

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem
Programa de Pós Graduação em Enfermagem
Mestrado em Enfermagem

Ana Carolina Lacerda Scheibler Kuyava

O COTIDIANO DE GESTANTES USUÁRIAS DE CRACK

Porto Alegre

2013

ANA CAROLINA LACERDA SCHEIBLER KUYAVA

O COTIDIANO DE GESTANTES USUÁRIAS DE CRACK

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Políticas e práticas em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Políticas, avaliação e atenção em saúde e enfermagem.

Porto Alegre

2013

CIP - Catalogação na Publicação

Lacerda Scheibler Kuyava, Ana Carolina
O cotidiano de gestantes usuárias de crack / Ana
Carolina Lacerda Scheibler Kuyava. -- 2013.
77 f.

Orientador: Jacó Fernando Schneider.

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

1. Gestantes. . 2. Cocaína crack. . 3. Saúde
Mental.. I. Schneider, Jacó Fernando, orient. II.
Título.

AGRADECIMENTOS

À UFRGS e à Escola de Enfermagem, por oportunizar a realização de uma pós-graduação de imensa qualidade. Aos docentes do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem, por contribuírem para a minha formação, estimulando reflexões pertinentes ao meu dia-a-dia como enfermeira. Ao meu orientador, Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider, por ser um exemplo de pessoa e de profissional, sendo meu mentor desde o meu primeiro contato com a Saúde Mental na graduação, também pelos incentivos em todos os momentos e pela paciência. À banca, Prof. Dr. Marcio Wagner Camatta, Prof. Dra. Cíntia Nasi e Prof. Dr. Leandro Barbosa Pinho, pela disponibilidade em participar da avaliação desse trabalho e pelas contribuições já apresentadas ao longo do Mestrado.

Ao Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, por permitir a realização dessa pesquisa na Unidade de Internação Psiquiátrica. Às chefias e aos profissionais do setor, também meus colegas, que colaboraram durante a etapa de realização das entrevistas com as gestantes usuárias de crack ali internadas, especialmente à enfermeira Maria de Lourdes Gomes Calixto, pelo carinho, apoio e incentivo enquanto minha coordenadora. Às gestantes usuárias de crack por possibilitarem a realização desse estudo, sendo a minha maior motivação, a fim de melhor compreendê-las.

À minha família, pela compreensão dos períodos em que me ausentei em função da correria do dia-a-dia. À minha mãe, pelo carinho pelo apoio e pelo reconhecimento, sempre orgulhosa de ver aonde cheguei enquanto profissional. Ao meu esposo, pelo carinho e companheirismo, por estar passando pelo mesmo período que eu e por podermos dividir as angústias com nossos mestrados, realizados ao mesmo tempo. Aos amigos, pelos momentos de descontração e pelos encorajamentos.

RESUMO

Esse estudo aborda o cotidiano de gestantes usuárias de crack no período anterior à internação em hospital materno-infantil. O tema se mostra relevante devido ao crescente número de usuários de crack no Brasil, à gravidade cada vez maior desses casos, à necessidade de maior compreensão por parte dos profissionais da saúde a respeito do assunto e à escassa produção existente. O presente estudo tem como objetivo geral compreender o cotidiano de gestantes usuárias de crack. Os objetivos específicos são identificar as expectativas das gestantes usuárias de crack com a sua internação, conhecer como era o cotidiano da gestante usuária de crack antes da internação e descrever o tipo vivido de gestantes usuárias de crack. Trata-se de um estudo qualitativo, embasado no referencial da fenomenologia social de Alfred Schutz, por esse tipo de pesquisa permitir uma aproximação do sujeito de estudo, levando à busca pela compreensão de suas ações e percepções. O estudo foi realizado na Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV), por meio de entrevista fenomenológica com gestantes usuárias de crack internadas na Unidade de Psiquiatria do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas. A coleta de dados foi realizada no período de junho a novembro de 2012. Da análise das entrevistas emergiram duas Categorias concretas: O cotidiano das gestantes usuárias de crack antes da internação e Expectativas das gestantes usuárias de crack com a internação. Os aspectos destacados dentro da primeira Categoria concreta foram: O uso da droga interferia no auto-cuidado; Meios para conseguir a droga; Preocupação com a gestação e com a saúde do bebê; Distanciamento da família. Dentro da segunda Categoria concreta foram discutidos os seguintes aspectos: Cessar o uso da droga; Manter um trabalho, uma ocupação; Voltar ao cuidado dos filhos; Fortalecer o apoio da família; Manter o tratamento e o medo da recaída.

DESCRITORES: Gestantes. Cocaína crack. Saúde Mental.

ABSTRACT

This study approaches the daily life of a pregnant crack user before hospitalization at a maternal infant hospital. The subject shows itself relevant due to an increased number of crack users in Brazil, the increasing severity in these cases, the need for more comprehension from health professionals on this matter, and the scarce existing production. This study has as a general goal to comprehend the daily life of a pregnant crack user. The specific goals are to identify the intentions of pregnant crack users and their hospitalization; to know how the pregnant crack user daily life, before the hospitalization was and to describe the typical life of a pregnant crack user. This is a qualitative study, based on the Alfred Schutz's social phenomenology framework, and this type of research allows an approximation of the subject of study, leading to the search for comprehension of their actions and perceptions. The study was conducted at the President Vargas Maternal Infant Hospital (HMIPV) at the Psychiatry Hospitalization Unit, through phenomenological interviews with pregnant crack users hospitalized at the Psychiatry Unit from the Presidente Vargas Maternal Infant Hospital.

The data collection was conducted in the period from June to November of 2012. From the interview analyses' were revealed two Tangible Units: The daily life of a pregnant crack user before the hospitalization and the pregnant crack user intentions about their hospitalization. The highlighted aspects inside the first Tangible Unit were: The drug use interfered in their self-care; ways to get drug, concern about their pregnancy, family distance. Inside the second Tangible Unit were discussed the following aspects: Ceasing drug use; keeping a job, an occupation; getting back to children care; strengthening the support of family; maintaining the treatment and the fear of relapse.

DESCRIPTORS: Pregnant. Crack Cocaine. Mental Health.

RESUMEN

Este estudio aborda el cotidiano de usuarias de crack embarazadas en el periodo anterior a la internación en un hospital materno-infantil. El tema se muestra relevante debido al creciente número de usuarios de crack en Brasil, a la gravedad cada vez mayor de esos casos, a la necesidad de mayor comprensión por parte de los profesionales de la salud acerca de la temática y a la escasa producción existente. El presente estudio tiene como objetivo general comprender el cotidiano de usuarias de crack embarazadas. Los objetivos específicos son identificar las intenciones de las usuarias de crack embarazadas con su internación, conocer como era el cotidiano de la usuaria de crack embarazada antes de la internación y describir el tipo vivido de usuarias de crack embarazadas. Se trata de un estudio cualitativo, embasado en el referencial de la fenomenología social de Alfred Schutz, por ese tipo de investigación se permite una aproximación del sujeto de estudio, llevando a la búsqueda por la comprensión de sus acciones y percepciones. El estudio fue realizado en la Unidad de Internación Psiquiátrica del Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV), por medio de entrevista fenomenológica con usuarias de crack embarazadas internas en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Materno Infantil Presidente Vargas. La colección de datos fue realizada en el periodo de junio a noviembre de 2012. Del análisis de las entrevistas emergieron dos Categorías concretas: El cotidiano de las usuarias de crack embarazadas antes de la internación e Intenciones de las usuarias de crack embarazadas con la internación. Los aspectos destacados dentro de la primera Unidad Concreta fueron: El uso de la droga interfería en el autocuidado; Medios para conseguir la droga; Preocupación con el embarazo y con la salud del bebé; Distanciamiento de la familia. Dentro de la segunda Unidad Concreta fueron discutidos los siguientes aspectos: El término del uso de la droga; Mantener un trabajo, una ocupación; Volver al cuidado de los hijos; Fortalecer el apoyo a la familia; Mantener el tratamiento y el miedo a la recaída.

DESCRITORES: Embarazadas. Cocaína crack. Salud Mental.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Problemas relacionados ao crack nas áreas de saúde, segurança, assistência social e educação.....	21
Quadro 2. Caracterização das gestantes com relação à idade, estado civil, local em que reside e ocupação.....	36
Quadro 3. Caracterização das gestantes com relação ao acompanhamento pré-natal no período anterior à internação, idade gestacional no momento da internação e número de gestações, partos e abortos.....	37
Quadro 4. Caracterização das gestantes com relação ao serviço proveniente, período de internação e número de internações psiquiátricas prévias.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEBRID - Centro Brasileiro de Drogas Psicotrópicas

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GEPESM - Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental

HMIPV - Hospital Materno Infantil Presidente Vargas

SRT - Serviço Residencial Terapêutico

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1	Reforma Psiquiátrica e a internação em hospital geral	16
2.2	O crack e a gestação	20
3	OBJETIVO	29
3.1	Objetivo geral	29
3.2	Objetivos específicos	29
4	FENOMENOLOGIA SOCIAL DE ALFRED SCHUTZ	30
5	METODOLOGIA	33
5.1	Tipo de estudo	33
5.2	Local de estudo	34
5.3	Sujeitos do estudo	34
5.4	Coleta dos dados	35
5.5	Análise dos dados	35
5.6	Considerações Éticas	36
6	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA	37
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
7.1	O cotidiano das gestantes usuárias de crack antes da internação	42
7.1.1	O uso da droga interferia no auto-cuidado	44
7.1.2	Meios para conseguir a droga	46
7.1.3	Preocupação com a gestação e com a saúde do bebê	48
7.1.4	Distanciamento da família	51
7.2	Expectativas das gestantes usuárias de crack com a internação	53
7.2.1	Cessar o uso da droga	54
7.2.2	Manter um trabalho, uma ocupação	56
7.2.3	Voltar ao cuidado dos filhos	58

7.2.4 Fortalecer o apoio da família _____	59
7.2.5 Manter o tratamento e o medo da recaída _____	62
8 TIPO VIVIDO _____	67
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS _____	68
REFERÊNCIAS _____	71
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO _____	76
APÊNDICE B – QUESTÕES NORTEADORAS DO ESTUDO _____	77
APÊNDICE C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HMIPV_	78

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho aborda a temática do cotidiano de gestantes usuárias de crack, internadas em uma Unidade Psiquiátrica, localizada no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas. Para iniciar a justificativa deste trabalho descrevo minha trajetória profissional e acadêmica.

O interesse pela Saúde Mental iniciou no quinto semestre de graduação de Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com a disciplina de Enfermagem em saúde Mental II, quando tive a oportunidade de me aproximar dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), por meio do estágio curricular. Identifiquei-me com o trabalho realizado naquele local porque pude perceber que se constituía em um cuidado diferenciado, em que a principal ferramenta dos profissionais era o vínculo com o usuário, ou seja, o estabelecimento do relacionamento terapêutico.

Devido à afinidade com a Saúde Mental, logo após o término da disciplina me vinculei a um projeto de pesquisa intitulado Reforma Psiquiátrica: Concepções de uma equipe de Saúde Mental sobre o seu trabalho. Neste momento, realizei leituras, aprofundi os meus conhecimentos sobre o processo da Reforma Psiquiátrica, participei do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM), onde o assunto era discutido, sempre fazendo reflexões a respeito dessa área de conhecimento. Esse também foi o momento em que me aproximei do referencial teórico filosófico da fenomenologia sociológica de Alfred Schutz, pois a pesquisa a que eu estava vinculada estava embasada neste referencial. Pude observar a adequação do referencial ao tema da pesquisa, à medida que proporciona espaço para o sujeito se expressar, fazendo com que o pesquisador tenha uma melhor compreensão da pessoa em estudo.

Senti necessidade de conhecer outros serviços que atendessem pessoas em sofrimento psíquico, para poder ter a minha própria impressão sobre esses locais de atendimento em saúde mental. Por isso, busquei estágios extra-curriculares na área, tanto na internação psiquiátrica, como em CAPS, com o intuito de perceber as particularidades de cada local. Essas vivências, juntamente com o último estágio curricular da graduação, realizado no CAPS do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, contribuíram para minha prática atual como enfermeira psiquiátrica e me proporcionou a confirmação de que essa seria a área que eu

seguiria, com o intuito de colocar em prática aquilo eu já havia estudado e observado, proporcionando aos usuários um cuidado diferenciado.

Em 2009, após graduada, comecei a trabalhar como enfermeira em um hospital psiquiátrico, localizado em Porto Alegre. Durante o período que permaneci nesse local, percebi que podia auxiliar as pessoas que estavam ali internadas, muitas vezes, com gestos simples, mas que faziam a diferença, como por exemplo, permanecer ao seu lado para ouvi-las. No entanto, ao mesmo tempo em que era bom poder exercer a função de enfermeira na área escolhida, também senti algumas dificuldades no que dizia respeito a minha discordância sobre concepções existentes no hospital psiquiátrico, como a falta de flexibilidade nas rotinas, o excesso de vigilância realizada sobre as pacientes, a falta de humanização do cuidado, a banalização da institucionalização, entre outros aspectos, que contribuíram para a minha desmotivação no trabalho junto a essa instituição.

Após essa minha primeira experiência como profissional na área da saúde mental, comecei a trabalhar no CAPS II do município de Novo Hamburgo, com o objetivo de poder realizar um cuidado diferenciado com os usuários, agora em ambiente aberto e trabalhando conforme os pressupostos do modo de atenção psicossocial, como prevê o movimento da Reforma Psiquiátrica. Nesse espaço, foi muito bom poder colocar em prática o que eu havia estudado sobre o modo psicossocial, em um movimento contrário ao da lógica manicomial, em que eu tinha atuado até o momento.

A Especialização em Educação em Saúde Mental Coletiva, cursada no período de 2010 a 2012 pela UFRGS, permitiu a discussão a respeito de algumas temáticas pertinentes e proporcionou a troca de experiências com colegas de diversas formações, como psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, professores, entre outros. Realizar essa especialização me motivou a participar da seleção no mestrado da Escola de Enfermagem, do Programa de Pós Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, porque abriu espaço para várias discussões, permitindo reflexões sobre conteúdos da saúde mental e sobre práticas de saúde mental do dia-a-dia. No entanto, este não proporcionou a realização de pesquisas, devido ao tempo reduzido de formação.

Atualmente sou enfermeira da Prefeitura Municipal de Porto Alegre e estou locada no Setor de Enfermagem Psiquiátrica do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, que atende mulheres em sofrimento psíquico, sendo referência no tratamento a gestantes usuárias de crack no Estado do Rio Grande do Sul. A atuação como enfermeira, neste serviço, cuidando de gestantes usuárias de crack que vêm para internação foi o que me motivou a realizar essa

pesquisa. Essas mulheres podem ser internadas por ordem judicial, para proteção do feto, ou podem ir para o hospital por conta própria, motivadas a realizar o seu tratamento. Algumas delas são menores de idade e outras se encontram em situação de rua. O tratamento dessas gestantes se mostra bastante complexo à medida que deve contemplar as necessidades da mulher, do feto e da família.

Ao realizar esse estudo, pretendo ouvir essas mulheres gestantes usuárias de crack, para ter uma melhor compreensão do que elas pensam sobre o seu cotidiano.

As concepções da equipe de saúde dessa Unidade de internação vão ao encontro do que acredito, visto que se trabalha conforme os pressupostos do modo de atenção psicossocial, pois se trata de uma Unidade Psiquiátrica localizada em um hospital materno infantil (que, neste estudo será denominado hospital geral, devido a não ser exclusivamente psiquiátrico, e também para não criar uma nova nomenclatura para um hospital que não é geral, nem psiquiátrico).

Sendo assim, surge o problema de pesquisa: Qual a percepção de gestantes usuárias de crack, internadas em uma Unidade de Internação Psiquiátrica, sobre o seu cotidiano? E diante desse questionamento e da minha experiência na área de Saúde Mental me proponho a realizar um estudo sobre as usuárias desse serviço e a percepção que têm do seu próprio cotidiano, antes da internação em uma Unidade Psiquiátrica, e sobre as suas expectativas para após a alta hospitalar.

O tema escolhido se mostra relevante devido ao crescente número de usuários de crack no Brasil, à gravidade cada vez maior desses casos, à necessidade de maior compreensão por parte dos profissionais da saúde a respeito do tema e à escassa produção existente, sendo que a maioria do que há produzido sobre o assunto tem um enfoque clínico, não abrangendo aspectos pessoais, familiares e sociais. A escolha do tema se justifica pela minha afinidade com a Saúde Mental, desde a graduação até atualmente, e pela aproximação que tive com a temática a partir da minha prática como enfermeira em uma Unidade Psiquiátrica, localizada em um hospital geral. Os resultados desta pesquisa contribuirão para uma melhor compreensão do cotidiano dessas gestantes, podendo melhorar a qualidade da assistência e proporcionando melhora no ambiente de internação psiquiátrica, para essas pacientes.

O referencial teórico-filosófico escolhido para a realização da análise dessa pesquisa foi a fenomenologia social de Alfred Schutz. Esse referencial foi considerado adequado para o objeto de estudo porque acredita que apenas se pode compreender um fenômeno quando nos

voltamos para o indivíduo em questão, acreditando que somente a própria pessoa que executa a ação pode atribuir um significado a ela.

Especialmente nas pesquisas em saúde mental que vão ao encontro do fortalecimento da reforma psiquiátrica, a utilização desse referencial se faz pertinente, pois tanto na saúde mental como na fenomenologia social se quer dar voz aos sujeitos. Sendo assim, é necessário voltar-se para os sujeitos com a finalidade de apreender as suas vivências no mundo da vida cotidiana, que é um mundo intersubjetivo, compartilhado entre os semelhantes, e na busca de desvelar a essência do fenômeno, a fenomenologia social procura ouvir os sujeitos, considerando suas subjetividades¹.

Cabe ao pesquisador manter uma atitude compreensiva diante das intencionalidades do indivíduo, o que implica em interpretar ações a partir de seus motivos e objetivos, descritas pelas próprias falas dos sujeitos².

Para a realização dessa pesquisa utilizou-se o conceito de cotidiano elaborado por Alfred Schutz, que diz que o cotidiano dos sujeitos está inserido no mundo social, e é permeado por relacionamentos sociais e por dimensões da organização social¹. O mundo da vida cotidiana consiste em um mundo intersubjetivo, compartilhado com os semelhantes e interpretado e experienciado por outros. O mundo em que o sujeito se encontra, tanto o natural, como o sociocultural, já existia antes do seu nascimento e continuará a existir após a sua morte³.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Abaixo segue a revisão da literatura realizada sobre Reforma Psiquiátrica e internação em hospital geral, dependência química e uso de crack e gestação de alto risco e usuárias de crack.

2.1 Reforma Psiquiátrica e a internação em hospital geral

A Saúde Mental consiste em um campo de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde e também em uma área de conhecimento complexo, plural, intersetorial e com grande transversalidade de saberes⁴. Portanto, Saúde Mental difere de psiquiatria, já que a última consiste na denominação da especialidade médica que trata indivíduos com transtornos mentais.

Desenvolver ações em Saúde Mental, hoje em dia, compete a todos os profissionais de saúde, e cada vez mais se busca ver o indivíduo de maneira integral, não separando a saúde física da saúde mental⁵. É nesse sentido que a Reforma Psiquiátrica busca modificar o antigo paradigma da psiquiatria, por meio de um processo que propõe uma reestruturação no modo de atenção desse setor.

A Reforma Psiquiátrica brasileira surge na década de 1970, como uma crítica ao saber psiquiátrico, com o Movimento dos trabalhadores em Saúde Mental. Ela propõe a criação de uma rede de Saúde Mental, tendo como principal objetivo a desinstitucionalização dos indivíduos em sofrimento psíquico e a mudança na forma de cuidá-los.

A partir desse momento, os usuários dos serviços de saúde, seus familiares e os profissionais da área passam a divulgar esse movimento e a mover esforços maiores para que ocorra uma mudança no modo de cuidar dos indivíduos em sofrimento psíquico.

O fortalecimento do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil chega com a promulgação da Constituição de 1988 e com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse momento os hospitais psiquiátricos já existentes na época passam a ser criticados pelas más condições em que se encontram os pacientes e pela forma de tratamento dos transtornos mentais. Então é elaborada uma regulamentação para o seu exercício, fazendo com que o hospital psiquiátrico deixasse de ser opção de lucro⁵.

A Reforma Psiquiátrica propõe a substituição do modo de atenção asilar pelo psicossocial, sendo que o último busca uma ampliação e diversificação da visão dos problemas e de suas soluções⁶.

O modo psicossocial considera os fatores políticos e biopsicosocioculturais como determinantes e atribui importância ao sujeito, o que faz com que ele seja o principal participante do seu tratamento. Este modelo de atenção enfatiza os dispositivos de reintegração sociocultural como principal meio de tratamento, não tendo a medicação como único ou principal recurso mobilizado para a atenção. O indivíduo é visto inserido em um grupo familiar e social e as formas de recuperação da cidadania são valorizadas⁶.

A equipe deve trabalhar de forma interdisciplinar, utilizando os saberes de todas as disciplinas envolvidas para desenvolver o tratamento do usuário, buscando estimular a cidadania e a autonomia do indivíduo em sofrimento psíquico. Entretanto, trabalhar em equipe interdisciplinar é mais do que envolver diversos saberes, pois para desenvolver esse trabalho os profissionais devem estar dispostos a trocar experiências e conhecimentos, trabalhando juntos para alcançar um objetivo comum, que é a reabilitação psicossocial do indivíduo.

Com a Reforma Psiquiátrica e a consolidação do modo de atenção psicossocial, são implantados novos dispositivos na área da Saúde Mental, como os CAPS, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), ambulatórios, hospitais dia, leitos em hospitais gerais, serviços de residenciais terapêuticos (SRT), entre outros⁷.

A partir desse momento os hospitais gerais recebem incentivos do Estado para a criação de leitos psiquiátricos, e os leitos já existentes em hospitais psiquiátricos devem ser gradualmente reduzidos. Essas ações pretendem que o indivíduo em sofrimento psíquico seja tratado com humanidade e respeito, visando o alcance da sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade, sendo que para isso o Estado deve desenvolver políticas de Saúde Mental, assistir e promover ações de saúde para aqueles indivíduos que estão em sofrimento psíquico⁸.

A desinstitucionalização tem sido um processo incentivado pelas políticas públicas atuais da Saúde Mental. E dentro desse processo não está incluída apenas a retirada dos pacientes de dentro dos hospitais psiquiátricos para outros ambientes, mas também a redução do número de internações psiquiátricas de cada indivíduo e uma boa avaliação da necessidade de internação, após esgotadas outros recursos extra-hospitalares. Quando a internação

realmente for necessária deve ser realizada em leitos de hospitais gerais, visando a inclusão desse indivíduo e tentando reduzir ao máximo o seu período de permanência no ambiente hospitalar.

As primeiras Unidades Psiquiátricas localizadas dentro de hospitais gerais, que realmente propuseram uma estratégia diferenciada de tratamento, como um planejamento terapêutico, a integração à medicina geral e internações breves com rápido retorno à comunidade, surgiram por volta de 1930, em centros universitários nos Estados Unidos. O que levou ao desenvolvimento dessas Unidades foi o fato de já existir a experiência de pequenas enfermarias psiquiátricas em hospitais militares gerais. Outros aspectos que contribuíram de forma importante para o início dessas Unidades foram: a crítica aos grandes hospitais psiquiátricos, devido a sua dimensão segregadora e estigmatizante, a idéia de que a assistência psiquiátrica não deveria ser o centro da assistência em saúde mental e a adoção de novas propostas no campo da psiquiatria⁹.

No Brasil, foram criadas políticas públicas para incentivar a criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. O número de leitos destinados a pessoas em sofrimento psíquico e usuários de substâncias psicoativas não deve ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, tendo no máximo até 30 leitos. Deve haver um espaço que possa ser destinado ao desenvolvimento de trabalhos em grupo e, além disso, a área externa do hospital deve ser utilizada para lazer, educação física e atividades sócio terapêuticas com os pacientes¹⁰.

Houve um aumento no número de enfermarias psiquiátricas localizadas em hospitais gerais ao longo do último século, no entanto, alguns profissionais de saúde mental ainda se mostram resistentes ao tratamento proposto nesse local, pelo fato de muitas vezes não acreditarem no modo de atenção psicossocial. Nesse sentido, o hospital psiquiátrico continua exercendo um papel central na área da saúde mental, apesar de haver esforços para o desenvolvimento de uma rede para além do modo asilar, em direção ao modo psicossocial⁹.

Essa rede de serviços substitutivos, na lógica do modo psicossocial, vem se ampliando no Brasil, com o apoio de usuários e familiares, e seguindo as políticas públicas de Saúde Mental.

As primeiras Unidades de internação psiquiátrica no Brasil surgiram na década de 1950, no Hospital de Clínicas da universidade da Bahia, no Hospital dos comerciários de São Paulo e no Hospital Pedro II da universidade Federal de Pernambuco. Nas décadas de 1960 e

1970 foi dada continuidade à criação de Unidades de Psiquiatria em hospitais gerais, tendo sido estabelecidas, nesse período, principalmente em hospitais-escola⁹.

A Unidade de Internação Psiquiátrica em hospital geral deve oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, atividades de avaliação médico psicológica e social, atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros), atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades sócio terapêuticas), abordagem à família e preparação do paciente para a alta hospitalar, garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade, visando prevenir a ocorrência de outras internações¹⁰.

O tratamento oferecido ao indivíduo em sofrimento psíquico, no hospital geral, reforça a idéia de que o usuário deve ter o direito de se recuperar inserido na comunidade, mantendo a convivência com a sua família, seja por meio de visitas assistidas, em um primeiro momento, seja com saídas do hospital, junto à família.

A legislação prevê como direitos da pessoa que está em sofrimento psíquico: ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, adequado às suas necessidades; ser tratada com humanidade e respeito; realizar a sua recuperação com a inserção na família, no trabalho e na comunidade; ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; ter garantia de sigilo sobre as suas informações; ter direito à presença médica, para esclarecer a necessidade ou não de hospitalização involuntária; ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; ser tratada em ambiente terapêutico, com os meios menos invasivos possíveis; ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental⁸.

Os hospitais que prestam atendimento em psiquiatria devem realizar o acolhimento de indivíduos que já esgotaram todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência, tendo indicação de internação. Durante o período de internação, a assistência deve ser desenvolvida por equipe multiprofissional, tendo em vista a humanização da assistência e a preservação dos direitos de cidadania dos pacientes internados¹⁰.

Os indivíduos que fazem uso de substâncias psicoativas devem ser incluídos nesse novo modo de atenção proposto, preconizando-se que sejam atendidos em serviços comunitários de Saúde Mental, sendo a internação indicada quando os recursos extra hospitalares mostrarem-se insuficientes. O trabalho com pacientes usuários de drogas teve uma mudança no seu enfoque, evoluindo de um modelo cujas ações eram centradas apenas na

internação, para outro modelo em que o tratamento é baseado na educação e saúde, valorizando a vida e a participação da família do usuário¹¹.

O número de leitos destinado ao tratamento de usuários de drogas em hospitais gerais tem aumentado, devido ao fato de também ter aumentado a quantidade de usuários de substâncias, principalmente de crack, tendo também mais casos com maior gravidade.

A internação psiquiátrica em hospital geral visa o trabalho em equipe interdisciplinar, com encontros entre os profissionais da equipe e orientações aos familiares dos indivíduos internados, considerando vários aspectos da vida do paciente e auxiliando familiares e indivíduo em sofrimento psíquico no processo de reabilitação psicossocial¹².

Essa mudança de enfoque e no tipo de tratamento se faz necessário para que o tratamento seja mais efetivo e para que se consiga maior adesão dos usuários de drogas ao seu próprio tratamento. Isso porque muitas vezes são realizadas inúmeras internações com o objetivo de tratar o indivíduo visando apenas a sua abstinência, mas pode-se perceber que esse tipo de intervenção não se mostra tão resolutivo ao observar as reinternações desses pacientes, por recaída ao uso de drogas.

2.2 O crack e a gestação

Em 2005, o Conselho Nacional Antidrogas criou a Política nacional sobre drogas, esta resolução visa ações de combate ao uso de substâncias psicoativas. Dentre essas ações estão: saber diferenciar o usuário, a pessoa que faz uso indevido, aquela que é dependente ou que é traficante de drogas. Aqueles indivíduos que fazem uso prejudicial da droga, ou seja, que são dependentes químicos, devem ter o direito de receber tratamento adequado e de ser tratado de forma igualitária, sem discriminação. A prioridade deve ser a prevenção do uso indevido de drogas, por meio da conscientização do usuário e da sociedade em geral sobre elas, esclarecendo que o uso de drogas ilícitas alimenta as atividades e organizações criminosas que têm, no narcotráfico, sua principal fonte de recursos financeiros¹³.

Um dos aspectos abordados por essa política busca o reconhecimento da diferença entre uso indevido de droga e dependência de substância psicoativa. Torna-se importante distinguir o uso de drogas da dependência química porque nem todos os usuários de drogas tornam-se dependentes, e para tornarem-se dependentes de determinada substância é necessária a combinação de fatores psicológicos, genéticos e ambientais. O abuso de drogas

se refere a um padrão de uso que leva o indivíduo a transgredir normas sociais, com imensa dificuldade de interromper o uso da substância e causando perturbações clínicas importantes¹⁴.

Essa diferenciação conceitual se faz necessária para que cada caso possa ser tratado adequadamente, pois atualmente há uma tendência a classificar os indivíduos conforme determinado diagnóstico, o que faz com que as particularidades de cada pessoa não sejam observadas, dificultando o tratamento ou, quando não é o caso, tornando difícil a compreensão do sujeito.

As práticas de saúde têm seguido a lógica da binarização, separando aspectos sociais, econômicos, psicológicos, familiares, entre outros, do tratamento dos usuários de álcool e outras drogas, visto de forma isolada, no âmbito clínico de intervenção. Essa prática tem como objetivo apenas a abstinência do indivíduo, não valorizando outros aspectos da sua vida. No entanto, essa lógica deve ser combatida, para que se experimente outra maneira de pensar, considerando diferentes contribuições e colocando em prática a transversalização¹⁵.

Essa binarização também é um aspecto que não facilita a adesão do usuário ao tratamento, pois percebendo que as suas necessidades não são amplamente atendidas ele acaba não tendo uma boa adesão ao tratamento, o que muitas vezes pode afetar o vínculo com o profissional.

O Plano Nacional ainda fala sobre a elaboração de planejamento que inclua a realização de ações coordenadas, a fim de impedir a utilização do território nacional para o cultivo, a produção, a armazenagem, o trânsito e o tráfico de drogas ilícitas. O Conselho Nacional Antidrogas deve garantir, incentivar e articular o desenvolvimento de estratégias de planejamento e avaliação nas políticas de educação, assistência social, saúde e segurança pública, em todos os campos relacionados às drogas¹³.

No ano de 2010 foi instituído o decreto 7179, que fala sobre o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas. Esse plano tem como objetivos estruturar, integrar, articular e ampliar a prevenção do uso do crack, o tratamento e a reinserção social de usuários, contemplando a participação dos familiares. Pretende realizar o enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas e incluindo a atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua. Segundo esse decreto, as ações deverão ser executadas de forma descentralizada e integrada, observando-se a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, a integralidade, a participação da sociedade civil e o

controle social. Também busca estruturar, ampliar e fortalecer as redes de atenção à saúde e de assistência social para usuários de crack e outras drogas¹⁶.

Tendo em vista a disseminação do uso de crack no Brasil, a Confederação Nacional dos Municípios realizou uma pesquisa, envolvendo diversos municípios brasileiros a fim de mobilizar os gestores no enfrentamento do crack e de outras drogas. Criou-se o “Observatório do Crack”, tendo como objetivos o mapeamento do uso da droga no Brasil, a mobilização dos gestores e da população em geral, a geração de subsídios para o auxílio do planejamento e da implementação de medidas que reduzam o consumo de crack no país¹⁷.

Dentre os Municípios pesquisados até o ano de 2012, 89,4% indicaram que enfrentam problemas com a circulação de drogas em seu território. Somente 10,2% citaram que não enfrentam este tipo de problema e 0,4% não souberam informar. As respostas indicam que o problema está presente na grande maioria dos Municípios. Das cidades que afirmaram ter a circulação de substâncias psicoativas no seu território, 6,8% indicaram que o *crack* é a droga predominante, 22,9% indicaram que são outras drogas, e 68,7% indicaram que tanto o crack e demais drogas que circulam no seu Município. Cerca de 13,4% dos entrevistados não souberam responder a esta questão. O consumo do crack é um problema citado por 90,7% dos Municípios pesquisados e as outras substâncias psicoativas por 92,5% deles¹⁷.

O consumo de substâncias psicoativas no Brasil tem ultrapassado a barreira de um simples problema social, passando a ter desdobramentos em diversas áreas da sociedade, como pode se observar no quadro abaixo¹⁷.

Quadro 1. Problemas relacionados ao crack nas áreas de saúde, segurança, assistência social e educação (2012)

	Brasil (%)	Norte (%)	Nordeste (%)	Sudeste (%)	Sul (%)	Centro-Oeste (%)
Saúde	63,7	61,2	61,3	65,1	64,7	64,9
Segurança	58,5	62,4	60,3	55,7	56,8	65,6
Assistência social	44,6	47,2	42,0	46,3	44,1	45,4
Educação	37,9	34,8	36,8	37,2	37,6	46,1
Outros	12,3	15,7	11,7	12,2	11,1	15,2

Fonte: Site do Observatório do crack, 2012.

Como se pode observar no quadro 1, o uso de crack consiste em um problema complexo, que acarreta danos em diversos setores da sociedade, principalmente na saúde e na

segurança. Por isso se faz necessário a organização de intervenções intersetoriais, que aborde a comunidade de maneira integral, considerando os diversos aspectos que fazem parte da sua vida, e não apenas tratando como um problema de saúde.

Obviamente que, quando se trata de uso indevido da droga, devemos considerar como uma questão de saúde, no entanto, a abordagem deve ser muito mais ampla do que isto, para que se obtenha uma resolução mais duradoura para o problema, o que não se terá enquanto o abordarmos de maneira simplista.

Atualmente o crack acabou se difundindo entre jovens vulneráveis pelo seu baixo custo e rápido efeito. O início da fabricação do crack se deu como uma opção para evitar perdas financeiras aos produtores de drogas, pois o controle do Estado sobre insumos como o éter e a acetona, necessários para produzir a cocaína, tornou mais cara e difícil a produção da droga. Por ser uma substância menos pura que a cocaína, o crack acabou tornando-se uma droga mais acessível e de menor custo, motivo pelo qual iniciou sendo mais utilizada pelas camadas populares da América¹⁸.

O crack resulta da dissolução do hidrocloreto de cocaína em água e da sua mistura a uma base forte, como bicarbonato de sódio ou amônia, após ele é extraído com auxílio de um solvente orgânico. Depois de evaporado e seco tem-se a pedra do crack, que pode ser fumado em cachimbos ou em latas. A droga tem essa denominação devido ao barulho provocado pela “queima” da pedra durante o seu uso. O efeito da droga é rápido, atinge o sistema nervoso central em menos de 20 segundos¹⁸.

Alguns dos principais fatores de risco para o uso de drogas são o meio em que a pessoa vive, a pressão dos pares e a família. Entretanto, também são apontados fatores de prevenção, como o diálogo com os familiares, e a família estruturada, o reforço positivo dado pela família e as atividades socioeducativas desempenhadas¹¹.

A família tem a função de impor limites aos adolescentes, principalmente por ser um momento de crise e por haver certo distanciamento entre o adolescente e a família nesse período, tornando o adolescente mais vulnerável à identificação com grupos de risco, como usuários de drogas, o que facilita que ele tenha comportamento e atitudes que o levem ao uso e abuso de drogas¹¹.

A dificuldade na busca de tratamento, pelos usuários de crack tem ocorrido devido ao fato de muitas vezes não reconhecerem o problema e pelo preconceito enfrentado pela ilegalidade da droga, que faz com que seja ligada à criminalidade. Outras barreiras

encontradas são o modelo terapêutico vigente em algumas regiões e/ou instituições e a falta de capacitação das equipes diante da nova onda de pacientes e suas complicações¹⁹.

Segundo levantamento realizado pelo Centro Brasileiro de Drogas Psicotrópicas (CEBRID), o consumo de crack no Brasil aumentou de 0,4% para 0,7% no período de 2001 até 2005. O maior aumento ocorreu na região Sul, indo de 0,5% para 1,1% e, na região Sudeste, de 0,4% para 0,8%. No Nordeste, houve aumento da percepção entre os entrevistados acerca da facilidade para se obter o crack, 19,9% em 2001 e 30,5% em 2005¹⁹.

A família pode ter influência negativa ou positiva sobre o uso de substâncias psicoativas. Ela é capaz de influenciar a vulnerabilidade do indivíduo para iniciar e atingir padrões problemáticos de consumo de maneira direta, seja geneticamente, seja pela exposição ao consumo dentro do ambiente familiar, e de maneira indireta, por meio da violência, do abuso e do estresse continuados. Por outro lado, relacionamentos positivos dentro do ambiente familiar constituem fatores protetores e estruturantes, reduzindo a vulnerabilidade dos indivíduos para o consumo de drogas¹⁹.

Alguns fenômenos relacionados ao uso de cocaína durante a gestação, tais como os efeitos da substância no desenvolvimento gestacional, tanto sobre a mãe, como sobre ao feto, têm chamado a atenção dos pesquisadores e profissionais de saúde¹⁹.

Apesar da escassez de estudos referentes ao assunto, sabe-se que o consumo de substâncias psicoativas durante a gestação pode acarretar danos graves para o feto.

O uso de substâncias psicoativas durante a gestação consiste em um dos fatores geradores de risco gestacional, para a mãe e para o feto. Algumas das consequências negativas advindas do uso de drogas ilícitas são a desnutrição e a maior suscetibilidade a infecções, danos que podem se estender ao feto em desenvolvimento²⁰.

Durante a gestação, a cocaína provoca taquicardia e aumento da pressão arterial materna, com consequente vasoconstrição uterina e redução do fluxo sanguíneo do útero para a placenta²¹. Com a diminuição do fluxo sanguíneo uterino e a supressão do apetite da gestante, pode haver restrição de crescimento intra-uterino²², trabalho de parto prematuro e rotura prematura de membranas. Algumas pesquisas relatam que as consequências ao uso da droga (dose dependentes): baixo peso ao nascer, baixa estatura, diminuição da circunferência da cefálica e alterações neurocomportamentais, no entanto, outros estudos negam estes achados e os atribuem a efeitos do estilo de vida, e não a droga em si²⁰.

Outras alterações ocasionadas ao feto devido à exposição à cocaína durante a gestação incluem hidrocefalia, presença de fissura labial e palatina malformações no septo atrial e ventricular, transposição das grandes artérias, cardiomegalia, hérnia inguinal, ausência dos rins, hipospádia e polidactilia²³.

Entretanto, o baixo peso ao nascer ainda é apontado como uma das principais complicações, ocasionada pelo consumo de cocaína durante a gestação. Quanto às alterações cognitivas encontradas, outros fatores de risco, tais como gravidade do consumo, período da gestação de maior uso, nível sócio-econômico, cuidados durante a gravidez e uso associado de outras drogas precisam ser considerados²³.

No entanto, na maioria das vezes, o uso de substâncias psicoativas durante a gravidez traz outros fatores de risco associados, como os sociodemográficos, psicossociais, comportamentais e biológicos¹⁷. A alta prevalência do uso inadequado de álcool e outras drogas, e a presença de outros fatores de risco concomitantes, podendo ocasionar desfechos deletérios na gestação, o que indica um importante problema de saúde pública, merecendo ser rotineiramente rastreada durante o acompanhamento pré-natal²⁴.

O uso de cocaína durante a gestação está associado a uma série de comportamentos de risco, que podem contribuir para a ocorrência de complicações para a gestante e para o bebê²¹. Entre estas complicações estão as doenças sexualmente transmissíveis, como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e a hepatite, bem como as complicações decorrentes da elevada exposição à violência, particularmente àquela ocorrida dentro de suas próprias casas²⁵.

Algumas vezes essas complicações são detectadas apenas no pré-natal, pois o uso da droga pode estar tão intenso que a mulher não consegue pedir ajuda, no entanto, no momento da gestação ela encontra uma motivação para buscar um serviço de saúde.

Fatores de risco consistem em características ou circunstâncias que podem levar a uma probabilidade maior da gestante e do recém-nascido desenvolverem alguma complicação e, como consequência, evoluírem para óbito, necessitando, portanto, de ações de maior complexidade. Existem alguns fatores de risco mais comuns que, se identificados nas gestantes, podem alertar a equipe de saúde para a realização de um acompanhamento pré-natal mais rigoroso²⁰.

Os fatores geradores de risco gestacional podem surgir antes da ocorrência da gravidez ou no seu decorrer. Quando a identificação desses fatores nas mulheres em idade reprodutiva

ocorre ainda na comunidade, a equipe saúde da atenção primária tem a oportunidade de trabalhar com a promoção da saúde dessas mulheres, fornecendo orientações no que concerne ao planejamento familiar. A realização de intervenções junto à família e à comunidade podem gerar impactos positivos²⁰.

Realizar o cuidado de gestantes usuárias de substâncias psicoativas exige um preparo especial por parte da equipe de saúde, pois consiste em um trabalho bastante complexo. Isso porque os profissionais devem tratar as usuárias com as suas particularidades, tendo consciência das implicações éticas e legais do seu trabalho²⁵.

A internação da gestante usuária de crack garante a pronta abstinência, interrompendo um padrão de uso que impedia a gestante de se voltar para a sua gestação. Durante esse período a família pode receber as orientações mais adequadas e há a oportunidade da elaboração do plano conjunto de tratamento, envolvendo a equipe de saúde, a paciente e os familiares²¹.

As internações compulsórias consistem em um tema polêmico, pois tal medida demonstra um caráter altamente higienista, sendo que não há eficácia comprovada com essa medida. Atualmente a internação compulsória está voltada para o manejo de crises agudas e para a desintoxicação, tendo como duração média de duas a quatro semanas. Nesse período as usuárias podem ser avaliadas quanto à presença de dependência ou de comorbidades, participando de atividades capazes de motivá-las para o tratamento. Para que se elabore um plano de tratamento minimamente eficaz durante a internação, a família deve ser localizada, ouvida, orientada e sensibilizada²¹.

Devido ao fato de, muitas vezes, o desejo de consumir a droga sobrepor-se à preocupação da paciente com a gestação e o feto, a família também deve ser orientada, envolvida e responsabilizada, a fim de garantir a chegada da paciente o mais rápido possível ao pronto atendimento²¹.

Algumas atitudes da equipe de saúde podem motivar a participação das usuárias gestantes no tratamento, tais como²¹:

- Entendimento dos valores e das crenças das pacientes e postura livre de julgamentos perante a estes.
- Atenção para o fato de que o uso de drogas nunca aparece isolado de fatores culturais e psicossociais.
- Comprometimento em oferecer cuidados ótimos e oportunos.

- Compreensão da dependência como uma questão de saúde, e nunca como uma questão digna de julgamentos morais ou de caráter.
- Capacidade de criar um ambiente seguro e que garanta privacidade e confidencialidade às gestantes.
- Identificação de potenciais barreiras ao tratamento e desenvolvimento de estratégias para superá-las.
- Reconhecimento dos sentimentos da mulher e de suas percepções.
- Entendimento de que é difícil para as gestantes revelar o seu uso de drogas e álcool durante a gravidez.
- Entendimento da importância de se estabelecer um relacionamento profissional sólido e confiável.
- Atenção para o fato de que gestantes usuárias de drogas costumam ter vários profissionais de saúde envolvidos em seus cuidados – necessidade de integração.

Para realizar um cuidado tão complexo, considerando os múltiplos aspectos envolvidos na gestação e no uso de drogas, faz-se necessário o trabalho de uma equipe interdisciplinar, trabalhando de forma articulada e respeitando essa gestante.

O preconceito da sociedade com relação ao uso de drogas muitas vezes torna ainda mais difícil a busca dessas gestantes pelo acompanhamento pré-natal. No entanto, também se pode pensar na gestação como um período facilitador, de sensibilização ao tratamento da dependência química e abuso de substâncias psicoativas. Pode-se aproveitar essa fase para encorajar a gestante a tentar permanecer abstinente, valorizando o seu desejo de não prejudicar o seu bebê e de poder cuidá-lo melhor, após o nascimento²⁰.

A gestação se trata de um fenômeno fisiológico que ocorre no corpo da mulher e, sendo assim, deve ser vista como parte de uma experiência de vida saudável, tanto pelas gestantes como pela equipe de saúde. Apesar de envolver alterações físicas, sociais e emocionais, esse período pode ser considerado uma situação limítrofe, no que diz respeito aos riscos que a mãe e o feto podem estar expostos. As gestantes que apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável são as chamadas “gestantes de alto risco”²⁰.

A assistência à gestante pressupõe uma avaliação dinâmica das situações de risco, e prontidão da equipe para poder atuar de maneira a impedir um resultado desfavorável. Por isso, a ausência do atendimento pré-natal pode aumentar o risco para a gestante e para o recém-nascido²⁰.

O uso indevido de crack tem sido considerado um grave problema de saúde na atualidade, tendo em vista o fácil acesso à droga e as complicações clínicas e sociais que o seu uso pode trazer como consequência. No entanto, quando se trata de uma gestante, o consumo de crack caracteriza uma gestação de alto risco, pois além dos problemas causados à própria mulher, há grandes chances de que as complicações se estendam ao feto.

Por isso é de extrema importância que a gestante usuária de crack tenha o acompanhamento de uma equipe de saúde, seja de um ambulatório especializado, de uma Estratégia de Saúde da Família, de uma Unidade Básica de Saúde, ou de um CAPS. Ao se perceber que a realização do acompanhamento por serviços de saúde comunitários não está sendo efetiva, e que não há mais recursos extra hospitalares aos quais recorrer para poder acompanhar a gestante inserida na comunidade, deve-se buscar a internação.

Uma vez que há políticas públicas preconizando o atendimento de pessoas usuárias de substâncias psicoativas inseridas no modo de atenção psicossocial, deve-se dar preferência à internação dessa gestante em leito psiquiátrico localizado em hospital geral, pois ela deverá ser atendida de maneira integral. Ou seja, deverá ser visto além da sua dependência química, tendo que haver um acompanhamento social, além de avaliação clínica, pré-natal, atendimento à família, entre outros aspectos que deverão ser observados.

Para isso faz-se necessário que se disponha de uma equipe multidisciplinar para o acompanhamento da internação dessa gestante, tendo em vista a complexidade do seu acompanhamento. Os profissionais que atuam na rede de serviços de saúde devem estar preparados para atender essas mulheres, tratando-as com respeito e preservando a sua dignidade.

3 OBJETIVO

Abaixo seguem o objetivo geral e os objetivos específicos do estudo:

3.1 Objetivo geral

Compreender o cotidiano de gestantes usuárias de crack.

3.2 Objetivos específicos

- Conhecer como era o cotidiano da gestante usuária de crack antes da internação;
- Identificar as expectativas das gestantes usuárias de crack com a sua internação;
- Descrever o tipo vivido de gestantes usuárias de crack.

4 FENOMENOLOGIA SOCIAL DE ALFRED SCHUTZ

Optou-se por realizar essa pesquisa utilizando o referencial teórico-filosófico da fenomenologia social de Alfred Schutz, devido a sua relevância nas pesquisas em Saúde Mental. O referencial escolhido visa “dar voz” aos participantes da pesquisa, considerando a sua singularidade²⁶, sendo que para isso o pesquisador deve voltar-se para os sujeitos, a fim de apreender as suas experiências e o seu cotidiano, que é intersubjetivo e compartilhado entre os semelhantes²⁷.

Schutz nasceu em Viena, em 1899, e faleceu em Nova York, em 1959. Enquanto sociólogo, Schutz tinha o propósito de estabelecer os fundamentos de uma Fenomenologia Social, e para isso, baseou-se nos estudos da fenomenologia de Edmund Husserl e da sociologia compreensiva de Max Weber²⁸. Os seus estudos vêm contribuindo para a construção de conhecimentos na área das ciências sociais e humanas²⁹.

A fim de compreender melhor os fundamentos da Fenomenologia Social de Alfred Schutz, faz-se necessário uma breve exposição sobre os conceitos de Husserl.

A fenomenologia de Husserl volta o olhar para a manifestação do que aparece, buscando “voltar às coisas mesmas”. Para isso, parte de uma atitude fenomenológica, superando a atitude natural e introduzindo a *epoché* no mundo, ou seja, colocando o mundo e o conhecimento já existente sobre determinada realidade entre parênteses, para se chegar ao fenômeno³⁰. A atitude fenomenológica propõe a suspensão dos nossos preconceitos e crenças para que o pesquisador esteja aberto para a apreensão daquela realidade, não se trata de negar a existência de pressupostos, mas de tentar ver o fenômeno como ele realmente é.

Schutz se apropria dos conceitos husserlianos de intencionalidade, de intersubjetividade e de mundo vivido³¹. Intencionalidade consiste na capacidade da consciência de se referir a algo que não é ela própria e quando a consciência se volta a um fenômeno, a atenção se dirige para o significado do objeto. O conceito de intencionalidade não deve ser entendido como sinônimo de ação proposital, pois pode ser definida como o movimento da consciência de expandir-se para o mundo e de imprimir lucidez às coisas. Sendo assim, os fenômenos não se restringem a apenas os objetos da consciência, eles compreendem também os próprios atos enquanto conscientes³⁰.

A intersubjetividade pode ser definida como uma troca, uma qualidade do nosso mundo²⁷, ou seja, ela está baseada no reconhecimento do outro no mundo, no

desenvolvimento das relações sociais, sendo que essas relações de troca estão inseridas dentro do mundo da vida cotidiana.

A realidade cotidiana do mundo da vida é bastante ampla, incluindo não só a natureza experimentada pelo sujeito, mas também o mundo social e cultural em que se encontram inseridos³². O mundo da vida cotidiana é aquele sobre o qual nós atuamos, e que também atua sobre nós, é onde experimentamos as relações e realizamos ações sociais²⁷. As relações desenvolvidas com nossos semelhantes podem ser relações sociais diretas ou relações sociais indiretas.

A relação social direta compreende uma situação face a face, onde se dá a relação entre o eu e o tu, ou seja, do nós, compartilhando tempo e espaço. Já a relação social indireta é reconhecida pela experiência em que os sujeitos compartilham apenas a dimensão do tempo, consiste em uma relação de anonimato entre contemporâneos³¹.

O mundo intersubjetivo existente antes do nascimento do sujeito, vivenciado e interpretado por seus predecessores, também faz parte do mundo da vida cotidiana desse indivíduo. A interpretação desse mundo, chamada de estoque de conhecimentos anteriores, é transmitida ao sujeito por sua família e por seus professores, e funcionam como um código de referência²⁸.

A sedimentação de todas as experiências anteriores de uma pessoa determina a situação biográfica. Baseando-se nessas experiências, o sujeito tem o seu estoque de conhecimento à mão, que consiste no conhecimento adquirido ao longo da vida, por meio da atitude natural, ou seja, da atitude ingênua³¹.

As ações realizadas pelos sujeitos consistem em condutas humanas motivadas, ou seja, quem realiza essas ações a que atribui significados²⁸. Para compreender o significado das ações, Schutz desenvolveu os conceitos de “motivos para” e “motivos porque”. Os “motivos para” são considerados subjetivos, à medida que se referem aos significados atribuídos às ações futuras, que o indivíduo pretende realizar. Já os “motivos porque” são considerados objetivos, e consistem nos significados atribuídos a ações passadas, já realizadas pelo sujeito. No entanto, essas motivações apenas podem ser conhecidas ouvindo-se o discurso dos sujeitos²⁷.

Há uma rede de tipificações, de seres humanos, de ações, de motivos, de objetivos. A elaboração de alguns tipos foi realizada pelos nossos predecessores ou contemporâneos, a fim de se ter o entendimento em determinado grupo³². A tipificação deve sintetizar os traços tipos

de determinado fenômeno social, possibilitando a sua inteligibilidade³¹. Ou seja, a tipificação consiste em uma construção do tipo ideal de determinado sujeito, em um dado tempo e local.

Após a análise dos discursos dos sujeitos dessa pesquisa será construído o tipo ideal de gestantes usuárias de crack, com o objetivo de sintetizar os aspectos referentes ao grupo de participantes da pesquisa. A construção do tipo ideal tem como objetivo compreender o discurso de cada indivíduo, considerando o seu cotidiano e compreendendo as suas motivações.

Os conceitos expostos nesse capítulo estão todos associados, pois fazem parte do referencial teórico-filosófico de Alfred Schutz, sendo assim, serão utilizados novamente durante a análise dos discursos, para relacionar com as suas falas e compreender melhor a realidade dos sujeitos da pesquisa.

Ao realizar o presente estudo com gestantes usuárias de crack internadas em uma Unidade Psiquiátrica localizada em hospital geral, pretende-se compreender como era o seu cotidiano antes de internar, observando os seus motivos porque envolvidos nesse cotidiano. Também pretende-se identificar as expectativas dessas mulheres com relação ao período após a alta hospitalar, percebendo os motivos para existentes, e descrever o tipo vivido dessas gestantes.

5 METODOLOGIA

Abaixo segue o tipo de estudo, o local de estudo, os sujeitos de pesquisa, coleta dos dados, análise dos dados e considerações éticas.

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, embasado no referencial da fenomenologia social de Alfred Schutz.

O método qualitativo tem fundamento teórico, permite desvelar processos sociais pouco conhecidos, propiciando a construção de novas abordagens. Pode ser utilizado para se realizar o estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, resultantes das interpretações que as pessoas fazem sobre si mesmos, sobre suas vivências, construções, sentimentos e pensamentos³³.

Esse tipo de pesquisa permite uma aproximação do sujeito de estudo, levando à busca pela compreensão de suas ações e percepções. Nesse sentido, o pesquisador tem a oportunidade de realizar um aprofundamento nos estudos e nos dados.

A pesquisa qualitativa se caracteriza pelo caráter flexível, capaz de se ajustar ao que está sendo apreendido durante a coleta de dados. Busca uma visão holística, por isso o pesquisador deve se envolver intensamente, tornando-se instrumento da pesquisa. Também exige uma análise contínua dos dados coletados, à medida que pode formular estratégias subsequentes e determinar o momento em que o trabalho de campo pode ser encerrado³⁴.

Esse tipo de estudo envolve a pesquisa compreensiva, que pode ser realizada com enfoques diferentes, visto que tem como referência vários autores, permitindo interpretações diversificadas dos mesmos dados.

A Sociologia compreensiva tem tido grande influência na construção do conhecimento da realidade. Ela é considerada antipositivista e privilegia a compreensão e a inteligibilidade como propriedades específicas dos fenômenos sociais³³.

Sendo assim, foi esse estudo tem um delineamento qualitativo por entender que ele se mostra adequado para apreender a realidade que pretendo.

5.2 Local de estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV), localizado em Porto Alegre. Essa Unidade de internação dispõe de 24 leitos, para atender pacientes femininas em sofrimento psíquico. Do total de leitos disponibilizados pela unidade, cinco são específicos para mulheres gestantes usuárias de substâncias psicoativas.

A Unidade é referência de atendimento para gestantes usuárias de crack que necessitem de internação psiquiátrica, em qualquer parte do Estado do Rio Grande do Sul. Os leitos da unidade são regulados pela Central de Leitos do Estado, que organiza a fila de espera das pessoas que estão aguardando por internação.

O cuidado é realizado por equipe multidisciplinar, incluindo médicos psiquiatras, residentes, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social e terapeuta ocupacional. Todos participam na elaboração do plano terapêutico das pacientes, que é discutido semanalmente em reuniões com a equipe.

O tratamento envolve a desintoxicação da gestante e a realização de acompanhamento pré-natal, no setor responsável pelo atendimento a gestantes de alto risco no HMIPV. O período mínimo de internação das gestantes usuárias de crack é de 30 dias, sendo que algumas gestantes podem permanecer por mais tempo internadas, por ter ordem judicial solicitando, por situação de vulnerabilidade social, ou a existência de dificuldades da família em acolher a gestante após a alta.

Após a alta hospitalar essas gestantes continuam o acompanhamento pré-natal no HMIPV e são encaminhadas ao ambulatório de dependência química, tendo uma avaliação semanal, em grupo desenvolvido por médicos psiquiatras e por médicos residentes do hospital. No caso de a paciente não residir em Porto Alegre, ela é encaminhada ao serviço do seu município.

5.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos desta pesquisa foram 10 gestantes usuárias de crack internadas na Unidade de Psiquiatria do HMIPV. Para tanto, foram utilizados como critérios de inclusão das participantes na pesquisa:

- Estar internada na Unidade há, no mínimo 10 dias, para poder entrevistá-la após a primeira fase da desintoxicação, e também para que ela esteja melhor adaptada ao ambiente da internação.
- Ter como motivo principal da internação o uso de crack.
- Estar gestante, em qualquer idade gestacional, com ou sem acompanhamento pré-natal.
- Ter se descoberto gestante antes da internação.
- Aceitar participar da pesquisa.

5.4 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista fenomenológica com as participantes da pesquisa, no período de junho a novembro de 2012, em um consultório da Unidade de Internação Psiquiátrica. Foi apresentado a cada gestante um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi lido e explicado à usuária antes da entrevista (Apêndice A).

As questões norteadoras, para desenvolvimento da entrevista, foram as seguintes: 1) Conte-me sobre a sua vida antes da internação, desde que se descobriu grávida. 2) Diga-me o que você pretende com essa internação. 3) Fale-me sobre seus planos para a sua vida após a alta hospitalar.

Cada entrevista foi gravada e, posteriormente, transcrita na íntegra. A coleta de dados foi encerrada ao se perceber repetição acentuada das informações coletadas nas entrevistas com os sujeitos do estudo.

5.5 Análise dos dados

Após encerrar a coleta de dados, foram utilizados os seguintes passos³⁵⁻³⁶⁻³⁷⁻³⁸ para organização e categorização dos resultados, segundo o referencial teórico filosófico da fenomenologia social de Alfred Schutz:

- 1) Leitura atenta das falas para captar o cotidiano vivenciado pelas gestantes usuárias de crack, identificando os *motivos porque* e os *motivos para*;
- 2) Identificação de categorias concretas que abrigam os atos dos sujeitos;

3) Releitura das falas para selecionar e agrupar trechos que contenham aspectos significativos das ações dos sujeitos;

4) A partir das características típicas das falas, estabelecer o cotidiano de gestantes usuárias de crack, buscando descrever o tipo da ação.

5.6 Considerações Éticas

O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas.

O anonimato dos sujeitos da pesquisa foi respeitado. Nas falas das gestantes, elas foram identificadas por números (E1, E2, E3,...), e os nomes das pessoas citadas por elas nos discursos foram suprimidos, mantendo apenas a letra inicial do nome da pessoa.

As considerações bioéticas foram respeitadas quanto ao acesso e análise de dados em pesquisa com seres humanos, conforme resolução N° 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde³⁹.

6 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Durante a coleta de dados foram levantadas algumas informações sobre as pacientes que participaram da pesquisa. Esse levantamento de dados foi realizado para a elaboração da caracterização das gestantes usuárias de crack entrevistadas nesse estudo. O quadro 2 mostra a idade, estado civil, local em que reside e ocupação.

Quadro 2. Caracterização das gestantes com relação à idade, estado civil, local em que reside e ocupação.

	Idade	Estado civil	Local em que reside	Ocupação
E1	24	Solteira	Porto Alegre	Nenhuma
E2	24	Solteira	Porto Alegre	Nenhuma
E3	23	Casada	Porto Alegre	Auxiliar de limpeza
E4	29	Casada	Porto Alegre	Nenhuma
E5	21	Solteira	Capão da Canoa	Nenhuma
E6	23	Solteira	Porto Alegre	Nenhuma
E7	25	Casada	Porto Alegre	Nenhuma
E8	28	Solteira	Porto Alegre	Do lar
E9	27	Casada	Capão da Canoa	Nenhuma
E10	34	Casada	Santa Maria	Cozinheira

Fonte: Elaborado pela autora.

Dentre as 10 pacientes entrevistadas apenas uma apresentou idade superior a 30 anos de idade, as demais apresentavam idade entre 21 e 29 anos no momento em que foi realizada a coleta de dados para esse estudo. Com isso, pode-se perceber que as gestantes que participaram da pesquisa são mulheres muito jovens..

Sete pacientes entrevistadas mencionaram residir em Porto Alegre, outras duas no litoral (Capão da Canoa) e outra em Santa Maria, no interior do Estado de Rio Grande do Sul. Sendo assim, pode-se perceber que a maioria das usuárias reside em Porto Alegre.

Esse dado nos leva a alguns questionamentos, como: Será que residir em Porto Alegre seria um fator facilitador para o uso de crack? Ou as usuárias do sistema de saúde mental da região metropolitana, interior e litoral do Estado teriam maior dificuldade para acessar um serviço de saúde de alta complexidade para realização do seu tratamento?

O quadro 3 mostra a realização de acompanhamento pré-natal no período anterior à internação, a idade gestacional em que as usuárias estavam no momento da internação e o número de gestações (G), partos (P) e abortos (A) de cada uma delas. Após a letra maiúscula, que representa cada um desses aspectos, foi colocado o número correspondente à gestação, parto e aborto de cada uma dessas mulheres.

Quadro 3. Caracterização das gestantes com relação ao acompanhamento pré-natal no período anterior à internação, idade gestacional no momento da internação e número de gestações, partos e abortos.

	Acompanhamento pré-natal	Idade gestacional no momento da internação	Número de gestações, partos e abortos
E1	Não	Aproximadamente 5 meses	G4P2A1
E2	Não	Entre 4 e 5 meses	G1P0
E3	Sim	26 semanas	G2P1
E4	Sim	25 semanas e 6 dias	G8P7
E5	Sim	24 semanas e 1 dia	G2P1
E6	Não	Aproximadamente 8 meses	G3P2
E7	Não	Aproximadamente 5 meses	G2P1
E8	Não	Aproximadamente 7 meses de gestação	G2P1
E9	Sim	Aproximadamente 7 meses	G4P3
E10	Sim	31 semanas e 2 dias	G5P2A2

Fonte: Elaborado pela autora.

Considerou-se como acompanhamento pré-natal o comparecimento da gestante a pelo menos uma consulta com o médico de saúde da família. Sendo assim, algumas usuárias ainda não haviam realizado ecografia obstétrica, o que justifica o fato de não ter a idade gestacional determinada. Salienta-se que ao considerar a presença de acompanhamento pré-natal pela gestante, não está se avaliando a sua regularidade, logo, pode ocorrer a falta de adesão por parte das usuárias.

Pode-se observar que a idade gestacional de algumas mulheres está colocada em semanas, outras em meses, porque aquelas que ainda não haviam realizado ecografia obstétrica, ou mesmo que não mantinham uma regularidade no seu acompanhamento pré-natal não tinham como precisar a sua idade gestacional no momento da internação.

Apesar de serem mulheres jovens, observa-se que apenas uma delas era primigesta, enquanto todas as demais já tinham filhos. Uma gestante já havia tido dois abortos anteriores.

O quadro 4 mostra de qual serviço cada gestante foi encaminhada à internação, o período de permanência na Unidade de Internação Psiquiátrica do HMIPV e o número de internações psiquiátricas prévias, não realizando discriminação entre internações anteriores na HMIPV ou em demais hospitais, sejam psiquiátricos ou gerais.

Quadro 4. Caracterização das gestantes com relação ao serviço proveniente, período de internação e número de internações psiquiátricas prévias.

	Serviço proveniente	Período de internação	Número de internações psiquiátricas prévias
E1	Pronto Atendimento Iapi	30 dias	Sete
E2	Pronto Atendimento Iapi	31 dias	Uma
E3	Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul	28 dias	Três
E4	Hospital dia do HMIPV	31 dias	Duas
E5	Ordem judicial	43 dias	Uma
E6	Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul	48 dias	Quatro
E7	Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul	31 dias	Uma
E8	Pronto Atendimento Iapi	28 dias	Uma
E9	Ordem judicial	32 dias	Zero
E10	Ambulatório de psiquiatria HMIPV	32 dias	Três

Fonte: Elaborado pela autora.

Na tabela acima se observa que 8 mulheres que participaram da pesquisa tiveram aproximadamente 30 dias de internação, variando entre 28 e 32 dias. A Unidade de Psiquiatria do HMIPV tem como padrão para o tempo de internação das pacientes gestantes usuárias de crack o período de 30 dias, necessário para a desintoxicação. A variação observada em torno dos 30 dias de internação ocorre devido à disponibilidade dos médicos residentes e/ou dos familiares para a realização da alta. Isso porque no momento da alta hospitalar é realizada uma reunião entre o médico residente, o familiar responsável e a paciente, a fim de orientá-los quanto ao pós-alta.

Duas gestantes tiveram o seu período de internação bastante prolongado, uma permaneceu 43 dias, outra ficou 48 dias internada. Nesses dois casos as pacientes entraram

em trabalho de parto durante a internação e ganharam seus bebês, por isso entende-se que a permanência na internação foi por um período maior. No puerpério, além do acompanhamento psiquiátrico, essas mulheres também necessitaram de acompanhamento mais intensivo do serviço social e de avaliação ginecológica. Sendo assim, tinham de aguardar alta obstétrica e conversar sobre o encaminhamento do bebê, em alguns casos para casa, em outros para abrigagem.

Três pacientes foram encaminhadas pelo Pronto Atendimento Iapi (Porto Alegre), outras três gestantes foram encaminhadas pelo Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (Porto Alegre) para a Unidade de Internação Psiquiátrica do HMIPV. Ambos serviços são considerados referências para o atendimento de urgências e emergências psiquiátricas de pessoas que residem em Porto Alegre. Para aqueles que residem na região metropolitana, no litoral ou no interior do Estado, o serviço procurado deve ser a triagem do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Em qualquer um desses três serviços de urgência/emergência os casos que são avaliados e necessitam de internação psiquiátrica são encaminhados à Central de leitos do Estado, que providencia o leito psiquiátrico na rede hospitalar de Porto Alegre.

Duas pacientes foram encaminhadas de outros setores do próprio hospital (Hospital-dia e ambulatório de psiquiatria). O Hospital-dia é o setor do HMIPV que realiza o acompanhamento pré-natal de gestantes de alto risco, funciona como um ambulatório, e o ambulatório de psiquiatria é o setor responsável pelo atendimento ambulatorial dos pacientes referenciados ao hospital, ou daquelas pacientes que têm alta hospitalar e tem indicação de continuar o tratamento no HMIPV. Quando há a avaliação de que mulheres, que estão sendo atendidas em outros setores do hospital, necessitam de internação psiquiátrica, há uma solicitação de avaliação do médico residente plantonista, por meio de uma consultoria de urgência. Dessa forma, se é confirmada a necessidade de internação, a usuária pode ser transferida para a Unidade de Internação Psiquiátrica.

Outras duas pacientes foram encaminhadas por ordem judicial, ambas procedentes do município de Capão da Canoa. A internação encaminhada por ordem judicial ocorre quando a família ou os órgãos competentes, como Conselho Tutelar, solicitam a internação compulsória da paciente, devido aos prejuízos causados ao feto pelo uso de crack e pelas condutas de risco a que a usuária se expõe durante a gestação.

A maioria das gestantes tinha internações anteriores, tendo como motivo principal o uso de drogas. Apenas uma delas estava na sua primeira internação psiquiátrica, quando realizada a entrevista. Com isso, pode-se perceber a dificuldade de tratamento da usuária de

crack e a sua complexidade, visto que o uso da droga permeia o cotidiano da pessoa, as relações sociais e familiares, entre outros aspectos.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a coleta de dados, as falas de cada participante da pesquisa foram transcritas. Para obtenção dos resultados, as transcrições das entrevistas foram lidas e relidas inúmeras vezes, a fim de identificar as convergências presentes nos discursos e construir as Categorias concretas.

Os resultados da pesquisa serão apresentados em dois tópicos, um que se refere ao cotidiano das gestantes antes da internação e outro que se refere às expectativas das gestantes com internação. No decorrer de cada um desses tópicos os aspectos relevantes identificados nos discursos serão detalhados e relacionados com a literatura e com o referencial da fenomenologia social.

7.1 O cotidiano das gestantes usuárias de crack antes da internação

Esse capítulo irá abordar os aspectos presentes no cotidiano das gestantes usuárias de crack antes da internação, de acordo com os discursos analisados. As mulheres entrevistadas consideram o uso da droga como um aspecto negativo, visto que interfere no seu autocuidado. Elas falaram sobre os meios que utilizavam para obter a droga antes da internação, sobre a preocupação com a gestação e com o seu bebê e sobre o distanciamento da sua família para realizar o uso de crack.

As gestantes entrevistadas falaram do seu dia-a-dia enquanto usuárias de crack, contando sobre as condutas realizadas antes da internação psiquiátrica. Percebe-se que as falas realizadas durante as entrevistas possibilitaram um momento de reflexão a essas gestantes.

As experiências subjetivamente significativas que emanam da vida espontânea são chamadas de conduta, podendo esse termo se referir tanto aos tipos de experiência que se passam internamente, como aos que ocorrem no mundo exterior. Pode-se afirmar que há a conduta aberta e a fechada, enquanto a primeira consiste no *mero fazer*, a outra consiste no *mero pensar*. Contudo, a conduta não implica qualquer referência à expectativa³.

Aquelas ações cujos significados são contemplados pela definição do sujeito consistem em comportamentos motivados. Pode-se afirmar que os motivos “porque” tratam-se de uma categoria objetiva acessível ao observador, que precisa reconstituir a atitude do

sujeito a partir do ato realizado. Uma pessoa apenas será capaz de apreender os verdadeiros motivos “porque” de seus atos quando se voltar para o seu passado³.

Já os motivos “com-a-finalidade-de” se referem à atitude do sujeito que está vivenciando a ação em curso, tratando-se de uma categoria essencialmente subjetiva, que apenas é revelada ao observador se ele indagar ao sujeito sobre o significado que ele próprio concedeu a sua ação³.

Durante as entrevistas realizadas as gestantes puderam voltar-se ao seu passado, rementendo-se ao cotidiano de uso de crack existente antes da internação. Dessa forma, foi possível atribuírem motivações aos seus comportamentos.

O fluxo de pensamento subjetivo que pode ser experienciado em seu presente vívido chama-se alter ego. Ele é simultâneo ao nosso próprio fluxo de consciência, logo, consiste naquele fluxo de consciência cujas atividades podem ser percebidas no presente, mediante as próprias atividades simultâneas³. Nos discursos, pode-se perceber a manifestação de algum arrependimento das gestantes no que diz respeito aos meios para obter a droga. Durante a entrevista elas parecem fazer uma reflexão que não foi possível ser realizada no momento em que estavam permeadas pelo mundo da droga.

Sendo assim, observa-se que provavelmente essas mulheres não tinham consciência plena dos atos que estavam realizando, ao passo que estavam sob efeito do crack e agindo com a finalidade de obter a droga.

Cada pessoa pode retornar a sua vida consciente passada, indo tão longe quanto as recordações permitirem, enquanto o nosso conhecimento do outro se limita ao momento da sua vida e das manifestações que podem ser observadas. Nesse sentido, cada um sabe mais de si do que dos outros³. Enquanto protagonista da sua própria vida, o sujeito sempre será a melhor pessoa para relatar os seus atos passados e aquilo já vivenciou.

No entanto, o contrário também é verdadeiro, pois se considerarmos o fato de que cada um pode experienciar os pensamentos e os atos do outro no presente vívido, enquanto os nossos próprios pensamentos e atos apenas podem ser apreendidos como passado, mediante reflexão, sabemos mais sobre o outro do que sobre o nosso próprio fluxo de consciência. Esse presente, comum a duas pessoas, consiste na esfera pura do “nós”, sendo que os sujeitos participam desse momento sem um ato de reflexão na simultaneidade vívida do “nós”, enquanto o “eu” aparece somente depois do momento de reflexão. Portanto, não é possível apreendermos nossa própria ação em seu presente atual, podemos apenas mensurar o passado

de nossos atos que já se foram, mas podemos experienciar os atos dos outros em sua realização vívida³.

7.1.1 O uso da droga interferia no auto-cuidado

As participantes da pesquisa falaram do seu cotidiano antes da internação trazendo o uso de crack como um aspecto negativo em suas vidas, devido à diminuição do auto-cuidado, principalmente no que diz respeito à alimentação, sono e higiene. Apontaram a internação como um recurso que lhes fez cessar o uso da droga, naquele momento, e melhorar a sua qualidade de vida, enquanto gestantes.

Era complicado, era muita droga, muito triste, porque viver no meio do mundo do crack é triste. É passar fome, era usar muita droga, era muita bebida, muita prostituição, muito cigarro também. Muita coisa ruim. **E1**

Eu já usava crack, e a minha vida ficou ruim, usando muito crack. **E2**

Eu fugia, andava suja, não me alimentava, pegava dinheiro do meu marido mesmo, ou até o meu salário e me sumia. Só coisa ruim [...] eu não via ao meu redor entendeu, o que estava acontecendo, porque a droga tomou conta, só coisa ruim. E eu não sou desse mundo e acabei me envolvendo, e foi a pior coisa que aconteceu na minha vida. **E3**

Era ruim, porque tu não pensa em comer, tu não pensa em dormir, só pensa na droga. Isso antes de internar, porque agora eu penso em comer, eu penso em dormir. **E5**

Antes de internar eu não dormia, eu acordava de manhã e começava a fumar, chegava de noite, fazia mais correria pra fumar, amanhecia e eu quase não dormia. Era raro eu dormir, eu só dormia quando não tinha mais força pra fazer a correria. [...] Estava na rua fumando, eu não tinha o apoio de ninguém, não tinha pra quem pedir uma comida, não tinha pra quem eu pedir um teto pra dormir, aí eu ficava sem comer. Me doía muito a barriga, e me levaram para o hospital duas vezes, pra ganhar, mas aí não era, era uma congestão [...] quando eu via que estava muito, muito ruim mesmo, que eu já não estava mais nem comendo, nem dormindo, eu decidi mudar, decidi eu mesma procurar um tratamento. **E6**

Fica claro que as mulheres entrevistadas demonstraram reprovação com relação a sua própria conduta antes da internação psiquiátrica, deixando transparecer até mesmo certo sentimento de culpa pelo fato de terem mantido uma conduta de risco durante a gestação. Elas relatam os períodos em que permaneciam em privação de sono e de alimentação, além da higiene precária, avaliando como aspectos negativos do uso do crack.

O emagrecimento intenso e a insônia consistem em algumas das complicações físicas trazidas pelo mecanismo excitatório do crack. A supressão do apetite, a inquietação psicomotora e as longas caminhadas em busca do crack nos momentos de fissura são fatores que contribuem para a grande perda de peso da usuária. Já a privação do sono ocorre pelo desejo de usar mais crack, o que repercute na busca contínua da droga, fazendo com que a usuária emende o dia com a noite por longos períodos, devido à extrema dificuldade para dormir⁴⁰.

O uso do crack pode provocar complicações físicas e psíquicas, e ambas estão diretamente relacionadas.

Os quadros de fissura e paranóia, efeitos psíquicos provocados pelo uso da droga, trazem como principais riscos as lesões físicas decorrentes de brigas, o comportamento sexual arriscado, a detenção policial e a perda de vínculos⁴⁰.

Sabendo dos riscos provocados pela droga, alguns usuários escolhem fazer uso do crack na companhia de outros, pois essa seria uma forma de sanar os medos decorrentes das alucinações auditivas e visuais, de uma possível abordagem policial, ou de auxílio em caso de overdose⁴⁰.

Por outro lado, utilizar a droga sem companhia reduziria o risco de agressão física, decorrente de desentendimento entre os membros do grupo. Nesse contexto, a morte surgiu como o risco inerente ao consumo de crack mais temido pelos usuários⁴⁰.

Pode-se afirmar que o fato de as gestantes considerarem o uso da droga como um aspecto negativo as trouxe a vontade de mudar a sua vida e motivou a internação, como busca de tratamento. As usuárias associaram a interrupção do uso de crack e a internação a uma melhora no seu auto cuidado e a melhores condições de sono e alimentação.

Foi observada alta prevalência de história familiar de uso de substâncias psicoativas por familiares de usuários de drogas, indicando que fatores genéticos e/ou culturais podem estar envolvidos⁴¹.

Por muito tempo o uso nocivo de drogas foi considerado uma “falha moral” ou “falta de força de vontade”, sendo tratado por meio de ações punitivas ao invés de preventivas e terapêuticas. Entretanto, nas últimas duas décadas, com o desenvolvimento dos estudos científicos, o consumo de substâncias psicoativas passou a ser compreendido como um sério problema de saúde⁴¹.

Há uma alta exigência, tanto da sociedade em geral, como dos profissionais de saúde, em torno da abstinência. Isso implica em censuras e recriminações aos episódios de recaída ou reincidência ao uso de drogas, tornando as instituições de saúde espaços pouco acolhedores

aos usuários de substâncias psicoativas, que são estigmatizados e muitas vezes considerados “fracos” ou “ímorais”⁴².

O tratamento realizado em hospital geral com leitos para usuários de álcool e outras drogas, diferente dos hospitais especializados e das comunidades terapêuticas, faz com que a identidade do usuário seja preservada, uma vez que a atenção ao uso de drogas constitui apenas em um dos vários serviços oferecidos. A inclusão de outras práticas de saúde no tratamento, além da atenção ao uso de drogas, contribui para a redução do estigma que recai sobre o usuário⁴³.

7.1.2 Meios para conseguir a droga

As gestantes contaram sobre os diversos meios que utilizavam para obter a droga, enquanto estavam na rua. Para poder comprar o crack e manter o padrão de uso, algumas cometiam furtos, outras se prostituíam e outras vendiam os seus pertences. Uma usuária referiu não precisar comprar a droga, pois ela seria fornecida em troca da “companhia”.

Ai a gente tinha que se prostituir pra conseguir, ou tinha que vender alguma coisa, ou fazer alguma coisa também, pra conseguir a droga. Tinha prostituição, tinha que vender droga, aceitar muita coisa. **E1**

Eu estava trabalhando para pagar o meu vício, eu fazia programa. E eu me sentia muito ruim, muito triste, vender o meu corpo pra fumar pedra. **E2**

Na maioria das vezes eu conseguia a droga com os amigos, eles me dão. Pedia pra um, pedia pra outro, mas roubar, eu nunca roubei, mas eu ganhava. A gente fumava junto, era a companhia pra fumar junto, saía de casa, isso ai. **E5**

Aí só fazia besteira, cometia pequenos furtos na minha casa, assim, pra eu poder usar. Porque é muito ruim, é difícil a fissura que dá na rua. **E6**

E foi bem difícil porque eu vendi tudo o que eu tinha pra usar, todos os materiais, como roupa, calçado, eletrodoméstico. Foi bem difícil, e está sendo difícil ainda porque eu não consegui ter tudo de volta, tudo o que é meu e da minha família, para manter alguma coisa. **E8**

E substituir a televisão que eu vendi, quero comprar outra, eu vendi para comprar droga. **E10**

A urgência pelo uso do crack e a falta de condições financeiras para suprir sua demanda podem colocar a usuária em situação de fragilidade, em que se submete a estratégias arriscadas para obtenção da droga, como tráfico de drogas, sexo sem proteção e situações de

violência (assaltos, brigas)⁴⁴. A fissura é considerada fator crítico para o desenvolvimento do uso compulsivo e dependência de drogas e para recaídas após período de abstinência⁴⁵, e como ela gera uma sensação de urgência pelo crack, o usuário esgota rapidamente seus recursos financeiros, vendo-se obrigado a realizar atividades fora do mercado formal de trabalho, comprometendo sua liberdade e integridade física⁴⁴.

A fissura leva o usuário de crack à prática de qualquer ato para obter a droga, e esse é o momento de maior exposição a situações perigosas, pois não medem as consequências na busca pelo crack quando estão fissurados. Há uma perda da noção do perigo e se entregam a esse intento ainda que, muitas vezes, o resultado seja muito pouco compensador⁴⁶.

O roubo é considerado uma estratégia perigosa, que os usuários geralmente evitam praticar, a não ser quando furtam objetos da própria família. O fato de na maioria das vezes depender de outras pessoas para praticar assaltos, ter uma maior exposição à polícia e ter que dividir o obtido, que nem sempre é lucrativo, quando decidem por essa atividade, faz com que os usuários não prefiram esse meio para obter a droga⁴⁶.

Para obter a droga as gestantes, muitas vezes, chegavam a cometer atos ilícitos, como o furto. Algumas relataram furtar objetos de dentro da própria casa, onde viviam com a família, a fim de comprar o crack. As mulheres também se submetiam a situações que poderiam ser prejudiciais a elas próprias e ao feto, como no caso da prostituição e o imenso risco de contrair doença sexualmente transmissível.

É por meio da venda do corpo que as usuárias conseguem a maior parte dos recursos para aquisição da droga. Em relação às atividades que praticam para obter o crack, possuem um juízo de valor discutível, visto que consideram o roubo como uma ação vergonhosa e desprezível, porém a prostituição em troca da droga é considerada um trabalho “limpo”, apesar de detestarem⁴⁶.

Fazer uso de crack antes de se prostituir ajuda as usuárias a ter coragem, uma vez que muitas referem sentir aversão pelo homem com quem mantém relação sexual nessa ocasião. O uso da droga atenuaria esse sentimento, fazendo com que encararem melhor essa situação⁴⁴. Nesse caso, percebe-se que há um ciclo vicioso, porque ao usar a droga a usuária se encoraja para a prostituição, mantém a relação sexual em troca de dinheiro ou do crack, logo após estará fissurada novamente e terá que se prostituir mais uma vez.

A gravidez não constitui em fator limitante para as usuárias, que continuam se prostituindo nessa fase, deixando de manter relações sexuais em troca da droga somente quando o ventre está de um tamanho tal que as impede de continuar⁴⁶.

Tendo em vista o papel determinante da fissura no desenvolvimento do padrão de uso de crack e nos possíveis problemas que podem advir desse comportamento, é de extrema importância a compreensão desse fenômeno pela usuária, o que pode constituir em uma contribuição importante para o seu gerenciamento⁴⁵.

As gestantes reconhecem os furtos, a prostituição e a venda de objetos para a compra do crack como um aspecto negativo e referem se sentir mal com tal atitude, relatando a vontade de retomar os bens materiais perdidos.

7.1.3 Preocupação com a gestação e com a saúde do bebê

As usuárias contaram que quando se descobriram grávidas tinham a expectativa de cessar o uso da droga, tentaram descontinuar o uso, mas não conseguiram. A maioria delas conseguiu diminuir a quantidade de crack usada, visando menor prejuízo ao feto. Demonstraram preocupação com a gestação e com a saúde do bebê.

Quando me descobri grávida mudou a minha consciência, daí pra eu parar de fumar, pra não prejudicar a nenê também. **E1**

Daí a minha mãe disse bem assim “deixa eu te perguntar uma coisa, do que aconteceu ontem, do chute que tu levou na tua barriga”. É que estava a R. e o tio dela, e o tio da R. estava brigando, ai a R., que está internada aqui, caiu e eu quis separar, e no momento em que eu fui separar eu levei um chute na barriga. **E3**

E até os três meses eu não sabia que estava grávida, ai depois que eu fui ver que eu estava grávida, e usuária de drogas, usuária de crack. E quando eu descobri, eu parei de usar o crack, mas não parei de parar mesmo, mas eu tentei. Dar todo o amor e todo o carinho pra essa criança, fora os outros sete, mas pra essa aqui principalmente, porque eu prejudiquei muito ela usando droga, prejudiquei mesmo, e só isso [...] eu continuei a usar a droga, mas em pequena quantidade, pensando na criança. **E4**

Ao invés de parar eu continuei usando [quando se descobriu grávida]. **E5**

Quando eu descobri que estava grávida eu fiquei triste, porque eu sabia que eu estava grávida e sabia que eu não ia parar, e eu sabia que isso ia prejudicar o meu bebê. E isso foi mais um motivo que me levou a vir me internar, o prejuízo causado ao bebê, por eu ser usuária. E eu esquecia que estava grávida e fumava cada vez mais. [...] Eu já não estava nem me sentindo mais, me doía a barriga, me doía tudo, e aí eu não aguentei. Eu disse “deu, chega agora” [...] aí eu decidi parar. Não dava pra ficar só esperando o parto, eu já estava quase ganhando. **E6**

Eu fiquei bem triste, logo que eu descobri que estava grávida eu fiquei feliz, mas depois fui ficando triste porque eu não conseguia largar a droga.

Sabendo que estava grávida e usando crack, usando crack com o bebê na barriga. Eu fui ficando muito triste, fui deprimindo, e quanto mais eu ficava triste, mais eu usava a droga, até a minha mãe me internar aqui. **E7**

Quando eu descobri que estava grávida, eu diminui o uso do crack, mas não parei. Antes eu usava só em finais de semana, chegava a usar umas três pedras, entre sexta, sábado e domingo, ai depois que eu soube comecei a usar uma, duas. **E9**

Pensar sobre a minha recaída, e que isso não pode mais acontecer, principalmente por causa do bebê. Também por causa da gravidez e por minha causa, porque eu tenho que estar bem forte para cuidar dele. **E10**

As usuárias referiram vontade de cessar o uso do crack quando se descobriram gestantes, mas relataram certo sentimento de impotência frente à droga, visto que houve tentativa de abstinência, mas na maioria das vezes sem sucesso, conforme os seus relatos. Uma das principais motivações para a abstinência seria a preocupação com a gestação e com a saúde do bebê, visto que havia o conhecimento de que o uso do crack poderia trazer prejuízos ao feto.

Durante o período gestacional a mulher experimenta diversos sentimentos, entre eles preocupações, ansiedades e expectativas, por isso, mantê-la bem informada pode amenizar o medo e ansiedade. O apoio da equipe multiprofissional pode auxiliar na aceitação da gravidez e na obtenção de mudanças de atitudes e hábitos pouco saudáveis⁴⁷.

Ressalta-se a importância de uma assistência humanizada, livre de intervenções desnecessárias, coerente com os preceitos normatizados pelos programas atuais direcionados à saúde da mulher, onde a integralidade é apontada como a grande aliada na qualidade da assistência prestada⁴⁷.

Durante o período pré-natal as gestantes têm como principais fontes de apoio da família, dos amigos e de profissionais de saúde. Os familiares e os amigos são tidos como pessoas de referência por transmitirem informações, dar conselhos e apoiar a gestante em momentos de instabilidade emocional⁴⁸.

Contudo, muitas vezes as informações e os conselhos dados por amigos ou por familiares são considerados bastante ansiogênicos pelas gestantes, gerando medos em função de experiências prévias negativas de outras pessoas, o que pode ocasionar cuidados exagerados com a gestação, e até mesmo com o recém nascido. Nesse sentido, é importante destacar que o apoio social deve ser pautado na sensibilidade de quem oferece, sob pena de ser percebido como mais negativo do que positivo pela gestante⁴⁸.

No entanto, atenção e a disponibilidade oferecida pelos profissionais de saúde em esclarecer dúvidas e dar orientações detalhadas podem diminuir o medo e a angústia apresentados pelas mulheres ao vivenciarem uma gravidez de alto risco. As orientações com relação à gestação e aos cuidados com o feto fazem com que as gestantes se sintam mais seguras⁴⁷.

Muitas das usuárias que chegam para internação psiquiátrica por uso de crack ainda não iniciaram o seu acompanhamento pré-natal, por isso, na maioria das vezes elas ficam ansiosas aguardando pela primeira ecografia. Como relatado por elas durante as entrevistas, há uma grande preocupação com a saúde do bebê, visto que as gestantes costumam saber do risco que está ligado ao consumo de substâncias psicoativas durante a gestação. Devido ao fato de a ultrassonografia ser um exame importante na detecção de alterações, costuma estar associado a um misto de emoções por parte da gestante e da sua família.

As gestantes internadas nessa Unidade psiquiátrica realizam acompanhamento pré-natal com equipe especializada durante a internação, incluindo consultas periódicas com ginecologista/obstetra, ecografias obstétricas e outros exames necessários. A realização desse acompanhamento faz com que a usuária realize o seu tratamento psiquiátrico de forma mais tranquila, visto que as suas necessidades e as necessidades do feto estão sendo contempladas e o tratamento é realizado de maneira integral.

A ecografia obstétrica é considerada um procedimento que proporciona a abordagem de questões emocionais pela gestante, apesar de o exame ter como objetivo a avaliação da saúde física do seu bebê. Assim, a ultrassonografia consiste em um procedimento importante na diminuição da preocupação com a saúde do bebê, na assimilação da gestação e na formação do vínculo mãe-bebê⁴⁸.

No caso de algumas das gestantes usuárias de crack a internação se estende até o parto, por várias internações anteriores na mesma gestação, por falta de suporte familiar e social ou por existência de ordem judicial solicitando que se cumpra esse prazo. Quando isso ocorre, a gestante é encaminhada ao Centro Obstétrico do hospital, onde é realizado o parto. Logo após o término do procedimento a usuária, agora puérpera, retorna à Unidade de Internação Psiquiátrica, onde tem a sua recuperação. O recém nascido, mesmo que em boas condições de saúde, é encaminhado à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do hospital, onde permanece até a alta da mãe, ou até encaminhamento para abrigagem, nos casos em que há essa determinação.

Entretanto, há situações em que os recém-nascidos necessitam de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal também por complicações físicas, não raras nos casos

de mães usuárias de crack. Nesse caso, surge uma situação ainda mais complexa, que envolve o recém-nascido com problema de saúde, a recuperação da puérpera e as expectativas frustradas com relação ao bebê.

Por si só o puerpério constitui um contexto complexo, levando-se em conta os fatores que fazem parte desse período. Somando-se a tudo isso, tem-se a distorção das expectativas dos pais diante do nascituro, pois há uma idealização dessa criança, e o fato de necessitar ser hospitalizada pode causar muito sofrimento. Logo, é possível presumir que diversos tipos de sentimentos, comportamentos e atitudes possam emergir dessa situação⁴⁹.

O nascimento ocasiona uma separação dolorosa para a mãe e para o bebê e, somando-se a esta condição, o fato da hospitalização do recém-nascido intensifica ainda mais o sofrimento para ambos, podendo acarretar reações de desajustes. Vivenciar a hospitalização do filho envolve questões que vão além da própria recuperação do bebê, evidenciando a complexidade da experiência. Desta forma, não é apenas a condição de saúde do recém-nascido que deve ser considerada no cuidado da mãe com filho hospitalizado, mas sim toda a rede de relações que se forma entre as mães e os objetos que podem influenciar esse processo⁴⁹.

7.1.4 Distanciamento da família

A preocupação da família com as gestantes fazia parte do seu cotidiano, visto que a maioria delas se afastava dos seus familiares para usar a droga. Muitas contaram passar dias fora de casa, sem se comunicar com a família, ou com esposo, aumentando ainda mais a preocupação dos familiares. Duas usuárias ainda relataram que os seus outros filhos já haviam sido abrigados, pois elas não estavam conseguindo cuidá-los da maneira adequada.

Porque antes da internação tinha a preocupação da minha família, eles ficavam preocupados que eu não ligava. Eu ficava fora de casa um mês e não ligava, não falava nada pra eles. **E1**

Estava há dois dias sumida, sem ir em casa. A gente estava brigando demais porque eu queria usar. E eu decidi internar nesse momento, porque as brigas estavam demais e a minha mãe estava indo demais para o hospital também. A minha filha, eu sempre deixei longe de mim. Quando eu estou bem ela está comigo, quando eu estou ruim eu afasto ela de mim, deixo ela num lugar seguro, na casa da minha mãe, entendeu. **E3**

Eu tenho seis filhos, estou vendo se consigo ganhar eles na justiça, porque eles estão abrigados [...] o meu marido foi no Ministério Público e o rapaz lá falou que eu tenho que ficar pelo menos um mês internada aqui pra poder

recuperar eles. Porque daí eles vão começar a fazer justiça e depois liberar eles pra mim, porque eu já tava quase perdendo o pátrio poder em cima deles, porque eu tava atirada mesmo nas drogas, então agora eu vou ter que recuperá-los. **E4**

Eu estava na rua, não parava em casa, só na boca usando droga. Quando eu descobri que estava grávida a minha reação foi de apavorada, de apavorada. E a minha mãe me dizendo “o que tu vai fazer agora gurria”. **E5**

Bom, a minha vida antes da internação era uma vida mesmo de usuária de crack, que andava na rua, andava sem casa. Eu estava na rua usando, mas morava com a minha mãe. Mas eu passava mais tempo na rua do que dentro de casa. E eu já tenho dois filhos, aí pra não pegar mal, quer dizer, nem pra não pegar mal, mas pra não confundir as crianças. Minha família não dava mais bola porque sabia que eu não ia fazer um tratamento assim, sabe. Só a minha mãe mesmo, que me adorava, pra poder vir me internar, e a minha irmã. **E6**

Eu ficava poucos dias em casa e passava a maior parte do tempo na rua [...] e quando eu estava na rua eu ficava usando droga. [...] E quando eu voltava para casa era bem difícil, porque tinha que lidar com a situação, enfrentar tudo, ver todo mundo te olhando com cara diferente, querendo saber, mas não perguntando. O marido querendo saber de traição, como eu arrumava dinheiro para conseguir a droga, o que eu estava fazendo na rua, ter que explicar isso para ele é muito difícil. **E7**

E ela falou que eu tinha que me cuidar, ela disse “te cuida gurria, pelo amor de Deus”. E eu falei para ela “vó, eu vou ficar bem, porque eu sou forte e eu não sou dessa vida”. **E8**

E o Conselho Tutelar já tinha recolhido os meus filhos porque eles estavam em situação vulnerável. Me tiraram os meus filhos porque eles estavam brincando sozinhos na rua, eu não estava conseguindo cuidar deles, enquanto eles brincavam eu ficava me drogando. Eu deixava eles brincando na rua e usava em casa. **E9**

E eu recai por causa de preocupação com os meus filhos, eu estava me incomodando com os meus filhos e fui correndo atrás da droga. Eu tive duas discussões com os meus filhos e muita preocupação, aí eu não consegui controlar e apelei para usar a droga, no caso. Ao invés de resolver ou esperar e tentar me ajudar, bateu a fissura de usar e eu fui lá. **E10**

As mulheres relatam que tinham conhecimento da preocupação da família com elas, enquanto gestantes e usuárias de crack, e que geralmente havia um afastamento da família e dos filhos para consumir a droga. Algumas também contaram sobre desentendimentos e brigas com os familiares, devido ao uso do crack.

Duas das entrevistadas falaram sobre o recolhimento dos seus outros filhos para um abrigo, devido ao fato de não demonstrarem condições para cuidar das crianças, considerando uma importante motivação para a realização do tratamento.

A rápida expansão do consumo de crack, principalmente em comunidades vulneráveis, modificou as dinâmicas familiares dessas populações e tem provocado modificações nas microdinâmicas sociais, que se expressa nas áreas econômica, política e territorial⁵⁰.

O consumo de crack costuma provocar distanciamento entre os membros da família do usuário, além de comportamentos adotados de forma a preservar a integridade do grupo familiar. Deve-se destacar a presença de limites impostos pela restrita rede de serviços de saúde e de equipamentos sociais, visto que são fatores que repercutem na dinâmica do mundo familiar. Sendo assim, o fenômeno do uso de drogas no mundo contemporâneo e o papel dos serviços de saúde e da sociedade nesse contexto consistem em um importante desafio, e devem compor o cenário do debate das políticas de saúde no âmbito local e nacional⁵¹.

A limitação da rede de serviços de saúde consiste em um aspecto importante quando se trata de relações familiares permeadas pelo uso de crack, uma vez que o ambiente familiar do usuário geralmente é conturbado, violento e tanto a família quanto o usuário passam por uma série de dificuldades, que muitas vezes não sabem como lidar. A equipe de saúde torna-se essencial na assistência dessa família, que necessita de acompanhamento, orientação, tratamento e encaminhamentos.

No entanto, algumas vezes o distanciamento da família pode ocorrer devido à violência no ambiente intrafamiliar, a atitudes repressivas dos familiares frente ao uso de crack, ou também pelo medo do encarceramento domiciliar da usuária e da denúncia à polícia. No caso de ser casada, torna-se comum a ocorrência de conflitos com o cônjuge devido ao uso de crack, caracterizados por desentendimentos, brigas e cobranças para que a mulher cesse o uso da droga⁵².

7.2 Expectativas das gestantes usuárias de crack com a internação

Esse capítulo irá abordar as expectativas das gestantes usuárias de crack com a internação, de acordo com os discursos analisados. As mulheres entrevistadas referiram como principal expectativa cessar o uso da droga, acreditando que manter um trabalho ou uma ocupação para si pode auxiliar consideravelmente na sua abstinência após a alta hospitalar. Elas pretendem voltar ao cuidado dos filhos, fortalecer o apoio da família e relatam a vontade de manter o seu tratamento após a alta, mas referem ter medo da recaída no uso do crack.

Nesse capítulo as gestantes trazem as suas projeções para após a alta hospitalar, falando das suas expectativas, dos seus planos, e expondo os seus “motivos para”. Os

“motivos para” são considerados subjetivos, à medida que se referem aos significados atribuídos às ações futuras, que o indivíduo pretende realizar²⁷.

Uma conduta baseada em um projeto preconcebido deve ser chamada de ação, seja ela aberta ou encoberta. Tratando-se de uma ação encoberta, é preciso definir se há no projeto uma expectativa de realmente realizá-lo, pois tal expectativa pode transformar a simples previsão em um objetivo, e o projeto em um propósito. Caso não haja expectativa de realização, a ação projetada em pensamento permanece um fantasma, um devaneio³.

Sendo assim, a intenção de realizar determinado projeto constitui o início de um propósito, visualizando-se uma maior possibilidade de se executar a ação. As gestantes relataram as suas principais expectativas com relação ao período posterior à alta hospitalar, expondo os seus projetos de vida, por isso pode-se considerar a presença de importantes propósitos nos seus tratamentos.

O sujeito toma conhecimento da relação mútua, estabelecida entre ele e seus semelhantes, quando age sobre os outros e é afetado por eles, e esse conhecimento também implica que os outros experienciam o mundo comum de forma muito parecida. O ambiente comum é estabelecido pela compreensão de que os sujeitos motivam uns aos outros reciprocamente em suas atividades espirituais, o que faz surgir as relações de entendimento mútuo e o consenso, constituindo um ambiente comunicativo compartilhado. Os atos comunicativos, nos quais o eu se volta para os outros, apreendendo-os como pessoas que se voltam para eles, constituem a sociabilidade³.

No entanto, mesmo dentro do ambiente compartilhado, qualquer sujeito possui o seu próprio ambiente subjetivo, seu mundo privado, que é dado originalmente somente a ele. O sujeito percebe o mesmo objeto que o seu semelhante, mas com tonalidades que dependem do seu Aqui particular e do seu Agora fenomênico³.

7.2.1 Cessar o uso da droga

Uma das principais expectativas das participantes da pesquisa com a internação é a abstinência, e elas trazem a internação como um importante recurso para largar a droga. Apenas uma delas referiu vontade de cessar o uso apenas temporariamente, trazendo como motivo para apenas a necessidade de estar bem para cuidar do recém-nascido.

Ah, eu pretendo melhorar, parar de fumar, é, pretendo parar de fumar. **E1**

Então eu já estou com essa determinação, essa força de querer parar, eu só preciso de ajuda. Olha, eu não sei se é porque eu estou com tanta vontade de parar, porque faz cinco anos que eu uso crack, e eu estou com tanta vontade, que não me dá vontade de nada, de fumar, nem cigarro, nem nada, entendeu. Eu simplesmente estou com esse objetivo, e com esse objetivo eu vou sair daqui. Vontade de parar com tudo, tudo, tudo, tudo. **E3**

Até pensei em parar quando soube que estava grávida, e por um lado foi bom porque eu queria largar, mas pelo outro vem a vizinha dizendo pra não largar, e no fim eu acabei não conseguindo largar, mas eu quero largar, mas eu não consigo largar essa vida, por isso eu procurei tratamento, e está sendo ótimo pra mim, estar sem usar. **E4**

Eu quero parar de usar, se Deus quiser. Eu quero parar pela minha família, porque se não eu não vou poder ficar com o nenê. E eu quero ficar com o nenê, eu quero trabalhar, quero ficar com o meu outro filho também. Eu pretendo parar não indo aos lugares em que eu ia, não vendo as pessoas com quem eu fumava. Porque pensando nelas dá vontade, se eu penso nas pessoas que eu andava me dá vontade de usar. **E5**

Tentar não deixar ninguém me levar a fumar, tentar me distanciar um pouco das amizades que podem me levar a fumar. **E6**

Era a minha vida dividida, eu tinha vontade de usar a droga, mas eu também não queria usar. O que eu pretendo é nunca mais colocar um crack na minha boca. Se bem que, eu não digo nunca mais, mas durante muito tempo eu não quero. Pelo menos até eu ganhar o bebê, depois amamentar o bebê, cuidar e enquanto isso ir deixando o crack de lado. **E7**

Não está nos meus planos voltar a usar, não está, isso é uma coisa que está excluída da minha vida. **E8**

E eu pretendo não usar mais, lutando e me esforçando, evitando pensar. **E9**

Não existe uma única causa para o uso de drogas, há uma ou mais variáveis com as quais se pode relacionar esse fenômeno, que está no indivíduo, em seu sentido existencial. Da mesma forma, esse uso também é incentivado pelo mundo concreto, e as drogas podem servir como combustível e veículo para a ação, voltadas para o lúdico, para a representação de si e do grupo a que se pertence, ao mesmo tempo em que também pode servir para transgredir limites impostos e que tornam a realidade insuportável⁵³.

Mesmo com o alto poder de dependência causado pelo crack, inclusive com consequências negativas no âmbito individual e coletivo, há uma procura espontânea de usuários para a realização do seu tratamento. Contudo, a procura pelo atendimento pode surgir como meio de “aliviar” os longos períodos de uso da droga na rua, sem a evidência real de motivação para a cessação do uso de *crack*⁵².

Apesar de a literatura indicar a ausência de motivação para o tratamento por parte dos usuários de crack, o que se percebe nos discursos é a presença de um contexto para a interrupção do uso da droga. Ou seja, a maioria das gestantes entrevistadas relata motivos consistentes para realizar o seu tratamento e cessar o uso de crack, como a preocupação com a sua própria saúde e com o bem-estar do feto, retomar o cuidado dos filhos, aproximar-se novamente dos seus familiares, entre outras motivações.

A gestante usuária de crack, durante a internação, tem o espaço da Unidade de Internação e a equipe de saúde como instrumentos para o manejo da fissura, e o vínculo terapêutico como aliado para a manutenção do seu tratamento.

Sendo assim, apenas poderemos pensar na produção de algum tipo de resposta do serviço de saúde às demandas dos usuários, se pensarmos nesse serviço como um espaço de interações, que utiliza a escuta ativa e sensível, seguindo uma orientação assistencial voltada à integralidade do cuidado⁵⁴.

Ao planejar intervenções específicas para evitar o uso de substâncias psicoativas devemos considerar o fato de que esse consumo corresponde ao encontro de um indivíduo consigo mesmo, com seus valores e crenças. A questão seria então, oferecer espaços que possibilitassem experiências significativas ao indivíduo, para que ele possa atribuir outro sentido para o uso de drogas, ou seja, um contexto no qual possa ser desenvolvida a consciência de que existe uma relação entre as experiências e que existe a possibilidade de se fazer outras escolhas, até então nem mesmo pensadas⁵³.

As medidas de tratamento para usuários de substâncias psicoativas são apontadas como necessárias, mas insuficientes, pois na maioria das vezes apresentam apenas a abstinência e a não recaída como indicativo de saúde do indivíduo⁵³.

7.2.2 Manter um trabalho, uma ocupação

As gestantes falaram sobre o que pretendem fazer após a alta hospitalar, como trabalhar, cuidar da casa e dos filhos, entre outras coisas. Destacaram a importância de manterem uma rotina para as suas vidas, como uma forma de se ocuparem e de não pensarem no uso de crack.

Se eu conseguir, eu pretendo trabalhar. **E1**

Eu pretendo continuar trabalhando até os nove meses, depois eu quero fazer um cursinho, depois que o bebê nascer e eu estiver na licença maternidade.

Eu quero fazer um minicurso de manicure e quero ocupar a minha cabeça. E eu tenho que estar me ocupando, e eu vou fazer do mesmo modo que eu estou fazendo aqui, de não parar. **E3**

Poder criar uma rotina pra mim, ocupar a minha cabeça, quero voltar a trabalhar. **E5**

E eu tenho vontade de trabalhar, eu acho que é uma boa, e eu tenho que fazer os meus documentos também, e procurar uma casa pra fazer uma faxina, ou alguma coisinha assim, pra começar de baixo mesmo. E eu acho que isso vai me ajudar a ter responsabilidade, pra cuidar dos meus filhos e dar do bom e do melhor pra eles. E eu só quero ficar de boa, de cara, é só isso que eu pretendo. **E6**

Eu pretendo ficar em casa, e tendo uma ocupação para a minha cabeça, alguma coisa para eu fazer, eu não consigo pensar em droga. Se eu estiver entretida com alguma coisa que me chame bastante a atenção, a droga não me faz falta. Eu não preciso estar presa para não usar a droga, eu já fiquei sete meses sem usar, foi no começo do ano. **E7**

E eu acho que eu só vou conseguir voltar à vida normal depois que eu estiver trabalhando, depois que eu conseguir entrar em uma loja e comprar a roupa que eu quero, depois que eu conseguir fazer o que eu quero no meu cabelo. Depois trabalhar também, para ajudar o R. a comprar uma casa própria, porque a gente mora em uma que é da minha mãe. **E8**

E cada vez que eu pensar em usar, procurar fazer alguma coisa, procurar tomar banho, lavar roupa, fazer alguma atividade que me tire desse pensamento. **E9**

As gestantes vêm na sua ocupação com a casa, com os filhos ou com o trabalho, uma ferramenta para desviar o seu pensamento do uso da droga.

As estratégias usadas para o controle da fissura são muito particulares a cada usuária, e sendo assim, a mesma estratégia pode funcionar com uma pessoa e fracassar com outra. Essas ocasiões são particulares e estão relacionadas com os valores e o momento de vida de cada um⁴⁵.

No enfrentamento da fissura pela usuária, faz-se importante desviar o seu pensamento. Ocupar-se com outras formas de sentir prazer pode ser uma estratégia eficaz para substituir o pensamento fixo na droga. O sujeito deve buscar satisfação em atividades corriqueiras, como trabalhar, estudar, cultivar a espiritualidade, jogar futebol e ter relação sexual⁴⁵. Essa afirmação vai ao encontro do discurso das gestantes, quando elas falam dos seus planos após a alta hospitalar. Elas consideram muito importante ter alguma ocupação para si, algumas citam o trabalho, outras falam sobre o cuidado com a casa e com os filhos, e a maioria tem presente no seu discurso a necessidade de ocupação como aliada na manutenção da abstinência.

O maior envolvimento em atividades sociais, como trabalho, acompanham e ajudam a definir a recuperação da usuária⁵⁵.

A ausência de suporte social (emprego, estabilidade do núcleo familiar e disponibilidade de rede de tratamento adequado) e a falta de eficiência no acesso e vínculo aos serviços de saúde primários têm agravado a situação do uso de crack na atualidade⁵².

7.2.3 Voltar ao cuidado dos filhos

Uma das expectativas relatadas pelas participantes foi o poder estar junto com os filhos, tanto o recém-nascido, como os demais, e poder retomar os seus cuidados. As gestantes que têm seus filhos abrigados vêem como um importante motivo para estar abstinente para poder ter de volta os seus filhos em casa.

Pretendo cuidar do meu filho. **E1**

Eu, quando sair daqui, quero cuidar do meu filho. Vou cuidar da minha filha, vai ser muito bom quando eu sair daqui. **E2**

E eu penso em ficar bem pra poder cuidar do bebê e, se eu não estiver bem, não tem como cuidar dele. **E3**

Eu tenho que fazer o meu tratamento pra poder recuperar os meus outros filhos, pra não perder eles. Então, foi por isso que eu internei. Pretendo recuperar os meus filhos. E o principal é cuidar de mim e da criança que ta pra nascer, é o principal. Dar todo o amor e todo o carinho pra essa criança, fora os outros sete. **E4**

Quero cuidar do meu filho P., quero tocar a vida, se Deus quiser. **E5**

E está sendo bom eu estar aqui, porque eu sei que eu vou sair daqui melhor, pra poder cuidar dos meus filhos e ser feliz. Pretendo ir pra casa, dar um jeito na minha vida, dar um jeito de pegar a minha filha, que está com a minha tia, e tentar melhorar cada vez mais. **E6**

Eu quero voltar para casa, ficar quietinha lá no meu canto, cuidar do meu bebê...dos meus bebês, porque eu tenho outro também. **E7**

Eu pretendo me curar e me libertar, para poder esperar o meu filhinho. E disso depende a recuperação da guarda dos meus filhos. O meu plano é pegar os meus filhos, é a primeira coisa que eu quero fazer. E continuar me cuidando para poder ganhar o meu bebê estando bem. **E9**

A existência de uma relação íntima e afetuosa entre a mãe (ou seu substituto), o bebê (recém-nascido) e a criança (pré-escolar) é essencial, à medida que todos devem sentir alegria e felicidade⁵⁶. Deve se observar a necessidade de auxílio por parte da gestante/puérpera na

adaptação à nova rotina, após a alta hospitalar. No caso das gestantes, a retomada do cuidado ao lar e aos filhos pode ser estressante, visto em que ela ainda se encontra em uma fase de recuperação. Já as puérperas, acrescenta-se o fato de ter como responsabilidade os cuidados ao recém-nascido.

Torna-se fundamental a existência de apoio social à mãe, visto que a maternidade traz consigo uma ampla gama de sentimentos ambivalentes para a mãe. Por um lado podem se sentir felizes e apaixonadas por seus bebês, por outro podem ficar ansiosas e cansadas. Os intensos sentimentos e dificuldades sentidas pelas mães podem revelar uma face da experiência da maternidade que muitas mulheres não têm coragem de admitir⁵⁷.

As principais provedoras de apoio social para a mãe costumam ser as avós, especialmente as avós maternas, entretanto, o seu grande envolvimento com os cuidados e educação da criança pode constituir um fator estressante para algumas mães. É comum a relutância das avós em aceitarem a capacidade de seus próprios filhos como pais, insistindo para que sigam os seus conselhos⁵⁷.

Há uma cobrança social com relação aos cuidados da mãe com o bebê, inclusive ao considerar o amor de mãe ou o instinto materno como uma característica supostamente inata, que deve orientar a prática materna e ser vista como gratificante, apesar das dificuldades⁵⁷.

7.2.4 Fortalecer o apoio da família

A perspectiva do apoio da família após a alta motiva a recuperação das gestantes e as mantêm mais confiantes no tratamento e no seu potencial de se manterem abstinentes.

Vai ser bom, porque tem a minha mãe e a minha irmã pra me ajudar, tem o meu pai, então é isso. **E2**

A minha família está me dando a maior força, vem bastante aqui, e até quem eu nem esperava aparece na visita. **E3**

A sorte é que o meu companheiro não é usuário, e ele está me dando o maior apoio, ele disse que vai vir em todas as visitas e vai me acompanhar direitinho, porque ele quer que eu largue, e que quando eu sair que eu mude. E eu prometi pra ele que quando eu sair eu vou mudar, já estou mudando aqui dentro. **E4**

Porque é com elas (mãe e irmã) que eu vou viver agora, quando eu sair da internação, e eu quero comprar uma casa e ver se eu mudo de vida. **E6**

E eu quero muito poder conversar de novo com a minha família, com a minha família por parte de mãe, principalmente a minha vó, que foi a única

pessoa que quando eu estava mal, na rua, ela conversou comigo e conseguiu conversar. **E8**

A gestante internada por uso de crack conta com o auxílio da sua família após a alta hospitalar e sente necessidade de se manter próxima aos seus familiares, ação contrária à ocorrida no período anterior à internação, em que elas relatam o afastamento da família.

Ressalta-se a importância do suporte oferecido pela família e pelos amigos próximos aos usuários de álcool e drogas, indicando a necessidade de fortalecer a rede familiar e social no tratamento⁵⁵.

Durante a internação hospitalar ocorre a desintoxicação da usuária, que também tem espaço para refletir sobre a sua vida e sobre as suas expectativas para o futuro.

Por reunir equipe multidisciplinar, família e indivíduo em crise, a Unidade de Internação em hospital geral pode ser considerada um espaço potencializador, que proporciona aos envolvidos a chance de repensar a crise e as suas repercussões na realização de um plano terapêutico. Tais medidas buscam singularidade, autonomia do indivíduo que está internado e de seus familiares para a continuidade do tratamento extra-hospitalar, bem como a retomada de sua rotina após a alta hospitalar⁵⁸.

A unidade de internação constitui um importante espaço para discussões e formação de vínculos, visto que as famílias apontam para a necessidade de apoio técnico e emocional do sistema de saúde. A construção do cuidado coletivo ocorre na medida em que os envolvidos, dotados de suas situações biográficas determinadas, trazem para a intersubjetividade a possibilidade de compreender o contexto⁵⁸.

Ao internar a usuária, o familiar consegue ver a si mesmo, devido ao fato de a Unidade de Internação em hospital geral ser um espaço que considera a individualidade de cada um, não apenas do indivíduo internado, mas também de seus familiares. Essas individualidades encontram-se e entrecruzam-se na intersubjetividade do cotidiano. Além disso, a internação consiste em um agente potencializador de questionamentos e de transformações no que se refere ao cuidado do indivíduo em sofrimento psíquico que se estende para além da internação e que envolve vários sujeitos⁵⁸.

Sendo assim, o período da internação é aquele em que o indivíduo pode planejar o que deseja para a sua vida desse momento em diante. Consiste em um período privilegiado, visto que pode contar com o apoio de equipe multidisciplinar, que muitas vezes levanta algumas

questões e suscita questionamentos, tanto ao indivíduo, como aos familiares, por meio do desenvolvimento de atividades que estimulam reflexões.

Pode-se citar como algumas dessas atividades os grupos de familiares, a consulta psiquiátrica realizada durante a internação, as atividades de terapia ocupacional e de fisioterapia, a ambientoterapia, e até mesmo o horário de visitas, acompanhada pelos profissionais, que ficam à disposição para mediar alguma situação que ocorra e seja necessário auxílio, entre outras atividades.

O grupo de familiares é realizado semanalmente pela equipe multidisciplinar que trabalha na Unidade e dá suporte para as questões que surgem para a família durante a internação da gestante, pensando também na perspectiva do pós-alta da paciente. Consiste em um espaço para os familiares exporem as suas angústias e compartilhem com a equipe e com os demais familiares o momento pelo qual estão passando, tentando pensar em formas de melhorar o contexto em que estão inseridos.

Há um sofrimento familiar muito grande com a situação da usuária, e muitas expectativas são depositadas na instituição que realiza o tratamento, muitas vezes até mesmo acreditando que a internação resolverá o problema de maneira mágica. A família da usuária pode encontrar nestes grupos, junto com outras famílias, formas de engajá-la no processo de recuperação e a participação de mais familiares colabora para que mais pessoas estejam informadas sobre o seu papel em cada etapa do tratamento⁵⁹.

O grupo de familiares, além de oportunizar um contexto em que os padrões de relacionamento intrafamiliares e relacionais das famílias podem ser percebidos, também possibilita a cada membro do grupo ver os demais em interação. Isso torna possível que a pessoa passe da compreensão particular à compreensão do outro, ampliando a percepção das dificuldades e das formas de solucioná-las. O atendimento multifamiliar estimula que as famílias repensem os seus conceitos e se incluam no projeto de mudança, junto com o indivíduo que está em tratamento⁵⁹.

Duas usuárias se referem às visitas realizadas pelos seus familiares durante a internação. Apesar de fazerem uma fala breve sobre esse momento, as gestantes dão a impressão de ser um espaço agradável e que possibilita apoio e aproximação da família durante o tratamento.

As visitas na Unidade podem ser realizadas nas terças e nas quintas-feiras, além de sábados, domingos e feriados, sempre das 13h 30min às 14h 30min. No entanto, para poder receber visitas, a usuária deve ter essa prescrição realizada pelo seu médico, profissional

responsável por avaliar se ela tem condições de estar com os familiares. Geralmente não há liberação de visita para as gestantes durante a primeira semana de internação, por este ser o período mais crítico do tratamento. Acredita-se que a fissura provocada pelos primeiros dias de abstinência possa levar a gestante a solicitar alta para os seus familiares, ou ter algum comportamento inadequado durante a visita.

Na questão apontada no parágrafo anterior, observa-se que mesmo estando em uma Unidade de Internação Psiquiátrica, localizada em Hospital Materno-Infantil, e que procura seguir os pressupostos de um tratamento humanizado e baseado nas políticas atuais de Saúde Mental, ainda existem ações muito prescritivas e que nos remete ao antigo modelo asilar. Uma vez que a usuária e a sua família devem participar do tratamento como protagonistas, torna-se incoerente uma medida proibicionista, como não permitir a visita dos familiares no início da internação.

Faz-se necessário que os profissionais de saúde e a sociedade exerçam sua crítica ao hospital como espaço restrito às doenças, trabalhando também a saúde do indivíduo que está internado e sua de família, tornando esse momento mais humano e aproximando a equipe das necessidades desses envolvidos, possibilitando que participem como agentes do cuidado⁵⁸.

7.2.5 Manter o tratamento e o medo da recaída

A internação é vista apenas como uma parte do tratamento das usuárias, elas falam que o acompanhamento por profissionais deve ser contínuo, para que consigam se manter bem. Alguns dos dispositivos citados foram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os ambulatórios especializados e vínculos com pesquisas realizadas durante a internação, e que irão continuar após a alta. Há o medo da recaída após sair do hospital, pois durante a internação o ambiente protegido.

Tenho medo de recair. **E2**

E eu não sinto vontade de fumar cigarro, agora eu não sei a partir do momento que eu sair daqui, entendeu, mas no momento eu não estou sentindo nada, nada. **E3**

Pretendo continuar o meu tratamento lá fora, pra eu não ter que voltar de novo. Meus planos são continuar fazendo os grupos que eu fazia, de NA (narcóticos anônimos). **E4**

E quero ir ao tratamento que tem pra dependente químico em Capão, no CAPS. Eu já estava indo, quatro dias por semana. **E5**

E pretendo ir pra casa numa boa, sem fissura, sem vontade de fumar. Porque aqui dentro é uma coisa, mas agora eu quero ver lá fora, lá fora eu quero ver se eu continuo assim também, como eu estou aqui, de boa. **E6**

Eu estou incluída em dois grupos, um que é da pesquisa do Dr. V., onde ficou constatado que eu tenho déficit de atenção, e eles vão fazer um programa comigo e com o bebê. E o outro é em um CAPS, e eu vou fazer acompanhamento aqui pelo hospital mesmo. **E7**

E eu quero sair daqui e continuar o meu tratamento, com psicólogo e psiquiatra, porque antes eu não acreditava que um psicólogo podia ajudar, nem psiquiatra [...] e hoje eu acredito, e eu acho que a internação me levou a isso, a sair daqui e poder procurar ajuda depois, até com esse grupo que tem aqui, que eu vou continuar fazendo o tratamento. [...] E eu não posso largar o meu tratamento, essas reuniões ai eu nem sei, mas o doutor vai me dizer por quanto tempo eu tenho que continuar com elas, e no psicólogo e no psiquiatra, eu acho que tem que ter sempre. **E8**

Percebe-se a forte expectativa das gestantes em continuar o seu tratamento ambulatorial após a alta hospitalar, por meio de alguns dispositivos, como CAPS e ambulatórios. Isso mostra que elas reconhecem ter uma doença, na qual necessitam de auxílio profissional para se manterem estáveis. No entanto, o medo de não resistir à fissura causada pelo crack e recair no uso da droga também é relatado.

A fissura pelo crack pode ser descrita como uma necessidade imprescindível para o corpo, indispensável para a vida, comparada à fome. A impossibilidade de saciá-la causa forte sofrimento e o indivíduo é tomado por pensamentos obsessivos que envolvem maneiras de obtenção de crack e/ou dinheiro para comprá-lo⁴⁵. Tendo como base essa afirmação, pode-se compreender a intensidade da fissura e o medo da recaída após a alta hospitalar, relatado pelas gestantes.

A vontade incontrolável de usar a droga pode ser desencadeada por estímulos internos, como certas emoções ou estado de humor, ou por estímulos externos /ambientais, como a presença de amigos, o local de uso, o toque de uma música. Por isso, torna-se importante descobrir quais são esses “gatilhos” para o usuário e como eles podem desencadear uma situação de risco para a recaída⁶⁰.

A labilidade do controle do uso de crack significa que o sujeito consegue controlar a fissura em algumas situações e não em outras. O controle em determinado momento não significa o controle da fissura sempre. Quanto maior a satisfação do sujeito com a sua própria vida, menor a possibilidade de sucumbir à fissura⁴⁵.

Entretanto, evitar o contexto social de uso de crack, afastando-se do local e dos amigos de consumo pode ser uma forma de não permitir que a fissura se desenvolva. Em alguns casos, os próprios usuários procuram a internação, pois restringir a própria liberdade impossibilita o contato com o contexto de uso, impedindo o desenvolvimento da fissura⁴⁵. Apesar disso, as usuárias entrevistadas citaram outras formas de tratamento após a alta hospitalar, como acompanhamento ambulatorial por psiquiatra e psicólogo, além de frequentar grupos e CAPS.

Considerando que as drogas afetam as pessoas de distintas maneiras e por diferentes razões, a reabilitação psicossocial da usuária deve surgir como uma resposta as suas diversas necessidades, respeitando sua singularidade⁵⁵.

O Sistema Único de Saúde tem se deparado com o aumento do número de usuários que procuram tratamento, o que exige uma rede estruturada de atenção psiquiátrica, com garantia de continuidade da assistência. A redefinição do modelo de atenção à saúde mental no país foi um avanço, no sentido de evitar que os doentes fossem excluídos da sociedade. No entanto, o Brasil ainda não foi capaz de criar serviços substitutos adequados e em quantidade compatível com a demanda⁵².

Deve-se ressaltar que além de contar com assistência especializada em saúde mental, tanto no âmbito hospitalar como no ambulatorial, também deveríamos dispor de serviços de atenção primária em saúde com equipes qualificadas para atender a demanda de pessoas usuárias de substâncias psicoativas. Dessa forma, seria possível evitar a desassistência existente no cotidiano do usuário de crack, bem como encaminhamentos equivocados, internações desnecessárias e tratamentos e manejos inadequados.

Tratando-se de gestantes usuárias de crack faz-se ainda mais necessário e urgente a realização do acompanhamento pela equipe de saúde que está na linha de frente, geralmente na Estratégia de Saúde da Família e nas Unidades Básicas de Saúde. A detecção precoce do problema, a avaliação das condições sociais e o acompanhamento e orientação à família dessa gestante são de extrema importância.

Apesar de ser um tema transversal a diversas categorias profissionais, faz-se necessária maior apropriação por parte da área da saúde e das ciências humanas. Há urgência na realização da articulação dessa temática com o cuidado de Enfermagem, que pode contribuir na identificação e na realização de ações de prevenção, referindo-se especialmente aos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família, pela maior proximidade com as famílias⁵².

Foi observada alta prevalência de transtornos psiquiátricos em pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas⁴¹, por isso o projeto terapêutico da usuária deve estar atento à ocorrência de comorbidades psiquiátricas, visto que a não observação desse aspecto pode acarretar maiores dificuldades de adesão ao tratamento e piorar o prognóstico⁶¹. Há necessidade de maior aprofundamento da relação entre transtornos mentais e consumo de substâncias psicoativas, a fim de propor alternativas de atenção mais adequadas às necessidades dos usuários, para melhor adesão aos programas de prevenção e tratamento⁵⁵.

Em alguns casos, pode-se trabalhar com a redução de danos após a alta hospitalar, que consiste em um conjunto de práticas de saúde fundamentadas em uma perspectiva teórica que reconhece a existência de diferentes formas de relação entre o sujeito e a droga. Por acreditar que nem sempre essa relação esteja vinculada a um consumo problemático, o seu objetivo não se restringe à eliminação do consumo. As medidas propostas pela redução de danos visam a um conjunto de políticas voltadas para a diminuição dos riscos e dos danos relacionados a todo tipo de consumo potencialmente prejudicial⁶².

Inicialmente a redução de danos tomou como objeto as doenças transmissíveis, especialmente a AIDS, tendo por finalidade do trabalho desenvolvido a prevenção dessas doenças entre os usuários de drogas injetáveis. Devido à complexidade que o fenômeno do consumo de drogas assumiu contemporaneamente, houve maior envolvimento de diversas áreas com esse objeto, e o debate teórico em torno da redução de danos se ampliou. Com a ampliação da discussão sobre essa política surgiu um debate mais acalorado na sociedade sobre os modos como as questões relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas deveriam ser encaminhadas⁶².

A política de redução de danos não tem como objetivo a abstinência, mas sim a minimização dos prejuízos causados pela droga ao usuário e do comportamento de risco que vem atrelado ao uso. Muitos acreditam que consiste em uma política falha e demasiadamente permissiva, apontando apenas a abstinência da droga como tratamento válido.

No entanto, podemos considerar a redução de danos como importante estratégia de tratamento para aqueles usuários que não pretendem ou que não conseguem cessar o uso da droga. Nesse momento faz-se necessário ver o usuário como o protagonista do seu tratamento, que pode decidir o que deseja para a sua vida, sem lhe negar tratamento no caso de não pretender uma abstinência total.

Os profissionais que trabalham na Estratégia de Saúde da Família (ESF) têm apresentado dificuldades em lidar com questões relacionadas ao uso de drogas na comunidade, devido ao desconhecimento dos fatores biopsicossociais relacionados ao

consumo, o que faz com que reproduzam preconceitos do senso comum acerca dos usuários, e ao medo de exposição à violência e ao tráfico⁴³.

As comunidades socioeconomicamente menos favorecidas e com menor acesso aos serviços de saúde são os locais onde as fragilidades das ações territoriais da ESF têm ficado mais evidentes. Não por acaso essas acabam sendo as mesmas comunidades onde o uso e o tráfico de drogas, junto com seus efeitos negativos, como a elevada taxa de homicídios e outras formas de violência, são mais intensos⁴³.

Sendo assim, aquelas pessoas que fazem uso de droga de forma mais comprometedora, principalmente as que fazem uso abusivo de crack, oxi e outras formas de apresentação de cocaína para consumo fumado, têm muita dificuldade de ser incluídas nas ações propostas para combater o consumo de substâncias psicoativas⁴³.

Neste contexto, faz-se necessária a integração da atenção ao uso de drogas na ótica da redução de danos à ESF. Entretanto, ocorre a falta de percepção pelos gestores da importância dessa integração, bem como a carência dessas equipes de vínculos mais estáveis, salários dignos e treinamento adequado. Esses aspectos têm se constituído na maior dificuldade para que as ações de promoção, prevenção e assistência à saúde alcancem estas populações, as quais os serviços de saúde têm deixado a desejar⁴³.

8 TIPO VIVIDO

Com base na análise dos discursos das entrevistadas, construiu-se o tipo vivido das gestantes usuárias de crack.

O cotidiano das gestantes usuárias de crack antes da internação era influenciado pelo uso da droga, visto que o crack interferia no auto-cuidado, levando-as a passar dias sem comer, sem dormir e sem os seus cuidados de higiene. Esse cotidiano também era permeado por meios para obter a droga, como prostituição, furtos, a venda dos próprios pertences e a “companhia” em troca da droga, também estava presente a preocupação com a gestação e com a saúde do bebê e havia um importante distanciamento da família, que tornava viável o consumo de crack.

Com a internação, as gestantes usuárias de crack têm como expectativas cessar o uso da droga, a fim de ter melhor qualidade de vida e conseguir retomar algumas atividades e tentar manter uma ocupação para si, um trabalho, que possa lhe auxiliar a desviar o pensamento da droga. Voltar ao cuidado dos seus filhos além do bebê que está esperando e fortalecer o apoio da família também são expectativas presentes nos discursos. Há vontade de manter o tratamento contra o uso de crack, mas também é relatado o medo da recaída.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término desse estudo, pode-se concluir que o referencial teórico filosófico escolhido mostrou-se adequado para a realização da pesquisa, uma vez que proporcionou dar voz aos sujeitos, valorizando as suas singularidades. O fato de despir o pesquisador de seus preconceitos e crenças pré-concebidos a respeito do objeto de estudo foi um aspecto facilitador para a aproximação das gestantes usuárias de crack no ambiente de internação.

Observou-se a escassez de pesquisas com uma abordagem psicossocial sobre a temática de gestantes usuárias de crack. A maioria das publicações encontradas sobre o assunto em questão abordavam aspectos clínicos, além de grande parte dos estudos se referirem a homens usuários de crack, justificando que eles constituem a maioria da população usuária e por isso são alvos das pesquisas.

Durante as entrevistas a maioria das gestantes não conseguiu falar extensamente sobre o seu cotidiano antes da internação psiquiátrica, algumas relataram tristeza e arrependimento por terem vivido da forma relatada, outras ainda referiram sentir fissura ao falar sobre a droga, ou sobre os aspectos da sua vida que associam ao uso do crack. Dessa forma, mesmo não estando em um período crítico da abstinência do crack, pois já se tinha como critério de inclusão que a gestante estivesse internada há pelo menos 10 dias, a fala das usuárias foi influenciada pela fissura, muitas vezes ainda presente.

O fato de trabalhar como enfermeira assistencial na Unidade de Internação escolhida como campo de pesquisa com certeza consistiu em um aspecto facilitador, visto que no momento da coleta dos dados já havia um vínculo entre usuária e pesquisadora. No entanto, deve-se considerar que em algum momento também pode ter ocorrido receio por parte das gestantes em abordarem algum aspecto sobre o seu consumo de droga, ou sobre o seu dia-a-dia na internação, associando o trabalho da pesquisadora a sua função como enfermeira, apesar de ter sido ressaltado a ausência de relação da pesquisa com o trabalho assistencial realizado.

A coleta de dados foi prolongada porque em um dado momento da realização das entrevistas não havia gestantes internando na Unidade. Muitas vezes isso ocorre pelo fato de ter apenas cinco vagas destinadas a gestantes usuárias de crack nessa Unidade de Psiquiatria, logo, enquanto uma delas não tiver alta, não se pode internar outra usuária. Também pode ocorrer de ter vagas disponíveis para gestantes usuárias de crack, mas não ter demanda para a internação.

O cotidiano das gestantes usuárias de crack tinha a droga como aspecto que interferia diretamente no seu auto-cuidado e estava permeado pelos meios utilizados por elas para obter a droga, pela preocupação com a gestação e com a saúde do bebê e pelo distanciamento da família.

O cotidiano das usuárias era fortemente influenciado pelo consumo de crack, visto que por estarem submersas no universo da droga, buscando incessantemente pelo crack, elas passavam dias sem comer e sem dormir, usando a droga, ou buscando meios para consumi-la. Ao se distanciarem um pouco desse universo, durante a internação, as gestantes se referem a esse período da sua vida como sendo muito triste, muito ruim, atribuindo esse fato ao uso do crack.

As gestantes utilizavam como meios para obter a droga a prostituição, a realização de furtos, a venda dos próprios pertences e a própria “companhia”. Devido à urgência pelo uso do crack, provocada pela fissura sentida pelas usuárias nos momentos em que estavam na rua, fazendo uso, elas se submetiam até mesmo à prostituição, para poder consumir a droga. Elas relatam o fato como triste, como algo a que tinham que se submeter, considerando algo humilhante. Os furtos geralmente eram realizados dentro da família, sendo que a usuária retirava o pertence da casa do seu familiar e após vendia para comprar crack. Muitas relataram vender os seus próprios pertences, como roupas, calçados e móveis, para manter o consumo. Uma das gestantes disse que o seu meio para obter a droga era permanecer junto com pessoas que usavam crack, para usar junto e, ao oferecer a sua companhia a essas pessoas ela não precisaria de outros meios para comprar o crack.

A presença de uma preocupação com a gestação e com a saúde do bebê ficou evidente, uma vez que a maioria das usuárias sabia dos riscos associados ao uso de crack durante a gestação, além do fato de algumas não terem realizado acompanhamento pré-natal até o momento da internação. No entanto, mesmo não cessando o uso de crack, muitas das gestantes reduziram o consumo da droga quando se descobriram gestantes, justamente por haver essa preocupação e por não se sentirem capazes de parar de usar a droga.

O distanciamento da família pela gestante usuária de crack geralmente ocorria pelos inúmeros dias em que passava fazendo uso de crack, em privação de sono, de alimentação e de cuidados de higiene. O fato de os familiares repreenderem as usuárias no retorno para casa, após dias de uso, também fazia com que elas procurassem menos a sua família.

Apesar de as gestantes se referirem ao seu cotidiano antes da internação como um período influenciado negativamente pelo consumo de drogas, muitas delas ainda referem medo de ter uma recaída após a alta hospitalar. Pode-se atribuir esse receio ao fato de elas

estarem em um ambiente protegido, em que mesmo se sentirem vontade de usar crack não terão acesso a ele, diferente do momento após a alta.

REFERÊNCIAS

1. Nasi C, Schneider JF. O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. **Rev Esc Enferm USP**. 2011; 45 (5):1157-63.
2. Lima CA, Tocantins FR. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. **Rev Bras Enferm**. 2009; 62 (3):367-73.
3. Schutz A. Sobre Fenomenologia e Relações Sociais. Petrópolis, Vozes, 2012. 357 p.
4. Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 2007.
5. Lancetti A, Amarante P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. Tratado de saúde coletiva, 2009, p.615-635.
6. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. *In*: AMARANTE, Paulo. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. 314 p. p.141-168.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
8. Brasil. Ministério da Saúde. A proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental. Lei nº 10.216. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
9. BOTEGA NJ. Serviços de saúde mental no hospital geral. Campinas: Papyrus, 1995.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Dispõe sobre diretrizes e normas para a Saúde Mental. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
11. Oliveira EB, Bittencourt LP, Carmo AC. A importância da família na prevenção do uso de drogas entre crianças e adolescentes: papel materno. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. 2008; 4(2):00-00.
12. Rossato VMD, Mello TAP, Pires FB, Cunha RWP, Silva AA, Freitas FF. Práticas desinstitucionalizadoras em uma Unidade de Internação Psiquiátrica. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. 2006; 2(2):00-00.
13. Brasil. Gabinete de Segurança Institucional. Política Nacional Sobre Drogas. Brasília (DF): Conselho Nacional Antidrogas; 2005.
14. Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. Tratamentos farmacológicos para dependência química: da evidência científica à prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2010.
15. Brasil. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

16. Brasil. Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas. Decreto 7426. Brasília (DF): 2010.
17. **A visão dos Municípios brasileiros sobre a questão do crack.** Disponível em: <<http://www.cnm.org.br/crack/>>. Acessado em 18 jun 2012.
18. Domanico A. Craqueiros e cracados: Bem vindo ao mundo das nóias! - Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil [Tese de doutorado]. Salvador; 2006.
19. Marques ACPR, Ribeiro M, Laranjeira RR, Andrada NC. Abuso e Dependência: Crack. **Rev Assoc Med Bras.** 2012; 58 (2):141-53.
20. Brasil. Ministério da Saude. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. 302 p.
21. Moreira MM, Mitsuhiro SS, Ribeiro M. O consumo de crack durante a gestação. In: Ribeiro M, Laranjeira R (orgs.). **O tratamento do usuário de crack.** Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 548-565.
22. Cunha GB. Exposição pré-natal à cocaína e efeitos neurocomportamentais no recém-nascido [Tese]. Porto Alegre: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.
23. Giusti J, Mitsuhiro SS, Zilberman ML. Gestação e cocaína. Associação Brasileira de Psiquiatria [Internet]. 2006 [citado 2012 fev 01] Disponível em: <http://www.abpbrasil.org.br/departamentos/coordenadores/coordenador/noticias/?dep=4¬=136>.
24. Moraes CL, Reichenheim ME. Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. **Revista Saúde Pública.** 2007; 41(5): 695-703.
25. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006. 84 p.
26. Nasi C, Schneider JF. Relacionamentos sociais no cotidiano de usuários de um centro de atenção psicossocial: um estudo fenomenológico. **Online Brazilian Journal of Nursing.** 2010; 9(1):.
27. Schutz A. El problema de la realidad social. Buenos Aires: Amorrortu editores; 2003.
28. Schutz A. Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schutz. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.
29. Camatta MW, Nasi C, Schaurich D, Schneider JF. Contributions from Alfred Schutz's phenomenological sociology for nursing research - review article. **Online Brazilian Journal of Nursing.** 2008; 7(2):.
30. Zilles U. Paradigma da fenomenologia. In: _____. Teoria do conhecimento e teoria da ciência. São Paulo: Paulus; 2005. p. 99-104.

31. Capalbo C. Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schutz. 2ª ed. Londrina: UEL; 1998.
32. Nasi C. O cotidiano de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da sociologia fenomenológica [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
33. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
34. Polit D, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: método, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
35. Camatta MW. Ações voltadas para saúde mental na Estratégia de Saúde da Família: expectativas de equipes e expectativas de usuários e familiares. [Tese]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.
36. Nasi C. As expectativas dos usuários e as expectativas dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial. [Tese]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.
37. Tocantins FR, Souza EF. O agir do enfermeiro em uma Unidade Básica de Saúde: análise compreensiva das necessidades e demandas. **Esc. Anna Nery Rev. Enfagem.** 1997; 1(n.esp):143-60.
38. Schneider JF, Camatta MW, Nasi, C. O trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial: uma análise sociológica fenomenológica em Alfred Schutz. **Rev. Gaúcha Enfagem.** 2007; 28 (4):520-6.
39. Brasil, Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996.
40. Ribeiro LA, Sanchez ZM, Nappo SA. Estratégias desenvolvidas por usuários de *crack* para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. **J Bras Psiquiatr.** 2010; 59 (3):210-8.
41. Scheffer M, Pasa GG, Almeida RMM. Dependência de Álcool, Cocaína e *Crack* e Transtornos Psiquiátricos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.** 2010; 26 (3):533-41.
42. Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública.** 2009; 25 (11):2309-19.
43. Andrade TM. Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** 2011; 16 (12):4665-74.
44. Oliveira LG, Nappo SA. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Rev. Saúde Pública.** 2008; 42 (4):664-71.

45. Chaves TV, Sanchez ZM, Ribeiro LA, Nappo SA. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. **Rev. Saúde Pública.** 2011; 45 (6):1168-75.
46. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), Nappo SA. Comportamento de risco de mulheres. Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS; 2004.
47. Oliveira VJ. Interagindo com a equipe multiprofissional: as interfaces da assistência na gestação de alto risco. **Esc Anna Nery.** 2011; 15 (1):103-9.
48. Piccinini CA, Carvalho FT, Ourique LR, Lopes RS. Percepções e Sentimentos de Gestantes sobre o Pré-natal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.** 2012; 28 (1):27-33.
49. Monteiro MAA, Pinheiro AKB, Souza AMA. Vivência de puérperas com filhos recém-nascidos hospitalizados. **Esc Anna Nery R Enferm.** 2007; 11 (2):276 - 82.
50. Castilla MV, Olsen MC, Epelez ME. Dinámicas familiares, prácticas de cuidado y resolución de problemas asociados al consumo intensivo de pasta base/paco en Buenos Aires, Argentina. **Antipod. Rev. Antropol. Arqueol.** 2012; 14:209-29.
51. Pinho LB, Oliveira IR, Gonzáles RIC, Harter J. Consumo de crack: repercusiones en la estructura y en la dinámica de las relaciones familiares. **Enferm. glob.** 2012; 11 (25):139-49.
52. Selegim MR, Marangoni SR, Marcon SS, Oliveira MLF. Vínculo familiar de usuários de crack atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 2011;19(5):[08 telas].
53. Lima AF. Dependência de drogas e psicologia social: um estudo sobre o sentido das oficinas terapêuticas e o uso de drogas a partir da teoria de identidade. **Psicologia & Sociedade.** 2008; 20 (1):80-90.
54. Gonçalves R, Aguiar CA, Merighi MAB, Jesus MCP. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. **Rev Esc Enferm USP.** 2011; 45(1):62-70.
55. Pinho PH, Oliveira MA, Almeida MM. Reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? **Rev. Psiq. Clín.** 2008; 35 (1):82-8.
56. Pilotto DTS, Vargens OMC, Progianti JM. Alojamento conjunto como espaço de cuidado materno e profissional. **Rev Bras Enferm.** 2009; 62 (4):604-7.
57. Rapoport A, Piccinini CA. Maternidade e situações estressantes no primeiro ano de vida do bebê. **Psico-USF.** 2011; 16 (2):215-25.
58. Mello RM, Schneider JF. A família e a internação psiquiátrica em hospital geral. **Rev Gaúcha Enferm.** 2011; 32 (2): 226-33.
59. Seadi SMS, Oliveira MS. A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. **Psic. Clin.** 2009; 21 (2):363-78.

60. Zeni TC, Araujo RB. Relação entre o *craving* por tabaco e o *craving* por *crack* em pacientes internados para desintoxicação. **J Bras Psiquiatr.** 2011; 60 (1):28-33.
61. Hess ARB, Almeida RMM, Moraes AL. Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos em abstinência em ambiente protegido. **Estudos de Psicologia.** 2012; 17 (1):171-8.
62. Santos VE, Soares CB, Campos CMS. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. **Revista de Saúde Coletiva.** 2010; 20 (3): 995-1015.

APÊNDICE A– Termo de consentimento livre e esclarecido

Estou lhe convidando para participar da pesquisa “O cotidiano de gestantes usuárias de crack”, que tem como objetivo compreender o cotidiano de gestantes usuárias de crack.

Você tem a opção de participar ou não desse estudo. Caso aceite participar, será realizada uma entrevista, que será gravada para posterior transcrição do depoimento. As suas falas serão divulgadas como parte dos resultados da pesquisa, no entanto, a sua identidade não será revelada, será assegurado o anonimato de todas as participantes do estudo.

A sua participação ou não dessa pesquisa não interfere no tratamento recebido, e os depoimentos não serão utilizados como dados para o tratamento.

Asseguro que a qualquer momento você poderá desistir de participar do estudo, mesmo já tendo sido entrevistada. Caso necessite de qualquer esclarecimento poderá entrar em contato com a pesquisadora, Ana Carolina Lacerda Scheibler Kuyava, pelo telefone (51)81838294, ou com o professor orientador da pesquisa, Jacó Fernando Schneider, pelo número (51) 33085081.

O termo de consentimento será realizado em duas vias, uma permanece com a participante e outra com a pesquisadora.

Após ler o termo consentimento livre e esclarecido, concordo em participar da pesquisa, conforme o explicitado acima. Fui informado sobre os objetivos do estudo e estou ciente que posso não querer participar, ou desistir, a qualquer tempo, de fazer parte dessa pesquisa.

Assinatura da participante

Assinatura do pesquisador

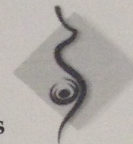
Porto Alegre, de de 2012.

APÊNDICE B – Questões norteadoras do estudo

- 1)** Conte-me sobre a sua vida antes da internação, desde que se descobriu grávida.
- 2)** Diga-me o que você pretende com essa internação.
- 3)** Fale-me sobre seus planos para a sua vida após a alta hospitalar.

APÊNDICE C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do HMIPV

Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal da Saúde
Hospital Materno Infantil Presidente Vargas
Comitê de Ética em Pesquisa



Porto Alegre, 27 de junho de 2012.

Ilmo (a) Sr. (a)

Ana Carolina Lacerda Scheibler Kuyava e Jacó Fernando Schneider

O projeto de pesquisa intitulado "O cotidiano de gestantes usuárias de crack" dos pesquisadores **Ana Carolina Lacerda Scheibler Kuyava e Jacó Fernando Schneider**, protocolado neste CEP sob nº 09/12, foi **aprovado ad referendum** pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HMIPV, em 27/06/2012 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 - 7º andar do bloco C
Porto Alegre - RS - CEP: 90035-076
Fone: (51) 3289.3357 - Fax: (51) 3289 3377