

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

ADRIANA FERTIG

HISTÓRIAS DE VIDA DE MULHERES USUÁRIAS DE CRACK

PORTO ALEGRE

2013

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

ADRIANA FERTIG

HISTÓRIAS DE VIDA DE MULHERES USUÁRIAS DE CRACK

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do título de Doutora em enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider

Linha de Pesquisa: Políticas, avaliação e Atenção em Saúde e Enfermagem

PORTO ALEGRE

2013

CIP - Catalogação na Publicação

Fertig, Adriana
Histórias de Vida de Mulheres Usuárias de Crack /
Adriana Fertig. -- 2013.
152 f.

Orientador: Jacó Fernando Schneider.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Crack. 2. Mulheres. I. Schneider, Jacó Fernando, orient. II. Título.

Adriana Fertig

Histórias de vida de mulheres usuárias de crack

Tese apresentada ao Curso 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 Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 06 de dezembro de 2013.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider

Presidente – PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. Marcio Wagner Camatta

Membro – UFCSPA



Profa. Dra. Sandra Maria Cezar Leal

Membro – UNISINOS



Profa. Dra. Agnes Olschowsky

Membro – PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho

Membro – PPGENF/UFRGS

Dedico este trabalho para todas as mulheres usuárias de substâncias psicoativas, em especial às participantes deste estudo, as mulheres usuárias de crack.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, professor Dr. Jacó Fernando Schneider, uma pessoa maravilhosa, um ser humano evoluído, um intelectual exemplar e humilde!!! Tive a sorte de encontrar um orientador que sempre demonstrou sensibilidade, compreensão e capacidade de orientar de verdade! Obrigada por tudo e por entender sempre as minhas dificuldades, respeitando todos os meus momentos e, principalmente, contribuindo para que eu continuasse na trajetória do doutorado. Devo muito a ti, desde o aceite para ser meu orientador, de forma tão inusitada, até a conclusão do trabalho! Pude contar sempre contigo! Muito obrigada!!!

Ao meu amigo, colega e parceiro Luccas Melo, que sempre esteve comigo, desde a inscrição no processo seletivo até a etapa final do doutorado! Tu és muito importante para mim, sou muita grata a ti por toda a tua solidariedade e contribuições práticas em todos os momentos!!! Tua presença foi decisiva para o início e o término do processo do meu doutorado!!!!

Ao Fabrício, que suportou todo esse processo desde o início, incluindo meus “chiliques”, crises existenciais e afins, auxiliando nos aspectos cruciais. Sempre solícito, formatando, “arrumando”, digitando, “consertando”, configurando... Obrigada por me incentivar e acreditar em mim!!!

Aos colegas professores da área de saúde mental, por terem me concedido o afastamento das minhas atividades profissionais, mesmo em momentos difíceis e com dificuldades, ainda assim aliviaram a minha carga horária!

Ao Programa de Pós Graduação da Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pela oportunidade de concretizar o doutorado e, um agradecimento especial à secretária Tatiane Santos, uma ótima profissional, sempre disposta a ajudar com agilidade e ao Bolsista Robson Ferreira da Silva, pela presteza e auxílio constantes.

Aos colegas e amigos funcionários técnico-administrativos da Escola de Enfermagem, em especial ao Giba, pelos sorrisos, pelo café, pelo carinho!

Às colegas Simone Algeri, Eglê e Anne Marie pelas conversas, pelas afinidades compartilhadas, trocas afetivas e amizade.

À professora Dra. Tatiana Gerhardt pelos momentos compartilhados nas disciplinas, a tua presença tornou tudo mais leve e fez a toda a diferença, propiciando reflexões e desconstruções pertinentes na minha trajetória de

doutoranda!

À professora Dra. Stela Meneghel, pelas contribuições no processo de qualificação do projeto de tese e por todo o aprendizado na convivência durante o doutorado!!!

Aos professores membros da Banca por aceitarem participar desta etapa tão importante, obrigada!

Um agradecimento muito especial às mulheres participantes deste estudo, pela disponibilidade em contar as suas histórias e compartilhar comigo sua intimidade.

Agradeço ao Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas por ter me concedido a oportunidade de realizar a pesquisa e às enfermeiras Ana Carolina e Maria de Lurdes, por todo apoio durante o percurso das entrevistas.

Às vezes parecia
Que de tanto acreditar
Em tudo que achávamos
Tão certo...
Teríamos o mundo inteiro
E até um pouco mais
Faríamos floresta do deserto
E diamantes de pedaços
De vidro...
Mas percebo agora
Que o teu sorriso
Vem diferente
Quase parecendo te ferir...
Não queria te ver assim
Quero a tua força
Como era antes
O que tens é só teu
E de nada vale fugir
E não sentir mais nada...
Às vezes parecia
Que era só improvisar
E o mundo então seria
Um livro aberto...
Até chegar o dia
Em que tentamos ter demais
Vendendo fácil
O que não tinha preço...
Eu sei é tudo sem sentido
Quero ter alguém
Com quem conversar
Alguém que depois
Não use o que eu disse
Contra mim...
Nada mais vai me ferir
É que eu já me acostumei
Com a estrada errada
Que eu segui
E com a minha própria lei...
Tenho o que ficou
E tenho sorte até demais
Como sei que tens também...

Música: Andrea Doria
Autoria: Renato Russo

RESUMO

FERTIG, A. **Histórias de Vida de Usuárias de Crack**. 2013. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2103.

A multiplicidade de fatores imbricados na questão do consumo de substâncias psicoativas e do sofrimento psíquico, levando-se em consideração o contexto onde se inserem as mulheres usuárias de crack, despertou-me para essa problemática no intuito de conhecer as histórias de vida e relacionar o fenômeno do crack com a questão de gênero e outras facetas socioculturais. O objetivo deste estudo foi conhecer as trajetórias de mulheres que fazem uso abusivo de crack, a partir de suas histórias de vida. Trata-se de um estudo qualitativo realizado por meio do Método História de Vida, em uma unidade de internação psiquiátrica em um hospital materno-infantil do município de Porto Alegre, Brasil. A escolha das entrevistadas foi intencional e o número de participantes da pesquisa foi definido quando houve convergência das informações, totalizando seis histórias de vida. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevistas abertas com a questão norteadora: “Fale-me a respeito de sua vida que tenha relação com o uso do crack”. A análise dos relatos apontou para as seguintes categorias: As mulheres e o significado de fazer uso abusivo de crack; As alterações ocorridas na vida das mulheres, repercussões e perdas ocasionadas pelo uso abusivo de crack e; Expectativas das mulheres usuárias de crack e o futuro, tratamento e apoio familiar. Os resultados encontrados revelaram que ocorre um início precoce no uso de drogas e crack, que a maioria das entrevistadas sofreu abuso sexual, físico e emocional por parte de algum familiar, que todas as entrevistadas se encontravam em situação de gestação, já tendo tido outros filhos com pais diferentes, que duas entrevistadas já estiveram em regime carcerário, que a maioria relatou ter cometido furtos para obter a droga e que todas já se prostituíram para conseguir o crack. O abandono por parte da família e sentimentos de culpa também foram relatados pelas entrevistadas. A expectativa em relação ao tratamento e ao futuro, abordados neste estudo, possibilitou descrever a esperança que as usuárias possuem e o desejo reiterado em vários momentos, em todos os depoimentos, de viverem sem o crack. Ao contar essas histórias, pretendemos dar voz a quem realmente necessitava deste espaço de acolhimento e promover subsídios para o trabalho da enfermagem em saúde mental, buscando auxiliar nos processos de interação entre usuários e trabalhadores da área de saúde mental.

Palavras-chave: Mulheres. Cocaína Crack. Gravidez. Drogas Ilícitas. Enfermagem Psiquiátrica. Saúde Mental.

ABSTRACT

FERTIG, A. **Life Stories of Women Users of Crack**. 2013. Thesis (PhD). Nursing School of the Federal University of Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2013.

The multiplicity of interwoven factors on the issue from the consumption of psychoactive substances and of psychic suffering, taking into consideration the context where women are users of crack, awakened me to this problem in order to meet the life stories and relate the phenomenon of crack with the issue of gender and other social and cultural facets. The objective of this study was to know the trajectories of women who make abusive use of crack, from their life stories. This is a qualitative study performed through the Life History Method. The survey was developed in a psychiatric unit in a mother-child hospital of the city of Porto Alegre, Brazil. The choice of subjects was intentional and the number of participants in the survey was defined when there was convergence of information, totaling six life stories. The data collection was accomplished through open interviews with the guiding question: "Tell me about your life that is related to the use of crack". The analysis of the reports pointed to the following categories: Women and the meaning of being addicted to crack; The changes in women's lives, Consequences and losses caused by the abuse of crack and Expectations of women users of crack and the future, treatment and family support. The results found in this research showed that early-onset occurs in drug use and crack, which most respondents suffered sexual abuse, physical and emotional on the part of any family; who all interviewed were in a situation of pregnancy, having already had other children with different fathers; who interviewed two been in prison regime, that the majority reported having committed thefts to obtain the drug and that all already committed prostitution to get the crack. The abandonment by the family and feelings of guilt were also reported by the interviewed. The expectation in relation to the treatment and to the future, addressed in this study made it possible to describe the hope that users have and the desire, the wish reiterated at various times, on all the evidence, to live without the crack. In telling these stories, we want to give voice to those who really need this space to host and promote support for the work of the mental health nursing, seeking help in the processes of interaction between users and workers in the mental health area.

Keywords: Women. Crack Cocaine. Pregnancy. Street Drugs. Psychiatric Nursing. Mental Health.

RESUMEN

FERTIG, A. **Historias de Vida de las Mujeres Usuarias de Crack**. 2013. Tesis (Doctorado). Escuela de Enfermería de la Federal Universidad de Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2013.

La multiplicidad de factores entrelazados en el tema del consumo de sustancias psicoactivas y de sufrimiento psíquico, tomando en consideración el contexto donde las mujeres son las usuarias de crack, me despertó a este problema con el fin de conocer las historias de vida y se refieren al fenómeno de crack con la cuestión de género y otros aspectos sociales y culturales. El objetivo de este estudio fue conocer las trayectorias de las mujeres que hacen uso abusivo de crack, a partir de sus historias de vida. Este es un estudio cualitativo realizado a través del método de historia de vida. La encuesta fue desarrollada en una unidad psiquiátrica en el hospital materno-infantil de la ciudad de Porto Alegre, Brasil. La elección de temas fue intencional y el número de participantes en la encuesta se definió cuando hubo convergencia de las informaciones, por un total de seis historias de vida. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas abiertas con la pregunta guía: "Háblame a respecto de su vida que tenga relación con el uso del crack". El análisis de los informes señalaron a las siguientes categorías: Las mujeres y el significado de ser adicto al crack; Los cambios en las vidas de las mujeres, consecuencias y pérdidas causadas por el uso indebido de crack y; Expectativas de las mujeres usuarias de crack y el futuro, tratamiento y apoyo de la familia. Los resultados encontrados en esta investigación mostraron que ocurre un inicio temprano en el uso de drogas y crack, que la mayoría de las encuestadas sufrieron abuso sexual, físico y emocional por parte de algún familiar, que todas las entrevistadas estaban en una situación de embarazo, ya habían otros niños con padres diferentes, que dúas entrevistadas ya estuvieron en régimen de cárcel, que la mayoría reportó haber cometido robos para obtener la droga y que todos ya cometieron prostitución para conseguir el crack. El abandono de la familia y sentimientos de culpa también fueron divulgadas por las entrevistadas. La expectativa en relación con el tratamiento y al futuro, abordada en este estudio hizo posible describir la esperanza de que las usuarias tienen y la ambición, el deseo reiterado en varias ocasiones, en todas las declaraciones, de vivir sin el crack. Al describir estas historias, pretendemos dar voz a aquellas que realmente necesita de este espacio de acogimiento y promover el apoyo para el trabajo de enfermería en salud mental, buscando ayudar en los procesos de interacción entre usuarios y trabajadores en el área de salud mental.

Palabras-clave: Mujeres. Cocaína Crack. Embarazo. Drogas Ilícitas. Enfermería Psiquiátrica. Salud Mental.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

HV – História de Vida

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	20
2.1 OBJETIVO GERAL	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3 REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1 SOBRE O CRACK	21
3.2 REDE PÚBLICA DE SAÚDE E A ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO DE CRACK.....	29
3.3 SOBRE AS MULHERES USUÁRIAS DE CRACK.....	35
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	43
4.1 TIPO DE ESTUDO	43
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	47
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	48
4.4 MÉTODO DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS	51
4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	63
5 AS HISTÓRIAS DE VIDA DAS USUÁRIAS DE CRACK	64
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
REFERÊNCIAS	134
APÊNDICES	147
APÊNDICE A – QUESTÃO ORIENTADORA DA ENTREVISTA.....	148
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	149
APÊNDICE C – CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA	150
ANEXOS	151
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	152
ANEXO B – PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA	153

1 INTRODUÇÃO

Na minha trajetória acadêmica, no decorrer da docência na graduação em Enfermagem, especificamente nas disciplinas de Saúde Mental, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), desenvolvi uma experiência significativa com a temática da dependência química, pois a vivência com alunos de graduação em Enfermagem me gerou várias inquietações e produziu em mim a necessidade de buscar aprimoramento e qualificação para melhor desempenhar minhas atividades no exercício da docência.

A minha aproximação com usuários de *crack* iniciou-se com o trabalho de supervisão da prática da disciplina Enfermagem em Saúde Mental II, junto ao serviço de atendimento ambulatorial do Projeto Proteger, vinculado a essa universidade. Este projeto constitui-se de uma atividade permanente de extensão universitária, com uma proposta interdisciplinar de atendimento em saúde mental aos usuários em sofrimento psíquico, incluindo uma grande parcela de indivíduos com problemas relacionados ao abuso de substâncias psicoativas.

A minha inserção no referido projeto deve-se ao fato de ter procurado uma experiência que me proporcionasse o contato e me possibilitasse a vivência com usuários de substâncias psicoativas. Nessa caminhada, atuando há mais de uma década como docente da área de Enfermagem em saúde mental no ensino de graduação, senti a necessidade de buscar novos desafios e conhecimentos em relação ao fenômeno da dependência química.

Além disso, também possuo uma experiência de atuação como docente, no Hospital Psiquiátrico São Pedro, onde exerci a função de supervisionar práticas pedagógicas, no ensino de graduação de Enfermagem, durante cerca de seis anos, tendo tido a oportunidade de conviver e interagir diretamente com todos os tipos de usuários de substâncias psicoativas, no final da década de 1990 até o ano de 2004. Nesta instituição, percebi o quanto me sentia à vontade e receptiva às demandas daqueles usuários, aprendi muito com suas peculiaridades e histórias de vida, perscrutando sempre uma compreensão da subjetividade e alteridade humanas inscritas naquele contexto.

O trabalho desenvolvido junto a esses usuários contribuiu significativamente

para meu aperfeiçoamento como docente e enfermeira de saúde mental. Além disso, participo de um Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM), no qual a questão do uso e abuso de drogas ilícitas está presente no âmbito das discussões dos projetos e dos debates com integrantes desse espaço que considero importante, pois nos direciona a reflexões e à produção acadêmica.

Ao entrar em contato e deparar-me com usuários de *crack*, instigou-me desvendar o universo desses indivíduos em sofrimento psíquico em situação de intensa vulnerabilidade social, onde o fenômeno das drogas se constitui em um problema social com impactos diretos na saúde do indivíduo, família e sociedade (WRIGHT, 2002).

Além do conhecimento teórico e experiência na abordagem com esses sujeitos, adquiridos durante a minha trajetória no Projeto Proteger, pude constatar, em especial, a dimensão do sofrimento psíquico de mulheres usuárias de *crack*, em número significativo nesse atendimento. Busco, também, analisar como a questão de gênero influencia a forma como essas mulheres vivenciam a situação de serem usuárias de *crack*, pelo fato de existir uma maior cobrança da sociedade quanto ao papel exercido pela mulher, ainda fortemente ligado ao cuidado com a família e comportamento socialmente esperado para exercer tal papel. Conforme Nye (1995), a partir de uma reflexão sobre a teoria de Simone Beauvoir, a situação da mulher é radicalmente diferente da situação dos homens. A mulher deve dar à luz, suportar o cansaço físico, a deformação e a dor que acompanham a reprodução. Ela é passiva na reprodução, presa de forças naturais e, não um criador ou fabricante que impõe seus desígnios ao mundo. Isso significa que o socialmente desejado para a condição feminina seria o distanciamento de um mundo relacionado às drogas e condutas não compatíveis com o papel de mãe e/ou esposa. Constatei o intenso sofrimento dessas mulheres usuárias de *crack* e o medo de abordar o seu problema frente a esses fatores que apontei, pois o preconceito, em casos assim, gera medo, insegurança, vergonha, baixa autoestima e sentimento de culpa.

Atualmente, supervisiono a prática da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental em uma instituição destinada ao atendimento exclusivo à população feminina e atendimento infantil, denominada Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, em Porto Alegre. Minha aproximação com mulheres em situação de dependência

química, mais especificamente dependentes de crack, tem sido reforçada nessa prática de docência, pois acompanho alunos da graduação na Unidade Psiquiátrica dessa instituição. A referida unidade possui, em média, 22 usuárias internadas por diversas psicopatologias psiquiátricas, onde o crack surge como um dos motivos da internação, com uma média de 5 usuárias, havendo comorbidade e problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas além da patologia psiquiátrica.

Essa experiência tem sido muito enriquecedora no sentido de ampliar as minhas percepções sobre a condição da mulher dependente química, produzindo em mim várias indagações e reflexões sobre os problemas enfrentados pelas mulheres que consomem crack de forma abusiva e as implicações das questões de gênero nessa condição. Percebo as dificuldades sociais e problemas relacionados às questões de classe social, gênero, etnia presentes no cotidiano dessas mulheres.

A multiplicidade de fatores imbricados na dependência química e sofrimento psíquico, levando-se em consideração o contexto onde se inserem as mulheres usuárias de crack, despertam-me para essa problemática no intuito de conhecer as histórias de vida e relacionar o fenômeno do crack com a questão de gênero e outras facetas socioculturais. Além disso, possuo uma trajetória relacionada ao estudo das relações de gênero desenvolvida durante o mestrado, resultando em um trabalho de dissertação onde abordei aspectos referentes ao gênero e a história das mulheres pioneiras na fundação e consolidação da Escola de Enfermagem da UFRGS. Esse tema sempre me instigou e continuo tendo um olhar acurado para as questões relacionadas às mulheres e sua condição feminina, ou as implicações de ser mulher.

A raça, a classe, a etnicidade, a religião, a idade, a sexualidade são diferentes facetas ou aspectos de um corpo institucional, por exemplo, que convergem para ou se aglutinam em certos pontos, que se cristalizam em certos corpos, em certos momentos históricos ou que passam a incorporar certas configurações de poder. Em uma determinada situação histórica e política, várias forças convergem para representar os corpos de uma maneira determinada (CHANTER, 2011).

Para Helman (1994), as normas culturais são os valores e crenças que caracterizam as sociedades, moldando a identidade individual e orientando o comportamento social, não são universais, variam de acordo com os diversos grupos

culturais e em diferentes momentos históricos. Variam também em relação a fatores como sexo, gênero e situação socioeconômica. Porém, as mulheres podem estar mais expostas e vulneráveis às substâncias psicoativas, como o crack, por se encontrarem em situações de risco, considerando-se o contexto social onde estão inseridas. Por exemplo, ambientes de violência, pobreza, racismo, ausência de autonomia sobre suas vidas, sofrimento psíquico, muitas vezes, podem levar ao desespero e busca por fugas, podendo levar ao uso e abuso de drogas acessíveis, como o crack. Isso, também, pode trazer consequências nefastas, como a prostituição, gerando um círculo vicioso perigoso e com repercussões graves, destruindo as relações e vínculos pessoais, bem como, desencadeando problemas relacionados a doenças sexualmente transmissíveis, como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA).

Ainda se tem muito a caminhar, pois tanto sobre a prática da prostituição como a do uso de drogas pesa julgamento moral e estigmatizante. E o crack como um tipo de consumo realizado, de maneira prevalente, por pessoas que estão socialmente excluídas, não é visto como um problema sócio sanitário, mas como uma questão de segurança pública (SILVA, 2000).

Com relação ao estigma, Goffman (1988) afirma que existem causas atribuídas tais como as culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, prisão, alcoolismo, homossexualidade, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical. O autor refere que 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: Os ambientes sociais estabelecem as categorias de pessoas que têm probabilidade de serem neles encontradas. As rotinas de relação social em ambientes estabelecidos nos permitem um relacionamento com “outras pessoas” previstas sem atenção ou reflexão particular. Então, quando um estranho nos é apresentado, os primeiros aspectos nos permitem prever a sua categoria e os seus atributos, a sua “identidade social” - para usar um termo melhor do que “status social”, já que nele se incluem atributos como “honestidade”, da mesma forma que atributos estruturais, como “ocupação”.

A questão das drogas tem sido tratada pelo Ministério da Saúde como um problema de saúde pública, que vem sendo enfrentado por meio de um conjunto de medidas integradas e estratégicas, devido à rapidez da expansão do consumo abusivo, especialmente do crack.

O Sistema Único de Saúde adota uma concepção ampliada de atendimento, que abrange assistência e o acompanhamento do usuário por meio dos Centros de Atenção Psicossociais Álcool e Drogas (CAPSad), das equipes que atuam na Estratégia de Saúde da Família, dos Consultórios de Rua, das Casas de Acolhimento Transitório, do Programa de Redução de Danos e, para casos em que a internação hospitalar constitui-se como uma das possibilidades de tratamento, conforme a gravidade e o perfil do usuário (BRASIL, 2005).

Todas essas medidas devem ser levadas a termo e a mobilização em torno dessa problemática, que requer aumentos substantivos das verbas destinadas aos programas de enfrentamento do crack. Há que se investir não somente nas estratégias de combate, mas impõe-se a ampliação da rede assistencial, que inclui apoio e intervenção às famílias dos usuários de crack. Além disso, é imprescindível um amplo debate entre a sociedade, um maior engajamento na questão do enfrentamento de um problema tão complexo, ao invés de banalizar a dependência química, como muitas vezes observamos na mídia, ou, simplesmente, defender posições político-partidárias.

Também penso que devem ser multiplicadas as instituições públicas que ofereçam tratamento e reabilitação ao usuário de crack, inclusive, antevendo o surgimento de outras drogas além do crack, como o *OXI*, por exemplo.

As medidas de promoção, tratamento, reabilitação e reinserção social devem ser o principal objetivo das políticas de saúde, tendo o compromisso de cuidar dessas pessoas (usuários e familiares), que se encontram em situação de extrema vulnerabilidade. Coibir, excluir e adotar posturas preconceituosas e de aprovação midiática não solucionam problemas dessa gravidade. Nesse sentido, o mais indicado não seria adotar atitudes de racionalização e minimização do fenômeno, em relação ao consumo, abuso e dependência de drogas, especificamente, nesse caso, o crack, muitas vezes isso se configura em condutas levianas e negação de uma realidade devastadora, causada pelo uso desta substância.

Frente ao exposto, surgiu a necessidade de definir o objeto desse estudo: as histórias de vida de mulheres usuárias de crack. Com as vivências que possuo com pessoas em sofrimento psíquico relacionado ao uso e abuso de *crack* e pela importância que atribuo a essa problemática, despertaram-me questionamentos acerca da realidade que essas pessoas do sexo feminino vivenciam.

Observei, também, que as práticas dos profissionais de diversas áreas da saúde que atuam junto a indivíduos, principalmente no caso das mulheres, no contexto da dependência química estão impregnadas de preconceitos, dificultando um efetivo cuidado às necessidades e demandas desses usuários. O essencial é que os profissionais envolvidos, independentemente de sua área de atuação, assumam o compromisso, de preferência de forma interdisciplinar, com competência, coragem e dedicação à causa (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Evidenciei inúmeras dificuldades e entraves decorrentes de julgamentos morais, ressaltando que muitos profissionais da área de saúde mental possuem uma visão distorcida e conduzem a sua prática baseada em atitudes preconceituosas, configurando assim o desejo de moralizar ao invés de compreender os sujeitos que se encontram nessa situação.

Identifiquei vários aspectos que prejudicam o atendimento, tornando nefasto o contato e o cuidado aos envolvidos nesse processo, tanto para os profissionais como para os familiares e usuários de substâncias psicoativas, mais especificamente o *crack*, já que, atualmente, o abuso dessa substância vem se tornando cada vez mais acentuado, configurando-se em grave problema no âmbito da saúde pública.

Conforme Meira *et al.* (2006), o uso do *crack* iniciou-se na década de 1990, restrito principalmente à cidade de São Paulo. No curto espaço de menos de 20 anos, difundiu-se para todo o Brasil, tornando-se um sério problema de saúde pública, apresentando características peculiares de uso, com aspectos culturais relevantes.

Assim, considero relevante a reflexão e o aprofundamento das questões relativas à temática do *crack* e suas repercussões, bem como focar a atenção para o cuidado de mulheres usuárias de *crack* que encontram-se em atendimento de

saúde, em uma instituição destinada ao atendimento materno-infantil.

Os serviços de saúde ainda necessitam de sensibilização para questões relacionadas a assistência da usuária de substâncias psicoativas. O papel do profissional de saúde deve ser incisivo, porém, livre de julgamentos e preconceitos. Não se pode julgar alguém pela necessidade de buscar sempre a droga, e nem por ser do sexo feminino e estar envolvida com prostituição e/ou tráfico de drogas, devendo-se entender os motivos pelos quais essa pessoa buscou pelo uso de substâncias psicoativas.

Assim, acredito ser fundamental compreender como as mulheres usuárias de *crack* vivenciam essa realidade considerando as possibilidades para se construir uma assistência efetiva e isenta de preconceitos e julgamentos morais.

Nesse sentido, para elucidar o objeto da pesquisa sobre vivências de mulheres usuárias de *crack* que se encontram em internação psiquiátrica em hospital geral, foram elaboradas as seguintes questões: como usuárias de *crack* vivenciam essa situação? Quais os motivos que levaram ao consumo de *crack*? Quais as alterações ocorridas na vida dessas usuárias de *crack*? Quais as expectativas delas em relação aos tratamentos existentes ao usuário de *crack*?

Para esta pesquisa utilizei como referencial metodológico a História de Vida, por considerá-lo o mais apropriado para possibilitar a compreensão e interpretação dos motivos que influenciam e/ou determinam que essas mulheres venham a fazer uso abusivo de *crack*.

Este estudo torna-se relevante, pois poderá trazer subsídios ao cuidado interdisciplinar, fornecer conhecimento sobre uma temática pertinente, qualificar a assistência, compreender para melhor intervir junto às pessoas que convivem com essa questão, propiciar uma redução no impacto psicológico e estresse da usuária e de sua família, contribuir para fundamentar a construção do conhecimento acerca do tema na pesquisa em saúde mental, possibilitando ações de promoção e de reabilitação, dando visibilidade e voz às mulheres envolvidas nessa problemática.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer as histórias de vida de mulheres que fazem uso abusivo de crack.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar os motivos do início do uso de crack;
- b) Avaliar as alterações ocorridas na vida de mulheres que fazem uso de crack;
- c) Descrever as expectativas das mulheres usuárias de crack com relação ao tratamento;
- d) Analisar como a questão de gênero influencia a forma como essas mulheres vivenciam a situação de serem usuárias de crack.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 SOBRE O CRACK

O uso de substâncias psicoativas é um problema grave e mundial de saúde pública, que não é de fácil resolução porque envolve danos biológicos, mentais, sociais, econômicos, culturais, ético-legais e morais (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Segundo Rocha (2008), em todas as épocas, em todas as civilizações do mundo, o uso de drogas sempre ocorreu, ocorre e possivelmente continuará ocorrendo; o que varia é a motivação para esse uso. Pessoas que tiveram experiências de vida que as levaram a perceber o mundo como ameaçador, utilizam a cocaína, o crack, entre outras drogas, pois permitem que elas se sintam fortes, potentes, em face desse mundo hostil.

Conforme refere Alves (2009), o consumo de substâncias psicoativas, desde civilizações antigas, sempre esteve sob regulação social. A princípio, a regulação se estabeleceu em contextos socioculturais específicos que condicionaram o consumo de determinadas substâncias mediante normas e convenções socialmente compartilhadas.

Para Abreu e Malvasi (2011), toda a história da humanidade está permeada pelo consumo de substâncias psicoativas, uma multiplicidade de usos, abusos e efeitos. Substâncias psicoativas e os estados alterados de percepção exerceram e ainda exercem papel importante na estruturação de sistemas sociais, culturais e míticos, mas nunca de forma genérica. Os autores apontam que os contextos históricos e culturais prescrevem a apresentação das substâncias, dosagens, formas de uso e situações para consumo, bem como os comportamentos desejados e os significados particulares para as substâncias e a inebriedade.

O isolamento de princípios ativos de substâncias psicoativas e sua industrialização, a partir do século XIX, resultaram em formas de apresentação mais potentes. Este fato foi acompanhado por popularização crescente dessas substâncias e expansão do seu consumo com finalidade terapêutica e também recreativa. A

expansão foi acompanhada pelo enfraquecimento das estratégias socioculturais de regulação do consumo das substâncias e da emergência de um conjunto de questões sociais e de saúde a ele associado (ARAÚJO; MOREIRA, 2006).

Algumas situações que ocorrem no âmbito familiar, e que são traumáticas, especialmente durante a infância e adolescência e que acontecem de forma crônica, tais como maus-tratos, violência e abuso sexual, aumentam significativamente o risco para uma série de transtornos psiquiátricos na vida adulta, entre eles a dependência química. A exposição precoce ao trauma pode contribuir para o aparecimento de crenças e pensamentos disfuncionais, sendo comum o consumo de drogas para aliviar tais sintomas de desconforto (RIBEIRO; YAMAGUCHI; DUAILIBI, 2012).

Helman (2009), afirma que a família é o grupo social primário de relações do sujeito e, seja como for constituída, pode ser entendida como uma organização social com características exclusivas e distintas. As famílias, em constante relação com grupos sociais mais amplos, desenvolvem particularidades na visão de mundo, alguns códigos de comportamento próprios, diferença nos papéis de gênero, conceitos de tempo e espaço, gírias e linguagem particulares, história, mitos e ritualísticas.

O autor destaca que mesmo dentro de uma sociedade isolada, evidenciam-se diferentes razões para o consumo de substâncias que estão relacionadas aos valores culturais e expectativas dos vários grupos, incluindo a família, além das características pessoais de cada indivíduo em particular.

Mead (1984) levanta a hipótese de que as causas de nosso comportamento, o que pode nos tornar “alegres ou infelizes, briguentos ou cordiais, prestativos ou antipáticos”, assim como nossos conceitos de certo e errado, justo ou injusto, bonito ou feio podem ser influenciados por herança familiar genética ou por influência da família e/ou contexto social.

Os precursores dos comportamentos preventivos dos indivíduos em seu ambiente incluem os fatores de risco que apontam probabilidade maior de problemas e fatores de proteção que medeiam ou moderam a exposição ao risco indicando menor ou maior probabilidade do uso ou dependência de substâncias psicoativas (MARTINS; SANTOS; PILLON, 2008).

Os estudos sobre o processo histórico relacionado ao uso e abuso de substâncias psicoativas pela humanidade demonstram uma alteração significativa no padrão de uso nos tempos contemporâneos em relação ao que eram os modos de uso prioritariamente ritualístico, esporádico e restrito a pequenos grupos ao uso indiscriminado, atingindo a maioria dos países e das classes sociais, caracterizando um modo de vida típico das sociedades de consumo atuais (MACRAE, 2007).

De acordo com Rezende (2000), existem quatro modelos de concepções ou modelos de análise da dependência de drogas, sustentadas em diferentes raízes teórico-epistemológicas, que são: o modelo jurídico-moral, o biomédico, o psicossocial e o sociocultural.

A síntese desses saberes e práticas constitui a racionalidade sob a qual os diversos serviços de saúde se baseiam para compreender e intervir, a partir dessa lógica, na problemática do abuso de drogas (LUZ; TESSLER, 2006).

No modelo jurídico-moral a droga é concebida como o grande mal a ser combatido, neste caso, o usuário é visto como fraco moralmente, falta-lhe força de vontade para controlar o comportamento aditivo (MACRAE, 2000).

O modelo biomédico objetiva-se na definição da dependência como uma doença crônica, recorrente, de fundo orgânico, cujas determinantes são colocadas na hereditariedade e/ou em disfunções neuroquímicas. Reforçam uma visão das drogas como entidades patologizantes, capazes de causar e instaurar a dependência nos indivíduos (MARLATT; GORDON, 1993; OMS, 2004).

No modelo psicossocial, a dependência é concebida a partir de um enfoque psicodinâmico, sustentado na noção da drogadição como manifestação externa de perturbações psicológicas. A dependência é vista a partir da triangulação entre o meio social, as características intrínsecas das drogas e a dinâmica psicológica do indivíduo (REZENDE, 2000).

O modelo sociocultural concebe a drogadição como resultado das contradições sociais, econômicas e ambientais e sua intervenção é dirigida ao contexto social do usuário. Enquanto os modelos anteriores operam com uma possibilidade de uma sociedade livre de todas as drogas, o modelo sociocultural não considera viável a existência de uma sociedade sem drogas, até mesmo porque o uso e consumo de substâncias psicoativas ocorreu em todas as épocas e culturas,

ao longo de toda a história da humanidade (MACRAE, 2007).

Para Meira *et al.* (2006), a prevalência do abuso e dependência de drogas, verificadas nos últimos anos, vem aumentando, e suas consequências na vida do indivíduo e da sociedade são consideradas um problema de saúde pública.

O uso abusivo de substâncias refere-se ao uso continuado mesmo depois da ocorrência de problemas (STUART; LARAIA, 2002). Já a dependência de substâncias indica uma condição grave, em geral considerada uma doença. O que está de acordo com a lógica do pensamento do modelo biomédico.

Conforme Townsend (2002), um indivíduo é considerado dependente de uma substância psicoativa quando ele é incapaz de controlar seu uso; quando uma quantidade cada vez maior da droga é necessária para produzir os efeitos desejados; e quando ocorrem sintomas característicos de abstinência à cessação ou a uma redução drástica no uso dessa substância.

O principal mediador dos efeitos das substâncias psicoativas é a dopamina, potente neurotransmissor associado aos efeitos da sensação de prazer em vias específicas, do sistema de recompensa e de motivação. Essas vias anatomicamente associadas ao sistema límbico sofrem neuroadaptações quando expostas às drogas, de tal forma que, na ausência delas, o usuário pode experimentar um desconforto importante (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Muitos estudos demonstram que as drogas inaladas, principalmente as que são fumadas, têm um poder de produzir rápida instalação da dependência. O produto, denominado crack, é uma forma potente de cocaína que resulta em rápido e notável efeito estimulante quando fumado (FERRI *et al.*, 1997).

O crack surgiu na década de 70, mas se tornou popular na década de 80 pelos moradores dos bairros pobres de Nova Iorque, Los Angeles e Miami. Em 1990, o crack se tornou grandemente popular, principalmente entre as camadas mais pobres dos Estados Unidos. Tornou-se uma epidemia ao entrar nos guetos miseráveis das cidades norte-americanas. Com o passar dos anos o cenário foi se modificando. O crack também seduz indivíduos de classe média e alta, atraídos pelo ambiente que envolve o consumo (BRASIL, 2011b).

O crack alcança o pulmão, órgão bastante vascularizado e com grande superfície, que absorve imediatamente a fumaça aspirada e encurta o caminho para

chegar ao cérebro, surgindo os efeitos muito mais rápido do que os da cocaína, que é utilizada pelas vias nasal e endovenosa.

Conforme estudo do CEBRID (2003), o usuário tem a tendência de querer doses maiores em busca de efeitos mais intensos. Medo e desconfianças crescentes são consequências desse estado que leva os usuários a situações de extrema agressividade e violência.

A mesma publicação (CEBRID, 2003) descreve os efeitos da droga sobre outras partes do corpo que ocorrem independentemente da via de consumo (aspirada, inalada ou endovenosa): aumento da pupila (midríase) que prejudica a visão; dor no peito; contrações musculares; convulsões e até coma. A pressão arterial pode elevar-se e provocar taquicardia com risco de parada cardíaca por fibrilação ventricular. Também pode ocorrer morte por diminuição da atividade dos centros cerebrais da respiração.

Mistura da pasta base da cocaína com água e bicarbonato de sódio, o crack é vendido em forma de pedras e fumado em cachimbo. Uma vez acesa, a pedra libera uma fumaça que é cocaína pura, em alta concentração. Inalada, vai direto aos pulmões. Pelos alvéolos pulmonares a fumaça cai na corrente sanguínea e chega ao cérebro. Em segundos, a baforada chega ao sistema nervoso, onde começa a fazer efeito (ARAÚJO, 2001).

Sob o domínio do crack, muitos dependentes se isolam e, mesmo que temporariamente, se tornam moradores de rua. A substância transforma o usuário e o mantém arredio, com dificuldades nas relações interpessoais, tanto familiares quanto profissionais. Em alguns casos, a degradação pode ocorrer em algumas semanas. À medida que o consumo de crack progride, chega à fase das reações paranoides. O dependente tem pensamentos obsessivos e delírios de perseguição (JUNGERMAN; DUNN; LARANJEIRA, 2003).

Kessler e Pechansky (2008) afirmam que mais do que um dano específico ao organismo do indivíduo, está claro para a comunidade científica e leiga brasileira que o crack é uma droga de grande impacto social, físico, psíquico e legal.

Entre crianças e adolescentes em situação de rua, a tendência de aumento do consumo de crack é progressiva. No Nordeste, destaca-se que o consumo de cocaína-crack era insignificante até 1997 (em torno de 1%), mas subiu em 2003 em

Fortaleza para 10,3% e em Recife para 20,3% (NOTO *et al.*, 2003).

Sobre a violência associada ao crack, um estudo realizado por Ribeiro *et al.* (2006) revela que quase 70% dos usuários morrem de causas não-naturais, sendo mais frequentes os homicídios (56,6%), overdose (8,7%) e afogamento (4,3%).

Em um estudo realizado com usuários de crack do sexo masculino internados na Unidade de Desintoxicação do Hospital São Pedro de Porto Alegre (RS), constatou-se ser frequente a presença de antecedentes criminais em dependentes de crack, relacionada a mais sintomas de ansiedade, de depressão e à fissura mais intensa (GUIMARÃES *et al.*, 2008).

Um estudo coordenado pelo Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas da UFRGS em cinco centros de tratamento ambulatorial e hospitalar de atendimento nessa especialidade de quatro capitais brasileiras encontrou que 39,4 % dos pacientes procuraram o atendimento nesses serviços devido ao uso de crack (KESSLER; PECHANESKY, 2008). Porém, a problemática do crack não se restringe ao usuário, mas também aos familiares que se tornam co-dependentes.

Segundo Formigoni e Souza (2001), nesta situação observa-se uma relação doentia entre a dependência e a co-dependência: o dependente que faz uso de determinada substância e, por isso causa prejuízo a si e a outrem; e o co-dependente que, querendo ajudá-lo, devido à própria conduta mantém e agrava o quadro.

Lawson (1999) refere que a co-dependência é definida como: um comportamento problemático, desajustado ou doentio, associado com a vida, trabalho ou qualquer outra situação de proximidade de uma pessoa que sofre de dependência de drogas.

Conforme Rocha (2008), por ser uma droga mais barata do que a cocaína, o crack vem se alastrando rapidamente no Brasil. O uso continuado vai provocando desleixo com o corpo, isolamento social, atos antissociais e paranoia. Por ser uma droga mais grosseira, irrita os brônquios, podendo produzir pneumonia, enfisema e até câncer.

De acordo com Dias *et al.* (2011), no contexto brasileiro, o uso do crack de longo prazo tende a ser estimulado pela alta disponibilidade (lucratividade) e fácil acesso à substância. Além disso, a apresentação da droga sofreu alterações

(mudança na cor, consistência, efeito e tamanho), resultando em preparações “impuras” (menor potencial aditivo, acréscimo de diluentes) e fracionadas (menor custo, maior disseminação). Outro aspecto atuante na longevidade do consumo é a possibilidade de se desenvolverem estratégias singulares de manutenção de padrões continuados, embora em níveis mais moderados.

De acordo com o Relatório Mundial sobre Drogas WDR 2010, publicado pela Organização das Nações Unidas (ONU), o consumo da cocaína, em contraste com o declínio do uso na América do Norte e a estabilização na Europa, está em crescimento na América Latina. A prevalência na Argentina e Chile é comparável à prevalência nos Estados Unidos. Aumentos de consumo na América do Sul foram relatados, nos últimos anos por Venezuela, Equador, Brasil, Argentina e Uruguai (CEBRID, 2003).

Estudo do Escritório das Nações Unidas sobre drogas e Crime (UNODOC) e da Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas (CICAD) mostra que Brasil e Argentina formam, na América do Sul, os maiores mercados em termos absolutos, o Brasil com mais de 900 mil usuários (CEBRID, 2003). Segundo estudo dos pesquisadores Nappo e Oliveira, da Universidade Federal de São Paulo, o crack chegou ao Brasil tendo como porta de entrada o estado de São Paulo e o primeiro relato do uso do crack em São Paulo aconteceu em 1989.

Por ser uma droga de custo mais baixo passou a ser usada por meninos e moradores de rua, por indivíduos excluídos e marginalizados, em situação de vulnerabilidade social. Atualmente, o crack está presente em todos os centros urbanos, sendo uma droga de fácil acesso e deixou de ser utilizada apenas por pessoas de baixo poder aquisitivo, fazendo parte do cotidiano de todas as classes sociais.

O crack é usado por 35% dos consumidores de drogas ilícitas nas capitais do Brasil, revela pesquisa inédita feita pela Fundação Oswaldo Cruz. O trabalho, encomendado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, indica que a maior parte dos usuários está concentrada na Região Nordeste (BRASIL, 2013).

Dos 370 mil consumidores regulares de crack ou similares (merla, pasta-base e oxi) estimados nas capitais do País, 148 mil encontram-se na região. Isso significa que 43% da população que usa regularmente drogas ilícitas nas capitais do

Nordeste consome crack (BRASIL, 2013).

O percentual só é menor do que o encontrado no Sul. Nas capitais da região, 52% das 72 mil pessoas que usam regularmente drogas ilícitas consomem crack (37 mil pessoas).

Depois do Nordeste, em números absolutos o maior número de usuários de crack está concentrado nas capitais do Sudeste. A região reúne 113 mil consumidores regulares da droga, seguido pelo Centro-Oeste (51 mil), Sul (37 mil) e Norte (33 mil).

O trabalho foi feito com base em dados coletados em 2012 com 25 mil residentes nas capitais. As pessoas foram visitadas em suas casas e responderam a perguntas sobre suas redes sociais. De acordo com a Fiocruz, esse é o maior e mais completo levantamento feito sobre crack no mundo.

Pesquisadores da Fiocruz analisaram ainda o perfil dos usuários do crack nas capitais, regiões metropolitanas, em cidades de pequeno e médio porte de forma a retratar um cenário similar para o País. O trabalho mostra que a grande maioria da população que usa regularmente é de não brancos (80%), solteira (60,6%) e do sexo masculino (78%) e que por algum momento já esteve na escola (apenas 5% dos ouvidos não completaram um ano de estudo).

Outro ponto ressaltado pelos pesquisadores é o tempo médio de uso da droga. Nas capitais, a média é de oito anos e nos municípios, cinco. Um achado que contradiz a ideia comum de que usuários têm sobrevida inferior a três anos de consumo (BRASIL, 2013).

De acordo com o estudo, a grande maioria dos entrevistados apontou a vontade e curiosidade como os motivos fundamentais para o início do uso do crack. Parte (29,2%) indicou como causa perdas afetivas, problemas familiares e violência sexual. O fato de o crack ser mais barato não se mostrou como motivo central para o início do uso da droga. Apenas 2% afirmaram que essa era a causa. Para os autores do estudo, os achados apontam a necessidade de se reforçar laços familiares, facilitar a ressocialização do usuário e reforçar as medidas preventivas, sobretudo nas escolas (BRASIL, 2013).

Em minoria nas cenas de uso de crack, as mulheres apresentam um comportamento diferenciado. O tempo médio de consumo da droga entre o grupo

feminino é de 72,8 meses, menor do que o masculino (83,9 meses). Apesar disso, o consumo de pedras usadas, num mesmo dia, é significativamente maior. Elas relataram consumir em média num mesmo dia 21 pedras, enquanto homens indicaram usar 13 pedras. Também foram encontradas diferenças importantes com relação ao recebimento de dinheiro ou drogas em troca do sexo. Entre mulheres essa proporção foi de 29,9% enquanto de homens, foi de 1,3% (BRASIL, 2013).

Outro ponto que chamou a atenção dos pesquisadores está relacionado à gravidez. Cerca de 10% relataram estar grávidas no momento da entrevista. Mais da metade das usuárias já havia engravidado ao menos uma vez desde o início do consumo de crack e drogas similares (BRASIL, 2013).

3.2 REDE PÚBLICA DE SAÚDE E A ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO DE CRACK

A atenção em rede de saúde mental é o princípio que aponta para a necessidade de que diferentes dispositivos de ajuda estejam articulados de forma a complementar iniciativas para garantir a continuidade da assistência.

A rede de saúde mental é constituída por vários dispositivos assistenciais que possibilitam a atenção psicossocial aos usuários com transtornos mentais, segundo critérios populacionais e demandas dos municípios. Esta rede pode contar com ações de saúde mental na atenção básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços residenciais terapêuticos, leitos em hospitais gerais, ambulatórios, bem como o Programa de Volta para Casa. A rede deve funcionar de forma articulada, tendo os CAPS como serviços estratégicos na organização de sua porta de entrada e de sua regulação (BRASIL, 2010).

Ainda que os Centros de Atenção Psicossocial sejam dispositivos estratégicos na organização da porta de entrada na avaliação e no acolhimento dos casos de saúde mental, os demais serviços da rede de atenção devem atuar na promoção de cuidados para os usuários. Os CAPS devem fazer a articulação entre os diferentes serviços da rede, tais como ambulatórios de saúde mental, residências terapêuticas, atenção básica e leitos de atenção integral (BRASIL, 2010).

Para o atendimento aos dependentes de álcool e outra drogas, o Ministério da Saúde, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), disponibiliza leitos nos hospitais gerais para atender essa demanda. Além dos hospitais gerais existem os Centros de Atenção Psicossocial a Usuários de Substâncias Psicoativas (CAPSad).

Os CAPSad são uma unidade de saúde que presta atendimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas e aos seus familiares. Fundamentam-se no pressuposto de que o cuidado a usuários de drogas exige condições que respeitem o indivíduo enquanto pessoa, possibilitando a sua inclusão social, profissional e familiar, ampliando as ações em saúde mental na sua intensidade e diversidade (BRASIL, 2010).

Os CAPSad estão articulados para acolher o usuário de crack e oferecer atendimento e cuidados intermediários (entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar) com ênfase em uma abordagem compreensiva e com suporte social, recreacional, reabilitação psicossocial e reinserção profissional.

Em municípios com população inferior a 70 mil habitantes existem as redes básicas com ações de saúde mental, os CAPS I e II que assumem algumas das funções dos CAPSad, com exceção das ações de desintoxicação e de tratamento de abstinência leve (BRASIL, 2010).

Em alguns municípios do país vêm sendo implantados serviços de funcionamento 24h/dia, sete dias por semana, incluindo feriados para usuários de álcool e outra drogas. Esta modalidade vem ao encontro de uma demanda existente na rede de dispositivos de atenção contínua e cuidado integral. Os CAPSad 24 horas devem dar cobertura a populações de pelo menos 200 mil habitantes (BRASIL, 2010).

Experiências de ações em prevenção e assistência de usuários de crack através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) apontam para a possibilidade de atuação interdisciplinar e intersetorial junto à Estratégia de Saúde Família. Estas ações devem sempre ter como características agregar pessoas das equipes de saúde da família, com a finalidade de qualificar a abordagem aos usuários de crack (BRASIL, 2010).

Práticas exitosas apontam para a funcionalidade de ações de matriciamento de CAPSad em Unidades de Pronto Atendimento. Estas ações propiciam inserção

de usuários ao tratamento oferecido em CAPSad, que estejam em crise e em situação de abandono de tratamento, entre outras ações (BRASIL, 2010).

O governo federal pretende investir até 2014 um total de R\$ 4 bilhões no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. O dinheiro será aplicado em diversas ações de políticas públicas integradas, em diversos setores como saúde, educação, assistência social e segurança pública. A responsabilidade também será compartilhada com estados e municípios que terão o compromisso de oferecer apoio (BRASIL, 2010).

A assistência social desempenhará papel importante nesse projeto. Terá como foco preservar agravamentos nos casos de dependência, desenvolver a autonomia individual do usuário, buscar alternativas para novos projetos de vida e auxiliar as famílias envolvidas.

O atendimento será feito pelo Sistema Único da Assistência Social (SUAS) – organismo público, coordenado pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), que organiza de forma descentralizada os serviços socio-assistenciais no Brasil. Os principais serviços disponibilizados pelo SUAS são divididos entre os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) e os Centros de Referências Especializados para Atendimento da População em Situação de Rua (Centro POP).

Nem sempre é possível alcançar, de imediato, a abstinência do uso da droga e muitas pessoas continuarão a usá-la, mesmo depois de um processo de tratamento. Nesse sentido, é preciso encontrar alternativas capazes de reduzir os prejuízos associados a este consumo.

Incentivar o dependente de crack a cuidar de si, sem que a condição para isso seja a interrupção total do uso da droga, é a estratégia central das ações de Redução de Danos à saúde do usuário. Ao reduzirem os problemas associados com o uso de drogas no âmbito social, econômico e de saúde, estas estratégias beneficiam o usuário, seus familiares e a própria comunidade.

Segundo Tarcísio Andrade, psiquiatra e professor adjunto da Faculdade de Medicina da Bahia, as práticas de Redução de Danos são baseadas em princípios de pragmatismo e compreensão da diversidade. As ações são pragmáticas porque

tratam como imprescindível a oferta de atendimento para todas as pessoas nos serviços de saúde, inclusive para aqueles que não querem ou não conseguem interromper o uso do crack. O esforço é pela preservação da vida. Do mesmo modo, as estratégias de redução de danos se caracterizam pela tolerância, pois evitam o julgamento moral sobre os comportamentos relacionados ao uso do crack e às práticas sexuais, assim como intervenções autoritárias e preconceituosas (BRASIL, 2013).

Oferecer estes serviços de abordagem, muitas vezes na própria rua e nos contextos de uso da droga, também pode evitar a exposição a outras situações de risco e aproximar o usuário das instituições de saúde, abrindo a possibilidade de que ele venha pedir ajuda quando necessário. Além disso, permite que o serviço de saúde possa acompanhá-lo de forma mais próxima (BRASIL, 2013).

De acordo com o psiquiatra Marcelo Cruz, coordenador do Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas (Projad) e professor do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, as ações para redução dos riscos de contaminação por doenças entre usuários de drogas injetáveis e também durante a prática sexual marcaram o início das estratégias de Redução de Danos no País. Com o sucesso dessas ações, elas passaram a ser usadas também na prevenção de outras práticas de risco, tais como os problemas com drogas não injetáveis, como é o caso do crack nos dias de hoje. Ainda segundo o psiquiatra, a estratégia de redução de danos para usuários de crack prevê a distribuição de preservativos, a disponibilização de informações sobre os riscos de contaminação pelo compartilhamento de cachimbos e sobre os cuidados para a prática de sexo mais seguro. Assim, a atividade de abordagem dos usuários nos locais de uso da droga não é um fim em si, mas um serviço oferecido junto a muitos outros, com o objetivo geral de preservação da saúde (BRASIL, 2013).

Nesse processo de Redução Danos, ações preventivas, como a substituição de cachimbos improvisados por outros de melhor qualidade, evitam a contaminação do usuário por bactérias. “Oferecer cachimbos que não superaquecem ajuda a reduzir lesões bucais e infecções secundárias”, afirma Francisco Inácio Bastos, psiquiatra e doutor em saúde pública da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Além das medidas práticas e paliativas, é importante valorizar e estimular a

vivência das habilidades e potencialidades do usuário. Ajudar o dependente a reconstruir vínculos com a família e a sociedade também ajuda a diminuir os prejuízos do consumo do crack (BRASIL, 2013).

Outro eixo do Plano será a prevenção por meio da capacitação de profissionais de diferentes áreas sobre a questão do crack e outras drogas. Educadores de escolas públicas, profissionais da área da saúde, assistência social e segurança pública, juízes, promotores e servidores do Poder Judiciário, conselheiros municipais e gestores de comunidades terapêuticas, entre outros, são o público alvo de cursos que preparam para a prevenção do uso de drogas, acompanhamento, tratamento e reinserção social de dependentes. Também serviços telefônicos gratuitos estarão à disposição 24 horas, além de um site na internet, para informações e orientações sobre o crack e outras drogas. Campanhas publicitárias de utilidade pública, ao longo do ano, serão vinculados pela mídia (BRASIL, 2013).

A constatação de que o uso de drogas tomou a proporção de um problema grave de saúde pública, tanto no Brasil como no restante do mundo, obteve-se pela comprovação da relação entre o consumo de substâncias e os agravos sociais que dele decorrem ou que o reforçam. O enfrentamento dessa problemática constituiu-se em uma demanda mundial, uma vez que a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que 10% das populações dos centros urbanos do mundo abusa de substâncias psicoativas, e isso não depende da idade, sexo, classe social e nível de escolaridade (OMS, 2001).

Apesar de todos os levantamentos realizados sobre o uso abusivo de drogas, uma lacuna importante, no que diz respeito às estratégias de atenção à problemática, foi se delineando na história da saúde pública brasileira e a questão das drogas foi sendo deixada para as instituições da justiça, da segurança pública, da pedagogia e das associações religiosas (BRASIL, 2004).

No campo da saúde mental, no Brasil, o movimento iniciado nas últimas décadas do século XX, trouxe novos questionamentos que culminaram na aprovação de leis que propiciaram a transformação dessas práticas e saberes. A lei nº 10.216 de 2001 foi um marco ao garantir tanto aos usuários de serviços de saúde mental, como aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, a territorialização do atendimento a partir da estruturação de serviços

mais próximos do convívio social de seus usuários e as redes assistenciais tornaram-se mais adequadas às variadas demandas desse segmento da população (BRASIL, 2001).

O trabalho feito com base em dados coletados em 2012 com 25 mil residentes nas capitais aponta que os Entrevistados disseram considerar importante que serviços de atenção e tratamento reúnam assistência à saúde e assistência social. Para eles, além de serviços básicos como tratamento de feridas no local, é importante que o centro tenha alimentação, banho e outros cuidados de higiene disponíveis, além de auxílio para capacitação profissional e obtenção de emprego.

O estudo indica que a grande maioria dos usuários (78,9%) deseja se tratar. Apesar da disposição, o trabalho mostra um baixo acesso aos serviços: 20% disseram ter procurado posto de saúde e 17,5%, de alimentação gratuita nos trinta dias que antecederam a pesquisa. De acordo com o trabalho, 6,3% procuraram os CAPSad (BRASIL, 2013).

3.3 SOBRE AS MULHERES USUÁRIAS DE CRACK

Nesta pesquisa, torna-se imprescindível a abordagem de aspectos conceituais sobre gênero e de relações de gênero, sua inter-relação com as questões de sexualidade, violência, uso de drogas e enfermagem, no intuito de facilitar a reflexão ou a compreensão sobre a ideologia e os estereótipos que permeiam todas as relações.

Observa-se que o papel feminino no núcleo familiar e social, apesar dos avanços que já se pode perceber, ainda permanece carregado de “pré-conceitos”, onde a natureza feminina ainda é vista como maternal recatada e, de preferência imaculada (SOUZA, 2006).

Cada sociedade ou grupo social outorga determinadas características ao feminino e ao masculino, mesmo considerando-se que muitas delas são universais, existe uma multiplicidade permeada por recortes de classe, etnia, raça ou religião. Mulheres e homens participam de diferente maneira nas instituições econômicas, sociais, políticas e religiosas. Essa maneira de participar inclui valores, atitudes, expectativas que uma dada sociedade conceitualiza como feminino e masculino. Conforme Bourdieu (1999), a divisão entre os sexos parece estar na ordem das coisas, como se diz por vezes para falar do que é normal, natural, a ponto de ser inevitável: ela está presente, ao mesmo tempo, em estado objetivado nas coisas, em todo o mundo social e, em estado incorporado, nos corpos e nos habitus dos agentes, funcionando como sistema de esquemas de percepção, de pensamentos e de ação.

Também os parâmetros de virtude, para as mulheres, refletem diferenças em relação à virtude masculina, ou seja, reforçam a subordinação do comportamento feminino em relação aos homens. Certamente, para isso basta observar como se constituem as relações entre os sexos e os valores que a sociedade institui para o ser feminino e o ser masculino. Seja no mundo físico ou no mundo dos signos, fica evidente o processo de construção de um código de significados em relação aos gêneros masculino e feminino. Tudo contribui para a estruturação de um código de conduta que orienta as vivências femininas e masculinas. Para Scott (1995), o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças

percebidas entre os sexos, e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder. A autora enfatiza a construção social das diferenças entre os sexos e coloca o gênero como um sistema simbólico que organiza relações de poder. Creio que há uma multiplicidade de culturas masculinas e femininas, no entanto, existe algo semelhante a um padrão de cultura masculina, que rege as culturas. Este padrão implica em espaços de poder, implica em relações de gênero assimétricas. Da mesma maneira que em cada um de nossos pensamentos e atos estamos produzindo e reproduzindo cultura, em cada um de nossos atos e pensamentos estamos produzindo e reproduzindo nossa identidade de gênero.

Segundo a referida autora, em cada contexto sócio histórico, as noções e valores se imbricam dentro de todas as esferas: Estado, Igreja, Escola, Família, entre outros. Tanto a cultura feminina como a cultura masculina estão sempre colocadas espaço-temporalmente em contextos históricos concretos. Portanto, a maneira como se constituem as masculinidades e feminilidades, está relacionada a práticas sociais e culturais, é um aprendizado permanente do que significa ser homem e ser mulher.

De acordo com Meyer (1996), enquanto discurso implementa e constrói significados para as diferenças sexuais, por meio de processos de diferenciações conflituosos e hierarquizados, gênero é a instância onde e por meio da qual os seres humanos aprendem a se converter em e a se reconhecer como homens e mulheres, nos diferentes contextos históricos, culturais e sociais.

Independente de classe social, a presença da mulher é solicitada na esfera privada para o funcionamento legítimo e normal da sociedade. A partir daí, a mulher organiza suas práticas cotidianas e, atualmente, vivencia ambivalências e dilemas relacionados à dicotomia espaço privado/público e como administrá-los. Outras reflexões também se ocupam com a dimensão em relação à temática gênero, onde o conceito se amplia, as tensões permanecem e as interrogações também, a análise de gênero permeia-se com a própria essência das relações sociais. A visão do processo ideológico construindo significações e subjetividades permitem que o gênero seja avaliado como categoria capaz de manifestar a existência de diferentes relações no sistema social.

Apesar de toda a evolução, a mulher ainda está condicionada a exercer

papéis que lhe foram destinados e dos quais não consegue se livrar. Enredada nos fios dessa trama social que postula legados diferentes à humanidade (seja mulher, homossexual, negro, pobre, louco), sua condição é motivo de lutas, de mobilizações, pois assim como o movimento negro, existe uma militância de mulheres. O feminismo surgiu para dar voz às mulheres e já passou por diversas fases, considerando-se os diferentes períodos da história.

Como afirma Scott (1992), embora a história das mulheres esteja certamente associada à emergência do feminismo, este não desapareceu, seja como uma presença na academia ou na sociedade em geral, ainda que os termos de sua organização e de sua existência tenham mudado.

Desde as últimas décadas, as mulheres estão se expressando dentro do contexto masculino, usando a sua organização e sua lógica para reivindicar reconhecimento e respeitabilidade na ordem social. No entanto, essa penetração feminista no universo e códigos masculinos, mesmo representando avanços evidentes, não está delineando um diálogo entre os gêneros. As mulheres que conseguem ingressar nas melhores posições da dinâmica social no espaço público, em papéis de representação, liderança e poder (uma parcela minoritária), são, na maior parte das vezes, mulheres que se apropriam das formas de atuação, expressão, valorização e discurso consagrados pelos homens na instância pública. Para que a mulher consiga dominar os códigos de conduta do mundo público, ela imita a hexis corporal masculina (BOURDIEU, 1999).

Observa-se que a mulher não só perdeu seu lugar de membro igualitário, na sociedade, como também, foi interiorizando esta submissão, reproduzindo a inferioridade feminina que é passada de mãe para filho, sendo que este é criado de forma diferenciada, aprendendo desde cedo a assumir seus direitos e apreendendo sua condição de superioridade diante do feminino, do pobre, do mais fraco, entre outros (SOUZA, 2006).

Segundo Ehrhardt (1994), as mulheres estão mais sujeitas a medos e depressões, se comparadas aos homens, sendo a causa disso frustração que sentem por não conseguirem o mesmo reconhecimento profissional, apesar de trabalharem mais, serem mais comprometidas, solícitas, perfeccionistas e produtivas do que eles.

Souza (2006) refere que há algum tempo cabe à mulher a assunção de múltiplos papéis, não só no núcleo familiar, onde é mãe, educadora, administradora e esposa, mas no contexto social, onde também pode ser gerenciadora, administradora, entre outros. Além disto, competindo no mercado de trabalho necessita investir em sua capacitação profissional, através de cursos de graduação e pós-graduação. Se por um lado tantas atribuições podem trazer satisfação pessoal, por outro lado podem acarretar sobrecarga de atividades e cobranças, uma vez que ainda traz consigo a responsabilidade primeira da administração da família, encarnada nos papéis de mãe e esposa. Esta multiplicidade de obrigações pode gerar estresse, estafa, sentimentos de insatisfação, tristeza, solidão, doenças físicas e psíquicas, que podem acarretar distúrbios de comportamento, ou a procura de refúgio nas drogas lícitas e/ou ilícitas.

Para Costa, Aquino e Porto (2010), o mundo moderno tem trazido muitos questionamentos sobre as relações humanas. Depara-se, nesse sentido, com a fragilidade dos laços humanos e com uma sociedade repleta de frustrações e descontentamentos. Inseridas nesse contexto, um número significativo de mulheres consome drogas, entre as quais, o crack.

Estudos comparativos internacionais têm mostrado que mais mulheres do que homens são admitidas em unidades psiquiátricas, são readmitidas com mais frequência e, recebem mais tratamento e medicação para distúrbios psicológicos, como usuárias de ambulatórios e de outros tipos de serviços de saúde mental. Além disso, as mulheres mostram índices de prevalência mais elevados em quase todas as categorias de diagnósticos psiquiátricos. Alguns estudos têm demonstrado primeiramente que a psicopatologia psiquiátrica convencional aborda a mulher assumindo os tradicionais estereótipos sobre as mulheres como instáveis, irracionais, mutáveis, moralmente deficientes e mais fracas que o homem, como características biológicas inerentes à feminilidade. E segundo, esses estudos não somente rejeitaram as explicações biológicas da diferença, como também demonstraram de que modo a opressão multifacetada sobre as mulheres na sociedade pode ser conducente à loucura e aflições mentais, como estas últimas são definidas diferentemente em tempos e contextos sociais e culturais específicos (VASCONCELOS, 2008).

Para Zilberman e Giusti (2007), o padrão do uso de drogas entre as mulheres

vem se modificando com o passar dos anos. No final do século XIX, era comum a mulher dependente de drogas ter iniciado sua dependência através de tratamento médico. Desde a Segunda Guerra Mundial, mudanças culturais como a entrada da mulher no mercado de trabalho e em profissões previamente dominadas por homens, entre outras mudanças, contribuíram para um estreitamento entre as diferenças de comportamento masculino e feminino, aumentando assim a oportunidade para as mulheres experimentarem drogas.

Araújo e Scalon (2005), afirmam que em países como o Brasil, especial atenção é dada às difíceis condições de vida, à perda dos vínculos familiares, conjugais e culturais, bem como à jornada dupla de trabalho, fora e dentro de casa, e particularmente nos casos de violência doméstica, abuso sexual e suas múltiplas implicações na saúde mental da mulher.

Em termos de diferenças fisiológicas entre homens e mulheres, as pesquisas apontam que as mulheres podem se tornar dependentes mais rapidamente de inúmeras substâncias ilícitas, podendo, inclusive, se envolver em mais comportamentos de risco, como o HIV (UNODC, 2011b).

No que se refere ao início do consumo, enquanto as mulheres dependentes associam o uso de drogas a ocorrência de eventos significativos da vida, por exemplo, separação ou morte de familiar ou cônjuge, os homens geralmente não apontam um evento específico (STEIN, 1997).

Cabe ressaltar que o uso de drogas por mulheres, de acordo com alguns estudos, pode ser ocasionado por fatores relativos à violência física e sexual durante a infância (ROBERTS, 1999).

Além das características específicas das mulheres, existem outros fatores, chamados de predisponentes, que são ambientais, culturais, por influência da mídia, bem como fatores psicológicos individuais (SILVIA, 2005).

Vários estudos demonstram as diferenças de gênero na incidência e prevalência do uso de drogas, sendo que as mulheres apresentam menor prevalência no uso de substâncias psicoativas, incluindo o álcool. Porém, essa diferença tem diminuído consideravelmente, o que pode ser atribuído à conquista da igualdade de direitos entre homens e mulheres, resultantes das lutas e movimentos feministas das décadas de 1960 a 1980, desencadeando uma tendência também em

relação à igualdade no consumo de drogas, verificada pela mudança no estilo de vida que a mulher adquiriu juntamente com seus novos papéis e responsabilidades (ZILBERMAN, 2003).

O uso de substâncias psicoativas entre as mulheres vem crescendo com as mudanças sociais, tendendo a igualar-se à prevalência masculina e, em alguns casos, até ultrapassá-la. Por isso a importância de se desenvolver estratégias de prevenção específicas para esta população. Além do aumento na prevalência do uso de substâncias, as mulheres são mais vulneráveis às consequências negativas deste uso e sofrem com o estigma social, o que retarda o diagnóstico precoce do problema (ZILBERMAN; GIUSTI, 2007).

Observa-se que o início do consumo de drogas por mulheres vem se dando cada vez mais cedo, o que oportuniza o risco de desenvolver o quadro de dependência. Algo que produz inquietação, já que as pesquisas demonstram que as mulheres são mais vulneráveis do que os homens frente àquilo que o consumo de substâncias psicoativas geram em relação ao corpo e a vida, pois as diversas substâncias (como o crack, por exemplo) exercem consequências peculiares entre as mulheres como o aumento do risco para o desenvolvimento de diversos tipos de câncer ginecológico, bem como implicações delicadas na gestação e no recém-nascido (ZILBERMAN, 2003).

Em estudo realizado por Nappo (2004), sobre comportamentos de risco de mulheres usuárias de crack, em São Paulo, não se verifica uma faixa etária predominante. A escolaridade é baixa, a maioria não vai além do ensino fundamental. A grande maioria tem filhos, sendo expressivo o número de abortos relatados. Isso revela indícios de prática não segura de sexo e o aborto, algumas vezes, é praticado como solução para esse problema. Os filhos, em geral, são provenientes de pais diferentes, a paternidade irresponsável é o traço marcante presente nessa amostra pesquisada. Muitas mulheres relatam não estar com os filhos, em geral distribuem-nos entre parentes ou família de origem. A droga, a ausência de condições financeiras e ainda, para algumas, o desamor que nutrem por crianças indesejadas são os motivos que as impulsionam a essa prática de abandono. As estratégias citadas para conseguir a droga são roubo, tráfico e venda do corpo. A maioria relata que o crack é o único fator desencadeador para a prática da prostituição.

Com relação ao consumo específico do crack por mulheres, existem ainda outras questões de saúde que merecem atenção, como o risco materno-infantil, associado ao consumo desta substância psicoativa, bem como a vulnerabilidade para as Doenças Sexualmente Transmissíveis e a SIDA. Também o envolvimento com a prática da prostituição e conseqüente exposição aos riscos inerentes a essa condição colocam as mulheres usuárias de crack em situação de extrema vulnerabilidade, e também, sobre elas pesa o julgamento moral e estigmatizante (SILVA, 2000).

O uso de drogas, com maior ênfase o crack, também corrobora com uma visão de culpabilização materna sobre o risco que representa a dependência química ao feto e ao recém-nascido. O que pode incorrer em uma visão dualista a respeito dessa culpabilização, fortemente marcada pela associação quase que naturalizada de uma relação eminentemente necessária entre a possibilidade da mulher de gerar e desenvolver uma vida e sua possibilidade de querer gerar e responsabilizar-se por ela, o discurso do instinto materno.

Badinter (1985) menciona que, desde a origem dos tempos, a mulher era considerada submissa ao homem e que, a partir do século XVIII, surgiram algumas teorias que reforçam a ideia de que ela tinha “a obrigação” de ser mãe e antes de tudo amar o filho. Este mito ainda hoje está presente na sociedade.

Beauvoir (1980) cita que, quanto ao sentimento ambíguo da mulher em relação ao seu filho, o instinto materno não existe, pois a atitude da mãe é definida pelo conjunto de sua situação e a maneira pela qual a assume. Desta forma, quando as circunstâncias não forem totalmente desfavoráveis, a mãe encontrará um sentido para a experiência de ter tido um filho. O vínculo afetivo, então, se cria, se constrói.

De acordo com Olívio e Graczyk (2011), o instinto do amor materno, tal como concebido atualmente é uma construção social e histórica necessária à manutenção e reprodução do estado de coisas vigentes, de dominação-exploração das mulheres (enquanto categoria social), na medida em que as posiciona em uma situação desigual e inferior à dos homens, relegando, concreta e simbolicamente, “funções” femininas inatas.

Segundo Nye (1995), todo poder exige consentimento por parte do oprimido. O consentimento das mulheres é obtido por meio da socialização. As mulheres nem

sempre são governadas pela força. A vontade masculina de que a mulher assuma um papel subordinado é mascarada nas teorias de uma “natureza” feminina. Instituições de socialização, sobretudo a família, garantem que essa “natureza” reapareça em cada geração pela mediação entre estrutura individual e social.

Meneghel, Saigot e Bairros (2009) afirmam que o sofrimento emocional que as mulheres vivenciam decorre das relações de dominação e subordinação, visto que a situação mantida pelo patriarcado moderno se mantém praticamente sem mudanças no mundo pós-moderno, para muitas mulheres.

A partir destas questões, podemos afirmar que o consumo de crack por mulheres torna as mesmas vulneráveis a todo tipo de violência, tanto física quanto moral e/ou psicológica, pelos fatores existentes tais como, a prostituição, a submissão ao gigolô ou “cafetão”, ao traficante, ao abandono por parte da família, julgamentos morais e sentimentos de culpa derivados de condutas e/ou comportamentos estigmatizantes. Também pode haver ambivalência, no sentido de conceber a maternidade como algo inusitado ocorrido durante esse percurso marcado pelo uso de crack e o real desejo de cuidar e criar esses filhos, gerados em condições adversas e, na maioria das vezes, indesejadas.

Desse modo, através dos estudiosos do assunto, conclui-se que o conceito de gênero evolui e se fortalece no sentido de clarificar as diferenças e esclarecer questões relativas ao processo de marginalização a que são submetidas as mulheres em um contexto histórico e socialmente construído. Gênero é um produto social, apreendido, representado, institucionalizado e transmitido de geração a geração, razões pelas quais o gênero implica em diferentes e várias conotações e significados. Entretanto, há um consenso entre a maioria dos enfoques conceituais de que as relações sociais e sexistas são uma construção social e que, como tal, podem ser modificadas.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 TIPO DE ESTUDO

A abordagem qualitativa se mostra mais adequada, a fim de compreender o fenômeno em estudo. Considerando a problemática do uso abusivo de crack, observo que quando a mulher vivencia o problema, além das questões de ordem pessoal, também está exposta ao preconceito e discriminação impressos pela sociedade, orientados pelas questões de gênero ainda predominantes em nosso meio.

Na caracterização do problema do consumo de crack por mulheres, configuram-se os conflitos das mesmas neste estudo, a partir de situações complexas e heterogêneas, considerando-se a questão do gênero, as implicações ético-legais, emocionais e sociais, na maioria das vezes contraditórias e conflituosas, impondo-se um estudo de natureza qualitativa.

Para esta pesquisa utilizei o Método de História de Vida (HV) por considerá-lo mais apropriado para desenvolver um estudo desta natureza.

Há vários meios de se conhecer uma realidade, seja informalmente, seja com o intuito de uma investigação científica. Um dos métodos mais simples, porém eficazes, é ouvir o que os indivíduos que vivenciam (ou vivenciaram) a situação em questão têm a dizer sobre ela. Esse tipo de abordagem propicia uma aproximação das experiências de interesse interpretadas pelos próprios participantes (GLAT et al., 2004).

Segundo Bertaux (2005), a HV constitui uma narrativa utilizada pelo sujeito para exprimir os conteúdos de uma parte de sua experiência vivida. O autor esclarece que a língua inglesa utiliza duas palavras para traduzir o vocábulo francês “*histoire*”, que são “*story*” e “*history*”. Enfatiza que foi o sociólogo Norman Denzin que, em 1970, propôs que se distinguisse “*life story*” de “*life history*”.

A *Life Story* considera o relato de vida da pessoa, na forma em que ela vivenciou, sem que o pesquisador necessite confirmar a autenticidade dos fatos, uma vez que o que importa é o ponto de vista do sujeito que narra o fato vivenciado (REIS, 2010).

Para se fazer uma abordagem do consumo de crack por mulheres que se encontram em uma unidade de internação hospitalar psiquiátrica, tendo em vista que o meu objetivo geral é conhecer as histórias de vida de mulheres que fazem uso abusivo de crack, e que os objetivos específicos são compreender os motivos que desencadearam o uso abusivo de crack, analisar as alterações ocorridas, descrever as expectativas com relação ao tratamento, optei por uma metodologia que possua a finalidade de responder às questões propostas.

A opção por essa abordagem implica adotar o caminho do aprofundamento no mundo dos significados das ações e relações humanas. Assim, foi possível a obtenção dos dados sobre as vivências e experiências das mulheres usuárias de crack internadas em uma unidade de tratamento em um hospital geral.

A HV é um tipo de pesquisa qualitativa que permite coletar informações na essência subjetiva da vida inteira de uma pessoa (ATKINSON, 1998). Para se saber a experiência e perspectiva de um indivíduo, não há melhor caminho do que obter estas informações através da própria voz da pessoa.

Bertaux (2005) afirma que o relato de vida é o resultado de uma forma peculiar de entrevista, ou seja, a entrevista narrativa, em que um investigador solicita a uma pessoa que conte toda ou parte de sua experiência vivida.

O propósito da investigação da estória de vida é revelar como as pessoas comuns dão sentido às suas vidas, dentro dos limites que lhe são concebidos. O problema mais importante da pesquisa de uma estória de vida é o da investigação de como as pessoas vivem o ciclo de acontecimentos chamado tempo de vida, e o fazem imprimindo a própria marca ou assinatura (DENZIN, 1984).

Para Souza (2006), o Método da HV utiliza-se das trajetórias pessoais no âmbito das relações humanas. Busca conhecer as informações contidas na vida pessoal de um ou de vários informantes, fornecendo uma riqueza de detalhes sobre o tema. Dá-se ao sujeito liberdade para dissertar livremente sobre uma experiência pessoal em relação ao que está indagado pelo entrevistador.

Nesta pesquisa foi realizada a *Life Story*, uma vez que a fonte de dados foi a história de vida de usuárias de crack em uma unidade de internação psiquiátrica em um Hospital Geral. Esse método consiste em solicitar que as mulheres falem sobre as suas experiências de vida, permitindo uma aproximação maior com elas. Dessa

forma, é possível proporcionar a oportunidade de apresentar suas vivências e interpretações cotidianas, em um processo reflexivo.

O Método HV oportuniza aos pesquisadores aprender a ouvir o sujeito que vivenciou a situação que se quer estudar, o que implica em tê-lo como um parceiro, como alguém que é ativo no estudo e que reflete sobre a sua própria vida. Essa reflexão dos depoentes, que deixam vir à tona aspectos tão particulares, é diferença primordial que aparece nas categorias de análise (SANTOS; SANTOS, 2008).

Apesar de valorizar o conhecimento das vivências e experiências de cada indivíduo em particular, o Método HV permite projetarmos esta realidade singular para uma realidade também possível ao grupo social no qual este indivíduo está inserido. Podemos inferir que, ao mesmo tempo em que sofremos influência do meio em que vivemos, também, influímos neste mesmo meio, através de nossas atitudes e comportamentos (SOUZA, 2006).

Spindola e Santos (2005) afirmam que a utilização da HV como abordagem metodológica vem evoluindo continuamente. Foi introduzida no meio acadêmico em 1920, pela Escola de Chicago e desenvolvida por Znanieseki, na Polônia. A partir da década de 1960, esse método de pesquisa procurou estabelecer as estratégias de análise do vivido, constituindo um método de coleta de dados do ser humano no contexto das relações sociais.

Na enfermagem, a HV começou a ser utilizada no Brasil, a partir da década de 1990, com os temas mais diversificados. Assim, vários autores utilizaram esse método, em seus estudos, conforme a experiência de trabalho e o objeto selecionado para investigação. As investigações na enfermagem têm buscado uma maior aproximação do pesquisador com os sujeitos do estudo, procurando escutá-los e não apenas tratá-los como simples objetos de uma pesquisa, em uma relação impessoal e fria. Por isso, tem utilizado a HV como abordagem metodológica por permitir estabelecer uma relação dialógica (SPINDOLA; SANTOS, 2005).

Pode-se afirmar que o método HV possibilita a Enfermeira exercitar a escuta atenta, a capacidade de apreender, através da observação e captação de todos os dados que a pessoa possa fornecer a real problemática apresentada por ela e, então atuar de forma consistente e competente (SOUZA, 2006).

Glat (1989) ressalta que o método da HV se diferencia e se destaca pelo

respeito que o pesquisador tem pela opinião do sujeito, não sendo visto como objeto passivo de estudo. Pelo contrário, o pesquisador e o sujeito se completam e modificam numa relação dinâmica e dialética. A característica fundamental deste método é que o pesquisador não tem controle da situação, ao contrário, todo o estudo é direcionado pelo entrevistado, a partir de sua visão de mundo, de como vivencia os fatos e de como interage com estes.

Conforme Reis (2010), ao coletarmos os relatos ou acontecimentos na vida de uma pessoa devemos saber que esses contados a partir de um ponto de vista geral adotado e de interpretações pessoais sobre os fatos. Existem acontecimentos estruturantes que marcam o percurso na vida de um indivíduo. Esse ponto de vista seria o núcleo central estável ao redor do qual se desenvolve a construção do relato que se edifica por “tramas” ou série de acontecimentos que se entrecruzam.

O ato de contar história é muito antigo, foi através da história que os elementos de vida foram transmitidos. Segundo Atkinson:

Contar histórias é uma forma fundamental da comunicação humana. Pode servir como uma função essencial em nossas vidas. Nós sempre pensamos na forma da história, falamos na forma da história e trazemos significados as nossas vidas, através da história. Contar histórias, na sua forma mais comum de todos os dias, é contar uma narrativa por conta de um evento, uma experiência, ou outro qualquer acontecimento. Nós podemos falar desses acontecimentos porque nós sabemos o que aconteceu. Isto é o conhecimento básico de um evento que permite e nos inspira a falar sobre ele. (ATKINSON, 1998, p.1).

Segundo Spindola e Santos (2005), a HV é um método muito interessante para o desenvolvimento de pesquisas na área de enfermagem, garantindo uma aproximação entre os sujeitos da pesquisa e o pesquisador. A própria maneira de interagir com o ambiente de trabalho, em muitas situações, se transformará, após o encontro. A realização de pesquisas na enfermagem utilizando este método tem evidenciado que o profissional que atua na assistência não deve apenas priorizar o desenvolvimento das técnicas e o domínio do conhecimento técnico-científico. Há que se preocupar também com a subjetividade nas relações entre profissionais e sujeitos.

É necessário destacar que, independente da conotação ou significado

atribuído à HV, esta “tira o pesquisador de seu pedestal de dono do saber para ouvir o que o sujeito tem a dizer sobre ele mesmo e o que ele acredita que seja importante sobre sua vida” (GLAT, 1989, p. 30).

Nesse sentido, o método HV oportuniza aos pesquisadores aprender a ouvir o sujeito que vivenciou a situação que se pretende investigar, o que implica em tê-lo como um parceiro e alguém que reflete sobre a sua própria vida. Essa reflexão dos depoentes, que permitem vir à tona aspectos tão particulares, é a diferença primordial que aparece nas categorias de análise.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Este estudo foi realizado no Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Internação Psiquiátrica, situada no quinto pavimento da referida instituição e que atende exclusivamente mulheres.

Esta unidade está em funcionamento há 20 anos e atende várias psicopatologias, tais como anorexia, esquizofrenia, transtornos de personalidade, transtornos de humor, transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, em particular o crack.

A unidade possui seis enfermeiras, sendo uma enfermeira no cargo de chefia e uma enfermeira assistencial em cada turno, 4 técnicos de enfermagem nos turnos da manhã e da tarde e 3 técnicos de enfermagem em cada noite, totalizando 17 técnicos de enfermagem.

Também nesta unidade funciona a Residência Médica em Psiquiatria sendo a assistência realizada por uma equipe multiprofissional, por meio de profissionais da Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social e Enfermagem.

A unidade recebe, em média, 22 usuárias e possui 24 leitos, dos quais cinco são destinados às gestantes usuárias de substâncias psicoativas, sendo em sua maioria usuária de crack e um leito destinado à mulheres com transtorno alimentar.

A escolha do campo foi intencional tendo em vista a minha vinculação, como

docente supervisora de práticas pedagógicas da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental do curso de graduação em Enfermagem da UFRGS, nessa unidade.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Os participantes selecionados para este estudo foram mulheres usuárias de crack que se encontravam internadas na Unidade de Psiquiatria do Hospital Presidente Vargas.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: ter 18 anos de idade ou mais; o motivo da internação foi devido ao uso abusivo de crack; estar internada há, pelo menos, uma semana; concordar em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Os critérios de exclusão foram: ter problemas de acuidade auditiva ou dificuldade de fala. Foi realizado agendamento com a coordenadora da Unidade de Internação e sua respectiva equipe multidisciplinar para apresentação do projeto de pesquisa e solicitação da relação das pessoas internadas com problemas relacionados a substâncias psicoativas, especificamente o crack.

Ao definirmos a população com a qual pretendemos trabalhar em um estudo qualitativo, devemos preocupar-nos mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão, em detrimento de uma representatividade numérica que leve à generalização dos resultados (MINAYO, 2008).

Bertaux (2005) afirma que a proposta é a partir dos depoimentos, segundo a ótica da diversificação dos sujeitos, buscar o ponto de saturação, que surge à reboque de certo número de entrevistas, quando o pesquisador percebe que nada mais há de novo no que se refere ao objeto de estudo em questão. Não há uma determinação rígida quanto ao número mínimo de sujeitos a serem entrevistados.

Nesse contexto, a escolha das participantes deste estudo foi realizada de forma intencional sendo o total de 6 (seis), o número de participantes da pesquisa, mulheres hospitalizadas, com história de consumo de crack. A definição numérica surgiu no decorrer da pesquisa e levou em consideração a diversificação das depoentes e o alcance do ponto de saturação.

Este número de entrevistas individuais deve ser considerado levando-se em conta os objetivos da pesquisa, os diferentes ambientes e, principalmente, a possibilidade de esgotamento do tema (GASKELL, 2002).

Preliminarmente, foram apresentados os objetivos do estudo às mulheres internadas, sendo assegurado o caráter voluntário da sua participação, bem como o anonimato. Para as que concordaram e se mostraram interessadas em participar do estudo, houve um procedimento para a produção dos dados com a finalidade de caracterizar as entrevistadas.

Assim, antes de dar início a cada entrevista, foi realizada uma caracterização de cada participante da pesquisa, com o propósito de realizar um perfil sucinto, para fornecer informações gerais sobre cada uma das mulheres usuárias de crack. Para tanto, utilizamos um instrumento nominado Caracterização das Participantes da Pesquisa (APÊNDICE B).

Quadro 1 - Caracterização das Participantes da Pesquisa

Caracterização das Participantes da Pesquisa
E1, E2, E3, E4, E5, E6
Idade das entrevistadas:
1. 29
2. 23
3. 23
4. 28
5. 24
6. 29
Estado civil:
1. Solteira
2. Solteira
3. Solteira
4. Casada
5. Solteira
6. Solteira
Nível de Escolaridade:
1. 6º Série do primeiro grau
2. 6º Série do primeiro grau
3. Primeiro grau incompleto
4. 2º ano do segundo grau
5. Segundo grau completo
6. Primeiro grau completo
Procedência:
1. Porto Alegre - Bairro Vila Santa Rosa
2. Capão da Canoa

3. Viamão
4. Porto Alegre – Bairro restinga
5. Viamão
6. Porto Alegre – bairro Glória
Idade de início do uso de crack:
1. 17
2. 14
3. 15
4. 24
5. 18
6. 19
Tempo de internação:
1. 20 dias
2. 18 dias
3. 8 dias
4. 10 dias
5. 9 dias
6. 30 dias
Internações anteriores:
1. Hospital Espírita (1 vez)
2. Hospital Psiquiátrico São Pedro (5 vezes) e 2º internação no Hospital Presidente Vargas
3. Hospital Psiquiátrico São Pedro (2 vezes)
4. Nenhuma internação anterior
5. Hospital Psiquiátrico São Pedro (1 vez)
6. Hospital Parque Belém (1 vez)
Outros tratamentos em serviços de saúde, além da internação:
1. Não
2. CAPS capão da Canoa
3. Não
4. Não
5. CAPSad Nova Vida Viamão (8 meses)
6. Não
Descrição do encontro com cada entrevistada:
1. Usuária muito receptiva, demonstrou tranquilidade e expressou sentimentos com muita emoção. Fez questão de solicitar às demais usuárias que também participassem da pesquisa.
2. Usuária muito receptiva e com grande disponibilidade para relatar sua trajetória de vida, com riqueza de detalhes. Emocionou-se várias vezes no decorrer da entrevista, a conversa foi bastante gratificante. Relatou satisfação com a participação na pesquisa.
3. Usuária muito sonolenta no primeiro encontro, tendo sido difícil a abordagem. Solicitou que eu retornasse no dia seguinte e assim o fiz. Neste segundo momento, a conversa fluiu, ainda com dificuldades, pois a usuária estava com o pensamento lentificado. Mas houve uma interação satisfatória e ela conseguiu relatar a sua história, chorando em alguns momentos do depoimento.

- | |
|--|
| 4. Usuária muito receptiva, tranquila e com vontade de relatar a sua história. Demonstrou satisfação em participar do estudo, colaborativa e expressava-se com clareza, mas bastante emotiva. |
| 5. Usuária muito acessível e com grande disponibilidade para narrar sua história. Expressava-se com emoção, demonstrando seus sentimentos com facilidade. Gostou muito de participar da pesquisa, sentiu-se acolhida por mim. Chorou várias vezes no decorrer da entrevista. Ao término da conversa, me abraçou e se emocionou, me agradeceu pela oportunidade de falar abertamente sobre a sua vida, pois, conforme referiu, sentiu que eu a compreendia. |
| 6. Usuária relatou sua história sem dificuldades, mostrou-se disponível para participar do estudo, mas apresentava-se cansada e desanimada no momento da entrevista. Chorou uma vez no decorrer da entrevista, fez algumas pausas devido à emoção que sentiu em alguns momentos da narrativa. |

Fonte: Elaborado pela autora, 2013.

4.4 MÉTODO DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS

O Método HV consiste em uma entrevista aberta, isto é, sem um roteiro pré-determinado, na qual se pede ao sujeito para falar livremente sobre a sua vida, um determinado período ou aspecto dela. Considerando-se então essa premissa, a coleta dos dados foi obtida por meio da entrevista de natureza aberta, sendo realizada no período compreendido entre maio a agosto de 2012.

A duração dos depoimentos variou de 30 minutos a 01 hora e 50 minutos, terminando quando a depoente demonstrava que nada mais tinha a falar sobre a sua vivência naquele momento.

Não há duração limite para a entrevista, que varia de acordo com a disposição do sujeito, se encerrando, naturalmente, quando o depoente não tem mais nada a acrescentar. Todas as entrevistas devem ser gravadas em áudio ou em vídeo, e posteriormente transcritas textualmente (GLAT *et al.*, 2004).

Neste estudo, as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. As transcrições foram realizadas imediatamente após o término de cada entrevista, de forma a não perder o fio condutor das informações por elas apresentadas, através das ideias, pensamentos e reflexões de cada uma.

Os depoimentos foram identificados por letras, conforme a fala correspondente, preservando o anonimato dos sujeitos. O sigilo da participação foi

assegurado, assim como a liberdade de não falar algo que considerasse íntimo, e ainda o direito de ouvir a gravação, caso desejasse.

As depoentes foram receptivas à pesquisa, expressaram as percepções e sentimentos sem maiores dificuldades, expondo suas inquietações e houve a necessidade de repetir apenas uma entrevista, conforme a solicitação de uma participante.

A transcrição é uma tarefa árdua que demanda tempo, mesmo para um pesquisador experiente na técnica. Necessitam-se aproximadamente de cinco a seis horas para transcrever uma hora de entrevista, o que equivale a cerca de trinta páginas de texto em espaço duplo. Em uma conversação entre duas pessoas, a comunicação passa por três canais simultâneos: a comunicação não verbal (gestos, movimento dos olhos, expressões do rosto); a entonação da voz e as palavras próprias mesmas. Então é necessário escutar de novo a entrevista e ao ler o texto da transcrição, indicar os silêncios com sua duração e as entonações. A esse texto se adicionará parte do diário de campo concernente à entrevista (BERTAUX, 2005).

Ao utilizar-se da entrevista como recurso metodológico, o pesquisador procura desvencilhar-se de qualquer ato ou indagação que possa induzir a resposta do participante. As entrevistas são conversas guiadas, não investigações estruturadas.

Santos e Glat (1999) afirmam que o Método HV distingue-se de outras formas de investigação envolvendo depoimentos, como questionários ou entrevistas semiestruturadas, pois nessas, apesar da intenção em “ouvir o sujeito”, o pesquisador seleciona e restringe os temas que serão abordados. A HV, por outro lado, ao utilizar a entrevista aberta, permite que a condução do estudo seja dada pelos próprios participantes, a partir de sua visão de mundo. Ao invés de responder a perguntas pré-determinadas os sujeitos são livres para expressar sobre aquilo que consideram relevante, a forma como vivenciaram os fatos narrados e como esses interferem na sua vida.

Ainda que os depoimentos recolhidos sejam individualizados, centrados nas experiências pessoais de cada sujeito, ou até mesmo idealizados, eles se constituem em uma expressão de identidade, e como tal representam relatos das práticas sociais, valores e atitudes do grupo ao qual o indivíduo pertence (SANTOS; GLAT, 1999).

A entrevista aberta foi norteada pela seguinte questão orientadora: “Fale-me a respeito de sua vida, que tenha relação com o uso de crack”.

Spindola e Santos (2005) referem que a maneira como o sujeito será abordado deve ser de modo mais aberto possível, dizendo: Fale de sua história de vida e interferindo o mínimo possível. Nesse sentido, é recomendada uma escuta atenta, porém sem ser passiva.

Para Spindola e Santos (2005), a análise dos relatos iniciará assim que comecem as transcrições, procedimento esse que se inicia imediatamente após as primeiras entrevistas, o que facilita a avaliação do procedimento metodológico, criando possibilidades de ajustes no processo, no caso de incorreções.

A análise de uma entrevista biográfica tem por objetivo explicitar as informações e significados pertinentes nela contidos. A maioria dessas informações e significados não aparece na primeira leitura; sem dúvida, a experiência demonstra que vão surgindo umas atrás das outras no transcurso das leituras sucessivas. Cada leitura revela novos conteúdos semânticos (BERTAUX, 2005).

Ao coletarmos os relatos ou acontecimentos na vida de uma pessoa, devemos saber que esses são contados a partir de um ponto de vista geral adotado e de interpretações pessoais sobre os fatos. Existem acontecimentos estruturantes que marcam o percurso na vida de um indivíduo. Esse ponto de vista seria o núcleo central estável ao redor do qual se desenvolve a construção do relato que se edifica por tramas ou série de acontecimentos que se entrecruzam (BERTAUX, 2005)

Atentando para experiências individuais, histórias de vida podem ajudar na avaliação de teorias e hipóteses, indicar novos caminhos de investigação, assim como acessar dados que normalmente escapariam a metodologias mais generalizantes. Rastreiam a maneira como o ator social reformula continuamente a sua conduta de modo a levar em conta a expectativa dos outros, como esta se exprime na situação imediata e como ele supõe que possa vir a se exprimir. Este processo torna-se mais visível nas histórias de vida quando descrevem os episódios interativos cruciais nos quais são forjadas novas fronteiras de atividade individual e coletiva; nos quais novos aspectos do eu são trazidos à existência (BECKER, 1993).

Como mencionado, o método HV consiste em uma entrevista aberta, sem um roteiro pré-determinado, na qual se pede ao entrevistado para falar livremente sobre

sua vida, um determinado período ou aspecto dela. A partir de suas colocações, o entrevistador irá formulando questões ou tecendo comentários para esclarecer ou aprofundar determinado ponto, porém a direção da conversação e os tópicos a serem abordados são escolha espontânea do entrevistado.

Para analisar os relatos das mulheres usuárias de crack foi utilizada a técnica de análise temática. Conforme esta técnica: “O pesquisador agrupa os dados por temas e examina todos os casos no estudo para ter certeza de que todas as manifestações foram incluídas e comparadas” (POPE; MAYS, 2009, p. 83).

Para Bertaux:

A análise temática dos relatos de vida tem seus méritos, especialmente o de preparar um certo tipo de análise comparativa (por temas) e de facilitar a redação do resumo da pesquisa, cada tema podendo ser objeto de um capítulo (BERTAUX, 2005, p. 100).

A entrevista foi a técnica adotada para a produção dos dados. O método da História de Vida facilitou a explicitação dos fatos e das experiências no que se refere ao consumo de crack.

A análise temática exige a implantação de determinadas etapas para o seu desenvolvimento. A organização do material recolhido, a sua sistematização e a sua condensação são necessárias. As aproximações com as narrativas, anteriores ou posteriores, de uma mesma situação, devem ser efetuadas com um sublinhado ou com jogos de cores, organizando-se os elementos que trazem os suplementos de informação que será preciso integrar no texto, de forma que, sem perder o seu caráter próprio, ele dê conta, por enriquecimentos sucessivos, do máximo de fatos expressos. Além disso, em cada uma das fases, devem ser agrupados os temas que voltem em várias conversas e que constituem um núcleo temático em torno do qual, num inquérito por histórias de vida a informação vai se saturar, o que preparará o ordenamento temático (SANTOS; SANTOS, 2008).

A análise temática de uma entrevista biográfica tem por objetivo explicitar as informações e significados pertinentes nela contidos. A maioria dessas informações e significados não aparece na primeira leitura; sem dúvida, a experiência demonstra que vão surgindo umas atrás das outras no transcurso das leituras sucessivas. Cada leitura revela novos conteúdos semânticos (BERTAUX, 2005).

Através da técnica de recorte e colagem, foram destacadas dos depoimentos as partes que haviam sido grifadas que, a seguir, foram reagrupadas de acordo com as cores grifadas, representando uma possível categoria. Denominamos esse exercício de codificação dos dados, que consiste na marcação de partes consideradas importantes para atingir os objetivos da pesquisa. De posse do material codificado, foi elaborado um quadro demonstrativo com os seguintes itens: desdobramento temático, apresentando os temas que surgiram; agrupamento, apresentando os subtemas agrupados por afinidade temática; decodificação, apresentando a interpretação do significado obtido, e a síntese. A partir da elaboração desse quadro, foi possível visualizar o panorama geral do encaminhamento dos dados.

Conforme Pope e Mays (2009), a pesquisa qualitativa lida com palavras e falas em vez de números, o que não significa que ela seja destituída de mensuração ou que não possa ser utilizada para explicar fenômenos sociais. Sua mensuração está relacionada com a busca dos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e à maneira como compreendem o mundo. Pode ser empregada na forma de: (1) abordagem complementar à pesquisa quantitativa; (2) validação da pesquisa quantitativa; e (3) método independente para desvelar processos sociais que não são abordados em metodologias quantitativas. Dessa forma, a pesquisa qualitativa desenvolve as percepções e interpretações subjetivas, que surgem da experiência; comportamentos objetivos, que surgem das ações; e o contexto, que envolve os aspectos sociais, culturais, políticos e físicos que rodeiam os sujeitos da pesquisa.

E segundo esse tipo de análise temática, foi utilizada, neste estudo, a entrevista em profundidade: menos estruturada para abranger poucos aspectos com detalhamento. Os autores enfatizam que a pesquisa qualitativa possui muitos dados a serem analisados, já que a transcrição das entrevistas, somada à anotação de campo e à observação direta, gera uma extensa quantidade de informação. Além disso, o processo analítico da pesquisa qualitativa pode acontecer concomitantemente à coleta de dados, o que pode levar a novos pressupostos e dados anteriormente não previstos.

A análise dos dados qualitativos pode ser feita com técnicas estatísticas padronizadas, embora seja mais recorrente o tratamento dedutivo e/ou indutivo

cumprindo as seguintes etapas: (1) identificação de temas ou categorias para gerenciamento dos dados; (2) etiquetagem ou codificação desses temas ou categorias que devem incluir conexões entre eles; e (3) agrupamento das categorias: seleção de temas ou categorias-chave para selecionar temas semelhantes ou relacionados e organizar a sobreposição e repetição anteriores das categorias. Configura-se, dessa forma, a análise temática: agrupamento dos dados por temas e avaliação de todos os casos para verificar se eles foram incluídos corretamente (POPE; MAYS, 2009).

De posse do material empírico transcrito (depoimentos), realizei uma leitura flutuante inicial, que permitiu a emergência de temas em comum nos depoimentos.

A emergência desses temas foi sinalizada por meio da marcação de trechos significativos, com utilização do sistema de cores, em arquivo Excel, o que auxiliou na identificação e constituição das unidades temáticas. Esta fase foi denominada de CODIFICAÇÃO. Nesta etapa, houve a emergência de 58 unidades temáticas, descritas a seguir:

1. Usando crack pela primeira vez;
2. Dependência rápida;
3. Perturbações, brigas e conflitos;
4. Autodestruição;
5. Uso precoce de drogas;
6. Gestações indesejadas: “filhos do crack”;
7. Perda da guarda dos filhos;
8. Não consegue cuidar dos filhos, perda do convívio com os filhos;
9. Uso de drogas e/ou crack durante as gestações;
10. Abandono de estudo e empregos;
11. Perdas afetivas por causa do crack. Relacionamentos prejudicados;
12. Repercussões negativas sobre relações com cônjuge e/ou companheiro;
13. Recaídas frequentes: fissura;
14. Dificuldades em parar de usar;
15. Pai e/ou mãe usuários de drogas;
16. Abandono por parte dos familiares;
17. Infância conturbada;

18. Vivendo na rua;
19. Busca apoio na religião ou quer entrar para uma religião;
20. Aborto;
21. Violência física e/ou emocional por parte dos pais;
22. Abuso sexual pelo pai;
23. Vendendo objetos de dentro de casa;
24. Prostituição: fazendo programas para obter ou pagar o crack;
25. Filhos de pais diferentes;
26. Filhos entregues para adoção;
27. Filhos criados pela família de origem ou família do companheiro/pai dos filhos;
28. Estratégias para conseguir o crack;
29. Internações involuntárias;
30. Influência do namorado, marido ou companheiro no início do uso de crack;
31. Adolescência e festas;
32. Escalada das drogas;
33. Violência na rua, ameaças e vulnerabilidade;
34. Vivendo em função do crack: sensação prazerosa da droga;
35. Arrependimento, culpa, remorso e sofrimento causados pelo uso constante do crack;
36. Internação: esperança e fé no tratamento;
37. Querendo parar de usar;
38. Apoio familiar para deixar de usar crack;
39. Expectativa de parar de usar crack e cuidar dos filhos;
40. Internações anteriores;
41. Violência doméstica: pai batia na mãe;
42. Múltiplos parceiros: relacionamentos efêmeros;
43. Família de origem: separações, perdas, conflitos;
44. Profissionais de saúde e preconceito em relação à usuária de crack;
45. Sexo com proteção nos programas;
46. Relacionamento com traficantes;
47. Efeito do crack: prazer intenso;
48. Relações e trocas: negociações para obter crack;
49. Planejando o futuro sem o crack;
50. Facilidade para conseguir o crack;

51. Criminalidade e crack;
52. Situações que levaram ao uso de crack;
53. Reconhecimento sobre efeitos devastadores por causa do crack;
54. Cumplicidade com companheiro usuário de crack: compartilhando crack e furtos;
55. Companheiro conivente com a prostituição;
56. Companheiro no presídio;
57. Submissão com relação à violência sofrida por parte de marido e/ou companheiro;
58. Ambiguidades em relação ao crack.

A fase seguinte, denominada de RE-CODIFICAÇÃO constituiu-se de uma releitura das entrevistas e nova comparação com as unidades temáticas destacadas, configurando-se 31 unidades de informação:

1. A descoberta do crack;
2. Dependência rápida e autodestruição;
3. Maternidade e o crack: “filhos do crack”;
4. Abandono de estudo e emprego;
5. Estratégias para conseguir o crack;
6. Poder da droga: ameaça devastadora;
7. Repercussões na vida da usuária de crack;
8. Fissura pelo crack: recaídas e facilidade em conseguir o crack;
9. Prostituição e crack;
10. Criminalidade e crack: marginalização;
11. Reconhecimento sobre efeitos devastadores do crack;
12. Situações que levaram ao uso de crack;
13. Vivenciando o uso de crack;
14. Crack, mulheres e situações de violência;
15. Abuso físico, emocional e sexual na infância;
16. Vivendo na rua e relacionamento com traficantes;
17. Pais usuários de álcool e/ou drogas;
18. Perdas por causa do crack: afetivas, materiais, relacionamentos familiares prejudicados, perda dos filhos;
19. Escalada das drogas;
20. Internações voluntárias: esperança e fé no tratamento;

21. Apoio familiar para deixar de usar o crack;
22. Experiências com internações anteriores;
23. Expectativas sobre o tratamento;
24. Busca pelo apoio para deixar de usar o crack;
25. Sofrimento e culpa pelo uso de crack;
26. Conflitos familiares e o uso de crack;
27. O futuro sem o crack;
28. Relacionamentos amorosos e sexuais e o crack;
29. Sentimentos ambíguos em relação ao uso de crack;
30. Preconceito por parte dos profissionais de saúde;
31. Querendo parar de usar.

Após este agrupamento, emergiram categorias temáticas, que abrangeram subcategorias, processo este, denominado de SÍNTESE. Desta forma, foi realizado um agrupamento temático, sendo criados, 7 grandes grupos. Foi contabilizado o número de vezes que as unidades temáticas apareciam entre as depoentes. Ao final, foram somados, sendo evidenciado o que denomina-se recorrência.

Vivendo a descoberta do crack / Poder da droga / A dependência do crack / Fissura pelo crack / Estratégias para obter crack

1. A descoberta do crack
2. Dependência rápida e autodestruição
6. Poder da droga: ameaça devastadora
8. Fissura pelo crack: recaídas e facilidades em conseguir o crack
14. Vivenciando o uso de crack
5. Estratégias para conseguir o crack
Recorrências= 62

Situações que levaram ao uso de crack / Abuso físico, emocional e sexual na infância / Pais usuários de álcool e/ou drogas / Escalada das drogas.

13. Situações que levaram ao uso de crack
16. Abuso físico, emocional e sexual na infância
18. Pais usuários de álcool e/ou drogas
20. Escalada das drogas
Recorrências= 40

Perdas ocasionadas pelo uso de crack: afetivas, materiais, relacionamentos familiares prejudicados/medos.

19. Perdas por causa do crack: afetivas, materiais, relacionamentos prejudicados, perda dos filhos
27. Conflitos familiares e o uso do crack
29. Relacionamentos amorosos e sexuais e o crack
Recorrências=33

Esperança e expectativas com o futuro sem o crack / Querendo parar de usar / Internações voluntárias / Apoio familiar / Racionalizações

21. Internações voluntárias: esperança e fé no tratamento
22. Apoio familiar para deixar de usar o crack
23. Experiências com internações anteriores
24. Expectativas com o tratamento
25. Busca pelo apoio para deixar de usar o crack
28. O futuro sem o crack
30. Sentimentos ambíguos em relação ao uso de crack
32. Querendo parar de usar
Recorrências=34

Repercussões na vida da usuária de crack / Reconhecendo os efeitos devastadores do crack

4. Abandono de estudo e emprego
7. Repercussões na vida da usuária de crack
12. Reconhecimento sobre efeitos devastadores do crack
Recorrências=21

Prostituição, criminalidade, situações de violência vivenciadas e o uso de crack

10. Prostituição e crack
11. Criminalidade e crack: marginalização
15. Crack, mulheres e situações de violência
17. Vivendo na rua e relacionamento com traficantes
31. Preconceito por parte dos profissionais de saúde
Recorrências=39

Maternidade e o crack: perda dos filhos, sofrimento e culpa

3. Maternidade e o crack: “filhos do crack”
26. Sofrimento e culpa pelo uso de crack
Recorrências=26

Após nova releitura, reagruparam-se os dados em 3 categorias semânticas ou unidades de significação:

1 AS MULHERES E O SIGNIFICADO DE FAZER USO ABUSIVO DE CRACK

1.1. Situações, vivências e sentimentos relacionados ao uso abusivo de crack

- 10. Prostituição e crack
- 15. Crack, mulheres e situações de violência
- 3. Maternidade e o crack: “filhos do crack”
- 26. Sofrimento e culpa pelo uso de crack
- 31. Preconceito por parte dos profissionais de saúde
- 29. Relacionamentos amorosos e sexuais e o crack
- 14. Vivenciando o uso de crack
- 5. Estratégias para conseguir o crack

1.2 Os motivos e o início do uso de crack

- 1. A descoberta do crack
- 2. Dependência rápida e autodestruição
- 13. Situações que levaram ao uso de crack
- 16. Abuso físico, emocional e sexual na infância
- 18. Pais usuários de álcool e/ou drogas
- 20. Escalada das drogas

2. AS ALTERAÇÕES OCORRIDAS NA VIDA DAS MULHERES, REPERCUSSÕES E PERDAS OCASIONADAS PELO USO ABUSIVO DE CRACK

- 19. Perdas por causa do crack: afetivas, materiais, relacionamentos prejudicados, perda dos filhos
- 27. Conflitos familiares e o uso do crack
- 4. Abandono de estudo e emprego

7. Repercussões na vida da usuária de crack
12. Reconhecimento sobre efeitos devastadores do crack
17. Vivendo na rua e relacionamento com traficantes
6. Poder da droga: ameaça devastadora
8. Fissura pelo crack: recaídas e facilidades em conseguir o crack

3. EXPECTATIVAS DAS MULHERES USUÁRIAS DE CRACK E O FUTURO, TRATAMENTO E APOIO FAMILIAR

21. Internações voluntárias: esperança e fé no tratamento
22. Apoio familiar para deixar de usar o crack
23. Experiências com internações anteriores
24. Expectativas com o tratamento
25. Busca pelo apoio para deixar de usar o crack
28. O futuro sem o crack
30. Sentimentos ambíguos em relação ao uso de crack
32. Querendo parar de usar

As categorias temáticas foram organizadas de acordo com a finalidade de buscar os objetivos que nortearam o estudo e conforme a evolução dos relatos. Evidencia-se a convergência dos temas nos discursos e aspectos relevantes quanto ao significado de ser usuária de crack e o estigma associado a esse fenômeno, bem como questões sobre a prostituição, a maternidade, relacionamentos, sentimentos, expectativas, busca pelo apoio, necessidade de tratamento, sofrimento, ou seja, histórias de vida de mulheres que vivenciaram realidades distintas e, ao mesmo tempo, semelhantes. Cada história de vida possui a sua singularidade, mas toda história de vida possui uma similaridade com a de outras mulheres que tiveram trajetórias relacionadas ao uso de crack, no contexto desta pesquisa.

Assim, considerando a relevância da estratégia do Método HV, a finalidade desta pesquisa foi compreender as vivências que levam mulheres a fazer uso de *crack*, a partir do conhecimento de suas trajetórias de vida, identificar os motivos do início do uso de *crack*, avaliar as alterações ocorridas na vida de mulheres que fazem uso de *crack*, descrever as expectativas das mulheres usuárias de *crack* com relação ao tratamento e apontar ações de cuidado de Enfermagem em Saúde mental na atuação desses profissionais junto a mulheres usuárias de *crack*.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para a execução deste estudo foram cumpridas as exigências legais e éticas. Desta maneira, após submissão e aprovação ao processo de qualificação, o projeto foi registrado na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (ANEXO B). Após foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, para apreciação e parecer (ANEXO A).

Em cada encontro com os sujeitos deste estudo foi apresentada a proposta de estudo, destacando o objetivo, a relevância e o método de coleta de informações. Além disto, os sujeitos foram informados sobre a garantia de sigilo quanto às informações prestadas, e ainda tiveram assegurados o direito de serem esclarecidos ou de abandonarem o estudo em qualquer etapa do processo, sem danos a sua integridade e sem interferir em seu tratamento na unidade de internação.

Portanto, este projeto cumpriu fielmente às exigências estabelecidas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que trata sobre os aspectos éticos com pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Com relação a devolução dos resultados da pesquisa para o serviço onde a mesma foi desenvolvida, a pesquisadora apresentará o relatório de tese em uma reunião de equipe, disponibilizando uma cópia impressa da tese.

5 HISTÓRIAS DE VIDA DAS USUÁRIAS DE CRACK

Desde a coleta dos depoimentos, pude perceber diferenças de comportamentos e tempo de falas entre as mulheres usuárias de crack, isso deve-se ao fato de que havia um diferencial por parte destas mulheres entrevistadas quanto ao tempo de internação, tempo de tratamento e uso de medicações. Os discursos eram marcados pelas subjetividades e pela maneira como cada uma estava se adaptando à hospitalização, ainda que todas as falas apresentavam-se carregadas de um desgaste psíquico intenso. Apesar das diferenças, as histórias foram convergentes quanto a recorrência dos temas em comum e similaridade entre as experiências vivenciadas. As lembranças de fatos marcantes em suas histórias remontavam a relatos repletos de emoção, muitas vezes interrompidos pelo choro.

Os depoimentos evidenciaram a temporalidade dos fatos ocorridos em suas vidas, propiciando comparações de experiências vividas no passado e no presente, como por exemplo:

A vida é boa sem a droga. Sou feliz. Quando a gente está usando acha que não. (E2)

Eu já sofri tanto por causa disso, eu já perdi tanta coisa, já fiz tanta gente sofrer. Eu acho que se eu continuasse com isso iria me considerar louca. (E5)

Seus relatos também foram marcados pela cronologia dos fatos, por meio da descrição de vivências relembradas precisamente até com recordação de datas:

Eu comecei a usar crack e eu cheirava cocaína direto desde 2007. Até esse ano, daí eu fui internada no Hospital São Pedro no dia 22 de dezembro e dei alta dia 12 de janeiro. Daí eu fiquei janeiro inteiro sem usar cocaína e em fevereiro eu recomecei a usar crack. (E5)

Quando as mulheres relatavam o momento de vida que estavam vivenciando ou de um passado próximo, refletiam sobre a sua própria condição, apresentando suas experiências com uma dimensão avaliativa, levando-as a conclusões, tais como:

Quero parar de usar o crack. A minha vida depois de usar o crack foi... Só coisa ruim. (E3)

O período da realização dos depoimentos revelou-se uma experiência emocionante e intensa, tendo em vista que os depoimentos eram densos, tristes, pesados e com muitas contradições, algo inerente ao ser humano em qualquer condição.

Frente a esta constatação, reforço este como um espaço importante para a enfermagem em saúde mental, tendo em vista que a mesma se caracteriza por utilizar os recursos da escuta qualificada e do acolhimento, enquanto tecnologias leves do cuidado. Para Merhy (2005), as tecnologias podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura. Todas tratam a tecnologia de forma abrangente, mediante análise de todo o processo produtivo, até o produto final. As tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais. A adoção das tecnologias leves no trabalho em saúde perpassa os processos de acolhimento, vínculo e atenção integral.

Como refere Pinho et al.:

Em saúde mental, com a hegemonia do saber psiquiátrico, seria até mesmo recomendável um distanciamento entre profissionais e pacientes. Com a mudança de paradigma para além dos muros do manicômio, entendemos que uma das condições centrais para a superação desse modelo está na mudança das bases da relação interpessoal. (PINHO et al., 2011, p. 357).

O cuidado pressupõe capacidade de escuta e disponibilidade para acolher e interagir com os sujeitos que demandam atenção em saúde e deve ser orientado para a busca da reabilitação psicossocial dos sujeitos e da reinserção social deles na comunidade (NASI et al., 2009).

Ao entrevistar as mulheres usuárias de crack, deparei-me com situações inusitadas, depoimentos conturbados, algumas queriam e necessitavam muito falar de suas mazelas e, principalmente, precisavam de alguém que escutasse a sua dor e compreendesse o seu sofrimento. No decorrer das entrevistas, fui interagindo com aquelas mulheres e mergulhei no seu mundo de sonhos devastados, trajetórias interrompidas, perdas, tentando ao máximo buscar uma verdadeira relação de cuidado por meio do vínculo estabelecido durante a convivência curta, porém

intensa.

Com este enfoque, sinalizo a importância de trabalhar o cuidado integral em uma perspectiva que atenda a dimensão subjetiva, a sensibilidade, o caráter relacional da vida humana, respeitando a pluralidade da existência humana e em consonância com mudanças que possam acarretar um olhar mais abrangente e sensível, contrapondo o enfoque cartesiano e racionalista-científico.

O ser humano devido à sua especificidade e intersubjetividade possui uma gama de complexidades, que conforme Fiorati (1999), por meio de sua singularidade o ser humano retém a sua individualidade e, por meio de sua participação no gênero humano, pode comunicar aos demais esta singularidade. Nesse sentido, a produção de subjetividades age, interfere, influencia e repercute em todas as esferas da vida humana, produzindo sentidos e significações que evocam necessidades diferentes e demandas diversas.

Desse modo, revela-se a ideia da produção de cuidado em uma perspectiva de abrir espaço à subjetividade, propiciando a expressão das emoções, sensibilidade, sentimentos, criatividade, relativizando o cuidado linear e instrumental apoiado nas patologias e no discurso biomédico. A produção de cuidado não é propriedade de um segmento de atores particular, mas encontra-se referida às inúmeras combinações possíveis entre modelos de conhecimento, perspectivas e a capacidade de superar relações de hierarquia. Isso faz parte da inovação, do acolhimento do sofrimento que transcende a dor física, da capacidade de permitir a expressão de emoções ligadas ao sofrimento, da aceitação e respeito às singularidades de cada ser humano e da compreensão de que isso implica em sair da centralidade da doença em direção ao sujeito e ao seu cuidado. No entanto, tudo isso, nem sempre está de acordo com a realidade vivida, com atitudes objetivas, expressões pragmáticas, utilitárias e mercantilistas.

No cenário de competições, individualismo e inclusão de forma desigual, os sujeitos vivenciam, no cotidiano, emoções de medo, insegurança, revolta, raiva, entre outras. Diante da precariedade do sistema social, o usuário se depara com inúmeras dificuldades, pois o distanciamento entre o significado de seu sofrimento e o olhar dos profissionais de saúde não propicia um vínculo de confiança e trocas que beneficiem esse sujeito em sofrimento.

Existe assim uma assimetria, uma baixa disponibilidade para a escuta, com pouco interesse na construção de uma referência terapêutica (MAUSS, 2003). Para que se instaure um circuito de trocas, é necessário que se possibilite um conjunto de modelos, enfatizando-se a dimensão afetiva, a abertura para uma construção intimista, um novo olhar sobre o contexto e o repertório pessoal dos usuários. A partir de uma nova concepção de diálogo, promovendo um compartilhamento entre as necessidades reais, a favor da solidariedade e inclusão, dos valores e redefinições de posturas racionalistas, pode-se exercitar e constituir ações que incorporem os significados, os sentidos no campo humano das relações.

Ao se deparar com estas possibilidades terapêuticas, a adesão dos usuários pode se tornar mais efetiva, pois produz a convergência para a valorização da subjetividade e respeito às diferenças, procurando atender às demandas singulares dos indivíduos em sofrimento.

É preciso pensar e buscar o caminho da diversidade, despojando-se de pressupostos obsoletos e princípios preconceituosos, embasando a prática do cuidado integral em novos conceitos de sensibilização.

Para tanto, o cuidado deve ser abordado enquanto apreensão do sensível, concebido na subjetividade e compreendendo as potencialidades e os anseios de todos os sujeitos envolvidos nesse processo. Essa perspectiva permite que os usuários em sofrimento opinem e sejam capazes de participar do tratamento, expressando suas angústias frente ao fenômeno que estão vivenciando: o processo de adoecimento. O saber proveniente da capacidade de encontrar o equilíbrio entre a razão e a sensibilidade no que tange à prática do cuidado, coloca-se como alternativa a um modelo mecanicista, universal, racionalista, científico e lógico.

É preciso despertar e treinar a sensibilidade, a atuação dos sentidos, na vida que se vive (DUARTE, 2001). Ao promover a catarse o profissional apreende um mundo de significados que vão se desvelando no decorrer dessa prática. A compreensão desse processo requer um exercício permanente de educação dos sentidos. Há tantos caminhos, quanta diversidade de vidas no humano. Há muitas formas de ser, muitos meios de cuidar.

Nesta perspectiva, Mendana argumenta:

Quantas vezes deixamos de dizer a alguém o que devíamos ter dito? Essa falha, aparentemente sem importância, dá, então, outro rumo aos acontecimentos. Bem diferente do que teria sido se tivéssemos dado, a nós, a chance de falar e, ao outro, de ouvir. Sentimos, depois, que perdemos algo valioso: a importância de usar o dom da palavra no momento certo. Percebemos, inclusive, como as nossas diferenças, com as pessoas, nos impedem de falar com elas abertamente, e de permanecer receptivos ao quê elas têm a dizer. Essas diferenças poderiam ser superadas se investíssemos mais na nossa forma de comunicação. Em nível pessoal ou profissional. Ou se atuássemos em sintonia com a capacidade de resgatar o diálogo, reparando comunicações feridas e interrompidas, que só resultam em desperdício de tempo e energia. (MENDANA, 2006, p. 1).

Durante os relatos emergiram histórias de violência, prostituição, abandono, rejeições, culpa, remorso, arrependimentos, abusos físicos, sexuais e emocionais, e autodestruição, sendo que eu, como pesquisadora, precisava manter a minha sensibilidade e o foco para seguir com os objetivos propostos para o estudo.

1ª CATEGORIA – AS MULHERES E O SIGNIFICADO DE FAZER USO ABUSIVO DE CRACK

1.1 Situações, vivências e sentimentos relacionados ao uso abusivo de crack

Ao se realizar um estudo desta natureza, busca-se compreender o fenômeno do abuso de crack e todas as implicações na vida de mulheres que, em decorrência deste fato, tiveram várias repercussões em suas trajetórias. Portanto, torna-se necessário visualizar o que isso acarreta no sentido das consequências em suas vidas e dos desdobramentos difíceis, com uma carga de sofrimento que, muitas vezes, a maioria dos profissionais de saúde e o senso comum não consegue perceber e nem despojar-se de preconceito.

Há muito estigma em relação ao usuário de drogas, e neste caso, o crack ainda possui um caráter bastante sensacionalista, deflagrando assim um processo de discriminação e exclusão social. Quando trata-se de mulheres que utilizam o crack, a dimensão do problema extrapola para uma imagem de degradação, julgamento moral e questões relacionadas ao imaginário dos comportamentos socialmente atribuídos ao feminino.

Associa-se o uso do crack à deterioração e isso, no caso das mulheres, envolve a sua sexualidade, a maternidade e o cuidado com a família e, tendo em vista que estas questões ficam bastante prejudicadas, o que ocorre é que torna-se inconcebível o entendimento de que as mulheres abusem de drogas, mais precisamente o crack. Sabe-se que há um avanço na forma de olhar para essa problemática, entre os profissionais de saúde, mas ainda há a necessidade de muita mudança e uma longa caminhada na direção de uma perspectiva de cunho menos moralizante.

Nesse contexto, esta pesquisa buscou apreender uma gama de experiências complexas, uma multiplicidade de fatores imbricados no processo de um fenômeno como o uso de crack, os significados e os sentimentos que foram se desvelando no decorrer dos depoimentos.

A análise das falas das entrevistadas resultou em alguns aspectos que geram impacto no imaginário social e produzem polêmica, como, por exemplo, a relação entre a prostituição e o uso de crack.

Os comportamentos de risco mais observados nessa população são o número elevado de parceiros, o sexo sem proteção e a troca de sexo por crack ou por dinheiro para comprar a substância (NAPPO, 2004).

Pode-se referir que a prostituição sempre foi estigmatizada pelo fato de estar associada à disseminação de doenças venéreas, ao uso e tráfico de drogas e, ainda, à violência de uma forma geral, e a área da saúde não esteve imune a esta visão. A relação drogas-prostituição, mais que uma união fácil, do ponto de vista da moral vigente em que a rotulação de comportamentos tidos como “desviantes” é prática corrente, é uma relação que envolve temas tabus da sociedade que vão desde a questão da sexualidade, do prazer até a da autonomia do ser humano sobre e com seu corpo. Provavelmente por este motivo resulte em tanta polêmica (SILVA, 2000).

Os depoimentos revelaram a prática da prostituição como algo decorrente do uso e abuso do crack, evidenciando que as entrevistadas recorreram a esse tipo de comportamento em algum momento de suas vidas:

Cheguei a me prostituir, fazer programa... Pra conseguir o crack já fiz isso. (E1)

Cheguei a me prostituir. Por droga e por grana. Pelas duas coisas. Nunca fui por um “peguinha” só, mas por um “dez” de droga eu ia”. (E4)

Eu fui garota de programa, um mês depois de ter começado a usar drogas. Foi depois que eu comecei.” (E5)

Me prostituí, dos 14 aos 15 fiz programa. Na rua, numa avenida. (E6)

O conteúdo encontrado nos depoimentos referentes à questão da prostituição expôs uma vulnerabilidade dessas mulheres, revelando uma fragilidade perante a dependência do crack, o que ficou evidenciado pelas suas falas como sendo algo que tinha que ser feito, em uma tentativa desesperada para conseguir o crack.

A prostituição nunca foi aceita pela sociedade, mas sempre tolerada. Uma das teses mais presentes em estudos das décadas de 1920 a 1960, foi a de que a prostituição, apesar de ser uma “anormalidade”, um “vício”, era considerada um “mal necessário” porque, apesar de indecorosa, protegia as mulheres “honestas” e a família dos instintos sexuais masculinos incontidos (SILVA, 2000).

Ao relatar o fato de terem utilizado o recurso da prostituição, o ato de “vender o corpo”, as entrevistadas demonstraram que o uso de crack e a prostituição estão interligadas, devido à necessidade rápida de obter a droga e saciar a fissura. Geralmente, isso ocorre quando já não existem outros meios financeiros ou alternativas para conseguir o crack. Mas, por outro lado, também a facilidade em conseguir o dinheiro para aquisição de crack, confere certa banalidade ao ato de se prostituir, com a finalidade de justificar esta estratégia e racionalizar o fato de ter que recorrer a esse tipo de recurso, como demonstram os seguintes depoimentos:

Fazer programa pra mim era normal. Fazia um sexo normal, oral... anal não fazia muito...Transava com pessoas que eu conhecia, por isso que eu não achava que me rebaixava muito. (E4)

O dinheiro vem fácil e vai fácil. É tentador. E eu ganhava bastante... Tinha clientes que tiravam nós dali, onde tinha gigolô, cinquenta por cento ficava com ele... Então, a gente não ganhava tanto assim, mas a gente dava pé quente, os clientes davam rios de dinheiro, tiravam nós dali, levavam pra motel e eles pagavam bem mais, a gente fazia o nosso preço. Mas aí a gente tinha que ficar tantas horas com eles, tinha que fazer o que eles queriam... (E5)

Para as mulheres em fissura, a prostituição é uma prática quase unânime, embora não exclusiva delas. Em estudo realizado, alguns homens heterossexuais relataram terem praticado sexo com outros homens quando estavam em fissura (CHAVES et al., 2011).

A relação prostituição e drogas não se constituem em um fenômeno recente, porém, com o advento do crack, acredita-se que ocorreu uma deterioração da qualidade de vida das mulheres que se tornaram consumidoras deste tipo de droga. (SILVA, 2000).

Essa questão fica evidente no trecho do depoimento a seguir:

Saí muito nova de casa, saí de casa com 14 anos, era uma criança, entrei para a prostituição, me prostituía nos cabarés... Mas a droga foi viciante... (E4)

O forte impulso para utilizar uma substância, a fissura, torna compreensível que, em se tratando de usuárias de crack, alguns comportamentos de risco e a consequente vulnerabilidade decorrente destes, detone um processo de grande fragilização e dificuldade de controlar certas situações, tais como a violência a que estão sujeitas e a falta de uso de preservativos nas relações sexuais.

Mulheres que se submetem à prática de sexo por droga realizam uma prostituição “solitária”, isoladas de qualquer grupo que possa protegê-las, têm maior número de parceiros e relatam inconsistência no uso de preservativo (MALTA, et al., 2008).

As entrevistadas afirmaram que sempre usaram preservativos quando faziam programas, e que somente deixavam de fazer sexo com proteção em seus relacionamentos com namorados ou maridos. Apontam essa questão com um sentimento de orgulho, tentando demonstrar uma condição de controle em relação à sexualidade e prostituição, também separando, ou seja, fazendo uma diferenciação entre programa e clientes e seus relacionamentos amorosos.

Sempre usei camisinha. E só com o meu namorado que não, ele achava que não ia ter problema. (E5)

A droga sempre teve acima de tudo pra mim. Mas sempre usei camisinha. (E1)

O fato de não fazerem sexo seguro com seus companheiros resultou em gestações que nem sempre eram desejadas, bem como muitos filhos de pais diferentes como consequência de se relacionarem com múltiplos parceiros sexuais, ainda que afirmem que eram “ficantes” ou namorados.

A não utilização de preservativo predispõe essas mulheres à gravidez, paradoxalmente negam o aborto, porém continuam a usar crack e a vender o corpo pela droga, mesmo quando estão grávidas (SHARPE, 2001).

Também ficou evidente a questão da submissão e o contexto de violência emocional e física, por parte de um companheiro da entrevistada, também usuário de crack, conforme o relato que segue:

Quem na real me colocou nessa...nos programas foi o meu ex-namorado. Eu tinha namorado na época, eu tinha tudo. Mas sempre usei camisinha. Deus me livre engravidar no programa, por isso que eu me cuidava. Meu namorado sabia e concordava, isso que eu não gostava nele, que ele não me deu respeito. E estamos junto até hoje. Mesmo ele me dando soco na cabeça e na cara. Levo porrada... Uma vez ele me bateu feio, me deixou com olho roxo, inchou, eu nunca me esqueço, foi horrível a primeira vez que apanhei dele. (E4)

Em estudo realizado por Oliveira e Nappo (2008), a metade das mulheres entrevistadas relatou já ter se prostituído em troca de crack. Embora essa atividade já tivesse sido sugerida nos momentos iniciais do aparecimento da cultura de crack na cidade de São Paulo, algumas mudanças têm sido observadas. Atualmente, tem-se identificado a prostituição compulsória, em que homens “emprestam” suas esposas a traficantes ou a outros usuários em troca de crack, de tal forma que o período e o número de pedras são combinados no momento da negociação.

Já outras depoentes relataram que seus companheiros desconheciam o fato de elas estarem se prostituindo e quando o companheiro de uma delas descobriu, rompeu o relacionamento, evidencia-se que, na maioria das vezes, a prostituição ocorre como algo a ser feito para obtenção da substância, mas totalmente separada do âmbito do relacionamento conjugal, atribuindo valores diferentes ao sentimento pelos companheiros e o sexo em troca de crack ou dinheiro.

É frequente a troca de sexo por pedra e essa prática é feita basicamente pelas mulheres, inclusive muitas delas já tinham a prostituição como fonte de sustento e passaram a usar o crack, outras eram consumidoras de crack, algumas delas meninas e adolescentes que estão nas ruas, que por não ter dinheiro passam a se prostituir (SILVA, 2000).

A maioria das mulheres refere que os companheiros não sabiam da prática da prostituição:

Me prostituía sem ele saber. Quando eu estava quase terminando com ele por causa das drogas, daí ele descobriu. Eu enganei ele, eu menti para ele um tempão e foi mais por isso que a gente terminou. (E5)

Mas meu marido nunca soube. Nunca falei. Muitas vezes saí de casa. (E2)

A urgência pelo crack e a falta de condições financeiras para suprir sua demanda colocam o usuário em situações de fragilidade, em que se submete a estratégias arriscadas para obtenção da droga, como situações de risco extremo. (OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

Durante a realização das entrevistas, foi se delineando um cenário de sofrimento causado pelo uso de crack e o significado de ser dependente desta droga. As vivências associadas ao desespero em conseguir a droga, bem como, inúmeras situações de risco e violência a que foram submetidas as usuárias de crack deste estudo, foram se desvelando ao longo dos discursos. Os depoimentos demonstraram o quanto estas mulheres ficaram expostas a violências de toda ordem, tanto psicológica quanto física.

Um cara uma vez chegou a puxar uma faca. Porque ele não quis me pagar e eu fui buscar ele. Ele puxou a faca e tive que desistir do pagamento. Acontece muito. (E2)

Eu ganhei ele prematuro exatamente por causa disso (o segundo filho), dois dias depois eu ganhei ele, eu estava grávida de sete meses, um cara tentou me matar sufocada. Ele me levou com essa intenção. (E6)

Sofri violência uma vez, fui e o cara me agarrou à força, acho que ele estava muito chapadão, muito alucinado, me agarrou, daí nós transamos. (E4)

Nestas situações específicas, a violência sofrida aconteceu em decorrência da prostituição, resultando em vários acontecimentos na vida destas mulheres usuárias de crack que levaram à consequências dramáticas e episódios aviltantes.

A violência está presente no cotidiano das mulheres podendo ser perpetrada pela polícia, clientes, traficantes, maridos e/ou cafetões. A possibilidade de um “programa” dar errado resultando em situações violentas tais como estupros, surras, tentativas de homicídio, fazem parte do risco da atividade (SILVA, 2000).

Uma vez que o crack adquiriu lugar de extrema importância na vida do indivíduo, a urgência em consumi-lo muda os valores que até então norteavam suas condutas, são realizadas atividades que colocam em risco sua integridade moral e física, pois o que está em foco é o uso de mais crack (CHAVES et al., 2011).

A necessidade de consumir o crack tornou-se uma prioridade na vida das mulheres entrevistadas em detrimento de sua segurança e integridade, alterando suas percepções sobre a realidade, valores e juízo crítico, em um constante processo de marginalização. Nesta perspectiva, o encontrado nos depoimentos deste estudo vão ao encontro do que Silva Junior e Monteiro (2012) referem quanto ao uso do crack e o significado para o usuário que perde-se em si mesmo, desvaloriza-se e valoriza a droga, de tal forma que para estar com ela é capaz de mentir, roubar, envolver familiares, amigos, em troca do seu maior abismo: o crack.

A gente acha que é capaz de fazer qualquer coisa! De se prostituir, de matar, de roubar, de ferir um idoso... Eu já entrei várias vezes em loja, já roubei lojas... Eu me prostituía...se ele (o cliente) me desse uma pedra inteira eu ia. Uma pedra inteira dava pra fumar em quatro pedaços. Quatro vezes que pode usar ela, dez reais. (E4)

Os contornos obsessivos do desejo pelo crack tiram do indivíduo sua capacidade de escolha e discernimento, focando suas atitudes na obtenção de mais crack, apesar da notória degradação física e moral (CHAVES et al., 2011).

Outra questão levantada por uma usuária de crack é o preconceito por parte dos profissionais da área da saúde quanto ao fato de as mulheres se prostituírem para conseguir crack. Pode-se até inferir pela fala desta entrevistada que outras mulheres usuárias de crack costumam omitir a prostituição e não revelam isso

justamente por medo, vergonha e receio de serem julgadas.

Eles (os profissionais de saúde) te tratam diferente quando tu conta uma coisa assim. Eu não me sinto à vontade. (E5)

Durante os depoimentos, percebi que enquanto a conversa fluía, este assunto era abordado com maior naturalidade devido à acolhida que recebiam para abordar determinados assuntos considerados tabus, como esse em questão. Porém, as mulheres chegaram a afirmar que não se sentiam a vontade para revelar isso a outros profissionais de saúde.

Eu nunca contei isso pra ninguém, contigo eu estou tendo vontade de falar isso. (E1)

Ainda existe muito despreparo e falta de empatia para lidar com alguns aspectos e temas considerados tabus, como a prostituição, por parte dos profissionais de saúde. Observa-se, com frequência, como os discursos e práticas interferem no cuidado aos indivíduos que se encontram em situações consideradas como uma simples escolha daquele indivíduo, e não como algo mais complexo, como o ato de consumir e abusar de drogas.

Desta forma, a culpa recai sobre o usuário de drogas, a responsabilidade é de quem optou por se drogar. Então quando trata-se de uso de mulheres, crack e prostituição, a dimensão do juízo de valor e preconceito pode ser elevada a um nível maior e muito mais recorrente. Conseqüentemente, acarreta julgamento moral e prejuízo no tratamento e assistência a essas pessoas.

O estigma que recai sobre as usuárias devido ao fato de usarem uma droga ilegal, venderem o corpo e ainda serem mulheres, prejudica-as na busca de tratamento e em sua reinserção na sociedade. O enfrentamento de todo esse problema, que abrange o consumo de crack nas ruas, a prostituição para obtenção de droga, as situações de rua, entre outros, pode ser dificultado por preconceitos e intolerância, tornando esse segmento, principalmente as mulheres, bastante isolado,

Inviabilizando ações que possam amenizar esse quadro (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012).

As mulheres usuárias de crack participantes desta tese, relataram em diversos momentos das entrevistas as suas experiências e vivências, atribuindo significados e sentimentos muito contraditórios, mas também carregados de culpa, remorso e vergonha por terem protagonizado determinadas situações.

O ideal preconizado como o papel social desempenhado pela mulher como esposa e mãe está muito distante da realidade vivida pelas participantes deste estudo.

Atitudes como cuidar e confortar estão mais ligadas ao papel materno, internalizado com mais frequência pelas meninas ao longo de seu desenvolvimento psicoafetivo (MARTINS; SANTOS; PILLON, 2008).

Conforme os relatos evoluíam, as entrevistadas narravam suas histórias em relação ao crack e à maternidade, todas engravidaram e tiveram filhos consumindo crack, conforme os trechos de depoimentos a seguir:

Eu tenho uma filha de 7 anos, eu ficava com ela pra levar pro colégio, mas eu não levei ela pro colégio. Saí atrás de dinheiro pra fumar droga. (E4)

Já com esse (gestação) filho...estava usando direto, todo dia. Não me alimentava mais, colocava alguma coisa na boca e vinha tudo pra fora. Muitas vezes saí de casa. Cheguei a ficar fora...fiquei dois dias fora. Ficava na rua. (E2)

Quando usava crack, ficava na rua direto. Não dormia nunca em casa. (E1)

Eu estou com 5 meses de gravidez. Agora que começou a se desenvolver, agora que minha barriga começou a crescer. Quando eu estava fumando não, minha barriguinha era bem pequenininha, era uma coisinha assim, agora ela tem formato grandão, era só uma bolinha aqui embaixo, era muito pequenininha. (E5)

É a quinta gravidez, mas é o quarto filho, que um eu abortei, aborto espontâneo. O meu filho mais velho tá com a minha mãe. O do meio foi adotado e o de 3 anos tá com a avó dele paterna. Esse segundo filho eu perdi com 6 meses. (E6)

Todas as gravidez eu usei (crack). Meu primeiro filho eu fumei 25 gramas de pedra. É muito... Seis meses e meio... Teve um que nasceu com abstinência de droga. Não cuidava dos meus filhos. Usava crack todos os dias. (E3)

O consumo de crack transforma as relações interpessoais da mulher, modifica sua constituição sócio-histórica e lhe acarreta danos psicossociais. Durante a gestação, ocorrem intensas modificações físicas e emocionais que, aliadas aos prejuízos psicossociais transformam esse assunto em um grave problema de saúde pública. Nesse contexto, o uso, o abuso e a dependência de substâncias psicoativas são comportamentos capazes de provocar consequências físicas potencialmente graves e irreversíveis tanto para a mãe como para o feto (FALCONE et al., 2005).

O consumo de crack durante a gestação está associado a diversas complicações materno-fetais, tais como parto prematuro, placenta prévia, ruptura de membranas, diminuição da perfusão uteroplacentária, sofrimento fetal, hipertensão arterial fetal e morte gestacional, bem como a complicações neonatais, como a irritabilidade no período imediato ao parto (RIBEIRO et al., 2011).

Segundo Ribeiro e Laranjeira (2012), a síndrome de abstinência é outra potencial complicação que deve ser encarada com cuidado nos três primeiros dias após o parto. Os sintomas principais são: sucção deficiente, problemas na amamentação, irritabilidade, hipertonia, bocejos e espirros.

Para Malchy, Bungay e Johnson (2008), a gravidez é uma fase de expectativas, marcada pela chegada de uma nova vida prestes a iniciar. No entanto, a mulher usuária de crack, quando engravida, de maneira geral, fica psicologicamente segregada dessa vivência. Como característica central, o indivíduo tende a restringir suas atenções ao consumo da substância da qual é dependente e às maneiras pelas quais poderá obtê-la.

O fato de não recorrer ao aborto, porém encarar uma gestação em condições adversas e com problemas pelo consumo de crack foi recorrente nos discursos das mulheres entrevistadas. Ainda assim, as dificuldades encontradas para cuidar e, o conseqüente abandono dos filhos, a falta de convivência com a prole por não ser compatível com a dependência da substância acarretaram sentimentos de culpa e tristeza frente à esse drama, “os filhos do crack”. Até por não serem filhos gerados

na prática da prostituição, mas terem sido, muitas vezes desejados, filhos de seus relacionamentos amorosos, conforme afirmado na maioria das vezes, durante seus relatos. Porém, foram gerados na adversidade e na precarização de condições físicas e psicossociais devido à utilização do crack, antes, durante e depois das gestações.

Tenho três filhos. O mais velho tem sete, o do meio tem seis e o mais novo tem quatro. Estou grávida de novo. Cinco meses. Todas as vezes que fiquei grávida tive os filhos, Nunca tirei. Meus filhos agora estão com a minha mãe. (E3)

Tenho 3 filhos, com esse aqui é o terceiro. Meus filhos estão com a minha mãe. São todos do mesmo pai. Já morei com ele e nos separamos. Não deu certo porque eu usei droga. Eu quis essa gravidez. (E1)

Tive um namorado, pai do meu filho mais velho. Tenho 3 filhos. Essa é a quinta gravidez. Todos são de pais diferentes (risos), de namorados, "ficantes", maridos e tudo mais...Tem de tudo. (E6)

Usei muito crack nessa gravidez, coitadinho. Usei desde o meu primeiro mês. Fui descobrir que eu estava grávida quando estava com sete meses. Não sabia, eu não tinha barriga. Nasceu sem problema, graças a Deus, a "riquinha". Tem saúde boa, de ferro. Eu sinto um monte de castigo mesmo, castiguei muito. Não consegui criar ela. Eu tenho certeza que tem uma feridinha aberta no coração dela, de tanta saudade que ela sente de mim. Até esses dias chorei pensando. Eu morro de saudade dela. A menina vai pro abrigo quando nascer (atual gestação). E eu vou internar de novo pra poder pegar ela depois. Eu quero esse nenê, eu não vou dar. A primeira eu dei pra minha sogra, mas esse bebê eu não vou dar. (E4)

Ao mesmo tempo que referem desejar a gestação atual, o que evidencia a culpa em relação às ausências em relação aos filhos anteriores, talvez esse desejo possa ser um contraponto para amenizar o sofrimento causado pela perda da guarda, os conflitos internos, a negligência, por causa da obsessão pelo crack. Querer ficar e cuidar desse filho que está a caminho constitui uma redenção, um alento, um consolo para aplacar a dor, uma forma de vivenciar a maternidade como uma nova chance de ser mãe.

Os relatos demonstram que existe uma dificuldade significativa em manter seus relacionamentos amorosos por causa da influência danosa do crack, bem como a falta de compromisso com os filhos e companheiros devido à substância ter sido o objetivo prioritário de suas vidas. Inclusive pelo fato das gestações ocorrerem em períodos em que elas estavam consumindo crack, não significa necessariamente que esses filhos eram desejados ou planejados, ao contrário, estas gestações aconteciam aleatoriamente, até sem perceber que estava grávida, conforme aponta um dos depoimentos. A usuária de crack, de um modo geral, perde o rumo e a autonomia, acaba se colocando refém da droga, não conseguindo gerir sua vida, o que implica em uma desordem muito grande e um grave problema quando se trata de organizar sua vida e administrar uma gravidez e cuidar dos filhos. O que está sendo mencionado neste estudo corrobora com o que foi encontrado na literatura no que diz respeito ao tema maternidade e crack.

Nesse contexto de falta de suporte social, são bastante comuns o desconhecimento da data da última menstruação e o não reconhecimento da gravidez, ao menos em um primeiro momento. Há um grave comprometimento na organização pessoal e nas relações interpessoais, bem como a desvinculação afetiva com o bebê que irá nascer, ocasionando falência múltipla na vida social e emocional, bem como o comprometimento de seu papel de mãe (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012).

Uma das entrevistadas afirmou ter realizado aborto provocado na primeira vez em que engravidou de um namorado que era casado. Ela fala sobre essa questão como algo que na época tinha que ser feito, pois encontrava-se sem apoio e não tinha outra opção. Foi uma decisão consciente, até porque esta usuária narrou sua história com detalhes e com muita clareza dos acontecimentos que nortearam a sua vida, todo tendo uma conexão com o crack.

Era um namoradinho. Era um que tinha aí, era casado, por isso eu quis tirar. Eu só tinha 16 anos e engravidei, eu transava com ele sem camisinha, eu era muito infantil, eu poderia ter pego uma doença e aí eu abortei, eu estava com dois meses. Acho que minha vida poderia tá bem pior se eu tivesse tido esse filho. Esse filho agora ia tá com a minha mãe, o cara era casado... (E5)

As relações amorosas e sexuais foram sempre relatadas com dificuldades,

problemas e conflitos relacionados ao consumo de crack e permeadas por desavenças e rupturas. As falas das entrevistadas demonstraram a fragilidade de estabelecer e manter vínculos afetivos e conjugais.

Alguns autores afirmam que os dependentes de substâncias substituíram o relacionamento com pessoas por um relacionar-se com a substância de abuso (SHENKER; MINAYO, 2004).

Meu maior problema foi com a família, mais com o marido. Arrependimento, porque eu fiz? Claro que dá arrependimento, toda vez. Sofri muito...Muito. (E2)

Aí a gente “ficou”, eu engravidei dele, eu não estava mais usando nada, depois quando eu comecei a usar ele me deixou. Era um “ficante”. É o pai do meu filho. Eu fui casada também, mas ele não usava drogas, mas ele era obrigado a aceitar. Ele sofreu um monte comigo. Acabou...Ele enjoou de mim, cansou. E eu também já não via mais graça nele, eu tinha vontade de conhecer outros caras também. Quando a gente não estava brigando porque eu usava drogas, a gente estava bem, me prostituía sem ele saber. (E5)

Quando eu estava casada continuava usando, ia pra rua... (E6)

O fato de usarem crack interferiu significativamente nos seus relacionamentos, incluindo a prostituição para obter a droga. A ocorrência de conflitos relacionais com o cônjuge pelo uso de crack, caracterizados por desentendimentos e brigas, e constantes cobranças para cessar o uso da droga, foi frequentemente evidenciada em estudo realizado por Seleglim et al. (2011b). Estes autores referem que os usuários investigados apontaram o fim do relacionamento em decorrência do crack.

No entanto, alguns relacionamentos sobreviveram ao abuso de crack, o que pode causar surpresa, tendo em vista o impacto causado pelo crack na vida das usuárias e de seus companheiros. Mesmo diante de todo o sofrimento, brigas, discussões, rupturas e abandono do lar, há aceitação e compreensão suficientes para manter um relacionamento conjugal. Pode ser leviano fazer algum tipo de conclusão sobre os motivos que levaram alguns dos relacionamentos conjugais

continuarem, apesar do crack, pois existem várias questões e motivações que não devem ser desconsideradas em se tratando destes relacionamentos, como os filhos e a situação financeira, por exemplo.

Só tenho meu marido e as crianças. Meu marido quer esse filho. Todos sabem de tudo (sobre o uso de crack). Sou casada, faz 10 anos. Casei com 19. (E20)

Pelas descrições obtidas, nos relatos das mulheres, percebe-se as peculiaridades e complexidades das vivências singulares em relação ao uso de crack, ainda que muitas vezes, seja evidente a convergência das experiências e semelhanças com as realidades vividas. Os companheiros que também eram usuários de crack compartilhavam das experiências e das estratégias para conseguir o crack.

A questão das estratégias para obtenção do crack também traz à tona o quanto estas usuárias ficaram expostas a todo tipo de situações de risco. Além da prostituição, evidencia-se também a criminalidade, os furtos cometidos dentro de casa, as mentiras, pedir dinheiro na rua, as negociações com outros usuários de drogas para conseguir o crack.

A maneira mais fácil pra eu fumar, eu vendia as minhas coisas, mas quando eu não tinha mais o que vender, aí eu tinha que começar a me virar pra fumar, aí comecei a fazer programa. Eu também fumava às vezes às custas dos outros, pedindo, implorando pra pessoa me dar, pedia na parceria, na amizade. Às vezes como eu tinha o meu cachimbo e a pessoa não tinha como fumar, a pessoa me dava um pouco da droga e eu emprestava o cachimbo pra ela fumar. (E5)

Comecei a roubar dentro de casa. Roubei um monte de coisa. Trocava por dinheiro, daí eu ia lá na “boca” e comprava pedra. Já tirei fio em poste de rua. Já entrei em condomínio...em casas que não eram minhas pra roubar. Pra pegar o que tivesse de valor, pra arrumar dinheiro. (E4)

A prática de atos violentos associada à criminalidade vem sendo objeto de estudo sob vários enfoques. Sabe-se que pela dependência e para obter a droga os consumidores cometem crimes que, no caso do crack, são em sua maioria os

ligados à prostituição, ao tráfico de entorpecentes e delitos patrimoniais (OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

Destacam-se também a violência e a marginalização relacionada aos atos ilícitos como aspectos importantes que são mencionados em diversos estudos, gerando o caos e minimização da qualidade de vida do usuário de crack. (RODRIGUES et al., 2012).

A ocorrência de problemas com a justiça também surge em estudo realizado sobre perfil de usuários de crack, destacando o envolvimento em situações de violência como um problema importante relacionado ao uso do crack (HORTA et al., 2011).

Em estudo realizado com usuários de crack internados em unidade de desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro, percebeu-se que as ações ilícitas cometidas pelos usuários de crack ocorrem motivadas ou não pelo uso de drogas, o que se faz com que se pense na possibilidade de comorbidade com o transtorno de personalidade antissocial (GUIMARÃES et al., 2008).

Outro estudo aponta a presença de um segundo diagnóstico psiquiátrico como sendo algo comum entre os usuários de crack. A depressão e os transtornos ansiosos são as comorbidades mais observadas em estudos brasileiros com esses usuários (DUALIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008).

A prevalência de transtornos mentais é maior entre usuários de crack se comparada aos usuários de cocaína inalada. Tal achado, porém, parece estar menos relacionado ao modo de consumo e mais à gravidade da dependência e aos fatores psicossociais combinados. Além do maior risco de dependência, o consumo de crack compromete mais o usuário nos diversos campos de sua vida (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012).

Isso corrobora com o que foi descrito pelas mulheres, em seus depoimentos, no decorrer desta pesquisa, a questão da gravidade da dependência e o comprometimento de diversos setores de suas vidas, a partir de seus envolvimento com a droga.

Ressalta-se a importância dos achados nos depoimentos das entrevistadas deste estudo, pois o que foi relatado são as vivências em relação ao ser usuária de crack, a experiência de ser dependente de uma droga que produz desespero em

relação à vontade de usar a substância. As participantes deste estudo referem ter cometido delitos e terem se prostituído a partir do consumo de crack, configurando estratégias para combater a necessidade pela droga. A presença de comorbidades nas entrevistadas deste estudo não foi avaliada, pois não consta como sendo uma finalidade desta pesquisa. A questão crucial das vivências é o enfoque do significado e da experiência enquanto usuária de crack, a droga como um aspecto central em suas vidas, gerando comportamentos e situações que acarretaram mudanças, sofrimento e contradições em todos os sentidos de suas existências.

1.2 Os motivos e o início do uso de crack

O uso de crack vem sendo observado em idades cada vez mais precoces, em todo o país e em todas as classes sociais. Trata-se de uma droga de fácil obtenção, cujo consumo em geral é precedido pelo consumo de álcool e/ou tabaco. (GUINDALINI, et al., 2006).

Em estudo realizado no Hospital Psiquiátrico São Pedro, os autores apontaram que 80% dos usuários de crack relataram início do uso da substância entre 16 e 26 anos, tratando-se de um grupo que está exposto a diversas situações de risco e vulnerabilidade sociais, o que indica grave problema de saúde pública e contribui para o aumento das violências (GUIMARÃES et al., 2008). Isso corrobora com o que foi encontrado nesta pesquisa, e durante a trajetória deste estudo, no decorrer dos depoimentos, as mulheres relataram suas experiências relacionadas à descoberta do crack e seu conseqüente uso, relacionando com os motivos que as levaram ao consumo desta substância.

Eu estava pronta pra ir numa festa, minha prima me convidou pra ir na casa de uma amiga dela. Chegamos lá e ela usou uma droga. Era o crack. E acabei usando junto. E ali não larguei mais. Foi a primeira vez que eu experimentei. Eu tinha uns 17 anos. Aí depois eu fui pra festa e foi tudo uma loucura. Depois eu só queria mais e mais. (E1)

Eu fui pra rua, onde eu comecei com a droga, o mundo da droga. Comecei a usar com 12 anos, estava eu e uma amiga, nós usamos e acabei viciando no crack. A sensação é boa. Por que é tão bom fumar crack? Porque tu esquece dos problemas...Entra num mundo

viajante, sai do mundo real, sai dessa vida, sai de si. Tu perde a memória, tu perde a cabeça. (E4)

Fatores de risco são situações ou comportamentos que aumentam a possibilidade de resultados negativos para a saúde, para o bem-estar e para o desempenho social (SHENKER; MINAYO, 2005).

O início precoce de uso do crack e as condições favoráveis, tais como, os fatores de risco para o uso de drogas estão presentes em todos os relatos das mulheres entrevistadas nesta pesquisa. Além disso, existe uma questão primordial a ser apontada que torna a procura pelo crack uma obsessão: a euforia e a dependência rápida.

Usuários iniciantes de crack tiveram um risco duas vezes maior de dependência do que usuários de cocaína inalada, independentemente do gênero, da etnia, da associação com álcool ou do tempo de consumo (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012).

O usuário de crack se expõe mais ao risco de dependência porque utiliza a droga com mais frequência, em maior quantidade e tem mais sensibilidade aos efeitos da substância. Também as taxas mais elevadas de dependência observadas entre mulheres parecem estar associadas com o uso mais frequente e as quantidades mais elevadas da substância (CHEN; KANDEL, 2002).

A euforia desencadeada pelo uso reforça e motiva o desejo por um novo episódio de consumo, porém quanto mais rápido o início da ação, maior será a intensidade e menor sua duração, e assim, maior será a chance do indivíduo evoluir para situações de uso nocivo e dependência (PECHANSKY et al., 2007).

No âmbito da experimentação que as substâncias psicoativas inserem-se na vida dos adolescentes, neste caso em se tratando de jovens mulheres, afetando os centros responsáveis pelos processos de resolução de problemas, julgamento crítico, tomada de decisão e controle de impulsos. Modificam também a liberação dopaminérgica no núcleo accumbens, o qual integra a via mesolímbica ou o chamado sistema de recompensa cerebral. Este sistema tem por função promover e estimular comportamentos que favoreçam a manutenção da vida e da espécie, sendo ativado, por exemplo, quando a pessoa alimenta-se, tem relações sexuais ou

utiliza drogas. O sistema de recompensa cerebral é ativado centenas de vezes mais durante o consumo de substâncias psicoativas, causando assim, alterações na liberação ou captação de neurotransmissores na fenda sináptica, provocando, desta forma, efeitos estimulantes, depressores ou alucinógenos. Enquanto o indivíduo está sob o efeito das substâncias, o sistema de recompensa cerebral envia estímulos às áreas responsáveis pela memória, armazenando as sensações relacionadas à droga e criando assim a “memória da dependência” (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012).

As narrativas das participantes deste estudo apontaram algumas questões que vão ao encontro do que foi encontrado na literatura sobre o início de consumo e desenvolvimento da dependência de crack.

Comecei a usar droga na rua, a primeira foi “loló”, com nove anos. Conheci o crack com dezenove anos. Maconha eu usei mas não gostei muito, o que eu usava com o crack era o cigarro que eu sou viciada. Eu saí de casa com 13 anos, minha mãe sempre foi usuária de droga. Ela usava cocaína. (E6)

Meu pai morreu faz 12 anos. Morreu do crack. Ele morreu e logo depois eu comecei a usar. A primeira vez que eu usei, fazia um mês que ele tinha morrido. (E1)

Entre os fatores de risco ao uso de drogas de abuso pelos jovens estão o uso de drogas pelos pais, a desestrutura familiar, a violência doméstica, a pressão do grupo e a necessidade de integração social, a busca pela autoestima e pela independência familiar (AGUILAR; PILLON, 2005).

A investigação da dinâmica familiar e o vínculo afetivo entre os usuários de crack e aqueles que utilizam drogas e os que não as utilizam, torna-se imprescindível para uma maior compreensão acerca de influências negativas e positivas, respectivamente, para o consumo de drogas (SELEGHIM, et al., 2011a).

A minha mãe estava sempre na rua, nos bares quando eu era pequena. Quando eu tinha dez anos meu irmão nasceu, então eu tive que cuidar dele. Minha mãe saía, eu tinha que me informar como fazer pra mudar o guri, porque quem cuidava dele era eu. Uma vez eu deixei ele assado, ela arrombou a janela do quarto pra entrar, porque eu não acordava pra abrir a porta pra ela, daí ela entrou já

dando em mim...Meu pai fugiu da minha mãe quando eu tinha 10 anos. Eu não gosto de lembrar dele, ele fazia coisas... “se passava comigo” quando eu era “de menor”, dos 5 até os 7,8 anos. Abusava de mim... Eu não podia contar pra minha mãe. Ele ameaçava me bater. (E6)

Esta entrevistada relatou uma infância de maus-tratos e abusos, a mãe era usuária de cocaína e o pai abusava sexualmente dela. Aos 13 anos, ela saiu de casa, foi morar na rua.

Em se tratando de usuários de crack, torna-se importante analisar aspectos de sua estrutura familiar que possam ter motivado o uso de drogas, em razão de que este uso é influenciado pelo contexto no qual o indivíduo está inserido. Estudos revelam que as práticas culturais familiares muitas vezes são estímulos para a experimentação e continuidade do uso de drogas, pois a família, como geradora de cultura, transmite crenças e expectativas sobre os papéis sociais, sobre o modo de vida de homens e mulheres, sobre as relações interpessoais e também sobre o uso de drogas (BRASIL, 2003; SANCHEZ; NAPPO, 2002).

Alguns autores também apontam a experimentação de outras drogas antes ou concomitante com o crack. O início do uso de drogas com substâncias lícitas, sendo o cigarro e o álcool as mais citadas, e também com drogas ilícitas foram resultados encontrados em estudos realizados entre usuários de crack e a progressão no uso de drogas. Nesses casos, parentes e amigos dos entrevistados foram os incentivadores do consumo. A idade precoce do consumo e o uso pesado de uma ou mais drogas foram determinantes para o início de uma escalada de drogas ilícitas (SANCHEZ; NAPPO, 2002).

Os depoimentos das mulheres deste estudo evidenciam a necessidade de busca de algo que possa satisfazer de forma rápida e suprir carências na esfera afetiva, produzindo sensações de euforia. Assim surge um despertar para a solução mágica de problemas e agruras vividas em um universo com limitadas perspectivas de realização, onde o sonho de construir algo positivo pode ser abortado a qualquer momento pelas mazelas da realidade. A partir desse contexto, torna-se imperativo uma necessidade de fuga do sofrimento cotidiano, do abandono, dos maus-tratos, abusos, violência, negligência ou, simplesmente do tédio, produto final gerado pela ausência de oportunidades em um mundo hostil.

A minha mãe engravidou de mim e ela estava em crise no relacionamento dela. Ela brigava muito com meu pai e aí eles acabaram se separando. Ele batia muito nela, a minha mãe estava grávida de mim e ele batia nela grávida. Quando eu nasci, a minha mãe estava com ele ainda e a minha mãe me contou que quando eu tinha semanas, o meu pai me pegou pelo pé no berço e começou a me sacudir de cabeça pra baixo, pra eu parar de chorar, porque eu estava com cólica. A minha mãe chorava na minha frente desde que eu era um bebezinho, ela sempre foi muito nervosa, eu “puxei” a ela nesse sentido, ela é muito ansiosa, eu também sou tri ansiosa. E eu sou muito sensível também, me apego muito fácil nas pessoas eu sou carente de tudo, de mãe, de pai...às vezes acabo fazendo atos que são ruins pra mim, que nem o crack que eu fumava. (E5)

A família é uma das principais áreas capazes de influenciar a vulnerabilidade do indivíduo para iniciar e atingir padrões problemáticos de consumo, tanto de forma direta; por transmissão genética ou pela exposição ao consumo dentro do ambiente familiar; quanto indireta, por meio da violência, abuso e estresse continuados, muitas vezes decorrentes de estruturas familiares caóticas ou demasiado rígidas, carentes de comunicação entre os seus membros e dotadas de relações de apego marcadas pela insegurança e/ou abandono (MARQUES et al., 2012).

Minha mãe era dependente química, ela morreu com 25 anos. Usava cocaína. Quando minha mãe morreu eu tinha seis anos. Ela estava sempre na droga, meu pai não me registrou. Não conheci meu pai. Eu comecei a usar o crack porque eu vi uma guria usando e era uma amiga minha. Depois daquele dia não parei mais, só me aprofundei. A maconha eu experimentei, não é tão horrível assim, a maconha te acalma “os nervo”. (E4)

A instituição familiar é considerada um dos elos mais fortes na cadeia multifacetada que pode levar ao uso de drogas, além de atuar também como importante fator de proteção. Isso se justifica pelo fato de que o consumo de substâncias psicoativas é aprendido, predominantemente, a partir das interações estabelecidas entre os indivíduos e suas fontes primárias de socialização, ou seja, a família, a escola e o grupo de amigos (PAIVA; RONZANI, 2009).

A família está implicada no desenvolvimento saudável ou não de seus membros, já que ela é entendida como sendo o elo que os une às diversas esferas

da sociedade. A linguagem familiar imprime a sintaxe, a semântica e a pragmática do como se relacionar, interagir e se comportar no seio da cultura. Os estudos apontam para a complexa influência da família, da escola e do grupo de amigos no caso da manifestação do uso abusivo de drogas (SHENKER; MINAYO, 2004).

Através do meu marido, comecei a usar. Casei com 19 anos. Foi numa festa e nós fomos experimentar e eu dei continuidade. Eu experimentei maconha, mas nunca usei. Mas bebia muito...Eu fui criada pela minha avó, não tenho convívio com a minha mãe. A vó faleceu faz seis anos. Tenho uns dez irmãos, mas nem conheço todos. O meu pai é alcoólatra. Desde um ano de idade que não tenho relacionamento com a minha mãe. Meu marido parou de usar crack, eu estava direto...Comecei a usar escondido dele, com o meu vizinho. (E2)

É importante considerar que muitos usuários não têm referência familiar minimamente organizada. É evidente a importância da participação da família no comportamento dos indivíduos em relação ao uso de drogas, pois isso resulta em vínculos estabelecidos ao longo do processo de crescimento e amadurecimento emocional. Além disso, o uso de drogas pelos pais é certamente uma das grandes influências para que os adolescentes se tornem dependentes de drogas. (SELEGHIM et al., 2011 a).

Segundo Brusamarello et al. (2008), as drogas permitem uma fuga dos problemas, do sofrimento, dos conflitos familiares e pessoais. Há, atualmente, tendência para o consumo de substâncias acontecer em idade cada vez mais precoce. A adolescência constitui um grupo vulnerável a elas, devido à fase característica de transformação pela qual estão passando.

Os jovens enfrentam importantes situações que afetam o seu futuro e bem-estar. Ao terminar essa etapa de suas vidas, os jovens estão iniciando muitas situações que determinarão sua forma de vida. O uso e abuso de drogas fazem parte de uma situação que está associada à fragilidade e limitação do jovem para responder criativamente às situações difíceis impostas pela vida (GONÇALVES; SENA, 2003).

Todavia, a família como construção dos modos de regulação da vida em sociedade, entendida como invenção humana, imperfeita, passível de diversidade,

não é a única responsável pelas escolhas do sujeito. A vida em sociedade possui uma complexidade que determina muitos modos de ser dos indivíduos.

O mundo contemporâneo, através do capitalismo selvagem, estimula a vida de consumo e as pessoas são julgadas e reconhecidas conforme sua capacidade e condutas em relação ao consumo. Isto colocou um valor de transitoriedade acima do valor da permanência, sendo a velocidade manifestada pelo excesso e desperdício, uma sociedade de redundância e do lixo farto (BAUMAN, 2007):

Eu comecei a usar crack e já cheirava cocaína direto. Eu comecei com maconha, e depois com a cocaína. A maconha eu acho que eu tinha uns 18 anos. Eu tinha começado a trabalhar e acabei me soltando mais pra vida, conhecendo gente. Eu conheci um cara que trabalhava comigo, foi ele que me ofereceu pela primeira vez a cocaína e a maconha. A primeira vez que me ofereceu foi dentro do Shopping. Mas cigarro eu uso desde os 14 anos, eu ia para as festas, eu bebia...Aí tinha umas amigas fumando crack e elas me ofereceram e eu aceitei, eu estava com vontade de usar cocaína então pensei: "ah, essa droga deve ser forte então vai passar minha vontade". Eu não pensei na consequência, que eu ia me viciar. Vicia na primeira vez, se fumar tá viciado, vai querer fumar de novo, o efeito é muito forte, é até mais que a cocaína, mil vezes mais forte. (E5)

O depoimento acima revela a dependência rápida e a descoberta de uma substância capaz não somente de aliviar a vontade de consumir uma determinada droga, como também de experimentar algo mais forte, mais potente, sempre na busca por algo que satisfaça a lacuna deixada pela substância usada anteriormente, como o cigarro, álcool, maconha e até cocaína.

No que se refere ao consumo de crack e associação a outros tipos de drogas, em estudo realizado por Duallibi, Ribeiro e Laranjeira (2008), 90% da amostra referiram utilizar drogas associadas. Além dos antecedentes pessoais de consumo de substâncias anteriormente ao uso de crack, seus usuários também fazem uso concomitante de outras substâncias psicoativas (poliuso) (DUALLIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008).

Comecei a fumar crack aos 15 anos. Eu comecei a fumar o baseado, aí acabei largando pra experimentar o crack e acabei fumando sempre. Antes só fumava maconha, mas meu marido usava crack. A

gente estava junto e começamos a usar. Faz 10 anos que eu uso crack. (E3)

Eu bebi bebida de álcool com seis anos de idade. Já bebia. O cigarro comecei a usar com oito anos. (E4)

Um aspecto relevante a ser ressaltado nos achados desta pesquisa, é a questão da autodestruição rápida associada à dependência do crack. No decorrer das entrevistas, os relatos foram marcados pela gravidade da situação ocasionada pela vontade em usar a droga e não conseguir ter controle, algo que foi sendo desvelado nos discursos, como uma consciência aflorando sobre tudo o que haviam passado e como havia sido o início e a descoberta do crack.

Vicia muito rápido. Eu comecei a usar porque eu via o pessoal emagrecer. Aí eu pensei: vou usar, emagrecer, depois eu vou parar. Não tinha noção de que era tão perigoso. É devastador. Emagreci usando. (E2)

O trecho do depoimento acima revela um desejo de obter um objetivo muito buscado pelo gênero feminino, o desejo de emagrecimento rápido. Ainda que isso demonstre o comportamento inconsequente sobre o uso de uma substância com a finalidade de perder peso rápido, evidencia uma cultura onde o acesso a uma droga pode trazer um padrão de corpo magro, por meio, inclusive de racionalizações, tais como descreve a entrevistada. No momento em que afirma que poderia parar de usar o crack depois de conseguir o efeito desejado, o tal emagrecimento rápido, a busca pelo corpo magro, idealizado pelo padrão imperativo da nossa cultura, não importa o ônus que esse tipo de atitude possa acarretar, está procurando justificar o ato de consumir o crack, utilizando uma racionalização com o intuito de explicar esse uso de uma droga.

E após a constatação de que o crack traz um prejuízo e uma dependência muito rápida, as entrevistadas referem o quanto uma substância como o crack, pode trazer consequências e mudanças drásticas na vida delas. Inclusive há uma comparação com outra droga, no caso, a cocaína, como sendo uma substância mais “pesada”, o crack.

Eu experimentei e dito e feito, depois da primeira vez não teve um dia que eu não fumei o crack, eu usei todo dia, era como um alimento, uma água. Eu mudei muito, eu estava um lixo. (E5)

O crack leva à destruição, que nem a cocaína, mas é mais pesado, droga mais pesada, uma droga que não tem controle. Quanto mais tu usas, mais tu queres usar. (E4)

É necessário enfatizar que a instantânea euforia desencadeada pelo consumo do crack reforça e motiva o desejo de um novo episódio de consumo, estabelecendo relação íntima e quase incoercível, de dependência entre o sujeito e a droga (SILVA JUNIOR; MONTEIRO, 2012).

Diante do cenário, exposto pelas entrevistadas em seus depoimentos, e considerando-se o que a literatura traz sobre o padrão de dependência e consumo do crack, obteve-se uma compreensão desse fenômeno, as informações foram muito ricas para contribuir com o objetivo de entender como se deu o início e os motivos que levaram ao uso de crack.

O contexto familiar conflituoso, a ausência de referências saudáveis de pai/mãe, os exemplos dos pais que usaram e morreram por causa do uso abusivo de drogas, os abusos sofridos, o potencial de dependência do crack, o uso favorecido por familiares e amigos, o contexto e a falta de perspectivas de vida e as racionalizações são motivos encontrados para o início do uso de crack.

2º CATEGORIA – AS ALTERAÇÕES OCORRIDAS NA VIDA DAS MULHERES, REPERCUSSÕES E PERDAS OCASIONADAS PELO USO ABUSIVO DE CRACK

A partir dos depoimentos, vieram à tona várias questões, emergiram histórias relacionadas às mudanças e conseqüentes repercussões na vida destas mulheres. Alguns universos foram se desvelando, configurando situações e experiências vividas em relação às perdas ocasionadas pelo consumo de crack.

No decorrer da trajetória da coleta de dados, as histórias foram avançando no sentido de aprofundar os relatos sobre as verdadeiras mudanças provocadas, ou

seja, as alterações trazidas pela droga. Existem muitos aspectos contraditórios nas histórias de vida destas mulheres, ao mesmo tempo vulneráveis e fortes, revelando suas vivências durante as entrevistas. À medida que as conversas evoluíam, fui percebendo o quanto a fragilidade combina com o desamor, a falta de afeto que desampara e as agressões que levam os seres humanos a depender de alguma outra forma de consolo. Pois as falas convergiam para experiências dolorosas, os fatores de estresse pelos quais tinham passado e a falta de amor era percebida pela carência e necessidade de apego a algo que lhes transformasse a vida em alguns segundos.

As mulheres usuárias de crack nesta pesquisa referem-se a ele sempre de modo negativo, ou como sendo responsável por levá-las a atitudes que não teriam se não o tivessem usado. No entanto, as histórias são muito ricas e envolvem uma gama de diferenças e multiplicidades.

Com base no pressuposto de que o uso de substâncias é um fenômeno bio-psico-social, deve-se considerar que não existe um único, mas diversos usos de drogas, e levar em conta as diferenças e multiplicidade dos indivíduos e o significado atribuído ao uso (SILVA, 2000).

O trecho do depoimento a seguir revela o sofrimento e as repercussões, inclusive refere que sentiu a discriminação da família em relação a ser usuária de crack, além disso esta entrevistada acredita que a sua vida teria sido mais tranquila sem o crack, atribuindo à droga as consequências causadas pelos problemas surgidos na fase em que era usuária da substância mencionada em seu depoimento.

Mas o maior problema foi o relacionamento com a família...com os filhos, com o marido. O pessoal já te olha de outro jeito. É difícil... muito, muito, muito, muito. Um sofrimento pra mim e pra família. Por causa disso não parava em emprego. Parei de estudar. Com certeza teria sido mais tranquilo sem o crack. O problema foi esse. Quando tá sob o efeito do crack, só dá vontade de usar mais e mais... Não pensa em mais nada, não dá bola pra mais nada. Dá prazer, isso dá, com certeza. Fissura pela droga. Depois que não tem mais o que fazer, aí começa: "por que eu fiz?" Arrependimento. Claro que dá. Sofri muito...Pra pagar o crack, eu vendia as minhas coisas. Pegava dinheiro do meu marido. Dizia que tinha comprado comida, mentira, não tinha nada...Pegava coisas de dentro de casa pra trocar por crack. (E2)

As drogas de fato permitem, momentaneamente, fugir de si mesmo, do passado, dos conflitos, mas quem se submete a elas incrementa o risco inerente à vida, seja individual ou social. Assim, o sonho do prazer se transforma em sofrimento individual, familiar e social e aumenta a marginalidade, a violência, a solidão e o suicídio (BUCHER, 1992).

A sensação de urgência por crack tem incentivado o usuário à realização de atividades ilícitas, intensificando o processo de marginalização social e os riscos à sua liberdade e integridade física, psíquica e moral. A prática de atos violentos associada à criminalidade vem sendo objeto de estudo sob diversos enfoques. Sabe-se que pela dependência e para obter a droga os consumidores cometem crimes que, no caso do crack, são em sua maioria os ligados à prostituição, ao tráfico de entorpecentes e delitos patrimoniais (OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

A ocorrência de problemas com a polícia ou justiça, o desemprego, o envolvimento em situações de violência traduzem problemas importantes associados ao uso de crack (HORTA et al., 2011).

Já roubei lojas... Eu já saí muitas vezes "em cana". Fui presa já, fui pra FEBEM também. Era horrível. O presídio então...nem se fala...pior ainda. Já trafiquei. Fui pro presídio Madre Pelletier. Eu "baixei" lá na cadeia feminina, em Montenegro também, já fiquei na cadeia em Osório. Presídio é ruim porque acontece briga, morte, morreu uma amiga minha lá dentro, que eu conheci lá dentro, morreu lá... eu fui uma que briguei lá dentro. Eu não tinha "ganguê", mas eu não quis nem saber, parti pra cima e fui dando. (E4)

No relato acima, evidencia-se uma incursão na violência e no ciclo perigoso de banalização da violência ocorrida em instituições carcerárias, a passagem por esses locais demonstra as consequências na vida desta usuária e seus problemas com a justiça. A partir das mudanças ocorridas na vida desta usuária por causa do crack, é acionada uma transformação em sua existência que culmina em uma série de fatos que repercutem para a criminalidade e privação de liberdade.

Eu já estive na FEBEM, foram 5 vezes que eu já passei pela FEBEM. Internei por causa das drogas, mas uma vez foi por proteção, porque um cara queria me matar e eu pedi pra ficar lá dentro pra não acontecer isso comigo. Muita coisa eu perdi por causa do crack,

meus filhos, principalmente. Perdi um deles por causa disso. Meu segundo filho, eu perdi com seis meses de gravidez. (E6)

Eu morava com meus pais. E continuei morando com eles. Mas eles descobriram...Eu me droguei muito e aí tentei matar a minha mãe. Com facada...tentei matar minha mãe e depois tentei me matar. Eu tentei me matar enforcada, meu marido me salvou. A minha vida depois de usar o crack foi só coisa ruim. Nunca trabalhei quem me sustentava era a minha mãe. (E3)

Mudou tudo, completamente. Minha vida era tranquila e ficou pesada. Tudo mudou. Depois comecei a brigar em casa. Cheguei a brigar com a minha mãe, com meus sobrinhos, com meus irmãos. Comecei a mexer nas coisas deles. Aí foi tudo uma loucura até hoje. Eu paro e volto... (E1)

Eu já sofri tanto por causa disso (do crack). Eu já perdi tanta coisa. Já fiz tanta gente sofrer. A minha mãe é a única que tá do meu lado. O resto da minha família ninguém se dá mais comigo, ninguém fala mais comigo, mas eu não culpo eles. Meu irmão se sente mal até pra falar comigo, a gente já brigou muito. Eu vendia as minhas coisas, eu não tinha mais nada, minhas unhas das mãos e dos pés eram pretas, podres, minhas roupas eram encardidas, não tinha nem roupa, eu vendia tudo. Eu sofri muito por causa da droga...Eu usava todo o meu dinheiro pra consumir crack, eu era viciada. Era muito raro eu comprar um xampu, um condicionador, um sabonete... Eu gastava em bebida e droga, tudo! Usava umas 25, 30 pedras por dia, depende... Às vezes, ficava 3 dias usando direto, com o crack eu me considero muito dependente. (E5)

Os trechos dos depoimentos apontam para as perdas e repercussões na vida destas mulheres usuárias de crack, uma gama de sofrimentos e rupturas, conflitos familiares, internações em instituições, agressões e o quanto essas alterações afetaram suas vidas.

Dispensando julgamentos morais, a questão crucial sobre as repercussões do crack na vida das mulheres entrevistadas, neste estudo, é a cultura do uso de uma droga como o crack, considerando-se a complexidade do fenômeno do crack.

Entre as vulnerabilidades geradas pelo uso do crack estão os danos físicos, o HIV, as hepatites, a mortalidade, a violência, a degradação física, o rompimento de laços afetivos, o caos que corroboram para minimizar a qualidade de vida, a perda de esperança na vida e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

(RODRIGUES et al., 2012).

Especialistas concordam que há poucas diferenças entre as chamadas “drogas leves” e as “pesadas”, pois o impacto subjetivo sobre o indivíduo se torna irrelevante após certo tempo de consumo. E algo é inegável: o crack se transformou em um dos maiores representantes da devastação do humano provocada por uma substância tóxica. Seu efeito avassalador é rápido e de difícil retorno. O consumidor de crack é rapidamente sugado para uma espécie de limbo, no qual o individual e o subjetivo são nivelados por baixo, na necessidade imediata da próxima dose. (SANTOS; FIKS, 2012).

Apesar do que foi referido pelos autores ser bastante contundente, o problema maior reside no fato de que o crack acarreta prejuízos e repercussões graves na vida das pessoas que consomem, bem como, afeta os relacionamentos interpessoais de quem utiliza esta substância. Por meio das histórias de vida deste estudo, é possível dimensionar o que o crack pode trazer como consequência do seu uso, uma dimensão de dor e perdas, uma gama de multiplicidades de atos relacionados ao consumo da droga. Atos que, muitas vezes, fugiram totalmente do controle, por parte destas usuárias de crack, que naquele momento se encontravam em um limbo, com perda de juízo crítico da realidade, tal a gravidade da situação em que se encontravam devido ao abuso de crack. Ao se pretender fazer um estudo desta natureza, buscamos conhecer a realidade vivida pelas mulheres usuárias de crack de um determinado contexto. Por isso torna-se necessário apontar os aspectos relevantes de suas histórias, com o objetivo de colocar suas experiências tais como foram vivenciadas, sentidas e narradas, naquele momento, por meio de suas falas, gestos e expressões no decorrer das conversas.

Todavia, vale ressaltar também neste estudo, a questão de classe social a qual as entrevistadas pertencem, pois isso configura como um importante fator de compreensão de alguns aspectos e acontecimentos que estão vinculados diretamente ao uso de drogas. Podemos constatar que a totalidade das entrevistadas pertencem à uma classe social menos favorecida e mais passível de exclusão social e de estigma. Além do fato de serem mulheres, os problemas decorrentes do consumo de crack produzem uma reflexão importante sobre o modo de se tratar algumas questões nesse âmbito da drogadição.

Concordo com Andrade (2011), ao referir que a qualidade da assistência à saúde de pessoas que usam drogas depende, em muito, da classe social a que pertencem.

Enquanto os jovens de classe média são medicalizados em serviços particulares, os de menor poder aquisitivo são condenados ao cumprimento de medidas socioeducativas (BARATTA, 2003).

A internação em instituições socioeducativas de algumas das entrevistadas traz essa reflexão neste estudo, visto que a medida foi acionada no sentido de intervenção quanto ao uso de drogas e, em um dos casos, foi utilizada como medida de proteção.

A condição educacional e a econômica influenciam o consumo de crack e também o tratamento dos usuários. Sabe-se que as condições de ser jovem, estar desempregado, ter baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo, ser proveniente de família desestruturada e com antecedentes de uso de drogas tornam os usuários de crack um grupo bastante vulnerável (MENDONÇA, 2010).

Essas pessoas expressam total despreparo para enfrentar os desafios da vida. Rejeitados e negligenciados desde o momento em que foram concebidos, o fracasso na realização de expectativas, desejos e ações, em vista das atitudes e das ações dos outros para com eles, só faz confirmar as inúmeras traições que experimentaram e conheceram como a única realidade da vida, levando-os a afastar-se cada vez mais, no decorrer de seu desenvolvimento, da esperança de uma vida com significado. Essas pessoas carregam dentro de si, em função de suas vivências precoces de rejeição, abandono, desamparo e negligência, uma profunda angústia que se traduz em um vazio existencial que não se expressa e do qual dificilmente conseguem se dar conta (SOUSSUMI, 2012).

Neste estudo, as entrevistadas relataram as condições e os motivos que as levaram ao uso de crack, portanto as consequências de seu uso estão profundamente associadas à precariedade de amparo e fragilidade no seu contexto de vida.

Só paro de usar quando estou internada...pra parar de usar essa droga que não leva a nada, não tem rumo nenhum, só leva à

destruição, cadeia e cemitério. O crack leva à destruição, é um cachimbo, daí tu bota num “caninho”, qualquer “caninho” é um cachimbo, tu bota em cima do cachimbo, tu bota a droga em cima, acende o isqueiro e fuma. Aí te dá uns 15 minutos de alucinação. Depois termina a alucinação, termina a droga tu já sai atrás de mais dinheiro pra buscar mais droga. Tu te sente uma pessoa sozinha na real [...] Eu me alucino quando uso demais, tem olhos me olhando, quando eu estou na rua, principalmente... de noite, de madrugada. Dormia na rua porque meus tios não aguentavam mais, eu roubava demais em casa. Roubei cobertor, roubei...roubei um monte de coisa. Trocava por dinheiro e daí eu ia lá na “Boca” e comprava “pedra”. Eu conhecia tudo. São meus amigos até hoje. (E4)

Minha vida virou um inferno, eu já não estudava mais. Tudo mudou, agora estou aqui (na internação). Podia estar em casa, brincando com meus filhos, ou passeando com eles, ou levando eles na creche. E estou aqui internada justamente por causa do crack. Eu tenho um companheiro, mas nós estamos brigado, por causa do crack. Meus filhos agora tão com a minha mãe. Quando usava crack, ficava na rua, direto. Não dormia em casa. Pra conseguir o crack eu vendi as minhas roupas. Vendi as coisas da minha mãe. Pegava escondido dela, alguma coisa boa dela. E vendia. O que pudesse pegar, eu pegava. Eu ficava na rua...não dormia. Mas tinha uma casa em que eu fumava, que era um “fumódromo”. Era onde as pessoas iam e fumavam. Eu ficava lá fumando e saia pra rua pra vender alguma coisa. E voltava de novo pra aquela casa. Só que eu não dormia. Nem comia nada. Só tomava água, lá de vez em quando. Isso durava uns 5 ou 6 dias. Quando eu ficava muito mal, eu voltava pra casa. Até sentir fissura e voltar pra rua de novo. (E1)

A partir dos relatos foi se desvelando um universo de experiências desencadeadas pelo consumo do crack, como a vivência na rua, o inferno descrito pelo uso da substância, a destruição associada à droga, as alucinações que podem ser paradoxais, ao mesmo tempo prazerosas e paranoides, os furtos cometidos dentro de casa, as dificuldades em manter os relacionamentos, a busca desenfreada pela droga e todas as alterações que se manifestaram com o uso de crack.

Eu conheci o pai do filho que eu estou esperando lá na vila. Mas comecei a conhecer melhor ele na “balada”, mas ele morava na minha vila. Aí a gente “ficou”, durante um mês, mais ou menos, mas eu engravidei dele, eu não estava usando crack, depois comecei a usar de novo, aí ele me deixou. Eu também fui casa durante 4 anos, mas ele não usava drogas. Mas ele era obrigado a aceitar, morava comigo na minha casa. Ele sofreu um monte comigo. Acabou, ele enjoou de mim, ele cansou. E eu também já não via mais graça nele, eu tinha vontade de conhecer outros caras...mas ele foi o maior amor

que eu estive... Eu gosto dele ainda um pouco. Quando a gente não estava brigando por causa que eu estava usando droga, a gente estava bem. Eu enganei ele, menti pra ele um tempão...(E5)

A dificuldade em manter um relacionamento amoroso, mesmo reconhecendo o amor que sentia pelo companheiro, demonstra a complicação de conciliar a droga com os relacionamentos interpessoais e, principalmente, expõe a fragilidade e as perdas das usuárias, tendo em vista, o grau de dependência da droga. Isso resulta na ausência de juízo crítico da realidade e deturpação de valores éticos, como o uso da mentira no relacionamento.

O “fumódromo”, local destinado ao compartilhamento da droga, onde as relações se estabelecem em função de uma identidade, a de ser usuária de crack, e torna-se uma casa alternativa, um espaço que acolhe a fissura, ou seja, a vontade desesperada de poder fumar o crack continuamente.

Definida como um forte impulso para utilizar uma substância, a fissura é considerada fator crítico para o desenvolvimento do uso compulsivo e dependência de drogas e para recaídas após período de abstinência. O padrão de consumo intenso, contínuo e repetitivo de crack é provocado pela fissura e pode durar dias até que o suprimento de droga termine ou que haja a exaustão do usuário (NAPPO; SANCHEZ; OLIVEIRA, 2011).

Em estudo realizado com usuários de crack, todos os entrevistados afirmaram ter sentido fissura por crack, e atribuíram à fissura papel fundamental na manutenção da dependência, por ser responsável por não conseguirem ou dificultar o abandono da droga. Isso justificaria o típico perfil compulsivo do usuário de crack descrito por estudos culturais (CHAVES et al., 2011).

Sempre definida como uma sensação negativa, a fissura é a vontade de usar crack em três situações:

1. Quando se depara com algum sentimento ou com algo que o faça se lembrar do crack.
2. Após a retirada do crack, quando o indivíduo quer obter o prazer mais uma vez ou, pelo menos, não quer mais sentir o desconforto de ficar sem o crack;

3. Na vigência do uso de crack, a fissura como um de seus efeitos, quando os usuários nem terminaram a primeira “pedra” e já estão pensando em como fazer para pegar a segunda (CHAVES *et al.*, 2011);

Quando se considera o uso do crack, que em geral ocorre por longos períodos contínuos, o usuário se esgota física e psiquicamente, abstendo-se dos cuidados básicos à saúde; alimentação, sono e procedimentos de higiene pessoal. (NAPPO *et al.*, 2001);

Assim, o usuário de crack geralmente tem efeitos negativos no status geral da saúde física, uma vez que seus pensamentos e comportamentos concentram-se em tornar possível o uso da droga, deixando de lado o autocuidado (RIBEIRO; NAPPO; SANCHES, 2012).

A ausência de autocuidado fica bastante evidenciada nos depoimentos, incluindo a negligência com a alimentação, o crack torna-se o eixo central da vida destas mulheres usuárias de crack.

Outra questão que surge nos relatos é o lugar onde se comercializa a droga, a “Boca”. Segundo Saporì e Sena (2012) “Boca” é a referência de um espaço físico, constituindo-se como um ponto comercial para a venda de uma droga ilícita. O território é um espaço simbólico que caracteriza a boca como uma atividade específica ali desempenhada. O pertencimento de um indivíduo a um grupo consolida seu local como próprio de uma atividade ilícita aceita ou tolerada pelos que habitam as regiões de uma determinada localização de ponto de venda de droga (SAPORI; SENA, 2012).

Eu gostava mais de dormir na rua mesmo, com a galera, um monte de gente. Quando estava frio, a gente se esquentava, ficava todo mundo grudado, todo mundo apertadinho e uma coberta, um lençol, uma blusa grande pra se tapar a gente sempre conseguia. Até o povo da igreja ajudava a gente, davam comida. A gente não passava fome. Então eu vivi na rua esse tempo, dos treze aos dezenove anos, e com dezenove anos eu comecei a trabalhar nesse jornal que se chama Boca de Rua. Eu gosto muito de trabalhar com eles. Mas eu usava o crack direto, umas 24 horas... Conseguia o crack vendendo jornal. Pedia dinheiro também, porque só o jornal não dava, só dava 35 reais por semana, quando não ganhava nada no jornal, daí era obrigada a pedir. E tinha gente que me dava droga na rua. É fácil, eu morava no centro. (E6)

Eu comprava crack nos pontos com os traficantes. Eu mentia, dizia que ia no médico e ia comprar droga. É o que mais tem, muito fácil conseguir. (E2)

Eu ficava perto de uma Boca de crack fumando, eu era amiga dos traficantes. Namorei com um deles, então eu ficava no meio ali, onde todos os clientes iam, era uma casa, eles ficavam lá dentro e os clientes entravam lá dentro pra usar a droga e eu tinha um cachimbo que era meu e esses clientes que iam lá, eles não tem cachimbo. Então eu emprestava o meu cachimbo, mas o cara tinha que me dar um “pega” da pedra dele, uma pedra, mais ou menos, dá pra dividir em três pedacinhos, tu coloca ela em cima da cinza, tu acende, ela derrete na hora, é uma coisa assim muito rápida, tu dá o “pega”, tu traga, tu prensa também, igual como com a maconha, deu... Dá um efeito e passou, é assim tipo meio segundo o efeito, muito rápido...só se tu pensar muito, tu vai fazer a fumaça toda ir pro teu cérebro, aí tu até consegue sentir uns cinco minutinhos, dez minutinhos o efeito... Fica legal, não precisa fumar um atrás do outro quando a droga é boa, porque quando é ruim.. Bah, tem que fumar um atrás do outro. Quando é misturada não é boa, tu fica tremendo, aí cada vez usa mais, quanto mais fuma, mais quer...Eu estava morando nessa “Boca” praticamente. Eu estava quase todos os dias lá. Então lá eu via tudo o que acontecia, as pessoas vendendo a suas coisas, eu via cada coisa. Eu ia lá, ficava uns três dias sem comer nada, eu estava um “palito”, meu rosto estava “chupado”, aí eu ia pra casa, comia e voltava pra lá. E usava droga direto. (E5)

Esta usuária relata os efeitos do crack, bem como, a diferença entre usar a “droga boa” e a droga misturada, refere o quanto esse efeito e a dependência repercutiram na sua vida, alterando suas relações, colocando-se como parte integrante do universo da “Boca”, observadora de comportamentos alheios, participantes também, desse local como refúgio para consumir o crack. A caracterização de uso, detalhes, peculiaridades e efeitos descrita pelas entrevistadas proporciona um olhar mais acurado sobre a realidade e o significado de ser usuária de crack, provocando a reflexão sobre as mudanças ocorridas na vida destas usuárias a partir do ingresso nesta experiência da droga, especificamente, o crack.

A socialização com traficantes e outros usuários de crack, gera uma identificação e uma troca de favores, um compartilhamento necessário para continuar vivendo o prazer de usar a substância, facilitando as relações no espaço da “Boca”. Os relatos também propiciam a clareza do quanto o crack desperta prazer

com seu uso e um efeito potente, rápido e intenso. Assim como, as consequências de seu consumo podem ser muito intensas e promover tantas alterações na vida destas usuárias.

Eu também fumava às custas dos outros, pedindo, implorando pra pessoa me dar. Pedia na parceria, na amizade, “me dá um apoio”, é assim que a gente fala, é assim que a pessoa vai se virando quando não tem, às vezes, como eu tinha o meu cachimbo e a pessoa não tinha como fumar, imagina como é a pessoa fumar sem cachimbo...ia ter que fumar na lata, é horrível, então a pessoa me dava um pouco da droga e eu emprestava o cachimbo pra ela fumar. A maioria do que eu fumava era desse jeito, eu me aproveitava do meu cachimbo pra fumar, que coisa triste... Que horror...Eu só passava na “Boca” fumando, só o que eu queria era fumar, não pensava em mais nada. (E5)

A parceria estabelecida se concebe a partir da necessidade desesperada de aliviar a fissura, a “amizade” flui em um contato solidário, pois a empatia e o reconhecimento de si mesmo no outro fornece o vínculo fugaz e resolutivo, pois melhor oferecer o cachimbo e pedir um pouco de droga em troca, já que, presume-se, “fumar direto da lata é horrível”.

A falta de um trabalho, de uma profissão, ou a perda de vínculos trabalhistas e, conseqüentemente, de condições para o auto sustento, é um discurso sempre presente na vida do usuário de crack. As formas de uso compulsivo da droga e o hábito de ficar sem comer e dormir até a completa exaustão, quando o organismo não aguenta mais de fome e sono, e em um ritmo que volta depois de um período (padrão de uso), deixando o usuário esgotado fisicamente, contribuem para a fragilidade biopsicossocial. O rol de perdas e rupturas como consequência do uso de crack, a queda de qualidade de vida e a destituição de todos os recursos sociais levam os usuários a experimentar a desesperança, e, muitas vezes, a consciência de sua vulnerabilidade e sua condição marginal (FRACASSO; TORRES, 2012).

O meu companheiro é dependente...fiquei uns oito meses sem usar, aí encontrei o meu namorado “chapadão”, alucinado... Daí eu disse pro meu namorado: “Se eu arrumar dinheiro tu vai e busca lá pra mim?” Daí ele disse: “eu vou”. Daí eu roubei um dinheiro, dei pro meu namorado e comecei a usar de novo. Aí não parei mais. Na primeira gravidez eu parei, eu internei, tinha quinze anos. Daí quando

ela (a filha) começou a engatinhar eu comecei a me aprofundar, comecei a usar de novo, eu me separei do pai dela pra ficar com outro, o pai dela estava preso. E eu larguei ele na cadeia e comecei o caso com esse rapaz, a gente roubava pra usar droga. Nós entrava nas casas, roubava as casas. Com ele aprendi a roubar lojas... e o pai da minha filha foi pro semiaberto. Latrocínio, o crime dele. Aí nós voltamos. Mas engravidei dele, agora ele tá no regime fechado porque ele foragiu. Pegaram ele e levou dois tiros, sobreviveu, foi Deus... Voltou pra cadeia. Fui visitar, ele ligou pra mim lá de dentro, ele pediu pra visitar. (E4)

Com os valores rebaixados, o indivíduo fissurado amplia o leque de possibilidades para a obtenção de crack e/ou dinheiro para comprá-lo, incluindo atividades ilícitas. Para a pessoa em fissura perder a família, gastar altas quantias, descuidar do próprio corpo, nada parece tão ruim quanto não usar o crack. A busca obcecada pela droga suscita comportamentos de risco que comprometem a saúde do indivíduo e suas relações sociais (CHAVES et al., 2011).

O relato desta usuário mostra que o foco das suas relações se tornou a obsessão pela droga, houve uma perda significativa do senso crítico, de discernimento, acarretando problemas graves que culminaram na sua internação, no uso de crack durante a gestação atual, na perda do convívio com a sua filha e na privação de liberdade do pai de seus filhos.

Portanto, a recaída surge de maneira impiedosa, pois a volta para casa não garante a estrutura necessária, o suporte emocional para deixar de usar a droga. Ainda mais, em se tratando de um ambiente no qual a convivência sempre trouxe muito sofrimento, tendo havido abusos na infância, por parte dos pais e a mãe, inclusive, era usuária de cocaína, como no caso do relato a seguir

Eu estava na casa da minha mãe quando eu parei de usar, eu prometi pra ela que eu nunca mais ia usar de novo. Fiquei lá na minha casa. Maldita hora que eu voltei a usar. Eu saí pra rua, deu vontade de sair...Parei de usar e voltei a usar. (E6)

Apesar de lamentar a recaída pelo crack, esta usuária esforçou-se para deixar de usar, no entanto, suas condições de vida sempre a expuseram a vários fatores de risco para o abuso de substâncias, tornando difícil para ela voltar para casa e manejar a fissura.

Pulcherio et al. (2010) refere que o consumo de crack trouxe preocupações maiores por suas consequências impactantes para o indivíduo e toda a sociedade, deixando um rastro de doenças, violência e criminalidade, justo por atingir, em maior escala, uma parcela com baixa escolaridade, famílias desestruturadas e de baixo poder aquisitivo. São em sua maioria jovens que não reconhecem a sua dependência e têm grande dificuldade em aderir ao tratamento.

O que aparece como recorrente nos discursos das mulheres usuárias de crack e está em consonância com a literatura sobre as consequências do consumo desta droga, são as perdas afetivas, materiais, o relacionamento e o convívio prejudicado com os filhos, a prostituição, a criminalidade, as dificuldades e conflitos de relacionamento com os familiares e/ou companheiros e a trajetória vivida na rua, além das repercussões relacionadas aos agravos de saúde e autocuidado. O sofrimento decorrente destas vivências e todas as alterações ocorridas demonstram que a gravidade do consumo de crack é uma realidade permeada de problemas e confrontos, perdas e frustrações, tornando as pessoas mais vulneráveis ainda do que já foram antes de usar o crack.

Conforme sinaliza Duailibi, Ribeiro e Laranjeira (2008), o usuário de crack brasileiro não difere daqueles encontrados em outros países. Ele se caracteriza por ser homem, jovem, poliusuário, baixo nível socioeconômico e educacional, sem trabalho ou “vivendo de bicos”, marginalizado, com piores índices sociais e de saúde que os demais, embora nos últimos anos o uso de crack tenha se expandido para outras camadas sociais. Trocam sexo por droga e tem maior envolvimento com a criminalidade. Esse perfil perdura nas descrições mais atuais, porém com presença cada vez mais significativa de mulheres usuárias (NAPPO; SANCHEZ; OLIVEIRA, 2011).

Grande parte dos estudos realizados sobre o perfil de quem consome crack, descreve o usuário desta substância como sendo predominantemente do sexo masculino. A maioria também ainda afirma que a população usuária de crack está presente em classes sociais menos favorecidas e com um índice de escolaridade baixo. Ao realizar esta pesquisa, comprovou-se que existe uma grande parcela do sexo feminino, pertencente a uma camada social de baixo poder aquisitivo e dependente de crack, com histórias de vida relacionadas à questão do abuso desta droga. O fato de serem mulheres e também estarem vulneráveis por terem vários

fatores de risco e ausência de fatores de proteção, vai ao encontro da maioria dos casos relatados na literatura referente ao tema, porém com exceção do que concerne à questão de gênero. As mulheres deste estudo encontram-se em situação de vulnerabilidade social e ainda, grávidas, desamparadas e afastadas de seus outros filhos. Evidencia-se um ciclo perigoso de fatores de risco para o uso de crack e os comportamentos adotados por essas mulheres ao se tornarem dependentes da droga.

Utilizar a categoria gênero significa assumir a posição política de desnaturalizar a violência, de não atribuir apenas a fatores de natureza pessoal e de entender a hierarquização de gênero presente na sociedade como um dos fatores que expõem as mulheres a toda sorte de vulnerabilidades (MENEGHEL; HIRAKATA, 2011).

As mudanças observadas na cultura do uso de crack nos últimos 20 anos incluem as mulheres no grupo. A presença do consumo de crack entre a população brasileira já segue para a terceira década. Quando analisados em conjunto os prejuízos aos usuários, fica evidente uma série de questões, principalmente sobre quem é esse usuário, as diversas pesquisas no âmbito sociocultural sobre o uso de crack procuram descrever esse contexto de vida e os comportamentos típicos dos consumidores. Observa-se que os riscos no contexto do uso de crack são como uma roda-viva, com muitas variáveis interligadas, principalmente um rol de adversidades decorrentes do estilo de vida adotado pelos usuários (RIBEIRO; NAPPO; SANCHEZ, 2012).

Mulheres com problemas de uso e abuso de drogas têm apresentado situações e necessidades específicas, que nem sempre são reconhecidas e satisfeitas pelos serviços destinados à assistência de pessoas usuárias de drogas. Essas situações e necessidades, de um modo geral, estão associadas com: gravidez, responsabilidades nos cuidados com crianças, trabalho com sexo, traumas decorrentes de abuso físico e sexual experienciados na infância e/ou adolescência, o sistema judiciário, e, ainda, com níveis mais altos de problemas de saúde mental e crônica em relação aos homens (OLIVEIRA et al., 2006).

Na literatura, os usuários de crack são frequentemente caracterizados como pertencentes a classes menos favorecidas. Por outro lado, ressalta-se que ainda

faltam evidências científicas de que o índice de usuários de crack nas classes média e alta seja alarmante, o que pode significar que o uso de crack talvez não seja mais prevalente nas classes com menor poder aquisitivo, como se tem acreditado. Estudos que relacionem o nível econômico com a frequência e a intensidade de uso de droga entre usuários de crack em tratamento são dificilmente encontrados. (FREIRE et al., 2012).

Em estudo realizado em três locais de internação na cidade de Porto Alegre, os resultados indicaram que, na população estudada, os dependentes de crack pertencentes às classes de maior poder aquisitivo apresentaram padrão de uso de crack semelhante aos dependentes pertencentes às classes de menor poder aquisitivo. Porém a pesquisa foi feita apenas com indivíduos do sexo masculino (FREIRE et al., 2012).

Entre os usuários de crack é frequente a perda temporária de laços familiares em virtude do uso pesado da droga e comportamentos decorrentes, o que pode levar os dependentes dessa droga a serem classificados em classes econômicas inferiores à classificação que obteriam antes do efetivo rompimento com a família. (NAPPO; GALDURÓZ; NOTO, 1994).

A maioria dos autores aponta apenas a causa-efeito simplista a respeito do crack e suas consequências, como se não houvesse um contexto social atrelado ao problema, como se não houvesse novas possibilidades de vida a partir das experiências que estas pessoas vivenciam. Deve-se problematizar a relação de causalidade estabelecida entre o uso de crack e criminalidade, bem como todas as relações implicadas nessa temática. O perigo em se estabelecer uma associação direta entre violência e uso de drogas, pois pode estar reforçando a representação social do usuário de drogas como um criminoso e, conseqüentemente, a exclusão de determinados indivíduos ou grupos sociais. Com o estabelecimento de uma relação causal entre o uso de drogas e violência, apenas buscamos “curas” medicamentosas e repressivas para o dependente, ao invés de entendermos o processo como algo psicossocial e histórico (ROMANINI; ROSO, 2012).

O que decorre a partir do uso frequente de crack na vida destas mulheres da nossa pesquisa, está intimamente ligado à sua condição de mulher, classe social, nível de escolaridade e âmbito familiar. A causa e o efeito são verdadeiros círculos,

tais quais “portas-giratórias”, verdadeiras “rodas-vivas”, são diversos fatores motivando e, ao mesmo tempo, alterando a vida destas pessoas. As mudanças são percebidas por meio dos relatos e, também, através das observações feitas na trajetória da pesquisa, das conversas com as entrevistadas. São vidas assoladas pela violência e marcadas pela exclusão social e o estigma de ser usuária de crack, ainda que nem sempre se caracterizam por serem histórias de dor, mas de prazer. Isso é paradoxal, mas a compulsão pela droga e o alívio após sentir o efeito anestésico e prazeroso fazem parte do contexto de quem é usuário de crack, e são sentidas também por todos nós em algum momento de nossas vidas, em outras esferas compulsivas e/ou alienantes.

As sociedades contemporâneas podem ser denominadas também de sociedades de consumo. Nestas, o slogan de “mais felicidade para um número maior de pessoas” vem à tona com uma potência surpreendente: ser mais feliz significa consumir mais. A compra da casa própria, de um carro, de eletrodomésticos, eletrônicos e tantos outros produtos com primeiro pagamento daqui a sessenta, noventa dias, parcelado sem juros. As condições facilitadas de compra de produtos e serviços têm sido associadas aos indicadores de crescimento econômico no país: os “mais” pobres estão “menos” pobres. O consumo alienante também se configura pelo valor do produto. Se o consumidor não pode pagar pela mercadoria tem três soluções imediatas: ou encontra uma maneira de conseguir mais dinheiro ou negocia a forma de pagamento, ou ainda substitui a mercadoria desejada por outra que ele pode pagar (ROMANINI; ROSO, 2012).

Portanto, o que acontece com quem usa crack são consequências de todo um sistema alienante e que parte da premissa a “felicidade está ao alcance de todos”, assim como todos nós, indivíduos em busca de felicidade e vivendo na busca por algo que nos dê um sentido para a nossa existência, dentro de uma cultura individualista, consumista, muitas vezes nos anestesiando de outra forma, porém ainda assim vivendo com a finalidade de buscar o prazer por meio de algum consumo ou compulsão alienante (comprando, comendo ou consumindo substâncias psicoativas). Essa analogia traduz o significado do consumo alienante/compulsivo dos usuários de crack.

Todos nós sentimos o quanto o individualismo se impõe na nossa cultura, presente sempre em nosso cotidiano. O individualismo é expresso, é sentido não

apenas por quem faz uso de crack. O que importa é “ter mais”, independente dos outros (ROMANINI; ROSO, 2012).

Ao se ter uma compreensão sensível do problema analisando as consequências do uso de uma droga como o crack, mesmo ficando evidente que a droga acarreta alterações nefastas e traz sofrimento, busca-se ter cautela em apontar todas as mudanças e repercussões a partir do consumo de crack. A sociedade está tomada por excessos em nome de um capitalismo selvagem, individualista, perverso e onde não há limites, tornado algumas pessoas reféns deste sistema, aquelas que não possuem mecanismos e estrutura para lidar com tudo isso, acabam utilizando meios, e a droga é um deles, para aplacar a dor e anestesiar os sentidos, minimizando qualquer sofrimento ameaçador para o gozo absoluto.

O ser humano transformou-se em um artigo, um produto, experimenta suas forças vitais como uma inversão que tem que lhe oferecer o máximo de benefícios possíveis nas condições imperantes no mercado. As relações humanas são, essencialmente, as de autômatos alienados, nas quais cada um baseia sua segurança na possibilidade de se manter de acordo com a maioria e não diferir no pensamento, no sentimento ou na ação. Ao mesmo tempo em que todos tentam estar o mais perto possível dos outros, permanecem isolados, invadidos por um profundo sentimento de insegurança, de angústia e de culpa, que surge sempre que não é possível superar a dificuldade de comunicação humana. Nossa civilização oferece paliativos que ajudam as pessoas a ignorar essa solidão e usar drogas é um dos mecanismos empregados para procurar alívio. Drogar-se é uma possibilidade de resignar-se, amordaçando a dor que essa resignação acarreta, quando não se pode extirpar pela raiz as causas do mal que aflige (KALINA, 1999).

Convém ressaltar que todos os problemas decorrentes do uso de crack foram relatados sob a perspectiva das mulheres participantes deste estudo, com a visão de mundo de cada uma, mas todas tiveram uma convergência nas conversas, reiterando um discurso preponderante de que o crack faz muito mal, devastador, destrutivo. Mas não cabe aqui apenas apontar a gravidade de tudo que foi relatado durante as entrevistas, mas também provocar uma reflexão sobre o impacto do crack na vida das pessoas, trazendo as histórias de vida para a discussão dentro de um contexto reflexivo. Não se trata de enaltecer a luta do bem contra o mal, nem de levantar um discurso do desespero ou alarmista, ou da superação heroica de quem

travou uma batalha contra o crack. São pessoas, mulheres, sujeitos de sua própria história, imbuídas da vontade de falar sobre algo que aflige, causa dor, sofrimento, transtornos, mas, também, com algo bom a ser vislumbrado, uma esperança no futuro como será discutido no tópico seguinte, na próxima categoria.

3ª CATEGORIA- EXPECTATIVAS DAS MULHERES USUÁRIAS DE CRACK E O FUTURO, TRATAMENTO E APOIO FAMILIAR

A Enfermagem, como uma ciência do cuidado, depara-se na cotidianidade do assistir profissional, com pessoas, sejam homens ou mulheres, cada vez mais jovens, que se entregam ao consumo do crack. Buscar, portanto, compreender como são feitas essas escolhas e tomada de decisões contribuindo para uma visão mais ampla do modo de agir desses indivíduos, talvez seja um ponto de partida para iniciar abordagem terapêutica centrada no usuário. Para tanto, é preciso adentrar no mundo subjetivo desses usuários, conhecer quais as conexões que fazem para viver com e pela droga (SILVA JUNIOR; MONTEIRO, 2012).

Alguns autores afirmam que os usuários de crack são os que menos buscam ajuda entre os que utilizam drogas ilícitas (METSCH et al., 1999). Buscam em situações agudas, na vigência das quais preferem abordagens em ambientes de internação, com baixa adesão na fase posterior ambulatorial (FALCK, et al., 2004).

As entrevistadas deste estudo encontravam-se internadas em um hospital geral e nem todas haviam passado por experiências de tratamento anteriormente.

Agora estou aqui me tratando. Pra não usar mais. E eu pretendo não usar mais, nunca mais na minha vida. Estou pretendo entrar na igreja quando sair daqui. Só deus. Mas vai passar isso. Isso vai ser só uma fase. Eu nunca mais vou voltar aqui. Isso aqui é um inferno. Depois que eu sair daqui quero entrar pra uma Igreja. E cuidar dos meus filhos. Cuidar bem cuidado. Vou retomar a minha vida, com certeza. É o que eu mais quero. Voltar para o meu marido, se ele me quiser de volta ainda. (E1)

Eu descobri aqui dentro que a droga não leva a nada. Mas as minhas internações é muito bom. A internação aqui é muito boa, eu gosto.

Porque aqui tu aprende a rezar, é muito bom, muito bom mesmo. (E4)

É a primeira vez que interno no hospital, eu quis. Eu quis muito me internar. Gostei daqui, adorei. Parece até particular. Tá bem boa a comida. Eu me admirei quando entrei aqui... "Será que eu estou no lugar certo?" Eu tenho esperança de melhorar, senão não estava aqui. Quero muito parar, estou aqui pra isso. Não é à toa que eu estou aqui. Fui eu que pedi pra ir pro hospital. Quem me trouxe foi uma pastora, tem uma Igreja na quadra da minha casa. Foi ela que fez a minha "baixa" aqui. Eu acho que vou melhorar sim...Quando sair daqui quero arrumar um serviço, uma ocupação e cuidar dos meus filhos. E eu quero esse filho (atual gestação). Vou ficar com ele. Não sei se é menino ou menina, estou louca pra saber, não vejo a hora...(E2)

Estou achando bom aqui, tá me fazendo bem, eu quis internar. Me sinto bem aqui. Acho que vai ser bom aqui, quero parar de usar o crack. Eu quero ficar com esse filho que estou esperando. (E3)

Eu vim obrigada. Mas agora... se esse tratamento vai me ajudar, eu vou ficar, eu vou ser forte. Eu estou aqui por causa dessa desintoxicação. Eu sei que em casa eu posso ter uma recaída. Me deram injeção pra eu ficar calma. E eu vim dormindo. Sabe quem me trouxe? O CAPS, como eu já tinha feito tratamento lá uma vez eles me trouxeram. Eles me ajudaram, conseguiram uma vaga pra mim aqui. Mas eu não estou presa...Eles lá do CAPS tentaram todo dia vaga pra mim em um hospital e não conseguiam. Foi difícil conseguir aqui. Mas agora tá ótimo, tá perfeito. (E5)

Eu quis me internar agora. Quero parar de usar droga e fazer minha casa. Quero criar esse filho que estou esperando. É isso que eu quero. Vou continuar fazendo tratamento, vou fazer o CAPSad depois. Estou gostando daqui. Graças a Deus estou quase saindo. Mas ajudou bastante a internação aqui. Mas todo dia é a mesma coisa... (E6)

Os relatos demonstram a esperança no tratamento hospitalar, e um dos aspectos mais marcantes das falas foi a questão da internação voluntária e, em um dos relatos a entrevistada refere que mesmo contra à sua vontade, a internação se revelou como ótima e perfeita. Uma das depoentes afirmou que a internação é um inferno, mas depois entrou em contradição quanto a isso, no final da entrevista, ao falar sobre suas experiências com tratamento para o crack e comparar com outra

instituição onde esteve internada.

Estou gostando daqui. Bem bom. Bah, bem diferente do X, lá a gente fumava cigarro, aqui é bem melhor. E lá era tudo misturado: álcool, tudo misturado, gente louca também, de última! (E1)

No entanto, ao nos depararmos com todas essas falas sobre a internação e suas percepções sobre esse tipo de tratamento, observa-se um desejo muito forte de deixar de usar o crack e a esperança de que a internação resolva o problema da dependência da droga. Inclusive, aparece nos relatos a necessidade de entrar para a Igreja, o que faz transparecer a busca por um objetivo, a fé ou uma crença, a religião como “salvação”, substituição de tentações, tais como, o desejo e o prazer pelo uso do crack.

Entre os dependentes de drogas, especialmente de crack, que buscam ajuda em grupo religioso para a abstinência, o mais comum é passarem a desenvolver a fé após experiências pessoais de supostos contatos feitos com Deus ou conhecimento das realizações dessa divindade na vida de seus conhecidos. Trata-se de um processo lento que pode levar muitos anos. Quando buscam auxílio religioso, fé é o que menos possuem. Na realidade, “o fundo do poço”, devido ao consumo intenso de crack, é caracterizado por forte desesperança (RIBEIRO; NAPPO; SANCHEZ, 2012).

Os grupos religiosos de mútua ajuda, além de trabalharem a religiosidade e a fé, aproximam-se dos seguidores oferecendo forte acolhimento e coesão de grupo. Além disso, a reunião de cunho religioso, acaba agindo como terapia de grupo, permitindo que seus frequentadores dividam com o grupo suas angústias e recebam sugestões de como superá-las. Sentem-se apoiados sem serem julgados, mas não é apenas a fé que os atrai. Indicações práticas de como agir no momento da fissura ou, ainda, o ótimo acolhimento que recebem, estabelecendo uma nova rede social, acabam despertando o interesse pela continuidade no grupo (SANCHEZ; NAPPO, 2008).

E nesse sentido, Sanchez, Ribeiro e Nappo (2012) afirmam que os resultados de diversos estudos têm mostrado que é inegável o papel positivo da fé por meio da religião professada, ou da espiritualidade desenvolvida, na recuperação do

dependente químico. Porém, de acordo com os autores mencionados, não se pode deixar de apontar para possíveis efeitos negativos da religiosidade na vida de alguns fiéis, originados do fanatismo religioso e da crença na punição divina.

Também aflorou, nos trechos desses depoimentos, a necessidade da internação para conseguir parar de usar totalmente o crack, pois assim a impossibilidade de consumir a droga torna, na visão das entrevistadas, o caminho livre para deixar de usar o crack. O tratamento em uma instituição surge como a melhor solução nas circunstâncias em que se encontram as usuárias, a melhor saída, “a luz no fim do túnel”, uma tentativa desesperada de acreditar que, realmente, a internação pode acabar com essa dependência. Inclusive, ao enfatizar que a internação foi voluntária, elas se convencem de que esta é a melhor via de tratamento naquele momento, optando por uma abstinência voluntária, um desejo imediato de retirada da droga, para não sucumbir à tentação de usar o crack.

Então, nesse contexto, a internação é considerada como um lugar bom, perfeito, ótimo, “onde se aprende a rezar” e “parece até particular”, onde sentem-se acolhidas e protegidas, fortes e resolutas na batalha contra a droga. Iniciadas no ritual da desintoxicação e almejando enfrentar uma outra realidade, sem o crack, essas mulheres afirmam o quanto querem cuidar dos filhos, ficar com os filhos que estão gestando, demonstrando que podem retomar a vida e o cuidado com a prole. Essa necessidade de acreditar que podem vir a ser as mães que idealizaram, voltar para o marido, conseguir um trabalho, entrar para a Igreja, ou seja, deixa transparecer a esperança de que nem o crack determinou o fim de tudo isso, apesar de tudo o que vivenciaram durante o consumo da droga.

A experiência com internações anteriores também surge como um parâmetro de comparação com a internação atual. Apesar de que na instituição onde ocorreu esta pesquisa, a internação feminina possui leitos tanto para a dependência química quanto para outros tipos de transtornos mentais, em um relato apareceu que em outra instituição “era tudo misturado, gente louca, de última”, evidenciando a aprovação desta entrevistada quanto ao fato de não se sentir em um local “de gente louca”.

No relato a seguir também surge a comparação com outro local onde a entrevistada esteve anteriormente, enfatizando os aspectos ruins da experiência

com a internação naquela instituição, tecendo comentários e críticas ferrenhas ao atendimento recebido por parte da enfermagem.

Eu não gostei do hospício [...] Até me internar aqui eu poderia dizer que eu tinha gostado, mas depois de internar aqui eu posso dizer que não gostei, porque aqui é bem melhor, nem se compara. Lá era um monte de louco... Eu briguei até com os pacientes, briguei com as enfermeiras, eram chatas, tratavam a gente mal, aquelas carrancudas, com cara de braba, era muito ruim...bem diferente daqui. E lá parece que demora mais pra passar, bem diferente daqui. (E5)

Ainda que essa entrevistada possua uma crítica sobre a atual internação como segue no trecho do seu depoimento, pois a mesma refere que não gostaria de estar em uma instituição, ela prefere estar internada no momento atual, pois o temor de uma recaída pelo crack prevalece sobre o tédio da internação. E o atual lugar de tratamento ainda é, na sua percepção, melhor do que sua internação anterior em outro local.

Sei lá...não estou muito feliz de estar aqui, não queria estar aqui. É chato, não tem nada pra fazer, as horas não passam. É sempre a mesma rotina, olha o café, olha a medicação, olha os sinais, olha o almoço, hora de dormir, não gosto, não tem o que fazer...De vez em quando tem umas atividades, que é quando a gente faz exercício, tem a oficina de beleza, mas também é bem pouquinho tempo. Mas eu sei que eu estou aqui pra fazer a desintoxicação e que é necessário e se eu não estivesse aqui eu ia estar lá fora correndo o risco de ter uma recaída. (E5)

Há um consenso na literatura de que a dependência de crack exige um tratamento difícil e complexo e que deve ser acompanhada durante um longo período (KESSLER; PECHANSKY, 2008).

Pulcherio et al. (2010) apontam que é de fundamental importância a clareza de que não existe um único tratamento que abarque as características multidimensionais da adição. A equipe técnica para atender esses usuários precisa ser multiprofissional e interdisciplinar. O dependente necessita de atendimento nas diversas áreas afetadas, tais como: social, familiar, física, mental, questões legais, qualidade de vida e enfoque em estratégias de prevenção de recaída. Conforme

esses autores, o tratamento do crack inicia na internação psiquiátrica, passando ao ambulatório ou comunidades terapêuticas.

Visto que nos discursos das entrevistadas é recorrente a questão da vontade de buscar auxílio por meio de internação psiquiátrica, isso faz pensar que no contexto desta pesquisa fica evidente que a internação foi o único recurso oferecido disponível e aceito pelas usuárias como tratamento para a dependência do crack, naquele momento de suas vidas. Poucas referem conhecer ou ter algum tipo de experiência prévia em CAPSad. A internação hospitalar aparece sempre nos relatos como prioridade e como a forma de tratamento mais utilizada para essas mulheres, tendo sido o desfecho para as situações críticas devido ao consumo de crack que elas estavam enfrentando.

Apenas uma entrevistada relatou uma experiência de tratamento em CAPSad anteriormente.

Já fiz tratamento no CAPSad em Viamão. Nesse CAPS acho que eu fiquei uns dois meses e foi muito bom. E eu não tomava medicação, era só palestra...não tomava nenhum remédio, só palestra. Mas me ajudou muito a parar, eu consegui parar. (E5)

O fato de não ter usado medicação foi enfatizado pela usuária, que referiu ter sido bom o tratamento em CAPSad, ainda que não tenha aderido ao tratamento e ter tido recaída durante a sua experiência naquele serviço de saúde.

Para Bisch et al. (2011), os estudos sobre alternativas de tratamento para usuários de crack são de extrema relevância frente ao aumento do uso de drogas e as dificuldades de acesso ao tratamento na rede pública de saúde.

Os CAPS garantem a oferta de atendimento especializado próximo ao local de moradia dos usuários, mas têm sido descritos problemas no acesso, além de evidências de estigmatização no vínculo com os CAPS (BRASIL, 2011).

Camatta (2010) refere que:

A busca de um novo lugar social para o sofrimento psíquico, almejado pelo paradigma da atenção psicossocial, não está restrita à garantia de atendimento do usuário no serviço, mas implica

estabelecer outras formas de relação com o usuário, com a família e com a sociedade. (CAMATTA, 2010, p. 129)

Em estudo realizado sobre o perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial, em três municípios da região metropolitana de Porto Alegre, apontou que a maior participação de mulheres na clientela dos CAPS pode apenas acompanhar a tendência delas buscarem mais os serviços de saúde que os homens, mas a garantia de vagas para as usuárias de crack, principalmente em período gestacional, deve ser lembrada (HORTA et al., 2011).

A maior procura pelas mulheres aos serviços de saúde remetem à questões de gênero, à determinação histórica e social do fenômeno, e no sul do Brasil a diferença entre homens e mulheres que consomem crack é menor do que no restante do país (SANTOS, 2009).

O estudo de Horta et al. (2011), conclui que deve ser facilitado o acesso de usuários de crack aos serviços do SUS, e que devem ser priorizados os grupos de usuários sem apoio familiar ou vivendo em situação de rua, de baixa ou nenhuma escolaridade e sem renda pessoal ou familiar e, que as mulheres, especialmente as gestantes, também merecem atenção especial.

Os usuários de crack são os que menos buscam ajuda entre os indivíduos que utilizam drogas ilícitas, postergando ao máximo a busca por tratamento e restringindo-o às situações agudas, na vigência das quais preferem abordagens em ambientes de internação (DIAS et al., 2011).

Há fatores que predisõem a busca por tratamento, como o aumento da severidade da dependência, problemas legais e presença de tratamentos anteriores. (METSCH et al., 1999).

Isso corrobora com o panorama encontrado nesta pesquisa, pois a demanda por atendimento na internação está associada à gravidade da situação em que as usuárias se encontram, também pela pouca ou nenhuma adesão aos tratamentos anteriores. Mas, há um contraponto a essa mentalidade de buscar a abstinência para tratar o crack, que serve como base de um pensamento legitimado no senso comum e na comunidade médica de que a única solução seria a retirada total da

droga, como única forma de tratamento. Também isso serve para a manutenção de uma perspectiva curativa, um modelo baseado na abstinência, em prol da reprodução de um padrão da sociedade que não deseja o convívio com o usuário de droga. No caso da Redução de Danos, o usuário pode construir uma vida com o crack, apesar do crack e não em função do crack. Porém, as entrevistadas possuem o discurso da abstinência, desintoxicação e, conseqüentemente, a internação hospitalar muito arraigado e consolidado como sendo o melhor, pois elas, inconscientemente, introjetaram o pensamento do senso comum, da sociedade e da mídia.

As internações múltiplas aparecem nos relatos e, a experiência anterior com outra instituição psiquiátrica, também surge durante as narrativas.

Eu fui pro São Pedro, nem me lembro quando...quantas vezes...já fiquei mais de um mês lá no São Pedro. (E3)

A primeira vez que vim pra cá (hospital) foi no mês passado. Essa já é a segunda vez, saí e voltei. Porque eu fui direto pra droga. Eu fiquei um mês internada. Aí saí...estava na casa de um amigo meu e levaram a polícia lá "Tu precisa te internar", a polícia falou e me trouxeram. A polícia e uma conselheira tutelar me trouxeram, a conselheira é porque eu estou grávida. (E4)

O trecho do depoimento acima reflete para uma situação comum em se tratando de usuários de crack, ou seja, quando a internação vira caso de polícia. A mesma depoente já referiu ter aprendido a rezar e, também, que aprendeu que a droga não leva a nada, deixando claro o fato desse aprendizado ter sido adquirido durante a internação, mesmo já tendo no seu histórico duas internações sucessivas em um espaço de um mês.

Ontem eu estava falando com o fulano (referindo-se ao médico assistente) e ele perguntou: "Tu não tem amor pelos teus filhos?" Eu disse: "Porque?" Ele disse: "Porque tu não para de usar droga". Ele falou que falta força de vontade pra mim parar de usar droga. Eu fiquei "de cara". Que falta pra mim? Pode até ser amor, mas força de vontade é o que mais tenho, quando eu quero uma coisa eu faço, é que eu nunca botei na minha cabeça: "vou parar"! Pra ti ver, já

consegui ficar oito meses sem usar, eu posso ficar oito anos. É o que eu mais quero. (E4)

Destaca-se na fala desta entrevistada o fato de ter utilizado a racionalização como mecanismo de defesa para contrapor o argumento inadequado do profissional médico. Ao mencionar a conversa que teve com um profissional responsável por seu atendimento, nota-se o tipo de abordagem a que foi submetida essa usuária, condizente com uma mentalidade de culpabilizar a pessoa pelo problema que a mesma apresenta, como uma forma de julgar e normatizar por meio de uma acusação perversa, usando para isso a vulnerabilidade da entrevistada em um momento delicado de sua vida. Ao constranger essa usuária responsabilizando-a pelo seu comportamento, esse tipo de profissional exerce um poder e um controle que são intrínsecos à estrutura social onde o mesmo se encontra inserido. Embora haja muito discurso em prol de humanização no atendimento em saúde, condutas inadequadas e preconceituosas como a descrita acima, ainda são muito comuns, infelizmente.

A usuária ao narrar que “ficou de cara”, demonstra o quanto isso a atingiu e afetou de forma negativa, concluindo que pode parar de usar o crack, citando a tal força de vontade tão disseminada no senso comum como algo a ser alcançado por quem é vencedor, forte, batalhador. Enfim, um ponto de vista típico da nossa sociedade individualista, que não leva em consideração todos os fatores determinantes do consumo de substâncias psicoativas. E, inclusive, normatiza o que é certo e errado, determinando condutas aceitáveis e mantenedoras da moral vigente. Responsabilizar o usuário por seu consumo de uma droga ilícita aponta a hipocrisia, o fato do crack ser proibido ativa ainda mais o preconceito e o juízo de valor em relação ao seu uso. Apesar de todas as fugas por meio de vários tipos de subterfúgios, incluindo o álcool e tabaco, medicações psicotrópicos, gastos excessivos, sexo, jogos, etc., a relação da sociedade com o consumo de drogas ilícitas, mais especificamente o crack, detona um preconceito e um comportamento discriminatório muito intensos. Tanto que as mulheres usuária de crack deste estudo incorporaram a culpa em relação ao uso da droga, a abstinência e o tratamento via internação hospitalar como algo natural.

A realidade social é multifacetada demais para ser compreendida por um

único método. É melhor combinar estratégias múltiplas de abordagem, de modo que elas compensem as debilidades umas das outras e considerar o desdobramento dos dramas sociais desencadeados pelas experiências individuais e coletivas. (FRACASSO; TORRES, 2012) Para esses autores, o que as histórias heterogêneas de vida de quem vive excluído por causa das drogas, têm em comum é justamente o fato de serem histórias de rupturas, percursos de sucessivas perdas e trajetórias de exclusão.

Para Ribeiro e Laranjeira (2012), cabe ao especialista em dependência química uma avaliação inicial do problema, o acolhimento e a reafirmação de que o usuário de crack não está sozinho, pois há recursos capazes de ajudá-lo.

De acordo com Rodrigues et al. (2012), é necessário que os profissionais que atuam nessa área, estejam engajados na busca de estratégias integradas e integradoras, centradas no ser humano, que momentaneamente ou não, vê-se impelido ao uso/abuso do crack, mas que deve ser vislumbrado pelos profissionais e serviços de saúde como um ser singular, familiar e multidimensional.

Concordo com Meneghel, Saigot e Bairros (2009) ao referir que:

Os profissionais de saúde não se sentem seguros quando realizam ações de sentido tecnológico diverso do construído por seu próprio campo. Esse fato dificulta o emprego de tecnologias leves como é o caso da escuta, acolhimento e vínculo, fazendo com que trabalhadores de saúde percebam essas ações como pouco resolutivas e prefiram protocolos que incluam exames, técnicas diagnósticas e medicamentos. Poderíamos acrescentar as limitações implícitas ao modelo assistencial em saúde ordenado para atender situações agudas que apresentam rapidez no desfecho, ao contrário de agravos de caráter crônico, para os quais as medidas mais efetivas são as que proporcionam cuidado ofertado por equipes interdisciplinares, longitudinalmente por longos períodos de tempo.

Vale ressaltar a diversidade de configurações sociais expressadas pela dependência do uso de crack. Em alguns casos, já é possível encontrar usuários com mais de cinco anos de consumo, com padrão de uso associado a outras drogas em que a marginalidade não é comum. Nesses casos, esses indivíduos têm conseguido manter o vínculo empregatício e familiar (DUALIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008).

A ausência de suporte social, ou seja, emprego, estabilidade do núcleo familiar e disponibilidade de rede de tratamento adequado e a deficiência no acesso e vínculo aos serviços de saúde primários, pouco acessíveis, são fatores a serem considerados no agravamento da situação do uso de crack (SELEGHIM, et al. 2011b).

Portanto, um enfoque relevante na questão do tratamento que deve ser destacado é o apoio da família. Ao conversar com as entrevistadas surgiram algumas alusões aos seus familiares no processo de tratamento para deixar de usar o crack.

Eu tenho ajuda dos meus sogros, eles são legais comigo. Posso contar com eles. (E2)

Minha família é maravilhosa. Sempre junto comigo. Sempre disposta a cuidar de mim. Sempre vindo atrás de mim. Se eu fujo, eles vêm atrás. Minha mãe é assim, principalmente. Eles me ajudam, a minha mãe e a minha irmã sempre vêm me visitar aqui. (E1)

Eu quero ter a vontade de ficar aqui. Eu estou com muita carência da minha família aqui...Quando a minha mãe veio me visitar hoje, me abracei nela, chorei tanto. Quando eu vi a minha mãe eu tirei um “peso”, foi um alívio, falei que amava ela, ela disse pra eu nunca me esquecer de uma coisa, que ela me amava... “eu te amo muito, nunca esquece disso, que eu te amo”. Isso pra mim foi tudo, quer ver uma pessoa feliz é ter uma mãe que tá do teu lado...mesmo eu sendo assim ela não me abandonou. Ela me ama, ela tem esperança de eu mudar, ela tem fé em mim. (E5)

A partir das falas das entrevistadas sobre o apoio familiar, fica evidente que existe algum vínculo positivo de afeto e proteção dos familiares e, principalmente, elas sentem-se apoiadas para aderir ao tratamento e permanecer na internação. Obviamente, o apoio da família é fundamental para que elas tenham esperança e continuem com o seu desejo de parar de usar o crack. A necessidade de amor e afeto está presente no cotidiano da internação, é algo que detona um processo de carência como afirma uma das depoentes. Também demonstram que há sentimentos de apego e preocupação por parte da família em relação a elas, mesmo que elas fujam, deixem o tratamento, ainda assim não serão abandonadas, os familiares têm fé e apoiam a sua força de vontade em aderir ao tratamento.

Importante frisar que somente três das entrevistadas afirmaram esse apoio com tanta convicção, ainda que no passado suas relações e vínculos familiares tenham sido frágeis, omissos ou desorganizados.

Em outro depoimento a entrevista afirma que:

Não veio ninguém me ver aqui, nem na outra internação. Ainda não veio ninguém, estou esperando...Ah, os meus parentes...eles são muito magoados comigo. (E4)

A visão idealizada dos laços familiares é algo, indubitavelmente, natural no processo de afastamento e distanciamento da família em uma internação hospitalar, pois acarreta isolamento e solidão, mas que pode trazer decepção no momento de enfrentar o mundo exterior e encarar novamente a realidade, caso essas relações sejam construídas em uma base fragilizada e desgastada.

Como bem ressaltam Schenker e Minayo (2004), os tratamentos são construídos, em sua maioria, na busca de engajamento e retenção daquele que abusa de drogas, seja através das figuras significativas da família que se preocupam com ele, seja trabalhando de forma terapêutica o contexto familiar sob a ótica sistêmica, já que existe a comprovação da importância da família para a formação e o desenvolvimento do uso abusivo de drogas. Então, como consequência irrefutável, há necessidade de se tratar o sistema familiar para a transformação da adição em produção de saúde.

As expectativas sobre o tratamento sempre se expressam por meio de uma narrativa baseada na possibilidade de uma vida sem o crack, com planos de revitalizar as relações afetivas e amorosas, exercer seu papel de mãe, retomar uma vida produtiva, seja através de uma ocupação ou emprego, buscar apoio numa religião, enfim conduzir suas vidas dentro de trajetórias longe das drogas. É o que ficou claro durante a narrativa das histórias destas mulheres usuárias de crack.

Pretendo voltar para a casa da minha mãe e criar meu filho. Esse é o meu plano. E daqui vinte e dois dias quando eu sair daqui eu quero voltar a ter a minha vida como era antes do crack...antes de usar qualquer droga. Eu era uma pessoa normal. Quero ser feliz com quem amo, livre, não ter mais essa droga na minha vida, pra sair

dessa droga é difícil, quem conseguir que “bote as mãos pro céu”, porque é difícil. É uma batalha, uma guerra. Eu quero esse nenê, até escolhi o nome. Eu vou ficar com ele, com certeza. Ele vai ser um motivo pra mim...Entendeu? Saber que uma pessoa, uma vida depende de mim, eu não posso jogar tudo fora se tem uma pessoa que depende de mim agora. Eu acho que vontade de usar crack eu não vou sentir porque eu vou estar desintoxicada. Só se for pelo lado psicológico...Eu vou tentar, com todas as minhas forças. Eu espero conseguir e, se um dia... Se um dia eu voltar com isso, eu vou sair de casa definitivo, eu não quero mais incomodar ninguém, porque eles querem o meu bem. Mas, se Deus quiser, eu não vou mais voltar pra isso, eu vou lutar com todas as minhas forças, eu vou até me lembrar desse momento que eu estou falando contigo agora e vou tentar...Eu espero, espero muito mesmo conseguir, não é fácil, mas também não é impossível. (E5)

A verdadeira relação terapêutica entre enfermagem e usuário do serviço de saúde, desenvolvida no âmago de um projeto de cuidado que transcende o limiar da racionalidade e adquire uma significação de empatia e compreensão, integra um conceito que abrange todas as facetas da vida de quem está ali, naquele momento, necessitando de uma escuta qualificada e acolhimento. Essa relação requer uma disposição para cuidar do outro sem restrições, exercitar uma interlocução despojada de jargões científicos, também, evitando confrontos e manipulações a partir de julgamentos feitos a priori sobre a vida das pessoas e seus problemas.

Atualmente, a enfermagem está sendo influenciada pelo referencial das relações humanas, o enfoque não está centrado na perspectiva da doença, mas também passa a ser considerado o contexto de relações do paciente, relação “com outras pessoas”. A enfermagem estaria explorando o seu “ser” profissional como um instrumento da assistência (RODRIGUES; SCHNEIDER, 1999).

O depoimento da usuária E5 define de forma elucidativa o que, de fato, as mulheres esperam e querem a partir da internação para tratar a dependência do crack. Também possuem a ânsia de serem compreendidas, acolhidas e aceitas, pois seus discursos sempre convergem para uma vida onde haja espaço para relações tranquilas, para a maternidade, trabalho e lazer. O conceito referido pela entrevistada de normalidade, “Eu era uma pessoa normal”, antes do uso de drogas reflete a necessidade de fazer parte e ser aceita pelo grupo social. Ser alguém “normal”, nesse contexto, significa ser integrante de uma realidade produtiva, não ser um incômodo para os outros, ser livre, ser feliz, cuidar do filho, ter um motivo

forte que justifique o abandono do consumo de crack. Mesmo que isso seja muito difícil, uma batalha, uma guerra, a representação de uma luta constante, mas não impossível.

Ressalta-se que a dependência de crack é uma condição complexa, e que ter a abstinência como alvo central, no entanto, não é suficiente para a resolução do problema. É necessário que a abordagem seja mais ampla e que, além de buscar a abstinência total de qualquer substância de abuso, almeje mudança global no estilo de vida. O tratamento serve como uma oportunidade para ajudar o usuário a transformar a sua percepção do mundo e sua forma de inserção nele. Pode propiciar a abertura de novos horizontes que possibilitem descobrir e exercitar novas habilidades, novas sensibilidades e ter contato com a sua plena condição humana (BESSA, 2012).

Segundo Oliveira e Egry (2000), a compreensão acerca dos determinantes da saúde das populações, assim como a discussão e a formulação de políticas de saúde têm sido grandemente prejudicadas pela perpetuação de instrumentos de interpretação incompletos, obsoletos ou equivocados.

A instauração de espaços de emergência de necessidades no interior dos serviços, de tal forma que se oponham ao seu caráter instaurador de necessidades reificadas, pode ajudar a resgatar valores que foram negativados ao longo das opções históricas que elegeram a atual forma dominante de construção social, espaços que se abram para os carecimentos ainda não incorporados pela ciência tradicional (SCHRAIBER; GONÇALVES, 1996).

Segundo Schraiber e Gonçalves (1996), isso seria conseguido na medida em que se evitasse que as necessidades de saúde fossem reduzidas a processos fisiopatológicos, em que se buscassem formas de assistir que fossem cada vez mais “totalizadoras” e não meramente a somatória de especificidades tecnológicas, em que se resgatasse a subjetividade como parte desse processo de inovação.

Existe uma grande dificuldade de se estabelecer um diagnóstico preciso quando se está diante de alguém com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Seria mais produtivo evitar simplificações que tornam os acometidos pelo problema ainda mais incompreendidos do que naturalmente se sentem. Também, é necessário um minucioso acompanhamento e um olhar para as

diferenças e as características de cada história de vida, pois devem ser levadas em consideração, com o objetivo de maior efetividade na resolução das ações propostas de tratamento.

Concordo com Fracasso e Torres (2012) ao referirem que não existem intervenções mágicas e que as intervenções destinadas às mulheres usuárias de crack devem considerar as questões culturais e de gênero.

As expectativas das mulheres entrevistadas convergem para uma perspectiva de vida sem o crack, pensando em possibilidades concretas direcionadas a um novo planejamento de vida, um recomeço, uma nova chance de viver novas experiências distantes da realidade vivida com a droga, onde não haja espaço para o consumo de crack.

O fato é que quando a utilização de substâncias psicoativas assume padrões altamente disfuncionais, acarretando total dependência, acaba gerando prejuízos psicológicos, biológicos e sociais, transformando-se em um problema que afeta gravemente a qualidade de vida de quem usa tais substâncias, especificamente, neste caso, o crack. Portanto, para elas, é perfeitamente compreensível que desejem a condição de recuperarem ou, mesmo que de forma precária, retomarem suas vidas antes do consumo de crack, algo a ser almejado como finalidade de vida, uma meta a ser atingida, uma etapa a ser vencida, um sonho a ser realizado. A esperança é a força propulsora que condiciona a motivação para seguir com o tratamento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo o fenômeno das substâncias psicoativas um recurso que acompanha o ser humano ao longo de toda a história da cultura, ao estudá-lo, devemos nos colocar em uma posição que considere o contexto como um elemento central para o atendimento de cada ser ou de cada grupo que pretendemos estudar. Pois estudar sem a atitude de entender, de compreender o outro, carece de interesse e efetividade.

A trajetória percorrida nesta pesquisa permitiu o conhecimento e o desvelar de uma realidade sobre o uso de crack por mulheres, trazendo à tona um universo de significados em relação a esse fenômeno. Existe uma multiplicidade de usos de crack e diferentes formas de conceber esses usos, uma enorme diversidade que vai além de entendimentos simplificados, de ideias pré-concebidas ou pensamentos reducionistas sobre um problema complexo e instigante.

A realização deste estudo por meio do método História de Vida, utilizando o referencial de Bertaux, proporcionou uma compreensão das vivências, aprofundando múltiplos aspectos, no que concerne à questão do consumo de crack por mulheres. A escolha do referencial metodológico facilitou o desvendamento das dimensões psicossociais, provocando uma reflexão ideológica sobre a questão do uso de drogas, possibilitando uma incursão nas experiências vivenciadas pelas entrevistadas, estabelecendo uma interação produtora para elucidar o objeto desta pesquisa.

Por meio de relatos e conversas compartilhadas, houve o vislumbramento de uma problemática tão propalada em todos os meios da nossa sociedade, bastante discutida em vários âmbitos, mas, nem sempre, suficientemente compreendida sob o ponto de vista da subjetividade e das relações humanas. O fato de uma pessoa consumir drogas já acarreta um olhar diferente sobre esse ser, detonando, muitas vezes, julgamentos morais sobre tal comportamento. Ao se tratar de uma substância como o crack, o que se observa é a tendência a piorar o juízo de valor sobre essa prática, o qual se estabelece com uma rapidez surpreendente e dotada de caráter sensacionalista.

Ao buscar compreender as vivências das mulheres usuárias de crack,

conhecendo suas trajetórias, a partir de suas histórias de vida, realizamos um estudo focado na dimensão relacional do ser humano e sua atitude perante a realidade, procurando apreender o mundo no qual está inserido, suas expectativas, desejos, sentimentos e conflitos. Algo que vai muito além de perspectivas lineares e obtusas, pois em uma pesquisa desta natureza, há a necessidade de desvelar e compreender os significados do objeto, do tema a ser pesquisado em profundidade, despojando-se de princípios e valores *a priori* definidos, desconstruindo conceitos e rompendo alguns tabus.

Portanto, consideramos que no decorrer da análise dos relatos, foi se delineando uma construção de histórias de vida contadas sob a ótica de quem vivencia uma determinada experiência, muito particular e delicada, e essas histórias, às vezes, insólitas provocaram uma contextualização rica sobre a questão de ser usuária de crack, demonstrando os modos de lidar com essa realidade.

A relação mulher e crack trazem vários questionamentos e suscita reflexões sobre o modo de se pensar como se manifesta esse uso de drogas pelo sexo feminino. A condição feminina atrai uma gama de suscetibilidades, favorecendo julgamentos e questionamentos sobre os padrões de comportamento socialmente aceitáveis e determinados de acordo com as normas preconizadas pela cultura do meio social. A discriminação de gênero, em relação às condutas das mulheres, desencadeia perversos modelos condicionantes de preconceitos e estabelecem atitudes que visam deturpar a mulher em nossa sociedade.

É irrefutável o que se evidencia quando se trata da imagem idealizada da figura feminina, gerando controvérsias em relação aos padrões de comportamento diferentes, e o uso de drogas é um destes exemplos de algo que foge da adequação de padrão considerado normal para a mulher. Existem diferenças inegáveis entre o uso de drogas para a mulher e para o homem, destacando-se o fato de que a mulher possui a responsabilidade da gestação, incluindo os cuidados com os filhos desde a amamentação, o que por si só já representa um alto custo cobrado pela sociedade. Sobre a mulher recai toda e qualquer expectativa de que cumpra com seu papel de mãe, dificilmente compatível com o hábito de usar drogas. O preconceito social estigmatiza a mulher que faz uso de drogas como alguém promíscua, desleixada, amoral e negligente, exacerbando o estereótipo que procura mostrar as mulheres como fracas e sem força de vontade para resistir a esse tipo de comportamento. As

mulheres deste estudo relataram suas vivências e atribuíram significados às suas experiências de vida com relação ao consumo de crack, narrando seu sofrimento permeado por abusos e violência. A primeira categoria revelou o significado de fazer uso abusivo de crack, abrangendo as situações, vivências e sentimentos relacionados ao uso abusivo de crack. A prostituição e o uso de crack foi tema recorrente em todos os depoimentos, demonstrando que todas as entrevistadas recorreram ao recurso da prostituição com a finalidade de obter a droga, tendo a necessidade de utilizar essa prática para combater a fissura pelo crack.

A questão da violência associada ao consumo de crack esteve presente nos depoimentos, pois em diversas situações ocorreram fatos em que elas se expuseram à agressões físicas e emocionais, ameaças à integridade física, incluindo, estupro. O fato de serem do sexo feminino configurou-se como fator de vulnerabilidade frente a essas situações de violência, pois as mulheres já são alvo fácil para todo e qualquer tipo de agressão, e, em se tratando de usuárias de drogas e estarem envolvidas com prostituição, agrava ainda mais esse quadro.

Todas as participantes deste estudo estavam grávidas e revelaram sentimentos de culpa por não conseguirem exercer a maternidade plenamente, tendo sempre explicitado o quanto desejam ficar com os bebês destas gestações. Ao afirmarem que usaram crack na gestação, houve unanimidade quanto a isso, percebe-se a dificuldade e as contradições existentes entre a responsabilidade por uma nova vida e a dependência pelo crack, até porque nem todas as gestações foram desejadas e, na maioria das vezes, aconteceram em um percurso tumultuado, em meio a vários percalços e desordem de vida. O fato é que a maior parte dessas gestações ocorreu aleatoriamente, evidenciando a dificuldade de utilizar algum método de contracepção, devido à desorganização e ausência de discernimento em suas vidas. Em seus relatos, elas fizeram questão de ressaltar que os filhos e as gestações atuais são frutos de relacionamentos amorosos, ainda que gerados em condições adversas. Essa ideia de um amor romântico faz parte da visão de mundo das entrevistadas, por estar arraigado no senso comum, como algo que se consolida no cotidiano de nossa sociedade, onde se preconiza o relacionamento amoroso estável como o princípio da ordem e do padrão moral legitimado socialmente.

Portanto, fazer parte desse mundo das relações normatizadoras, sob um viés romântico, torna menos dolorosa a existência de quem sofreu muitas privações

afetivas e esteve à margem por consumir drogas. Isso serve de consolo, de justificativa para buscar uma vida condizente com a normalidade imposta pela cultura e obter uma ilusão de preencher lacunas existenciais e desviar de deslizes anticonvencionais.

Ainda que as relações descritas pelas mulheres desta pesquisa, realmente possam existir com afeto genuíno e desejo pelos objetos amados, nem sempre estão pautadas pelo ideal de amor e retribuição que gostariam, pois a realidade se impõe de uma maneira mais complicada, ocasionando disfuncionalidade e padrões pouco ortodoxos em relação aos sentimentos e desejos.

Então, o problema exposto quanto às relações interpessoais das usuárias é que estas se revelaram conflituosas e desgastadas pelo uso do crack, com sofrimento e perdas significativas nos afetos. Tanto os relacionamentos amorosos quanto os familiares, incluindo o relacionamento com os filhos, foram sempre caracterizados por brigas, rupturas, com desavenças e dificuldade em manter os vínculos afetivos e conjugais. Ao retratar essas vivências, as entrevistadas se emocionaram, em diversos momentos, principalmente, no que tange à questão da maternidade, implicando em culpa e necessidade de reparação, evidenciando remorso e medo de não serem aceitas pela família e pelos filhos.

As cobranças pela negligência e abandono da família e/ou filhos aparece sempre nos discursos, pois isso ocorre tanto na sociedade, de um modo geral, quanto em contextos mais específicos, como em uma instituição de tratamento. As narrativas apontaram para o preconceito e questionamentos quanto aos seus comportamentos em relação aos seus filhos e o fato de usarem crack, por parte dos profissionais de saúde. Ser mulher, gestante, usuária de crack, ter recorrido à prostituição, mesmo estando casada, tudo isso provoca um verdadeiro arsenal de classificações pejorativas e discriminações, sob a égide da intolerância.

O fato de buscarem o crack a todo custo, de forma incessante, quando estavam em fissura, permitiu o entendimento do quanto à vontade de usar a droga prevalece, são atitudes que se costuma ter quando se deseja intensamente algo e se é capaz de todo e qualquer gesto para conseguir o objeto de prazer, nesse caso, o crack. Pelas descrições obtidas nos relatos, constatamos as estratégias utilizadas para obtenção do crack, mais comumente o ato de furtar objetos de dentro de casa,

a prostituição, pedir dinheiro na rua, vender seus pertences pessoais, negociar a droga com outros usuários, até trocar favores, tais como, empréstimo de cachimbo.

Vivemos em uma sociedade que normatiza comportamentos, preconiza o sucesso, a resolutividade, o imediatismo, o acúmulo de bens materiais e a volatilidade das relações, portanto, o fenômeno do uso de drogas inscreve-se em uma cultura condizente com a busca por algo que dê sentido a todas essas necessidades desenfreadas e, na maior parte das vezes, praticamente impossível de serem satisfeitas. Isso torna as pessoas vulneráveis e suscetíveis à procura de alívio e prazer, um tanto hedonista, para dar vazão aos desejos e anestesiar os sentidos, descartando frustrações. Ainda que efêmero, mas podendo ser prolongado, o efeito do crack é mais uma das invenções da nossa cultura, assim como outros comportamentos adictos, tais como comer compulsivamente, comprar em excesso, beber em demasia, fumar e tantas outras formas de aliviar a dor, o vazio, o tédio, a solidão, o desamor, a frustração, a rejeição, a ausência daquilo que se sente falta por ter sido uma necessidade inventada. O crack surgiu na vida destas mulheres como uma solução atraente, aparecendo como a salvação para suprir todas as dificuldades, compensar carências em esferas significativas do cotidiano das entrevistadas.

O estudo permitiu identificar os motivos do início do uso de crack, apontando vários fatores de risco presentes nas trajetórias destas mulheres. A estrutura familiar frágil, pais usuários de álcool e/ou outras drogas, como o crack, abuso emocional, físico e sexual, abandono, negligência e maus-tratos por parte de familiares, bem como, o uso de crack pelo namorado ou marido são relatados nos depoimentos, sendo possível compreender as motivações que levaram ao uso de crack.

Os depoimentos descortinaram realidades sofridas, permeadas por violência, desestrutura familiar, dificuldades financeiras, aliados à busca por uma euforia produzida por uma substância que causa um efeito prazeroso e dependência rápida. A facilidade em conseguir o crack, a sensação de bem-estar produzida pela droga, a utilização de outras drogas lícitas ou ilícitas concomitante com o crack, ou mesmo a escalada das drogas, resultam em um ciclo difícil de romper, aliados aos fatores de risco que são inerentes à vida das mulheres participantes desta pesquisa.

As drogas, em geral, e mais especificamente o crack, agem como uma

neutralização de uma carência, diminuição de ansiedade, devolvendo alguma esperança, desencadeando uma ilusão de força, de poder, uma fantasia de reparação, uma solução mágica e imperiosa para quem vivencia a experiência do consumo desta substância. Por tudo que foi revelado, pode-se ponderar que as mulheres desta pesquisa apresentaram as mais variadas motivações para o início precoce e a continuidade do uso de crack, verificando-se as condições de suas vidas e manifestações de vulnerabilidade e suscetibilidade a que estiveram expostas em suas mais variadas formas e contextos.

Convém aqui ressaltar que este estudo possui um recorte temporal e retrata concepções de pessoas em um grupo específico e em circunstâncias determinadas, uma construção provisória sobre um determinado ponto de vista com respostas provisórias, uma pesquisa produzida dentro de um contexto cultural. Ao ler e analisar todo o conteúdo dos depoimentos fizemos a apreensão e compreensão dos significados relevantes, considerando os objetivos que nortearam o estudo, e essa integração das descobertas desvendou a lógica das falas e das relações das mulheres com o crack.

Quanto às alterações ocorridas na vida das mulheres, a partir do consumo de crack, surgiram várias questões importantes a serem destacadas: as perdas afetivas e materiais, como a convivência prejudicada com a família, a perda da guarda dos filhos, as separações amorosas, a dificuldade de manter vínculos com trabalho, emprego e relacionamentos interpessoais, a prostituição, a vivência na rua, com traficantes e outros usuários de crack, as parcerias estabelecidas a partir da comunhão da droga, a criminalidade, as institucionalizações e encarceramento no sistema prisional, gestações não planejadas, desgastes emocionais e sentimentos de culpa, deterioração física e psicológica, consequências expostas em seus relatos durante o decorrer das entrevistas.

Todas as alterações e repercussões na vida destas mulheres foram histórias de vida repletas de experiências individuais e singulares, mas, ao mesmo tempo, as vivências convergem e se tornam coletivas na perspectiva do grupo de mulheres que vivenciou o fenômeno de serem usuárias de crack. As autoras desse processo compartilham realidades parecidas em diversos aspectos, possuem o estigma de pertencer a uma parcela marginalizada da sociedade, são do sexo feminino, “crackeiras”, gestantes, com filhos também nascidos a partir do uso de crack, tendo

sido submetidas a todo tipo de enfrentamento, forjando novas formas de ser para sobreviver e encarar a dependência pelo crack. As situações que foram vivenciadas por estas mulheres acarretaram muitas mudanças, algumas bastante sofridas e das quais elas trazem a dor e a consequência das perdas e problemas pelos quais todas as entrevistadas passaram e que se tornaram, ao longo dos relatos, histórias que exprimem padrões e modelos de comportamentos congruentes com a realidade vivida naquele momento de suas vidas, não havendo como ser diferente dentro daquele contexto da droga. Mas, apesar do crack, muitos aspectos são trazidos à tona, porque há uma constatação daquilo que aconteceu durante a experiência de vida com a droga e as repercussões do uso, como o aprendizado e a reformulação de atitudes, a vontade de superar, o dar-se conta do que importa e o que é necessário resgatar para suas vidas. A experiência trouxe mais determinação e vontade de superar conflitos familiares, de se aproximarem dos filhos, de lutar e recuperar atividades de trabalho, de estudo e o cuidado de si.

As mudanças geradas pelo consumo de crack na vida destas usuárias não são caminhos inexoráveis, este processo tornou-se visível nas narrativas e descrição de episódios cruciais de suas trajetórias. O significado atribuído às alterações está muito relacionado às visões de mundo, ao mesmo tempo, contempladas pelas subjetividades das participantes, bem como, ligadas a um senso comum, uma visão de mundo da sociedade, pois esta afeta a maneira de interpretar a realidade vivida, são muitas formas de encarar as experiências, o mundo do eu, do particular, do sentido e o mundo de fora, do coletivo, objetivado pela força dos valores e normas que regem os princípios da civilização. As visões de mundo das mulheres deste estudo estão influenciadas pelo coletivo, pelos preconceitos que vivenciaram, pelas crenças da sociedade em que vivemos, pelas definições do senso comum, da mídia e de toda a nossa civilização e modo de produção capitalista. A mais valia do nosso sistema preconiza que o corpo não produtor não está em conformidade com o padrão desejado de indivíduo saudável, capaz de gerar a contrapartida nos modos de produção. Esse sujeito alienado não serve nos moldes idealizados pela nossa sociedade, sofrendo, então, todo tipo de discriminação e rótulos, sendo que o de “crackeiro” e, mulher “crackeira”, este ainda mais perverso, aliado a adjetivos como irresponsável, amoral e mãe “desnaturada”, no sentido de desqualificar a pessoa usuária de substâncias psicoativas. Essa estratégia é muito

comum para denegrir a imagem de quem possui a dependência de uma droga, trazendo conotações pejorativas.

Esse sofrimento foi abordado durante as conversas com as usuárias de crack, inclusive tendo sido assinalado o fato de sentirem o preconceito e a censura por não assumirem as tarefas designadas a elas com a finalidade de cumprir com seu papel social, o que ocorreu por parte de alguns profissionais da saúde com quem elas tiveram contato e a percepção de serem tratadas diferentemente ao relatar alguns aspectos referentes à suas condutas e vivências na rua e na prostituição. O que foi muito gratificante nesta pesquisa foram a interação com as mulheres do estudo e a confiança depositada em mim na convivência durante os encontros, incluindo a emoção que deixavam transparecer e a receptividade no decorrer das entrevistas, facilitando a catarse e exposição de sentimentos, expressões verdadeiras de experiências contundentes.

A expectativa em relação ao tratamento e ao futuro abordado na terceira categoria deste estudo, possibilitou descrever a esperança que as usuárias possuem e a vontade, o desejo reiterado em vários momentos, em todos os depoimentos, de viverem sem o crack. Elas, realmente, esperam superar a dependência, pois exprimiram a crença de que a internação pode trazer benefícios nesse sentido e contribuir para uma existência longe da droga. Indubitavelmente, essa necessidade de acreditar no tratamento impulsiona a motivação e produz conformidade com a situação em que se encontram, pois a internação é o único recurso que elas possuem no momento, a solução que lhes foi apresentada, dada as circunstâncias de suas vidas. Portanto, ao desejarem o tratamento, elas carregam consigo suas convicções de abandonar o crack e retomarem suas vidas, resgatando aquilo que foi deixado para trás, no intuito, também, de reinserção na sociedade, de serem aceitas no meio em que vivem.

Essa percepção das usuárias em relação ao tratamento está fortemente aliada a uma concepção de que a abstinência pode trazer benefícios na questão da dependência química, o que demonstra uma fé na internação hospitalar, fortemente arraigada no grupo destas mulheres sujeitas a esse tipo de tratamento. Ao relatarem que, mesmo com todas as dificuldades de confinamento e longe da droga, elas mantêm a esperança de ultrapassar essa necessidade de consumo de substância, estando imbuídas de desejo por uma nova vida, com outras perspectivas e

experiências, em uma tentativa de viver sem o crack.

Por serem do sexo feminino e estarem em processo gestacional, suas vivências possuem muitas peculiaridades intrínsecas à sua condição de mulher, com uma riqueza reveladora em todas as suas histórias, com novos sentidos e olhares estabelecidos por essas mulheres, trazendo à tona fatos e acontecimentos vividos no cotidiano de uma realidade interpretada por quem sentiu todas as nuances de uma trajetória marcada pelo convívio com o crack. Essa realidade somente pode ser compreendida a partir destes relatos que deram visibilidade a um universo de experiências que condicionaram a vida, destas mulheres participantes deste estudo, determinando a sua internação, mas, ainda assim, possibilitando uma reinvenção de si mesmas, de suas vidas, um novo viés de relações com a família, trabalho, amor, priorizando suas potencialidades para além do crack.

Este estudo contribui para um novo olhar sobre a experiência de quem usa crack, desafiando a um novo contexto de cuidado e promovendo um entendimento da vivência de um universo, que mesmo com a questão do consumo de droga, possibilita sempre novos enfrentamentos e superações, além das desistências, das recaídas, da frustração, das dificuldades, das vicissitudes, do desalento e da discriminação.

Ao contar essas histórias, pretendemos dar voz a quem realmente necessitava deste espaço de acolhimento e promover subsídios para o trabalho da enfermagem em saúde mental, buscando auxiliar nos processos de interação entre usuários e trabalhadores da área de saúde mental. A solidariedade pode ser imprescindível para um cuidado em se tratando de pessoas que consomem crack, evitando assim a ausência de adesão aos tratamentos, também respeitando a autonomia e as reais demandas destes seres humanos, com toda a complexidade que envolve essa problemática.

Penso que no caso específico desta tese, emergiram muitos aspectos visando às reflexões aprofundadas sobre as ações que podemos desenvolver junto a essa população, com respeito e fortalecimento de cidadania, promovendo a reinserção social e o resgate da dignidade, de todas as pessoas que se encontram em situação de uso de substância psicoativa, incluindo o crack. Preconizando a escuta, o acolhimento, a empatia, a solidariedade, a disponibilidade para o entendimento da

relação que os usuários estabelecem com o crack, também conduziremos o cuidado na direção da compreensão da alteridade dos usuários dos serviços de saúde mental, especificamente no cenário de consumo e abuso de crack.

Ressalto que este estudo enfoca uma parcela de uma população que usa crack, em um determinado momento histórico, em um espaço e tempo delimitados, uma escolha intencional, com o propósito de investigar e conhecer a riqueza de histórias de quem realmente vive a trajetória de ser usuária de uma droga como o crack.

Enfim, a finalidade deste estudo serviu para produzir outros conhecimentos, um novo mosaico de experiências, tentativas de novas construções sobre a questão do abuso de uma substância psicoativa, no caso o crack.

REFERÊNCIAS

ABREU, C. C.; MALVASI, P. A. Aspectos transculturais, sociais e ritualísticos da dependência química. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

AGUILAR, L. R.; PILLON, S. C. Percepção das tentações de uso de drogas em pessoas que recebem tratamento. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. esp., p.790-797, out. 2005.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Caderno de Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-19, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/02.pdf>. Acessado em: 10 Ago. 2013

ANDRADE, T. M de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4665-74, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/15.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2013.

ARAÚJO, C.; SCALON, M. C. (Orgs.). **Gênero, família e trabalho no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

ARAÚJO, M. R.; MOREIRA, F. G. Histórias das drogas. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (org.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006.

_____. **Estudo de seguimento com usuário de crack: mortalidade durante cinco anos**. 2001. Tese (Mestrado em Psiquiatria) – Escola de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Abuso e dependência: crack. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 141-53, abr. 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ramb/v58n2/v58n2a08.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2013.

ATKINSON, R. **The life story interview: qualitative research methods**. Thousand Oaks: Sage Publications Inc, 1998.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1985.

BARATTA, A. Prefácio. In: BATISTA, V. M. (Org.). **Difíceis ganhos fáceis: drogas e juventude no Rio de Janeiro**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BAUMAN, Z. **Tempos líquidos**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2007.

EAUVOIR, S. **O segundo sexo**: a experiência de vida. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BECKER, H. S. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Hicitec, 1993.

BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F de. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 11-17, mar. 2010.

BERTAUX, D. **Los relatos de vida**: perspectiva etnosociológica. Barcelona: Ediciones Bellaterra, 2005.

BESSA, M. A. O adolescente usuário de crack. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BISCH, N. K.; et al. Aconselhamento telefônico para jovens usuários de crack. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 31-39, mar. 2011.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, n.201, p.21082, 16 out.1996.

_____. **Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil**. Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas: Brasília, 2011b.

_____. Lei nº10.216, de 06 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 09 de abril, 2001. Seção 1, p.3.

_____. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2003. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Abordagens terapêuticas a usuários de cocaína/crack no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Secretaria de Atenção a Saúde: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas: Área Técnica De Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, abr 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil**. 2013. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>>. Acesso em: 10 out. de 2013.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). **Política nacional sobre drogas**. Resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de Outubro de 2005. Disponível em: <www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legisla%20cao/326979.pdf>. Acessado em: 15 nov. 2011.

_____. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Plano integrado de enfrentamento do crack e outras drogas**. Brasília: Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas: Secretaria de Comunicação. Mai, 2010.

BRUSAMARELLO, T.; et al. Consumo de drogas: concepções de familiares de estudantes em idade escolar. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, 2008.

BUCHER, R. **Drogas e a drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

CAMATTA, M. W. **Ações voltadas para saúde mental na Estratégia de Saúde da Família**: intenções de equipes e expectativas de usuários e familiares [manuscrito]. Tese (doutorado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, 2010.

CARRARO, T. E.; RASSOOL, G. H.; LUIS, M. A. V. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no sul do Brasil: atitudes e crenças dos estudantes de enfermagem sobre o cuidado. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. esp., p. 863-71, set./out. 2005.

CEBRID. **Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras**. Universidade Federal de São Paulo. Departamento de Psicologia: São Paulo, 2003.

CHANTER, T. **Gênero**: conceitos-chave em filosofia. Porto Alegre: Artmed, 2011.

CHAVES, T. V.; et al. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, dez. 2011.

CHEN, K.; KANDEL, D. Relationship between extent of cocaine use and dependence among adolescents and adults in the United States. **Drug and alcohol dependence**, Lausanne, v. 68, n. 1, p. 65-85, Sept. 2002.

COSTA, M. M. M.; AQUINO, Q. B.; PORTO, R. T. C. O consumo de álcool na sociedade das frustrações: uma interface com a violência simbólica nas relações de gênero. In: CARDOSO, L. H. (org.). **Violência doméstica e gênero: um recorte no universo feminino santa-cruzense**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2010.

DENZIN, N. K. Interpretando as vidas de pessoas comuns: Satre, Heidegger e Faulkner. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 29-32, 1984.

DIAS, A. C.; ARAÚJO, M. R.; LARANJEIRA, R. Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 938-48, Out. 2011.

_____; VIEIRA, D. L.; GOMES, L. S.; ARAÚJO, M. R.; LARANJEIRA, R. Longitudinal outcomes among a cohort of crack users after 12 years from treatment discharge. **Journal of Addictive Diseases**, Chicago, v. 30, n. 3, p.271-80, 2001.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

DUALIBI, L. B.; LARANJEIRA, R.; RIBEIRO, M. Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. S545-S557, 2008.

DUARTE JR., J. F. **O sentido dos sentidos**. São Paulo: Criar Edições, 2001.

EHRHARDT, U. **Meninas boazinhas vão para o céu, as más vão à luta**. 14. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 1994.

ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2. Ed. Maringá: Eduem, 2004.

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIMES (UNODC). **Relatório Mundial Sobre Drogas WDR 2010: Referências ao Brasil e ao Cone Sul**. Junho de 2013. Disponível em: <www.unodc.org/documents/lpo-brazil//Topics_drugs/WDR/2010/WDR_2010_Referencias_ao_Brasil_e_Cone_Sul.pdf>. Acesso em: 10 set. 2013.

FALCK, R. S.; WANG, J.; SIEGAL, H.; CARLSON, R. G. The prevalence of psychiatric disorder among a community sample of crack cocaine users: an exploratory study with practical implications. **Journal Mental Disorder**, London, v. 192, p. 503-07, 2004.

FALCONE, V. M.; et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 612-618, 2005.

FERRI, C. P.; LARANJEIRA, R. R.; SILVEIRA, D. X.; DUNN, J.; FORMIGONI, M. L. O. S. Aumento da procura de tratamento por usuários de crack em dois ambulatórios na cidade de São Paulo: nos anos de 1990 a 1993. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 25-28, 1997.

FIORATI, J. J. Os direitos do homem e a condição humana no pensamento de Hannah Arendt. **Revista de Informação Legislativa**. Brasília, v. 36, n. 142, abr./jun. 1999.

FORMIGONI, S. E. A.; SOUZA, M. L. O. Escala de avaliação do funcionamento familiar em farmacodependências. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. J. S.; ZUAROLI, A. W. **Escala de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**. São Paulo: Lemos, 2001.

FRACASSO, L.; TORRES, S. Situação de rua e consumo de crack. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

FREIRE, S. D.; et al. Intensidade de uso de crack de acordo com a classe econômica de usuários internados na cidade de Porto Alegre/Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 4, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v61n4/05.pdf>. Acesso em: 10 set. 2013.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e de grupos. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem, e som: um manual prático**. Petrópolis (RJ): Vozes, 2002.

GAUDUROZ, J. C. F. Uso e abuso de drogas psicotrópicas no Brasil. **Revista IMESC**, São Paulo, n. 3, p. 37-42, Out/2001.

GLAT, R.; et al. O método de história de vida na pesquisa em educação especial. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 10, n. 2, p. 235-50, mai-ago 2004.

_____. **Somos iguais a vocês: depoimento de mulheres com deficiência mental**. Rio de Janeiro: Agir, 1989.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GONÇALVES, A. M.; LUIS, M. A. V.; SENA, R. R. Doença mental e uso de álcool e outras drogas: dificuldades relatadas por mulheres cuidadoras em família. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 14-20, 2003.

GUIMARÃES, C. F.; et al. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 10, 2008.

GUINDALINI, C.; et al. Concurrent crack and powder cocaine users from São Paulo: do they represent a different group? **BMC Public Health**, London, v. 6, p. 10, 2006.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

_____. **Cultura, saúde e doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HORTA, R. L.; et al. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2263-70, nov. 2011. Disponível em: <www.scielosp.org/pdf/csp/v27n11/19.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2013.

JUNGERMAN, F.; DUNN, J.; LARANJEIRA, R. **Drogas: maconha, cocaína e "crack"**. 4. ed. São Paulo: Contexto, 2003.

KALINA, E. **Drogadição hoje: indivíduo, família e sociedade**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

KESSLER, F.; PECHANESKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n.2, p. 96-8, 2008.

KUHN, T. **A estrutura das revoluções científicas**. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1995.

LAWSON, T. **Alcoolismo: uma orientação para as famílias**. Campinas: Raboni, 1999.

LUZ, M. T.; TESSLER, C. D. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, 2006.

MACEDO, V. D. de; MONTEIRO, A. R. M. Enfermagem e a promoção da saúde mental na família: uma reflexão teórica. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 4, p.585-92, out./dez. 2004.

MACRAE, E. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO JUNIOR, A. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2000.

MACRAE, E. **Aspectos socioculturais do uso de drogas e política de redução de danos**. In: XIV Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social, 2007, Rio de Janeiro. Anais de resumos e de trabalhos completos do XIV encontro nacional da ABRAPSO. Rio de Janeiro: ABRAPSO, 2007.

MALCHY, L.; BUNGAY, V.; JOHNSON, J. Documenting practices and perceptions of “safer” crack use: a canadian pilot study. **International Journal Drug Policy**, London, v. 19, n. 4, p. 339-41, 2008.

MALTA, M.; et al. HIV/AIDS Risk among female sex workers who use crack in southern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 5, p. 830-37, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6591.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2013.

MARLATT, A., GORDON, J. **Prevenção à recaída**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

MARQUES, A. C. P. R.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R.; ANDRADA, N. C. Abuso e dependência: crack. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 141-53, 2012.

MARTINS, M.; SANTOS, M. A.; PILLON, S. C. Percepções De Famílias De Baixa Renda Sobre O Uso De Drogas Por Um De Seus Membros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 293-98, mar./abr. 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_19.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2013.

MAUSS, M. Ensaio sobre a dádiva. In: MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: COSAC NAIF, 2003.

_____. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1974. vol. I e II.

MEAD, M. **Sexo e temperamento**. São Paulo: Perspectiva, 1984.

MEIRA, A. S.; CARDOSO, M. A. A.; MEIRA, C. M. B. S. Epidemiologia do uso de drogas ilícitas entre jovens na cidade de Campina Grande. In: Reunião Anual da SBPC, 58, 2006, Florianópolis. **Anais...** São Paulo: SBPC/UFSC, 2006.

MENDANA, L. **Não subestime o tempo de vida da comunicação**. 2006. Disponível em: <www.rh.com.br/Portal/Comunicacao/Artigo/4436/nao-subestime-o-tempo-de-vida-da-comunicacao.html>. Acesso em: 15 set. 2013.

MENDONÇA, L. O. M. “Crack”, o refúgio dos desesperados, à luz do programa nacional de combate as drogas. **Revista da Seção Judiciária do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 29, p. 289-308, dez. 2010. Disponível em: <www4.jfrj.jus.br/seer/index.php/revista_sjrj/issue/view/32>. Acesso em: 19 ago. 2013.

MENEGHEL, S. N.; SAGOT, M.; BAIROS, F. Práticas discursivas, gênero e sofrimento emocional. In: MENEGHEL, S. N. (Org.). **Rotas críticas II: ferramenta para trabalhar com a violência de gênero**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2009.

MENEGHEL, S. N.; HIRAKATA, V. N. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/1931>>. Acesso em: 10 set. 2013.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

METSCH, L. R.; MCCOY, H. V.; MCCOY, C. B.; MILES, C. C.; EDLIN, B. R.; PEREYRA, M. Use of health care services by women who use crack cocaine. **Woman Health**, Oswego, v. 30, n. 1, p. 35-51, 1999.

MEYER, D. E. Do poder ao gênero: uma articulação teórico-analítica. In: LOPES, M. et al. (Orgs.). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

NAPPO, A. S.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R. Uso de crack em São Paulo: fenômeno emergente? **Revista ABP-APAL**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.75-83, 1994.

_____. et al. Changes in cocaine use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 and 1999 in São Paulo, Brazil. **Journal of psychoactive drugs**, San Francisco, v. 33, n. 3, p. 241-53, July/Sept. 2001.

NAPPO, S. A; SANCHEZ, Z. V. D. M.; OLIVEIRA, L. G. Crack, AIDS, and women in São Paulo, Brazil. **Substance use & misuse**, London, v. 46, n. 4, p. 476-85, 2011.

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

NASI, C.; CARDOSO, A. S. F.; SCHNEIDER, J. F.; OLSCHOWSKY, A.; WETZEL, C. Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Revista Mineira Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 147-52, Jan/Mar, 2009. Disponível em: <www.reme.org.br/artigo/detalhes/174>. Acesso em: 15 set. 2013.

NOTO, A. R.; et al. **Levantamento nacional sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras - 2003**. São Paulo: SENAD/CEBRID, 2003.

NYE, A. Um mundo sem mulheres: feminismo existencialista de Simone Beauvoir. In: NYE, A. **Teoria feminista e as filosofias do homem**. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1995.

OLIVEIRA, J. F. de; PAIVA, M. S.; VALENTE, C. L. M. Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 473-81, jun. 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v11n2/30434.pdf>. Acesso em: 09 set. 2013.

OLIVEIRA, L. G. de; NAPPO, A. S. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 664-71, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6645.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2013.

OLIVEIRA, M. A. C.; EGRY, E. Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 9-15, 2000.

OLÍVIO, M. C.; GRACZYK, R. C. Mulheres usuárias de crack e maternidade: breves considerações. In: II Simpósio Gênero e Políticas Públicas, 2, 2011. Londrina. **Anais...** Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **Relatório sobre a Saúde no Mundo**. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001. Disponível em: <www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf>. Acessado em: 10 Ago. 2013

_____. **Neurociências**: consumo e dependência de substâncias psicoativas. Genebra/2004. Disponível em: <www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf>. Acesso em setembro de 2013.

PAIVA, F. S.; RONZANI, T. M. Estilos Parentais e Consumo de Drogas entre Adolescentes: revisão sistemática. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p.177-83, jan./mar. 2009.

PECHANSKY, F. et al. Brazilian female crack users show elevated serum aluminum levels. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p.39-42, 2007.

PINHO, L. B. de; KANTORSKI, L. P.; WETZEL, C.; SCHWARTZ, E.; LANGE, C.; ZILLMER, J. G. V. Avaliação qualitativa do processo de trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 30, n. 4, Oct. 2011.

POPE, C.; MAYS, N. (Org.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PULCHERIO, G.; et al. Crack: da pedra ao tratamento. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 54, n. 3, p. 337-43, jul./set. 2010.

REIS, A. T. **O significado da cirurgia neonatal na presença de malformações congênitas**: a visão materna para o cuidar de enfermagem. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2010.

REZENDE, M. M. Modelos de análise do uso de drogas e de intervenção terapêutica: algumas considerações. **Revista Biociências**, Taubaté, v. 6, n. 1, p. 49-55, 2000.

RIBEIRO, L. A.; NAPPO, S. A.; SANCHEZ, Z. V. D. M. **Aspectos Socioculturais do Consumo de Crack**. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O Tratamento do Usuário de Crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

RIBEIRO, M.; DUNN, J.; SESSO, R.; DIAS, A. C.; LARANJEIRA, R. Causes of Death among Crack Cocaine Users. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p.196-202, 2006.

RIBEIRO, M.; MARQUES, A. C. P. R. M.; LARANJEIRA, R. **Quais são as repercussões do uso de crack na gravidez e no recém-nascido?** diretrizes para o tratamento da dependência de crack. São Paulo: AMB, 2011.

_____; YAMAGUCHI, S.; DUAILIBI, L. B. Avaliação dos fatores de proteção e de risco. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

_____; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

ROCHA, R. M. **Enfermagem em saúde mental**. 2. ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2008.

RODRIGUES, D. S.; et al. Conhecimentos produzidos acerca do crack: uma incursão nas dissertações e teses brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, Mai 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a18v17n5.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2013.

RODRIGUES, R. M.; SCHNEIDER, J. F. A Enfermagem na assistência ao indivíduo em sofrimento psíquico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 7; n. 3, p. 33-40, jul. 1999.

ROMANINI, M. **Rodas de conversa sobre a (além da) campanha crack nem pensar**: a saga do super-homem moderno em tempos de crack. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011.

ROMANINI, M.; ROSO, A. Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação? **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 32, n. 1, p.82-97, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/pcp/v32n1/v32n1a07.pdf>. Acesso em: 09 set. 2013.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; NAPPO, S. A. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 420-30, 2002.

_____; NAPPO, S. A. A intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, p. 265-72, 2008.

_____; RIBEIRO, L. A.; NAPPO, S. A. Religiosidade e Espiritualidade. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SANTOS JÚNIOR, A.; FIKS, J. P. Cultura da violência e uso de crack. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SANTOS, A. M. C. C. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p.1177-82, jul./ago. 2009.

SANTOS, I. M. M. dos; SANTOS, R. S. A etapa de análise no método história de vida: uma experiência de pesquisadores de enfermagem. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 714-19, out./dez. 2008.

SANTOS, R. S.; GLAT, R. **Ser mãe de uma criança especial: do sonho à realidade**. Rio de Janeiro: Editora Anna Nery - UFRJ, 1999.

SAPORI, L. F.; SENA, L. L. Crack e violência urbana. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 707-17, 2005.

_____; MINAYO, M. C. S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 649-59, mai/jun. 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/02.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2013.

SCHRAIBER, L. B.; GONÇALVES, R. B. M. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B. et al. (org.) **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Revista Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p.71-99, jul./dez. 1995.

_____. História das mulheres. In: BURKE, Peter (org.). **A escrita da história: novas perspectivas**. São Paulo: Unesp, 1992.

SELEGHIM, M. R.; et al. Aspectos da estrutura familiar de jovens usuários de crack: um estudo do genograma. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n.4, p.795-802, 2011a.

_____ et al. vínculo familiar de usuários de crack atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1163-70, set./out. 2011b.

SHARPE, T. T. Sex-for-crack-cocaine exchange, poor black women, and pregnancy. **Qualitative health research**, Newbury Park, v. 11, n. 5, p. 612-30, Sept. 2001.

SILVA JÚNIOR, F. J. G.; MONTEIRO, C. F. S. Os significados da morte e do morrer: a perspectiva de usuários de crack. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, mar./abr. 2012. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_22.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2013.

SILVA, B. **Comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares**: perfil de mulheres em um tratamento específico para dependência química. 2005. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SILVA, S. L. **Mulheres da luz**: uma etnografia dos usos e preservação no uso do crack. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SOUSSUMI, Y. O usuário envolvido com o tráfico de drogas. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SOUZA, J. G. de. **A história de vida de mulheres alcoolistas com uso abusivo de bebidas alcoólicas**: um estudo aplicado à prática profissional da enfermagem na saúde da mulher. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery - Universidade Federal do Rio de Janeiro.

SPINDOLA, T. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa(dora?). **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 119-126, 2003.

_____; SANTOS, R. S. O trabalho na enfermagem e seu significado para as profissionais. **Revista Brasileira Enfermeira**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 156-60, mar./abr. 2005.

STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C. (Orgs.). **Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. Barueri: Manole, 2008.

STEIN, M. D.; CYR, M. G. Women and substance abuse. **Medical Clinics of North America**, Maryland Heights, n. 81, p. 979-98, 1997.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica: princípios e práticas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos e cuidados**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **Global illicit drugs trends**. Vienna. 2003. Disponível em: <www.unodc.org/pdf/trends2003_www_E.pdf>. Acessado em: 10 Ago. 2012.

VARGENS, R. W.; CRUZ, M. S.; SANTOS, M. A. Comparação entre usuários de crack e de outras drogas em serviço ambulatorial especializado de hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. Spe, Jun. 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v19nspe/19.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2013.

VASCONCELOS, E. M. **Abordagens psicossociais: história, teoria e prática no campo**. São Paulo: Hucitec, 2008.

WRIGHT, M. G. M. La contribución de la enfermería frente al fenómeno de las drogas y la violencia en america latina: un proceso de construcción. **Revista Ciencia y Enfermería**, Concepción, v. 8, n. 2, p. 9-19, dez 2002.

ZILBERMAN, M. L.; GIUSTI, J. S. A mulher e a dependência química: uma perspectiva feminina. In: GIGLIOTTI, A.; GUIMARÃES, A. (Org.). **Dependência, compulsão e impulsividade**. São Paulo: Editora Rubio, 2007.

_____. O uso de drogas entre mulheres. In: BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S.; MATIAS, R. (Orgs.). **Drogas e pós-modernidade**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2003.

_____. **Características clínicas da dependência de drogas em mulheres**. (Tese). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1998. Disponível em: <www.drashirleydecampos.com.br/imprimir.php?noticiaid=20890>. Acesso em: 15 set. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTÃO ORIENTADORA DA ENTREVISTA

FALE-ME A RESPEITO DE SUA VIDA, QUE TENHA RELAÇÃO COM O USO DE CRACK.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(Pacientes do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas)

Estamos convidando você a participar de uma pesquisa intitulada “**Histórias de Vida de Mulheres Usuárias de Crack**”, cujo objetivo geral é conhecer as trajetórias de mulheres que fazem uso abusivo de *crack*, a partir de suas histórias de vida.

Na qualidade de aluna do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem/UFRGS com orientação do Dr. Jacó Fernando Schneider, eu Adriana Fertig, gostaria de: conhecer o seu cotidiano e sua experiência de utilizar o *crack*.

Nosso encontro será individual e acontecerá uma única vez, ou no máximo duas, se for preciso. Os nossos encontros ocorrerão em um lugar onde tenhamos silêncio e condições adequadas para seu conforto e tranquilidade. Não estipularei tempo de duração destes encontros, o que ficará por conta de seu desejo e disponibilidade. Nesta ocasião você terá oportunidade de compartilhar suas vivências e experiências no que se relaciona a utilização do *crack*.

O nosso propósito é conduzir uma entrevista orientada pela questão: Fale-me a respeito de sua vida, que tenha relação com o uso de *crack*. A permanência na pesquisa é voluntária, o que quer dizer que quando não quiser mais participar, estaremos encerrando nosso encontro. Da mesma forma, terá plena liberdade para não falar sobre o que considerar inconveniente. As informações que você me fornecer serão usadas para fins de pesquisa e teremos o cuidado de impedir que você seja identificada por qualquer pessoa e em qualquer circunstância, por este motivo seu depoimento será identificado por uma letra.

As entrevistas serão gravadas, caso você concorde em realizá-la. A sua contribuição será de grande importância na compreensão dos fatores que predispõem à utilização do *crack*.

Em caso de qualquer outra dúvida, você poderá contatar com o orientador do projeto, Jacó Fernando Schneider, pelo telefone 51-33085226, ou com a pesquisadora Adriana Fertig pelo telefone 51-33085431 e com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas pelo telefone 51- 32893377.

Porto Alegre, ____, de _____ de 2012.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Adriana Fertig_____
Jacó Fernando Schneider

APÊNDICE C – CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Data:

Horário (Início/Término):

Idade:	N. da Entrevista:
Estado Civil:	Nível de Escolaridade:
Procedência:	Idade em que começou a usar <i>crack</i>
Há quanto tempo está internada?	Já teve alguma internação psiquiátrica anterior a essa? Se sim, onde?
Além do hospital, já recorreu a outro(s) serviço(s) de saúde para o tratamento do uso de <i>crack</i> ? Se sim, qual ou quais?	

Descrição do Encontro:

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal da Saúde
Hospital Materno Infantil Presidente Vargas**



Porto Alegre, 11 de abril de 2012.

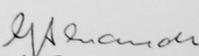
Ilmo (a) Sr. (a)

Adriana Fertig

O projeto de pesquisa intitulado "**Histórias de vida de mulheres usuárias de crack**" da pesquisadora **Adriana Fertig**, protocolado neste CEP sob nº 03/12, foi **aprovado**, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HMIPV, em 11/04/2012 estando ética e metodologicamente adequado às Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos – Resolução 196/96 – do Conselho Nacional de Saúde.

Informamos que toda e qualquer alteração do projeto, assim como eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP HMIPV. O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento do projeto, bem como relatório final quando do término do mesmo.

Atenciosamente,


Maria da Graça Alexandre
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa/HMIPV

Av. Independência, 661 - Cep: 90035-076 - Porto Alegre-RS
Fone: (51) 3289.3000 - Fax: (51) 3289 3377

ANEXO B – PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA

UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL



**COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

DECLARAÇÃO

Projeto: PG DR. 19/2011

Pesquisadores: Adriana Fertig e Prof. Jacó Fernando Schneider

Título: HISTÓRIAS DE VIDA DE MULHERES USUÁRIAS DE CRACK.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, declara que CERTIFICA o projeto em tela, já submetido e aprovado pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 21 de Dezembro de 2011.

Profª. Dra. Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora da COMPESQ/EENF

Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora Compesq
EENF - UFRGS