



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

MÁRCIA REBECA ROCHA DE SOUZA

**REPERCUSSÕES DO ENVOLVIMENTO COM DROGAS PARA A SAÚDE DE
MULHERES ATENDIDAS EM UM CAPSAD DE SALVADOR-BA**

**SALVADOR
2013**

MÁRCIA REBECA ROCHA DE SOUZA

**REPERCUSSÕES DO ENVOLVIMENTO COM DROGAS PARA A SAÚDE DE
MULHERES ATENDIDAS EM UM CAPSAD DE SALVADOR-BA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFBA como requisito parcial para obtenção do grau de mestra, com área de concentração em Gênero, na linha de pesquisa Mulher, Gênero e Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Jeane Freitas de Oliveira

**SALVADOR
2013**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de
Saúde, SIBI - UFBA.

S731 Souza, Márcia Rebeca Rocha de
Repercussões do envolvimento com drogas para a saúde de
mulheres atendidas em um CAPSad de Salvador-BA/ Márcia
Rebeca Rocha de Souza. – Salvador, 2013.
123 f.
Orientadora: Prof^ª Dr^ª Jeane Freitas de Oliveira.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
Escola de Enfermagem, 2013.

1. Drogas. 2. Saúde. 3. CAPS. 4. Mulheres. I. Oliveira,
Jeane Freitas de. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU 615.32

MÁRCIA REBECA ROCHA DE SOUZA

REPERCUSSÕES DO ENVOLVIMENTO COM DROGAS PARA A SAÚDE DE MULHERES ATENDIDAS EM UM CAPSAD DE SALVADOR-BA

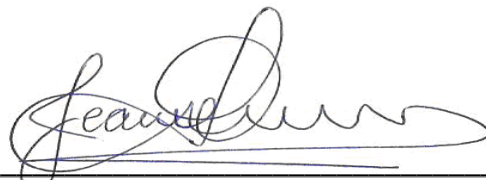
Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial de aprovação para obtenção de grau de mestra, na área de concentração em “Gênero, Cuidado e Administração”, na linha de pesquisa “Mulher, Gênero e Saúde”.

Aprovada em Salvador, aos 13 dias do mês de junho do ano de dois mil e treze.

COMISSÃO EXAMINADORA

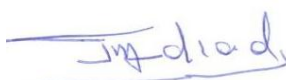
Dr^a Jeane Freitas de Oliveira

Orientadora. Doutora em Saúde Coletiva. Professora da Universidade Federal da Bahia.



Dr. Tarcísio Matos de Andrade

1º examinador. Doutor em Medicina. Professor da Universidade Federal da Bahia.



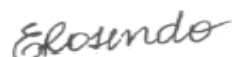
Dr^a Evanilda Souza de Santana Carvalho

2ª Examinadora. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana.



Dr^a Enilda Rosendo do Nascimento

Suplente. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal da Bahia.



Dedico esta conquista aos meus pais, Jeriel e Márcia,
pessoas maravilhosas que me mostraram
o valor dos estudos e sempre me incentivaram
a ousar e alçar voos cada vez mais altos em busca do novo
e à minha orientadora, Jeane, pela confiança, apoio,
incentivo e amizade imensuráveis.

AGRADECIMENTOS

Ao bom Deus pelas bênçãos, pela inspiração diária e pela determinação no alcance dos meus sonhos.

Aos meus irmãos e demais familiares pelo apoio e incentivo, mesmo quando não compreendiam muito bem o significado do mestrado e da pesquisa para mim.

Às minhas amigas, especialmente à Pati, Amanda, Raíssa e Fernanda pelos conselhos, conforto e aos amigos Doró e Gerfson pelo estímulo e pelo carinho diários. Obrigada por compartilharem comigo momentos de tensão e felicidade nesta trajetória!

Às professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) pela disponibilidade e parceria durante a realização deste curso.

Às professoras Enilda Rosendo e Evanilda Carvalho pela parceria durante o curso e por contribuírem com meu crescimento pessoal e profissional.

A todas as integrantes do Grupo de Estudos sobre Sexualidades, Vulnerabilidades e Gênero e do Grupo de Estudos sobre a Saúde da Mulher, especialmente a Robson, Caliane e Bárbara pelos momentos de aprendizado compartilhados e pela ajuda na fase de transcrição das entrevistas e ajustes finais do texto.

À todos os profissionais, usuários e familiares do CAPSad Gregório de Matos, pelas lições diárias e por me permitirem concretizar o sonho de ser enfermeira.

À amiga Mariana Chagas, pela escuta paciente nos meus momentos de ansiedade, pelo conforto e estímulo e pela presteza de me ajudar na fase de organização dos dados.

Às mulheres entrevistadas, que generosamente se dispuseram a participar deste estudo expondo um pouco das suas histórias.

Ao CNPq e a CAPES, respectivamente, pelo financiamento do projeto e concessão de bolsa de estudos, que viabilizaram o desenvolvimento desta pesquisa.

SOUZA, Márcia Rebeca Rocha de. **Repercussões do envolvimento com drogas para a saúde de mulheres atendidas em um CAPSad de Salvador-BA** [Dissertação de mestrado]. Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. 123f. Salvador, 2013.

RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo analisar as repercussões para a saúde de mulheres envolvidas com drogas atendidas no CAPSad do Centro Histórico de Salvador-BA. Parte-se do pressuposto de que as mulheres estão envolvidas de diferentes formas com o fenômeno das drogas e que a maneira pela qual se dá estes envolvimento resulta em diferentes repercussões para a sua saúde. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEUFBA, através da Plataforma Brasil, com parecer de número 91.975. Os dados foram coletados no período de setembro a dezembro de 2012, através de entrevista semiestruturada realizada com onze mulheres matriculadas na unidade de saúde selecionada e que atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos. Os dados coletados foram analisados, seguindo as etapas da análise de conteúdo temática, tendo gênero como categoria analítica com fundamentação em princípios da Teoria de Gênero e Poder. A análise permitiu caracterizar as participantes e seus envolvimento com as drogas, e evidenciou as repercussões para a sua saúde a partir de quatro categorias temáticas: 1) Repercussões do Consumo de Drogas: Um Olhar Sobre a Saúde reuniu informações sobre os efeitos das drogas no organismo, e os sinais e sintomas de doenças percebidos pelas entrevistadas como decorrentes do consumo de drogas; 2) Exclusão Social e Desorganização dos Vínculos Familiares e Afetivos, que apontou o álcool e o crack como causadores da sua exclusão social e de rompimentos nos laços familiares e afetivos; 3) Vítimas e Algozes: O Envolvimento de Mulheres com as Drogas e com a Violência revelou a violência sofrida ou praticada por mulheres usuárias de drogas, diferenciando-se com relação à substância consumida; 4) O Desafio da Maternidade para Mulheres Envolvidas com Drogas apontou que o exercício da maternidade é reconhecido pelas mulheres identificadas como usuárias de drogas, como incompatível com tal conduta. Para estas mulheres, a busca por tratamento se confunde com a busca da identidade feminina perdida pelo consumo abusivo. As mães de usuários, ao incorporarem a identidade de cuidadoras, alimentam um sentimento de superação e força ao lidar com as dificuldades do filho e apresentam discursos contraditórios de culpa e vitimização associado ao consumo abusivo feito por ele. As repercussões para a saúde das mulheres decorrentes do seu envolvimento com drogas se apresentam de várias formas e afetam o corpo físico, as relações sociais e o desempenho das funções social e culturalmente determinadas para as mulheres. Esta pesquisa traz subsídios para a prática de enfermagem na assistência a pessoas usuárias de álcool e outras drogas por ressaltar que o envolvimento das mulheres com as drogas não se limita ao consumo e/ou ao tráfico e que qualquer forma de envolvimento está entrelaçada com as histórias pessoais e o contexto de vida das mulheres, se traduzindo em danos físicos e psicossociais.

Palavras-chaves: Drogas, Saúde da mulher, Enfermagem, Gênero.

SOUZA, Márcia Rebeca Rocha de. **Repercussions of drug involvement on the health of women attended at a CAPSad of Salvador-BA** [MSc Dissertation]. Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. 123f. Salvador, 2013.

ABSTRACT

The present paper has the purpose of analyzing the repercussions of drug involvement on the health of women attended at the CAPSad of the Historical Center of Salvador-BA. It is assumed that the women are involved in different manners with the drug phenomena and that the manner in which they are involved results in different repercussions to their health. This is an exploratory and descriptive research, with a qualitative approach, approved by the Research Ethics Committee of EEUFBA, through the Brazil Platform, report number 91975. The information was collected during the period from September to December 2012, by means of semi-structured interviews carried out with eleven women registered at the selected health unit and that qualified under the established criteria for inclusion. The collected data was analyzed in accordance with the phases for thematic content analysis, having gender as analytical category based on the principles of the Theory of Gender and Power. The analysis permitted to characterize the participants and their involvement with drugs, and evidenced the repercussions to their health using four thematic categories: 1) Repercussions of Drug Consumption: An overview on Health gathered information on the effects of drugs to the organism, the signs and symptoms of illnesses perceived by the interviewed parties resulting from drug consumption; 2) Social Exclusion and Disorganization of Family and Affective Ties, which pointed out alcohol and crack as the causes for social exclusion and severance of family and affective ties, 3) Victims and Executioners: Involvement of Women with Drugs and Violence revealed the violence suffered or practiced by female drug users, in different manners in accordance with the substance consumed; 4) The Challenge of Maternity for Women Involved with Drugs indicated that maternity is recognized by women identified as drug users as incompatible with such conduct. For these women, the quest for treatment is confused with the quest for the feminine identity lost by abusive consumption. Mothers of drug users, when incorporating the identity of caretakers, nourish a feeling of overcoming and strength when dealing with the difficulties of their child and present contradictory discourses of guilt and victimization associated to the abusive consumption of their child. Health repercussions for women elapsing from their involvement with drugs is presented in various manners and affect the physical body, social relations and performance of social and cultural functions determined for women. This research brings subsidy for nursing practice in caring for users of alcohol and drugs by emphasizing that the involvement of women with drugs is not limited to the consumption and/or trafficking of drugs, and any manner of involvement entrails personal stories and the life context of the women, translated into physical and psychosocial damages.

Key words: Drugs, Health of Women, Nursing, Gender.

SOUZA, Márcia Rebeca Rocha de. **Repercusiones del involucramiento con drogas para la salud de mujeres atendidas en un CAPSad de Salvador-BA** [Disertación de maestría]. Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. 123f. Salvador, 2013.

RESUMEN

La presente pesquisa tiene como objetivo analizar las repercusiones para la salud de mujeres involucradas con drogas atendidas en el CAPSad del Centro Histórico de Salvador-BA. Se parte del presupuesto de que las mujeres están involucradas de diferentes formas con el fenómeno de las drogas y que la manera en la cual se ocurren estos involucramientos resulta en diferentes repercusiones para la salud. Se trata de una pesquisa exploratoria y descriptiva, con abordaje cualitativo, aprobada por el Comité de Ética en Pesquisa de la EEUFBA, a través de la Plataforma Brasil, con parecer de número 91.975. Los datos fueron colectados en el periodo de septiembre hasta diciembre de 2012, a través de entrevista semiestructurada realizada con once mujeres matriculadas en la unidad de salud seleccionada y que atendían a los criterios de inclusión establecidos. Los datos colectados fueron analizados siguiendo las etapas del análisis de contenido temático, teniendo género como categoría analítica con fundamentación en principios de la Teoría de Género y Poder. El análisis permitió caracterizar las participantes y sus involucramientos con las drogas, y evidenció las repercusiones para su salud a partir de cuatro categorías temáticas: 1) Repercusiones del Consumo de Drogas: Una Mirada Sobre la Salud reunió informaciones sobre los efectos de las drogas en el organismo, y las señales y síntomas de enfermedades percibidas por las entrevistadas como decurrentes del consumo de drogas; 2) Exclusión Social y Desorganización de los Vínculos Familiares e Afectivos, que apuntó al alcohol y al crack como causadores de su exclusión social y de la ruptura de los lazos familiares y afectivos, 3) Víctimas y Ejecutoras: El Involucramiento de Mujeres con las Drogas y con la Violencia reveló la violencia sufrida o practicada por mujeres usuarias de drogas, diferenciándose con relación a la sustancia consumida, 4) El Desafío de la Maternidad para Mujeres Involucradas con Drogas apuntó que el ejercicio de la maternidad es reconocido por las mujeres identificadas como usuarias de drogas, como incompatible con tal conducta. Para estas mujeres, la búsqueda por tratamiento se confunde con la búsqueda de la identidad femenina perdida por el consumo abusivo. Las madres de usuarios, al incorporaren la identidad de cuidadoras, alimentan un sentimiento de superación y fuerza al tratar con las dificultades del hijo y presentan discursos contradictorios de culpa y victimización asociado al consumo abusivo hecho por ello. Las repercusiones para la salud de las mujeres decurrentes de su involucramiento con drogas se presentan de varias formas y afectan el cuerpo físico, las relaciones sociales y el desempeño de las funciones social y culturalmente determinadas para las mujeres. Esta pesquisa trae subsidios para la práctica de enfermería en la asistencia a personas usuarias de alcohol y otras drogas por resaltar que el involucramiento de las mujeres con drogas no se limita al consumo y/o al tráfico y que cualquier forma de involucramiento está entrelazado con las historias personales y el contexto de vida de las mujeres, traducándose y daños físicos y psicosociales.

Palabras claves: Drogas, Salud de la mujer, Enfermería, Género.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACC	Atividade Curricular em Comunidade e Sociedade
ARD-FC	Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CH	Centro Histórico
CAB	Centro Administrativo da Bahia
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSad GM	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Gregório de Matos
CETAD	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CONFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
CONAD	Conselho Nacional antidrogas
DEPEN	Departamento Penitenciário Nacional
DSS	Determinantes Sociais de saúde
FMB-UFBA	Faculdade de Medicina da Bahia
IHRA	International Harm Reduction Association
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Política Nacional Antidrogas
PNAISM	<i>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher</i>
PET	Programa de Educação Tutorial
SENAD	Secretaria Nacional sobre Drogas
SESAB	Secretaria Estadual de Saúde
SISNAD	Sistema Nacional de políticas públicas sobre drogas
SPA	Substância Psicoativa
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
TGP	Teoria de Gênero e Poder
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFBA	Universidade Federal da Bahia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DO ESTUDO	16
2.1	AS MULHERES E O FENÔMENO DAS DROGAS	16
2.2	HISTÓRICO DO CONCEITO SAÚDE/DOENÇA E OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE	21
2.3	AVANÇOS POLÍTICOS NO ENFRENTAMENTO AO USO E TRÁFICO DE DROGAS NO BRASIL	25
2.4	PARA ALÉM DOS LIVROS DE HISTÓRIA: O CONSUMO DE DROGAS E O CONTEXTO SÓCIO-CULTURAL DO CENTRO HISTÓRICO DE SALVADOR-BA	31
3	TEORIA DE GÊNERO E PODER: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	36
4	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	41
4.1	CENÁRIO E PARTICIPANTES DA PESQUISA	41
4.2	ASPECTOS ÉTICOS	45
4.3	PRODUÇÃO DOS DADOS EMPÍRICOS	46
4.4	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS EMPÍRICOS	48
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
5.1	CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES	50
5.1.1	Aspectos Sociodemográficos	50
5.1.2	Apresentando as participantes	52
5.1.3	O Envolvimento de Mulheres com as Drogas	70
5.2	REPERCUSSÕES DO ENVOLVIMENTO COM DROGAS PARA A SAÚDE DE MULHERES	72
5.2.1	Repercussões do Consumo de Drogas: Um Olhar Sobre a Saúde	73
5.2.2	Exclusão Social e Desorganização dos Vínculos Familiares e Afetivos	77
5.2.3	Vítimas e Algozes: O Envolvimento de Mulheres com as Drogas e com a Violência	84
5.2.4	O Desafio da Maternidade para Mulheres Envolvidas com Drogas	91
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
	REFERÊNCIAS	105
	ANEXO	117
	APÊNDICES	120

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa teve como problemática o fenômeno das drogas, assumindo como objeto de investigação as repercussões para a saúde de mulheres, decorrente do seu envolvimento com as drogas. Foi desenvolvida com base no pressuposto de que as mulheres estão envolvidas com o fenômeno das drogas de diversas formas e sofrem repercussões sociais e na sua saúde com qualquer que seja o tipo de envolvimento.

O envolvimento feminino com as drogas é permeado por fatores culturais, sociais, econômicos, religiosos, afetivos, morais e de gênero, que retratam a complexidade do problema. Envolver-se com drogas não se limita ao ato de consumir ou traficar algum tipo de substância psicoativa, mas abrange também a convivência na condição de mãe, companheira, irmã ou filha de pessoas usuárias e/ou participantes da rede de tráfico.

De um modo geral, os estudos que abordam as mulheres e as drogas tendem a privilegiar o consumo de substâncias psicoativas e as possíveis repercussões associadas aos seus efeitos sobre o organismo feminino, principalmente sobre seu sistema reprodutor e à saúde do conceito, quando engravidam. Dentre estas repercussões destacam-se alterações no ciclo menstrual, infertilidade, risco de aborto e mau desenvolvimento fetal, além do desenvolvimento de diferentes tipos de câncer e contaminação pelo *human immunodeficiency virus* (HIV) e outras doenças sexualmente transmissíveis. De acordo com os estudos consultados, as consequências para a saúde estão diretamente relacionadas ao tipo de droga consumida, havendo enfoque na substância, sem considerar as especificidades da pessoa usuária e do contexto no qual a pessoa está inserida (HOCHGRAF; BRASILIANO, 2004; LARANJEIRA; RIBEIRO, 2005; WOLLE; ZILBERMAN, 2011).

Outros estudos discutem a participação feminina na rede de tráfico, seja como repassadoras de drogas ou como chefes das chamadas “bocas de fumo”. Para ambas as situações, são destacados fatores para justificar tal envolvimento, a exemplo da baixa condição socioeconômica, do desemprego e baixos salários, da desestabilização dos vínculos familiares, do fácil acesso à droga e ao seu mercado ilícito e do envolvimento afetivo com homens usuários e/ou traficantes. Estes aspectos reafirmam as mulheres como vítimas passivas na adoção de uma conduta socialmente vista como desviante (SOARES; ILGENFRITZ, 2002; SOUZA, 2009).

Em contrapartida, estudos apontam a existência de uma intencionalidade feminina no envolvimento com as drogas e com a criminalidade. A possibilidade de retorno financeiro imediato, de ter visibilidade na comunidade onde vive pelo poder de coerção e “autoridade de

bandido” e, ainda a alternativa de não se submeter às regras sociais vigentes são apontados como fatores motivadores para o ingresso das mulheres em atividades criminosas como o narcotráfico e refletem no aumento gradativo do aprisionamento de mulheres devido a este crime (SOUZA, 2009; BARCINSKI, 2009; BRASIL, 2010).

Com base nas representações sociais de um grupo de agentes comunitários de saúde (ACS), participantes de uma pesquisa qualitativa realizada em Salvador-Ba, todas as mulheres da comunidade onde atuavam, estavam envolvidas com as drogas de forma direta ou indireta. Algumas, sobretudo as mais jovens, eram usuárias, traficantes e/ou companheiras de pessoas usuárias ou traficantes de drogas, caracterizando o que os ACS chamaram de envolvimento direto. Outras, não faziam consumo de drogas consideradas socialmente ilícitas nem comercializam tais substâncias, contudo eram mães, companheiras, filhas ou irmãs de pessoas que praticavam tais condutas. Para os ACS, estas mulheres estavam envolvidas indiretamente com as drogas. Em qualquer tipo de envolvimento, as mulheres sofrem alterações na sua saúde, sendo comum entre aquelas envolvidas diretamente, a ocorrência de aborto, violência e perda de peso. E, entre as que estavam envolvidas indiretamente foram observadas a ocorrência de depressão, obesidade e hipertensão arterial (OLIVEIRA, 2008; OLIVEIRA; MCCALLUM; COSTA, 2010).

Em pesquisa realizada em um jornal de circulação no estado da Bahia, com base em reportagens que abordavam o fenômeno das drogas, foram identificados dois grupos de mulheres: o das consumidoras de tabaco, álcool, crack e medicamentos e o outro, das mulheres vítimas de violência praticada por homens usuários e traficantes de drogas. O segundo grupo, geralmente, era composto por mulheres na condição de mães, companheiras e filhas dos agressores (SOUZA; OLIVEIRA, 2009).

A análise do conteúdo de reportagens divulgadas em quatro revistas de circulação nacional sinalizou a influência dos padrões de beleza estabelecidos socialmente para o consumo de drogas lícitas pela população feminina, como de medicamentos, com destaque para os emagrecedores, tabaco e álcool. O consumo de medicamentos para controle de doenças como depressão, hipertensão e diabetes também foi destacado, assim como a ocorrência de violência física contra mulheres, decorrente do seu envolvimento com homens usuários de drogas (SOUZA, 2010; SOUZA et. al., 2013).

Durante o curso de graduação em Enfermagem no Grupo de Pesquisa em Vulnerabilidades, Sexualidades, Drogas e Gênero, que faz parte do Centro de Estudos e Pesquisas sobre Mulheres, Gênero, Saúde e Enfermagem, oportunizando a aproximação com a perspectiva de gênero e a inserção em estudos, voltados para questões relacionadas à

população feminina e ao fenômeno das drogas (SOUZA; OLIVEIRA, 2009; SOUZA, 2010; SOUZA et. al., 2013) surgiu o interesse em desenvolver esta pesquisa, sendo norteada pela seguinte questão: Quais as repercussões do envolvimento com as drogas para a saúde das mulheres? Tal interesse foi fortalecido pela inserção no curso de mestrado na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, em 2011 e, pela admissão na equipe multiprofissional de saúde do Centro de Atenção Psicossocial para pessoas usuárias de Álcool e outras Drogas - CAPSad Gregório de Matos, em 2012.

Para responder a questão levantada foi delineado como objetivo geral: Analisar as repercussões do envolvimento com as drogas para a saúde de mulheres e como objetivos específicos: Caracterizar o envolvimento de mulheres com as drogas e descrever as repercussões do envolvimento com as drogas para a saúde dessas mulheres. A inserção na equipe de saúde do CAPSad Gregório de Matos, implantado no Centro Histórico de Salvador-BA, contribuiu para delimitar como participantes desta pesquisa, as mulheres atendidas na referida unidade.

O Centro Histórico de Salvador é um local historicamente marcado por desigualdades sociais e por abrigar uma população marginalizada e estigmatizada pelas baixas condições sanitárias e socioeconômicas (ESPINHEIRA, 2009). É neste contexto de turismo e pobreza que se insere a problemática das drogas, provocando ecos distintos e variados para a saúde das pessoas envolvidas, de acordo com sua estratificação social.

Ao nortear o objeto de investigação — repercussões do envolvimento com drogas para a saúde de mulheres — e o alcance dos objetivos propostos, foram consideradas como repercussões toda e qualquer alteração de ordem física, psicológica, social, afetiva, sexual e moral mencionada no discurso das participantes como decorrentes do seu envolvimento com as drogas. Tal consideração torna pertinente a adoção do conceito de saúde como um sistema complexo, no qual interagem as dimensões biológica, psicológica, econômica, social, cultural, individual e coletiva (SABROZA, 2004).

A confluência de fatores como idade, sexo, raça, hereditariedade, escolaridade, trabalho, renda, lazer, nutrição, moradia e o acesso a bens e serviços como educação e saúde que abrangem o indivíduo social na sua complexidade, determinam o processo saúde-doença dos sujeitos. Estes fatores, chamados de determinantes sociais de saúde, contemplam desde aspectos individuais até fatores macrossociais, passando por características sociais intermediárias como aspectos comportamentais e de estilo de vida (CNDSS, 2008).

A análise dos determinantes sociais da saúde permite compreender que as pessoas em desvantagem social podem estar mais expostas a situações diversas de vulnerabilidades e

riscos à saúde, como o envolvimento com o consumo e tráfico de drogas. Contudo, estes aspectos não podem ser considerados de forma linear, compreendendo as baixas condições socioeconômicas como únicos fatores determinantes do envolvimento com as drogas. As repercussões para a saúde de mulheres em diferentes condições socioeconômicas podem ser semelhantes, podendo variar quanto aos graus de intensidade e possibilidade de recuperação/superação.

De acordo com a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)*, elaborada e implantada pelo Ministério da Saúde desde 2004, a saúde da população feminina é agravada por situações de desigualdades estabelecidas por variáveis como raça, etnia, pobreza e pela discriminação nas relações de trabalho e sobrecarga com as responsabilidades do trabalho doméstico (BRASIL, 2011). Neste contexto, a vulnerabilidade feminina para determinadas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação social do que com fatores biológicos.

Para atender a complexidade do objeto de investigação torna-se necessário a compreensão da existência de aspectos socioeconômicos e culturais que dão significado às relações de poder que se estabelecem em paralelo ao envolvimento das mulheres com as drogas. Neste sentido, adotou-se gênero como categoria analítica, tomando como fundamentação princípios da Teoria de Gênero e Poder (TGP) criada pelo sociólogo australiano Robert Connell, o qual defende que os processos sociais são permeados e estruturados por uma ‘ordem de gênero’, numa escala mais abrangente e por ‘regimes de gênero’, numa escala local e empiricamente observável (CONNELL, 1987).

Segundo o referido autor, a ordem de gênero refere-se a um padrão historicamente construído de relações de poder entre homens e mulheres com definições de feminilidade e masculinidade que mudam lentamente, enquanto os regimes de gênero englobam as práticas diárias através das quais a ordem de gênero é negociada, institucionalizada e, gradualmente, modificada. Tanto a ordem como os regimes de gênero estão norteados por três estruturas interligadas: a divisão sexual do trabalho, a estrutura de poder e a estrutura da catexis (ou catexia), as quais demarcam diferenças e, conseqüentemente, repercussões para saúde dos indivíduos. Assim, adotar a TGP nesta pesquisa torna possível visualizar especificidades relacionadas ao consumo de drogas e a população feminina e, conseqüentemente, repercussões para saúde das mulheres.

A presente pesquisa está vinculada a um projeto financiado pelo CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Edital MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA Nº 32/2012, intitulado “Vulnerabilidades de mulheres envolvidas com álcool e outras drogas”,

cuja execução envolve estudantes de iniciação científica, graduação e pós-graduação.

Esta dissertação consta de cinco capítulos e seus respectivos subcapítulos, os quais foram organizados visando a melhor compreensão do tema abordado. Seguida à introdução, o segundo capítulo traz informações acerca do objeto de estudo e aspectos da perspectiva de gênero e da Teoria de Gênero e Poder utilizadas para nortear a análise dos dados. O terceiro capítulo descreve itens relativos à metodologia adotada para o desenvolvimento da pesquisa. O quarto capítulo apresenta os resultados da discussão, de acordo com os objetivos previamente definidos e no quinto e último capítulo são apresentadas as considerações finais acerca da pesquisa realizada e suas contribuições para atuação de profissionais da saúde, sobretudo a Enfermagem, visando os cuidados na saúde de mulheres envolvidas com drogas.

Espera-se que este estudo possa contribuir com a construção do conhecimento em saúde, favorecendo à formação de profissionais cada vez mais capacitados para lidar com a complexidade do fenômeno das drogas e, que suscite o desenvolvimento de novas investigações que contemplem o envolvimento de mulheres com esta e nesta problemática.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DO ESTUDO

2.1 AS MULHERES E O FENÔMENO DAS DROGAS

Compreende-se como droga toda substância que é produzida fora do organismo humano e que, quando em contato com este organismo, é capaz de provocar algum efeito. As chamadas substâncias psicoativas (SPA), especificamente, agem no sistema nervoso central, desencadeando efeitos como alterações emocionais e comportamentais (SEIBEL; TOSCANO JÚNIOR, 2001). Nesta pesquisa, os termos “drogas” e “substâncias psicoativas” são empregados como sinônimos.

A produção e o consumo de drogas são práticas presentes em todas as sociedades desde os tempos remotos. O ser humano sempre recorreu a substâncias diversas seja para amenizar seus sofrimentos; seja para transcender em suas emoções, enfatizando os momentos de prazer. Isso significa considerar que a produção e o consumo de substâncias químicas, psicoativas ou não, permeiam o desenvolvimento cultural da humanidade.

No entanto, existem diferenças nos padrões de consumo das sociedades antigas em relação às modernas. Nas sociedades antigas, os hábitos e costumes direcionavam o uso de drogas a pequenos grupos durante cerimônias coletivas, rituais e festas. A manipulação de ervas era feita, majoritariamente por mulheres, devido à sua maior aproximação com o cultivo de plantas (MACRAE, 2003).

Nas sociedades modernas, o uso de drogas é feito em variadas circunstâncias e por pessoas de diferentes grupos e realidades. O marco para tais mudanças aconteceu no final do séc. XIX, com o desenvolvimento da indústria farmacêutica e fortalecimento do modelo biomédico. Este fato resultou numa maior popularização das drogas e ampliou seu consumo para fins terapêuticos e recreativos (ARAÚJO; MOREIRA, 2006; MACRAE, 2003).

A compreensão da temática das drogas envolve fatores de âmbito social, econômico, cultural e político, que se articulam numa complexa rede. A produção, o comércio e o consumo de substâncias lícitas e ilícitas constituem um fenômeno em expansão e está relacionado à globalização, urbanização e atuação dos meios de comunicação de massa (PAVARINO, 2003). Dada a sua amplitude e magnitude, este fenômeno é considerado um grave problema social e de saúde pública, cujo enfrentamento impõe diversos desafios, sendo pauta de discussão nas agendas políticas de diversos países.

Dentre os desafios presentes, pode-se citar o controle da expansão da produção, comércio e consumo de drogas e implementação de políticas públicas que favoreçam, dentre outras coisas, a descriminalização da pessoa usuária, a garantia de acesso a serviços de saúde para tratamento específico e adequado, a formação de profissionais devidamente capacitados para lidar com as multifaces deste fenômeno e a redução dos índices de violência associada ao consumo e ao narcotráfico e à marginalização e exclusão social da pessoa usuária (WRIGHT et al., 2009).

O consumo de drogas abrange o uso e o abuso de substâncias psicoativas, sendo chamado de consumo problemático quando desencadeia danos físicos ou mentais à pessoa usuária (SEIBEL, 2010). O consumo problemático de drogas também desencadeia danos para a família e à comunidade, sendo traduzidos em déficit escolar, perda de emprego, rupturas familiares, violência, crimes, acidentes e encarceramentos (SCHENKER, 2008).

O ato de consumir substâncias psicoativas é uma conduta que perpassa toda a sociedade numa transversalidade com aspectos socioeconômicos, como classe social, sexo, idade, raça/cor e religião. Além disso, há de se considerar que em cada meio social existem diferentes tipos de drogas e diferentes fatores de risco para início do seu consumo, como os fatores biológicos, genéticos, psicossociais, ambientais e culturais (MALUF; MEYER, 2002). Por isso, pode-se afirmar que o consumo abusivo de drogas e a dependência química são resultado da articulação de três fatores: a substância, a pessoa com a sua história e vulnerabilidades individuais e seu contexto social, cultural, político e econômico (ESPINHEIRA, 2004; WRIGHT et al., 2009).

Para melhor compreensão da amplitude e complexidade do fenômeno das drogas faz-se necessário considerar, além dos aspectos acima descritos, o enfraquecimento das estratégias socioculturais de regulação do consumo das substâncias e a emergência de um conjunto de questões sociais e de saúde a eles associados que contribuem para o crescimento e disseminação deste fenômeno (ARAÚJO; MOREIRA, 2006). Dessa forma, a análise do uso e do abuso de drogas nas sociedades deve contemplar os determinantes sociais de saúde e desenvolvimento, incluindo as fortes inequidades existentes, bem como a presença de morbidades por adição e problemas de saúde mental (WRIGHT, et al., 2009).

Socialmente, o consumo e o tráfico de drogas são considerados comportamentos desviantes, associados a preconceitos e estereótipos, geralmente praticados por pessoas do sexo masculino, relacionando-os às concepções sociais de poder, que caracterizam este grupo populacional com maior convivência em espaços públicos e ainda, o sentimento de coragem e a necessidade de impor-se diante de outros homens e mulheres (OLIVEIRA, 2008).

Apesar desta concepção, estudos epidemiológicos apontam para mudanças nos padrões de consumo de drogas entre os sexos, com crescimento do envolvimento de mulheres com o consumo de substâncias lícitas e ilícitas, tendo destaque, em âmbito nacional e internacional, o consumo de medicamentos (CARLINI et al., 2007; UNITED STATION PUBLICATION, 2011).

As mudanças nos padrões de consumo de drogas entre a população feminina são resultado das alterações no estilo de vida das mulheres, determinadas pela sua crescente inserção no mercado de trabalho, com aumento das horas trabalhadas (dupla ou até tripla jornada), dado o acúmulo de funções, que se soma aos papéis reconhecidos socialmente como femininos (WOLLE; ZILBERMAN, 2011). À dupla ou tripla jornada devem ser somados os baixos salários que as mulheres tendem a ter, quando comparados aos dos homens, fato que se relaciona com as possibilidades que esse universo feminino tem de enfrentar riscos sociais e situações de vulnerabilidades provocadas pela pobreza (CARLOTO; GOMES, 2011).

A condição de vulnerabilidade social e as situações relacionadas às mulheres, como o enfrentamento de situações de estresse, de problemas pessoais e familiares, desemprego, frustrações, sentimentos de tristeza, depressão, ansiedade e o atendimento aos padrões de beleza exigidos, funcionam como motivação para o consumo de drogas por mulheres (OLIVEIRA, 2000). Dessa forma, o consumo de drogas surge como um fator adaptador para o cumprimento das atividades socialmente impostas e esperadas das mulheres, sem que necessitem fazer concessão de novidades do mundo moderno e globalizado, que as aproximaram e aproximam dos espaços públicos.

Para além do consumo, dados do Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) apontam o crescimento da população carcerária feminina, cujos principais motivos foram crimes relacionados ao tráfico de drogas (BRASIL, 2010). A condição socioeconômica desfavorável está relacionada ao fato das mulheres, principalmente as negras e moradoras de comunidades periféricas, buscarem o comércio ilegal como alternativa para garantir o seu sustento diário e o de sua família. Outros fatores motivadores para a inserção de mulheres no tráfico são o poder e o status experimentados através do exercício da liderança nos pontos de venda e as relações de afetividade estabelecidas com homens traficantes (BARCINSKI, 2009; SOUZA, 2009).

O envolvimento de mulheres com o narcotráfico e, conseqüentemente, o aumento do número de mulheres em regime prisional vem sendo apontado mais frequentemente na mídia (SOUZA; OLIVEIRA, 2009). Vale salientar que neste tipo de atividade as mulheres geralmente desempenham o papel de “bucha” (pessoa que é presa por estar presente na cena

em que são efetuadas outras prisões), consumidoras, “mula” ou “avião” (transportadoras da droga), vapor (que negocia pequenas quantidades no varejo), e “cúmplice” ou “assistente/fogueteira” (SOARES; ILGENFRITZ, 2002).

Estudo realizado junto a mulheres com histórias de participação no tráfico de drogas no estado do Rio de Janeiro identificou conteúdos contraditórios em seus discursos, quanto à motivação para o envolvimento com atividades criminosas. Por um lado, as mulheres entrevistadas apresentaram discursos que apontam para a tradicional vitimização feminina, em que a entrada no narcotráfico é justificada pela influência direta do seu companheiro. Por outro lado, quando diretamente questionadas sobre as motivações para entrada no crime, as mulheres afirmaram a existência de uma motivação própria, pessoal, revelando uma intencionalidade feminina para o exercício de práticas consideradas como antissociais. Protagonismo e vitimização são apontados como alternativas possíveis dentro da realidade das mulheres, sendo possível identificá-las a partir das diferentes formas pelas quais as mulheres se envolvem com as drogas (BARCINSKI, 2009).

Formas de envolvimento de mulheres com as drogas foram identificadas por agentes comunitários de saúde, participantes de uma pesquisa sobre drogas numa comunidade periférica do município de Salvador-BA. Eles classificaram o envolvimento de mulheres em dois tipos, o direto e o indireto, em que o envolvimento direto se caracteriza pelo consumo e/ou tráfico de drogas e o envolvimento indireto, pela condição de sofrimento, que as mulheres que são mães, parceiras e companheiras de homens que consomem e/ou traficam drogas estão submetidas (OLIVEIRA; MCCALLUM; COSTA, 2010). As formas de envolvimento de mulheres com as drogas influenciam o seu estado saúde-doença, desencadeando diferentes repercussões para a sua saúde.

Na presente pesquisa, foram consideradas como repercussões, toda e qualquer alteração de ordem física, psicológica, social, afetiva, sexual e moral apontadas pelas participantes da pesquisa e associadas ao seu envolvimento com as drogas e à sua condição feminina. Com este conceito, foi possível abranger os fatores de risco para as alterações na saúde física e mental, a exposição a situações de violências e outros agravos e aspectos sociais e econômicos que se associam à manutenção do estado de saúde dessas mulheres.

De um modo geral, os estudos sobre drogas e mulheres tendem a abordar o envolvimento direto, enfocando os efeitos das substâncias, principalmente, sobre o ciclo reprodutivo e sobre o feto, quando engravidam. Tal tendência pode ser explicada pela tradição da produção científica em enfatizar o papel reprodutivo das mulheres, como parte mais relevante de suas vidas, criando uma lacuna sobre os demais aspectos que envolvem o

cotidiano feminino.

Alterações no ciclo menstrual, na fertilidade, na gestação e no parto e o risco de contrair e desenvolver doenças sexualmente transmissíveis, como o HIV/AIDS são apontadas por Hochgraf e Brasiliano (2004) como consequências do consumo de tabaco e álcool de forma abusiva por mulheres, além de transtornos depressivos e de ansiedade. O consumo destas e de outras drogas estão relacionadas também ao desenvolvimento de distúrbios ginecológicos e circulatórios, tuberculose, hipertensão, diabetes, complicações na gravidez, parto e pós-parto e desordens psiquiátricas (LARANJEIRA; RIBEIRO, 2005; WOLLE; ZILBERMAN, 2011), além de maior vulnerabilidade a situações de violência física e sexual, prostituição e discriminações, que afetam direta e indiretamente a saúde feminina (OLIVEIRA; PAIVA, 2007).

O consumo e tráfico de drogas pela população feminina são considerados incompatíveis com os papéis sociais e culturais, que lhes são atribuídos, como de serem mães, parceiras e cuidadoras do lar e da família. Assim, aquelas que adotam esta conduta tendem a sofrer graus diferenciados de estigmatização e exclusão social em relação aos homens, igualmente usuários e traficantes. Consequentemente, serão diferenciados os impactos sociais e de saúde, que repercutirão sobre suas vidas (OEDT, 2000).

Estudo realizado com mulheres encarceradas no estado de São Paulo apontou a existência de relação entre sintomas depressivos apresentados por elas e o uso/abuso de álcool e outras drogas por familiares, retratando repercussões para a saúde de mulheres envolvidas indiretamente com as drogas. Este estudo também aponta alta prevalência de problemas de saúde física e psicológica, como ideação suicida, associada ao envolvimento direto destas mulheres com as drogas ou ao seu estado de encarceramento (CANAZARO; ARGIMON, 2010).

Todas estas questões traduzem as multifaces do envolvimento de mulheres com as drogas, as quais contemplam aspectos sociais, de gênero e de saúde, que tornam o enfrentamento deste fenômeno bastante complexo. As peculiaridades fisiológicas, sociais e culturais da população feminina determinam a necessidade de uma atenção especial a este grupo, a fim de reduzir as possíveis implicações para a sua saúde.

2.2 HISTÓRICO DO CONCEITO SAÚDE/DOENÇA E OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

O percurso do desenvolvimento dos conceitos de saúde e doença acompanha a construção das significações sobre a natureza, as funções e a estrutura do corpo e sobre as relações corpo-espírito e pessoa-ambiente (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002). Nessa perspectiva, a saúde e a doença têm conceitos complexos, que refletem a conjuntura social, econômica, política e cultural de uma determinada sociedade num determinado momento histórico (SCLIAR, 2007).

No século XVII, os avanços da ciência subsidiaram a formulação dos princípios do modelo biomédico atual, caracterizado por conceber uma visão mecanicista e reducionista do homem e da natureza. Neste contexto, o ser humano passou a ser concebido como uma máquina que deveria ser dividida em partes para que seu funcionamento fosse mais bem compreendido, caracterizando o princípio básico do chamado Modelo Cartesiano ou Mecanicista (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002).

No final do século XVIII, a Revolução Industrial alterou o contexto social vivido pelas populações na Europa e, conseqüentemente, alterou também as suas condições de saúde. Grande concentração de pessoas nos centros urbanos, decorrente das migrações e as baixas condições de habitação e salubridade favoreceram a disseminação de epidemias, com elevadas taxas de morbidade e mortalidade. A necessidade de proteção da mão-de-obra para o sistema econômico que surgia, levou à elaboração de propostas de medidas de saúde pública e o recrutamento de médicos sanitaristas, marcando o início da Saúde Pública na Grã-Bretanha. Na Alemanha, a ideia de intervenção do Estado na área da saúde pública passou a ser concebida, sendo lançado também, o conceito paternalista e autoritário de polícia médica ou sanitária (SCLIAR, 2007).

Apesar destes avanços, um conceito de saúde universalmente aceito passou a existir somente após a II Guerra Mundial com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual conceitua a saúde como um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e, não apenas, a ausência de enfermidade. Partindo deste conceito, nenhum ser humano ou população será totalmente saudável ou totalmente doente. Ao longo de sua experiência, viverá condições de saúde/doença, de acordo com suas potencialidades, suas condições de vida e sua interação com elas (COELHO; ALMEIDA FILHO, 2002).

No Brasil, a conjuntura de transição democrática na década de 80, lançou as bases

para o projeto de Reforma Sanitária Brasileira, que propunha a necessidade de modificações no setor saúde, que transcendessem os limites de uma reforma administrativa e financeira. A Reforma Sanitária apresentava como proposta a ampliação do conceito de saúde para além da sua compreensão biomédica e da sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito à proteção e recuperação da saúde (PAIM, 2008). O contexto de grande mobilização e participação social marcou o processo de democratização da saúde no Brasil, influenciando a construção da Constituição Brasileira de 1988 e a divulgação das Leis Orgânicas de Saúde, as quais lançaram as bases para o Sistema Único de Saúde (SUS).

As mudanças na legislação e a construção do SUS implicaram o reconhecimento da saúde na condição de direito e na obrigação do Estado na sua promoção e proteção, abrangendo, para além dos aspectos fisiológicos, aspectos sociais como o estilo de vida e ambiente de pertença e aspectos relativos à organização da assistência à saúde (SCLAR, 2007; CARVALHO; BUSS, 2008), conferindo-a um caráter intersetorial.

A saúde passou a ser considerada como fenômeno ampliado, o qual abarca os modos de ser e produzir e/ou recriar a vida em sua singularidade e multidimensionalidade. Assim, os discursos que reduziam a saúde a uma dimensão biológica, com ênfase numa concepção fragmentada do ser humano e num caráter impositivo e normativo dos modos de se intervir na realidade dos indivíduos e comunidades passaram a ser questionados (MEDEIROS; BERNARDES; GUARESHI, 2005).

O SUS considera que o processo saúde-doença é socialmente determinado, ou seja, para explicar tal processo faz-se necessário compreender de que forma os fatores biológicos estão articulados com as condições de trabalho, renda, lazer, transporte, nutrição, moradia, educação e acesso desta população aos serviços de promoção, proteção e recuperação do estado saúde (PAIM, 2008). A saúde passou a ser vista como uma “complexa produção social, em que os resultados para o bem-estar da humanidade são cada vez mais fruto de decisões políticas incidentes sobre os seus determinantes sociais” (CARVALHO; BUSS, 2008, p. 141).

Entretanto, as práticas de saúde adotadas nas unidades do SUS reproduzem frequentemente o modelo biomédico ao focar ações assistencialistas, pautadas neste modelo tradicional (DALMOLIN et al., 2011). Este aspecto contraditório não atende as demandas da complexidade do fenômeno das drogas, uma vez que este fenômeno se articula com aspectos socioculturais e de gênero como raça, idade, condição socioeconômica, estrutura familiar, renda e educação, que determinam desigualdades sociais e favorecem o envolvimento com o consumo de drogas e/ou com o narcotráfico.

Tais considerações remetem à necessidade de novos debates e discussões, que

busquem a reorientação das práticas de saúde no sentido de que estas se articulem com os aspectos da vida social, partindo da valorização do ser humano como ser único e multidimensional.

A ideia de condição de doença surge pela integração dos fatores que determinam o processo saúde-doença das populações, quais são: idade, sexo, trabalho, renda, lazer, alimentação, dentre outros, chamados determinantes sociais de saúde (DSS). Trata-se de uma complexa rede de fatores que se inter-relacionam e condicionam o processo saúde-doença na especificidade dos indivíduos e na abrangência dos modos de vida coletivos (SANT'ANNA et al., 2010).

Dahlgren e Whitehead (1991) apresentam um modelo que esquematiza a trama de relações entre os vários níveis de determinantes sociais e a situação de saúde (DSS). Com base neste modelo, Sant'anna et al. (2010), em seu estudo, organizou os determinantes sociais de saúde em três grandes grupos: determinantes proximais, determinantes intermediários e determinantes distais de saúde.

Na base deste modelo esquemático estão os indivíduos e suas características anatomofisiológicas, como faixa etária, sexo e fatores hereditários, chamados determinantes proximais ou micro determinantes, os quais, evidentemente, exercem influência sobre as condições de saúde dos indivíduos. Os determinantes intermediários compreendem as categorias operacionais de comportamento, estilo de vida e redes sociais, comunitárias e de saúde. Esta é a camada de transição entre os fatores individuais e os DSS, uma vez que os comportamentos não resultam apenas do livre arbítrio das pessoas, como também de determinantes sociais, como acesso a informações, propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, dentre outros (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991; CNDSS, 2008).

O último nível, por fim, compreende os determinantes distais, que reúnem os chamados fatores macrossociais, relacionados às condições de vida e trabalho e às condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais. Neste conjunto de fatores estão inclusos o processo de globalização, a disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e menor acesso aos serviços (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991; CNDSS, 2008).

Estudo realizado por Sant'Anna et al. (2010) identificou os determinantes sociais de

saúde, que surgiram nos depoimentos de enfermeiras, quando caracterizaram as comunidades nas quais desenvolviam práticas de saúde. Dentre os fatores determinantes do processo saúde-doença identificados neste estudo, o consumo de drogas foi assinalado como um determinante intermediário relacionado ao estilo de vida. Na fala das enfermeiras, este determinante esteve atrelado ao determinante proximal sexo, com consequências distintas para homens e mulheres, como o alcoolismo e a depressão, respectivamente. Com relação aos determinantes distais, o uso de drogas esteve relacionado à localização territorial e cultural, devido à ingestão diária de bebidas alcoólicas na região rural e ao uso de drogas ilegais, como causas da violência nas áreas de periferia urbana.

A busca pelo consumo de álcool e outras drogas e o sofrimento gerado deste consumo é influenciado por um conjunto mais amplo de fatores sociais. Tais fatores estão associados aos marcadores de desvantagem social e econômica que se articulam com a ocorrência de mortes violentas e prematuras e com a mobilidade social descendente. A exclusão social desencadeia danos à saúde, que provém, não somente, das privações materiais, como também de problemas sociais e psicológicos de viver na pobreza (SCOREL, 2001).

Condições precárias de vida e saúde, principalmente desemprego, baixa renda e baixa escolaridade, também estão articuladas com a ampliação das áreas urbanas sob influência do narcotráfico. Nas sociedades modernas, o desemprego surge como resultado das novas formas de organização do trabalho e da produção, com introdução de novas tecnologias como a robótica e a informática, as quais reduziram o uso da mão-de-obra humana e aumentaram a necessidade por sua qualificação (LUDERMIR, 2008).

O desenvolvimento tecnológico dos centros urbanos funciona como atrativo para as populações rurais, as quais entraram num processo de êxodo em busca de melhores condições de vida. Em consequência deste processo, deu-se o crescimento desordenado das populações urbanas, o aumento do desemprego e o comprometimento da capacidade de consumo, suscitando a percepção da pobreza e condicionando jovens à criminalidade, tendo destaque o tráfico de drogas e a violência que dele decorre (MARÍN-LÉON et al., 2007).

As baixas condições sociais e econômicas determinam uma condição de vulnerabilidade devido à exclusão e ao isolamento social. O consumo de drogas surge deste contexto e contribui para a redução da rede social e cultural das pessoas usuárias (PINHO et al., 2009), repercutindo de forma negativa na sua saúde. A manutenção de boas relações sociais e de fortes redes sociais de apoio contribui para a melhoria da saúde em casa, no trabalho e na comunidade, dando às pessoas recursos emocionais e práticos que são necessários ao seu bem-estar (SCOREL, 2001).

Dada a relação entre o fenômeno das drogas e os determinantes sociais de saúde, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias eficazes no enfrentamento desta problemática, que vislumbrem uma abordagem integral não limitada a enfatizar a substância em detrimento da unicidade da pessoa humana e do contexto social, econômico e cultural no qual esta pessoa está inserida (WRIGHT et al., 2009). Numa perspectiva mais ampla, faz-se importante também, o desenvolvimento de políticas de saúde intersetoriais, que contemplem um olhar diferenciado para os fatores relacionados ao sexo, idade e raça, os quais estão imbricados, de forma transversal, nas desigualdades sociais.

2.3 AVANÇOS POLÍTICOS NO ENFRENTAMENTO AO USO E TRÁFICO DE DROGAS NO BRASIL

A constatação de que o consumo de drogas constitui um grave problema de saúde pública de âmbito mundial e as potenciais dificuldades de enfrentamento e controle do fenômeno das drogas no Brasil, levou o Estado brasileiro a aprofundar as discussões e adotar estratégias políticas sobre a temática.

A partir do ano de 1998, deu-se início a construção de uma política pública nacional pautada na redução da demanda e da oferta de drogas, a qual foi chamada Política Nacional Antidrogas. Apesar desta política se referir à adoção de um caráter interdisciplinar, convocando as áreas da saúde e das ciências humanas e sociais num processo de coresponsabilização, enfatiza o proibicionismo e a criminalização ao uso de drogas, pautando seus objetivos principais na prevenção ao uso de substâncias lícitas e ilícitas com o lema “Diga não às drogas” (BRASIL, 2003).

A Política Nacional Antidrogas (PNAD) foi instituída em 2002, por meio de decreto presidencial. A coordenação da PNAD ficou a cargo da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), cuja missão era adotar estratégias de articulação e integração entre o governo e a sociedade civil, buscando o alcance dos objetivos descritos na política (DUARTE; DALBOSCO; STEPLIUK, 2011).

Um ano após a instituição da PNAD, a presidência da república apontou a necessidade de mudanças na agenda nacional para a redução da oferta e da demanda de drogas no país, que pudesse contemplar três pontos principais: integração da PNAD com as demais políticas públicas, descentralização das ações em âmbito municipal e estreitamento das relações com a sociedade e com a comunidade científica. O realinhamento da Política Nacional Antidrogas vigente resultou na formulação da Política Nacional sobre Drogas, aprovada em 2005 e que

apresenta 92% de alterações em relação à política anterior (DUARTE; DALBOSCO; STEMPLIUK, 2011).

Apesar de ainda manter aspectos baseados numa lógica militar e repressora, a nova PNAD apresenta uma miscelânea de termos que apontam a confluência de diferentes áreas, além das áreas militar e jurídica, indicando a construção transversal da Política Nacional sobre Drogas, a qual busca contemplar a intersetorialidade do fenômeno abordado. Esta política assume vários pressupostos, dentre eles: a proteção social, ou seja, o reconhecimento e a garantia dos direitos do cidadão seja ele usuário, dependente ou traficante; o tratamento adequado para pessoa em uso indevido de drogas, dependentes e traficantes; a prevenção pautada em ações de redução de danos e a garantia da integração, planejamento e avaliação sistemática das ações (BRASIL, 2005a).

A Política Nacional sobre Drogas apresenta um caráter descentralizador, dando autonomia para os estados e municípios estabelecerem parcerias sociais e políticas para o desenvolvimento de ações de prevenção e de redução de riscos e danos associados à problemática das drogas (BRASIL, 2003), adaptando a Política Nacional às suas especificidades regionais e criando suas respectivas Políticas Estaduais e Municipais.

Neste aspecto, ainda que o estado da Bahia seja pioneiro, no Brasil e na América Latina, na efetivação de estratégias de redução de danos e intervenções terapêuticas em comunidades no que concerne ao fenômeno das drogas, como o Projeto Troca de Seringas, em 1995 (ANDRADE, 2011), apresenta retardo considerável na construção e implementação de sua política estadual sobre drogas, sendo um dos últimos estados brasileiros neste processo.

No âmbito da saúde pública, buscando garantir o acesso e o tratamento adequado de pessoas usuárias de drogas, tendo em vista sua exclusão social histórica e a complexidade e magnitude do fenômeno das drogas, o Ministério da Saúde publicou, em 2003, a Política Nacional de Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Os princípios desta política coadunam com os princípios da Política Nacional sobre Drogas e apresenta como um de seus objetivos a redução das consequências sociais e de saúde decorrentes do uso indevido de drogas.

A Política Nacional para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas apresenta como marcos políticos as Leis Orgânicas de Saúde (Lei 8080/90 e Lei 8142/90) e a Lei 10.216 da Reforma Psiquiátrica, pretendendo também subsidiar a construção coletiva do enfrentamento do fenômeno das drogas.

Para tanto, esta política estabelece a necessidade da adoção de uma perspectiva, voltada ao usuário e ao contexto social no qual está inserido, com propostas de ações, metas e

diretrizes que contemplem a diversidade e a complexidade da pessoa humana. Nesse sentido, a atenção aos usuários de álcool e outras drogas deve ser realizada, dentro do Sistema Único de Saúde, numa “rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários” (BRASIL, 2004, p. 6).

Ainda que a Política do Ministério da Saúde anteceda a Nova Política sobre Drogas, ela já aborda o consumo dentro de um contexto histórico, social e cultural, com a valorização da autonomia e das singularidades de cada indivíduo. Nessa perspectiva, a Estratégia de Redução de Danos torna-se a base da Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, subsidiando as práticas de saúde no enfrentamento ao consumo nocivo de drogas, em qualquer nível de atenção.

O Manual de Redução de Danos do Ministério da Saúde define a redução de danos como uma estratégia que orienta a execução de ações para a prevenção das consequências danosas à saúde, as quais decorrem do uso de drogas, sem necessariamente interferir na oferta ou no consumo (BRASIL, 2001). A Redução de Danos “reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida” (BRASIL, 2004, p. 10), o que favorece a liberdade de escolha e, conseqüentemente, criação de vínculo entre o usuário e o serviço e a sua participação na construção do seu próprio projeto terapêutico, juntamente com a equipe de saúde.

Em 2010, o conceito de Redução é atualizado pela *International Harm Reduction Association* (IHRA), e passa a ser considerado como um conjunto de políticas, programas e práticas cujo objetivo é reduzir as adversas conseqüências sociais, econômicas e para a saúde, decorrentes do uso de drogas lícitas e ilícitas por pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Por definição, redução de danos foca na prevenção aos danos, decorrentes do uso, ao invés da prevenção do uso de drogas, beneficiando a pessoa usuária, suas famílias e a comunidade, e estabelecendo um compromisso com a saúde pública e com os direitos humanos (IHRA, 2010).

À estratégia de redução de danos deve-se somar a capacidade dos profissionais de saúde, compreenderem o fenômeno das drogas como fenômeno social complexo, que tenha como foco a pessoa e o seu contexto socioeconômico e cultural, em detrimento da substância. Isto implica na formação e capacitação de profissionais sensíveis às particularidades das pessoas usuárias de drogas, no sentido de superarem o preconceito, o estigma e a segregação social destes usuários, adotando uma lógica de cuidado não imediatista, que vá além da

medicalização, e que considere a reabilitação potencial do dependente químico (BRASIL, 2004).

A assistência à pessoa usuária de drogas é realizada, no âmbito do SUS, por uma rede de atenção específica, conforme deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual deu subsídios para a criação da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS ad) surgem neste cenário como um serviço ambulatorial comunitário, apoiados por leitos psiquiátricos em hospitais gerais e por outras práticas de atenção comunitária (ex.: internação domiciliar, participação comunitária na discussão dos serviços), sendo destinada a pacientes cujo principal problema é o uso prejudicial de álcool e outras drogas. Conforme suas necessidades, a população-alvo deverá ser alocada dentro da rede de saúde mental (BRASIL, 2004).

De maneira geral, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são dispositivos de atenção à saúde mental, que tem valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. O surgimento destes serviços demonstra a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao hospital Psiquiátrico no país, uma vez que se propõe a prestar atendimento clínico diário, evitando as internações, promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais, regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na rede básica. “O CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento” (BRASIL, 2005b, p. 27).

A fim de contemplar a integralidade da atenção à população usuária de álcool e outras drogas, a referida política nacional sugere a articulação dos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, além dos serviços de redução de danos e da Rede Básica de Saúde, com a rede de serviços específicos em saúde mental, referidos acima (SOUZA et al., 2007).

De acordo com a Portaria 336/02 do Ministério da Saúde, os CAPSad devem oferecer as seguintes atividades: atendimento individual e em grupo, oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias, que tenham como foco a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social, oferecimento de refeições diárias e atendimento à desintoxicação (BRASIL, 2002).

As oficinas terapêuticas compreendem uma das principais ferramentas de tratamento que compõem os projetos terapêuticos dos pacientes atendidos nos CAPS. Trata-se de atividades realizadas em grupo, as quais podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço e das necessidades, tendo em vista a

maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de habilidades corporais, a realização de atividades produtivas e o exercício coletivo da cidadania. As oficinas terapêuticas podem ser expressivas (expressão plástica, corporal, verbal, musical, fotografia e teatro), geradoras de renda (culinária, costura, venda de livros, artesanato, cerâmica, bijuterias, brechó, etc) e oficinas de alfabetização (BRASIL, 2004).

Além do seu caráter assistencial, estes serviços podem assumir também um caráter preventivo, com base em um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias, voltadas para a redução dos fatores de risco específicos e fortalecimento dos fatores de proteção. A prevenção do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas teria como objetivo impedir o uso de substâncias psicoativas pela primeira vez, impedir uma “escalada” do uso e minimizar as consequências de tal uso (BRASIL, 2004).

As estratégias para o alcance destes objetivos devem contemplar o fornecimento de informações sobre os danos do álcool e outras drogas e alternativas para o lazer e atividades livres de drogas, facilitar a identificação de problemas pessoais e o acesso ao suporte para tais problemas e buscar o fortalecimento de vínculos afetivos, o estreitamento de laços sociais e a melhora da autoestima das pessoas (BRASIL, 2004).

O trabalho no CAPSad é algo a ser construído pela equipe atuante, de acordo com as suas peculiaridades (ROCHA, 2005). O Ministério da Saúde estabelece, para o CAPSad, uma equipe mínima composta por um médico psiquiatra, um (a) enfermeiro(a) com formação em saúde mental, um(a) médico(a) clínico(a), responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas, quatro profissionais de nível superior: psicólogo(a), assistente social, enfermeira(o), terapeuta ocupacional, pedagoga(o) ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio: técnica(o) de enfermagem, técnico(a) administrativo(a), técnico(a) educacional e artesã(o) (BRASIL, 2004).

As equipes técnicas devem estar organizadas para acolher os(as) usuários(as); desenvolver os projetos terapêuticos; trabalhar nas atividades de reabilitação psicossocial; compartilhar do espaço de convivência do serviço e poder equacionar problemas inesperados ou outras questões que venham a demandar providências imediatas, durante o período de funcionamento da unidade (BRASIL, 2004).

As equipes em exercício nos CAPS devem compreender este serviço como um espaço de criatividade, de construção de vida, que ao invés de excluir, medicalizar e disciplinar, acolhe, cuida e estabelece pontes com a sociedade. Algumas atividades desenvolvidas são

específicas de determinados profissionais, porém as consideradas de maior importância são aquelas realizadas individualmente ou em grupo, que implicam em escuta, acolhimento, estímulo para a vida, para a autonomia, para a cidadania. Tais atividades são comuns a todos os profissionais e precisam ser desenvolvidas de forma interdisciplinar e criativa, individualizando o cuidado ao paciente e assim, contemplando os objetivos dos CAPSad (ROCHA, 2005).

No que concerne ao trabalho de enfermagem nos Centros de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas, Coimbra et al (2005) afirma que a assistência de enfermagem deve atender para além das demandas dos indivíduos, contemplando, também, as suas famílias, o que requer um aprendizado que ultrapasse os conceitos teóricos da Reforma Psiquiátrica.

A subjetividade e complexidade que permeia o trabalho da(o) enfermeira(o) nos CAPSad são citadas em estudo realizado por Rocha (2005), ao investigar a inserção da(o) enfermeira(o) na equipe interdisciplinar dos CAPS. Flexibilidade, criatividade e compartilhamento de saberes são características que devem ser incorporadas não somente pelas (os) enfermeiras(os), como também por toda a equipe interdisciplinar para garantir o sucesso dos projetos terapêuticos traçados para os usuários em tratamento. Assim, a autora corrobora com a necessidade das(os) enfermeiras(os) ampliarem seus olhares e suas referências, visando uma participação efetiva destas(es) profissionais na equipe multidisciplinar.

Uma assistência de enfermagem eficaz deve estar baseada no contexto dos sujeitos envolvidos, nas suas fragilidades e motivações individuais e familiares. A prática da(o) enfermeira(o) exige destas(es) profissionais um senso investigativo das informações verbais ou contextuais, além das formas de silêncio ou ocultamento de certas problemáticas geradoras de saberes e prática mais adaptadas e mais humanizadas no atendimento aos usuários(as) e de sua família (AZEVEDO; MIRANDA, 2010).

A complexidade da atenção à saúde prestada pelos CAPSad, permite afirmar que este serviço considera as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, no que concerne à atenção integral, abrangendo a prevenção, a promoção e proteção da saúde, utilizando-se de modelos alternativos de atenção à saúde, que vão além da medicalização e da prática médica e biologicista.

Também constituem diretrizes da referida política, a intersetorialidade e o controle de entorpecentes, ambos pautados na transversalidade do uso do álcool e de outras drogas com diferentes áreas como a social, de saúde, justiça, educação e desenvolvimento, o que requer

uma intensa capilaridade para a execução da política de atenção ao usuário de álcool e outras drogas.

No município de Salvador-BA, anteriormente à fundação dos CAPSad, foi criado o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), que desenvolve projetos relacionados ao cuidado às pessoas usuárias de drogas e seus familiares, norteado pelos princípios e práticas da redução de danos. O desmembramento do corpo técnico e dos projetos executados pelo Programa de Redução de Danos do CETAD deu origem à Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti (ARD-FC), um projeto de extensão permanente da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB-UFBA), que funciona no antigo prédio da Faculdade de Medicina da Bahia, no Largo Terreiro de Jesus, Centro Histórico de Salvador. O CAPSad Gregório de Matos, campo de coleta de dados deste estudo, é um projeto da ARD-FC.

2.4 PARA ALÉM DOS LIVROS DE HISTÓRIA: O CONSUMO DE DROGAS E O CONTEXTO SÓCIO-CULTURAL DO CENTRO HISTÓRICO DE SALVADOR-BA

O contexto social e cultural no qual a população investigada está inserida e onde ocorre o consumo de drogas constitui um elemento importante para a análise das repercussões para saúde de mulheres envolvidas com drogas. Neste sentido, serão apresentados aspectos da história da população do Centro Histórico e as mudanças no perfil sociodemográfico desta região ocorridas com a modernização e urbanização do município de Salvador.

Apesar de existirem muitos estudos sobre a história arquitetônica e estrutura urbanística do Centro Histórico de Salvador, poucos são os que tratam do consumo de drogas associado ao perfil populacional, socioeconômico e de saúde dos habitantes desta região. Por isso, o presente texto busca uma associação entre estes aspectos, unindo dados científicos de diferentes áreas do conhecimento – saúde, sociologia, antropologia, arquitetura e urbanismo – e o relato pessoal da autora, na condição de profissional de saúde, atuante nesta região.

Ao considerar a divisão geográfica e espacial construída no município, o Centro Histórico (CH) compreende desde a região do São Bento, Praça Municipal, Terreiro de Jesus, Pelourinho e Santo Antônio Além do Carmo (BAHIA, 2013). Ainda que o Pelourinho seja considerado como parte do Centro Histórico, na linguagem da população local, toda a região é conhecida como Pelourinho.

Salvador é considerada a primeira cidade do Brasil, cuja fundação ocorreu em 1549. As características topográficas do local de fundação fizeram com que a urbanização ocorresse

em dois níveis: Cidade Alta e Cidade Baixa, respectivamente consideradas como centro administrativo e da burocracia colonial e núcleo comercial e popular ao longo da orla (NOBRE, 2003). A Cidade Alta era considerada como área nobre do município, onde viviam os ricos e seus escravos nos antigos casarões.

Dos séculos XVI ao XVIII, Salvador evoluía como uma cidade próspera e o Pelourinho tornava-se o centro da aristocracia colonial, concentrando ricos edifícios residenciais, religiosos e militares. A importante localização desta área levou à concentração de diferentes órgãos do governo estadual e municipal atraindo também, comerciantes de diferentes regiões da cidade para o desenvolvimento de atividades terciárias.

A transferência da capital do país para o Rio de Janeiro, em 1763, deu início ao processo de declínio do Pelourinho. A intensificação deste processo ocorreu a partir do século XIX com a especulação imobiliária fora de limites e das obras públicas advindas do nascimento do urbanismo moderno. O processo de urbanização e o crescimento da cidade de Salvador iam de encontro aos limites geográficos do platô onde o Pelourinho foi construído, levando à construção progressiva de obras públicas, que desencadearam num afastamento das principais atividades econômicas e da população de alta renda (NOBRE, 2003).

O processo migratório da população de alta classe deu-se em direção aos bairros do Campo Grande, Vitória e Barra. Estes bairros possuíam os melhores serviços de infraestrutura como abastecimento de água, coleta de lixo e acesso a transporte, além de terem mais espaço para a construção de casarões. Mantiveram-se no território os pequenos comerciantes, desenvolvendo atividades terciárias informais (SANT'ANA, 2002).

O crescimento e desenvolvimento urbano de Salvador contribuíram para o esvaziamento, abandono e deterioração do CH, principalmente a partir da década de setenta, quando se deu o deslocamento das sedes dos órgãos administrativos estaduais para o Centro Administrativo da Bahia (CAB) construído próximo ao aeroporto internacional e o surgimento de outros polos comerciais como o Iguatemi e a Barra. O Centro Antigo de Salvador passou, então, a ser habitado por uma população de menor renda, que lá permanece devido às atividades econômicas, que realizam e à identidade que construíram no local (NOBRE, 2003; SANT'ANA, 2002).

A crise econômica que afetou a Bahia na década de sessenta, mobilizou o governo do estado em relação à necessidade de investimentos na revitalização do CH como estratégia de enfrentamento e superação da crise. A ideia era divulgar a região como símbolo da cultura baiana, atraindo pessoas de diversas partes do Brasil e do mundo para o turismo e o lazer.

Muitos foram os projetos implementados nas décadas de 60 e 70 para revitalização do

Centro Histórico e poucos foram os avanços. Nesta época, houve a recuperação de alguns casarões, mas os projetos ficaram muito aquém dos seus objetivos centrais de constituir o Centro Histórico de Salvador num cenário turístico atrativo para o mercado (SANT'ANA, 2002).

A partir da década de noventa, foram iniciadas as ações de reforma que visavam à execução de projetos com investimentos do governo estadual, na recuperação e modernização dos antigos casarões com a remoção da população local, com vistas a favorecer o desenvolvimento comercial da região pelo turismo e assim, atrair um novo perfil de público. A ideia era constituir o Pelourinho num “Shopping a céu aberto”, aliando turismo, desenvolvimento econômico e patrimônio (GOTTSCHALL e SANTANA, 2007).

Grande número de lojas, restaurantes, bares e ateliês foram abertos no Pelourinho, além da implantação de projetos de eventos festivos e musicais com o propósito de estimular a animação e espetacularização das referências culturais. Simultaneamente a este processo foi-se abrindo espontaneamente no Pelourinho, movimentos sociais, que configuraram este local como um espaço afro-baiano privilegiado. Estes acontecimentos contribuíram para a construção do Centro Histórico de Salvador como símbolo da Bahia e dos verdadeiros valores baianos (GOTTSCHALL e SANTANA, 2007; PINHO, 1998/1999).

O modelo de intervenção para recuperação e desenvolvimento do CH conduzido pelo governo do estado da Bahia privilegiaram a apropriação da área pelas populações de maior poder aquisitivo e negligenciaram a maior parte dos cidadãos que habitavam a região e necessitavam de um investimento sustentável para melhoria de sua qualidade de vida.

A intervenção removeu e indenizou famílias. Muitas delas foram alocadas em bairros periféricos, em casas construídas pelo governo e pagas pelos próprios moradores. Outras, retiradas de suas casas contra a sua vontade, se acomodaram nas imediações dos casarões reformados, em imóveis abandonados ou ainda nas ruas deste e de outros bairros vizinhos como Barbalho, Saúde e Nazaré. Em meio à violenta expropriação da população local, muitos moradores não ofereceram resistência para sair de suas casas e o motivo para esta “desapropriação pacífica” não é difícil de ser compreendido. A condição de pobreza desta população que tem pouca ou nenhuma organização comunitária torna muito atrativa a quantia de um mil e duzentos reais (R\$1.200,00), valor médio pago com as indenizações (SANT'ANA, 2002).

A reforma feita no Centro Histórico não contemplou a população local, sua cultura e modo de vida. A pouca capacidade de organizar-se com uma quantia de dinheiro superior à quantia diariamente conseguida e investida em insumos para sua sobrevivência favoreceu a

desorganização econômica destas pessoas e, conseqüentemente, contribuiu para um cruel processo de exclusão e marginalização social.

Segundo Espinheira (1984), durante muito tempo o CH foi um lugar marcado pela marginalização e estigmatizado, principalmente, por abrigar a maior concentração de prostitutas de Salvador. Ou seja, o Pelourinho concentrava tudo aquilo que era chamado de “brega” ou puteiro, criando uma imagem homogênea do lugar, ainda que este fosse habitado por numerosas famílias. Sendo a prostituição uma prática perseguida pela sociedade, um lugar reconhecido e caracterizado pela forte presença desta prática, carregará o estigma de marginalidade. Dessa forma, a ocorrência de agressões, furtos, roubos e homicídios e a presença constante da polícia, destacavam o Pelourinho como perigoso (ESPINHEIRA, 2009).

Pesquisa realizada nos anos 80 apontou que a maioria dos casos de violência estava relacionada à ação policial, uma vez que muitos policiais atuavam na marginalidade, como chantagistas de mulheres, travestis e mesmo de ladrões, punindo a população toda vez que se julgasse injustiçados pelo descumprimento do “acordo” estabelecido pela “autoridade” (ESPINHEIRA, 1984).

Alguns anos depois, os dados coletados numa pesquisa que tinha como objetivo classificar e localizar, numa perspectiva sociológica e espacial, as características e os pontos de vulnerabilidade em todo o Centro Antigo de Salvador, apontou que a relação entre ação policial e violência se mantém muitas vezes desproporcional à necessidade de “controle” e manutenção da ordem pública. Os casos de violência mostram-se ainda mais cruéis quando os envolvidos são pessoas abastadas socialmente, em condições de vulnerabilidade pessoal e social (ESPINHEIRA, 2009).

É neste cenário de turismo e lazer X expropriação e abandono que se insere a problemática das drogas. Ainda que o consumo de drogas atinja todas as classes sociais presentes no CH (turistas, comerciantes e moradores), as repercussões associadas a este consumo se diferenciam segundo a estratificação social de cada pessoa usuária, sendo inversamente proporcional à sua condição socioeconômica.

A presença do consumo de drogas, especialmente do crack, contribui para o aumento da sensação de insegurança e alimenta o estigma do Pelourinho como um local de drogados, de ladrões e de mendicância, manchando o valor cultural e o prazer que se poderia gozar no CH, não fosse o choque causado pela destruição de tantas pessoas pela vida nas ruas e pelo consumo de drogas (ESPINHEIRA, 2009).

Estudo realizado em Salvador sobre o Consultório de Rua relatava a experiência de

atender pessoas usuárias de drogas, que vivem em condições de risco e vulnerabilidade pessoal e social, em áreas consideradas de risco no município. Das dez áreas de atuação da equipe do Consultório de Rua, duas estavam situadas no Centro Histórico e quatro nas suas imediações, denotando a importante necessidade de assistência de uma população historicamente excluída. A autora descreve uma população pobre, muitas vezes moradora de rua, que se protege nos buracos dos casarões sombrios situados em ruas sem saneamento básico e em péssimo estado de conservação e higiene (OLIVEIRA, 2009).

O consumo abusivo de drogas é retratado no texto sempre associado à condição de pobreza e exclusão, sendo realizado nas ruas mais afastadas da região restaurada ou dentro de buracos, nos escombros dos casarões abandonados. O contexto de prostituição, violências, repressão policial, condições precárias de moradia e saneamento básico que se mantém, resulta em condições de vulnerabilidade, desenhando um perfil de saúde marcado pelas DST/AIDS, infecções respiratórias — com destaque para a tuberculose — e dermatológicas, transtornos mentais e desnutrição, associados ao consumo intenso de drogas, principalmente do crack (OLIVEIRA, 2009).

Levantamento dos indicadores de saúde da população do Centro Histórico de Salvador, realizado por Espinheira (2009) apontou as DST, principalmente AIDS e sífilis, e a tuberculose como as principais causas de morbidade no ano de 2008, seguidas pela ocorrência de casos de hanseníase. Devido à sua alta infectividade, a tuberculose é considerada como o agravo de mais difícil controle pelos problemas sociais em que vive a população, como a prostituição, o uso de substâncias psicoativas e a situação de rua. Vale a pena destacar que os demais problemas de saúde, identificados como principais causas de morbidade da população do CH, também estão relacionadas com a pobreza e com as precárias condições de vida (ESPINHEIRA, 2009).

Não foram encontradas publicações científicas ou relatórios municipais com dados atuais sobre a população do Centro Histórico, como dados sócio demográficos e de saúde. Essas informações também foram buscadas junto ao Distrito Sanitário do Centro Histórico, mas não foram disponibilizadas. A breve abordagem do contexto histórico e cultural da população investigada no presente estudo fundamentará a análise dos dados coletados, no sentido de contextualizar como se insere o consumo abusivo de drogas e como este consumo se articula com as condições de saúde do grupo populacional investigado.

3 TEORIA DE GÊNERO E PODER: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A discussão deste trabalho está pautada nos princípios da Teoria de Gênero e Poder (TGP), proposta pelo sociólogo australiano Robert Connell e divulgada em 1987. A referida teoria parte do princípio de que os processos sociais estão permeados e estruturados pela ordem e regime de gênero vigente em cada sociedade, que determinam normas, comportamentos e estabelece desigualdades entre homens e mulheres e entre pessoas do mesmo sexo. A priori mostrou lacunas em teorias feministas, que discutiam questões sobre gênero e, desde então, seu criador vem utilizando seus princípios para discutir dados de pesquisa, envolvendo a população masculina.

O conceito de gênero concebido como ferramenta política e analítica rejeita o essencialismo biológico, difundido no cotidiano como justificativa para as desigualdades entre os sexos. Este conceito vai de encontro ao processo de naturalização da inferioridade e incapacidade feminina e do caráter opressor concebido como inerente ao sexo masculino (MADUREIRA, 2010).

Gênero refere-se ao código de conduta, que rege a organização social das relações entre os sexos masculino e feminino. Assim, gênero é o modo como as populações interpretam e organizam as diferenças sexuais entre homens e mulheres, dando significado às relações de poder, que se estabelecem entre eles de acordo com a cultura, religião, economia, classes sociais, raça e momento histórico (SCOTT, 1990; ALMEIDA, 1998).

As características sexuais, o contexto sociocultural e a forma como essas características são representadas ou valorizadas dentro de um contexto social e histórico determinam a construção das identidades masculinas e femininas. O conceito de gênero abarca, então, além das dimensões sociais e culturais, as dimensões psicológicas das feminilidades e masculinidades (COELHO, 2009).

As relações sociais que se estabelecem entre os indivíduos, repassam e possibilitam os sentidos de masculino e feminino, os quais são reproduzidos com base na apropriação ativa destes sentidos por parte dos sujeitos. Apropriar-se inclui movimentos dialéticos de acomodação e resistência às pautas sociais, que desencadeiam um processo de naturalização das identidades femininas e masculinas, implicando internalização destas pautas, basicamente através da internalização dos significados das relações (SIQUEIRA, 1997).

O processo de internalização das identidades femininas e masculinas está relacionado com a naturalização da ideia do que é adequado para cada sexo numa distinção de aptidões para o exercício de determinadas funções sociais e no mundo do trabalho, diferentes para

homens e mulheres — conduta sexista — (ALMEIDA, 1998). Neste contexto, a referida autora afirma que:

O processo de imputar a homens e mulheres determinismos sexuais biologicamente herdados implica a existência de uma ditadura de gênero para os dois sexos que leva à hierarquia do masculino sobre o feminino, numa escala axiológica na qual as fêmeas sempre saem perdendo, dado que as atividades masculinas sempre foram consideradas de primeira ordem e as femininas, de segundo escalão. Essa dupla (des)valorização conduz a diferentes implicações no mundo do trabalho, no espaço público, nas esferas do privado e nas instâncias de poder (ALMEIDA, 1998, p. 44).

A conformação da identidade de gênero como um percurso constituinte e constituído na trajetória do sujeito interativo, com base nas inúmeras relações que este sujeito estabelece com os demais sujeitos com os quais partilha mediata ou imediatamente sua experiência, significa compreender gênero também como um elemento relacional e sócio histórico (SIQUEIRA, 1997).

Madureira (2010) também corrobora que o conceito de gênero é relacional e acrescenta também, uma concepção política. Para esta autora, as identidades de gênero são construídas não somente entre homens e mulheres como também entre pessoas do mesmo sexo, numa perspectiva intragêneros. Na condição de processo e prática, o gênero é apreendido de forma articulada com as “malhas do poder”, que perpassam as diversas instâncias sociais, relações de força, opressão e resistência, que se fazem presentes nas práticas cotidianas, informais, institucionais e na produção de saberes.

Esta perspectiva não é nova na pauta de discussões entre acadêmicos e principalmente, entre o movimento feminista, que está atento às relações de poder, que se estabelecem na sociedade entre pessoas de mesmo sexo e pessoas de sexos diferentes, motivadas não somente pelas normas do patriarcalismo, como também por variáveis sociais como idade, raça/etnia, escolaridade e condição socioeconômica. Para aprofundar os estudos sobre gênero, Robert Connell (1987) desenvolveu a teoria de gênero e poder, que considera como principais elementos de qualquer “ordem de gênero” ou “regime de gênero”, a divisão do trabalho, a estrutura de poder e a estrutura da cathexis (ou catexia). Para ele, estas três estruturas deveriam ser o ponto de partida para a análise das relações sociais (ALMEIDA, 1996).

O padrão historicamente construído e enraizado em numerosas forças sociopolíticas que segrega o poder e as normas sociais, com definições de feminilidade e masculinidade dinâmicas, foi chamado por Connell (1987) de “ordem de gênero”. Esta expressão se refere ao “inventário estrutural” de uma sociedade no seu todo (ALMEIDA, 1996), ou seja, a ordem de

gênero permeia as relações sociais de forma ampla e são determinadas pela estrutura de divisão sexual do trabalho, de poder e da catexis, que estabelece diferenças relacionadas, sobretudo, ao sexo.

Estas três estruturas interligadas favorecem a criação de distintos regimes de gênero, que se concretizam em cada instituição social, em que são produzidos e reproduzidos. A escola, a família, os locais de trabalho e a comunidade são exemplos de espaços/instituições sociais nos quais a ordem de gênero é negociada, institucionalizada e gradualmente modificada, com base em um conjunto de regras informais e construções locais. Os regimes de gênero podem apresentar aspectos divergentes da ordem de gênero, sobretudo, quando as relações sociais estão norteadas por vínculos afetivos (CONNEL, 1987).

Com relação à divisão sexual do trabalho, Oliveira (2008) traz um conceito básico ao afirmar que esta se refere à alocação de tipos particulares de trabalho como característicos de determinados grupos populacionais, ou seja, existem trabalhos para homens e trabalhos para mulheres. Na medida em que esta alocação torna-se uma limitação para a prática social, a divisão sexual do trabalho torna-se uma estrutura social, que acomete a vida das pessoas de diferentes maneiras. As implicações para a vida das mulheres se destacam pelas características dos trabalhos que, geralmente, são delegados às mesmas, relacionados à prestação de cuidados a grupos vulneráveis como crianças e idosos, além de cuidarem da casa e dos filhos.

Estes trabalhos, por sua natureza e organização limitam as potencialidades econômicas e as carreiras profissionais das mulheres, uma vez que geralmente não são remunerados ou tem baixa remuneração, mantendo, muitas mulheres, submissas aos parceiros em vários aspectos (OLIVEIRA, 2008, p. 26).

No âmbito da saúde, torna-se relevante considerar a subvalorização do trabalho feminino como um fator determinante das condições de saúde desta população. Considerando-se o sentido amplo de saúde, discutido na VII Conferência Nacional de Saúde, no contexto da Reforma Sanitária, esta é compreendida como a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, a saúde é resultado das formas de organização social e de produção, que podem desencadear desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986), o que contempla, também, as desigualdades de gênero.

Dados do Relatório Final do Projeto *Governabilidad Democratica de Género em America Latina y el Caribe* apontam que pobreza e exclusão são fenômenos que atingem de forma diferenciada os sexos.

Para as mulheres esta realidade de carências é mais aguda, uma vez que elas realizam uma gama enorme de atividades não remuneradas, seja no âmbito mercantil, seja no seio da família, pela dedicação às atividades do lar que as fazem ser majoritariamente dependentes da provisão masculina para o sustento de suas famílias (BRASIL, 2005c, p. 14).

Ainda segundo este relatório, existe uma nítida relação entre a divisão sexual do trabalho e a pobreza das mulheres, constatada pela maior concentração de mulheres em segmentos menos organizados da atividade econômica, maior submissão delas aos contratos informais e menor presença sindical, sendo por isso, mais expostas ao desemprego (BRASIL, 2005c).

As desigualdades sociais não são somente determinadas por questões de gênero relativas às desigualdades entre os sexos. Soma-se a este fator as desigualdades sociais determinadas por questões de gênero transversais à raça/cor, classe social, geração, orientação sexual, dentre outros (COELHO, 2009) que podem ser incluídas na estrutura de poder.

Para Connell (1987), a estrutura de poder tem a ver com autoridade, controle e coerção. Como exemplo, destaca as hierarquias do estado e dos negócios, a violência interpessoal e institucional, a vigilância e a regulação sexual, a autoridade doméstica e sua contestação. Na estrutura de poder, o principal eixo é a conexão geral da autoridade com a masculinidade. No entanto, a autoridade dos homens não está disseminada em uma cobertura uniforme, que perpassa todos os setores da vida social, de modo que em algumas circunstâncias as mulheres têm autoridade, em outras o poder dos homens é difuso, é confundido ou ainda contestado.

A terceira estrutura apresentada por Robert Connell em sua teoria é a estrutura de cathexis, descrita como relações organizadas em torno do vínculo emocional de uma pessoa com a outra. O termo cathexis foi usado por Freud para referir-se a uma carga psíquica ou energia do instinto, sendo vinculada a um objeto mental (ideia ou imagem). Na Teoria de Gênero e Poder, este conceito é expandido, de modo a abranger a construção das relações sociais emocionalmente carregadas e complexas.

A estrutura da cathexis produz leis, tabus e proibições que definem normalidades, restringem a sexualidade, prescrevem certos tipos de atos sexuais e de vínculos como não aceitos, tais como: incestos, estupro, homossexualidade e sexo com menores de idade. No âmbito da sociedade, esta estrutura determina o padrão sexual apropriado para as mulheres, o que produz uma limitação acerca da sua sexualidade. Em nível institucional, a cathexis é

mantida por mecanismos sociais, que determinam como homens e mulheres deveriam expressar sua sexualidade (WINGOOD, DICLEMENTE, 2000).

Vale destacar que as estruturas descritas por Connel não são independentes e por isso, não podem ser separadas. Assim, a estrutura de cathexis em alguns aspectos reflete desigualdades de poder, a estrutura de divisão do trabalho reflete padrões da cathexis, a divisão do trabalho reflete desigualdades de poder e assim por diante.

Observar os contextos sociais com um olhar de gênero permite a identificação de estereótipos, pressupostos e vieses que permeiam as relações sociais (CONNELL, 1987), o que confere ao gênero ser compreendido como um fator social, que oferece material rico para observação das relações sociais e seus determinantes de saúde, inclusive no que concerne ao fenômeno das drogas.

Tendo em vista as questões de gênero, que se fazem presentes nas relações sociais e se baseiam nas diferenças entre os sexos, parte-se do pressuposto que existem questões de gênero, que permeiam o envolvimento de homens e mulheres com o consumo e/ou tráfico de drogas, sendo distintas entre eles, as utilidades sociais atribuídas às drogas, as expectativas culturais de quem as consome, as condições sociais em que este consumo é realizado, as formas de obtenção da substância consumida, as doses, as técnicas e o contexto de uso. Todos estes aspectos podem modificar os efeitos subjetivos e objetivos de cada droga a curto, médio e longo prazo (MORAES, 2011), trazendo à tona especificidades da saúde de homens e mulheres envolvidas com as drogas e a necessidade de especificar, também, o cuidado prestado a estes grupos, no sentido de garantir a integralidade das ações de saúde propostas pelo SUS.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O objeto de estudo definido para esta pesquisa — Repercussões para saúde de mulheres envolvidas com drogas — é complexo e envolve vários aspectos acerca da pessoa usuária de drogas, o contexto no qual a pessoa está inserida e faz o uso de drogas e, ainda, o tipo, a forma de uso e os objetivos de uso da droga. Nesse sentido, foi desenvolvida uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa.

A escolha pela abordagem qualitativa está centrada na possibilidade que a mesma oferece de compreender um problema na perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, levando em consideração suas experiências pessoais (LEOPARDI, 2002). A pesquisa qualitativa responde a questões particulares, tendo em vista seu universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes, os quais não podem ser quantificados (MINAYO, 2002).

A pesquisa exploratória permite ao(à) pesquisador(a) aprofundar seu conhecimento acerca do problema investigado (MINAYO, 2004) e a pesquisa descritiva exige que o(a) pesquisador(a) investigue as causas de existência do fenômeno, na busca de explicar como este se originou, quais suas possíveis relações, mudanças e consequências que o mesmo poderá trazer à vida humana, privilegiando, assim, o contexto no qual o evento pesquisado acontece (TRIVIÑOS, 2008).

O desenvolvimento da pesquisa foi facilitado pela experiência prévia da mestranda e da orientadora em pesquisas com a temática das drogas, envolvendo a população feminina (OLIVEIRA, 2001; OLIVEIRA, 2008; SOUZA, OLIVEIRA, 2009; OLIVEIRA, MACCULUN, COSTA, 2010). Ademais, a mestranda compõe o quadro técnico multiprofissional, na qualidade de enfermeira, da unidade de saúde selecionada como campo de pesquisa. Essa atuação facilitou em muito a aproximação com as participantes e, conseqüentemente, a produção dos dados.

4.1 CENÁRIO E PARTICIPANTES DA PESQUISA

A escolha do Centro Histórico de Salvador como campo para o desenvolvimento deste estudo justifica-se pelas especificidades da população local, que vive em condições sociais desfavoráveis, associadas à marginalização e exclusão social. O contexto socioeconômico e cultural da população do Centro Histórico de Salvador contribui para esta região ser reconhecida pelo intenso consumo e tráfico de drogas. As especificidades da referida população contribuíram para a implantação do CAPSad Gregório de Matos naquele território,

onde atua, como uma das enfermeiras da unidade, a autora do presente trabalho.

A aproximação com o campo de pesquisa se deu quase concomitante com a inauguração do CAPSad Gregório de Matos e início da atuação profissional da autora neste serviço. A partir da atuação na unidade e de visitas feitas na área geográfica na qual o CAPSad está inserido para reconhecimento do território e identificação de aspectos socioculturais, que desenham o perfil sócio-demográfico e de saúde da população, foi possível observar situações específicas do contexto sociocultural, do funcionamento da unidade de saúde e da clientela atendida.

O CAPSad Gregório de Matos é um projeto da Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti (ARD-FC), projeto de extensão permanente do Departamento Saúde da Família da Faculdade de Medicina da UFBA, que atua no Centro Histórico desde o ano de 1992, desenvolvendo diferentes projetos junto à população usuária de drogas e seus familiares e buscando atender as especificidades dos diferentes grupos populacionais (crianças, adolescentes, homens, mulheres e familiares).

O referido serviço de saúde está situado no Largo Terreiro de Jesus, num prédio anexo à centenária Faculdade de Medicina da Bahia. Trata-se de um serviço docente-assistencial, vinculado à Universidade Federal da Bahia, através da Faculdade de Medicina, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde (SESAB), inaugurado em março de 2012. Seu projeto faz parte do Programa Estadual “Pacto pela Vida” e do Plano Federal “Crack, é possível vencer”, lançados em 2011.

Seu funcionamento ocorre de segunda a sexta-feira, das oito (08) às dezessete (17) horas, ininterruptamente. Este serviço compõe a Rede de Atenção Psicossocial no SUS e tem como um de seus princípios a territorialização. São desenvolvidas ações de cuidados individual e coletivo dentro e fora do espaço institucional, fundamentadas na Política de Redução de Danos e direcionadas para pessoas usuárias de drogas e seus familiares.

As ações são desenvolvidas por uma equipe composta por 33 profissionais de nível médio e superior: seis redutores de danos, uma supervisora de campo, duas técnicas de enfermagem, duas enfermeiras, um farmacêutico, um artista plástico, duas recepcionistas, um fisioterapeuta, uma médica clínica, dois médicos psiquiatras, quatro psicólogos, duas terapeutas ocupacionais, uma assistente social, um coordenador de capacitação, um administrador e um auxiliar de administração, um coordenador geral e dois seguranças. Cada categoria profissional cumpre carga horária de vinte (20), trinta (30) ou quarenta (40) horas semanais e se organizam em escala para condução do serviço. Semanalmente a equipe se reúne para discutir aspectos relacionados aos clientes, à rede de serviços e à estrutura e

organização do CAPS.

O CAPSad Gregório de Matos funciona em parceria com instituições localizadas no território, como a Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti, o Consultório de Rua Capitães de Areia, o Centro de Convivência Ponto de Encontro, o Centro de Acolhimento Centro POP, a Associação de Moradores do Centro Histórico, o Movimento População de Rua, o Museu Afro-Brasileiro, a Unidade Saúde da Família Terreiro de Jesus, dentre outros, além de instituições fora do território, como a Escola de Música e a Faculdade de Odontologia da UFBA.

Em um ano de funcionamento, a unidade tem novecentos e quarenta (940) clientes cadastrados, dos quais quatrocentos e oitenta e quatro (484) frequentam pelo menos uma das várias atividades oferecidas diariamente ao público, sendo enquadrados na condição de clientes ativos. Dentre os usuários ativos, trinta e sete (37) estão em atendimento intensivo, cento e quarenta (140) em atendimento semi-intensivo e trezentos e sete (307) em atendimento não intensivo. Diariamente são atendidas em média trinta e nove (39) pessoas, de ambos os sexos, de todas as idades, raça/cor e classe social. Grande parte da clientela atendida é moradora da área do Centro Histórico e/ou vive em situação de rua nesta região.

Na unidade, as pessoas são cadastradas como usuários de drogas ou familiares, havendo predominância de adultos jovens do sexo masculino como usuários de drogas, principalmente álcool, tabaco e crack e de pessoas do sexo feminino como familiares. Foi percebido que muitos usuários do serviço são poli usuários de drogas, ou seja, fazem consumo de múltiplas substâncias psicoativas, além de ser comum também a associação da dependência química com morbidades psiquiátricas.

Dentre os atividades desenvolvidas pelo serviço destacam-se as produções artísticas dos(as) usuários(as) do serviço e o grupo musical, as atividades construídas com a parceria dos usuários como a primeira edição do jornal “A voz do Gregório”, o desenvolvimento de uma feira cultural e de saúde “1ª Feira do Conto”, a mobilização e passeata da comunidade contra a violência à juventude negra, a mobilização dos usuários pelo “Outubro Rosa” com atividades na comunidade sobre a prevenção do câncer de mama e câncer do colo de útero, realização de confraternizações em datas comemorativas, os passeios culturais no município de Salvador e as atividades esportivas.

A referida unidade de saúde funciona em dois andares e um mezanino de um prédio dentro da Faculdade de Medicina da Bahia e conta com cinco consultórios, um auditório, uma sala de oficinas, sala de acupuntura, sala para trabalhos em grupo, refeitório, cozinha, área de serviços, sanitários em todos os andares, enfermaria com três leitos masculinos e dois

femininos, farmácia, administração, recepção, central telefônica, SAME e área externa.

Constituem ações realizadas pela equipe do CAPSad Gregório de Matos: acolhimento, oficinas, grupos terapêuticos, atividades de cultura, esporte e lazer, dispensação de medicamentos, atendimentos de enfermagem, plantão ou apoio institucional, com apoio no rodízio de técnicos por turno para atendimento das demandas gerenciais, que surgem durante o funcionamento do serviço, ambulatório multiprofissional, com atendimentos individuais pelas diferentes categorias profissionais, reuniões com a comunidade, assembleias, visitas domiciliares e visitas a campo, visitas técnicas para estabelecimento e fortalecimento de parcerias com outras instituições, docência pesquisa, uma vez que o CAPS está aberto como campo de pesquisa e de estágios da graduação e pós-graduação, qualificação e capacitação de profissionais da rede SUS e SUAS.

O CAPSad Gregório de Matos recebe estudantes de graduação dos cursos de enfermagem, psicologia e serviço social para realização de práticas de disciplinas e estágios curriculares e extracurriculares, além de ser campo de estágio para residências e receber grupos de extensão como Programa de Educação Tutorial (PET) e Atividade Curricular em Comunidade (ACC). O Centro de Atenção Psicossocial foi divulgado em congressos internacionais e outros eventos científicos através da apresentação de trabalho sobre seu funcionamento, apresentado por integrantes da equipe técnica. Dentre as apresentações destaca-se “Experiência de implementação de um serviço de saúde mental no município de Salvador-BA”, apresentada sob a forma de pôster e publicada nos anais do 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO (SOUZA et. al., 2012), e “Baba do CAPS: atividades esportivas como recurso de atenção à saúde e integração de usuários no CAPSad GM”, apresentada sob a forma de pôster no II Simpósio da Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti (SOUZA; VALOIS, 2012).

Internamente, a equipe desenvolve também atividades, visando crescimento do serviço e melhoria da qualidade da atenção prestada. Assim, são realizadas, além das reuniões administrativas semanais, discussão de Planos Terapêuticos Individuais para avaliação e reorientação do tratamento de todos(as) os(as) usuários(as) do serviço, educação continuada através de fóruns clínicos, produção mensal de relatórios técnicos, organização e participação em reuniões e oficinas externas para articulação com a rede e desenvolvimento de pesquisas.

Apesar dos avanços, após um ano de funcionamento, muitos são os desafios do CAPSad Gregório de Matos, dentre os quais destacam-se os conflitos entre os usuários, as ameaças, o consumo de substâncias psicoativas e o porte de armas dentro do Centro, a atenção a crianças e adolescentes, o conflito com a lei, a atenção à saúde da população em situação de

rua, dadas as suas especificidades e demandas sociais, que vão além do que o serviço pode ofertar, o alinhamento de condutas entre os técnicos, o apagamento do sujeito diante do consumo de álcool e outras drogas, as dificuldades de articulação com a rede, a atenção à saúde dos trabalhadores, a complexidade da clínica das toxicomanias, a qualidade do serviço prestado no que concerne à adesão e monitoramento dos casos e a criação de um sistema de avaliação da assistência para melhoria da qualidade do serviço prestado.

Neste cenário, foram escolhidas as participantes deste estudo. Foram investigadas doze (12) mulheres com idade igual ou superior a dezoito (18) anos, matriculadas no CAPSad Gregório de Matos, na condição de usuária de drogas ou de familiar de pessoas que fazem uso de drogas. Foram definidos como critérios de exclusão, estar sob efeito de qualquer substância psicoativa durante a coleta de dados e apresentar algum transtorno mental, que viesse a trazer outros vieses para a pesquisa.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi desenvolvida em conformidade com as exigências éticas e científicas fundamentais determinadas pela Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA, através da Plataforma Brasil, sendo aprovado com parecer número 91.975 (APÊNDICE A).

Após a aprovação, procedeu-se a aproximação com as possíveis participantes da pesquisa, as quais foram abordadas no Centro de Atenção Psicossocial, enquanto aguardavam atendimento. De maneira sucinta, o tema e os objetivos da pesquisa foram apresentados e as mulheres foram consultadas quanto ao interesse em colaborar com o estudo de forma voluntária. Todas as mulheres foram respeitadas em sua autonomia, dignidade e vulnerabilidade, sendo respeitada a decisão daquelas que não concordaram em participar.

Muitas mulheres abordadas negaram participação sem apresentarem um motivo específico. Algumas delas, usuárias de drogas e/ou envolvidas na rede de tráfico revelaram não querer participar por medo de se exporem ou terem suas histórias divulgadas em meios de comunicação, que as denunciassem à justiça ou as submetessem a constrangimentos na comunidade, ainda que tivessem sido esclarecidas sobre o anonimato e o sigilo das informações dadas.

Outras mulheres justificaram a não participação por vergonha em responder aos

possíveis questionamentos que seriam feitos ou simplesmente não compareceram no dia e horário agendados pelas mesmas, conforme haviam solicitado no primeiro momento. Estes aspectos constituíram dificuldades que ampliaram o período de coleta de dados inicialmente previsto.

Àquelas que aceitaram participar da pesquisa, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), o qual foi lido na presença das participantes, sendo prestados esclarecimentos que surgiam durante a leitura. Todas as mulheres assinaram o termo e permitiram a gravação da entrevista. Elas foram informadas quanto à garantia do anonimato e do sigilo das informações fornecidas e orientadas a escolher um pseudônimo. Aquelas que se negaram nesta escolha tiveram um apelido escolhido pela autora. Na apresentação e discussão dos dados, após a exposição das falas das entrevistadas, as mesmas foram identificadas por seus pseudônimos, seguidos da informação se são usuárias e/ou familiares de usuários(as), a(s) droga(s) de abuso, para o caso de serem usuárias e as suas idades. Estas condutas coadunam com o princípio da beneficência estabelecido pela Resolução 196/96.

A avaliação dos riscos a partir da aplicação das entrevistas possibilitou o desenvolvimento de estratégias para o momento da coleta dos dados, garantindo o princípio da não-maleficência às participantes. Os depoimentos foram coletados no CAPSad Gregório de Matos, numa sala disponibilizada pela própria instituição e em horário escolhido pelas entrevistadas. O ambiente de realização das entrevistas era calmo e bem arejado, tendo em vista a garantia do conforto da participante. No ambiente de coleta estavam presentes apenas entrevistada e entrevistadora e foi solicitado à equipe que não interrompessem a entrevista, a fim de se evitar constrangimentos à participante e garantir sua privacidade e a espontaneidade da sua narrativa.

O banco de dados desta pesquisa ficará sob a responsabilidade da autora e do Grupo de Estudos em Vulnerabilidades, Sexualidades, Drogas e Gênero da Escola de Enfermagem da UFBA, por um período de cinco (05) anos, durante os quais poderá ser utilizado para a realização de outras pesquisas, conforme consta no TCLE assinado pelas participantes. Após este período, os dados serão arquivados no referido grupo de pesquisa.

4.3 PRODUÇÃO DOS DADOS EMPÍRICOS

A técnica utilizada para produção dos dados empíricos foi a entrevista semiestruturada, aplicada no período de setembro a dezembro de 2012. A escolha da entrevista como técnica de

coleta de dados se fundamenta na consideração de que os dados subjetivos só poderão ser obtidos através da narrativa, pois esses se relacionam com os valores, as atitudes e as opiniões das entrevistadas. A entrevista semiestruturada, por sua vez, possibilita à pessoa entrevistada discorrer a respeito de um tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo(a) investigador(a) (MINAYO, 2002).

A entrevista do tipo semiestruturada parte de questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que oferecem amplo campo de interrogativas à medida que surgem as respostas do(a) informante (TRIVIÑOS, 2008). Para a aplicação desta técnica foi utilizado um instrumento composto por três partes. Na primeira parte havia identificação das participantes e preenchimento de dados sociodemográficos para uma breve descrição das participantes envolvidas nesta pesquisa e, conseqüentemente, alcance dos objetivos propostos.

Na segunda parte constavam dados sobre o consumo de substâncias psicoativas durante a vida e na terceira parte, as questões norteadoras: a) Fale-me sobre as drogas na sua vida (o que você pensa sobre as drogas, se consome alguma droga, desde quando, como, porque, quando começou, participa e/ou participou da rede de tráfico, como seu envolvimento com as drogas é visto pela sua família, tem familiares envolvidos com drogas, se sim, quem e como está envolvido, benefícios, prejuízos); b) Comente sobre as conseqüências das drogas para você e para sua saúde (alterações físicas, psicológicas e psiquiátricas, sinais e sintomas de doenças, ganhos/perdas materiais, sociais, individuais e familiares; relacionamento interpessoal, implicações jurídicas) (APÊNDICE C).

As entrevistas foram gravadas mediante consentimento formal da depoente e, em seguida, transcritas na íntegra para que fossem submetidos ao processo de organização e análise dos dados. Durante as transcrições, foram percebidos problemas técnicos no aparelho de áudio utilizado em uma das entrevistas e a gravação foi perdida. Por este motivo, foram utilizados dados coletados com 11 mulheres, em entrevistas que tiveram duração média de uma hora. Cada entrevista foi transcrita com fonte *Times New Roman* tamanho 11, espaçamento simples, tendo uma média de dezoito (18) laudas.

Foram encontradas dificuldades na condução das entrevistas principalmente das mulheres usuárias de drogas, devido ao medo de exporem suas histórias pessoais e sofrerem retaliações de outras pessoas usuárias e/ou traficantes e da polícia. Ser profissional da unidade e conseguir estabelecer um vínculo com essas mulheres foi importante para que os dados pudessem ser coletados com maior espontaneidade por parte das mulheres e com menor possibilidade de vieses para a pesquisa.

4.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS EMPÍRICOS

Os dados desta pesquisa foram submetidos ao processo de organização e análise definido pela Análise de Conteúdo Temática (BARDIN, 2011). Trata-se de um conjunto de técnicas de análise que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos para descrever o conteúdo de mensagens, indo além do conteúdo expresso em palavras e enriquecendo os dados coletados (BARDIN, 2011). O objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, do seu conteúdo e das suas significações, sejam eles explícitos ou ocultos (CHIZZOTTI, 2006).

Assim, deu-se seguimento à análise, respeitando-se as três fases definidas por Bardin (2011), quais sejam: a) pré-análise, b) exploração do material, c) tratamento dos dados, inferência e interpretação. Na fase de pré-análise, o material foi organizado com sistematização das ideias iniciais. Foi realizada leitura flutuante para aproximação com o conteúdo das entrevistas e destacados trechos das falas que se relacionassem aos objetivos propostos, a fim de respondê-los. Duas hipóteses foram levantadas nesta fase: 1) As mulheres entrevistadas sofrem repercussões físicas, psicológicas e sociais decorrentes do seu envolvimento com as drogas; 2) As mulheres estão envolvidas de forma direta e indireta com as drogas; Todas as repercussões para a saúde das entrevistadas estão associadas a questões de gênero e poder.

Nesta fase foi construída também uma tabela em que constavam as seguintes informações: usuária de drogas ou familiar de pessoa usuária, idade, raça/cor autodeclarada, escolaridade, trabalho/ocupação, situação de moradia, quantidade de filhos e histórico de drogas de abuso. Esta tabela permitiu uma aproximação com o perfil sociodemográfico das participantes de forma individual e conjunta, favorecendo melhor entendimento da sua história para melhor caracterização do seu envolvimento com as drogas.

A segunda fase foi marcada pela realização de leituras repetidas para a identificação de unidades de registro, unidades de contexto também chamadas núcleos de sentido e categorias temáticas. Dada a heterogeneidade dos discursos apreendidos com as entrevistas, esta foi a fase mais difícil e mais longa deste estudo. Para melhor exploração do material, as entrevistas foram submetidas a novas leituras e as falas foram selecionadas e organizadas em planilhas de acordo com as questões do instrumento aplicado. A partir da confecção das planilhas, foi possível identificar similaridades e diferenças nas respostas dadas pelas participantes, e assim compor as unidades ou núcleos de sentido: saúde, família, protagonismo, vitimização, maternidade, violência, relações interpessoais, exclusão social.

A identificação das unidades de sentido permitiu a identificação de quatro categorias temáticas: 1) Repercussões do consumo de drogas: um olhar sobre minha saúde; 2) Exclusão social e desorganização dos vínculos familiares e afetivos; 3) Vítimas e algozes: o envolvimento de mulheres com as drogas e com a violência; 4) O desafio da maternidade para mulheres envolvidas com drogas. Na terceira fase, foram criadas novas planilhas com os temas identificados, as quais foram preenchidas com falas das entrevistadas para facilitar a exemplificação dos temas discutidos à luz do referencial teórico escolhido para nortear a análise. Procedeu-se, então, a escrita da análise crítica e reflexiva dos dados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa serão apresentados em dois itens distintos, respondendo aos objetivos previamente definidos. No primeiro item, será apresentada a caracterização das participantes, sendo evidenciados aspectos sociodemográficos e do contexto social e cultural no qual cada uma delas está inserida. Este item responde ao primeiro objetivo de caracterizar os envolvimento das mulheres com as drogas. No segundo item, serão apresentadas as repercussões para saúde das mulheres, decorrentes do seu envolvimento com as drogas, as quais foram organizadas em quatro categorias temáticas.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

As informações contidas neste item respondem ao objetivo de caracterizar o envolvimento das mulheres atendidas num CAPSad, com as drogas. Inicialmente, serão descritas as características sociodemográficas das participantes (idade, escolaridade, trabalho/ocupação, raça/cor, condição de moradia), além de informações sobre a quantidade de filhos, se fazem uso de alguma substância ou se são familiares de usuários e quais as drogas de consumo, conforme roteiro utilizado nas entrevistas. Estas informações estão apresentadas no quadro 1, abaixo.

Posteriormente, serão oferecidas informações mais detalhadas sobre as participantes, visando contribuir para compreensão do objeto de estudo e enfatizando as especificidades do envolvimento de cada participante com as drogas. Nesta perspectiva, serão contemplados dados pessoais, situação familiar, motivações para início e manutenção do consumo de drogas, tipos de drogas utilizadas e formas utilizadas para conseguir drogas, dentre outras informações específicas de cada mulher que definem a forma de envolvimento.

5.1.1 Aspectos Sociodemográficos

O tipo de vínculo das pessoas atendidas nos CAPSad constitui uma estratégia de direcionamento do plano terapêutico individual e de organização das atividades a serem prestadas, tendo em vista as demandas específicas das pessoas usuárias de drogas e de seus familiares. Não se trata, contudo, de uma organização linear no sentido de que uma pessoa

cadastrada como usuária de drogas pode, também, ter familiares que fazem consumo e/ou participam da rede do tráfico. O contrário também pode acontecer e uma pessoa cadastrada como familiar, também pode fazer uso de uma ou mais substâncias psicoativas.

Conforme informação apreendida, das onze (11) entrevistadas, quatro (04) estavam vinculadas ao CAPSad na condição de familiar, ou seja, pessoa que procura o serviço em busca de cuidados/tratamento para um/uma familiar que faz uso de drogas e apoio para si própria na tentativa de saber lidar com a situação e ajudar seu parente a abandonar o consumo de drogas. Dentre as quatro entrevistadas na condição de familiar, uma identificou-se como companheira de um usuário de drogas e as demais como mãe que estava em busca de ajuda para filhos que consumiam e/ou traficavam drogas, conforme exposto no quadro 1.

Quadro 1: Aspectos sociodemográficos das entrevistadas e drogas de consumo durante a vida

	Usuária ou Familiar	Idade	Raça/cor	Escolaridade	Moradia	Trabalho/ocupação	Filhos	História de uso de drogas na vida
Pando	Usuária	33	“cabo verde”	2º ano	Casa própria	Biscate	Não	Álcool, medicamentos cocaína
Ninha	Usuária	33	Parda	1ª série	Casa da mãe + situação de rua	Vendedora ambulante	Não	Tabaco, álcool, medicamentos maconha, cocaína, crack
Isa	Usuária	33	Parda	5ª série	Casa própria	Biscate	Sim (5)	Tabaco, álcool, maconha, crack
Florzinha	Usuária	31	Morena	6ª série	Situação de rua	Vendedora ambulante	Sim (5)	Tabaco, álcool, maconha, crack
Índia	Familiar (esposa)	18	Branca	3ª série	Situação de rua	Profissional do sexo	Sim (2)	Maconha, cocaína, carbamazepina
Dete	Familiar (mãe)	61	Negra	4ª série	Casa própria	Atendente de enfermagem - aposentada	Sim (3)	Nenhuma
Néia	Usuária	59	Negra	2º grau completo	Casa própria	Professora - aposentada	Sim (6)	Álcool
Lucinha	Usuária	32	Negra	4ª série	Casa própria	Desempregada	Sim (6)	Crack, maconha, cocaína, medicamentos
Lia	Familiar (mãe)	43	Parda	4ª série	Casa (doação)	Cozinheira	Sim (5)	antidepressivo
Mel	Familiar (mãe)	56	Parda	Superior completo	Apartamento próprio	Enfermeira aposentada	Sim (3)	Nenhuma

Lú	Usuária	56	Parda	8ª série	Apartamento próprio	Reciclagem	Sim (3)	Tabaco, álcool, medicamentos
-----------	---------	----	-------	----------	---------------------	------------	---------	------------------------------

Dentre as onze (11) participantes, sete (07) estavam cadastradas como usuárias de drogas, havendo destaque para o álcool e os medicamentos, referidos por seis (06) entrevistadas e o crack, referido por quatro (04).

A idade das participantes variou entre dezoito (18) e sessenta (61) anos, confirmando que o fenômeno das drogas envolve pessoas de todas as gerações, com predominância para adultas jovens. Das onze (11) entrevistadas, seis (06) auto declararam-se pardas, revelando a predominância de afrodescendentes no grupo estudado. Essa situação pode ser justificada pelo fato das participantes serem naturais do estado da Bahia, historicamente constituído pela população negra.

Houve a informação de oito (08) participantes que não concluíram o ensino fundamental e entre as demais, uma, tinha ensino médio incompleto; uma, o ensino médio completo e outra, o ensino superior completo. A baixa escolaridade, associada à condição feminina, raça/cor, local de moradia e consumo de drogas ilícitas refletem no tipo de ocupação das mesmas e, conseqüentemente, na sua condição socioeconômica, visto que oito (08) entrevistadas referiram exercer atividades informais com baixa remuneração. Com relação à moradia, oito (08) mulheres referiram residir em casa própria, uma delas recebida através de doação de instituição religiosa e três delas se encontravam em situação de rua.

5.1.2 Apresentando as Participantes

A seguir serão apresentadas, por ordem de ocorrência das entrevistas, cada participante.

Entrevistada 1 – Pando

Pando é uma mulher de 33 anos, cadastrada na unidade como usuária de álcool. A escolha do seu pseudônimo está diretamente relacionada com sua condição homossexual e com o sentimento de rejeição que se refere sofrer da sua família. “Pando” é o nome de seu cachorro que, segundo ela, é a única coisa querida que tem.

Pando assume identidade masculina, reconhecendo-se como homem e relacionando-se afetivamente com mulheres. Força voz rouca e grave para assemelhar-se à voz masculina, usa vestes largas e peças íntimas geralmente utilizadas por homens. Ademais, adota comportamento violento e apelativo à sexualidade dirigido às mulheres dentro do CAPS. Não gosta de ser chamada pelo seu nome de registro e, usualmente, reafirma apelidos masculinos que a identificam.

Autodeclara-se “cabo verde” e informa não ter completado o ensino fundamental. De aparência física emagrecida e descorada, geralmente comparece à unidade de saúde em boas condições de higiene, vestida de forma simples, mas com trajes limpos e inteiros. Contudo, não é surpreendente encontrá-la suja e despenteada em dias de crise e de uso abusivo de bebida alcoólica.

Durante a entrevista, Pando informou que iniciou o consumo de bebidas alcoólicas aos doze (12) anos, em decorrência da pobreza que vivia com sua família e das situações de violência doméstica, como agressões físicas, praticadas por seu pai, contra ela, sua mãe e seus irmãos, conforme trecho da entrevista.

(...) Quando chegava em casa todo mundo apanhava. Ai a gente ficava na rua, ficava injuriado porque apanhava em casa...ai: Bora tomá todas! Ai pegava a cachaça...tlá, tlá, tlá, tlá...virava toda!

A condição de exclusão familiar e a convivência na rua levaram-na também ao consumo de cocaína dos doze (12) aos vinte e oito (28) anos. Seu envolvimento com as drogas não se limitou ao consumo das substâncias referidas. Relatou participação no tráfico como única alternativa para garantir seu sustento e superar as más condições de vida em que vivia com seus familiares depois da separação dos pais, conforme relato abaixo.

Com doze anos eu vendia (drogas) porque meu pai largou minha mãe. Ela comia macarrão sem tempero, véio. Alí me doía!! Eu disse: minha mãe, eu vou morrer, mas você não vai ficar nessa vida não.

Reconhece que sua participação no tráfico de drogas lhe deu visibilidade de poder, fazendo com que fosse vista e temida na comunidade. Atuou no tráfico também no estado de São Paulo juntamente com seus irmãos, com os quais se relaciona melhor desde a infância.

Sua saída da criminalidade esteve relacionada ao encarceramento em regime fechado por seis meses, às ameaças de morte sofridas por seus familiares e à perda de sua companheira

e de um amigo, ambos assassinados por integrantes do tráfico. Depois de sua saída da cadeia deixou de usar cocaína. Desde então, mantém uso de álcool de forma abusiva.

De acordo com seu relato, o contexto de precariedade das condições de vida se mantém e continua sendo usado como justificava para seu possível retorno à rede do tráfico. No momento da entrevista afirma que está desempregada e para garantir renda diária, costuma ajudar comerciantes do Largo Terreiro de Jesus, montando e desmontando barracas pelo valor de cinco reais (R\$ 5,00), além de prestar favores às pessoas conhecidas, indo nas madrugadas para as filas médicas em Centros de Saúde para agendar exames. Com este favor, ela ganha dez reais (R\$ 10,00) por pessoa que ajuda.

Pando informou que reside no Centro Histórico, num cômodo anexo à casa de sua mãe e descreve este espaço como um quarto frio, úmido e bem pequeno, sem móveis e sem aparelho de televisão. Relatou que a mãe mora com sua irmã e que não mantém uma relação saudável com a família, sentindo-se excluída da casa da mãe.

Ela (a irmã) não gosta que eu bebo... E ela também tem um filho da PM...Ela não é muito chegada como eu sou e fica falando lá um monte de coisa...que é pra eu parar, que eu sou vagabundo, não arranjo trabalho, não tenho dinheiro...ai fico logo nervosa e saiu logo... (...) todo dia eu chego em casa ai tá minha irmã mandando em tudo, até em minha mãe. Não tem nada pra comer. Elas ficam assistindo o que querem...ai como eh que eu vou assistir? Ai eu entro no meu quarto e só tem minha cama, meu cachorro... (respirou fundo e baixou a cabeça).

No CAPS, apresenta-se assídua às atividades e de maneira geral, tem um bom relacionamento com a equipe e com a instituição. Quando se sente ameaçada pelos demais usuários, utiliza-se do passado de participação no tráfico e na criminalidade como artifício de defesa e de imposição do poder.

Entrevistada 2 - Ninha

Ninha tem 33 anos e está vinculada à unidade para tratamento do alcoolismo. Convidada para participar da pesquisa mostrou-se disponível, porém quando expliquei a proposta e a ideia dela me conceder uma entrevista para falar sobre si, sobre as drogas e sobre as repercussões das drogas na sua vida, ela disse:

Mas que drogas? Eu não uso nada não, eu só bebo.

Embora reconheça sua dependência química, ela não considera o álcool uma droga. Afirmou já ter feito consumo de maconha, cocaína, crack, tabaco, álcool e medicamentos, mantendo, atualmente, consumo de tabaco, medicamentos e bebidas alcoólicas. Ao ser questionada sobre o que acha sobre as drogas, ela disse:

Eu penso que é a destruição da vida de qualquer pessoa. É isso que eu penso. Quantas pessoa ai que eu conheci já morreu por causa de droga, já ficou doente por causa de droga. Muita gente ficou doente... terminou em morte, doenças vene... essas doenças que não tem mais cura. Muita gente que até que se prostitui pra poder pegar e usar droga e ai termina indo de qualquer jeito, ai pega doença e ai com o tempo com essa doença, não vai se cuidar, ai vai se alastrando e ainda vai passando pra outras pessoas, pronto.

De maneira geral, seu discurso foi carregado de sofrimento pelo uso abusivo de álcool e pela perda de valores sociais, atrelada a esta conduta. Num dos trechos ela afirma:

Consumo há 17 anos e só fui buscar atendimento no final, mas não adianta que eu volto a praticar os mesmos atos. E sempre eu... naquela hora que eu tô ali naquela cortiça usando a droga eu tô me sentindo bem, eu tô me achando que tô bem, depois que eu paro com aquilo eu fico pensando já que eu vou morrer, fico pensando já que vai acontecer alguma coisa de errado comigo. Tem coisa que eu nem me lembro que fiz, ai eu fico pensando... Tem gente que fala coisa comigo: - você fez isso, isso e isso. Eu até nem acredito que fiz porque eu não sou desse tipo de gente que faz esse tipo de coisa. E ai... é só arrependimento, eu choro as vezes. As vezes que eu fico só eu choro (fala de cabeça baixa e expressa muita tristeza, sofrimento). Eu fico pensando: Oh meu Deus!, isso não é vida pra mim, eu tenho que parar com isso, mas não adianta eu continuo nessa vida.

Relatou ter seu consumo impulsionado a partir dos constantes conflitos domésticos protagonizados por seu pai e sua mãe, ambos alcoolistas, os quais resultavam em cenas de violência física e psicológica. Assinala também, as condições de vida desfavoráveis, que levava com sua família, o falecimento de seu pai, atropelado num dos seus dias de embriaguez, do irmão assassinado devido ao tráfico de drogas e da complicada relação com a mãe.

Eu acho que os problemas de família, muita perturbação dentro de casa, aiii... eu acho que é por causa disso. Briga, muita briga dentro de casa com pai, com mãe, confusão deles dois dentro de casa direto, sempre... (silêncio). (...) Minha mãe bebia desde antes de eu nascer!!! (Sorri). Você acha que eu bebo por que? (continua sorrindo) Eu bebo por causa dela! (...) Minha mãe mora com meu padrasto, e ele era meu namorado e ela pegou ele de mim. E ai quando eu to em casa, ela fica... Ela quando não quer que eu fique lá ela fica dando piada, fica esculhambando, fazendo um bocado de coisa, aiiii... eu não me sinto bem, sinto desconfortável, ai ela faz de tudo pra eu ou beber ou

sair, ai eu saio.

Informou morar, esporadicamente, de favor na casa de amigos, passando temporadas em situação de rua, devido ao convívio conflituoso com a mãe.

A gente vive né? Quando ela não tá bebendo, ela me trata bem, quando ela tá, ela me pede as coisa, quando eu não tenho ela me esculhamba... Um bocado de problema mesmo. (silêncio) Eu tô na rua trabalhando vendendo meus negócios ela vem de lá. Tem uma coisa? Eu digo não vou dar não, ou então eu dou quando ela vem de novo...ai fica abusando... ai começa abusar, abusar... ai termina eu pegando e caindo também na tentação das drogas. E a pessoa cai! A pessoa que é fraco, cai!... Qualquer um! Eu ainda me seguro, me controlo mais (pausa) E as vezes eu passo muito tempo usando... só usando.

Ninha apresentava cicatrizes no rosto, devido a quedas e acidentes ocasionados pelo estado de embriaguez frequente. Estudou até a primeira série primária e para sobreviver, fazia pequenos trabalhos no Pelourinho.

Durante a entrevista, limitou-se a dar respostas curtas, demonstrando pouca ou nenhuma vontade de descrever casos ou situações que tenham acontecido associados ao consumo de drogas. Também se recusou a descrever sobre sua convivência familiar e sobre seu relacionamento com pais e irmãos. Aos sete (07) minutos pediu para parar. A impressão era de que não queria falar de si. Isto para ela significava resgatar sentimentos e emoções que lhe aproximavam da bebida e lhe desorganizavam, o que era incompatível com sua condição naquele dia. Seu pedido foi atendido. Dois dias depois, Ninha morreu por afogamento na Baía de Todos os Santos. Estava alcoolizada.

Entrevistada 3 – Isa

A entrevista de Isa foi realizada no dia de sua admissão no CAPS. Não portava documentos, mas referiu ter 33 anos, autodeclarou-se parda e informou ter estudado até a quinta (5ª) série do primeiro (1º) grau, correspondendo atualmente ao ensino fundamental II. Informou residir em casa própria, num bairro periférico de Salvador, reconhecido como violento, por causa do tráfico de drogas. É casada, tem cinco (05) filhos e está desempregada.

Ajudo um aqui, outro ali... ajudo a mulher do amendoim. Eu não tenho dinheiro pra botar guia, tenho que ajudar os outros. (pausa)

Ela mora com seu companheiro e filhos, mas passa a maior parte do tempo fora de

casa por conta do consumo de drogas e das dificuldades de relação com o companheiro. Na unidade está cadastrada como usuária de crack, maconha, cigarro e bebidas alcoólicas. Declarou ter começado a fumar cigarros aos treze (13) anos e maconha aos quatorze (14). Aos dezenove (19) anos, teve a sua primeira gestação e foi expulsa de casa pela mãe, indo morar com o então parceiro que era usuário de crack e a influenciou no consumo desta droga. Para ela, o crack é a maior preocupação da sua vida.

Ai o crack entrou na minha vida assim: eu conheci o pai do meu filho, o pai do meu filho era vagabundo...vagabundo é modo de falar assim... Aí minha mãe me botou pra fora, né? Ela disse que eu não ia parir filho de vagabundo dentro da casa dela não. Aí esse marido meu, ele era viciado em crack. Ai eu via ele fumando, fumando e não sentia fome. Aí ele pegava as comida toda que a mãe dele fazia pra a gente e vendia. Aí um dia de curiosidade eu disse: 'ai meu fio, eu tô com fome, me de um pau ai pra ver!' Aí foi que eu comecei a fumar pedra. É por isso que muitas vezes, quando eu tô gestante, só me dava vontade de fumar pedra, fumar pedra, fuma pedra. Foi que eu comecei a fumar pedra eu tava gestante.

Durante sua entrevista, destacou que sua condição feminina agrava sua situação social em relação ao consumo de drogas e ressaltou as repercussões negativas da droga na sua vida, como as condições sociais e econômicas desfavoráveis, a compulsão pelo crack, o encarceramento por acusação de assassinato e a relação prejudicada com o atual companheiro que não é usuário.

Ai a droga começou a vir como uma destruição, devastação...Não tenho nada, nada nessa vida. As vezes eu passo dois, três dias usando pedra, no outro dia não tenho o que comer...é uma decepção, destruição... que a droga vem pra matar e destruir o ser humano, devastar o ser humano. (...) Quando você fuma você procura o que tem pra obter a droga. Nesses dias eu não aguentei parar de fumar, aí hoje eu não tenho dinheiro pra comer, não tenho nada. Por eu ser mulher ainda é pior! Eles ficam dizendo que isso é por causa de amizade ruim, dizem que é descaração, mas se fosse descaração ninguém tava nessa droga não...você acha que eu quero morrer? Quero me destruir? (Pausa) Acham que é fácil! De boca tudo é fácil. Quando você vai parar que você vê como é difícil. Difícil é parar! (pausa)

Referiu manter relação familiar complicada, com desgaste dos laços afetivos com a mãe e com os irmãos, além de perda do pai e do primeiro marido. Sobre isso ela relata:

Esse meu marido que eu tô é pai dos meus três filhos. Ele não usa nada... O pai dos gêmeos já morreu...era vagabundo. Foi com ele que eu comecei a usar pedra. Sobre minha família...eh...(pausa). Eu não tenho família! Meu

pai é morto...só tenho mãe e é o mesmo que não ter...porque ela não me apoia em nada. Me mandou ir embora por causa da droga...(choro e pausa). Eu tenho irmão, mas meus irmãos nem comigo fala...(choro).

Não mencionou envolvimento de familiares com as drogas e nega seu envolvimento com o tráfico, mas declarou ter sido presa na casa de uma amiga traficante. Durante a entrevista, Isa se mostrou emotiva, chorosa, comentando em diferentes momentos sobre as dificuldades de cuidar dos seus filhos, devido ao consumo abusivo de drogas. Mostrou-se também motivada a se tratar e apelou por internamento, pela possibilidade de isolar-se do meio onde vive e, conseqüentemente, obter melhora. Percebendo a lógica de funcionamento do CAPS como instituição aberta, a usuária não retornou mais ao serviço.

Entrevistada 4 – Florzinha

Florzinha tinha 31 anos, se autodeclarou morena e está em situação de rua no bairro do Pelourinho, sendo possível encontrá-la nas imediações da Praça da Sé. Aceitou participar da entrevista, mas adiava nosso encontro referindo, geralmente, indisposição física ou psicológica secundária aos conflitos com o companheiro (o qual foi denominado aqui de Romeu). Escolheu como pseudônimo, Florzinha, em alusão à forma carinhosa com que era chamada no CAPS.

Informou ser vendedora ambulante no Centro Histórico e ter estudado até a quarta (4ª) série primária. Está vinculada ao CAPS para tratamento de alcoolismo e uso abusivo de crack, participando diariamente das atividades do serviço. Relatou ter começado a usar maconha no início da adolescência e aos dezessete (17) anos, iniciou o consumo de crack e bebidas alcoólicas. Considera que seu consumo foi influenciado pelo contexto em que vivia e pelo fato de sua mãe ser também usuária. Questionada sobre as drogas na sua vida ela diz:

Eu perdi a sociedade das pessoas... (pausa) Porque quase ninguém confia em quem é usuário assim né? Quem usa crack pra eles é ladrão, é prostituta, e nem sempre é assim né? Eu não me acho uma pessoa ruim porque eu uso droga. Crack não, porque eu uso crack mas gosto de trabalhar, não gosto de pegar o que é dos outros, não gosto de me prostituir.

Relata sofrer preconceitos relacionados ao uso de drogas, principalmente, o álcool e descreve com clareza os prejuízos que teve em detrimento da sua conduta. Refere sentir-se triste pela sua condição de vida e, em alguns momentos da entrevista, traz a história de sua

mãe já falecida. Segundo ela, devido a problemas de saúde, decorrentes do consumo de drogas. A história de sua mãe se assemelha à sua própria história de vida e condição atual.

(...) Se eu der um pau numa pedra, eu tomo 4 garrafas de cachaça. Dou só o primeiro pau ali pra matar a vontade e o resto é tudo goró. (...) Minha mãe fumava crack e bebia muito. (...) Quem batia nela era um padrasto que ela me arrumou. Parecia até com Romeu...preiiiiinhoo! Ele batia mesmo em mainha. Depois desse, ela ainda arranjou outro que batia nela também. Bateu tanto nela uma vez que deformou o rosto. Pense aí o quanto mainha sofria?

Gestante pela sexta (6ª) vez, Florzinha declara que teve três (03) filhos e que sofreu dois (02) abortos em decorrência das agressões físicas do companheiro, também usuário de crack e de bebidas alcoólicas. Segundo ela, não conviveu com nenhum dos seus filhos por conta da pobreza, por estar em situação de rua e pela impossibilidade de lhes garantir uma boa educação. Relatou que ao mesmo tempo em que sente saudades deles, compreende que fez o melhor ao permitir que fossem criados com uma de suas familiares.

Declara ter muita vontade de criar, juntamente com o atual companheiro, pai de um dos seus filhos, o bebê que espera.

Esse aqui eu não queria dar não!!! (exclamou alto). É justamente por isso que eu quero que Romeu se empregue pra eu poder alugar um quatinho. Pra gente poder dar um lugar pra essa criança né? Eu pretendo parar de usar, né? É difícil, é! Dá vontade de usar e tal, mas tanta gente tem parado!

Florzinha tem uma aparência física emagrecida, descorada e traz na face e no corpo cicatrizes de uma relação violenta com o companheiro. As falas apresentam um sentimento de culpa pela instabilidade do casal e de responsabilização do parceiro pela condição atual dos dois, conforme destacado no trecho abaixo:

As brigas são mais por causa do álcool. Eu bebo muito! Quando bebo tiro ele do sério, começo a esculhambar. (...) A gente tem que se ajudar né? Porque se eu beber ele já fica todo atribulado, começa os dois a brigar pelo meio da rua e fica aquela baixaria, aquele negócio todo. Nisso ele fica subindo e descendo a noite toda. Daqui a pouco vai pra saúde e fica usando a noite inteira, e fica aquele problema todo. Aí quando chega no outro dia ele tá cansado, vai dormir o dia todo e não aproveita nada (não trabalha)... Tomara que ele arranje logo um emprego. É tudo que eu mais quero!

Além de destacar a dificuldade de seu companheiro em conseguir um emprego ou ocupação rentável, também afirma que Romeu, frequentemente, lhe rouba o dinheiro conseguido com a venda de colares no Pelourinho para consumir drogas. Além disso, queixa-

se da falta da companhia e cuidado dele e das constantes agressões físicas que sofre, destacando sentimentos por vezes contraditórios de amor, zelo, raiva e medo do companheiro, que a levam a perdoar as agressões que sofre e a utilizar-se da bebida para externar o que sente e sentir-se capaz de reagir aos maus tratos.

Deus é mais de dar queixa dele! Só dei uma queixa, duas vezes... da cabeça quebrada e da porrada que ele me deu aqui (aponta a deformidade na clavícula). Depois eu nem quis mais. Não valeu a pena. Por que eu chamo a polícia pra ele hoje, amanhã ele tá solto...capaz até de me matar! (pausa) Aí depois de me bater ele vinha com a cara dele me pedindo perdão. Pedindo que pelo amor de Deus eu desculpe (ironiza). Ai eu como abestalhada, desculpava ne? Mas por dentro eu ficava com raiva. (...) Até o dia que ele me tocar a mão e eu pegar e “vup”, tocar fogo e ele morrer logo de uma vez. Jogar álcool pelas costas, queimar a cara, lascara a cara dele toda. (pausa) Com raiva e com a cara cheia de cachaça a gente cria coragem onde não existe. Já me deu vontade de fazer tanta perversidade... dá chumbinho! É complicado... muito complicado. Por que a gente quebra o pau e tudo... aí depois ele vem com aquela cara: Oh, desculpe...você também não quis me escutar, velho! Aí pronto, eu fico fudida, com pena.

A usuária segue em tratamento no CAPS, mas não tem comparecido às consultas agendadas de pré-natal e aos atendimentos em grupo. Não toma as medicações prescritas e recusa internamento ou abrigamento com a justificativa que não pode deixar o companheiro sozinho. Durante o período de coleta de dados, foi percebido aumento dos conflitos com Romeu e do consumo de álcool e crack.

Entrevistada 5 – Índia

Índia tinha 18 anos, cabelos negros e lisos, autodeclarada branca. Matriculou-se no CAPS como familiar, em busca de ajuda para seu companheiro usuário de drogas. Convidada a participar da entrevista, mostrou-se disposta, contudo durante nossa conversa demonstrou dificuldades para falar sobre si mesma e contar sua história.

A entrevistada declarou ser natural de Ilhéus e viver em situação de rua no Pelourinho desde criança, quando sua mãe decidiu sair de casa, devido ao consumo de álcool e outras drogas. As condições de vida desde criança lhe favoreceram a adoção de comportamentos como o consumo de drogas e a prostituição, os quais eram também adotados por sua mãe, conforme trecho da sua entrevista.

Eu comecei a usar porque eu gostava. Eu vim morar na rua e comecei logo a usar. Eu via minha mãe usando, entendeu? Ela usava cocaína, pó. Minha

mãe usava primeiro ai depois, eu vendo aquilo... eu comecei a usar. Minha mãe não gostava que eu usava...Minha mãe me batia. Apanhei muito porque ela não gostava que eu usava droga. Eu achava aquilo errado também, mas se ela também usava, entendeu?

Segundo Índia, a opção por praticar prostituição estava relacionada à satisfação de necessidades diárias como alimentação. A vida nas ruas lhe impôs a prostituição e o consumo de drogas como alternativas de sobrevivência, que foram naturalizadas por ela. Também se constituiu numa alternativa de sobrevivência e de proteção ter um homem como parceiro fixo, principalmente após a morte de sua mãe, que significou, para ela, a perda de uma referência.

A entrevista com Índia teve vários momentos de silêncio prolongado, olhares interrogativos e dificuldades da participante formular respostas aos questionamentos feitos, denotando medo, sofrimento e tristeza. Ao falar sobre as drogas na sua vida ela disse:

As drogas acabam com a vida gente. Eu queria ser mãe de família. Queria criar meus filhos, não queria usar mais droga não (fala baixo).

Índia assinala que seu envolvimento com as drogas resultou em várias perdas, dentre elas: a perda do contato com os familiares que vivem em Ilhéus, a perda da mãe, assassinada durante um programa sexual; a perda da guarda do seu primeiro filho que foi levado à adoção, e a perda do companheiro, queimado vivo, devido a dívidas no tráfico quando estava no oitavo (8º) mês de gestação. Ademais, ela relacionou o envolvimento com as drogas com situações de violência física e psicológica vivenciadas por ela e por sua mãe.

A parceria no tráfico com o companheiro assassinado e a exploração sofrida quando ele a incentivava à prostituição e depois lhe tirava o dinheiro adquirido para o uso de drogas, também foram situações narradas.

Ele me batia... Se eu fizesse programa e não desse o dinheiro a ele, ele me batia. Por exemplo: eu tava fazendo um programa... ai eu tinha que dar o dinheiro todo a ele pra ele usar droga.

A vida nas ruas comprometeu a noção de tempo de Índia, de modo que não soube dizer o tempo em que estava nas ruas, o tempo de falecimento de sua mãe e do companheiro e o dia de nascimento da filha. Em nenhum momento, a entrevistada esboçou sentimento de intenso sofrimento, raiva ou choro. Suas palavras e expressões apresentavam um tom natural, como se todas as suas perdas e comprometimentos sociais vividos fossem resultados óbvios da vida nas ruas do Centro Histórico. Índia referia não fazer mais uso de tabaco, álcool e

drogas ilícitas, devido à apresentação de crises convulsivas, tratadas com uso contínuo de medicamentos anticonvulsivantes. Referiu ter medo de perder a guarda da filha e desejo de ser uma “mulher de família” para cuidar dos filhos. Índia permanece em acompanhamento no CAPS.

Entrevistada 6 – Dete

A sexta (6ª) entrevistada foi uma mulher que buscou o CAPS para ajudar o filho no tratamento ao consumo abusivo de drogas, principalmente de cocaína. Recebeu pseudônimo de Dete. Informou ter sessenta e um (61) anos, ter estudado até a quarta (4ª) série e estar aposentada como atendente de enfermagem. Autodeclara-se negra e informa ainda, ser evangélica, residir em casa própria, num bairro periférico de Salvador e ter três (03) filhos. Nega consumo de drogas.

Convidada a participar da pesquisa, mostrou-se bastante interessada e disponível começando, imediatamente, a narrar seu depoimento como uma forma de desabafo, uma oportunidade para falar de algo que lhe causa transtornos e sofrimentos, antes mesmo de chegarmos à sala onde seria realizada a entrevista.

Ele não é um usuário... assim...usuário ele é, mas ele não é assim...Tipo...ele pega pra satisfazer... Digamos assim, ele pegou por que se viciou com 13 anos, né? E aí ele foi pegando idade e foi usando aos poucos... Sendo que ele depois de muito tempo que foi usando, ele não estudou mais. (...) Foi ficando com mais idade, e ele foi um menino que ele só dava trabalho quando ele pegava mesmo (pegava droga)! Ele saía, chegava de madrugada... mas não chegava assim todo dia... Mas, depois ele foi melhorando... Depois ele foi trabalhar... Ele é usuário mesmo... e foi ficando com a mente... Sabe como é né? Mas ele não é um menino que pega nada de ninguém, ele não é de agredir, de fazer nada de mal com ninguém. Não! Ele só é de conversar sozinho. Ele ouve vozes. Ele ouve vozes... ai ele fica pedindo ajuda a Deus, diz que não aguenta mais. Aí ele diz que o satanás está em terra, que Jesus Cristo é mais que ele. E aí ele acha que está vendo alguma coisa. Mas aí eu acredito! É isso que o crack faz e que essa...(pausa) cocaína faz.

Dete demonstra muita preocupação e sofrimento com a situação do filho, a quem se refere com muito zelo. Evita, na sua fala, mencionar os termos “drogas”, “maconha” e “cocaína”, deixando, muitas vezes, frases incompletas e reticentes. Afirma que, por conta do consumo abusivo de cocaína, seu filho apresenta um transtorno psiquiátrico e para atestar o transtorno, solicita exames clínicos, que apontam uma alteração cerebral, a qual ela considera que seja decorrente do consumo abusivo de drogas feito pelo filho, desde treze (13) até os

trinta e quatro (34) anos e não como uma limitação psiquiátrica.

Além da preocupação com o consumo de drogas feito pelo filho, ela traz, também em seu discurso, preconceito com a doença mental, considerando-a um fator de negação da pessoa humana e de exclusão social.

Compreende a drogadição como uma alteração orgânica, que pode ser regulada com o internamento hospitalar e com a medicalização do corpo. Destaca a dificuldade do filho se adequar à lógica de serviço, oferecido pelo CAPS porque lhe traz resultados lentos e afirma que busca convencê-lo a internar-se. Afirma também que sua vontade maior é que o filho seja um “homem comum”, capaz de conduzir a própria vida e exercer as atividades compatíveis com o conceito hegemônico de ser homem, como trabalhar, casar e ser pai, mantenedor do lar e da família. D. Dete e seu filho estão faltosos no serviço há mais de quatro meses.

Entrevistada 7 – Néia

Néia é uma mulher de cabelos grisalhos, voz mansa e tímida que informou ter cinquenta e nove (59) anos, ser viúva, mãe de seis filhos e estar aposentada como professora da educação infantil, tendo concluído o ensino médio. Reside em casa própria no Centro Histórico e está vinculada ao CAPS para tratamento de alcoolismo.

Informa ter começado o uso de bebidas alcoólicas por volta dos dezesseis (16) anos, de forma esporádica, o qual foi intensificado ao longo de sua vida pela influência de um dos seus companheiros que bebia cerveja todos os dias e, mais recentemente, pela morte do pai, desemprego e conflitos com irmãos e filhos, conforme trecho de seu discurso.

A desunião da família. Que já não é pouca coisa, né? Outra coisa também é a falta de meu pai. (Começa a chorar). Eu cuidava dele. Ele ficou doente e começou a precisar de mim aí eu parei de trabalhar. Não pude mais trabalhar. Aí hoje fico passando necessidade. Tem coisas que eu tenho que ficar pedindo. Pra eu vim praqui eu tenho que pedir transporte.

Afirmou ter dois filhos usuários de drogas, mas ressalta maior preocupação com um deles pelo seu envolvimento com o tráfico. Não faz muitos comentários sobre o consumo dos filhos e demonstra sentimento de culpa por ser mulher, idosa e ter um padrão de consumo compatível com o consumo de homens adultos jovens. Informa que faz uso abusivo com frequência de cerveja e que se fosse de seu gosto, faria consumo diário. Nega crises de abstinências e justifica a manutenção do consumo de bebida alcoólica pela busca de sonolência e da desinibição causadas pelo álcool.

Refere que seu padrão de consumo incomoda sua filha que a submete a situações de desconforto e constrangimento. Sentir-se alcoolista a partir do julgamento da filha moveu Néia a buscar tratamento.

Não saio mais pra lugar nenhum com nenhum deles. Como é que eu vou sair se eles têm vergonha de mim? Minha neta vai fazer aniversário semana que vem e tava pensando em não ir por isso. Ir pra que? Pra passar vergonha? Pra ficar todo mundo lá com medo de eu beber e cair? Eu não ia não!

Néia permanece em tratamento no CAPS. É bastante dedicada às atividades que participa, destacando-se nas oficinas de arte. Apresenta evolução no tratamento, conseguindo, segundo ela, reduzir o consumo, como era de sua vontade.

Entrevistada 8 – Lucinha

Lucinha chegou à unidade acompanhada do marido em busca de tratamento para consumo de drogas. Mostrava-se bastante ansiosa. Dois dias após sua chegada, foi convidada a participar da entrevista, tendo aceitado sem resistências. Preferiu ser chamada de Lucinha.

Informou ter 32 anos, autodeclarou-se negra, é casada, mãe de seis (06) filhos, residente em casa própria num bairro de Salvador, caracterizado como violento pelo alto consumo e tráfico de drogas. Diz que estudou até a quarta (4^a) série primária e trabalhou como ambulante, vendendo queijo na praia. Está desempregada.

Convidada para participar da entrevista mostrou-se bastante aberta a falar sobre seu envolvimento com as drogas. Relatou fazer uso de várias substâncias psicoativas, principalmente crack, tendo começado o consumo na adolescência, quando engravidou e passou a morar com o primeiro companheiro que era usuário de crack e outras drogas. Segundo ela, está em abstinência há aproximadamente oito (08) meses, tendo interrompido o consumo por iniciativa própria, uma vez que se deu conta das situações de extremo risco que se envolvia, tais como: praticar relações sexuais em troca da droga, cometer pequenos furtos e participar da rede de tráfico, expondo-se a situações de risco iminente de morte.

Lá onde eu moro rola muito tiro, muito tiro mesmo! (fala enfática) Parece aqueles bang-bang! Eu fico nervosa, fico doida dentro de casa procurando meus filhos, rezando pra eles tá na casa de alguém e não tá na rua. Lá os caras (traficantes) andam tudo armado na rua tirando onda. Não sei como eu moro lá ainda, velho. Lá rola muita droga, muita droga mesmo. Cada lugar tem uma boca lá. (...) Já fui casada, bem casada... (fala animada, como se estivesse se sentindo valorizada pelo casamento). Meu marido hoje em dia é

pastor. Quando ele me largou eu já fumava droga. Ele fumava também...eu comecei a usar por causa dele. Ele usava, eu comecei a usar também. Ele hoje em dia se dá muito bem comigo e com meu marido. E aí eu passei um tempo só e aí eu conheci esse que eu tô agora. Ele não tem dinheiro, mas tá querendo me tirar da lama. Eu apronto tanto com ele, faço tanta coisa e ele ali...colado! Ele não usa nada! Não fuma, não bebe, não usa nada! Caretão, ele! (pausa) Eu ficava meio assim porque ele não fumava e eu fumava. Graças a Deus, eu não fumo mais.

Reconhece que seu envolvimento com as drogas prejudicou a relação com sua mãe e com as irmãs, fragilizou a relação com os filhos que se sentiam envergonhados com ela e com o marido, com quem já teve sérios conflitos. Além disso, o consumo abusivo de crack dificultava o acesso a emprego, prejudicava o cuidado com o lar e com os filhos ainda menores.

Eu fazia bolo... fazia muito bolo... As vezes quando uma amiga minha me chamava pra beber, aí aparecia uma rapaz..." E esse bolo, Lucinha? Dou tanto!" Aí eu pegava e ia. Eu também era bucha. Quando era 30 reais eu tinha direito a duas pedras, quando era 50, eu tinha direito a 3, entendeu? Ou então eu dizia "Não quero a droga não, quero o dinheiro", aí eles dava o dinheiro. Eu já ganhei muito dinheiro fazendo essas coisa. Já teve homem de não querer fazer nada só querer que eu fizesse companhia pra usar droga. Aí ele começou a ficar doido e me pedindo pra comprar mais cocaína. Ai eu pegava o dinheiro e chegava com uma quantidade de pó bem menor do que a que o dinheiro dava. Se ele me dava 100 pra eu pegar de pó, eu dizia que ele tinha me dado 50. Ou então inventava mentira. Dizia que o pó tava de 50, quando na verdade tava de 20. Aí entocava 30, só que tinha que entocar bem, que se ele achasse... Eu já passei de morrer e a porra por causa disso!

Reconhece que prejuízos na sua vida são decorrentes do seu padrão de consumo e envolvimento com o tráfico e revela que tem medo de que seus filhos sejam dependentes químicos. Por conta disso, revela que foi surpreendida quando encontrou seu filho mais velho fumando baseado e o obrigou a comer o cigarro de maconha. Lucinha revela desejo de continuar em abstinência e segue em tratamento no CAPS, ainda que falte a algumas atividades. Apresenta sintomas de síndrome do pânico controlados com tratamento medicamentoso.

Entrevistada 9 – Lia

Lia é uma mulher de 43 anos, cadastrada no CAPS como familiar que está em busca de assistência para dois dos seus cinco filhos: uma menina de seis (06) anos que tem apresentado alterações do comportamento devido a preocupações com o irmão, um

adolescente de quatorze (14) anos, que vive em situação de rua e faz consumo abusivo de drogas.

Cozinheira e funcionária de uma creche, Lia se autodeclara parda e diz ser evangélica. Reside numa casa doada pela igreja que frequenta, num bairro periférico de Salvador, com índices elevados de violência devido ao tráfico de drogas. Está inscrita no Programa do Governo Federal Minha Casa, Minha Vida e relata muita expectativa de conseguir sua casa, já que está sendo pressionada a devolver o domicílio onde mora com os filhos e o companheiro.

Lia começou a entrevista, relatando a violência sexual que seu filho (aqui denominado de André) sofrera aos seis (06) anos por um vizinho que ainda reside nas proximidades da sua casa e trabalha no mercado do bairro. Atribui a essa situação, as mudanças no comportamento do filho, que resultaram no consumo abusivo de drogas, na saída de casa para as ruas do Centro Histórico e na homossexualidade. O discurso de Lia é carregado de elementos religiosos, que a confortam e sustentam a crença de que um dia seu filho será salvo e liberto das drogas e da homossexualidade.

O que me conforta é a esperança em Deus, e a certeza que eu vou vencer, porque eu acho que em nenhum momento da minha vida eu perdi a esperança de André, e ele também tem esperança que um dia ele vai sair dessa. E ele vai sair! André vai ser liberto, ele conhece a palavra. Ele já foi evangélico e ele sabe que isso que tá acontecendo com ele é coisa do inimigo mesmo e ele vai sair dessa um dia (silêncio). Ele vai morrer um dia liberto! E praticamente também é como ele disse, ele é um homossexual, só que eu não vejo ele como homossexual. Eu digo a ele, olha André eu nunca te enxerguei como um veado ou gay, eu te enxergo como um homem de terno e gravata, porque eu tenho certeza que um dia eu vou te ver liberto.

Ao abordar sobre a relação de André com os demais irmãos, destaca que os filhos se relacionam de forma harmoniosa entre si e estimulam André a suspender o uso e retornar pra casa. A irmã mais nova de André, que tem seis (06) anos, também faz acompanhamento no CAPS devido a mudanças de comportamento, isolamento social e prejuízo na escola, associados à preocupação com a situação do irmão.

Ela se preocupa muito com ele. Se preocupa mesmo. Às vezes ela sonha, ai acorda de noite aterrorizada, tinha pesadelo, acordava meia noite gritando, chamando ele, dizia que ele ia morrer. Quando dava meia noite ela me pedia pra eu ir ligar pra ele, só que não tinha como eu entrar em contato com ele! Ela é muito preocupada com André. Pra idade dela, ela é muito preocupada (pausa). Ela vai pra igreja também, ela ora, ela pede a Deus também pra um dia ele ser liberto. (pausa)

Para amenizar o sofrimento, além da ajuda religiosa, Lia fazia uso de medicamentos antidepressivos. Usa, também, medicação anti-hipertensiva prescrita por médicos. Ela permanece no CAPS, acompanhando a filha nos atendimentos. André tem baixa assiduidade no serviço, principalmente, pelos comprometimentos psiquiátricos associados ao uso compulsivo de crack.

Entrevistada 10 – Mel

Mel é moradora de uma área nobre de Salvador e está vinculada ao CAPSad na condição de familiar. Acompanha semanalmente seu filho, um jovem de trinta e um (31) anos, usuário de cocaína. Aos 56 anos, autodeclara-se parda, é casada e tem três filhos. Possui nível superior completo e está aposentada como enfermeira. Diz manter boa relação com o marido e bons vínculos familiares, o que, segundo ela, embasou a boa criação que deu aos seus filhos.

Durante a entrevista referiu-se às drogas como algo ruim, desagradável, desorganizador e destruidor da estrutura familiar, embora reconheça que é possível o consumo de drogas, mesmo as ilícitas, de forma controlada. Mencionou o estereótipo da pessoa usuária de drogas e do ambiente de usos compatíveis com a marginalização, pobreza e exclusão, localizando a história de consumo de seu filho como uma exceção a esta regra, uma vez que ele teve boa educação, apoio familiar, condição socioeconômica favorável e relações sociais com pessoas de posição semelhante à dele e, portanto, “longe do alcance das drogas”.

Ao passo que descreve a condição social de sua família, conta que seu filho tem dislexia e acredita que este transtorno impulsionou um sentimento de inferioridade que o levou ao consumo de drogas. Dessa forma, ao justificar os fatores que impulsionaram o problema do filho, Mel apresenta um discurso com elementos que se completam e que também se contradizem:

Quando a gente tem um filho com uma deficiência, a gente não trabalha pela deficiência, a gente procura consertar, e foi isso o que aconteceu, por ele não saber ler, pra ele não se sentir inferior a gente procurava cobrir de outra maneira. Foi ai o erro da gente. Ai ele com esse negócio de ser mulherengo e tudo, arranjou uma menina nova e foi ela que viciou ele. (...) Se você olhasse assim você dizia que era um bom partido, você acredita? Eu que olhava assim e ficava me perguntando de onde vem tanto dinheiro? (...) Mas não era não, depois eu descobri que ela vendia droga, tudo isso. E aí era no meio disso que ele tava...eu soube depois que ele escapou de ser preso. (...) Foi a má companhia que levou ele a usar. E começou lá no condomínio mesmo, sabia? Eles me inventava churrasco... Lá tem um terreno baldio entre um prédio e outro, ai tem um rio que passa, tem mangueira, mas não pode fechar

por causa do rio, dá pra porta da garagem aí é tudo organizado, tem churrasqueira, tem gramado... lá no Imbui! E é todo organizado, todo arrumado, não é de qualquer jeito não. Ai começou lá com os amigos do prédio mesmo. Porque quando é drogado assim, você conhece logo né? Mas lá não, os meninos são tudo com boa “pinta”, eu nunca imaginei.

Ela revela que o envolvimento do filho com as drogas, inclusive com o tráfico, repercutiu de forma negativa na sua vida e na família, influenciando na união entre os filhos, na rotina da família, no comportamento do seu esposo e na sua relação conjugal.

Isso marca a vida da gente, depois disso, minha vida acabou! Nós sempre teve assim...uma vida bem direitinha. Eu comecei a namorar com meu marido com 11 anos de idade....e uma vida assim...sabe aqueles casamentos assim que é o maior amor? Tivemos boda de prata, vou te mostrar o álbum, meu marido chorava de emoção no dia da festa. Não é dizendo que nosso amor acabou, sabe? A gente não se separou, não discutiu, mas o casamento ficou frio sabe? Até pra namorar eu não tenho mais vontade, não sinto mais aquela coisa boa... a gente mudou muito, a gente era muito alegre. Agora eu vivo, mas não é como antes. (pausa)

Mel continua frequentando o CAPS semanalmente, sempre acompanhando o filho nos atendimentos.

Entrevistada 11 – Lú

Lú tem 56 anos, autodeclara-se parda e reside no Pelourinho. Apresenta estado geral ruim, emagrecida, descorada e com o autocuidado prejudicado. Trabalha com reciclagem nas ruas do Centro Histórico, estudou até a oitava (8ª) série, é viúva e teve três (03) filhos, dois deles já falecidos. Um de seus filhos foi assassinado devido ao consumo e tráfico de drogas e a filha afogou-se na Baía de Todos os Santos quando decidiu nadar alcoolizada. O marido faleceu atropelado devido à embriaguez.

Mãe de Ninha, também participante desta pesquisa, Lú está vinculada ao CAPS para tratamento do alcoolismo e da depressão instalada após a morte da filha. Refere consumo de álcool desde os vinte e quatro (24) anos, quando também começou o consumo de tabaco.

(...) Mas depois que minha filha faleceu, eu aí perdi o gosto, perdi a graça de tudo nessa vida. Aí pronto... comecei a beber, tentei o suicídio três vezes. A última vez foi um cachorro que me salvou. Então assim...eu caí em depressão. Eu não tinha gosto pra nada, não tinha vontade de tomar banho, só queria ficar arriada em cima da cama, já tinha parado de beber, fiquei

doente, toda me tremendo... Não comia nada, não dormia...

Declara ter casado pela primeira vez aos treze (13) anos e seu marido era usuário de bebida alcoólica e de tabaco. De acordo com seu depoimento, Lú e os filhos sofriam violência doméstica e passavam dificuldades socioeconômicas devido à dependência química do marido. Para ela, seu consumo foi impulsionado pelas condições de vida e, principalmente pela indução do companheiro.

Olhe, eu me casei a primeira vez ele era alcoólatra, bebia muito. E a bebida dele era uma bebida muito violenta, violentíssima. Quebrava tudo dentro de casa, me batia, batia nas crianças. A cicatriz no pé já sumiu, mas o corpo é cheio de cicatriz. Era garrafada, cortou por aqui assim, aqui assim. (aponta para os braços, para o tronco). Ele que me deu cerveja a primeira vez e me deu cigarro também. Eu lembro que eu tossi, tossi, aí ele me disse que era assim mesmo, que eu ia me acostumar e não ia querer largar mais. Então ai quer dizer que ele me aviciou no álcool e no cigarro!!! Pra você ver que homem maravilhoso que era ele! (sorri). Ele bagunçava tudo em cima do fogão, pegava as panelas de comida, rodava assim ó! Derramava tudo no chão, no meio da casa...ele mijava, cagava em cima da cama...tudo por causa da cachaça. Ele chegava em casa bêbado, fazendo a pior miséria. (pausa)

Ainda que reconheça o consumo de drogas pelo ex-marido, filhos e outros familiares, Lú não se refere ao álcool e ao tabaco como drogas. Para ela, as drogas estão restritas às substâncias psicoativas caracterizadas como ilícitas. Esta compreensão é semelhante aos relatos apresentados por outras entrevistadas.

Natural do estado da Paraíba, Lú veio morar em Salvador com o pai aos três (03) meses, após ser abandonada pela mãe. A convivência com o pai e a falta de referência materna marcaram o discurso da participante. Também aborda sobre o período em que morou num convento antes de casar-se e do seu perfil de personalidade solidária e doce, não compreendendo assim, os motivos para o seu sofrimento atual.

Meus filhos eram tudo criança, tudo pequenininho. Eu sempre tive uma pessoa dentro da minha casa. Não tinha como empregada, era como se fosse uma pessoa da família. Ela almoçava na mesa junto com a gente, nunca tratei, nunca maltratei, todo ano de natal, de ano novo seja lá o que for, tudo o que eu comprasse pra meus filhos, comprasse pra mim eu comprava pra ela. Se eu tivesse que trocar um móvel de dentro de casa um fogão, uma geladeira, qualquer coisa, eu pegava aquele objeto e dava a ela. Então eu não fui uma pessoa ruim. Eu não sei porque esta acontecendo isso comigo. Um sofrimento desse! Você acredita, eu fui criada em convento. Você conhece o convento da Santa Casa dos Estevão aqui na Joana Angélica?

Lú também apontou dificuldades financeiras, desemprego e falta de amparo familiar

no seu sofrimento como aspectos que impulsionam o consumo de álcool. Seu depoimento foi marcado por momentos contraditórios, principalmente quando relata a sua relação com a filha falecida, sua condição socioeconômica quando trabalhava e criava os filhos pequenos e sobre as consequências do consumo abusivo de álcool na sua vida. A usuária segue em tratamento no CAPS, alternando períodos de participação e de faltas nas atividades propostas no seu plano terapêutico.

5.1.3 O Envolvimento de Mulheres com as Drogas

A caracterização das participantes apresentada acima revelou as formas pelas quais estas mulheres estão envolvidas com as drogas. Os relatos dados durante as entrevistas apresentaram aspectos singulares, que conferem originalidade a cada história e revelam, de forma complexa, os diferentes tipos de envolvimento de mulheres com as drogas.

Ainda que se trate de histórias diferentes entre si, foi possível destacar aspectos comuns às entrevistadas, principalmente com relação às mulheres usuárias de substâncias psicoativas, tendo destaque o consumo de álcool, tabaco e crack. O II levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, realizado em 2005, apontou que as drogas mais consumidas são o álcool e tabaco, seguido da maconha e dos solventes. Este estudo apontou o consumo do crack entre a população brasileira como insignificante estatisticamente (0,7% da população fez uso na vida) (CARLINI et al., 2007), contudo, ressalta que o consumo desta substância merece atenção especial devido aos riscos pessoais e sociais a ele associados (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPO, 2010).

Com relação à faixa etária, percebeu-se que as mulheres entrevistadas tinham idade compatível com a fase produtiva e reprodutiva. O consumo de drogas por mulheres que cada vez mais assumem o papel de provedoras e mantenedoras das suas famílias (WOLLE; ZILBERMAN, 2011), pode comprometer de forma direta a aquisição e o gerenciamento de recursos financeiros por elas, comprometendo a sua inserção no mercado de trabalho e levando-as a realizar atividades informais, ilícitas e muitas vezes subumanas como é o caso das mulheres que, neste estudo, se assumiram como biscates, traficantes de drogas, recicladoras e profissionais do sexo.

Estudos realizados com usuários(as) de drogas apontam os poucos recursos financeiros e as dificuldades socioeconômicas vividas por eles(as) e por suas famílias como uma das características do perfil destas pessoas. Associa-se ao consumo e à baixa condição

socioeconômica das pessoas usuárias, o envolvimento com atividades violentas e ilícitas como roubos, assaltos, tráfico de drogas e atividades sexuais de risco em troca da droga (RIBEIRO et. al., 2012; RIBEIRO; SANCHEZ; NAPO, 2010).

O Ministério da Saúde considera como idade reprodutiva ou fértil a faixa etária compreendida entre 10 e 49 anos (BRASIL, 2007). O uso abusivo de drogas nesta fase da vida está relacionado à ocorrência de prejuízos do estado de saúde para a mãe e para o concepto como alterações do ciclo menstrual e infertilidade, problemas de crescimento e desenvolvimento do concepto e abortos (HOCHGRAF; BRASILIANO, 2004; WOLLE; ZILBERMAN, 2011).

Estudo de revisão realizado por Yamaguchi et. al (2008) reuniu as principais complicações desencadeadas pelas drogas mais comumente utilizadas durante a gestação (álcool, cocaína, maconha e tabaco) e destaca a ocorrência de alterações músculo-esqueléticas, geniturinárias e cardíacas, hipoxemia e acidose fetal além de déficit mental para o concepto. Para a mãe, estes autores destacam alterações cardiológicas como hipertensão, taquicardia, arritmias e falência do músculo cardíaco, problemas gástricos e respiratórios e distúrbios psiquiátricos como *delirium*, ansiedade, irritabilidade e alucinações.

O comprometimento da saúde fetal e materna provocado pelo consumo abusivo de drogas traduz a ocorrência de complicações obstétricas e, conseqüentemente, pode ampliar a possibilidade de morte materna. De modo geral, é possível afirmar que mulheres dependentes de substâncias psicoativas apresentam maiores taxas de mortalidade em relação aos homens dependentes (HOCHGRAF; BRASILIANO, 2010).

A relação entre consumo abusivo de drogas por mulheres em idade reprodutiva e a ocorrência de complicações, durante a gestação, parto ou puerpério é sustentada também pelas dificuldades de acesso dessas mulheres a serviços de saúde, tendo em vista a sua condição de marginalização social associada ao consumo e ao despreparo dos profissionais de saúde em lidar com o uso de drogas dos clientes e de perceber as especificidades do envolvimento feminino com esta problemática. Essas duas condições são apontadas na literatura como desafios a serem superados no enfrentamento à problemática das drogas no Brasil (WRIGHT et al., 2009; ALVES, 2009).

O início do consumo de drogas na infância ou adolescência, motivado pelo consumo do parceiro íntimo ou dos pais foi outro aspecto em comum no relato das mulheres usuárias de drogas, que foram entrevistadas. O início precoce e a chance de dependência/uso abusivo de drogas estão relacionados à baixa escolaridade predominante entre as pessoas usuárias de drogas, decorrente das dificuldades de aprendizado e, conseqüentemente, do baixo

desempenho escolar, causados pelos prejuízos cognitivos do uso frequente da droga (SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010; BESSA; BOARATI; SCIVOLETTO, 2011).

Também são considerados fatores de risco associados ao consumo de drogas na infância e adolescência, além de outros aspectos, o uso de drogas por pais e amigos e relacionamento deficitário com os pais (BESSA; BOARATI; SCIVOLETTO, 2011). Estes fatores associados a um contexto de violência familiar com fragilização dos laços afetivos e dificuldades de lidar com o papel maternal, também estiveram presentes no discurso das participantes deste estudo.

A existência de semelhanças entre os casos descritos na caracterização das participantes desta pesquisa não determina uma classificação homogênea dos seus envolvimento com as drogas. Cada história apresentada aponta, de forma específica, diferentes tipos de envolvimento com drogas, os quais estão em constante processo de modificação e variam ao longo da vida das participantes. Assim, a caracterização dos envolvimento de mulheres com as drogas não pode ser feita de forma linear e padronizada. O envolvimento de mulheres com drogas é singular e dinâmico em sua essência.

5.2. REPERCUSSÕES DO ENVOLVIMENTO COM DROGAS PARA A SAÚDE DE MULHERES

Com base na organização dos dados empíricos, foi possível identificar que as repercussões do uso de drogas para a saúde de mulheres, se apresentam relacionadas entre si e com o contexto de vida das participantes, com o tipo de droga consumida por ela ou pelo familiar, com os efeitos da droga no organismo e com a sua condição feminina.

Na tentativa de possibilitar melhor compreensão dos resultados, a sua organização se deu em quatro (04) categorias temáticas: 1) Repercussões do consumo de drogas: um olhar sobre a saúde; 2) Exclusão social e desorganização dos vínculos familiares e afetivos; 3) Vítimas e algozes: o envolvimento de mulheres com as drogas e com a violência; 4) O desafio da maternidade para mulheres envolvidas com drogas.

5.2.1 Repercussões do Consumo de Drogas: Um Olhar sobre a Saúde

Nessa categoria, as mulheres evidenciaram as alterações percebidas em sua saúde, tanto físicas quanto psicoemocionais. Todas as entrevistadas foram questionadas quanto às possíveis alterações do seu estado de saúde, decorrentes do seu envolvimento com as drogas. Ao responderem este questionamento, algumas negaram de imediato qualquer alteração na sua saúde, porém, após um período de pausa e no decorrer da entrevista, todas revelaram perceber em seus corpos, pelo menos um sinal e/ou sintoma de doenças.

Não tenho problema na saúde, não (pausa). Eu só sou hipertensa, tenho problema de coração, de sangue... porque meu sangue é grosso! As vezes meus pés incham e minhas pernas também. Teve uma vez que eu tive que ficar até internada. Eu tenho problema de circulação do sangue. Mas isso é por causa da idade mesmo. Não é por causa da bebida não (Lú, usuária de álcool, 56 anos).

Não, não tenho nada não (pausa). Eu tusso. Tusso muito! Mas aí é por causa da pedra. Eu tive aquela doença de pulmão... tuberculose, né? Mas eu só tive isso... Às vezes eu me acho meio doidinha também! Por causa da cachaça e por causa do tanto de porrada na cabeça (Florzinha, usuária de álcool e crack, companheira de usuário, 31 anos).

A tendência imediata das entrevistadas de negar problemas de saúde seguida da apresentação de sinais e sintomas característicos de doenças remete à noção de saúde como a ausência de fatores que comprometam a sua autonomia e a execução de atividades cotidianas e rotineiras (FERTONANI; PIRES, 2010).

Na fala de Lú, há referência à hipertensão arterial e queixa-se da presença de edemas e dores em membros inferiores, mas nega relação entre estes sinais e sintomas e o consumo abusivo de álcool. De forma contrária, Florzinha associa a ocorrência de tuberculose e de sintomas respiratórios ao consumo de crack.

Estudos científicos sobre os padrões de consumo e problemas individuais e sociais relacionados ao consumo de álcool por homens e mulheres apontam a existência de especificidades entre os sexos. Para as mulheres, o uso problemático de álcool mostra-se mais danoso não somente pelo aparecimento de maiores complicações físicas, em menor período de exposição ao uso, mas também pelas motivações ao uso e pelas repercussões sociais associadas. Problemas cardíacos e circulatórios, desnutrição, anemia, doenças hepáticas, gástricas e câncer de mama, além de alterações nas funções sexuais e reprodutivas são apontados como possíveis complicações clínicas, decorrentes do consumo abusivo de bebidas

alcoólicas por mulheres (LARANJEIRA; RIBEIRO, 2005; KERR-CORRÊA et. el., 2005; CESAR, 2006; SCHEFFER; ALMEIDA, 2010; WOLLE; ZILBERMAM, 2011).

Não foram encontrados estudos comparativos por sexo, relacionados ao consumo abusivo de crack e suas complicações clínicas. De maneira geral, a literatura aponta a ocorrência de alterações cardiovasculares, respiratórias, intestinais e neurológicas comuns a homens e mulheres, desencadeadas pelo consumo de crack. Dentre as alterações respiratórias, podem ocorrer tosse seca ou produtiva, dor torácica, cansaço e febre, além de maior susceptibilidade a infecções, como a tuberculose (KOLLER et. al., 2012). Essas alterações estão de acordo com os sintomas apresentados por Florzinha, em sua fala.

A ocorrência de tuberculose está diretamente associada à baixa condição socioeconômica de grupos populacionais, sendo a população em situação de rua um grupo de elevada vulnerabilidade, não somente pelas condições precárias de vida, como também pela associação com morbidades como doenças cardiovasculares, doenças sexualmente transmissíveis, transtornos psiquiátricos e dependência química (BRASIL, 2010).

Ao relatarem as possíveis alterações do seu estado de saúde decorrentes do consumo de drogas, as mulheres usuárias de crack mencionaram alterações cognitivas decorrentes do efeito dessa droga no organismo, como os sintomas paranoides transitórios. Além disso, elas apontaram as sensações de bem-estar e de prazer, proporcionadas pela droga e em paralelo, apontaram alterações emocionais e de comportamento como tristeza e culpa, conforme demonstrado nas falas abaixo.

Na hora que eu dou um pau eu me sinto bem, mas isso é muito rápido. Por isso que eu fico querendo mais e mais, pra poder sentir isso. Aí pronto! Eu fico vendo bicho, tendo alucinação. Aí essa parte já é horrível, horrível, horrível! Você sente medo, pensa que tem gente atrás de você. Aí depois que passa vem uma tristeza...uma depressão. Eu sinto muita tristeza...muita tristeza. Eu sou uma pessoa triste, sinto vontade de usar e depois me sinto mal, culpada, aí me pergunto: por que eu fico usando essas porcarias? (Isa, usuária de álcool e crack, 33 anos).

E sempre eu... naquela hora que eu tô ali naquela cortição usando a droga, eu tô me sentindo bem, eu tô me achando que tô bem, depois que eu paro com aquilo eu fico pensando já que eu vou morrer, fico pensando já que vai acontecer alguma coisa de errado comigo. E aí... é só arrependimento, eu choro as vezes (Ninha, usuária de álcool, 33 anos).

Estudo de revisão de literatura realizado por Ribeiro et. al. (2012) aborda os principais efeitos do crack no organismo, confirmando os relatos apresentados pelas participantes desta pesquisa. O crack é um derivado da cocaína e seu consumo pode gerar, dentre outras complicações a médio e longo prazo, sintomas agudos físicos e psíquicos. Para estes autores,

O consumo dessa droga produz uma sensação de aumento da energia, de bem-estar e euforia, com aumento do estado de alerta e da concentração, insônia, diminuição do apetite e da sensação de fadiga, hiperatividade motora, verbal e ideativa. Frequentemente, observa-se uma sensação aguda e intensa de felicidade, com aumento da libido e do prazer sexual. Tais efeitos desejados e reforçadores do consumo duram poucos minutos e costumam ser sobrepostos por sintomas de fadiga, disforia, autorreferência e persecutoriedade, quase todos acompanhados pelo desejo de consumir a droga novamente (fissura) (p. 132-33).

As participantes que assumiram fazer consumo de crack e álcool revelam a ocorrência de sintomas como perda ponderal, insônia, tosse, febre, vômito, dores musculares, irregularidades no ciclo menstrual e crises convulsivas como decorrentes do consumo destas drogas. Tais sintomas são compatíveis com dados de pesquisas realizadas com pessoas usuárias das referidas substâncias (KOLLER et. al., 2012; RIBEIRO et. al., 2012; HOCHGRAF; BRASILIANO, 2010).

Quando agente tá fumando pedra, agente tá maltratando o organismo. Comigo já tem 3 meses que eu não vejo menstruação. (...) Quando eu tô sem usar, ela vem normal, mas quando eu começo a fumar, fumar...fico só fumando, aí ela para de vir (Isa, usuária de crack e álcool, 33 anos).

Eu emagreci muito por causa do crack, eu tava acabada, agora que eu tô mais gordinha, mas eu tava acabada, bem magra mesmo...a pele e o osso (Lucinha, usuária de crack, 32 anos).

Eu...eu já usei drogas, fumei maconha e passei mal na rua...dei convulsão. Aí depois disso eu falei: Não usar mais não. Porque eu sei que tenho esse problema de coração e aí eu podia até morrer, né? Eu falei: Não vou usar mais (Índia, companheira de usuário de drogas, ex-usuária, 18 anos).

As mulheres associaram também a fase de abstinência com a ocorrência de alterações no seu estado de saúde. Relataram tremores, ansiedade, sudorese intensa, cefaleia e palpitações, que surgiram pela falta da droga, o que pode indicar a existência de dependência química.

Pra mim eu já tô dependente! Eu já acordo tremendo e tenho que tomar uma senão...é por isso que chamam de droga! (Pando, usuária de álcool, 33 anos).

A dependência química é definida como um agrupamento de três ou mais sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos no período de um ano, indicando que a pessoa continua fazendo uso de determinada substância apesar dos problemas significativos

relacionados a este uso. Os critérios ou sintomas que definem o diagnóstico da dependência química são 1) a tolerância, definida como a perda do efeito de uma droga devido a administração repetida ou a necessidade de aumentar a dose para obter o mesmo efeito; 2) a abstinência que é o conjunto de sinais e sintomas que surgem quando as concentrações de uma substância declinam no organismo de uma pessoa que manteve uso pesado e prolongado da substância, ou o uso da mesma substância para aliviar ou evitar os sintomas da abstinência; 3) o consumo frequente e em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido; 4) a existência do desejo persistente ou de esforços mal sucedidos para reduzir ou controlar o uso da substância; 5) o longo período gasto em atividades para a obtenção da droga para a sua utilização ou para a recuperação de seus efeitos; 6) abandono ou redução de atividades sociais, ocupacionais ou recreativas em virtude do uso; 7) o uso contínuo da droga apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que é causado ou exacerbado pela substância consumida (APA, 1994).

Todas as falas apresentadas são de mulheres que têm em comum um contexto socioeconômico desfavorável, marcado pela pobreza, o qual é ao mesmo tempo causa e consequência das limitadas condições de trabalho, baixa renda, moradia e nutrição inadequadas e dificuldades de acesso a bens e serviços como saúde e educação. Essa condição contribui para a exposição dessas mulheres a situações de violência, ao consumo e/ou tráfico de drogas e, conseqüentemente, alterações do seu estado de saúde. Nesse contexto, o consumo de substâncias psicoativas pode ser compreendido como causa ou consequência do comprometimento dos determinantes sociais do processo saúde-doença das entrevistadas.

Ao relatarem sobre seu estado de saúde, as depoentes deram ênfase a alterações físicas e mentais, patologias e sinais e sintomas de doenças. Soma-se a esta questão, os relatos que enfocam a necessidade por consultas médicas, medicamentos e internamentos, denotando a existência de um interesse pela cura dos sintomas atrelados à dependência química.

Tais características, ainda que sejam compatíveis ao modelo de atenção à saúde curativista e biologicista, ainda hegemônico na nossa sociedade, apontam para a noção de que a forma como as pessoas percebem sua saúde são influenciadas pela cultura e pela situação de classe. A importância e os significados dados ao processo saúde-doença são particulares e estão relacionadas às experiências pessoais (LANGDON, 1995).

Eu parei de usar e decidi ir pro médico e disse a ele pra passar logo um checkup pra mim, aí ele passou um bocado de exame. Eu fiz tudo e ele disse que tá tudo normal, graças a Deus. Só falta fazer o preventivo. Agora eu venho pro médico daqui. Eu venho nele pra ele me passar um remédio pra

mim, um remédio assim forte pra eu dormir (Lucinha, usuária de crack, 32 anos).

Eu quero me libertar, me desintoxicar! Eu preciso de um tratamento, de remédio... eu queria me internar pra me ver logo livre disso! Eu preciso voltar a cuidar dos meus filhos (Isa, usuária de álcool e crack, 33 anos).

Conforme apontado nas falas, as mulheres reconhecem abstinência e cura como sinônimos. Nesta perspectiva, buscam o serviço com a intenção de iniciar e/ou manter a abstinência para atingir a “cura”. De acordo com o discurso das entrevistadas e com observações diretas feitas no cotidiano do serviço, a cura representa libertação e salvação, sendo sustentada pela expectativa de resgate de funções inerentes ao papel social de mulher, usurpado pelo consumo de drogas. De acordo com o senso comum, o consumo de substâncias psicoativas é considerado incompatível com a identidade social feminina, que compõe a ordem de gênero vigente. Compreendido como resultado da adaptação feminina ao mundo moderno, em que têm conquistado espaços para além da privação do ambiente doméstico, o consumo de drogas por mulheres caracteriza-se como uma conduta em ascensão, que faz parte de um regime de gênero, que ganha força em diferentes instituições sociais como a família, a escola e o trabalho e que poderá ou não fazer parte de uma nova ordem de gênero.

5.2.2 Exclusão Social e Desorganização dos Vínculos Familiares e Afetivos

No discurso de todas as entrevistadas, o envolvimento com as drogas tem vinculação com a família. Algumas vezes a família é apontada como motivadora para o início do envolvimento com as drogas pelas ações de consumo e/ou participação na rede de tráfico, noutras os vínculos familiares são afetados por essas ações.

De acordo com Elsen (2004), a família se constitui numa unidade extremamente importante para a construção, formação e desenvolvimento social dos indivíduos que a compõem. É através da família, que valores, regras e costumes, modelos e padrões de comportamentos são transmitidos de geração em geração. A família é uma instituição privada, passível de vários arranjos, que tem a função de socialização primária dos indivíduos, estabelecendo um elo entre as variadas esferas da sociedade (SCHENKER; MINAYO, 2003).

Uma das entrevistadas, na condição de familiar, salienta que a situação financeira estável da família permitiu a manutenção dos vínculos familiares frente ao consumo de drogas adotado pelo filho. No caso específico, justifica o comportamento do filho por possíveis fragilidades na educação, vinculadas ao transtorno psiquiátrico apresentado pelo mesmo.

Ainda que considere a manutenção dos vínculos familiares, em seu depoimento, Mel menciona a existência de conflitos relacionados ao consumo de drogas pelo filho com os demais irmãos. Ademais, ela destaca, em diferentes momentos da entrevista, mudanças na sua relação conjugal, provenientes de enfrentamentos relacionados à conduta do filho, conforme trecho abaixo.

Minha vida mudou muito, muito mesmo. Até com meu marido mesmo, não é mais aquele amor, o sexo não é mais a mesma coisa. Tem sexo e tudo, mas não é mais como antes, antes tinha mais amor, era melhor. Tem dias que eu faço mesmo pra ele não se chatear, mas dizer que eu tenho vontade, eu não tenho. Ele também tem dias que tá tão triste, tão triste que fica ali no canto dele, quase não conversa, não me procura. Eu não tenho vontade de sair, saio pra levar ele (filho), mas se eu pudesse assim, eu ficava em casa (Mel, mãe de usuário, 56 anos).

No que concerne à dimensão familiar, diferentes estudos apontam a existência de aspectos que funcionam como fatores de proteção ou de risco ao uso abusivo de drogas. Dentre os fatores de proteção destacam-se a manutenção de vínculos familiares saudáveis, com o estabelecimento de limites e responsabilidades, apoio e afeto entre seus integrantes. Problemas de relacionamento entre pais e filhos, relações afetivas precárias e ausência de regras e normas claras dentro do contexto familiar, bem como o uso de drogas pelos pais, irmãos ou parentes próximos, situações de conflitos permanentes, dificuldades de comunicação entre pais e filhos constituem fatores de risco para o consumo abusivo de drogas (SCHENKER; MINAYO, 2005; SCHENKER; MINAYO, 2003; QUEIROZ, 2010; PRATTA; SANTOS, 2006; CID-MONCKTON; PEDRÃO, 2011).

As participantes desta pesquisa destacaram situações de violência praticada pelo pai ou companheiro, vinculadas ao consumo de drogas pelos mesmos e a ruptura dos laços familiares pelo não atendimento às regras impostas pelo regime de gênero, associadas à baixa condição socioeconômica, como principais motivações para o consumo e/ou para a participação na rede de tráfico de drogas, conforme trechos de relatos abaixo. Estes aspectos corroboram com os achados encontrados em estudos científicos, que abordam a violência, o consumo de drogas e as mulheres (BESSA; BOARATI; SCIVOLETTO, 2011; WOLLE; ZILBERMAN, 2011).

Meu pai bebia aí chegava em casa e batia em todo mundo! Ai agente ficava na rua, ficava injuriado porque apanhava em casa...ai: Bora tomá todas! Ai pegava a cachaça...tlá, tlá, tlá, tlá...virava toda! (fala sorrindo) Ficava lá bebendo mais de 2h de relógio... só bebendo. Ai depois eu comecei a vender (maconha, cocaína). Eu vendi desde uns 12 anos. Com doze anos eu vendia

porque meu pai largou minha mãe. Ela comia macarrão sem tempero, véio. Ali me doía! Eu disse: minha mãe, eu vou morrer, mas você não vai ficar nessa vida não (Pando, usuária de álcool, 33 anos).

Ai o crack entrou na minha vida assim, conheci o pai do meu filho, o pai do meu filho era vagabundo....vagabundo é modo de falar assim (era usuário de crack)... Aí minha mãe me botou pra fora, né? Ela disse que eu não ia parir filho de vagabundo dentro da casa dela não. Aí esse marido meu, ele era viciado em crack. Ai eu via ele fumando, fumando e não sentia fome. Aí ele pegava as comida toda que a mãe dele fazia pra agente e vendia. Aí um dia de curiosidade eu disse ai meu fio, eu to com fome, me de um pau ai pra ver! Aí foi que eu comecei a fumar pedra. (...) Usar pra passar a fome...ótaria! Se eu soubesse que ia ficar assim tinha escolhido morrer de fome (Isa, usuária de álcool e crack, 33 anos).

Na fala de Isa, o relacionamento com um homem usuário de crack, o prejuízo nos vínculos familiares, com perda de apoio da mãe e as condições socioeconômicas desfavoráveis desencadearam e sustentaram seu consumo de crack e a dependência química, encarada como um mal que a aprisiona e que restringe sua vida. O crack, na fala da entrevistada, é visto como uma possibilidade de sobrevivência ao mesmo tempo em que é culpado pela destruição da sua vida.

Na expressão “se soubesse que ia ficar assim, tinha escolhido morrer de fome”, a usuária se refere a uma “morte social” causada pelo consumo de crack, sendo considerada como mais grave que a morte do corpo. Neste caso, a morte social significa a perda dos seus direitos de cidadania e da capacidade de ser mãe, filha, esposa e trabalhadora. É ser destituída dos seus direitos e deveres sociais, sendo reduzida apenas ao consumo de crack e à marginalidade. Segundo Oliveira e Napo (2008); Selegim et. al., (2011); Ribeiro, Napo e Sanchez (2012) o consumo de crack interfere na dimensão individual da pessoa usuária, comprometendo seu relacionamento e inserção social através da fragilização e do rompimento dos vínculos sociais e familiares. (OLIVEIRA; NAPO, 2008; SELEGHIM et. al., 2011; RIBEIRO; NAPPO; SANCHEZ, 2012).

O comprometimento dos direitos de cidadania e da capacidade de socialização, bem como o início do consumo de substâncias psicoativas influenciado por familiares e amigos ou pelo contexto social evidenciado pelas entrevistadas remetem a um discurso de vitimização, o qual pode ser exemplificado no trecho abaixo:

(...) E a rua inteira fumava pedra...no cachimbo, na lata, no copo... Eu via todo mundo usando...minha mãe também usava, meus amigos usavam, todo mundo que eu me relacionava começou a usar. Ai eu falei: Ah, vou dar um pau também pra ver como é! Até na hora que eu me arrombei, né? E eu perdi a sociedade das pessoas... Porque quase ninguém confia em quem é usuário

assim, né? Quem usa crack pra eles é ladrão, é prostituta... (Florzinha, usuária de álcool e crack, 31 anos).

As mulheres se posicionaram como vítimas do crack e esta droga passou a ser sujeito das suas histórias. A substância ganha destaque em detrimento do sujeito que é ofuscado no processo do consumo, ou seja, na relação pessoa/droga, o ato de consumir o crack perde espaço para o crack como consumidor do sujeito, invertendo a estrutura sujeito consumidor e objeto de consumo.

O discurso de vitimização associado ao sofrimento pelo consumo se fez presente em todos os discursos, tanto das mulheres usuárias quanto das familiares. Para as usuárias, a vitimização está relacionada à estrutura de poder, que afirma a mulher como coadjuvante em suas decisões pessoais, enquanto que para as mulheres familiares destaca-se a estrutura de cathexis, que as afirma como pessoas solidárias e sofredoras quando prestam cuidados aos seus filhos e maridos usuários.

Ainda com relação ao discurso de vitimização identificado nas falas das entrevistadas, vale destacar o caso da entrevistada Pando, pelas suas especificidades na análise de gênero. Em sua fala, Pando justifica o início do consumo de bebidas alcoólicas e seu envolvimento com o tráfico, respectivamente, com a situação de violência doméstica que vivia e com a separação dos pais. No entanto, é possível perceber um movimento da usuária da posição de vítima para a posição de protagonista, ao assumir, de forma enfática, sua escolha por entrar na criminalidade.

Ser protagonista de um processo e assumir sua escolha são reconhecidos como características predominantemente masculinas e, neste caso, podem ser associadas à identidade sexual da entrevistada. Barcinski (2009), ao estudar mulheres com história pregressa de envolvimento com o tráfico de drogas apontou a intencionalidade e o protagonismo feminino no envolvimento com a criminalidade. Ainda que não contemple aspectos relativos à identidade sexual, a autora afirma que ao considerar as mulheres como agentes ao escolherem participar de atividades criminosas como o tráfico de drogas, abre-se a “possibilidade de se entender os diversos contextos em que mulheres figuram como perpetradoras da violência, subvertendo teorias e discursos acerca das relações de gênero e poder” (p. 585).

A fala de Pando aponta a mulher, ocupando uma posição de poder compatível à identidade masculina descrita pela ordem de gênero. Conforme apresentado anteriormente, Pando, mais do que assumir homossexualidade, incorpora a identidade masculina hegemônica

na sua adolescência, fase compatível com a separação dos seus pais. Ao expressar sua sexualidade de maneira contrária ao padrão imposto às mulheres e assumir o exercício de uma atividade criminosa típica masculina, desafia a estrutura de cathexis e a divisão sexual do trabalho, respectivamente definidas pela ordem de gênero.

A perda do provedor da família move a usuária na ocupação deste lugar por meio da realização de uma atividade também reconhecida como masculina. Com isso, Pando rompe com a ordem de gênero imposta, invertendo a lógica das identidades masculina e feminina e trazendo à tona uma conduta ousada inserida em um regime de gênero, que busca espaço e reconhecimento no âmbito familiar e comunitário.

Ao tentar negociar esta nova relação em âmbito familiar, tendo como justificativa o bem-estar dos entes queridos, ela refere sofrer rejeição da mãe e da irmã, o que a leva a uma crise pessoal, que sustenta o consumo abusivo de álcool. A manutenção de relações negativas e estressantes, a presença de conflito familiar excessivo e a falta de comunicação adequada são consideradas como as variáveis mais frequentemente relacionadas com o início e a manutenção do consumo de drogas por um dos membros da família (CID-MONCKTON; PEDRÃO, 2011).

Também são fatores que contribuem para o consumo problemático de álcool por Pando a manutenção das baixas condições sociais e econômicas após sua entrada para o tráfico e as dificuldades de aceitação da sua masculinidade no ambiente familiar.

Todo dia eu chego em casa ai tá minha irmã mandando em tudo, até em minha mãe. Não tem nada pra comer. Elas ficam assistindo o que elas querem...ai como é que eu vou assistir? Ai eu entro dentro do meu quarto e só tem minha cama, meu cachorro...(respirou fundo e baixou a cabeça). Eu queria mesmo era uma televisão pra eu sair daqui e ir pra casa assistir...sem a minha irmã mandar eu sair. As vezes dá uma raiva dela! Aí eu bebo mermo! Ela não gosta que eu bebo... Ela não é muito chegada como eu sou e fica falando lá um monte de coisa...que é pa eu parar, que eu sou vagabundo, não arranjo trabaio, não tenho dinheiro...ai fico logo nervoso e saiu logo...Eu gosto de mulher e tenho muitos problemas...pra você ver, minha irmã não gosta de sair comigo, só minha mãe que gosta, mas ela não sai muito mesmo assim... Às vezes eu acho que ela também não gosta de sair comigo (Pando, usuária de álcool, 33 anos).

As dificuldades socioeconômicas, os desarranjos familiares e o comprometimento das relações afetivas, motivados pelo consumo abusivo de álcool pelo companheiro foram citados por uma das entrevistadas. Para ela, o marido foi o grande responsável pelo início do seu consumo abusivo de álcool.

Ele recebia dinheiro e era tudo pra cachaça e pra colocar no banco. Eu fui auxiliar técnico de enfermagem e trabalhava num hospital. Eu também fazia trabalhos particulares cuidando de idosos em casa... Ai às vezes eu fazia aquele enxame! Levava a meninada e pedia pra ele sacar o valor que eu queria. 'Bora, saque tanto! Lá em casa não tem nada, as criança tão com fome, de pé no chão, nú, não tem nada!' (fala enfática). Tão parecendo filhote de mendigos. Estão pior do que ratos e ratazanas.' Aí ele ia, tirava o dinheiro e passava pra mim. Ou então quando ele ia beber eu ia e tirava o dinheiro dele todo pra ele não gastar tudo com cachaça. Pegava e ia comprar coisa pra dentro de casa. Tudo pra dentro de casa, se eu ainda não bebia, não fumava? (Lú, usuária de álcool, 56 anos).

Neste caso, a mulher relata uma situação ocorrida antes de ter problemas por uso nocivo de álcool, na qual ocupava um lugar de mediadora do sustento da família, ao forçar que o genitor exercesse sua função de provedor do lar, perdida com o consumo abusivo de bebidas alcoólicas. Neste período, a conduta de Lú reafirma a estrutura de poder e a divisão sexual do trabalho, definidas como hegemônicas, uma vez que garante a responsabilidade pela manutenção financeira do lar e da família como atribuição inerente à identidade masculina. O homem é visto como detentor do poder no ambiente familiar e a ele é cobrado o exercício da sua função, reforçando a ideia de superioridade masculina em relação à feminina.

É consenso na literatura de que o consumo problemático de álcool e outras drogas desencadeiam problemas individuais, sociais e familiares. O consumo abusivo de álcool pelo provedor gera a desorganização familiar, levando a esposa a buscar estratégias que forcem a manutenção da família, assumindo a administração das finanças e das responsabilidades familiares, sozinha. Muitas vezes, estas mulheres sustentam um discurso vitimizador, em que se mostram maltratadas e sofridas. Esta situação também pode desencadear a instalação de um sentimento depressivo, levando estas mulheres a experimentarem o consumo abusivo de álcool como uma tentativa de mostrar aos maridos como eles ficam (OLIVEIRA, 2009).

O final da fala de Lú sugere a compreensão de que o álcool foi capaz de retirar dela, assim como retirou do marido, a capacidade de administrar financeiramente o lar. Com o consumo abusivo de álcool, o sustento familiar torna-se deficiente pela necessidade que o(a) usuário(a) tem de perceber como mais importante a satisfação da sua dependência química. Assim, necessidades básicas como nutrição, moradia, higiene, vestimenta e lazer são relegadas ao segundo plano ou, simplesmente, reduzidas à satisfação pela droga.

Uma vez usuárias de drogas, as mulheres têm reafirmado um espaço de desvantagem social, que fomenta a marginalização e a exclusão, agravando o desgaste das relações com a família e dificultando o convívio social (MENDES; CUNHA; NOGUEIRA, 2011). Em consonância com esta afirmação foi possível identificar, na fala das depoentes, que as

mulheres usuárias de drogas estão submetidas à marginalização, sendo alvos de preconceito, além de enfrentarem dificuldades como desemprego e falta de moradia (OEDT, 2000).

O preconceito, reconhecido como um juízo pré-concebido que se manifesta numa ação discriminatória diante de pessoas, crenças, sentimentos e comportamentos, foi referido pelas mulheres usuárias de substâncias psicoativas. Elas declaram ter sofrido preconceito de familiares e de pessoas da comunidade, desencadeando sentimento de humilhação e exclusão. O preconceito também foi identificado na fala de mães entrevistadas, direcionados às outras mulheres usuárias de drogas. Neste caso, o sentimento gerado foi de vergonha.

Ele (o filho) estava com uma menina, tipo uma prostituta (fala baixo). Que eu fiquei com vergonha, com tanta vergonha que eu fiz de tudo pra o médico, que é meu amigo, não saber que ele tava com a menina, acredita? Pra você ver como a menina era... o jeito dela, as roupas...ela tava usando um top assim...era aquele tipo bem...era toda cheia de tatuagem, sabe como é? Não precisa nem perguntar pra saber quem era ela. Eu fiquei com vergonha. Ai depois que eu resolvi as coisas eu fui lá perto dela e falei com ela: Você tá precisando de alguma coisa? E aí dei assistência, dei tudo que ela precisava (Mel, mãe de usuário, 56 anos).

Me senti humilhada. Porque mesmo que eu estivesse bêbada, ela como minha filha, não era pra tá me chamando de bêbada. Era pra ela me dá o braço e me levar pra casa (Néia, usuária de álcool, mãe de usuário e traficante, 59 anos).

As pessoas falam: Ah, sacizeira!(...) Lá vai a cachaceira beber, alí! Mas eles falam o xingamento pra mim não é nem pro lado da droga, é mais pro lado da cachaça por que eles sempre me vêem mais bêba do que com os zoião de crack. (Florzinha, usuária de álcool e crack, 31 anos).

O preconceito e os estereótipos sustentados pela sociedade, direcionados às pessoas usuárias de drogas e mais fortemente às mulheres, geram segregação social e impõem sobre elas estigmas sociais, que as reduzem à sua conduta, considerada como indevida (OEDT, 2000). Os preconceitos e estereótipos acerca do consumo de drogas por mulheres são incorporados pelas participantes, compondo seus discursos de vitimização. Ao sustentarem sua condição de vítimas, as mulheres encontram dificuldades de se reafirmarem como sujeitos sociais, repercutindo, negativamente, na forma como se relacionam com outras pessoas dentro do contexto social onde vivem, traduzida pela desconfiança, falta de oportunidades e de credibilidade e dificuldades de acessar serviços de saúde.

O desemprego, a falta de moradia, de perspectiva e de chance de mudança diante da condição socioeconômica desfavorável e do consumo abusivo de drogas levaram algumas entrevistadas a submeterem-se à prática de atividades ilegais ou subempregos como

alternativa de garantia da sobrevivência diária e de sustento do consumo, conforme mostrado nos trechos das falas abaixo.

Eu? Eu faço reciclagem...quando nada já dá pra eu tirar um dinheirinho, né? Eu também sei fazer desinfetante, amaciante, detergente, sabão de lavar roupa daqueles cremoso, quiboa...aí eu faço e vendo (Lú, mãe de usuária de drogas, usuária de álcool, 56 anos).

Eu ia buscar muita droga na boca pros outros, aí geralmente me davam 30, 50 reais. Tipo bucha, entendeu? Uma vizinha lá mesmo me pedia pra eu buscar pedra pra ela. Ela me dava 100 reais e aí eu ganhava 50. Eu tinha muita vontade de fumar. Aí eu pegava e ia na boca comprar pra ela e em troca ganhava droga também. Às vezes também eu fazia bolo (troca de sexo por drogas)... fazia muito bolo... As vezes quando uma amiga minha me chamava pra beber, aí aparecia um rapaz... 'E esse bolo, Lucinha? Dou tanto!' Aí eu pegava e ia. (...) Eu já fiz bolo de 50, 70, 80, aí eu já botava dentro da minha casa pra não perder o dinheiro...era a maior onda! Era feio o negócio...eu já aprontei muito, tô te dizendo! (Lucinha, usuária de crack, 32 anos).

Trabalho de qualquer coisa! Ajudo um aqui, outro alí... Eu não tenho dinheiro pra botar guia, tenho que ajudar os outros. (pausa) Agora isso não adianta, não, coisinha! Eu trabalho, trabalho pra ficar botando dinheiro na mão de traficante! Com esse vício que eu tenho é isso que acontece! Trabalho, trabalho e depois fumo o dinheiro todo. Que adianta você trabalhar? Como vai ter um futuro na vida? O que adianta? (fala chorando) (Isa, usuária de álcool e crack, 33 anos).

O sistema econômico vigente condiciona as pessoas a ocuparem um lugar na sociedade que é definido pelo valor do seu trabalho. De acordo com Silva Jr. et. al. (2012) a exposição ao desemprego ou a realização de atividades informais sem a garantia de renda suficiente para satisfação de necessidades básicas como alimentação saudável, moradia, lazer e transporte, além do acesso a bens de consumo e serviços como saúde e educação, somados ao uso de drogas, colocam estas mulheres à margem da lógica social de consumo, que rege a sociedade. Esta condição gera um sentimento de inutilidade social, que retroalimenta as dificuldades de relacionamento interpessoal e o consumo problemático de substâncias psicoativas.

5.2.3 Vítimas e Algozes: O Envolvimento de Mulheres com as Drogas e com a Violência

Esta categoria aborda a mulher usuária de drogas como vítima e como agressora, havendo relação entre estas duas posições em situações de violência e o tipo de droga

consumida. O discurso das entrevistadas evidenciam situações de violências decorrentes do consumo e/ou tráfico de drogas ocorridas no espaço privado e público, associados à condição feminina.

A ocorrência de situações de violência associados ao consumo problemático de drogas é consenso na literatura, sendo diversos os estudos que apontam a violência contra a mulher, geralmente cometida por seus parceiros íntimos, usuários de drogas (MUSAYÓN et. al., 2007; REIS et. al., 2013; GADONI-COSTA; ZUCATTI; DELL'AGLIO, 2011). De um modo geral, as mulheres entrevistadas relataram que a violência sofrida era praticada por pessoas do sexo oposto, reproduzindo padrões historicamente construídos, no qual as drogas aparecem como um fator que reforça o poder masculino sobre as mulheres, conforme mostra trechos das entrevistas.

Olhe, eu me casei a primeira vez ele era alcoólatra, bebia muito. E a bebida dele era uma bebida muito violenta, violentíssima. Quebrava tudo dentro de casa, me batia. A cicatriz no pé já sumiu, mas o corpo é cheio de cicatriz. Era garrafada, cortou por aqui assim, aqui assim (aponta para os braços, para o tronco). (...) Ele chegava em casa bêbado, fazendo a pior miséria. Eu sofri muito com aquele homem (Lú, usuária de álcool, 56 anos).

Ele me batia... Se eu fizesse programa e não desse o dinheiro a ele, ele me batia. (...) Ele me batia, me batia mesmo. Ele pegava o dinheiro para usar droga (Índia, companheira de usuário de drogas, ex-usuária, 18 anos).

O depoimento das entrevistadas reproduz, principalmente, as desigualdades de gênero relacionadas ao sexo masculino e feminino. Neste caso, o consumo de drogas pelo companheiro reforça a estrutura de poder definida pela ordem de gênero que naturaliza a condição de inferioridade da mulher e a perda da autonomia sobre si mesma, criando entre eles uma relação de dependência, onde ele determina, utilizando-se da força física, o que ela deve fazer.

A condição de usuária de drogas, vivendo em situação de rua, parece impor às mulheres a parceria com homem usuário de drogas como mecanismo de proteção para adversidades relacionadas ao contexto das ruas e ao fenômeno das drogas. Contudo, ao associar sua proteção e segurança com a presença da figura masculina, as mulheres reafirmam o poder masculino, garantindo a manutenção da estrutura de poder, pela posse sobre suas decisões e sobre seu corpo.

Em sua entrevista, Índia revela fazer consumo de drogas e praticar a prostituição desde a infância, reproduzindo condutas adotadas por sua mãe, vivendo em situação de rua.

Índia naturaliza a prostituição como um trabalho que lhe garante o sustento diário. Ela revela que era obrigada por seu companheiro a atuar no mercado sexual para garantir o consumo de drogas por ele. Neste contexto, a relação estabelecida com o companheiro modifica a estrutura de divisão sexual do trabalho e a estrutura de cathexis definidas por Connel (1987) dentro da ordem de gênero, pelo fato de a mulher realizar uma atividade rentável e excludente fora do domicílio, exercendo, de maneira diferenciada, sua sexualidade.

Antes de conhecer ele eu fazia programa. Fazia porque não tinha como se alimentar, comprar uma merenda, sabe? Depois que agente ficou junto eu parei de fazer. Ai depois ele me disse: “Ah, vai arrumar dinheiro pra mim aí, pra eu usar droga, senão eu vou lhe bater!” Ai eu pegava, chegava na Praça da Sé e ia fazer programa e dava o dinheiro tudo a ele, só ficava com um trocado. (...) Eu me sentia explorada, mas eu gostava muito dele (Índia, companheira de usuário de drogas, ex-usuária, 18 anos).

A situação descrita por Índia caracteriza o que a literatura define como exploração sexual de adolescentes, a qual é tratada dentro da temática violência sexual. A violência sexual é definida como qualquer atividade entre um(a) adolescente e uma outra pessoa com quem o(a) adolescente mantém uma relação de responsabilidade, confiança ou força, em que se dá o uso do corpo do adolescente em troca de dinheiro, satisfação de necessidades básicas e/ou de consumo. A lógica de mercado faz-se presente nesta atividade uma vez que as pessoas podem arcar com suas necessidades financeiras, dando a esta prática uma dimensão laboral. A venda do corpo para fins sexuais por crianças e adolescentes pode estar relacionada a aspectos da dimensão pessoal, social e familiar do(a) jovem que a executa, sendo uma experiência presente nas suas vidas e, portanto, constituinte da sua identidade (DUTRA-THOMÉ; SANTOS; KOLLER, 2011).

Estudo realizado com crianças e adolescentes em situação de rua identificou a vulnerabilidade para a exploração sexual entre eles, como mais um fator que acometia suas vidas. A situação de vulnerabilidade social, com vínculos familiares rompidos ou desgastados, a vida nas ruas, as evasões escolares, a prática de delitos e o uso abusivo de drogas, contribuem para o progressivo processo de exclusão social e ausência de direitos básicos, de modo que a prática da prostituição torna-se uma forma de atuação como sujeito social e uma alternativa para a aquisição de recursos financeiros e satisfação das necessidades individuais (BELLENZANI; MALFITANO; 2006). Os resultados deste estudo corroboram com a situação descrita por Índia em seu depoimento.

Para além da exploração sexual, situações de violência física, sexual e psicológica

entre casais também surgiram na fala de mulheres usuárias de álcool e de crack, demarcando uma relação direta entre o consumo específico de uma das drogas e a posição de agressora e vítima da violência. De maneira geral, as mulheres que fazem consumo problemático de álcool apenas relataram serem vítimas frequentes de violências física e sexual, associadas ao seu estado de embriaguez. Por outro lado, as mulheres usuárias de crack, independente de serem também usuárias de álcool, trouxeram relatos, manifestando intenso desejo, ou ainda, protagonizando situações de violência, principalmente, contra seus companheiros, em resposta às violências vividas anteriormente.

A associação entre o consumo de álcool por mulheres e a sua exposição a situações de violência sexual é destacada no trecho abaixo:

(...) Porque uma pessoa que tá vendo uma mulher bêba e fica querendo encarnar, se não for pra roubar, é pra se aproveitar (abuso sexual). Eu também já fui muito roubada assim, já apanhei também... Aí a pessoa vai dormir na rua bêba aí na hora que você dorme, ele vai ali... dali já quer se aproveitar na rua mesmo! Isso já aconteceu muito comigo! Não só comigo como com muitas por aqui! Muitas...conhecidas e desconhecidas...tudo por causa da cachaça, da cachaça e da droga também (Ninha, usuária de álcool, 33 anos).

Em sua fala, Ninha faz referência à sua condição feminina, que a torna vulnerável à violência sexual quando sob efeito desta substância. Estudo realizado por Baltieri e Cortez (2009) e Wolle e Ziberman (2011), confirmam que mulheres alcoolistas tornam-se mais vulneráveis à violência sexual praticada por homens que interpretam reações do efeito desinibidor do álcool como uma forma de sedução e à violência física praticada por seus parceiros. Neste caso, a droga reafirma a estrutura de poder da ordem de gênero, enfatizando a submissão da mulher em relação ao homem e colocando-a como objeto sexual. Ainda que apresente uma linguagem que denota vitimização e completa submissão à vontade masculina, o discurso de Ninha aponta para a existência de uma construção social, que considera a mulher alcoolizada e a disponibilidade sexual como elementos complementares.

Estudos nacionais realizados sobre a relação entre uso de álcool e violência contra a mulher contemplam a violência doméstica, física e sexual, sofrida quando os parceiros estão sob efeito da referida droga. Estes estudos abordam também a ocorrência de violência física e sexual como fator de risco para o desenvolvimento do alcoolismo em mulheres, gerando um círculo vicioso, em que a mulher traumatizada desenvolve abuso/dependência de substâncias, tornando-se mais vulnerável à condição de vítimas (ADEODATO et. al., 2005; CESAR, 2005; VIEIRA et. al., 2008; DEEKE et. al., 2009; GADONI-COSTA; ZUCATTI; DELL'AGLIO,

2011; WOLLE; ZILBERMAN, 2011).

A entrevista de Pando, também alcoolista, apontou diferenças em relação à entrevista de Ninha. Ao se auto afirmar como homem e inverter a estrutura de poder tradicional que enquadra homens e mulheres às suas respectivas identidades masculinas e femininas, Pando cria um mecanismo de proteção a situações de violência física e sexual associadas ao seu estado de embriaguez.

Também se configura fator de proteção às violências vinculadas ao consumo de álcool, a escolha pelo ambiente onde será realizado o consumo desta droga. O consumo de álcool dentro do ambiente doméstico é uma forma de proteger-se moralmente, evitando-se comentários depreciativos da vizinhança.

Eu bebia todo dia. Se eu tivesse dinheiro eu bebia de segunda a segunda...bebia dentro de casa. Ninguém me via em bar, porque eu não ia. Eu bebia dentro de casa. O bar que eu comprava era na frente da minha casa. Eu da porta, era só eu gritar o menino e mostrar a garrafa que ele me levava lá em casa (Néia, usuária de álcool, mãe de usuário e traficante, 59 anos).

O consumo de bebida alcoólica dentro do ambiente doméstico caracteriza o alcoolismo feminino. Optar estar só para o consumo desta droga revela certo controle sobre o seu alcoolismo, do ponto de vista da autopreservação do seu corpo, da sua imagem diante dos outros e das imagens que as mulheres alcoolistas têm de si mesmas (CESAR, 2005).

O comportamento de escolher o ambiente doméstico para fazer uso de substâncias psicoativas também foi percebido entre as usuárias de crack. As usuárias desta droga, que estão em situação de rua, também relataram escolher lugares reservados para fazer o consumo, sempre na companhia do parceiro sexual, além de afirmar evitar guardar consigo a droga e utensílios para o seu consumo como cachimbo e papel laminado. Ao evitar portar estes objetos, se protegiam não somente da exposição de assumir-se consumidora desta droga, como também se protegiam de sofrer violência de policiais, caso fossem pegas fora da cena de uso.

Eu fumava mais de noite. Eu não fumava de manhã, de tarde não... Se eu pegasse R\$ 10 ali, eu guardava, aí depois eu pegava mais 15, aí guardava... Eu ia guardando as pedras de crack pra poder usar tudo de vez, uma atrás da outra. Eu pegava o dinheiro, comprava a droga e guardava, comprava e guardava, aí quando dava de noite já, assim 1h da manhã, quando tava todo mundo dormindo, aí eu me internava num quartinho no fundo de minha casa. Meu marido também me dava muito dinheiro pra usar droga. Ele me dava pra eu não sair pra rua. “tome aqui ó, compre sua poha e fume.” Ele fazia isso pra eu não ir pra rua, porque eu só vivia na rua. Largava eles tudo só

(marido e filhos) e me picava pra rua. Ai ele decidiu fazer isso. Ai eu pegava o dinheiro da minha droga na mão dele e começava a fumar, fumar, fumar, fumar... Ai quando acabava eu ó! Saía pelos fundos, e ele nem via eu sair (sorri) (Lucinha, usuária de crack, 32 anos).

Eu uso mais com ele (parceiro). Eu já paguei até hotel pra a gente usar droga... Quando tem dinheiro eu pago, quando não tem, a gente dá um jeitinho...sempre dá! Agora depois eu não guardo cachimbo, não guardo lata, não fico com pedra pra usar mais tarde, nem nada disso...não guardo nada! Eu joga tudo fora! Na hora eu faço outro, compro, arrumo um tubinho, arrumo um pedaço de lâmina, compro um copo de água mineral... Aí eu uso e quando cabar, cabou! Eu joga tudo fora! Senão toda hora agente fica se lembrando daquilo né? Ah sim, sem falar da polícia, ne? Se der alguma merda eu não tenho nada na mão...só o efeito no juízo! (sorri) (Florzinha, usuária de álcool e crack, 31 anos).

As ações adotadas por Florzinha frente ao consumo de crack constituem ações de redução de danos, conforme preconizado pela Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA, 2010). Ao evitar guardar consigo cachimbos e pedras de crack, a usuária também revela ter um melhor controle sobre seu uso, além de evitar o compartilhamento de cachimbos e, conseqüentemente, a transmissão de doenças. Ribeiro, Sanchez e Nappo (2010) identificaram estratégias semelhantes adotadas por usuários de crack para redução dos possíveis danos sociais e individuais causados pelo uso.

A fala de Florzinha aponta para o risco de violência física cometida por policiais contra pessoas usuárias de drogas e em situação de rua no Centro Histórico. Ser mulher, usuária de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas e estar em situação de rua são fatores que contribuem para a condição de vulnerabilidade feminina a agravos sociais e de saúde como a violência, conforme apontado por Prates, Prates e Machado (2011). Como estratégia de proteção, Florzinha mantém relacionamento afetivo com um homem negro e alto, usuário de álcool e crack, que representa a figura de poder e respeito na comunidade.

A parceria com um homem com estas características ao mesmo tempo em que protege Florzinha contra situações de violência cometidas por outros homens que convivem em condição de vulnerabilidade social semelhante à sua, a expõe a situações de violência cometidas pelo próprio companheiro. Ela afirma sofrer violências apenas do parceiro e da polícia, ocupando uma posição mais vantajosa em relação às demais mulheres usuárias de drogas, que não têm um parceiro fixo.

Só foi com ele mesmo...Porque desses drogado de cachaça, de crack da rua, nunca sofri nada não...Já sofri da polícia! Da polícia já sofri! Das vezes que eu tava bêba e a polícia me pegar pra eu poder jogar minha cachaça fora e eu

dizer um bocado de desaforo e ele por ter o poder dele, não querer me escutar e ai partir pra cima, me dar tapa, me dar bicuda! Mas fora disso...pra maloqueiro, de sacizeiro, vim me bater, nem traficante...nunca passei por isso não (Florzinha, usuária de álcool e crack, 31 anos).

Ainda com relação às mulheres usuárias de crack, os depoimentos das entrevistadas revelam mudanças no exercício de sua sexualidade e na relação com seu companheiro e com outros homens da comunidade. Ao consumir crack, as mulheres passam de vítimas a algozes, protagonizando cenas de violência contra seus companheiros não usuários. O crack é uma droga demonizada pelo senso comum e as pessoas usuárias, sejam homens ou mulheres são socialmente vistas como capazes de protagonizar atos antissociais, como cenas de violência e agressividade (SANTOS; ACIOLI NETO; SOUSA, 2012).

Para as mulheres usuárias de crack cujos companheiros não são usuários, a referida droga é apontada como objeto capaz de inverter a estrutura de poder entre os sexos, retirando-as da condição de vítimas de violência física e psicológica e colocando-as como protagonistas de atos de violência contra eles.

Minha filha dizia: ‘Pô, mãe! A senhora já vai fumar? Você vai brigar com painho de novo!’ Eu brigava muito dentro de casa, brigava muito com meu marido. Ele vinha me bater, eu não deixava aí rolava faca, rolava fogo...Teve uma vez que eu botei fogo nele, piquei ferro quente nele...já fiz cada coisa horrível com ele! Já joguei também água quente...já fiz coisa que Deus duvida! (Lucinha, usuária de crack, 32 anos).

Me bater? Ele é doido de me bater? Aiai...eu tenho ódio dele mas não é por isso não. As vezes um murro na cara é melhor do que certas coisas que a pessoa faz... Ainda não matei ele dentro de casa não sei nem porque. Aquele imbecil! Ele pensa que a minha casa é dele! Fica mandando eu sair de dentro de casa por que a casa é dele. Eu vou armar uma pra ele pra ele ver...vou aprontar uma com ele bem aprontado! Eu sei o que é recuperar minha vida...ele quer casa? Ele vai ficar com a casa... Vou tocar fogo com ele dentro...só vou tirar meus filhos... Ele não me dá nada mesmo... (Isa, usuária de álcool e crack, 33 anos).

Até o dia que ele me toca2r a mão e eu pegar e ‘vup’, tocar fogo nele e ele morrer logo de uma vez. Jogar um álcool pelas costas, queimar a cara, lascar a cara dele toda...ai! (...) É o que acontece quando a pessoa tá cheia de cachaça...cria coragem onde não existe! (Florzinha, usuária de álcool e crack, 31 anos).

A associação entre o uso de crack e comportamento violento é apontada na literatura, embora não haja abordagens específicas entre os sexos. O aumento da agressividade e a prática de atos de violência estão relacionados com a fissura, definida como um forte impulso para utilizar a droga e com os sintomas paranoides, caracterizados principalmente por ideias e

delírios persecutórios, que prejudicam a percepção da realidade (CHAVES et. al., 2011; SANTOS Jr.; FIKS, 2012; SANTOS; ACIOLI-NETO; SOUSA, 2012; OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

Além de levar as mulheres a protagonizarem atos de violência, o crack, segundo a fala das entrevistadas, lhes garante poder sobre seu corpo, deslocando-as da condição de vítimas de abusos sexuais e de chantagens do companheiro, para a condição de negociadoras de atividades sexuais em troca da droga (CHAVES et., al., 2011; RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010; NAPPO; SANCHEZ; RIBEIRO, 2012). O exercício da autonomia pela mulher na realização de uma atividade considerada de risco e a possibilidade de negociar o tipo de sexo ao qual ela se dispõe a realizar, lhe garante poder na relação com o outro que é capaz de cumprir o acordo estabelecido sem submetê-la à violência física ou sexual. Esta situação revela um regime de gênero estabelecido na relação de mulheres usuárias de crack com homens também usuários, apontando alternativas de negociação das relações de poder entre os sexos e do exercício da sexualidade.

Bolo é quando um homem quer transar com a gente aí ele pega e dá o dinheiro ou então a droga. Bolo é isso...(pausa) Aí eu ia...agora eu não chupava o pau, detesto chupar o pau, tenho nojo. Aí tinha cara que não queria assim, aí eu não ia também... Eu também não gosto de dá o cu não... Aí tinha cara que também não queria. Às vezes chegava na hora e eu dizia que não queria, aí o cara ia e me dava meu dinheiro e mandava eu ir embora. Já fiz muito bolo, fia, pra poder fumar essa droga, muito bolo mesmo. Eu ficava na boca, aí os próprios caras que me conheciam diziam que eu era do bolo. Ou então, quem chegava na boca me perguntava: 'E aí, negona, você é do bolo?' 'Bolo de quanto?' 'Bolo de 30, vai?' Aí eu digo vou, aí eu ia. Aí eu dizia: Olhe...só faço isso, isso e isso. Aí ele: Tá bom! (Lucinha, usuária de crack, 32 anos).

Os dados apresentados nesta categoria evidenciam, principalmente, a relação entre o tipo de droga consumida pelas mulheres e a sua condição de vítimas ou de protagonistas de atos de violência. Mecanismos de proteção à violência foram destacados nos depoimentos das mulheres quando se encontravam na condição de vítimas. A análise de gênero e elementos da Teoria de Gênero e Poder puderam ser correlacionados às especificidades das repercussões identificadas a partir dos envolvimento das mulheres com as drogas.

5.2.4 O Desafio da Maternidade para Mulheres Envolvidas com Drogas

As informações contidas nesta categoria enfocam a preocupação com o exercício da maternidade destacada no discurso de todas as entrevistadas, com diferenças para as mulheres

identificadas como usuárias de drogas e para aquelas que são mães de homens usuários de drogas.

A maternidade é reconhecida e naturalizada como função inerente à identidade feminina, não apenas pela função reprodutiva, mas também pelas ações de cuidar, educar, amar e proteger a prole, independente de variáveis como o número de filhos, classe social, raça/cor, idade. Nas representações culturais da maternidade, a mulher no papel de mãe, deve abdicar-se de si mesma e de sua vida em detrimento do outro (PATIAS; BUAES, 2012). Essas ideias constituem a ordem de gênero vigente sobre a maternidade na sociedade brasileira de um modo geral e em várias outras sociedades do mundo. Nesta ordem de gênero, a mulher que não atende as funções da maternidade sofre discriminações e autocondenação.

Nesta pesquisa, duas participantes identificadas como usuárias de drogas e que afirmaram não ter filhos mencionaram a incompatibilidade entre ser mãe e ser usuária de substâncias psicoativas, conforme trecho abaixo.

Eu não tenho filho, não! Nem tenho vontade de ter, por enquanto. Se eu tô aqui, tô alí, fico bebendo, bebendo do jeito que eu bebo por aí pelo mundo, como posso ter filho? (Ninha, usuária de álcool, 33 anos).

Fator importante a ser destacado com a fala acima é que a mulher expressa vontade de não ter filhos, indo de encontro à identidade feminina da ordem de gênero. Ser mulher e ter filhos são socialmente considerados elementos complementares e indissociáveis dada a capacidade de reprodução atribuída à figura feminina. Esta construção social, que tem raízes na esfera religiosa, é sustentada pelas demais instituições sociais. Ao relatar que não tem vontade de ter filhos devido ao consumo de drogas e à condição socioeconômica, Ninha aponta para mudanças nos padrões sociais, que passam a permitir à mulher a escolha de ter ou não ter filhos, criando um novo regime de gênero.

As mudanças nos papéis sociais das mulheres, impostas pelo mundo moderno trouxeram novos significados para as experiências femininas, desencadeando mudanças nos padrões tradicionais da maternidade (SCAVONE, 2001). A opção das mulheres por não ter filhos é um fenômeno crescente nas sociedades ocidentais, embora não seja uma realidade vivida por todas as mulheres. A escolha por não ser mãe está diretamente associada ao contexto histórico, econômico, social e cultural em que as mulheres estão inseridas (PATIAS; BUAES, 2012).

Ainda que existam diferenças entre ter filhos e exercer a maternidade, as entrevistadas reconhecem estes dois elementos como sinônimos, de modo que o exercício da maternidade é

obrigatoriamente condicionado pela geração de um novo ser. Badinter (1985) chama de maternidade ou gestação, a possibilidade de toda mulher gerar fisiologicamente uma vida e de maternagem, o cuidado com as demandas básicas de uma criança, constituído ao longo do processo de responsabilização pelo ser humano gerado.

Ter filhos e assumir-se como incapaz de praticar a maternidade, de acordo com o discurso das entrevistadas gera para as mesmas uma situação de crise permeada por sentimentos de culpa e sofrimento. Esta crise é agravada por fatores como a idade da prole numa relação inversamente proporcional, de modo que quanto menor a idade dos filhos, maior os sentimentos de culpa e sofrimento, mediante as necessidades de cuidados e dependências inerentes ao ser humano na primeira fase de vida (infância), as quais a priori devem ser supridas pela mãe.

Ao relatarem sobre suas crianças, as mulheres referiram sentimentos de culpa e de frustração consigo mesmas por não conseguirem se encaixar no perfil de “boa mãe” cobrado pela sociedade. Destacaram ainda, que essa situação gera sofrimento duplo, para ela e para os filhos, conforme evidenciado nos trechos abaixo:

Meus filhos? Ah, quem mais sofre é eles, né? Que são crianças. Enquanto a mãe tá atrás de pedra, as criança fica na rua...você some 2, 3 dias, ano, meses e sua família tá virando caco... Começa com bebida, com amigo, isso e aquilo, mas você não dorme, não come, não cuida dos filhos, não faz questão... (silêncio e choro). Às vezes dá vontade de me matar quando eu olho pra meus filhos e eles não têm o que comer... Eu queria me desintoxicar... (fala chorando e pausa). Eu já vendi minha comida pra beber e pra fumar...por isso que minha mãe briga comigo. Porque às vezes eu fico passando fome com meus filhos e tiro comida de dentro de casa pra vender. É muito triste, muito mesmo! É coisa do diabo! Nem sei o que dizer... (fala chorando) (Isa, usuária de álcool e crack, 33 anos).

Olhe, eu perdi até a bolsa família! Perdi porque eu não ligava, não levava meu filho pra creche nem pra escola por causa da cegueira da droga. Eu usava muito e aí larguei tudo de mão. Eu não cuidava de nada não, coisinha. Não queria saber de casa, nem de filho, nem de marido, não queria saber de nada, só da droga! (Lucinha, usuária de crack, 32 anos).

Diante da cobrança social de serem responsáveis incondicionais pelo cuidado e educação de seus filhos, as mulheres entrevistadas reafirmam em seus discursos sua condição de vítimas da droga, transferindo para a substância de abuso a culpa pelo fracasso no processo da maternagem. Segundo elas, o cumprimento do papel social de ser mãe passará a ser possível a partir da interrupção do consumo e da cura da dependência química, confirmando a incompatibilidade entre o uso abusivo de drogas e o exercício do papel maternal.

Conforme apontado por Olivio e Graczyk (2011), em pesquisa realizada com

mulheres usuárias de crack, foi evidenciado que a maternidade, vista como característica inata à identidade feminina e à dependência química de mulheres, encarada como um comportamento desviante, incompatível, o ser mulher acarrete uma dualidade de significado para maternidade que oscila entre a ideia de boa mãe e de mãe anormal.

Galera, Roldán e O'Brien (2005), em seus estudos sobre o papel maternal e a vivência de mulheres no contexto das drogas e da violência apontam que da mesma forma que o contexto social e familiar podem contribuir para o início do consumo de drogas por mulheres, os desarranjos familiares com o comprometimento dos vínculos afetivos podem comprometer o desenvolvimento da identidade materna — socialmente esperada para elas — por mulheres usuárias de drogas. Muitas vezes, a pouca estrutura psicológica para assumir a responsabilidade materna, que lhes é cobrada, representa a origem dos conflitos pessoais dessas mulheres.

De acordo com Badinter (1985), culturalmente falando, a maternidade e o amor que a acompanha estariam inscritos desde toda a eternidade na natureza feminina. Ela destaca ainda que a mulher é feita para ser mãe e, mais precisamente, uma boa mãe. Logo, toda mulher que não se enquadre nesta máxima, é analisada como uma questão patológica.

Desafios para o cumprimento do papel maternal também foram apontados nos depoimentos das mães de homens usuários de drogas entrevistadas. Ao incorporarem a identidade de cuidadoras, estas mulheres reforçam o seu papel social e alimentam um sentimento de superação e força, que reduz a importância do autocuidado em detrimento do cuidado prestado ao outro, para sua melhoria, libertação e cura. Ao serem questionadas sobre sua saúde, as mães de usuários de drogas negaram a existência de problemas, apontando, em seguida, a existência de um sentimento de dependência entre mãe e filho, que permanece, mesmo após sua maioridade. O cuidado e a abdicção da própria vida pela vida do filho foram identificados nas falas das depoentes.

Não. Não tenho nada. A última vez que fiz exames deu tudo normal. Tem até um tempo que não vou ao médico... Eu vivo pra ele (filho) (Dete, mãe de usuário, 61 anos).

Não, tirando a tristeza... Sinto que tenho que ter força pra poder cuidar dele porque é muito difícil, muito difícil mesmo. Pra você tirar um filho das drogas você tem que se dedicar, você tem que isolar sua vida e passar a viver aquilo ali, porque senão você não tira não (Mel, mãe de usuário, 56 anos).

As falas acima reafirmam a ideia de devotamento absoluto ao cuidado do filho, característico da noção tradicional da maternidade, conforme define Badinter (1985).

Baseadas nesta noção conservadora, as mães dos usuários de drogas apresentaram um discurso de vitimização e sofrimento pelo cuidado com o filho, atrelado à necessidade de justificar o cumprimento do seu papel de mãe na educação e construção dos seus filhos como “cidadãos de bem”. O significado de ser uma “boa mãe” vai de encontro ao atual consumo abusivo de drogas feito pelo filho e este comportamento por sua vez, está presente no imaginário social, como um desvio de conduta, resultado da má condução da educação dada por elas.

O conflito pessoal vivido pelas entrevistadas na condição de mãe de uma pessoa usuária de drogas foi revelado em seus discursos contraditórios, nos quais o cuidado prestado ao filho usuário parece estar associado à tentativa de reparo de um erro no exercício da maternagem. Em alguns momentos da entrevista, essas mulheres assumem culpa pela condição do filho e noutros momentos, a nega.

Eu e meu marido nos achamos culpados porque a gente mimou ele demais por causa da doença. Ele tem dislexia. (...) Hoje em dia todo mundo critica. A gente fica triste com os comentários, mas a gente tem que ser forte, só isso. As pessoas ficam falando: ‘Tá vendo, uma criação cheia de coisa, cheia de frescura e vai e acontece isso. Ai outro já diz: Que nada, isso é culpa dos pais que não educaram direito, não deram disciplina.’ Adoram falar! Ai pra falar todo mundo sabe educar, todo mundo sabe criar! É como se fosse culpa da gente, agente é como se fosse a culpada pela situação do filho. Lá em casa diziam que eu passava a mão na cabeça. Como eu que cuidava dele, eles achavam que não, que eu tinha que deixar pra lá, que ele não ia ficar bom. E eu tenho certeza que ele vai ficar bom, ele vai ficar bom (Mel, mãe de usuário, 56 anos).

Eu não me sinto culpada, porque eu fiz de tudo pra não acontecer isso. Agora, meu marido acha que ele tinha que ter evitado, que ele tinha que ter percebido (Mel, mãe de usuário, 56 anos).

Como consequência do conflito vivido, todas as mães de usuários revelaram dificuldades em lidar com o consumo dos filhos e com as diversas situações decorrentes deste consumo. Na tentativa de exercer a maternidade, elas vivenciam alterações no sono, na pressão arterial, reações de choro, depressão e sentimentos de culpa, impotência e medo, dentre outras alterações.

Eu me preocupo muito com ele. É muito difícil uma mãe passar o que eu passo. (...) Eu tenho pressão alta. Eu passava mal direto! Ai depois comecei a controlar com remédio. (...) Eu tive depressão. Tive que fazer tratamento também. Eu chorava, eu queria morrer, queria ficar sozinha, isolada, sem ninguém, não queria trabalhar, não queria comer, não queria tomar banho, ai depois eu fui pro médico e pronto...médico, oração, com força de viver...

(pausa). Uma época mesmo eu tava com suspeita que tava com câncer no útero, aí eu comentei com meninas da farmácia, mas eu não tinha certeza...aí eu comentei com elas, ai as meninas foram e comentaram com André. Oushi, pra quê? Ele me ligou desesperado! (...) Aí um dia orando eu pedi a Deus: Eu sei que eu não tô com câncer. Mas se for um câncer pra libertação de André que eu esteja. Eu orava pra que qualquer doença que ele me desse, se fosse pra libertação dele, que eu tivesse a doença, que depois eu ia me curar. Mas graças a Deus eu fiz todos os exames e não foi cancer, graças a Deus. Só que eu fiquei desesperada, eu chorava muito, eu comecei a emagrecer, só que depois que eu fiz as biopias eu descobri que não era, meu útero estava bastante alterado (Lia, mãe de usuário, 43 anos).

Fico preocupada né? Como é que fica tranquila? (...) Ele já andou armado, e agora depois dessa ameaça eu fiquei com mais medo ainda. Eu sofro muito! Também com uma situação dessa qual é a mãe que não sofre? (Néia, usuária de álcool, mãe de usuário e traficante, 59 anos).

Tem uma tia minha que não aceita. Não aceita que eu corra atrás, que eu venha ver, ela quer que eu largue de mão, mas eu não vou largar. Não adianta ninguém dizer que não, que não...não adianta, eu vou atrás. Na situação que ele está eu vou atrás. Eu disse a ele: Eu nunca vou desistir de você! Não adianta, eu nunca vou desistir! (pausa) Eu não vou desistir dele, porque eu sou mãe, se eu desistir mais tarde eu vou pagar o preço, então eu tenho que correr, eu tenho que lutar, ate o dia que Deus disser: Olhe Lia, chega, já deu, é o final... É isso mesmo, vou ter que encarar a realidade até o dia que Deus disser chega, acabou, é o final...aí pronto! (pausa) (Lia, mãe de usuário, 43 anos).

O depoimento de Néia, especificamente, aponta para a associação direta entre o consumo de drogas feito por ela e pelo filho. A desunião familiar e o envolvimento de seu filho com o consumo e tráfico de drogas são apontados por ela como um dos fatores que impulsionou e sustentou o consumo de bebidas alcoólicas por ela. O consumo de álcool, por sua vez, também configura fator gerador de intenso sofrimento para a entrevistada por ser mulher e por ter idade considerada compatível com a fase da terceira idade. O consumo de álcool em si, surge, neste caso, como uma repercussão para a sua saúde e funciona como instrumento estabilizador do humor e mecanismo de abstração de um problema familiar julgado como impossível de ser solucionado.

Eu me sinto muito mal, ando pensando muitas besteiras (...) eu acho que eu não quero mais viver porque meus problemas não tem solução. Eu acho que eu não tenho mais vontade de viver (chora) (Néia, usuária de álcool, mãe de usuário e traficante, 59 anos).

Os depoimentos revelam que conviver num contexto familiar de violências, de uso de drogas e de baixa afetividade, com precarização dos vínculos familiares são fatores que contribuem para a iniciação do consumo de substâncias psicoativas por mulheres e,

consequentemente, para o comprometimento do exercício da maternidade e do cuidado com os filhos que lhe são cobrados socialmente. Dados similares foram identificados em pesquisa etnográfica sobre o papel materno, realizada com mulheres atendidas num serviço comunitário para dependentes de álcool e drogas, que eram mães de crianças menores de cinco (05) anos (GALERA; ROLDÁN; O'BRIEN, 2005).

Para Néia, a sua idade e consumo abusivo de álcool, somado ao envolvimento com o tráfico e consumo abusivo de drogas por um de seus filhos, significam falhas no cumprimento do seu papel de mulher. Esta situação está associada a um intenso sofrimento e comprometimento da sua saúde mental, gerando frustração, decepção, tristeza e desejo de morte. Não foram identificados estudos sobre o exercício da maternidade de mulheres cujos filhos são usuários de drogas.

Os relatos das mães de usuários acima destacados apresentaram, como ponto em comum, a existência de um paradoxo familiar em que alguns integrantes da família apoiam a pessoa usuária e estimulam a mãe a continuar lutando pelo filho, enquanto outros integrantes negam apoio, estimulando a mãe a desistir do filho usuário, dadas às dificuldades de manejo das situações impostas pela dependência química.

O compromisso com a maternidade é imposto às mulheres dentro da ordem de gênero em vigor. Para Olivio e Graczyk (2011), o sistema de dominação-exploração vigente confere às mulheres espaços sociais inferiores em relação aos homens, no qual a construção da maternidade, apontada socialmente como a principal função feminina é uma das formas de manutenção da ordem patriarcal de gênero.

A angústia revelada pelas mães de usuários de drogas no enfrentamento de situações decorrentes do consumo abusivo de drogas pelos filhos, as levam a adotar condutas que implicam prejuízo pessoal e profissional, a exemplo de faltas no trabalho para cuidar do filho sob efeito das substâncias consumidas. Outra atitude adotada por estas mulheres é a busca de apoio e conforto emocional e espiritual na religião. Trechos dos depoimentos abaixo retratam algumas das situações reveladas:

Ele sempre fala: 'Ô minha mãe eu sei que foi o diabo que entrou na minha vida, mas um dia eu vou sair dessa.' Eu falo a ele: 'você não é filho das trevas, você é filho da luz e um dia voce vai se libertar.' Quando a gente tem oportunidade de conversar eu só falo coisas boas pra ele, só falo coisas boas...eu falo a ele: 'Olhe, nos piores momentos da sua vida, você se lembre que você tem uma mãe que te ama de verdade.' Aí ele fala: 'Minha mãe eu te amo, eu gosto muito da senhora, só que eu não posso ir pra casa com a senhora porque eu tenho medo'. O maior obstáculo da minha vida é meu filho. Eu vejo ele sofrendo, eu vejo ele na rua, eu vejo ele secando cada vez

mais, eu vejo ele hoje todo lascado, e eu não posso fazer nada, eu não posso levar ele pra casa na “tora”...eu não posso fazer isso porque ele não vai. Então o maior obstaculo da minha vida é esse aí, porque eu não posso resolver, eu não posso resolver, então eu tenho que esperar o dia e a hora certa de Deus agir, porque eu creio que Deus vai agir na minha vida, eu creio (Lia, mãe de usuário, 43 anos).

Ninguém sabe o que é isso, por mais que eu conte. Só quem sabe sou eu, entendeu? Eu que vejo, que cuido. Ele desorientado, desorientado! Ele chega com o olho assim, olhe! O olho bem arregalado. (Fala abrindo bem os olhos). E chega falando coisas que não é verdade! Coisas que eu vejo que não existe...sabe como é? (...) Como você acha que sente uma mãe que vê o filho assim? Você acha que é bom? Não é! Não é!!! É isso que me abala, que abala qualquer mãe. É esse meu sofrimento: ver um filho se acabar assim, aos poucos. E eu vendo e não poder fazer nada...o que eu posso fazer eu faço e é muito pouco, muito pouco, porque depende muito dele, e ele se entrega. Eu não aguento mais o sofrimento dele! (...) Porque você já passou tanto tempo com essa pessoa, anos, anos e anos, que chega uma hora que você cansa! Cansa! E quando você vê tudo bem e você acha que aquilo não vai acontecer de novo, aí vem aquela bomba! É difícil! E eu já tô com minha idade avançada, entendeu? (Dete, mãe de usuário, 61 anos).

Nunca internei ele. No dia que eu achei ele bem drogado eu levei ele pra lá pro Santa Izabel, pra arranjar uma clínica pra internar ele. Aí não atenderam ele, nem me disseram uma clinica pra internar, aí levei ele pra casa do jeito que tava. Ele tava agitado, querendo se drogar mais, querendo se matar e tudo... Ai...eu amarrei ele, você acredita? Eu peguei um lençol e amarrei ele. Deixei ele amarrado, botei música evangélica e fiquei orando perto dele, e ele lá xingando, me acabando toda, me xingou toda! E eu orando, orando... Assim passou a noite toda! (...) Aquilo pra mim era uma morte! (tristeza, cabeça baixa) Mas eu achei que era o melhor pra ele naquela hora...eu tive que fazer! Era melhor isso do que...(tristeza). No outro dia passei o dia inteiro com ele, nem fui trabalhar (Mel, mãe de usuário, 56 anos).

Nas falas acima é possível destacar o sofrimento que essas mulheres vivenciam no seu dia-a-dia, com o exercício do cuidado com os filhos. Esse sofrimento repercute de forma negativa na sua saúde, principalmente no âmbito da sua saúde mental, desencadeando outras alterações emocionais, crises pessoais e modificações nas relações interpessoais na esfera familiar e no meio social em que convive. Como alternativa para o enfrentamento da sua crise e por se julgarem incapazes de lidar principalmente com as questões sociais comprometidas pelo consumo abusivo de drogas pelos filhos, as mães envolvidas com drogas buscam conforto e paz interior através da religiosidade. A noção de droga como um elemento diabolizado, destruidor das relações e da ordem social mobiliza estas mulheres a buscarem na fé e nos dogmas religiosos a solução para os seus problemas como uma tentativa de libertação e de “prestação de contas” do pleno exercício da maternidade.

Estudo de revisão de literatura sobre a influência dos aspectos religiosos na

recuperação do dependente químico traz como definição da religiosidade duas categorias que abordam a prática de conceitos de uma religião e outra que discute o nível de envolvimento com uma religião. Já a religião envolve crenças, práticas e rituais relacionados com o transcendente ou sobrenatural, no sentido de mediar uma relação entre o indivíduo e o transcendente (SANCHEZ, RIBEIRO, NAPPO, 2012).

As mães usuárias de drogas também trouxeram a religião como suporte para o tratamento da dependência química. Para elas, a religião as encoraja a suspender o consumo e sustentar a abstinência baseada na ideia do uso de drogas como transgressão. Na concepção das mulheres usuárias, a religião poderá libertá-las do pecado, dando-lhes de volta o dom da maternidade, perdido com o consumo e favorecendo o resgate da sua identidade feminina.

Aí eu peço à Deus todo dia que me dê minha melhora cada dia mais, que me dê muito conforto e que não deixe eu botar mais droga nenhuma na minha boca. Tô indo pra igreja...Graças a Deus tô superando tudo, porque eu não tinha mais nada, nada na minha vida, sabe o que é nada? Eu tô mudando e eu tenho que cuidar da minha saúde. Eu não quero morrer agora não! Por isso que eu tenho que me cuidar. Eu tenho filho pra criar... Já pensou eu morrer e deixar meus filhos aí? Porque é horrível quando agente deixa os filhos aí. Ninguém cuida dos filhos da gente (Lucinha, usuária de crack, 32 anos).

A religiosidade tem sido uma alternativa buscada por pessoas que fazem consumo abusivo de drogas como uma alternativa de tratamento (SANCHEZ; NAPPO, 2007; SANCHEZ; NAPPO, 2008; SANCHEZ; RIBEIRO; NAPPO, 2012). Ainda que não tenham sido encontrados estudos específicos sobre o consumo de drogas por mulheres, o exercício da maternidade e a busca por tratamento religioso, estudo sobre a intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas apontou a ocorrência de momento de crise existencial e comportamental entre os usuários, caracterizado pela angústia de perceber que haviam perdido referenciais de vida. De maneira geral, esta crise foi marcada pela perda do controle sobre seus atos, como cuidar dos filhos, trabalhar, tomar banho, entre outros (SANCHEZ; NAPPO, 2008).

Não foram identificados estudos sobre a busca de mães de pessoas usuárias de drogas pela religiosidade como conforto para o enfretamento das repercussões do consumo de drogas feito pelos filhos. Os discursos sobre maternidade reunidos na presente pesquisa evidenciaram diferenças no cuidado maternal, associado ao consumo de drogas, realizado pelas mulheres ou por seus filhos. As mulheres que eram mães e usuárias de substâncias psicoativas, principalmente de crack, não conseguiram se adequar ao papel social, que lhes era imposto, restringindo ou negando cuidado aos seus filhos menores de idade em detrimento do consumo

de drogas. As repercussões apresentadas por estas mães são sentimentos de culpa e outras alterações emocionais e comportamentais, que se manifestaram na tentativa de recuperação do pleno exercício da maternidade.

As mulheres cuidadoras de seus filhos adultos, usuários de substâncias psicoativas trouxeram discursos contraditórios, denotando que o consumo abusivo de drogas feito pelos filhos era resultado de possíveis falhas do cuidado maternal. Estas mulheres, em determinados momentos da entrevista negam, noutros assumem a culpa pelo sofrimento do filho e realizavam um cuidado baseado numa relação de dependência com o filho na tentativa de conseguir reparar um erro da maternidade. Reparar o erro no papel maternal significa ver o filho curado da dependência química. Para estas mulheres, as repercussões para a saúde abrangeram patologias clínicas e alterações psicológicas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do propósito de analisar as repercussões do envolvimento com drogas para a saúde de mulheres, os resultados alcançados nesta pesquisa, embora limitados a um grupo de mulheres atendidas no CAPSad do Centro Histórico de Salvador, evidenciam que o envolvimento dessas mulheres se dá de diversas formas com as drogas e que fatores de ordem individual, familiar, social, cultural, econômico influenciam tanto para o envolvimento quanto para as suas repercussões.

Embora as taxas relativas ao consumo de drogas por mulheres e as penas privativas de liberdade decorrentes, sobretudo, da participação no tráfico de drogas, estejam em ascensão, a caracterização das participantes apresentada nesta pesquisa evidencia que o envolvimento das mulheres com as drogas não se limita a essas duas condutas. Ao mesmo tempo, os dados revelaram que essas condutas são permeadas por fatores físicos e subjetivos de ordem pessoal, familiar, social, religiosa e econômica, que merecem ser considerados nas práticas de assistência à saúde das pessoas envolvidas com drogas, principalmente as mulheres.

A apresentação individualizada das características sociodemográficas das participantes e as formas como estão envolvidas com as drogas foram adotadas para ressaltar que embora elas convivam em um mesmo contexto social, apresentam especificidades que merecem ser consideradas para uma assistência adequada à sua saúde. As especificidades estão relacionadas à idade, ao tipo de droga utilizada e tempo de uso, às motivações para o início e manutenção do consumo, ao contexto e vínculos familiares, inserção social, sentimentos sobre si mesma e sobre como é vista socialmente, esteja ela na condição de consumidora ou de mãe de jovens usuários de drogas.

As repercussões identificadas com base na análise dos dados apresentaram-se de forma específica para as mulheres envolvidas e estão associadas às diversas questões de âmbito social, cultural, familiar e individual. Evidenciam a complexidade do envolvimento das mulheres com as drogas e a influência de construções sociais e culturais nas suas condutas, refletindo sobre sua saúde. Com isso, torna-se clara a necessidade de novas investigações no sentido de preencher lacunas sobre esta problemática.

As crises pessoais e familiares, que sustentam o envolvimento das entrevistadas com as drogas move nelas um discurso característico, fundamentado num processo de vitimização constante, que esteve presente em todas as categorias temáticas. Todas as mulheres, familiares e usuárias de drogas se posicionaram como vítimas da substância, da família, do companheiro, da sociedade. Para as mulheres usuárias, a vitimização está relacionada à

estrutura de poder, que coloca a mulher como coadjuvante em suas decisões pessoais, enquanto que para as mães/companheiras de usuários de drogas, a imagem de pessoas solidárias e sofredoras, que prestam cuidados aos seus filhos dá destaque para a estrutura de cathexis.

Situações de violência foram frequentes na vida das mulheres usuárias de drogas. Os relatos das entrevistadas assinalaram que o tipo de substância utilizada determina a condição de vítima ou protagonista de atos de violência. Quando usuárias de bebidas alcoólicas, elas relataram sofrer violência física e sexual de outros homens, enquanto que quando usuárias de crack, as mulheres protagonizaram atos de violência física contra seus companheiros não usuários e indicaram a possibilidade de negociar sexo por drogas com outros homens usuários sem sofrer violências. Nesse contexto, o crack, ao tornar o comportamento da mulher agressivo, se constitui em um elemento capaz de inverter a lógica da estrutura de poder, que determina a superioridade masculina em relação à feminina e que coloca as mulheres como vítimas de violência cometidas por homens, geralmente seus companheiros.

A associação entre prostituição e drogadição feminina também foi confirmada nos resultados. Os dados evidenciaram que as mulheres adotam a prostituição como uma forma para sustentar o próprio consumo ou são obrigadas pelo companheiro a praticar a prostituição para garantir o consumo de drogas por ele.

Neste último caso, elas são duplamente violentadas, ao praticar a prostituição e depois ao serem obrigadas a repassar o valor ganho para o parceiro. Em qualquer das modalidades de prostituição, as mulheres são expostas e expõem outras pessoas a situações de vulnerabilidade para agravos à saúde. Ainda que diferentes estudos apontem a associação entre a prática de comportamento sexual de risco por mulheres usuárias de drogas e a ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS, nenhuma das entrevistadas relatou o desenvolvimento destas infecções.

Para se protegerem de situações de violência ou até mesmo de possíveis constrangimentos perante a comunidade devido ao consumo de drogas, as mulheres referiram optar por fazer uso de substâncias psicoativas em lugares reservados, na companhia do parceiro ou dentro do próprio domicílio. Aquelas que se encontravam em situação de rua apontaram como estratégias a parceria com homens que representassem determinado poder perante a comunidade, ainda que ela sofresse violência deste parceiro, ou ainda a adoção de uma identidade masculina na tentativa de representar o próprio poder dentro da comunidade onde vive. Evitar portar cachimbos e pedras de crack também foi referido como estratégia para reduzir não somente a exposição a situações de violência, principalmente da polícia,

como também reduzir possíveis riscos e danos à saúde provocados pelo consumo abusivo dessa droga.

O exercício da maternidade se constituiu em sofrimento para as mulheres envolvidas com drogas, repercutindo em suas vidas e, conseqüentemente, na sua saúde. Para as usuárias, os efeitos das substâncias no organismo, as formas que utilizam para conseguir as drogas desejadas e os enfrentamentos sociais, interferem nas funções sociais e culturalmente determinadas para as mulheres, como o papel maternal. As mães de pessoas usuárias de drogas consideraram que a conduta adotada pelo filho é fruto de sua má atuação como mãe. Esse sentimento gerou alterações físicas e psicológicas, que se manifestaram através da hipertensão arterial, depressão, estresse, insônia. Na tentativa de reparar seu erro e salvar o filho da conduta errada, essas mulheres tendem a buscar apoio, conforto e estímulo na religião.

As entrevistas, como técnica de produção dos dados, a aproximação com a Teoria de Gênero e Poder (TGP) e os resultados alcançados nesta pesquisa favoreceram a reflexão sobre o planejamento e execução de ações de cuidado direcionadas a pessoas envolvidas com álcool e outras drogas, possibilitando um novo olhar sobre as mulheres. Essas ações devem contemplar não apenas o consumo de drogas feito por elas, como também o consumo praticado por outras pessoas da família, além de avaliar e atender demandas físicas, sociais e psicológicas que afetam as mães.

O desenvolvimento desta pesquisa certamente trará subsídios para a formação e prática da enfermagem com relação à assistência a pessoas usuárias de drogas, especialmente no que concerne à saúde da mulher. Compreender o contexto no qual se dá o envolvimento feminino com as drogas, bem como as desigualdades de gênero que se associam a este envolvimento contribuirá para a reorientação das práticas de saúde não somente para os profissionais de enfermagem, como também para os demais profissionais da área da saúde e de áreas afins, principalmente àqueles que atuam na rede de atenção psicossocial.

No que concerne ao cuidado de enfermagem, as especificidades dos envolvimento de mulheres com as drogas devem ser identificadas e contempladas na assistência, por meio do desenvolvimento de ações de saúde amplas e singulares, tendo em vista a diversidade da pessoa humana. Os resultados encontrados nesta pesquisa revelam a amplitude do processo saúde-doença e articulam determinantes sociais de saúde, gênero e consumo abusivo de drogas.

A complexidade do objeto de estudo permitiu a identificação de diversos elementos sociais que permeiam as mulheres e a problemática das drogas, os quais merecem ser

aprofundados em outros estudos, ampliando o conhecimento científico na área, ainda pouco investigada. Dentre os temas que significaram lacunas do conhecimento através deste estudo, destacam-se as especificidades do consumo de crack por mulheres, a relação entre maternidade e uso de drogas, tanto para mulheres usuárias de SPA e mulheres mães de pessoas usuárias, a busca da religião como estratégia de conforto espiritual e tratamento por mulheres usuárias e mães de pessoas usuárias, a vitimização característica das mulheres envolvidas com drogas e as mulheres usuárias de drogas, praticantes de atos de violência contra seus companheiros.

A participação no Centro de Estudos e Pesquisas sobre Mulheres, Gênero, Saúde e Enfermagem e no Grupo de Pesquisa em Vulnerabilidades, Sexualidades, Drogas e Gênero favoreceram o desenvolvimento de um olhar diferenciado sobre gênero, mulheres e uso de drogas pela autora. Da mesma forma, a atuação numa equipe de CAPSad proporcionou um amadurecimento pessoal e profissional pela convivência diária com a problemática das drogas, o contexto sociocultural do Pelourinho e as especificidades dos grupos populacionais. A experiência acadêmica junto a grupos de pesquisa e a prática profissional favoreceram um olhar diferenciado para as singularidades das histórias das mulheres entrevistadas, contribuindo para a concretização deste estudo.

REFERÊNCIAS

ADEODATO, Vanessa Gurgel; CARVALHO, Racquel dos Reis; SIQUEIRA, Verônica Riquet de; SOUZA, Fábio Gomes de Matos e. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Rev. Saúde Pública**, Ceará, v. 39, n. 1, p. 108-13, 2005.

ALBUQUERQUE, Carlos Manuel de Sousa; OLIVEIRA, Cristina Paula Ferreira de. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. **Millenium – revista do ISPV** [on line], nº 25, jan. 2002. Disponível em: http://www.ipv.pt/millenium/millenium25/25_27.htm. Acesso em: 06 de fevereiro de 2012.

ALMEIDA, Jane. **Mulher e educação: a paixão pelo possível**, São Paulo, UNESP, 1998.

ALMEIDA, Miguel Vale de. **Gênero, masculinidade e poder: revendo um caso do sul de Portugal**. Anuário Antropológico, 95, p. 161-190, 1996.

ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, vol.25, n.11, Rio de Janeiro, Nov, 2009.

ANDRADE, Tarcísio Matos de. **Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, n.12, pp. 4665-4674. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/15.pdf>. Acesso em: 05 de março de 2013.

American Psychiatric Association (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)**. Fourth Edition. Washington, DC: APA; 1994.

ARAÚJO, Marcelo Ribeiro; MOREIRA Fernanda Gonçalves. Histórias das drogas. In: SILVEIRA, Dartiu Xavier da, MOREIRA, Fernanda Gonçalves (orgs). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Editora Atheneu; 2006. p. 9-14.

AZEVEDO, Dulcian Medeiros do; MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPS ad do município de Natal-RN: com a palavra a família. **Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem**, jan-mar 2010; 14(1): 56-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a09.pdf>. Acesso em 24 de maio de 2012.

BADINTER, Elisabeth. **Um Amor conquistado: o mito do amor materno**. Elisabeth Badinter; tradução de Waltensir Dutra. — Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BAHIA. Centro Antigo de Salvador: A história do Brasil vive aqui. Diferença entre Centro Antigo e Centro Histórico. Secretaria de Cultura do Estado da Bahia. Disponível em: <http://www.centroantigo.ba.gov.br/apresentacao/diferenca-centro-historico-centro-antigo/>. Acesso em 10 de abril de 2013.

BALTIERI, Danilo Antonio; CORTEZ, Fernanda Cestaro Prado. A Violência e o Consumo Nocivo de Álcool. In: ANDRADE, Arthur Guerra de; ANTHONY, James C.; SILVEIRA, Camila Magalhães. (Org.). **Álcool e suas Consequências: Uma Abordagem Multiconceitual**. 1ªed. Barueri - São Paulo: Manole LTDA, Vol. 1, p. 139-162, 2009.

BARCINSKI, Mariana. Protagonismo e vitimização na trajetória de mulheres envolvidas na

rede do tráfico de drogas no Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde coletiva**. v.14; n.2, 2009. p. 577-586. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n2/a26v14n2.pdf>. Acessado em 21 de junho de 2010.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011. p.221.

BELLENZANI, Renata; MALFITANO, Ana Paula Serrata. Juventude, Vulnerabilidade Social e Exploração Sexual: um olhar a partir da articulação entre Saúde e Direitos Humanos. **Saúde e Sociedade**, v.15, n.3, p.115-130, set-dez 2006.

BESSA, Marco Antonio; BOARATI, Miguel Angelo; SCIVOLETTO, Sandra. Crianças e adolescentes. In: DIEHL, Alessandra et al. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Editora Artmed, Porto Alegre, p. 359-74, 2011.

BRASIL. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Ministério da Saúde. 1986.

_____. **Normas de pesquisa envolvendo seres humanos**. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS. Bioética, 1996.

_____. **Manual de redução de danos**. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Portaria nº 336/GM**. Ministério da Saúde. Brasília – DF, 2002.

_____. **A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. Brasília; 2003.

_____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2004.

_____. **Política Nacional Sobre Drogas**. Ministério da Justiça. Conselho Nacional Antidrogas, Brasília, 2005a.

_____. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental - Brasília, novembro de 2005b.

_____. **Gênero e Pobreza no Brasil**. Relatório Final do Projeto Governabilidade Democrática de gênero em America Latina y el Caribe. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Comissão econômica para America Latina e Caribe. Brasília, 2005c.

_____. **A mulher em idade fértil no Brasil: evolução da mortalidade e da internação por aborto**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2007.

_____. **Relatório Anual de Gestão**. Ministério da Justiça, Departamento Penitenciário Nacional - DEPEN. Brasília, DF: MJ, 2010.

_____. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2010.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p. 56, 2011.

CANAZARO, Daniela; ARGIMON, Irani Iracema de Lima. Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul. **Cad. de Saúde Pública** [on line], vol 26, n. 7, 2010, p. 1323-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n7/11.pdf>. Acesso em 30 de janeiro de 2012.

CARLINI, Elisaldo Luiz de Araújo et al. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005**. São Paulo: Páginas & Letras, vol. 01, 2007. 472 p.

CARLOTO, Cássia Maria; GOMES, Anne Grace. Geração de renda: enfoque nas mulheres pobres e divisão sexual do trabalho. **Serv. Soc. Soc.** [online], nº 105, p. 131-146, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n105/08.pdf>. Acesso em 23 de janeiro de 2012.

CARVALHO, Antonio Ivo de; BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2008. p. 141-166.

CESAR, Beatriz Aceti Lenz. O beber feminino: a marca social do gênero feminino no alcoolismo em mulheres. **Dissertação de Mestrado**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

CESAR, Beatriz Aceti Lenz. Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. Resultados preliminares. **J Bras Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, vol. 55, n.3, p. 208-211, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v55n3/v55n3a06.pdf>. Acesso em 13 de maio de 2013.

CHAVES, Tharcila Viana; SANCHEZ, Zila Meer; RIBEIRO, Luciana Abeid; NAPPO, Solange Aparecida. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, vol. 45, n.6, Dec. 2011 Epub Sep 02, 2011.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 8ª ed, São Paulo: Cortez, 2006.

CID-MONCKTON, Patricia; PEDRÃO, Luiz Jorge. Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, p.738-45, May-June, 2011. Disponível em: - <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19nspe/11.pdf>. Acesso em 12 de maio de 2013.

COELHO, Carolina Marra Simões. **Gênero: teoria e política**. Universidade Federal do Espírito Santo. Programa de Pós-graduação em história. Dimensões, Vol. 23, 2009.

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9, nº 2, p. 315-33, maio-ago, 2002.

COIMBRA, Valéria Cristina Chistello et al. Reabilitação psicossocial e família: considerações sobre a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, vol. 7, nº 1, p. 99-104, 2005. Disponível em:

<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em 08 de novembro de 2011.

Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde - CNDSS. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. **Relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde** [internet]. Rio de Janeiro; abril, 2008. Disponível em: <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>. Acesso em 09 de fevereiro de 2012.

CONNEL, Robert William. *Gender and Power*. Oxford : Editorial Polity Press, 1987.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. **Stockholm**: Institute for Future Studies; 1991.

DALMOLIN, Bárbara Brezolin. et al. Significados do conceito de saúde para docentes. **Esc Anna Nery**, vol 15, nº 2, abr –jun, 2011, p. 389-394.

DEEK, Leila Platt; BOING, Antonio Fernando; OLIVEIRA, Walter Ferreira de; COELHO, Elza Berger Salema. A Dinâmica da Violência Doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. **Saúde Soc**, São Paulo, v.18, n.2, p.248-258, 2009.

DUARTE, Vieira; DALBOSCO, Carla; STEMPLIUK, Vladimir de Andrade. **Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas**. Coordenação geral de Arthur Guerra de Andrade.– Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011, 352 p.

DUTRA-THOMÉ, Luciana; SANTOS, Elder Cerqueira; KOLLER, Silvia Helena. Exploração sexual e trabalho na adolescência: Um estudo de caso. **Univ. Psychol**. Bogotá, Colombia, v. 10, n. 3, p. 881-896, 2011.

ELSEN, Ingrid. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, Ingrid; MARCON, Sonia Silvia; SILVA, Maria Regina Santos da (organizadoras). **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2ªed. Maringá: Eduem, p. 398, 2004.

ESCOREL, Sarah. **Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais**. 2001 [on line]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/Arquivos/sala3310.pdf>. Acesso em 10 de fevereiro de 2012.

ESPINHEIRA, Gey. Os tempos e os espaços das drogas. In: ALMEIDA, Alba Riba de; FERREIRA, Olga Sá; MACRAE, Edward; NERY FILHO, Antonio; TAVARES Luiz Alberto (organizadores). **Drogas, tempos, lugares e olhares sobre o seu consumo**. Salvador: EDUFBA, Cetad/UFBA; 2004. p. 11-26.

ESPINHEIRA, Gey. **Divergência e Prostituição**: uma análise da comunidade prostitucional do Maciel. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, Fundação Cultural do Estado da Bahia, 1984.

ESPINHEIRA, Gey (propositor). Projeto de reabilitação sustentável do Centro Histórico de Salvador. A dimensão social e o quadro de vulnerabilidades do Centro Antigo. **Relatório Final**. Governo do Estado da Bahia. Secretaria de Cultura. Escritório de Referência do Centro Antigo de Salvador. Salvador- BA. Dezembro de 2009.

FERTONANI, Hosanna Pattrig; PIRES, Denise. Concepção de saúde de usuários da Estratégia Saúde da Família e novo modelo assistencial. **Enfermagem em Foco**, vol. 1, n. 2, p. 51-54, 2010.

GADONI-COSTA, Lila Maria; ZUCATTI, Ana Paula Noronha; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 28, n. 2, p. 219-227, abril – junho, 2011.

GALERA, Sueli Aparecida Frari; ROLDÁN, María Carmen Bernal; O'BRIEN, Beverley. Mulheres vivendo no contexto de drogas (e violência) - papel maternal. **Rev Latino-am Enfermagem**, novembro-dezembro; n° 13 (número especial), 2005.

GOTTSCHALL, Carlota de Sousa; SANTANA, Mariely Cabral de. Cultura e sociedade no antigo Centro de Salvador: mapeamento de referências culturais. **Trabalho apresentado no III ENECULT – Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura**. Universidade Federal da Bahia – UFBA, Salvador, mai. 2007.

HOCHGRAF, Patrícia Brunfentrinker; BRASILIANO, Sílvia. **Mulheres farmacodependentes**: Uma experiência brasileira. Álcool e Drogas sem Distorção: Programa Álcool e Drogas (PAD) do Hospital Israelita Albert Einstein [on line] março 2004. Disponível em: <http://www.einstein.br/alcooledrogas>. Acesso em 29 de junho de 2011.

HOCHGRAF, Patrícia Brunfentrinker; BRASILIANO, Sílvia. Mulheres e Substâncias Psicoativas. In: SEIBEL, Sérgio Dario (Org.). **Dependência de drogas**. 2ª ed. São Paulo, Atheneu, p. 1025-41, 2010.

INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION (IHRA). **O que é Redução de Danos?** Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos, Londres, Grã Bretanha, 2010.

KERR-CORRÊA, Florence; HEGEDUS, Andrea M; TUCCI, Adriana M; TRINCA, Luzia A; KERR-PONTES, Ligia Regina Sansigolo; FLORIPES, Trícia Feitosa; OLIVEIRA, Janaina Barbosa. Diferenças nos padrões de bebida entre homens e mulheres em Botucatu, São Paulo. In: OBOT, Isidore; ROOM, Robin. **Alcohol, Gender and Drinking Problems, a perspective from low and middle income countries**. Editora World Health Organization, Genebra, Suíça, 2005. Disponível em: http://www.viverbem.fmb.unesp.br/docs/Capitulo%20traduzido%20FLORENCE%2026_02_07.pdf. Acesso em 13 de maio de 2013.

KOLLER, Karine; LUZ, Thábata da Silva Cardoso; VIANNA FILHO, Pedro Thadeu Galvão; GRANATO, João Paulo; SILVA, Cláudio Jerônimo da; RIBEIRO, Marcelo. Avaliação Clínica. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. 2ª ed. Porto Alegre, Artmed, p. 265-90, 2012.

LANGDON, Esther Jean. **A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica**. Palestra oferecida na Conferência 30 Anos Xingu, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 23/08/1995. [on line] Disponível em: <http://www.cfh.ufsc.br/~nessi/A%20Doenca%20como%20Experiencia.htm>. Acesso em 10 de maio de 2013.

LARANJEIRA, Ronaldo; RIBEIRO, Marcelo. Drogas ilícitas e impactos sobre a saúde da

mulher. In: ALDRIGHI, José Mendes; BUCHALLA, Cássia Maria; CARDOSO, Maria Regia Alves [editores]. **Epidemiologia dos agravos à saúde da mulher**. Editora Atheneu, São Paulo, p. 279-286, 2005.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa em saúde**. 2^a ed. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação, 2002.

LUDERMIR, Ana Bernarda. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, vol. 18, n^o 3, Rio de Janeiro, 2008, p. 451-467.

MALUF, Daniela Pinotti; MEYER Marine. O que preciso saber para fazer prevenção. In: MALUF, Daniela Pinotti. et al. **Drogas: prevenção e tratamento - o que você queria saber e não tinha a quem perguntar**. São Paulo: Editora CLA; 2002.

MACRAE, Edward. A subcultura da droga e prevenção. **Texto Apresentado ao Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD)** – Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, 2003. Disponível em: http://www.neip.info/downloads/t_edw5.pdf. Acesso em 01 de novembro de 2011.

MADUREIRA, Ana Flávia do Amaral. Gênero, sexualidade e processos identitários na sociedade brasileira: tradição e modernidade em conflito. In: GALINKIN, Ana Lúcia; SANTOS, Claudiene (Org.). **Gênero e Psicologia social: interfaces**. Brasília, Technopolitik, p. 31-63, 2010.

MARÍN-LEÓN, Leticia; OLIVEIRA, Helenice Bosco de; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; DALGALARRONDO, Paulo; BOTEGA, Neury José. Percepção dos problemas da comunidade: influência de fatores sócio demográficos e de saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 16, n^o 5, p. 1089-97, mai. 2007.

MEDEIROS, Patrícia Flores; BERNARDES, Anita Guazzelli; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. **Psicol: Teoria Pesq.** Vol 21, n^o 3, set/dez, 2005, p. 263-9.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 20 ed. Petrópolis: Vozes; 2002.

_____. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec. 2004.

MORAES, Maristela. **Gênero e drogas: contribuições para uma atenção integral à saúde**. Série Homens e Políticas Públicas. Recife: Instituto PAPAÍ, 2011.

MUSAYÓN, Yesenia; VAIZ, Rosa; LONCHARICH, Natalie; LEAL, Helena. Mujer, drogas y violencia: complejidades de un fenómeno actual. **Invest Educ Enferm**, v. 25, n. 2, p. 84-95, 2007.

NAPPO, Solange Aparecida; SANCHEZ, Zila Meer; RIBEIRO, Luciana Abeid. Troca de sexo por crack. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. 2^a ed. Porto Alegre, Artmed, p. 566-76, 2012.

NOBRE, Eduardo Alberto Cusce. Intervenções urbanas em Salvador: turismo e “gentrificação” no processo de renovação urbana do Pelourinho. In: **Anais do X Encontro**

Nacional da Anpur, Belo Horizonte, 2003. Disponível em: http://www.usp.br/fau/docentes/deprojeto/e_nobre/intervencoes_urbanas_Salvador.pdf. Acessado em 20 de agosto de 2012.

OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA - OEDT. **Relatório anual sobre a evolução do fenômeno da droga na União Européia**. Agência Européia de informação sobre droga. Lisboa, 2000. Disponível em http://www.emcdda.org/publications/publications_annrep.shtml. Acesso em 20 de agosto de 2011.

OLIVEIRA, Bruna Prata. Alcoolismo: vivência familiar de uma doença social. **Dissertação de Mestrado**. Departamento de Sociologia. Faculdade de Letras da Universidade do Porto. 2009.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré. **Saúde Mental e Mulheres**: sobrevivência, sofrimento e dependência química lícita. Editora Sobral. Edições UVA, 2000.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de. Mulheres (con)vivendo com drogas: vulnerabilidade e representações sobre AIDS. **Dissertação de Mestrado**. Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de; PAIVA, Miriam Santos. Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao HIV/AIDS em uma perspectiva de gênero. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Vol. 11, nº 4. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, dezembro, 2007, p. 625-631.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de. (In)Visibilidade do consumo de drogas como problema de saúde num contexto assistencial: uma abordagem de gênero. Salvador/BA: **Tese de Doutorado**, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia - UFBA, 2008.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de; MCCALLUM, Cecília Anne; COSTA, Heloniza Oliveira Gonçalves. Representações sociais de Agentes Comunitários de Saúde acerca do consumo de drogas. **Rev. esc. enferm. USP** [online], v. 44, n.3, p. 611-8, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/09.pdf>. Acesso em 10 de janeiro de 2012.

OLIVEIRA, Lúcio Garcia de, NAPPO, Solange Aparecida. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 664-71, 2008.

OLIVEIRA, Mírian Gracie Plena Nunes de. Consultório de Rua: relato de uma experiência. Salvador-BA. **Dissertação de Mestrado**. Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia, UFBA, 2009.

OLIVIO, Maria Cecília; GRACZYK, Rafaela Carla. Mulheres usuárias de crack e maternidade: breves considerações. In: **Anais II Simpósio Gênero e Políticas Públicas**. GT3-Gênero e Família. Universidade Estadual de Londrina, 18 e 19 de agosto de 2011. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/Maria%20Cecilia.pdf>. Acesso em 21 de maio de 2013.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. 356 pp.

PATIAS, Naiana Dapieve; BUAES, Caroline Stumpf. “Tem que ser uma escolha da mulher”! Representações de maternidade em mulheres não-mães por opção. **Psicologia & Sociedade**; vol. 24, n° 2, p. 300-306, 2012.

PAVARINO, Rosana Nantes. Teoria das Representações Sociais: pertinência para as pesquisas em comunicação de massa. In: **Anais do 26º Congresso Anual em Ciências da Comunicação** [CD-ROM], Setembro/2003; Belo Horizonte, Brasil. São Paulo (SP): Intercom; 2003.

PINHO, Osmundo de Araújo. **Espaço, poder e relações raciais: o caso do centro histórico de salvador**. Afro-Ásia 21-22 (1998-1999), 257-274.

PINHO, Paula Hayasi; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de; VARGAS, Divane de Vargas; ALMEIDA, Marília Mastrocolla de; MACHADO, Ana Lúcia; SILVA, Ana Luísa Aranha e; COLVERO, Luciana de Almeida; BARROS, Sônia. Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde. **Rev Esc Enferm USP** [on line], 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a20v43s2.pdf>. Acesso em 03 de fevereiro de 2012.

PRATES, Jane Cruz; PRATES, Flavio Cruz; MACHADO, Simone. Populações em situação de rua: os processos e exclusão e inclusão precária vivenciados por esse segmento. **Temporalis**, Brasília, DF, ano 11, n.22, p.191-215, jul./dez. 2011.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. **Estudos de Psicologia**, São Paulo, v.11, n. 3, p. 315-322, 2006.

QUEIROZ, Sueli de. Fatores de risco e de proteção para consumo de substâncias psicoativas em adolescentes. In: SEIBEL, Sérgio Dario (Org.). **Dependência de drogas**. 2ª ed. São Paulo, Atheneu, p. 991-1004, 2010.

REIS, Dener Carlos dos; ALMEIDA, Thiara Amanda Corrêa de; MIRANDA, Mariane Mendes; ALVES, Rodrigo Henrique; MADEIRA, Anézia Moreira Faria. Health vulnerabilities in adolescence: socioeconomic conditions, social networks, drugs and violence. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 586-94, Mar.-Apr, 2013.

RIBEIRO, Luciana Abeid; NAPPO, Solange Aparecida; SANCHEZ, Zila Meer. Aspectos socioculturais do consumo de crack. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. 2ª ed. Porto Alegre, Artmed, p. 50-6, 2012.

RIBEIRO, Luciana Abeid; SANCHEZ, Zila Meer; NAPPO, Solange Aparecida. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. **J. bras. psiquiatr.** [online], vol.59, n.3, p. 210-218, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a07v59n3.pdf>. Acesso em 12 de maio de 2013.

RIBEIRO, Marcelo; DUAİLÍBI, Lígia Bonacim; PERRENOUD, Luciane Ogata; SOLA, Vanessa. Perfil do usuário e história natural do consumo. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. 2ª ed. Porto Alegre, Artmed, p. 39-49, 2012.

RIBEIRO, Marcelo; NUDELMAN, Elaine Donato; REZENDE, Elton Pereira; YAMAUCHI,

Rodolfo. Farmacologia do consumo de crack. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. 2ª ed. Porto Alegre, Artmed, p. 116-42, 2012.

ROCHA, Ruth Mylius. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Texto contexto enferm.** Florianópolis, v. 14, n. 3, Set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a05.pdf>. Acesso em 03 de maio de 2010.

RODRIGUES, Andréia Silva; OLIVEIRA, Jeane Freitas de; OLIVEIRA, Gleide Regina de Sousa Almeida; SOUZA, Márcia Rebeca Rocha de. Integralidade e o fenômeno das drogas: um desafio para enfermeira(o)s, **Revista Baiana de Enfermagem**, 2012 - no prelo.

SABROZA, Paulo Chagastelles. **Concepções sobre Saúde e Doença**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca [on line], 2004. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/13%20CNS/SABROZA%20P%20ConcepcoesSaudeDoenca.pdf>. Acesso em 05 de fevereiro de 2012.

SANCHEZ, Zila van der Meer, NAPPO, Solange Aparecida. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Rev. Psiq. Clín.** Vol 34, supl. 1; 73-81, 2007.

SANCHEZ, Zila van der Meer, NAPPO, Solange Aparecida. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, vol. 42, nº 2, p. 265-72, 2008.

SANCHEZ, Zila van der Meer, RIBEIRO, Luciana Abeid, NAPPO, Solange Aparecida. Religiosidade e Espiritualidade. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. 2ª ed. Porto Alegre, Artmed, p. 483-94, 2012.

SANT'ANA, Márcia. A recuperação do Centro Histórico de Salvador: origens, sentidos e resultados. **Revista Rua**, nº 8, Campinas, p. 44-59, 2002.

SANT'ANNA, Cynthia Fontella ; CEZAR-VAZ, Marta Regina ; CARDOSO, Leticia Silveira ; ERDMANN, Alacoque Lorenzini ; SOARES, Jorgana Fernanda de Souza. Determinantes sociais de saúde : características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. **Rev Gaúcha de Enferm.**, Porto Alegre, vol. 31, nº 1, p. 92-9., mar, 2010.

SANTOS, Maria de Fátima de Souza; ACIOLI NETO, Manoel de Lima; SOUSA, Yuri Sá Oliveira. Representações sociais do crack na imprensa pernambucana. **Estud. psicol.** [online]. vol.29, n.3, p. 379-386, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29n3/08.pdf>. Acesso em 20 de maio de 2013.

SANTOS Jr., Andres; FIKS, José Paulo. Cultura da violência e uso de crack. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. 2ª ed. Porto Alegre, Artmed, p. 108-15, 2012.

SCAVONE, Lucila. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. **Interface Comunic, Saúde, Educ**, v.5, n.8, p.47-60, 2001.

SCHEFFER, Morgana; ALMEIDA, Rosa Maria Martins de. Consumo de álcool e diferenças entre homens e mulheres: comportamento impulsivo, aspectos cognitivos e neuroquímicos. **Revista Neuropsicologia Latinoamericana**, vol. 2, n. 3, p. 1-11, 2010. Disponível em:

http://neuropsicolatina.org/index.php/Neuropsicologia_Latinoamericana/article/viewFile/39/36. Acesso em 13 de maio de 2013.

SCHEFFER, Morgana; PASA, Graciela Gema; ALMEIDA, Rosa Maria Martins de. Dependência de Álcool, Cocaína e Crack e Transtornos Psiquiátricos. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, Vol. 26 n. 3, p. 533-541, Jul-Set, 2010.

SCHENKER, Miriam. **Valores familiares e uso abusivo de drogas**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008.

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 299-306, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a22v08n1.pdf>. Acesso em 12 de maio de 2013.

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 10, nº 8, p. 707-17, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a27v10n3.pdf>. Acesso em 12 de maio de 2013.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Vol. 17, nº 1, p. 29-41, 2007.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**, Educação e Realidade, v. 16, n. 2, p. 5-22, 1990.

SEIBEL, Sergio Dario; TOSCANO JÚNIOR, Alfredo. **Dependência de drogas**. Editora Atheneu, 2001.

SEIBEL, Sérgio Dario. Conceitos básicos e classificação geral das substâncias psicoativas. In: SEIBEL, Sérgio Dario (Org.). **Dependência de drogas**. 2ª ed. São Paulo, Atheneu, p. 119-137, 2010.

SELEGHIM, Maycon Rogério; MARANGONI, Sônia Regina; MARCON, Sonia Silva; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. Vínculo familiar de usuários de crack atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Paraná, set.-out, v. 19, n. 5, 2011.

SILVA Jr, Fernando José Guedes da; MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza; ARAÚJO, Olívia Dias de; ROCHA, Silvana Santiago da; DOURADO, Giovanna de Oliveira Libório; MELO, Belisa Maria da Silva. Reflections on the consumption of crack and its interface with the social determinants of health. **Revista Enferm UFPI**, v. 1, n. 2, p.139-42, May-Aug, 2012.

SIQUEIRA, Maria Juracy Toneli. A Constituição da Identidade Masculina: Alguns Pontos para Discussão. **Psicol. USP** [online]. 1997, vol.8, n.1, pp. 113-130. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-5641997000100007&script=sci_arttext&tlng=es. Acesso em 07 de dezembro de 2011.

SOARES, Bárbara Musumeci; ILGENFRITZ, Iara. **Prisioneiras: vida e violência atrás das grades**. Rio de Janeiro: Garamond, 2002 SOUZA, Jacqueline de ; KANTORSKI, Luciane Prado ; GONÇALVES, Sérgio Eduardo ; MIELKE, Fernanda Barreto ; GUADALUPE,

Danieli Bispo. Centro de atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Redução de Danos: Novas Propostas, Novos Desafios. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 210-7, abr/junho 2007. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a09.pdf>. Acesso em 04 de março de 2010.

SOUZA, Jacqueline de; KANTORSKI, Luciane Prado; GONÇALVES, Sérgio Eduardo; MIELKE, Fernanda Barreto; GUADALUPE, Danieli Bispo. Centro de atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Redução de Danos: Novas Propostas, Novos Desafios. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 210-7, abr/junho 2007. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a09.pdf>. Acesso em 04 de março de 2010.

SOUZA, Kátia Ovídia José de. A pouca visibilidade da mulher brasileira no tráfico de drogas. **Psicol. estud.** [online], vol. 14, n.4, p. 649-57, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n4/v14n4a05.pdf>. Acesso em 03 de outubro de 2011.

SOUZA, Márcia Rebeca Rocha de. O fenômeno das drogas e as repercussões sociais e para a saúde das mulheres em revistas brasileiras. **Trabalho de conclusão de curso**. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

SOUZA, Márcia Rebeca Rocha de; BARROS, Rogério; CHAGAS, Mariana Cavalcanti Guedes; COSTA, Teresa Paula Galvão Vieira da. Experiência de implementação de um serviço de saúde mental no município de Salvador-BA. In: 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Porto Alegre. **Anais do 10º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, 2012.

SOUZA, Márcia Rebeca Rocha de; VALOIS, Davi. Baba do CAPS: atividades esportivas como recurso de atenção à saúde e integração de usuários no CAPSad GM. **Apresentação de Trabalho**. II Simpósio da Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti, 2012.

SOUZA, Márcia Rebeca Rocha de; OLIVEIRA, Jeane Freitas de. Fenômeno das drogas: análise de reportagens veiculadas num jornal de Salvador. **Revista Baiana de Enfermagem**, vol. 22/23, nº 1, 2, 2. Salvador, jan/dez 2009.

SOUZA, Márcia Rebeca Rocha de; OLIVEIRA, Jeane Freitas de; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; CARVALHO, Evanilda Souza de Santana. Droga de Corpo! Imagens e Representações do Corpo Feminino em Revistas Brasileiras. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Vol. 34, nº 02, junho de 2013 – no prelo.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1ª Edição, 16ª reimpressão. Editora Atlas, 2008.

UNITED NATIONS PUBLICATION. **World Drug Report**. [serial on the internet]. 2011. Disponível em: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_ebook.pdf. Acesso em 27 de janeiro de 2012.

VIEIRA, Luiza Jane Eyre de Souza; PORDEUS, Augediva Maria Jucá; FERREIRA, Renata Carneiro; MOREIRA, Deborah Pedrosa; MAIA, Potívea Bezerra; SAVIOLLI, Kátia Costa. Fatores de Risco para Violência Contra a Mulher no Contexto Doméstico e Coletivo. **Saúde Soc**, São Paulo, v.17, n.3, p.113-125, 2008.

WINGOOD, Gina M.; DICLEMENTE, Ralph J. Application of the Theory of Gender and Power to Examine HIV-Related Exposures, Risk Factors, and Effective Interventions for Women. **Health Education & Behavior**. v. 27, n. 5, p. 539-565, out. 2000. Disponível em:

<http://heb.sagepub.com/cgi/content/abstract/27/5/539>. Acesso em: 27/10/2007.

WOLLE, Cynthia de Carvalho; ZILBERMAN, Mônica L. Mulheres. In: DIEHL, Alessandra et al. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Editora Artmed, Porto Alegre, p. 375-382, 2011.

WRIGHT, Maria da Gloria Miotto; GLIKSMAN, Louis; KHENTI, Akwatu; FUREGATO Antonia Regina Ferreira. A pesquisa sobre o fenômeno das drogas na perspectiva dos estudos Multicêntricos na América Latina e Caribe. **Rev Latino-am Enfermagem**, vol. 17, nº especial, novembro-dezembro, p.751-3, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17nspe/pt_01.pdf. Acesso em 01 de março de 2011.

YAMAGUCHI, Eduardo Tsuyoshi; CARDOSO, Mônica Maria Sialyls Capel; TORRES, Marcelo Luis Abramides; ANDRADE, Arthur Guerra de. Drogas de Abuso e Gravidez. São Paulo. **Rev. Psiq. Clín** 35, supl 1; p. 44-47, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35s1/a10v35s1.pdf>. Acesso em 12 de maio de 2013.

ANEXOS

PROJETO DE PESQUISA

Título: PROTAGONISMO FEMININO NO FENÔMENO DAS DROGAS: REPERCUSSÕES PARA MULHERES ATENDIDAS EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE ESPECIALIZADAS DE SALVADOR-BA

Área Temática:

Área 5. Novos procedimentos ainda não consagrados na literatura.

Versão: 1

CAAE: 02478712.1.0000.5531

Pesquisador: Márcia Rebeca Rocha de Souza

Instituição: Universidade Federal da Bahia - UFBA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 91.975

Data da Relatoria: 05/09/2012

Apresentação do Projeto:

O projeto proposto apresenta tema atual e de extrema relevância para a sociedade. A contextualização da problemática está clara e a fundamentação teórica permite conhecer as bases que sustentam a argumentação do presente estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos primário: Analisar as repercussões decorrentes do envolvimento com as drogas para saúde de mulheres atendidas em instituições de saúde especializadas em pessoas usuárias de drogas de Salvador-Ba.

Objetivo Secundário:

- Conhecer o perfil sócio-demográfico de mulheres envolvidas com o fenômeno das drogas, atendidas em instituições de saúde especializadas no em pessoas usuárias de drogas de Salvador-BA. - Apreender as representações sociais de pessoas atendidas em instituições de saúde especializadas em pessoas usuárias de drogas em Salvador-BA sobre o envolvimento de mulheres com o fenômeno das drogas;- Caracterizar os envolvimento das mulheres atendidas em instituições de saúde especializadas em pessoas usuárias de drogas em Salvador-BA com o fenômeno das drogas, - Descrever as repercussões para saúde dessas mulheres decorrentes do seu envolvimento com o fenômeno das drogas.

Os objetivos apresentados parecem factíveis e adequados à metodologia proposta no estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apesar de tratar-se de tema sensível, estão bem estabelecidos no protocolo os riscos previsíveis e explicitadas as estratégias para minimizar os desconfortos previstos com a realização da entrevista.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considera-se de grande valor a realização deste estudo, e que seus resultados poderão contribuir com a tomada de decisão sob a forma de políticas públicas, perante o grave problema de consumo e comercialização de drogas ilícitas, especialmente por mulheres.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos necessários foram apresentados no presente protocolo. O TCLE está adequadamente escrito, bem como os roteiros de entrevista e de análise documental.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: S/N

UF: BA

Município: SALVADOR

CEP: 75.000-000

Telefone: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

Todos os documentos necessários foram apresentados no presente protocolo. O TCLE está adequadamente escrito, bem como os roteiros de entrevista e de análise documental.

Recomendações:

Recomenda-se que os resultados deste estudo, quando concluído, seja amplamente divulgado na comunidade científica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclui-se que o protocolo deve ser aprovado para que se inicie o estudo.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado concorda com o Parecer de Aprovação emitido pelo relator.

SALVADOR, 06 de Setembro de 2012

Assinado por:
DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE ESCLARECIMENTO E CONSENTIMENTO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Convidamos você a participar de uma pesquisa intitulada **PROTAGONISMO FEMININO NO FENÔMENO DAS DROGAS: REPERCUSSÕES PARA MULHERES ATENDIDAS EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE ESPECIALIZADAS EM SALVADOR-BA**, de responsabilidade da mestrandia Márcia Rebeca R. de Souza sob orientação da Prof^a Dr^a Jeane Freitas de Oliveira, da Universidade Federal da Bahia (UFBA). A pesquisa tem como objetivo “analisar as repercussões decorrentes do envolvimento com as drogas para saúde de mulheres atendidas em instituições de saúde especializadas no atendimento a pessoas usuárias de drogas em Salvador-Ba”.

A coleta de informações será através do teste de associação livre de palavras e entrevista semi-estruturada, com mulheres atendidas nos CAPSad e/ou na Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti em Salvador-BA, contendo questões acerca do fenômeno das drogas.

Informamos que a sua participação é voluntária e seu anonimato e privacidade serão garantidos pelo uso de apelido escolhido por você, não havendo qualquer associação entre os dados obtidos e o seu nome. Você tem total liberdade para não responder as perguntas que lhe causem algum desconforto. Você também pode desistir de participar da pesquisa em qualquer fase desta, sem que haja nenhum tipo de penalização.

Esclarecemos que as participantes não receberão qualquer benefício financeiro por sua participação, e que, embora este estudo não ofereça riscos físicos, poderá causar-lhe constrangimento ao relatar fatos da sua vida pessoal. Visando reduzir estes riscos, seu depoimento será agendado antecipadamente e coletado numa sala reservada, sem interrupções de pessoas estranhas.

O material coletado será transcrito e guardado pelas autoras por um período de (5) cinco anos, podendo ser utilizado em outras pesquisas. Após esse período será arquivado no nosso grupo de pesquisa. Os resultados deste estudo serão apresentados em espaços acadêmicos e publicados em revistas ou outros meios de divulgação científica.

Caso concorde em participar você deverá assinar este termo em duas vias: uma cópia ficará em suas mãos e outra com as pesquisadoras. Estaremos à sua disposição para esclarecer qualquer tipo de dúvida sobre a pesquisa, a qualquer momento.

Eu () autorizo () não autorizo a gravação da entrevista.

Salvador, ____ de _____ de 2012.

Márcia Rebeca Rocha de Souza
Pesquisadora responsável
Tel.: (71) 3283-7618

Participante

APÊNDICE B: ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

TÍTULO DO PROJETO: PROTAGONISMO FEMININO NO FENÔMENO DAS DROGAS: REPERCUSSÕES PARA MULHERES ATENDIDAS EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE ESPECIALIZADAS EM SALVADOR-BA

IDENTIFICAÇÃO:

() Familiar () Cliente

Na condição de familiar informar qual o parentesco, sexo e idade do/da familiar que acompanha _____

Iniciais do nome ou nome fictício: _____ Data: _____

Idade- _____ Raça/cor _____

Escolaridade _____ Trabalho/ocupação _____

Local de moradia _____ Chefe da família: _____

Tem filha(o)s? ____ Se sim, quantos? ____ Idade da(o)s filha(o)s _____

SOBRE O CONSUMO DE DROGAS:

Tabagismo () SIM () NÃO Há quanto tempo/frequência? _____

Usa bebidas alcoólicas () SIM () NÃO Há quanto tempo/frequência? _____

Auto – medicação () SIM () NÃO Quais? _____

Há quanto tempo/frequência? _____

Medicamentos com prescrição médica () SIM () NÃO Quais? _____

Há quanto tempo/frequência? _____

Outras drogas:

Maconha () SIM () NÃO Há quanto tempo/frequência? _____

Cocaína () SIM () NÃO Há quanto tempo/frequência? _____

Crack () SIM () NÃO Há quanto tempo/frequência? _____

LSD () SIM () NÃO Há quanto tempo/frequência? _____

EXTASE () SIM () NÃO Há quanto tempo/frequência? _____

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Fale-me sobre as drogas na sua vida (o que você pensa sobre as drogas, se consome alguma droga, desde quando, como, porque, quando começou, participa e/ou participou da rede de tráfico, como seu envolvimento com as drogas é visto pela sua

família, tem familiares envolvidos com drogas, se sim, quem e como está envolvido, benefícios, prejuízos);

2. Comente sobre as consequências das drogas para você e para sua saúde (alterações físicas, psicológicas e psiquiátricas, sinais e sintomas de doenças, ganhos/ perdas materiais, sociais, individuais e familiares; relacionamento interpessoal, implicações jurídicas).