e os conflitos afloraram ainda mais, porém, Adriana tinha buscado enfrentar essas situações de uma maneira positiva, mas temia recaídas do uso de medicação. Para Adriana,

conflitos são momentos em que sentia necessidade de ajuda e acreditava que somente os remédios pudessem fazer isso.

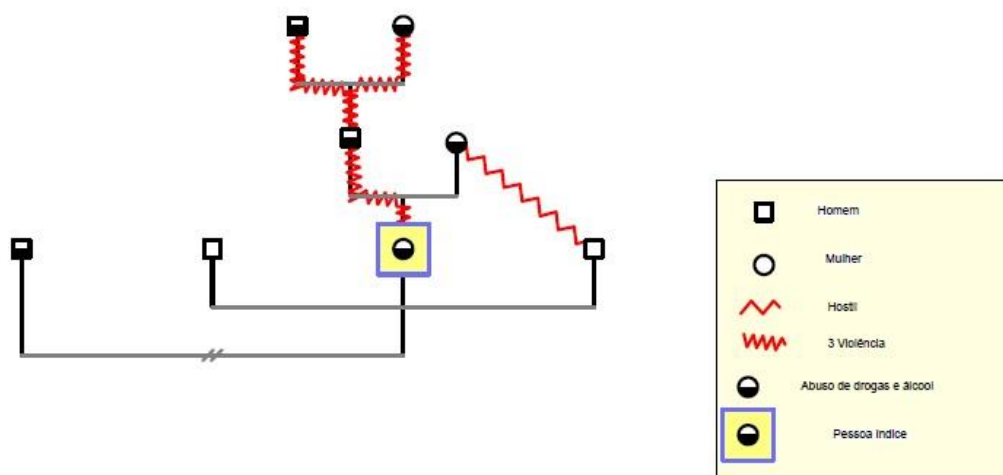
Apesar das situações conflitivas dentro de casa, manter-se bem com a sua saúde mental e ter um maior controle sobre suas vontades, no que diz respeito ao uso abusivo de medicações, tinham-na feito sentir-se com esperança do futuro. Adriana, desde que chegou no CAPS, tratava sua síndrome do pânico e o uso abusivo de medicação. Ela acreditava que o serviço a deixava fortalecida nos aspectos relacionados ao enfrentamento dos seus problemas.

“A vontade que eu tenho é de não acordar, mas sei que preciso. Estou fazendo meu tratamento direitinho e aprendendo a lidar com as emoções, com essas crises de pânico que dá. Tenho esperança que tudo mude pra melhor em breve.” (Adriana)

6.5 Experiências de vida de Sandra

Sandra tinha 60 anos, cursou ensino médio completo, era divorciada, residia em Porto Alegre, onde morava sozinha. Para ela, o envelhecimento a fez ficar mais reflexiva sobre os caminhos que em vida trilhou. Carregava consigo mágoa com relação à família, amigos e ex-marido.

Apesar de a família de Sandra ser grande, para ela sua família se resumia a ela, seus cachorros e seu irmão. Ela era a filha do meio de dois irmãos. Um dos irmãos mudou-se para Santa Catarina e, ao tornar-se independente, não procurou mais a família no Rio Grande do Sul. Para Sandra o irmão enxergou sempre sua família como “uma família problema” e resolveu se afastar, já que não guardava boas recordações. O outro irmão, que residia em Porto Alegre, na época era curador nomeado por via judicial de sua mãe, e o único que mantinha contato com Sandra e a ajudava sempre que necessitava de algo. A seguir, apresentamos **genograma 5**, para facilitar a visualização do núcleo familiar:



Genograma 5 – Família de Sandra

Fonte: dados da pesquisa.

Sua relação com seus pais, Jaci e Cléber, desde que se recordava, foi de violência. Sandra sempre foi uma criança muito sensível, emotiva e inteligente e seus pais sabiam disso, pois a criticavam e a faziam chorar em todas as discussões.

Cléber era bancário, alcoolista e fumante. Cresceu em um lar violento com pais, que faziam uso abusivo de álcool, as recordações da filha eram de episódios de violência física. Ela o descreve como um homem ruim, em uma discussão com a esposa, ele a agrediu e depois bateu nos filhos, com chutes por todo o corpo. Jaci, que era uma mulher ríspida para tratar os filhos e utilizava agressão física como método de ensino, havia sido diagnosticada com depressão já idosa.

Na adolescência de Sandra o pai foi transferido para o Rio de Janeiro, local que ela recordava com muita tristeza, já que cresceu isolada, sem amigos e depressiva. Devido a esse contexto de retrospectão em que vivia e descontentamento com a vida, tentou suicídio aos 13 anos, como uma tentativa de pedir socorro e que cessassem os conflitos dentro de casa, porém, nada mudou.

“Um dia me cortei, pensei que iriam parar com essa loucura que era dentro de casa, mas não adiantou nada. Só levei o rótulo de louca mesmo.”
(Sandra)

O comportamento de Sandra era visto com estranhamento pela família, que a rotulava como “louca”. Ainda na adolescência, o uso do cigarro incorporou na sua rotina, ela recordava com humor de quando seu pai a viu fumando pela primeira vez e não se importando. O cigarro naquela época foi algo para além do bem-estar que sentia, era algo esteticamente bonito, pois ainda não se reconheciam os prejuízos causados.

Com 21 anos retornou para Porto Alegre, nessa época, ela conta que sentia-se mais à vontade para viver. Já fazendo uso de cigarro, o álcool e maconha também foram adicionados, pois estava em um momento feliz de retorno para sua cidade natal. Em uma festa, amigos em comum apresentaram Sandra para Sandro, com quem casou-se com 24 anos.

Sandro era alcoolista e fumante, na percepção de Sandra o casamento foi muito infeliz devido à pouca maturidade que tinham. Casada, retornaram a acontecer os episódios depressivos e com ideação suicida, ambos não se sentiam

felizes e o álcool e cigarro foram se tornando cada vez mais presentes dentro do ambiente de casa. Ocorriam dias em que ela e o marido usavam outras drogas, como maconha e lança-perfume, por exemplo. Com o estresse do trabalho e constantes situações de briga com colegas e chefia, ela bebia e fumava diariamente para tentar tirar “o peso” de suas costas. Porém, começou a se preocupar e refletir sobre o quanto esses hábitos estavam afetando sua vida, e optou por diminuir o consumo de álcool.

“Eu vivia cansada nessa época, trabalhava de ressaca. Quando refleti sobre isso, parei e fiquei só fumando. Em compensação muito, não sei qual dos dois é pior.” (Sandra)

Quando completou 40 anos, Sandra engravidou. A gravidez, naquela ocasião, trouxe união ao casamento e a esperança de um futuro mais alegre, porém, com quatro meses de gestação sofreu aborto. O aborto foi um estressor para seu estado físico e mental, sentiu-se fragilizada e seu casamento retornou aos hábitos antigos. A separação do casal foi uma saída que buscou para tentar ainda ser feliz, o sonho de ser mãe não poderia mais ser realizado, porém, buscava outros planos. Nessa época, o uso do cigarro intensificou ainda, fumava grande quantidade de cigarro durante o dia, interrompendo suas atividades para fumar, fato esse que levou-a a ser demitida.

Pouco tempo depois da separação, recebeu o diagnóstico de câncer de mama. Para Sandra, a sensação era de sentir-se anestesiada. Durante o tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia) permaneceu forte e confiante, sem uso de cigarro, já que tinha sido recomendada a parar pelos profissionais de saúde.

“Depois de alguns anos, descobri um câncer de mama, fiquei firme no tratamento, mas depois me senti como se estivesse me afogando em um oceano.” (Sandra)

Após o fim do tratamento contra o câncer de mama, Sandra afundou-se em uma depressão. Na sua percepção, a vida havia sido injusta, toda a história foi de muito sofrimento. Agora sozinha, tinha o cigarro como seu único companheiro, aliviava a ansiedade e permitia sensação de estar viva, nessa época buscou

reclusão total, inclusive de seus vizinhos. Para ela, o aborto poderia ter sido ocasionado pelas surras do seu pai, pelo uso abusivo do cigarro, sentimentos de culpa eram gerados toda vez que pensava sobre o assunto. Além disso, seu irmão e sua mãe faziam-na sentir-se culpada.

“Minha família, separação, aborto e doença, aquele medo constante, tristeza, acho que tudo foi tão difícil pra mim. Pensava que tinha abortado por causa do cigarro, minha família dizia isso e eu me sentia culpada e fumava mais ainda.” (Sandra)

Para Sandra, caso não viesse a cessar de vez o uso do cigarro, não teria muito tempo de vida, já que fazia uso de quatro carteiras por dia. Ela reconhecia todos os malefícios fisiológicos do uso abusivo, porém, acreditava que o uso a saciava e não enxergava motivadores para interromper o vício. Sua vida financeira era afetada, as poucas relações que ainda mantinha a criticavam com relação ao uso.

“Não consigo ver o que pode me fazer largar esse vício, eu sei do mal que ele causa fisicamente, mas ele me traz ... não digo conforto, mas sacia muitas coisas.” (Sandra)

Sandra chegou ao CAPS com quadro depressivo, ela acreditava que, por sentir a solidão, foi difícil perceber que estava no fundo poço. No início do tratamento, não se alimentava, não tomava banho e, nos momentos em que permanecia acordada, ficava fumando. Ela sentia sua saúde deteriorada por conta do cigarro, e não acreditava na perspectiva de viver muitos anos, se não mudasse.

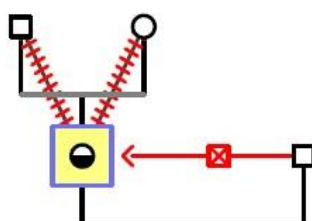
“Eu sempre fui muito sensível pra tudo e por muito tempo achei que era normal ser assim, tão triste, querer morrer”. (Sandra)

6.6 Experiências de vida de Ana

Ana, 50 anos, solteira, ensino médio completo, residia com o irmão em Porto Alegre. Ela descreveu sua vida como feita de fases ruins e boas, acreditava que a felicidade era algo que não havia alcançado ainda, pois todo dia era dia de lutar e de enfrentar seus medos e dificuldades.

Na infância, Ana apresentava comportamentos “estranhos” para os demais, era uma menina reclusa, com poucos amigos e tinha um comportamento explosivo. Ela atribuía ter conseguido concluir a escola graças aos seus amigos, que eram seus vizinhos e a estimularam a não abandonar, porém, isso não a livrou de sofrer *bullying*. Ainda muito jovem, com 10 anos, começou a ouvir vozes. No início disso, ao comentar com seus pais, eles a ordenaram que não comentasse com ninguém. O estigma de ser diferente e louca era evidente dentro de casa, pois seus pais limitavam seu espaço, podendo frequentar somente a igreja, pois acreditavam que a filha não tinha como conviver com os demais.

Seus pais, Mário e Lúcia, mantiveram-se unidos no matrimônio com o objetivo de proteger os filhos. Apesar de discussões recorrentes, eles mantinham uma boa parceria nos aspectos relacionados à criação dos filhos. Lúcia, na percepção de Ana, era depressiva, uma pessoa bem difícil de conviver, e seu pai, um homem ríspido. A seguir apresentamos o **genograma 6**, para facilitar visualização do núcleo familiar:



Genograma 6 – Família de Ana

Fonte: dados da pesquisa.

Ana vinha de uma infância onde violência doméstica e agressão física como forma de punição eram comuns. Ambos os pais eram agressivos, tal fato fez com que ela e os irmãos não mantivessem vínculo afetivo com eles. Mário e Lúcia mantinham os filhos sob sua proteção e a amedrontavam quanto ao mundo ao seu redor.

O tratamento que recebeu, por muitos anos, ficou restrito a psiquiatra particular, muitas vezes, sendo necessário realizar empréstimo para pagar. Mário e Lúcia não recorriam ao “posto” de saúde, pois sentiam-se envergonhados e receosos de comentários alheios, já que a unidade de saúde era próxima à sua casa. Muitas vezes, Lúcia somente chegava em casa com a prescrição, sem ao menos levar a filha para consultas periódicas.

“Minha mãe ou meu irmão pegavam receita e tinha um médico que eu fui desde criança. Eu não sabia que tinha esquizofrenia, mas eles sim.” (Ana)

As medicações, por muito tempo, colaboraram para que Ana conseguisse amenizar o problema, porém, na vida adulta (não soube informar idade) ocorreu uma crise forte, onde estava a caminho da igreja e perdeu-se. Ela ficou 3 dias desaparecida, não se recorda do que aconteceu, e esse episódio foi decisivo para que Ana iniciasse seu vício com medicação.

Ao retornar para sua casa, Ana foi acompanhada periodicamente nos aspectos relacionados à saúde, já que não tinha lembranças do que havia ocorrido nos dias em que ficou desaparecida. A possibilidade de ocorrer um episódio parecido novamente gerava medo e ansiedade, sua mãe e seu irmão sempre tiveram controle sobre as medicações dadas a ela, porém, ela começou a se automedicar escondido da sua mãe.

“Eu tinha um medo horrível que tudo voltasse novamente e, como eu sentia muito sono, não dava muito tempo de eu pensar.” (Ana)

Para Ana, o envelhecimento lhe trouxe uma sensação de que sua vida estava estagnada. Com fobia do mundo, ela não buscou iniciativas de criar vínculos de

amizades, portanto, não se casou e não teve filhos. Logo após a morte de sua mãe, precisou ter maior autonomia para lidar com a vida, pois, devido às condições financeiras, houve a necessidade de procurar ajuda na unidade básica de saúde e foi encaminhada para o CAPS.

“Eu perdi tantos anos nesse tempo, que parecia que nem vivi. Eu não fiz nada, não aconteceu nada, muito estranho.” (Ana)

Após a morte de sua mãe, Ana passou a fazer uso abusivo de medicação, a receita de um mês de medicação era tomada em menos de 15 dias. Para ela, não existia mais o que pudesse recuperar de sua vida, ela sentia que o remédio preenchia temporariamente sua cabeça e a fazia evitar de pensar nos problemas. Além disso, temia que outro episódio de falta de memória ocorresse, já que, agora, só tinha seu irmão para a socorrer. Seu irmão demorou a perceber o uso incorreto das medicações, enquanto Ana percebia cada vez mais sua dependência.

Seu irmão descobriu de maneira informal, através de profissionais que trabalhavam na unidade de saúde do bairro, que a irmã estava retornando várias vezes ao serviço em busca de prescrições. Desse modo, tomou controle das medicações que ela usava e, na época, era ele quem lhe ofertava e mantinha o local de armazenamento escondido de Ana. No CAPS, ela fazia acompanhamento e era participante assídua dos grupos terapêuticos, em muitos momentos, demonstrava insatisfação com a postura do seu irmão, mas aceitava e compreendia. Nas consultas e grupos, ela buscava mais autonomia e já entendia a importância do tratamento medicamentoso sem uso abusivo.

“Eu tinha muito preconceito e meu irmão também, depois que cheguei e conheci o serviço foi maravilhoso. Eles foram meu suporte, primeiro porque antes gastava muito com médicos particulares e também porque pude entender mais e controlar o que sentia, principalmente nessa parte de medicação.” (Ana)

Nos aspectos relacionados ao controle das suas medicações, Ana acreditava que o irmão não confiava nela e tinha medo que fizesse uso abusivo e viesse a morrer. Ela guardava mágoa relacionada ao irmão e à mãe, pois acreditava que eles a privaram durante muitos anos de conhecer seu diagnóstico e ter uma vida

mais sociável com o mundo. Porém, reconhecia que em muitos momentos seu irmão assumia o papel de pai para auxiliá-la e associava ao fato de o mesmo não ter constituído família, pois, desde muito jovem, seus pais o amedrontavam com relação ao mundo, tornando-o mais recluso.

“Eu não tenho a disposição tanto, meu irmão é que ajeita a caixinha de remédio e controla isso. Já pedi pra ele, que posso me controlar agora, mas ele prefere cuidar disso. Tem medo que eu tome muitos e morra.”
(Ana)

7 Percorrendo os ciclos de vida

Ao analisar retrospectivamente as experiências de vida das entrevistadas, identificou-se que os ciclos de vida assemelham-se. A infância, com contextos difíceis de pobreza e violência, sendo o desencadeador de traumas que repercutiram nas trajetórias e nas experiências de vida dessas mulheres.

Nessa lógica, para melhor discussão dessas experiências, optou-se pela organização das Mudanças no Ciclo de Vida Familiar descritas por Carter e McGoldrick (1995). Nesta perspectiva, entende-se que cada transição do ciclo de vida é carregada de ansiedade e conflitos, e analisar a partir das fases possibilita maior exploração dessas histórias. Para além de visualizar cada fase, as autoras buscam explorar as implicações e diferenças relacionadas ao gênero, entendendo que para homens e mulheres as percepções e expectativas de cada fase são diferentes.

7.1 Experiências da Infância

Compreende-se o início do ciclo de vida como aquele gerador do elo da família primária, sendo a primeira unidade emocional operativa, que irá acompanhar ao longo da vida essas mulheres e que irá influenciar profundamente quem, quando, como e se elas vão se casar e mais, irá definir como executarão todos os outros estágios do ciclo de vida (CARTER; MCGOLDRICK, 1995). Dessa forma, identificamos como de infância todas as experiências narradas onde não existe a diferenciação do “eu” em relação à família, além de as relações pessoais estarem restritas aos membros da família.

Nas mulheres participantes deste estudo, observou-se que as suas experiências de vida, ainda na infância, foram marcadas por vulnerabilidades relacionadas à saúde mental, já que viviam em ambientes familiares conflituos e marcados por violência. Embora sem diagnóstico, nos seus relatos, muitas reconheceram sinais sugestivos de transtorno mental.

“Eu tinha uns momentos de felicidade e depois vinha a depressão, eu queria só ficar em casa, morrer, brigava em casa, na escola.” (Juliana)

“Meus pais eram distantes, fui crescendo, ficando depressiva e tímida, não fazia amigos.” (Madalena)

“Cresci deprimida, pela indiferença que meus pais me tratavam.” (Adriana)

“Lembro dele dar surras em mim e meus irmãos por motivos bobos. Eu sempre fui uma pessoa muito emotiva e reflexiva, eu era inteligente.” (Sandra)

Os relatos mostram um contexto familiar onde o preconceito com transtornos mentais já estava presente desde a infância, e, assim, o isolamento social dessa criança já é observado como uma forma de a família lidar com o desconhecido, com aquela criança que foge do padrão da normalidade.

Assim, mulheres estigmatizadas, desde a infância, sofrem discriminação, e isso se estende ao longo da vida, somado aos prejuízos que virão, fruto desse quadro clínico quando não tratado. Entende-se que aspectos relacionados a transtornos mentais são discussões que a sociedade julga como tabu, e quem foge do padrão da normalidade já é considerado como alguém incapaz. Essa percepção reflete dentro do próprio âmbito familiar, tanto quanto na sua comunidade.

Goffman (1988) expressa sobre isso:

“A discriminação em questões como a designação para empregos, e afetam a interação social imediata somente, por exemplo, porque o indivíduo estigmatizado pode ter tentado manter o seu atributo diferencial em segredo e sente-se inseguro sobre a sua capacidade de fazê-lo, ou porque as outras pessoas presentes conhecem a sua condição e tentam penosamente não fazer alusão a ela.” (GOFFMAN, 1988, p. 45).

Nos depoimentos das entrevistadas, observou-se a família como mantenedora desses atributos negativos, desde a infância dessas mulheres, tornando o estigma como um “sinal” de incapacidade, impedindo maior autonomia. Tanto os problemas relacionados à saúde mental na infância e, posteriormente, o uso e abuso de drogas foram definidores para que essas mulheres passassem a ser desacreditadas. Desse modo, compreende-se o estigma como um atributo que compromete as relações humanas, conforme relatos:

“Minha mãe ou meu irmão pegavam receita e tinha um médico que eu ia desde criança. Eu não sabia que tinha esquizofrenia, mas eles sim.” (Ana)

“Agora tenho medo de tentar e falhar, porque depois eu volto fumando mais ainda. Não sei se eles (família e filhos) iriam voltar a se aproximar, mas acho que não.” (Madalena)

Dessa forma, o estigma é visto como uma ferida difícil de ser curada, onde o estigmatizado é simplesmente excluído da sociedade por ser alguém que não se encaixa dentro dos padrões e regras vistos como “normais”.

Logo, o estigma social acarreta danos prejudiciais, destrutivos e muitas vezes até permanentes no desenvolvimento psicossocial dessa população (SANTOS; LIMA; 2020).

Ao discorrerem sobre suas experiências, foi observada a violência familiar como um aspecto presente na infância das entrevistadas. Dessa forma, compreende-se que experiências de violência doméstica deixam marcas negativas que refletem na trajetória de qualquer indivíduo, pois existe a perspectiva idealizada de família como uma instituição protetora, onde existem acolhimento e amor. Portanto, quando isso não acontece, a mulher que cresce em um lar abusivo sofre impactos no seu comportamento, na sua autoestima e potencializa as chances de desenvolvimento ou agravamento de problemas relacionados a transtornos mentais.

Em um estudo que analisou os impactos da violência familiar, identificou-se que existe repercussão desse comportamento em todos os membros da família. De modo geral, as áreas mais afetadas dessas pessoas foram no sentido de funcionalidade familiar, seguida do estado de saúde. O impacto do comportamento violento foi desfavorável em todas as áreas e ocasionou alta carga geradora de estresse, que desestabiliza a todos (PEREZ-MARTINEZ; DE LA VEJA PAZITKOVA; ALFONSO-MONTERO, 2020). Esse impacto foi percebido ao analisar os discursos encontrados das experiências da infância das mulheres deste estudo, além da associação de depressão pela violência vivida:

“O meu pai era um homem ruim, nossa relação era de muita violência. Ele era alcólatra, quando bebia batia em nós todos, lembro dele dar surras em mim e meus irmãos por motivos bobos. Nunca aceitei isso, sabia que o que fazia era errado. Acho que não é à toa que eu tenho depressão agora.” (Sandra)

“Meus pais eram bem rígidos comigo, naquela época, então, não era como hoje, davam surras. Eles eram bem distantes de mim, eu fui uma criança feliz, mas depois que fui crescendo fui ficando meio depressiva e tímida, não fazia amigos.” (Madalena)

Identificou-se, nos depoimentos das mulheres, a presença de transtornos mentais em outros membros da família, o que torna o contexto familiar ainda mais complexo. Assim, a origem de problemas relacionados à saúde mental é algo que vem sendo discutido ao longo dos anos, porém, a experiência de conviver com pais com algum transtorno foi narrada como marcante para muitas mulheres, conforme relatos:

“Minha mãe era bem bipolar, tinha dias que estava um amor e tinha dias que estava estúpida, ela disse que eu sou igual, mas naquela época não tinha tratamento.” (Juliana)

“Minha mãe tinha depressão, foi procurar ajuda velha já, fumava um monte igual eu, mas naquela época era bonito, né, morreu pelo uso de cigarro.” (Madalena)

“Herdei da minha mãe essa depressão, esse jeito de ser, o cigarro, ela fuma até hoje, tentou parar várias vezes, mas já disse que agora não larga mais.” (Sandra)

Compreendemos que as relações familiares implicaram diretamente no modo como essas mulheres reagiram aos desafios enfrentados no decorrer da vida. Nessa perspectiva, as experiências da infância foram as primeiras nas quais o estigma foi identificado e “marcado”, perpetuado ainda mais, nos próximos ciclos de vida.

7.2 Experiências na adolescência

Considera-se a adolescência como o lançamento da jovem adulta solteira. Esse ciclo é considerado um marco, pois é um momento de iniciar a estabelecer objetivos de vida pessoais e de busca por novas experiências, antes de juntar-se com outra pessoa. Entretanto, a tradição de “cuidar dos filhos” fez com que as mulheres por muitos anos permanecessem menos ativas nesse ciclo. Compreendem-se como os problemas mais comuns nesse ciclo a falta de reconhecimento, mudanças nos comportamentos relacionadas à família, o que poderá ser de dependência, rebeldia ou afastamento (CARTER; MCGOLDRICK).

A adolescência é um período muito complexo na vida de uma pessoa, conflitos internos na formação da identidade são comuns para todos os jovens. As experiências das mulheres entrevistadas na adolescência, na maioria, foram marcadas pelo uso de drogas e, conseqüentemente, a perpetuação do estigma. Pelo contexto familiar de vulnerabilidade em saúde mental desde a infância, elas mantiveram comportamentos de isolamento social, rebeldia e distanciamento familiar durante essa fase.

A família, na maioria das vezes, é a primeira unidade de promoção e prevenção para o uso de drogas. Sendo assim, é ela que desempenha um papel importante na formação de uma pessoa, já que está presente desde o nascimento.

Existem duas perspectivas de família que precisamos levar em consideração, aquelas nas quais os relacionamentos familiares serão pautados em negligência, abandono, agressão física e falta de diálogo, os quais podem contribuir para o uso e abuso de drogas, e outras famílias que irão corresponder com as expectativas, as quais serão pautadas, na maior parte do tempo, em proteção e, conseqüentemente, evitando que a mulher aproxime-se das drogas (SELEGHIM; OLIVEIRA, 2013).

A família, quando possui esses requisitos, pode-se dizer que ela é uma rede de apoio fundamental e um dos principais suportes para um indivíduo. Segundo Goffman (1988) existe o indivíduo que se relaciona com um indivíduo estigmatizado através da estrutura social – uma relação que leva a sociedade mais ampla a

considerar ambos como uma só pessoa. Eles compartilham um pouco o descrédito do estigmatizado com o qual eles se relacionam.

Identificar se um adolescente é mais vulnerável ou não para o uso de drogas ainda é um assunto bastante complexo e alvo de muitas discussões. Contudo, alguns fatos podem ser associados, como, por exemplo, o uso de drogas ou atitudes positivas frente às drogas pela família, conflitos familiares graves; comportamentos problemáticos (agressivo, alienado, rebelde) nos indicam um alerta para trabalhos preventivos para minimizar esse problema (MARQUES et al., 2000).

A experiência do uso de drogas é desencadeadora de estigma, e pertence à categoria que Goffman nomeou como culpa de caráter. Em todas as estigmatizadas está presente o fator comum, que é de uma pessoa que poderia ter uma vida normal caso não tivessem “vontade fraca” e conseguissem controlar melhor suas ações, vício e distúrbios mentais.

Observaram-se, durante as entrevistas, relatos carregados de sofrimentos causados pelo uso de drogas, pois, para além delas, as experiências de vida dessas mulheres foi permeada de violência, contexto familiar conflitivo e desacreditação. O significado da droga, nesses contextos, amplifica nossa reflexão acerca do uso, tendo em vista, que observou-se nas falas que o uso se dava pela sensação de fuga da realidade para evitar determinados sentimentos negativos gerados pelo ambiente familiar.

“Usava maconha direto, fiquei dependente porque sentia uma sensação boa, mas parei porque depois sentia muita depressão e vontade de morrer. Me preenchia por um momento, mas depois era ruim, aquele sentimento de chatear minha mãe.” (Juliana)

“Fiquei sem poder ajudar em casa e bateu falta de dinheiro também. Daí eu comecei a ficar perturbada, não dormia, não comia e acho que pirei, tomava remédio e nada passava essa sensação.” (Ana)

“É meu companheiro, né, eu fumo porque me sinto sozinha, me aquece”. (Madalena)

É comum que usuários de drogas tenham como motivação para o primeiro uso a desilusão familiar e vivência de sofrimento como os principais desencadeantes associados aos momentos coincidentes em que um grupo de

amigos ofereceu a droga. Já a permanência do uso está associada a períodos de abstinência, fissura e desilusão (PEDANA et al., 2020).

Logo, o contato misto traz à tona o estigma pelo uso de droga dessas mulheres, desse modo, indivíduos normais passam a enxergá-las sem mérito. Esse comportamento é definidor para o modo como essa mulher passa a enfrentar suas experiências de vida na sociedade, já que agora passará a comportar-se como uma pessoa desacreditada ou desacreditável.

“Pode-se esperar que essa manutenção voluntária de vários tipos de distância será estrategicamente empregada por aqueles que se encobrem, com o desacreditável utilizando, aqui, quase as mesmas estratégias que os desacreditados, mas por motivos ligeiramente diversos. Recusando ou evitando brechas de intimidade, o indivíduo pode evitar a obrigação consequente de divulgar informação. Ao manter relações distantes, ele assegura que não terá que passar muito tempo com as pessoas porque, como já foi dito, quanto mais tempo se passa com alguém, maior é a possibilidade da ocorrência de fatos não previstos que revelam segredos.” (GOFFMAN, 1988, p. 86).

Desse modo, entende-se que as desacreditadas são aquelas cujos estigmas já são conhecidos pelos outros e essa mulher não tem como esconder-se ou evitá-los. Ser desacreditada em uma sociedade ocasiona danos nos vínculos interpessoais que afetam as experiências de vida dessas mulheres, conforme é apresentado a seguir:

“As pessoas falam, né, meus vizinhos não falavam direto pra mim, mas pra outras pessoas. Eu fazia ‘faxina’ na casa de uma senhora também, depois que comecei a faltar, ela me despediu, mas sei que uma conhecida andou falando de mim. É muito feio uma mulher bêbada.” (Helena)

“É bem ruim a internação, né, tem gente de todo tipo, eu dormia e acordava com medo, tinha briga também. Depois eu voltei pra casa e parei os estudos, porque não dava mais, né, todo mundo sabia que eu tinha internado.” (Juliana)

“Tive uma amiga bem próxima, mas descobri que tudo que eu falava pra ela contava pra todo mundo, perdi a confiança.” (Sandra)

“Eu tinha um medo horrível de interagir, daí tomava remédio e, como eu sentia muito sono, não dava muito tempo de eu pensar.” (Ana)

Esses achados nos permitem refletir sobre a construção da identidade social dessas mulheres, pois a sociedade passa a afastar a estigmatizada de um modo que ela passe a ser desacreditada por todos. Essa exclusão, de alguma forma,

ocasiona consequências na maneira como a sociedade passa a tratar a estigmatizada, tal fato refletirá diretamente ao longo de sua vida e na maneira com que se dará esse contato misto.

Goffman (1988) discorre sobre identidade social:

“O que pode ser dito sobre a identidade social de um indivíduo em sua rotina diária e por todas as pessoas que ele encontra nela será de grande importância para ele. As consequências de uma apresentação em público serão pequenas em contatos particulares, mas em cada contato haverá algumas consequências que podem ser imensas.” (GOFFMAN, 1988, p. 44).

A vivência de mulheres que fazem uso de álcool e outras drogas passa a ser limitada aos estigmas e papéis socioculturais que acarretam sua desaprovação social. Por isso, as mulheres costumam esconder o uso destas substâncias ou passar por situações de subordinação, além de sentirem a culpa de estarem nesta condição (SANTOS; ROMANINI, 2019).

Em um estudo que avalia a prevalência da probabilidade de transtornos mentais em usuários de álcool e outras drogas, identificou-se que foi superior à encontrada em estudos aplicados na população não usuária. Então, concluiu-se que a associação do uso e abuso de drogas nos usuários com maior probabilidade de desenvolverem transtorno mental se deu nas mulheres com idade maior que 25 anos (LUCCHESI et al., 2017).

Desse modo, entende-se que o estigma envolve dois tipos de indivíduos que podem ser divididos em duas pilhas, a de estigmatizados e a de normais, tanto quanto um processo social de dois papéis no qual cada indivíduo participa de ambos, pelo menos em algumas conexões e em algumas fases da vida. O normal e o estigmatizado não são pessoas, e sim perspectivas que são geradas em situações sociais durante os contatos mistos (GOFFMAN, 1988).

Com os aspectos relacionados ao contatos mistos que envolvem a família, existem contextos que tornam o convívio desafiador e ocasionam conflitos familiares, quebra de vínculos com os filhos, dificuldades de acompanhar e conciliar os tratamentos de saúde com o trabalho, dificuldade de monitorar o comportamento da estigmatizada. Para essas famílias, a solução, muitas vezes, é apresentada

como a institucionalização em ambientes com características asilares (PAULA; JORGE; VASCONCELOS, 2019). Nesta perspectiva, na experiência de mulheres usuárias de drogas, quando a família observa comportamentos que destoam do que é esperado como comum, de algum modo a internação psiquiátrica é pensada como uma possibilidade terapêutica, conforme identificado nas experiências narradas da adolescência.

“Eu fui internada a primeira vez em uma clínica com 15 anos, tinha sido expulsa do colégio por fumar, mas, naquela época, eu usava também maconha. Lá na clínica eu fumava bastante, mais do que em casa, acho que peguei o vício do cigarro lá.” (Juliana)

“Minha mãe e meu pai que levavam pra igreja, eles diziam que era coisa ‘ruim’. Foi um horror pra todo mundo, fui internada na época.” (Ana)

Não se trata de negar a existência de problemas de saúde mental ou o uso abusivo de álcool, ou negar, ainda, o fato de que em algumas circunstâncias a internação psiquiátrica se fará necessária, por exemplo. Faz-se necessário pontuar que a mesma envolve uma situação extrema, que acarreta no afastamento do sujeito de sua família e, indubitavelmente, trará efeitos significativos, como um diagnóstico, que passará a acompanhá-la por boa parte de sua vida, ressignificando o modo como será acolhida e atendida em diferentes equipamentos e instâncias (BASTILLE; CRUZ, 2016).

Frente aos problemas relacionados à saúde mental e uso e abuso de drogas, as famílias buscam compreender o contexto para procurar ajuda, porém evitam de todas as formas tornar público para evitar o estigma. Dessa forma, compreende-se que, além da estigmatizada, o estigma é partilhado por mãe, pai, irmãos, companheiros e filhos. O medo do estigma é evidenciado nos relatos:

“Era difícil isso, ainda mais naquela época que tudo era ‘feio’. Minha mãe solteira, com filho pra criar, sempre contávamos com ajuda dos vizinhos e de pessoas que nos queriam bem.” (Helena)

“Foi horrível porque minha família toda soube, era vergonha para meus pais. Eles me diziam pra não falar pra ninguém essas coisas.” (Madalena)

“Meus pais pagavam médico particular, porque tinham vergonha de que eu procurasse o postinho. Depois as ‘mulheres’ de lá poderiam sair falando de mim, que eu era louca.” (Ana)

Nesse sentido, é comum que algumas famílias busquem criar uma “capsula protetora”, solicitando apoio em um segundo momento de vizinhos. Dentro dessa cápsula, essas mulheres crescem protegidas e sendo restritas de informações e situações que as diminuam, a encapsulada sente-se com uma identidade normal. Esse apoio vem demonstrado através de relatos:

“Sempre contávamos com ajuda dos vizinhos e de pessoas que nos queriam bem.” (Helena)

“Tive que viver de ajuda dos vizinhos, porque ele sumiu, não nos procurou por um bom tempo.” (Adriana)

Os depoimentos indicam que, apesar da vergonha do núcleo familiar em lidar com os problemas, elas buscaram uma rede de apoio secundária, na qual os vizinhos participavam e que fortalecia essa cápsula protetora. Contudo, as próprias famílias que necessitavam desse apoio demonstravam desconfiança com essa segunda rede, mantendo-se sempre na fronteira das relações para evitar maiores exposições.

Ainda, em relação aos achados deste estudo, identificou-se que uma das entrevistadas, na adolescência, apresentou tentativa de suicídio. Carregada de angústia devido ao contexto familiar, tentou contra a própria vida como uma maneira de ser ouvida. Tais fatos foram observados no seguinte relato:

“Um dia me cortei, pensei que iriam parar com essa loucura que era dentro de casa, mas não adiantou nada. Só levei o rótulo de louca mesmo.” (Sandra)

Desse forma, experiências de vida na adolescência podem ser permeadas por isolamento social, *bullying*, histórico familiar e funcionamento familiar prejudicado, que são sinais que devem ser levados em consideração na hora de avaliar o risco de suicídio. Contudo, não podemos atribuir a apenas um fator um fenômeno tão complexo (SILVA, 2019).

Entendemos que a adolescência dessas mulheres foi marcada como um período conturbado, na qual a percepção do estigma ficou mais evidente nos

depoimentos. As relações sociais foram afetadas e a maneira como elas reagiram ao desafio de conviver em sociedade foi prejudicial, agravando ainda mais o quadro clínico de transtornos mentais e uso e abuso de drogas.

7.3 Formando uma nova família

Nesta etapa, dois eventos irão repercutir e gerar experiências transformadoras. Carregados de expectativas, o casamento e a maternidade são experiências cheias de fortes sentimentos, onde a formação de uma nova família entra em conflito com as diferenças do casal.

Dessa forma, Carter e McGoldrick (1995) descrevem que o matrimônio representa a modificação de dois sistemas e uma sobreposição que desenvolve um terceiro subsistema. As mulheres buscam antecipar esse momento, embora possa ocorrer frustração e ele não ser um ciclo saudável para elas.

Ainda, a chegada de um filho muda a dinâmica da vida a dois e requer que os adultos avancem uma geração e se torne cuidadores da nova geração. Com problemas típicos, como brigas, incapacidades de colocar limites e impor a autoridade necessária (CARTER; MMGOLDRICK, 1995).

Reflexos no casamento são sentidos, quando existe no meio do casal o envolvimento com drogas. Dessa forma, situações de vulnerabilidade podem ser percebidas e a necessidade do rompimento aparece como uma solução para a busca da felicidade.

Superar a mágoa, raiva e culpa são sentimentos enfrentados na fase de rompimento entre o casal. Quando as questões emocionais envolvidas no divórcio não são adequadamente aceitas, isso pode fazer com que a mulher e os filhos permaneçam paralisados por anos (CARTES; MMGOLDRICK, 1995).

7.3.1 O casal – Divórcios e Rompimentos

A mudança do papel feminino é central nos padrões de ciclo de vida familiar em modificações. As mulheres sempre foram centrais no funcionamento da família, suas identidades, primeiramente, eram determinadas por suas funções como

esposa (CARTER; MCGOLDRICK, 1995). Assim, por muitos anos as mulheres exerceram um papel de submissão dentro dos casamentos, esses reflexos podem ser percebidos nas suas experiências de vida. Padrões comportamentais já vivenciados no contexto familiar da infância e adolescência reaparecem na união nessa nova família.

As mulheres participantes deste estudo tiveram experiência de casamentos com contextos complexos, onde, em alguns, o uso e abuso de drogas pelo parceiro também estava presente, tornando o convívio permeado de tensões e infelicidade. Tais evidências são identificadas nos seguintes depoimentos:

“Não era o casamento dos sonhos, bebia muito, só vivia muito bêbado. Ele era uma ótima pessoa, mas, quando juntava com a família pra festas, era um horror.” (Helena)

“Fiquei casada com ele por uns 20 anos. Mas era difícil, ele me chamava de louca, não me respeitava.” (Madalena)

“Foi um casamento muito horrível, ele me batia.” (Adriana)

“Meu marido bebida e fumava, fui muito infeliz com ele durante o casamento.” (Sandra)

Goffman (1988) comenta e dá exemplos que explicam o porquê de um estigmatizado procurar uma pessoa com características semelhantes às suas:

“O indivíduo estigmatizado tem uma tendência a estratificar seus ‘pares’ conforme o grau de visibilidade e imposição de seus estigmas. Ele pode, então, tomar em relação àqueles que são mais evidentemente estigmatizados do que ele as atitudes que os normais tomam em relação a ele. Assim, as pessoas que têm dificuldades auditivas não se vêem absolutamente como pessoas surdas, e as que têm deficiência de visão não se consideram, de maneira alguma, cegas.” (GOFFMAN, 1988, p. 92)

De toda forma, quando discorremos sobre a perspectiva feminina de casamento, percebemos que a narrativa instaurada pelo patriarcado continua sendo reproduzida atualmente, ainda que em menor força do que no passado. Esse discurso torna invisíveis as mulheres e faz com que busquem estratégias para dar conta das funções demandadas, como se o cuidado com a casa fosse responsabilidade exclusiva delas (FIGUEIREDO; DINIZ, 2018).

Assim sendo, o casamento é um cenário que não está isento de práticas de abusos físicos e psicológicos. Compreende-se que a violência contra as mulheres seja um dos reflexos mais comuns desse patriarcado que, de alguma forma, ainda é recorrente. Nas experiências das mulheres deste estudo, tais evidências se visualizam nos relatos:

“Eu tive um relacionamento que durou três anos, mas era muito ruim pra mim, me batia.” (Juliana)

“Mas era difícil, ele me chamava de louca, não me respeitava. Tive dois filhos, criei praticamente sozinha eles, porque ele ficava pouco tempo em casa e, quando estava, ficava brigando.” (Madalena)

“Foi um casamento muito agressivo, ele me batia, né, a última briga que tivemos levei 17 ‘ponto na cabeça’, ele me bateu com uma tábua de madeira na frente de todo mundo, meus filhos, minhas vizinhas, todo mundo viu.” (Adriana)

Desse modo, entre as barreiras externas que agravam o uso e abuso de drogas nas mulheres e resultam em não procurar ajuda terapêutica estão a oposição da família, desaprovação social e desencorajamento dos parceiros e violência (ALBURQUERQUE; NOBRE, 2016). Na mulher estigmatizada, esse ambiente hostil em que está inserida, tanto do companheiro, quanto da sociedade, pode acarretar em depressão, tornando-a com uma insegurança persistente que gera uma ansiedade crônica.

Em depoimento, as mulheres descrevem o quanto sentiram-se menosprezadas no casamento e a dificuldade de apoio para separar-se.

“Eu fiquei muito mal como mulher, sabe, era muita falta de respeito, aguentei o que pude, porque era feio se separar naquela época.” (Madalena)

“Eu sempre falava que queria trabalhar, mas ele não deixava, disse que eu tinha que cuidar dos filhos só.” (Adriana)

“Me culpava pelo fracasso do casamento.” (Sandra)

O tradicional papel de esposa significa um *status* irrelevante, nenhuma renda pessoal e muito trabalho, e não atende nenhuma expectativa de conforto emocional. Quando as mulheres aceitam essas condições, as chances de ocorrer o divórcio é

menor, pois isso exige uma nova definição de si mesma (CARTER; MCGOLDRICK, 1995). Desse modo, compreende-se que a infelicidade e situações de abuso e violência são fatores decisivos para que as mulheres optem pelo rompimento da relação e passem a não aceitar mais viver em um ambiente que a colocam e aos filhos em perigo. Identificam-se tais afirmações, nos seguintes depoimentos:

“Depois da separação eu passava a noite acordada e tomava remédio pra dormir, dormia o dia todo. Ele batia em mim e nos filhos” (Adriana)

“Era ciumento, acabou que não deu certo. Muita briga e agressão, cada vez estava pior”. (Juliana)

A separação é um processo de grande turbulência para a família, à medida que enfrenta perdas significativas, não apenas de caráter externo, como as sociais e econômicas, mas também as perdas internas, estas mais difíceis de elaborar (MARTINEZ; MATIOLI, 2012). Tais perdas exigem uma nova reorganização familiar, sobretudo, quando essa mulher fica responsável pelos filhos.

Percebemos, nos depoimentos analisados, que a relação entre as mulheres e seus companheiros foi potencializadora para agravamento de transtornos mentais e uso de drogas. Ainda, observa-se que o contexto familiar primário da infância foi repetido por aquelas que optaram viver a experiência do casamento.

7.3.2 As experiências da maternidade

Historicamente, a mulher passou a ganhar lugar de destaque na sociedade, o papel principal da mulher por muito tempo foi centrado na maternidade, fazendo com que ficasse restrito a isso. Apesar da visão familiar ter-se modificado com o passar do tempo, e de a mulher ter conquistado maior destaque na sociedade, a lógica da imagem padrão da boa mãe perpetua e está imbricada em todos nós (CAMARGO et al., 2018).

A maternidade, por si, só é uma experiência que implica em uma mudança na vida das mulheres, pois é carregada de expectativas, a sociedade exige que elas atendam requisitos para que possam ser consideradas como “boas mães”. Apesar

de esses requisitos não serem claros, quando uma mãe é usuária de droga, a experiência com a maternidade se atravessa por conflitos internos e externos, pois, de um lado, está a culpa por não atender às expectativas de desempenhar bem seu papel e, do outro, a sociedade de normais que as culpabiliza, conforme é relatado pelas mulheres que viveram a maternidade:

“Eu me sentia muito culpada por tudo, por ter feito meus filhos sofrer com isso. Agora eles estão feliz comigo, mas sei que preciso evitar a todo custo beber.” (Helena)

“Eles me culpam muito, eu já pedi desculpas se em algum momento eu falhei, mas ninguém aceita que eu tenho problema.” (Madalena)

“Sinto culpa por tudo e acho que deixei eles muito ‘solto’, porque depois da separação eu passava a noite acordada e tomava remédio e dormia o dia todo.” (Adriana)

Goffman (1988) comenta a sensação de fracasso e sucesso da estigmatizada da seguinte forma:

“O fracasso ou o sucesso em manter tais normas têm um efeito muito direto sobre a integridade psicológica do indivíduo: Ao mesmo tempo, o simples desejo de permanecer fiel à norma – a simples boa vontade não é o bastante, porque em muitos casos o indivíduo não tem controle imediato sobre o nível em que apoia a norma.” (GOFFMAN, 1988, p. 109)

A maternidade ocupa um lugar importante para a maioria das mães, porém, durante o período de uso de drogas a prioridade foi direcionada ao consumo de substâncias e a maternidade pôde ser deixada em segundo plano em diversos momentos (TRINDADE; BARTILOTTI, 2017).

Nessa perspectiva, a culpabilização materna é potencializada cada vez mais por um discurso midiático carregado de simbologias que faz parecer que a maternidade seja um processo natural e simples. Contudo, essa narrativa faz com que mães reais sintam-se incapazes, além disso, move sentimentos negativos na sociedade que julga mulheres que não se doam integralmente à função da maternidade (HALASI, 2018). Portanto, o sentimento de culpa tende a existir na vivência de todas mulheres, independente do uso de drogas ou não.

Logo, conflitos ocasionados pela vontade fraca do uso de drogas fazem com que o relacionamento com os filhos seja conflitivo e que ocasione vínculo fraco.

Dessa maneira, a vergonha dos filho pela mãe, falta de limites na relação e descrédito estão presentes, conforme visualizado a seguir:

“Eu sempre para o meu filho não inventar filho, mas ele não me ouve.”
(Helena)

“Eles tem vergonha de mim, sabe, e eu entendo, porque, quando estou sem dinheiro, eu vou pra frente da casa e fico pedindo cigarro para as pessoas que passam, minha filha diz que tem vergonha.” (Madalena)

“Meu filho se assumiu gay, adolescente sabe como é, não parava em casa, estava sem limites. Daí eu pensei, preciso de ajuda agora pra poder ajudar meus filhos.” (Adriana)

Em um estudo que analisou a relação do filho usuário de drogas com a mãe, embora inverso a este, encontrou achados similares. Evidenciaram-se a falta a precariedade e empobrecimento de investimentos da figura materna na representação sistêmica do papel da mãe (BRANDÃO et al., 2018). Desse modo, entende-se que o uso de drogas tem como similaridade, em ambos os papéis, ocasionar situações conflituosas nas relações que envolvem mãe e filho.

Uma das participantes deste estudo sofreu um aborto espontâneo e, devido a isso, ela buscava até hoje encontrar o fator que poderia ter causado. Embora desmistificado pela medicina, ela associava as possibilidades de ser fumante ou de ter sofrido agressão física na infância.

“Tive um aborto espontâneo, me sentia culpada pela perda, pelo fracasso do casamento. Lembro da minha infância, meu pai chutando minha barriga nas surras, será que não tem a ver com isso?” (Sandra)

Goffman (1988) descreve como uma pessoa estigmatizada tenta buscar interpretações não convencionais pelo seus fracassos.

A pessoa com um atributo diferencial vergonhoso pode romper com aquilo que é chamado de realidade, e tentar obstinadamente empregar uma interpretação não convencional do caráter de sua identidade social. A criatura estigmatizada usará, provavelmente, o seu estigma para "ganhos secundários", como desculpa pelo fracasso a que chegou por outras razões. (GOFFMAN, 1988, p. 12).

A maternidade é uma questão sobre a qual todas as mulheres, em algum momento de suas vidas, irão refletir. Tanto as mulheres que desejam ser mães como aquelas que não desejam sofrem algum tipo de cobrança social acerca da

maternidade (CÉSAR; LOURES; ANDRADE, 2019). Uma participante relatou o desejo de ser mãe, porém, sua família não a incentivava. Devido ao estigma do uso de drogas, a família acreditava que ela não seria uma boa mãe e não teria capacidade de cuidar de um filho. Tal relato está expressado no seguinte depoimento:

“Eu sempre quis ter filho, mas minha mãe sempre disse que não eu podia, porque eu era assim desse jeito. Eu me arrependo, porque acho que queria ser mãe, ter alguém pra cuidar.” (Juliana)

É importante destacar que o amor materno, geralmente, envolve os sentimentos positivos a respeito da condição de ser mãe, o que pode conduzir como algo abençoado e somente para algumas mulheres. No entanto, há uma série de concepções a respeito produzidas e marcadas por discursos sociais e científicos que nos levam a concluir que a concepção sobre ser mãe seria produto das condições e circunstâncias de um dado momento histórico (RESENDE; BEDRAN, 2017).

Dentre as experiências de vida das mulheres entrevistadas neste estudo, destaca-se um contexto específico no qual a mulher é mãe de uma criança com déficit intelectual. Essa maternidade era permeada de medos, anseios e pensamentos quanto ao futuro do filho, quando a sua presença não fosse mais possível.

“Eu tenho sempre essa preocupação comigo, se eu morrer com quem vai ficar meu filho que tem problema, será que o irmão dele vai conseguir cuidar, ter paciência?” (Helena)

A experiência de cuidar de um filho com necessidades especiais é encarada, na maioria das vezes, como uma luta que é compensada pelo vínculo e desenvolvimento com o filho. Exige reestruturação na organização familiar, que envolve ensinar a outros filhos o cuidado com o irmão (TOMAZ et al., 2017).

Portanto, entende-se que a experiência da maternidade é atravessada por todas as mulheres, mesmo aquelas que não têm filhos. As que são mães, carregadas pela culpa, buscam reestabelecer e fortalecer vínculo com os filhos, que sentem-se envergonhados e reproduzem o estigma da sociedade. A discussão a respeito da desconstrução da maternidade idealizada deve ser cotidiana, pois todos

precisam compreender que ser mãe não é mais um papel exclusivo e que outros aspectos devem ser explorados quando envolvem experiências de mulheres.

7.4 Seguindo em frente

No momento presente, as mulheres participantes demonstravam-se reflexivas com relação às suas escolhas e trajetórias de vida. Nesse ciclo, os filhos, agora independentes, passaram a viver suas próprias vidas e as mulheres experienciavam a solidão.

Para Carter e McGoldrick (1995) essa é uma fase que, para as mulheres, pode ser um momento de estresse, pois elas sentem-se diminuídas e muito atrás no que se refere às capacidades de lidar com o mundo externo. As mulheres desenvolveram uma identidade primariamente através da adaptação aos homens, com o divórcio sentem-se vulneráveis e se desintegrando do seu “eu”, além disso, revivem seus medos e erros.

Uma fase importante do tratamento tanto de álcool e drogas é a prevenção da recaída, pois, quando ocorre, atrapalha o desenvolvimento terapêutico que está sendo implementado, além disso, a quebra da confiança e dos vínculos afetivos que vinham sendo construídos. O fenômeno do uso de drogas é complexo e a perspectiva é de um acompanhamento terapêutico a longo prazo.

Diante do exposto, os profissionais de saúde que atendem essa população necessitam levar em consideração todos os avanços positivos dessas mulheres durante o não uso de drogas e, com base nisso, planejar em conjunto uma terapêutica individualizada (FERNANDES et al., 2015). Nesse sentido, identificou-se nos relatos que o serviço prestado pelo CAPS tornou-se uma rede de apoio e motivadora para que persistam no tratamento. Além disso, as mulheres demonstraram reconhecimento pelos profissionais.

“Aprendi mais coisas aqui e gosto da equipe também. Antes eu fazia tudo com a minha mãe, agora eu tenho que me virar sozinha, mas eles me ajudam muito.” (Juliana)

“Só quem tem paciência comigo é no CAPS.” (Madalena)

“Estou fazendo meu tratamento direitinho e aprendendo a lidar com as emoções.” (Adriana)

“Moro sozinha, então, foi difícil enxergar que eu estava tão no fundo do poço, aqui no CAPS eu consegui ver.” (Sandra)

Ao analisar relato das participantes, observou-se a tentativa de superação como um estímulo e caminho para inserir-se na sociedade e ganhar admiração da família e dos amigos, conforme se expressa nos depoimentos:

“Com a função da bebida, eu acho que fui no meu limite, tenho que tá sempre atenta a não retornar o que era antes. Tenho que ser exemplo, né.” (Helena)

“Sou mais madura agora, quem sabe voltar a trabalhar um dia, não sei fazer muita coisa, mas posso aprender porque tenho vontade.” (Juliana)

“Estou fazendo meu tratamento direitinho e aprendendo a lidar com as emoções, com essas crises de pânico que dá, quero superar isso tudo.” (Adriana)

Aspectos do cotidiano, como o sedentarismo, consumo excessivo de álcool, tabagismo e piores hábitos alimentares também têm sido relacionados à depressão. Outro fator que mais recentemente foi associado à depressão é a solidão (BARROS et al., 2017).

O uso de drogas em vários momentos aparece como um mecanismo de fuga no qual a pessoa busca sufocar emoções, sofrimento e perdas. Assim como esses sentimentos, a droga passa a fazer parte da história de vida das pessoas, ocupando diversos papéis (LIMA et al., 2018).

Nessa perspectiva, a solidão foi um fator evidenciado como uma experiência atual das mulheres participantes deste estudo e como um fator preditivo para a depressão. Assim, a forma como a solidão é descrita nos mostra a interferência nos aspectos emocionais atuais.

“Mas eu sou muito instável, difícil alguém aguentar.” (Juliana)

“Me sinto sem esperanças de algo novo acontecer, me sinto muito sozinha.” (Madalena)

“A gente vai ficando velha e ficando reflexiva, muitas mágoas, prefiro conviver com meus cachorros.” (Sandra)

“Estou aprendendo a conviver com as pessoas, porque sei que isso é importante, mas é bem difícil depois de tantos anos.” (Ana)

Goffman (1988) descreve de modo não explícito sobre a solidão das pessoas estigmatizadas, sendo, muitas vezes, evitadas pela própria família.

Em geral, a tendência para a difusão de um estigma do indivíduo marcado para as suas relações mais próximas explica por que tais relações tendem a ser evitadas ou a terminar, caso já existam. (GOFFMAN, 1988, p. 29)

Compreende-se, então, a importância dos espaços terapêuticos para debater os aspectos relacionados à solidão dessas mulheres, de modo que busquem estratégias de cuidado que incluam as possibilidades de reestabelecimento de vínculo entre famílias e amigos para que elas sintam-se acolhidas e estimuladas a continuar no tratamento.

Entretanto, identifica-se que, apesar de inúmeros sentimentos negativos, as mulheres vinham buscando motivações para viver, novas perspectivas de futuro e se mostravam abertas para novas experiências.

“Não penso em namorado mais, quem sabe daqui alguns anos apareça alguém, mas essa pessoa vai ter que ser boa para mim e meus filhos.” (Helena)

“Sou mais madura agora, quem sabe voltar a trabalhar um dia, não sei fazer muita coisa, mas posso aprender porque tenho vontade.” (Juliana)

“Tenho esperança que tudo mude pra melhor em breve.” (Adriana)

Nessa lógica, após iniciar o tratamento e aceitar suas vulnerabilidades, as usuárias de drogas buscam reconstruir seu caminho, refletir sobre as perdas ocasionadas durante o período em que estavam fazendo uso, além disso, procuram aceitação familiar (INOUE et al., 2019).

Portanto, compreendemos que essas mulheres buscam motivações diariamente para que não ocorra recaídas, tentam lidar com os sentimentos negativos pertinentes a qualquer experiência humana e lidam com o estigma que irá continuar “marcado” na sua história. Assim, manterem-se assíduas no

tratamento demonstra a confiança de que o serviço e os profissionais possam contribuir para que reaprendam a conviver com as experiências do passado e futuro.

7. Considerações finais

A minha trajetória acadêmica, ainda na graduação, me proporcionou adentrar um serviço especializado de mulheres, e foi lá, prestando atendimento às mulheres usuárias do CAPS II que frequentavam esse serviço, que isso fez com que levantasse implicações sobre o cotidiano da vida dessa população e o cuidado em saúde mental.

Logo, a minha proposta de dissertação reflete essas implicações, adentrando em um ambiente ainda inexplorado por mim, que é o uso e abuso de drogas. Para alcançar os objetivos, a narrativa foi a metodologia utilizada para promover um cuidado integral em saúde mental. É preciso olhar para além da substância e conhecer suas experiências, revisitar seu passado, refletir sobre o presente e conhecer suas perspectivas. Para realizar o aprofundamento dessas narrativas, utilizar o conceito de estigma de Erving Goffman possibilitou reflexão acerca do ciclo de vida das entrevistadas.

Diante do exposto, constatou-se que o estigma está presente desde a infância dessas mulheres, desde os primeiros eventos sugestivos de transtornos mentais. O uso e abuso de drogas foi uma realidade presente na infância dessas mulheres pelos pais, além de situações de violência física e psicológica. Revisitar esse ciclo da vida para essas mulheres é motivador de sentimento de tristeza e mágoa. Ainda, destaca-se nos depoimentos das participantes a presença da “cápsula protetora” como uma rede de apoio para as dificuldades, embora em alguns momentos a família controle os “problemas” que foram compartilhados. Portanto, entende-se que o estigma é partilhado também pela família dessas mulheres.

Em relação à adolescência, identificou-se como sendo o ciclo de vida no qual a maioria dessas mulheres teve o primeiro contato com o uso de drogas. Ainda, os depoimentos demonstram que a resolução mais buscada pelas famílias foi a internação psiquiátrica, contudo, as repercussões dessas internações refletiram na vida dessas mulheres e contribuíram para perpetuação do estigma. A relação com

a droga foi descrita como uma sensação de preenchimento de um vazio, de não sentir-se só.

No casamento, para aquelas que vivenciaram essa experiência, houve a reprodução do núcleo familiar da infância, pois o consumo de drogas pelos companheiros e violência física e psicológica foram identificados. Dessa forma, houve a união de dois estigmatizados, o que socialmente potencializa essa marca ainda mais.

Já a experiência maternidade demonstrou ser um motivador para que essas mulheres buscassem ajuda e para se manterem sóbrias. Foi observado o estigma reproduzido pelos filhos, como um sinal de desacreditação, o que fez, em algumas experiências, a construção de vínculos frágeis. No presente momento, as mulheres descreveram estarem dedicadas a realizar acompanhamento no serviço especializado e buscavam para o futuro construir novas experiências e fortalecer laços perdidos.

É válido destacar o desafio enfrentado para o desenvolvimento da pesquisa devido à pandemia de Covid-19. Os serviços de saúde precisaram adaptar-se a uma nova realidade de cuidado, e a dificuldade do acesso para a escolha das participantes foi sentida no campo escolhido, pois modificações no acompanhamento e fluxo dos usuários foram necessárias.

Em face dos resultados obtidos, ressalta-se a importância de explorar as experiências de vida de mulheres usuárias de drogas para conhecer os reflexos do estigma na sua trajetória, escolhas e relações. Conhecer suas histórias possibilita refletir sobre a importância de implementações que visem minimizar o estigma.

Para além disso, acredita-se que conhecer a repercussão do estigma nessas mulheres nos permite repensar o modelo de ser mulher construído pelo patriarcado, que limita as mulheres e que causa sofrimento àquelas que de algum modo não correspondem a um padrão de normalidade que a sociedade espera. Ainda, considera-se que este estudo contribui para a construção do conhecimento em saúde mental e vai ao encontro da premissa da Reforma Psiquiátrica, no sentido de novas perspectivas para o cuidado de mulheres usuárias de drogas.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, C.S; NOBREGA, M.P.S.S. Barreiras e facilidades encontradas por mulheres usuárias de substâncias psicoativas na busca por tratamento especializado. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 22-9, 2016.
- ALMEIDA, J.M.C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, 2019.
- AMARANTE, P. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 1-7, 2009.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- AMARANTE, P; TORRE, E.H.G. Madness and cultural diversity: innovation and rupture in experiences of art and culture from Psychiatric Reform and the field of Mental Health in Brazil. **Interface**, Botucatu, v.21, n.63, p. 763-74, 2017.
- AMORIM, A.K.M.A; SEVERO, A.K.S. Saúde mental, cultura e arte: discutindo a reinserção social de usuários da rede de atenção psicossocial. **Rev. Interinst. Psicol.**, Belo Horizonte, v. 12, n. 2, p. 282-99, 2019.
- BALBINOTTI, I. A violência contra a mulher como expressão do patriarcado e do machismo. **REVISTA DA ESMESC**, v.25, n.31, p. 239-264, 2018.
- BARD, N. D. et al. Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, 2016.
- BARRANTES, F.J. et al. Programa de Luta contra o Estigma: resultados obtidos na formação nos profissionais da Saúde Mental. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 5, p. 19-24, 2017.
- BATTISTELLI, B.M; CRUZ, L.R. Saúde Mental na Infância: cuidado e cotidiano nas políticas públicas. **Rev. Polis Psique.**, Porto Alegre, v.6, n. 3, p. 187-205, 2016.
- BERTAUX, D. **Narrativa de vida: a pesquisa e seus métodos**. Natal, RN: Ed. UFRN, São Paulo: Paulus, 2008.
- BIAR, L.A. Desvio e estigma: caminhos para uma análise discursiva. **Calindoscópio**, São Leopoldo, vol. 13, n. 1, p. 113-21, 2015.

- BIRMAN, J; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 41-72.
- BOTTI, L.C.L; SANGIOVANNI, A.G. Significados dos desfiles do dia nacional da luta antimanicomial em Belo Horizonte, 1998-2007. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 25-32, 2008.
- BOTTI, N.C.L; TORREZIO, M.C.S. Festival da loucura e a dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 212-21, 2014.
- BRANDÃO, D.A.L. et al. Convívio Entre Mães e Filhos e a iniciação ao Uso de Drogas. **Rev.Mult. Psic.**, v. 12, n. 40, p. 512-26, 2018.
- BRASIL. **Lei Ordinária nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.**
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001.** Diário Oficial da União.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.028**, de 01 de julho de 2005. Diário Oficial da União.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.588**, de 21 de dezembro de 2017. Diário Oficial da União.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2011.
- CAMARGO, P.O. et al. O enfrentamento do estigma vivido por mulheres/mães usuárias de crack. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 196-202, 2018.
- CARTER, J. **Patriarchy and violence against wom - en and girls.** *Lancet*; 385: e40-1, 2015.
- CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar.** In: *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1995, p. 7- 29.
- CÉSAR, R.C.B; LOURES, A.F; ANDRADE, B.B.S. A romantização da maternidade e a culpabilização da mulher. **Revista Mosaico**, v. 10, n. 2, p.68-75, 2019.

CÉZAR, M. A. de. As políticas públicas de saúde mental e o cotidiano dos serviços substitutivos: um estudo sobre ideologia na reforma psiquiátrica brasileira. 2014. culturais. Salvador: EDUFBA, 2012.

CUNDA, M.F; SILVA, R.A.N. O crack em um cenário empedrado: articulações entre os discursos jurídico, médico e midiático. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, p. 245-55, 2014.

DELGADO, P. G. et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 39-83.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São João Del Rei, 2014.

DRUMOND, E.F; SOUZA, H.N.F; HANG-COSTA, T.A. Homicídios, álcool e drogas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2000-2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 607-16, 2015.

ESCOHOTADO, A. (2004) **História Elementar das Drogas**. Lisboa: Antígona

FERNANDES, S. et al. Os benefícios obtidos com a parada do uso de drogas por usuários de um serviço de tele atendimento. **Aletheia**, Canoas, n. 46, p. 66-73, 2015.

FIGUEIREDO, M.G; DINIZ, G.R.S. Mulheres, casamento e carreira: um olhar sob a perspectiva sistêmica feminista. **Nova perspect. sist.**, São Paulo, v. 27, n. 60, p. 100-110, 2018.

FILHO, N.A. Por que os humanos usam drogas? In Nery Filho A, MacRae E, Tavares LA, Nuñez ME, Rêgo M. **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: EDUFBA; 2012. p. 11-20.

FOUCAULT, M. **A história da loucura na Idade Clássica**. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva; 2000.

FURTADO NOGUEIRA, A.P. et al. A importância do uso do genograma para compreensão da dinâmica familiar. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 11, n. 12, p. 5110-15, 2017.

GAUDERER, C. Crianças, adolescentes e nós. Guia prático para pais, adolescentes e profissionais. Rio de Janeiro (RJ): Revinter; 1998.

GOFFMAN, E. (1975). **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes (Trad.). Rio de Janeiro: LTC.

GOFFMAN, E. (1987). **Manicômios, prisões e conventos**. (D. M. Leite, Trad.) São Paulo: Perspectiva. (Originalmente publicado em 1961).

GOFFMAN, E. 1988 [1963]. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara, 159 p.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Publicação original: 1988. Digitalização: 2004.

GOMES, T.B; VECCHIA, M.D. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2327-38, 2018.

GOMES-MEDEIROS, D. et al. Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 7, 2019.

GURFINKEL, D. O episódio de Freud com a cocaína: o médico e o monstro. **Rev. latinoam. psicopatol. Fundam.**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 420-36, 2008.

HALASI, F. S.A mulher brasileira contemporânea e a maternidade da culpa. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, Mestrado em Psicologia Clínica, 2018.

KAMINSKI, L.F. O movimento hippie nasceu em Moscou: imaginário anticomunista, contracultura e repressão no Brasil dos anos 1970. **Antítese**, v. 9, n. 18, p. 467-93, 2016.

LACERDA, C.B; FUENTES-ROJAS, M. Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 363-72, 2017.

LAVRADOR, M.C.C; RIBEIRO, W.L. As forças do CAPS: uma experiência cartográfica. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 7, n. 2, p. 91-98, 2015.

LEVY, V.L.S. Oficinas terapêuticas e produção de vínculo em CAPS AD. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v.8, n.19, p.97-106, 2016.

LIMA, D. W. C. et al. Ditos sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas: significados e histórias de vida. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 151-58, 2018.

LIMA, L.M. **Redução de danos e prevenção do uso de drogas: plano de ação da ESF São Francisco das Alagoas – MG**. 44 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 2014.

LUCCHESI, R. et al. Transtorno mental comum entre indivíduos que abusam de álcool e drogas: estudo transversa. **Texto Contexto Enferm.**, v. 26, n. 1, 2017.

MARCONI, E.V.N. Depressão infantil: Uma revisão bibliográfica. *Psicologia.pt*. ISSN 1646-6977. 2017. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1091.pdf>.

MARQUES, A.C.P.R.C, MARCELO S.O. Adolescente e o uso de drogas. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 22, n. 2, pp. 32-6. Epub 24 Jan 2001. ISSN 1809-452X.

MARTINEZ, V.C.V; MATIOLI, A.S. Enfim Sós: Um estudo psicanalítico do divórcio. **Rev. Mal-Estar Subj**, Fortaleza, v. 12, n. 1-2, p. 205-42, 2012.

MARTINS, C.B.A contemporaneidade de Erving Goffman no contexto das ciências sociais. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 26, n. 77, p. 231-40, 2011.

MATTA, A; SOARES, L. V; BIZARRO, L. Atitudes de gestantes e da população geral quanto ao uso de substâncias durante a gestação. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 139-47, 2011.

MEDEIROS, K.T; MACIEL, S.C; SOUSA, P.F. Women in the context of the drugs: Social representations of users in treatment. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 27, n. 1, p. 439-47, 2017.

MELMAN, J. **Família e Doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. 3ª ed. São Paulo: Escrituras, 2008.

MELO, A.M.C. Notes about the psychiatric reform in Brazil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 8, n. 9, p. 84-95, 2012.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998.

MOREIRA, E.V; LIMA, M.S.B. A pesquisa qualitativa em Geografia. **Caderno Prudentino de Geografia, Presidente Prudente**, n. 37, v. 2, p. 27-55, 2015.

MOREIRA, M.I.B; ONOCKO-CAMPOS, R.T. Ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial pela perspectiva dos usuários. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 462-74, 2017.

NOUE, L. et al. Percepções de vida e perspectivas de futuro de usuários de drogas: compreender para cuidar. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 52-59, 2019.

NUNES, L.M; JÓLLUSKIN, G. O uso de drogas: breve análise histórica e social. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, v. 4, p. 230-37, 2007.

OLIVEIRA, C.A. et al. Sofrimento moral de profissionais de enfermagem em um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 191-98, 2020.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Caracas**. Caracas: OPAS/OMS, 1990.

PAULA, C.S. et al. Prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents from four Brazilian regions. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 37, n. 2, p.178-79, 2015.

PAULA, M.L. et al. Desafios no cuidado familiar aos adolescentes usuários de crack. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, 2021.

PEDROSA, Ana S.M. et al. Motivação para primeira experiência do uso de drogas e recaídas de pessoas em tratamento. **Rev. Eletr. Enferm.** [Internet]. 2020.

PEREZ MARTINEZ, V.T; DE LA VEGA PAZITKOVA, O.T; ALFONSO MONTERO, O.A. Repercusión familiar de la conducta violenta. **Rev Cubana Med Gen Integr, Ciudad de La Habana**, v. 36, n. 3, 2020.

PESSOTTI, I. **A Loucura e as Épocas**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994.

POIARES, C.A. (1999). Contribuição para uma análise histórica da droga: Intoxicodependencia, 5, pp. 3-12

RODRIGUES, J.S; LIMA, A.F; HOLANDA, R. B. Identidade, Drogas e Saúde Mental: Narrativas de Pessoas em Situação de Rua. **Psicol. Cienc. prof.**, Brasília, v. 38, n. 3, p. 424-36, 2018.

RODRIGUES, T.F.C.S. et al. Sentimentos de famílias na dependência de drogas: à luz da sociologia compreensiva. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.71, n. 5, p. 2272-79, 2018.

ROEHRS, H; LENARDT, M.H; MAFTUM, M.A. Cultura familiar e uso de drogas psicoativas. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 353-7, 2008.

ROMAGNOLI, R. C.O conceito de implicação e a pesquisa intervenção institucionalista. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 44-52, 2014.

SANCEVERINO, S.L.; ABREU, J.L.C. Aspectos epidemiológicos do uso de drogas entre estudantes do ensino médio no município de Palhoça 2003. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1047-56, 2004.

SANTOS, C.F; ROMANINI, M. A (in)visibilidade de mulheres usuárias de álcool e outras drogas em um CAPS AD III. **PSI UNISC**, v. 3, n. 2, p. 84-100, 2019.

SANTOS, F. D. et al. Combate ao uso de drogas por adolescentes: estímulo a atitudes saudáveis no círculo de cultura. **SANARE**, Sobral, v. 15, n. 2, p. 54-59, 2016.

SANTOS, F. M. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. **Revista Eletrônica de Educação**. São Carlos, v.6, n. 1, p.383-87, 2012.

SANTOS, V.M; LIMA, L.A. Estigma social: a segregação das mulheres negras perante a sociedade. **Rev. Cient. Eletr. de Psico.**, v. 34, n. 1, 2020.

SELEGHIM, M. R; SANTOS, M. L. F. Influência do ambiente familiar no consumo de crack em usuários. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 26, n. 3, p. 263-68, 2013.

SEQUEIRA, J. “**As origens psicológicas da toxicomania**”, Lisboa: Climepsi Editores, 1 (2006), pp 6-14.

SILVA, E.B.O; PEREIRA, A.L.F; PENNA, L.H.G. Estereótipo de gênero no cuidado psicossocial das usuárias de cocaína e crack. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, 2018.

SILVA, L. Suicídio entre crianças e adolescentes: um alerta para o cumprimento do imperativo global. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 3, p. 3-4, 2019.

SILVEIRA, F.A; SIMANKE, R.T. A psicologia em História da Loucura de Michel Foucault. **Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 23-42, 2009.

SIQUEIRA, R; CARDOSO, H. O conceito de estigma como processo social: uma aproximação teórica a partir da literatura norte americana. **Imagonautas**. v. 2, n. 1, p. 92-113, 2011.

SOUSA, M.G.S; CABRAL, C.L.O. A narrativa como opção metodológica de pesquisa e formação de professores. **Horizontes**, v. 33, n. 2, p. 149-58, 2015.

SUIYAMA, R.C.B; ROLIM, M.A; COLVERO, L.A. Serviços residenciais terapêuticos em saúde mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos? **Saúde soc.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 102-10, 2007.

TAQUETTE, S.R; MINAYO, M.C. Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 417-34, 2016.

TENÓRIO, F. Psychiatry reform in Brazil from the 1980's to present days: its history and concepts. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002.

TOMAZ, R.V.V. et al. Impacto da deficiência intelectual moderada na dinâmica e na qualidade de vida familiar: um estudo clínico-qualitativo. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 11, 2017.

TRAPE, T.L; CAMPOS, R.O. Modelo de atenção à saúde mental do Brasil: análise do financiamento, governança e mecanismos de avaliação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 19, 2017.

TRINDADE, V; BARTILOTTI, C.B. "Não quebrou a corrente, mas abriu um elo entre nós": o impacto da dependência química materna sobre o vínculo mãe-filho. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 4-12, 2017.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. World Drug Report 2017. Vienna, 2017.

VALE, C.A.S; FILHO, T.L.L; COSTA, R. M. L. A droga na/da sociedade: perspectivas atuais e históricas. **SANARE**, Sobral, v.16, n. 1, p.35-41, 2017.

VASCONCELOS, M.F.F; MACHADO, D.O; PROTAZIO, M.M. Considerações sobre o cuidado em álcool e outras drogas: uma clínica da desaprendizagem. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 45-56, 2015.

VENTURA, C.A.A; BENETTI, D.A.M. A evolução da lei de drogas: o tratamento do usuário e dependente de drogas no Brasil e em Portugal. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 51-60, 2014.

VICENTE, J.B; MARCON, S.S; HIGARASHI, I.H. Living with mental disorder in childhood: feelings and reactions of the family. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 1, 2016.

VILLELA, W.V; MONTEIRO, S. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 531-40, 2015.

WRIGHT, L.M; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família**. 5ª ed. São Paulo (SP): Roca; 2012

ZANARDO, G.L.P. et al. Internações e reinternações psiquiátricas em um hospital geral de Porto Alegre: características sociodemográficas, clínicas e do uso da Rede

de Atenção Psicossocial. **Rev. bras. epidemiol**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 460-74, 2017.

APÊNDICE A – ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Identificação do sujeito de pesquisa: ____

1. Dados pessoais

1.1. Qual sua idade?

1.2. Qual sua escolaridade?

1.3. Quanto tempo está em acompanhamento no serviço?

2. Questões semiestruturadas

2.1. Que situações levaram você a frequentar esse serviço?

2.2. Em que momento da vida fez uso de drogas?

2.3. Como foi sua experiência com o uso da droga?

2.4. Como é a relação com sua família?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Experiências de vida de mulheres usuárias de drogas

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa cujo objetivo é conhecer as experiências de vida de mulheres usuárias de drogas. Esta pesquisa está sendo realizada pelo CAPS II do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) em colaboração com o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Se você aceitar o convite, sua participação na pesquisa envolverá uma entrevista conforme roteiro previamente estabelecido, a ser aplicada em dia em que você comparecer no serviço ou por meio de uma plataforma digital de comunicação que preferir (WhatsApp, Google Meet, plataforma Zoom). Como a entrevista precisará do uso de gravador, pedimos que autorize a gravação. No entanto, não se preocupe, pois todas as informações coletadas serão mantidas em sigilo, assim como sua identidade. A entrevista terá duração de aproximadamente 45 minutos. Além da aplicação da entrevista, serão coletado dados de identificação (idade, escolaridade, tempo de acompanhamento no serviço).

Caso ocorram desconfortos decorrentes da participação, como emoção e choro, pedimos a gentileza de interrompê-la imediatamente e oferecemos acolhimento e escuta. Poderemos retomá-la em outro momento ou deixamos livre a sua decisão em continuar participando ou não da pesquisa. Informamos que, se isso acontecer, será disponibilizado o auxílio necessário para ajudar a enfrentar essa situação. Você tem total liberdade para retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, caso isso ocorra, manifestamos nossa solidariedade e nosso respeito, bem como a garantia de que não haverá nenhuma retaliação.

Não são conhecidos benefícios diretos pela participação na pesquisa. Os possíveis benefícios decorrentes da participação é que trará boas contribuições no que diz respeito ao cuidado em saúde mental e fortalecendo a prática de atenção no campo psicossocial.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou, ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Leandro Barbosa de Pinho, pelo telefone (51) 82210103, com o pesquisador João Nunes Maidana Júnior, pelo telefone (51) 995594711 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, *e-mail* cep@hcpa.edu.br ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8 h às 17 h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e a outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO DE USO DE DADOS

Projeto de pesquisa: “EXPERIÊNCIAS DE VIDA DE MULHERES USUÁRIAS DE DROGAS”

Os pesquisadores, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado “**EXPERIÊNCIAS DE VIDA DE MULHERES USUÁRIAS DE DROGAS**”, se comprometem com a utilização dos dados contidos a partir da análise dos prontuários, com o fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Se comprometem a manter a confidencialidade dos dados coletados, bem como com a privacidade de seus conteúdos. O período de coleta dos dados ocorrerá entre setembro e novembro.

Declaramos entender nossa responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas. Também é de nossa responsabilidade não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, nos comprometemos com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para o cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que precise coletar informações será submetida à apreciação do CEP/ENSP.

Porto Alegre, ___ de agosto de 2020

| Nome dos pesquisadores | Assinatura |
|-------------------------------|-------------------|
| João Nunes Maidana Júnior | |
| Leandro Barbosa de Pinho | |


APÊNDICE D – CARTA DE ANUÊNCIA

Na qualidade de Chefe do Serviço de Enfermagem Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, autorizo o desenvolvimento da pesquisa “**EXPERIÊNCIAS DE VIDA DE MULHERES USUÁRIAS DE DROGAS**” no Centro de Atenção Psicossocial II.

O estudo em questão é de autoria do mestrando João Nunes Maidana Júnior e orientado pelo Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho. Trará contribuições importantes para pensar no cuidado em saúde mental e fortalecimento da prática de atenção no campo psicossocial.

Porto Alegre, ___ de agosto de 2020

ANEXO E – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP

| | |
|--|--|
| HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - HCPA UFRGS |  |
|--|--|

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Experiências de vida de mulheres usuárias de drogas

Pesquisador: Leandro Barbosa de Pinho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38368620.3.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.366.251

Apresentação do Projeto:

A droga sempre esteve presente na história e assumiu diferentes significados em diversas ocasiões ao longo da história da humanidade. Nessa lógica, quando uma mulher apresenta comportamentos que, de algum modo, destoam do caráter que a sociedade espera da mesma, aparece o estigma como uma construção social, ou seja, um fenômeno que só aparece quando o indivíduo está inabilitado para uma aceitação social plena (GOFFMAN, 2004). Nesse sentido, em grupos sociais específicos, o estigma provoca segregação e a construção de uma determinada carreira moral, responsável pela preservação dessas características excludentes. O estigma pode, no entanto, ser compreendido da análise das sequências interacionais, a partir daquilo que os participantes silenciam, amenizam ou tomam relevante (BIAR, 2015). Frente ao exposto, este estudo tem o objetivo de conhecer as experiências de vida de mulheres usuárias de drogas. Este é um estudo qualitativo, com o uso de técnicas narrativas. O cenário selecionado para o estudo é um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) de um município do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. A coleta de dados será realizada no período de outubro à novembro. Participarão do estudo, aproximadamente cinco mulheres que fazem ou fizeram uso de drogas. Será utilizado o método de saturação. Os dados serão coletados através de entrevista semiestruturada, elaborado pelos

| | | |
|---|-------------------------|-------------------------|
| Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2225 | | |
| Bairro: Santa Cecília | | CEP: 91.235-903 |
| UF: RS | Município: PORTO ALEGRE | |
| Telefone: (51)3359-7540 | Fax: (51)3359-7540 | E-mail: cep@hcpa.edu.br |

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 4.386.281

pesquisadores.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Conhecer as experiências de vida de mulheres usuárias de drogas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar situações e contextos em que o uso da droga foi evento gerador de estigma.

Conhecer repercussões ocasionadas pelo uso das drogas nas relações sociais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com os pesquisadores:

A pesquisa não ocasiona riscos físicos aos participantes, pois não serão realizados procedimentos invasivos. Se durante o momento da entrevista ocorrer desconforto emocional ou algum constrangimento, ela será interrompida e será disponibilizado escuta e acolhimento à participante.

Pretende-se com os resultados dessa pesquisa aprofundar o conhecimento sobre as experiências de vida de mulheres usuárias de drogas, além disso, será uma oportunidade de fortalecimento de sua liberdade, autonomia e protagonismo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa na qual os dados serão coletados a partir de entrevistas semi-estruturadas realizadas com mulheres que fazem ou fizeram uso de drogas, em atendimento no CAPS estudado.

Participantes da pesquisa

Serão mulheres que fazem ou fizeram uso de drogas, em atendimento no CAPS estudado. Como o processo de aproximação com o campo requer um período de observação, em que haverá uma familiarização com o cenário, seus fluxos e também com a clientela, entendemos que não é possível definir a priori detalhes das participantes. Entendo que somente após a entrada em campo e um maior período de vivências com a unidade e com as mulheres é que será possível definir características sobre perfil, especificidades e situações. Será utilizado o método de saturação. Amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual de inequívoca aplicabilidade prática, podendo, a partir de sucessivas análises paralelas à coleta de dados, nortear sua

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.380 sala 2229 CEP: 91.035-903
Bairro: Santa Cecília
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3326-7640 Fax: (51)3326-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer 4.336.261

finalização. Nesse sentido, entendemos que é possível apenas estimar o número de participantes. Em estudos qualitativos, geralmente um número em torno de 10 a 15 participantes dariam maior representatividade aos achados. (FONTANELLA, RICAS, TURATO; 2008). No entanto, saliento que é com a proximidade com o campo que essas questões poderão ser mais bem detalhadas.

Coleta de dados

A coleta de dados dar-se-á por uso das técnicas de observação livre e entrevista. No primeiro momento, será realizado observação livre, essa fase servirá para o pesquisador iniciar o processo familiarização com o campo. Será nesse momento também que o pesquisador irá conhecer melhor o perfil das mulheres que frequentam o CAPS e que poderão compor esse estudo. Após a etapa de observação, partirei para a produção de dados através da entrevista. A entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), terá perguntas disparadoras, que serão gravadas, depois transcritas na íntegra pelo pesquisador. Os profissionais indicarão as participantes que irão compor o estudo. Essa entrevista será realizada em local apropriado do serviço, caso não haja disponibilidade da usuária no momento, será combinado a realização através de plataforma de comunicação online de sua preferência, a entrevista terá duração de aproximadamente 45 minutos de duração. No momento da identificação, pode ser necessário acessar prontuário. Os dados resultantes da pesquisa serão acessados pelo mestrando e o orientador.

Critérios de inclusão e exclusão

Serão incluídas no estudo mulheres que fazem uso de drogas e maiores de 18 anos e que estão em tratamento no cenário de estudo. Dessas, serão excluídas aquelas que apresentarem condições clínicas ou psiquiátricas que impeçam de participar da entrevista, tais como, agitação psicomotora, déficit intelectual que prejudique a fala.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Lembramos que em razão da recente pandemia de COVID-19 as atividades de pesquisa possuem algumas restrições. Em caso de dúvidas, consultar o Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG) para mais informações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer 4.335.469 foram adequadamente respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas adicionada em 15/10/2020. Não apresenta

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 91.235-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3364-7640 Fax: (51)3364-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 4.366.261

novas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (Projeto de 15/10/2020 e TCLE de 10/09/2020 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto.

Os pesquisadores devem atentar ao cumprimento dos seguintes itens:

- a) Este projeto está aprovado para inclusão de 05 participantes, de acordo com as informações do projeto ou do Plano de Recrutamento apresentado. Qualquer alteração deste número deverá ser comunicada ao CEP e ao Serviço de Gestão em Pesquisa para autorizações e atualizações cabíveis.
- b) O projeto está cadastrado no sistema AGHUse Pesquisa (20200528) para fins de avaliação logística e financeira e somente poderá ser iniciado após aprovação final do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação.
- c) Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.
- d) Deverão ser adicionados relatórios semestrais e um relatório final do projeto no cadastro do mesmo, no Sistema AGHUse Pesquisa.
- e) Eventos adversos deverão ser comunicados de acordo com as orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep (Carta Circular nº 13/2020-CONEP/SECNS/MS). Os desvios de protocolo também deverão ser comunicados em relatórios consolidados, por meio de Notificação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1622242.pdf | 15/10/2020 17:05:26 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ProjetoFINAL.pdf | 15/10/2020 17:02:50 | JOAO NUNES MAIDANA JUNIOR | Aceito |

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.380 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 91.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3363-7640 Fax: (51)3363-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 4.386.281

| | | | | |
|--|----------------------------|------------------------|------------------------------|--------|
| Outros | Cartaparecer.docx | 15/10/2020 16:57:38 | JOAO NUNES MAIDANA JUNIOR | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ProjetoFINALPDF.pdf | 10/09/2020 20:40:01 | Leandro Barbosa de Pinho | Aceito |
| Outros | Uso_de_dados.pdf | 10/09/2020 20:38:34 | Leandro Barbosa de Pinho | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Carta_anuencia.pdf | 10/09/2020 20:36:48 | Leandro Barbosa de Pinho | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_PDF.pdf | 10/09/2020 20:33:26 | Leandro Barbosa de Pinho | Aceito |
| Orçamento | ORCAMENTO.pdf | 10/09/2020 20:32:56 | Leandro Barbosa de Pinho | Aceito |
| Folha de Rosto | Folhadierostooassinada.pdf | 10/09/2020 20:24:26 | Leandro Barbosa de Pinho | Aceito |
| Cronograma | CronogramaPDF.pdf | 10/09/2020 20:22:51 | Leandro Barbosa de Pinho | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 28 de Outubro de 2020

Assinado por:
Tâmia Maria Félix
(Coordenadora)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2220
Bairro: Santa Cecília CEP: 91.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cnp@hcpa.edu.br