UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

TAIS VERONICA CARDOSO VERNAGLIA

OS SENTIDOS DO ACESSO AO TRATAMENTO DE MULHERES USUÁRIAS DE CRACK: O QUE PENSAM MULHERES E PROFISSIONAIS DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.

RIO DE JANEIRO

2019

TAIS VERONICA CARDOSO VERNAGLIA

OS SENTIDOS DO ACESSO AO TRATAMENTO DE MULHERES USUÁRIAS DE CRACK: O QUE PENSAM MULHERES E PROFISSIONAIS DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Psiquiatria, Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisitos parcial à obtenção do título de Doutor em Saúde Mental e Psiquiatria.

Coorientador: Simone Ouvinha Peres

Orientador: Marcelo Santos Cruz

RIO DE JANEIRO

2019

Vernaglia, Taís Veronica Cardoso
V529s Os sentidos do acesso ao tratamento de mulheres usuárias de crack: o que pensam mulheres e profissionais de um serviço de atenção psicossocial. / Taís Veronica Cardoso Vernaglia. -- Rio de Janeiro, 2019.
244 f.

Orientador: Marcelo Santos Cruz.
Coorientadora: Simone Ouvinha Peres.
Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental, 2019.

1. crack cocaína. 2. tratamento. 3. identidade de gênero. 4. drogas ilícitas. I. Cruz, Marcelo Santos, orient. II. Peres, Simone Ouvinha, coorient. III. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

TAIS VERONICA CARDOSO VERNAGLIA

OS SENTIDOS DO ACESSO AO TRATAMENTO DE MULHERES USUÁRIAS DE CRACK: O QUE PENSAM MULHERES E PROFISSIONAIS DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Psiquiatria, Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisitos parcial à obtenção do título de Doutor em Saúde Mental e Psiquiatria.

Aprovada em 21/02/2019

_____

(Marcelo Santos Cruz, Doutor em Psiquiatria, Instituto de Psiquiatria/UFRJ)

_____

(Simone Ouvinha Peres, Doutora em Saúde Coletiva, Instituto de Psicologia/UFRJ)

_____

(Pedro Gabriel Delgado, Doutor em Medicina Preventiva, Instituto de Psiquiatria/UFRJ)

_____

(Maria Tavares Cavalcanti, Doutora em Psiquiatria, Instituto de Psiquiatria/UFRJ)

_____

(Simone Souza Monteiro, Doutora em Saúde Pública, Instituto Oswaldo Cruz)

_____

(Elaine Reis Brandão, Doutora em Saúde Coletiva, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva/ UFRJ)

A meu pai Douglas Viega Cardoso (*in memoriam*) dedico este trabalho e meu amor infinito.

Esta conquista é nossa!

AGRADECIMENTO

São muitos que fizeram parte da minha vida acadêmica, profissional e pessoal com os quais convivi e me proporcionaram experiências nas mais diversas formas de ver, sentir, perceber e me relacionar com o mundo. Para não incorrer no erro de me esquecer de tais pessoas, ofereço esta tese a todos que nominalmente e anonimamente me ajudaram neste percurso. Todavia, a partir de uma lista reduzida, registro alguns dos nomes que marcaram minha vida.

Início com o mais profundo agradecimento à Deus, cujo nome é Jeová, que através dos seus ensinamentos faz-me sentir conforto, acalento e contentamento na vida.

Aos meus pais, Douglas (*in memorium*) e Zuma, pelo seu amor incondicional, por acreditarem e viverem comigo meus sonhos. Pela sua presença constante, pelos seus abraços e beijos, pelos tantos "eu te amo" e "você vai conseguir". Obrigada por suportarem minha ausência e fazerem do nosso convívio diário o melhor que poderíamos ter!

À minha irmã, amiga fiel e verdadeira, Zaina, que tenho admiração e que amo profundamente.

Ao meu amado marido, Edson, meu eterno namorado, amigo e companheiro. Obrigada por tornar nosso relacionamento leve e "simples assim".

Ao melhor presente que recebi, meu filho Luca, que me faz ver o mundo com o colorido dos seus olhos, que transforma lágrimas em sorrisos, que me dá forças para enfrentar quaisquer desafios e que faz-me sentir completa. *Amore, ti amo*!

Às minhas queridas amigas, Débora e Fabiane, que compartilham dez anos de convívio, intimidade e amizade. À Carla pelo ouvido acolhedor e pela parceria nas nossas aventuras. Igualmente à Fabiana, para ela não existem palavras para descrever a mais profunda gratidão por sua disposição e amizade inenarrável, que se provou no momento mais difícil da vida da minha família.

À família DEMC, que me faz perceber como o trabalho coletivo e a troca de experiências podem ser potentes, desafiadoras e, ao mesmo tempo, apaziguadoras. Nesta família, encontrei meu lugar de paz! Também, minha segunda mãe – Denise, que agradeço pela amizade genuína, por todo cuidado, pelo apoio incondicional e o carinho fraterno.

Aos meus alunos que instigam diariamente à minha busca diária por novos conhecimentos.

Aos amigos do PROJAD, alguns antigos e outros novos, que me ajudaram a desbravar os caminhos da tese. Nesse grupo aprendemos e rimos juntos, por isto estudar se torna tão precioso.

À Isabel por me acolher quando meu coração transborda, as lágrimas escorrem e as barreiras se vão. Por me ajudar a cada pequeno passo a viver cada acontecimento de forma intensa e amadurecedora.

Ao meu orientador, Marcelo Santos Cruz, por sua generosidade em estimular meu crescimento profissional e por sua confiança no meu trabalho. Obrigada por me ajudar a superar meus próprios limites e seguir em frente.

À minha co-orientadora, Simone Ouvinha Peres, pela sua carinhosa acolhida, suas reflexões, sua sabedoria e seu tempo. Nossas conversas foram profundas e fundamentais para o meu crescimento.

Aos professores que fizeram parte da banca de qualificação e me proporcionaram uma interlocução intelectual profunda e indicaram caminhos de leitura primorosas para esta tese.

Às mulheres usuárias de crack que compartilharam suas histórias, seus sorrisos, suas lágrimas e a motivação de nunca desistir. Foi importante ver seu mundo através dos seus olhos. Também, aos profissionais do CAPSad III agradeço o acolhimento, as conversas formais, os desabafos, as expectativas e o sentimento de sempre poder fazer mais por pessoas que os desafiam todos os dias. À direção e toda a equipe do CAPSad, campo de pesquisa, por viabilizar a realização deste trabalho.

Feliz o homem que acha a sabedoria.
E o homem que obtém o discernimento;
Ganhar sabedoria é melhor do que ganhar prata,
E obtê-la é melhor do que obter ouro.
Ela é mais preciosa do que corais;
Nada do que você deseja pode se comparar a ela.
Na sua mão direita há vida longa;
Na esquerda, riquezas e glória.
Seus caminhos são agradáveis,
E todas suas veredas são pacíficas
(Provérbios 3: 13-17)

RESUMO

VERNAGLIA, Taís Veronica Cardoso. Os sentidos do acesso ao tratamento de mulheres usuárias de crack: o que pensam mulheres e profissionais de um serviço de atenção psicossocial. Rio de Janeiro, 2019. Tese (Doutorado em Saúde Mental e Psiquiatria) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019

Estudo sobre os sentidos do acesso ao tratamento de mulheres usuárias de crack, a partir dos relatos das mulheres e dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial para tratamento de usuários de álcool e outras drogas (CAPSad III). Sabe-se que o uso de drogas afeta a sociedade mundialmente e constitui um grave problema de saúde pública (UNODC, 2017). Em relação ao uso do crack, embora a maior parte dos usuários seja do sexo masculino, a vulnerabilidade feminina tem se mostrado um importante fator de análise. As mulheres usuárias de crack são menos escolarizadas, estão mais desempregadas, possuem menos pessoas com as quais podem contar e grave situação de pobreza e dependência econômica (SHANNON *et al.*, 2008; PALAMAR *et al*., 2017; UNODC, 2014; CARLINI, 2005; MALTA, 2008; PALAMAR *et al.*, 2015; WALLS; BELL, 2011;VERNAGLIA *et al*., 2017). Todavia, a busca pelo tratamento só aparece nos casos de graves agressões e *overdoses* que geram hospitalização ou quando há uma intervenção jurídica (SELEGHIM *et al*., 2011; CHAVEZ *et al*., 2011; PEDROSO; KESSLER; PECHANSKY, 2013). Por esses motivos, o objetivo principal do estudo foi identificar e descrever os sentidos do acesso ao tratamento das usuárias de crack no serviço de saúde, analisando a perspectiva das usuárias e dos profissionais. Trata-se de uma pesquisa empírica de campo cuja principal estratégia foi o método qualitativo por meio da observação participante e a realização de entrevistas semiestruturadas junto as mulheres e aos profissionais. Um total de 54 visitas foram realizadas durante o período de fevereiro a agosto de 2016 em um CAPSad situado na cidade do Rio de Janeiro. A partir do material coletado foram construídos temas, subtemas e categorias com o auxílio de um *software* de gerenciamento de dados qualitativos – o NVivo e foi realizada a análise temática (MINAYO, 1994; 2014). O projeto foi submetido e aprovado pelo comitê de ética e pesquisa (CAAE: 51280515.7.0000.5263; Parecer: 1.526.402). Existem três motivos que levaram as mulheres usuárias de crack a acessaram o CAPSad III, a saber: a demanda por tratamento de um corpo adoecido e estigmatizado; a demanda por medicação visando conter e lidar com o abuso do crack; a demanda por acolhimento noturno como medida de proteção. Segundo os profissionais entrevistados, os sentidos do acesso ao tratamento baseiam-se: o que as mulheres vão buscar; o

que o CAPS precisa oferecer; e o que facilitaria o acesso ao tratamento. Para eles, as mulheres vão buscar ajuda porque possuem laços familiares rompidos, precisam de ajuda social devido seu contexto de vulnerabilidade e buscam um tratamento direcionado ao seu corpo em falência. Assim, eles ofertam um cuidado baseado no acolhimento, vínculo e a medicação como ferramenta de barganha. Por fim, os profissionais afirmam que os facilitadores do acesso ao tratamento incluem: um trabalho desburocratizado e flexível, uma revisão da proposta de grupo e o trabalho na rua. A partir desses achados podemos afirmar que o corpo foi um importante mediador do acesso ao tratamento. Todavia, o estigma não foi reconhecido pelos profissionais como um fator motivador deste acesso. Foi evidente que as mulheres usuárias de crack tinham uma expectativa clara de abrigamento e medicalização. Em contrapartida, para os profissionais, a medicação foi um instrumento de barganha e, alguns, discordaram que esta deveria ser um elemento utilizado no acesso ao tratamento. Percebe-se que o acolhimento noturno se constitui como medida de suporte, proteção e esconderijo das ruas. É preciso considerar que o trabalho na rua é uma ferramenta valiosa de acesso ao tratamento para as mulheres usuárias de crack, do ponto de vista dos profissionais. No entanto, foi evidente a dificuldade de eles realizarem seu trabalho fora do CAPS. Por fim, O CAPSad precisa estar preparado para lidar de forma imediata com as consequências dos corpos falidos e as diferentes situações de vulnerabilidade das mulheres usuárias provocados pela dinâmica de abuso do crack. Outras pesquisas devem ser conduzidas sobre o acesso das mulheres aos serviços sociais e de saúde nas cenas de uso do crack. Também, é preciso promover espaços de discussão sobre as especificidades do acesso ao tratamento diferenciado para homens e mulheres usuários de crack.

ABSTRACT

VERNAGLIA, Taís Veronica Cardoso. Os sentidos do acesso ao tratamento de mulheres usuárias de crack: o que pensam mulheres e profissionais de um serviço de atenção psicossocial. Rio de Janeiro, 2019. Tese (Doutorado em Saúde Mental e Psiquiatria) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019

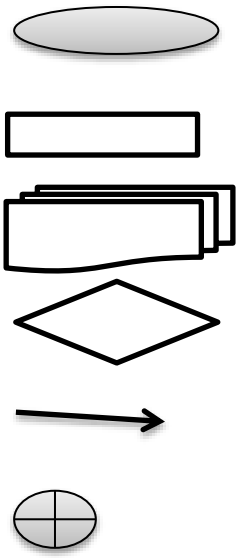
This is a study about the senses of access to treatment of female crack users, based on reports of female and professionals from a Psychosocial Care Center for Alcohol and other Drugs Abuse (Portuguese acronomy: CAPSad). Substance use disorders are a global public health problem (UNODC, 2017). Despite the fact that most of the crack users are male, women vulnerability presents an important analysis phenomenon. Women have lack of education, are more unemployed, have less personal support and face a serious situation of poverty and economic dependence (SHANNON *et al.*, 2008; PALAMAR *et al*., 2017; UNODC, 2014; CARLINI, 2005; MALTA, 2008; PALAMAR *et al.*, 2015; WALLS; BELL, 2011; VERNAGLIA *et al*., 2017). However, women crack users seek for treatment in cases of serious assault and overdoses that results on hospitalization or when there is a judicial intervention (SELEGHIM *et al*., 2011; CHAVEZ *et al*., 2011; PEDROSO; KESSLER; PECHANSKY, 2013). For these reasons, the aim of this study was to identify and to describe the senses of access to treatment of women crack users on health services, based on the perspective of both female crack users and of the health professionals who attend them. We carried out a qualitative empirical research of women crack user and professional team and collected data using participant observation and half structured interviews. We performed 54 visits from February to August 2016 in a CAPSad. We did a thematic qualitative data analyses using a management software, NVivo, to identify patterns and/or relevant themes. The study protocol was approved by the Institutional Review Board of the Federal University of State of Rio de Janeiro (CAAE: 51280515.7.0000.5263; Technical advice: 1.526.402). There are three reasons that lead the women to access treatment, based on the following elements: the demand for care of the body needs and the stigmatized body; the request for medicalization to contain and to deal with crack abuse symptoms; and nighttime shelter as a safety measure. According to the professionals interviewed the senses to access of treatment are: women motivations; what CAPSad needs to offer; and wich facilitate the access to treatment. For them the women need help because the context of vulnerability and the demand for an answer of their failed body. Therefore, they offer a care based on attachment, reception and the medicalization as a bargaining tool. Finally,

professionals state that service structural organization is necessary in order to facilitate access to treatment, and that includes less bureaucracy, flexible work, a review of the group proposal and street work. As of the findings, it was identified that the request for help through the needs of body mediates the access of treatment. However, stigma was not recognized by professionals as a motivating factor for this access. It was evident that female crack users motivations was based on nighttime shelter and medicalization. On the other hand, for professionals, medication was a bargaining tool and some of them disagreed that this should be an element used in access to treatment. Clearly the nighttime shelter is constituted as support, protection, and a place for hiding from the streets. It is also necessary to consider that, from the point of view of interviewed professionals, the work on the streets is a valuable tool to facilitate the access to treatment for female crack users. After all, was evident their difficulties to perform their work outside the CAPS. Finally, it can be seen that the tools used by the professionals must be directed to women failed body and the situations of vulnerability. Other researches must be done about women's access to social and health services on drugs scenes. As well, it is necessary to promote a discussion about the different treatment access for men and women crack users.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial para tratamento de usuários de álcool e outras drogas
CAPSad III - Centro de Atenção Psicossocial para tratamento de usuários de álcool e outras drogas que funciona 24 horas.
CnR – Consultório na Rua
RD – Redução de Danos
ESF – Estratégia de Saúde da Família
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
PACS/PSF – Progra de Agentes Comunitários de Saúde
Centro POP – Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua
VD – Visita Domiciliar
PTs – Projeto Terapêutico Singular
AP – Área Programática
CRAS – Centros de Referência de Assistência Social

LISTA DE SÍMBOLOS



Início ou fim do processo

Atividade que precisa ser executada

Documentos utilizados no processo

Ponto de tomada de decisão

Direção do fluxo

Somador

Fonte: Peinado (2007)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 1

- **O meu caminhar com vistas à construção do objeto** 2

CAPÍTULO 1 – MULHERES E O USO DO CRACK 8

1.1 Mulheres usuárias de crack e as estratégias de tratamento 8

1.2 Diferenças entre mulheres e homens no acesso aos serviços de saúde: notas sobre usuários de drogas, em especial, para os que fazem uso de crack 12

1.3 A importância do olhar sobre o feminino no acesso e no tratamento oferecido pelos serviços de saúde às mulheres usuárias de crack 15

CAPÍTULO 2 – AS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL: QUESTÕES RELATIVAS À PREVENÇÃO, AO TRATAMENTO, À RECUPERAÇÃO E À REINSERÇÃO SOCIAL DAS PESSOAS QUE FAZEM USO DE DROGAS 20

2.1 As políticas públicas sobre drogas no Brasil: avanços, recuos e desafios 26

CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA: CAMINHOS PERCORRIDOS 30

3.1 A pesquisa: procedimentos metodológicos e decisões operacionais 30

3.2 A observação participante como estratégia privilegiada 32

3.3 Critérios de seleção do campo de observação: CAPSad 34

- **O CAPSad: apresentação da unidade escolhida** 35

3.4 Critérios de seleção das mulheres entrevistadas 36

- **Condição requerida para a participação: "ter disponibilidade"** 37

3.5 Critérios de seleção dos profissionais entrevistados 39

3.6 Os roteiros de entrevistas 41

3.7 Locais das entrevistas, tempo de duração e a interação com o campo 43

3.8 Procedimentos de análise dos dados 45

- **Software Nvivo: suporte para fins da constituição do banco de dados e análise temática** 48

3.9 Questões éticas envolvidas na pesquisa de campo 51

3.10 Descrição geral e comparativa do campo e dos participantes entrevistados 52

- **O CAPSad participante** 52
- **As mulheres usuárias de crack entrevistadas** 57
- **Os profissionais de saúde entrevistados** 59

CAPÍTULO 4 – OS SENTIDOS DO ACESSO AO TRATAMENTO NA PERSPECTIVA DAS MULHERES 62

4.1 A demanda por tratamento do corpo adoecido e estigmatizado 62

4.2 A demanda por medicação visando o controle e a redução do uso abusivo do crack 72

4.3 A demanda por acolhimento noturno 78

4.4 Considerações preliminares....86
CAPÍTULO 5 – OS SENTIDOS DO ACESSO AO TRATAMENTO NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE 87
5.1 O que as mulheres vão buscar 87
5.1.1 Ajuda social frente aos laços rompidos 87
5.1.2 Ajuda social frente as diferentes vulnerabilidades sociais 91
5.1.3 Ajuda frente ao corpo adoecido e em falência 94
5.2 O que o CAPS AD precisaria oferecer....98
5.2.1 Acolhimento e vínculo....98
5.2.2 O cuidado com o corpo como oferta fundamental 107
5.2.3 A medicação como ferramenta de pactuações....111
5.3 O que facilitaria o acesso das mulheres ao CAPS AD 114
5.3.1 Desburocratização, flexibilização e o trabalho das miniequipes.... 114
5.3.2 Análise crítica da proposta do atendimento em grupo.... 119
5.3.3 Ampliação do trabalho na rua.... 125
5.4 Considerações preliminares.... 136
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS....138
REFERÊNCIAS 144
APÊNDICE A – ROTEIRO DO DIÁRIO DE CAMPO DA ENTREVISTA USUÁRIAS 166
APÊNDICE B – ROTEIRO DO DIÁRIO DE CAMPO DA ENTREVISTA PROFISSIONAIS....169
APÊNDICE C – QUADRO DE ENTREVISTAS....171
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO USUÁRIAS....172
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROFISSIONAIS....174
APÊNDICE F – SINOPSE DAS HISTÓRIAS DE VIDA E TRAJETÓRIA DAS MULHERES USUÁRIAS DE CRACK....176

APRESENTAÇÃO

A motivação em vistas a construção do objeto de estudo é em virtude da minha trajetória profissional. Desde minha formação, tenho percorrido um caminho direcionado à assistência em Saúde Mental e Psiquiatria com base nos referenciais da reforma psiquiátrica e sanitária. Como enfermeira psiquiatra tenho atuado na atenção às pessoas em sofrimento mental nos diversos dispositivos hospitalares e extra hospitalares.

Atualmente, como docente da UNIRIO, percebi a necessidade constante de especializar-me sob as novas formas de cuidado que regem os princípios, as diretrizes, as políticas públicas e as ações de saúde no Brasil. Também entendi que é necessário investir na formação de um sujeito crítico e reflexivo para o Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a assegurar o acesso universal, a equidade e a integralidade de pessoas em sofrimento mental, com base nos seus determinantes e processos sociais complexos que se inscrevem nos seus grupos, famílias e comunidade.

Na prática de ensino, durante as atividades de supervisão da Disciplina de Estágio Curricular em Enfermagem Psiquiátrica, tive uma aproximação com pessoas com problemas com o álcool e outras drogas. Nesse contexto, passei a perceber a necessidade dessa população, em especial, o contexto vulnerável que se inscrevem as mulheres que usam o crack. Assim, sob uma nova perspectiva de atuação docente, a partir da necessidade de especializar-me sob as novas formas de cuidado direcionadas às pessoas que tinham problemas com o crack, tornei-me presente, a partir do ano de 2010, no Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas (PROJAD), coordenado por Marcelo Santos Cruz.

Sendo assim, na apreciação desta tese, o leitor entenderá o que motivou a presente pesquisa e o porquê ter sido construída uma proposta que busca articular mulheres usuárias de crack e acesso ao tratamento.

Descrevemos e discutimos sobre os fatores relacionados ao processo de acesso ao tratamento por parte das mulheres usuárias de crack, na perspectiva delas e dos profissionais que as acompanhavam. No ponto de vista das mulheres, este processo estava centrado nos motivos pelos quais elas buscaram atendimento nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool Outras Drogas (CAPSad III), a saber: para lidar com os efeitos do crack sobre seus corpos em falência; para lidarem com o estigma social; a partir de um pedido de medicalização e abrigamento. Na perspectiva dos profissionais, o leitor perceberá que os sentidos do acesso ao tratamento incluíram: o que as mulheres vão buscar; o que devem oferecer às elas no acesso ao CAPSad; e quais os facilitadores que são importantes para o atendimento das mulheres usuárias

de crack. Assim, o presente estudo tem como objeto os sentidos do acesso ao tratamento de mulheres usuárias de crack de um CAPS AD do Rio de Janeiro, a partir da perspectiva das mulheres e dos profissionais de saúde.

- **O meu caminhar com vistas à construção do objeto**

Para a construção desta tese foi importante ter participado em duas pesquisas, que me permitiram aproximar-me da temática e definir meu objeto de estudo. A primeira delas foi sobre "usuários de crack em situação de rua: características de gênero". Este foi o meu primeiro contato, enquanto pesquisadora, com as mulheres usuárias de crack.

Na referida pesquisa, fui convidada a integrar um grupo de pesquisadores que realizaram grupos focais e entrevistas em profundidade com homens e mulheres usuários de crack. De início, eu não tinha um interesse específico nas questões relativas aos problemas relacionados ao uso do crack. Todavia, achei a proposta interessante, pois acreditava que estar em campo, participando de grupos focais com usuários de crack, poderia me ajudar a construir um objeto de pesquisa que vislumbrasse o doutorado. A partir desse momento, comecei a aproximar-me de um universo do qual eu não tinha ainda profundo conhecimento, a não ser algumas poucas leituras e a imagem disseminada pelo discurso midiático sobre quem eram os usuários de crack.

A partir das primeiras leituras feitas e dos resultados obtidos na pesquisa foi possível verificar que havia um contexto de atendimento que se particularizava para as mulheres usuárias de crack. Percebi que o crack exercia na vida dos participantes um papel de importante mediador das diferentes pactuações afetivas possíveis em seu cotidiano - da comida à pedra do crack (VERNAGLIA; VIEIRA; CRUZ, 2015). Havia um silenciamento das mulheres nos grupos mistos quando eram abordados temas como a violência e uso do corpo em atividades de prostituição. Em contrapartida, nos grupos compostos apenas por mulheres a afirmativa da opção pela maternidade e a sua separação para o uso do corpo como trabalho – prostituição – , foram faladas abertamente por elas (VERNAGLIA; VIEIRA; CRUZ, 2015).

Nas narrativas das mulheres foi possível observar que apesar da relevância da pedra do crack em suas vidas, elas conseguiam, em determinadas situações, efetuar escolhas e pactuações. Essas escolhas se manifestam tanto nas narrativas que falam do cotidiano, dos afetos, dos meios para "ganhar a vida" vendendo o corpo em troca de dinheiro ou da pedra do

crack, por exemplo, como também preservá-la por meio de pactuações e de alianças (VERNAGLIA; VIEIRA; CRUZ, 2015).

Sinalizamos que o material investigado apontava para a necessidade de maior investimento em pesquisas que pudessem colaborar na construção de um cuidado que se coadune com as reais necessidades dos usuários de crack. Esses achados me motivaram a compartilhar os resultados no artigo *Gênero e uso de crack: características de gênero*, publicado na revista *Ciência e Saúde Coletiva* (VERNAGLIA; VIEIRA; CRUZ, 2015).

Prosseguindo com o meu caminhar, a minha participação em uma segunda pesquisa permitiu o despertar do objeto de estudo e o vislumbre ao doutorado, tendo acontecido no período que se destinava ao estágio probatório[1]. Neste período, utilizei os dados secundários ao ensaio clínico *Ações Integradas, componente 3 – Avaliação, estudo de polimorfismos genéticos, gerenciamento de caso e seguimento de usuários de crack que se encontram em tratamento em seis capitais brasileiras* para descrever o perfil sócio demográfico e comportamental das mulheres usuárias de crack que acessam CAPSad em seis cidades do Brasil.

Foram coletadas informações de 816 usuários de crack que acessaram os CAPSad escolhidos como cenário de coleta de dados. Olhando para estes resultados, percebemos a maior condição de vulnerabilidade social das mulheres usuárias de crack em comparação aos homens: eram negras, menos escolarizadas, mais desempregadas, possuíam pouca ou quase nenhuma ajuda governamental e tinham maiores índices de contaminação por HIV (VERNAGLIA *et al*., 2017). Impressionou-me o fato de mais homens do que mulheres retornarem ao tratamento para questões relacionadas a problemas com o álcool e outras drogas.

Mediante isso, seguiram-se leituras que pudessem me ajudar a entender os achados nas referidas pesquisas, em especial, relativos às mulheres, ao uso de crack e ao acesso ao tratamento.

No Brasil, o acesso universal aos serviços de saúde deve assegurar a igualdade de oportunidades para tratamento (DRESCH, 2015). Sabemos que, no mundo todo, mulheres enfrentam riscos de saúde e desafios para acessarem os serviços de saúde (AARAJ; CHROUCH, 2016; DECKER *et al.*, 2016; FERRARESE, 2016; VERNAGLIA *et al*., 2017). A Organização Mundial de Saúde salienta que a saúde das mulheres deve ser foco das ações

[1] O Programa de Pós Graduação em Saúde Mental (PROPSAM) define que para um aluno inscrever-se no processo seletivo para os cursos de mestrado e doutorado deve ter cumprido um período mínimo de 6 (seis) meses de estágio probatório.

públicas em virtude à discriminação sofrida por elas e está enraizada em fatores socioculturais (WHO, 2017- 2018).

Todavia, a saúde é marcada por referenciais conservadores que aprisionam e negligenciam ações voltadas para as reais necessidade das mulheres. As políticas públicas de atenção a este grupo estão fundamentalmente impetradas na saúde sexual e reprodutiva, reflexo do estereótipo de gênero (BOTTON; CÚNICO; STREY, 2017).

Nesse contexto, as mulheres que usam drogas ilícitas, dentre elas o crack, se encontram em situação de vulnerabilidade social e buscam menos os serviços de saúde quando comparadas aos homens (VERNAGLIA *et al.*, 2017; CRUZ *et al.*, 2015; PICOLI, 2013). Sabe-se que o consumo do crack tem desafiado a saúde pública brasileira exigindo uma revisão das políticas públicas, dos seus conceitos e métodos de análise (BRASIL, 2003; 2017; BERTONI *et al.*, 2014; BASTOS; BERTONI, 2014; BRASIL, 2010). Em adição a isso, uso de drogas afeta a sociedade mundialmente, constituindo-se em uma ameaça importante para a saúde, bem-estar e desenvolvimento social (UNODC, 2017).

Percebe-se que os processos discriminatórios envolvendo as mulheres usuárias de crack estão presentes na problemática cotidiana enfrentada por elas, bem como se vinculam ao problema do acesso delas aos serviços de saúde. Por razões históricas, as mulheres ainda enfrentam no dia a dia muitas situações difíceis e excludentes, tanto no espaço público quanto no espaço doméstico, que são profundamente desiguais e se reproduzem nas cenas de uso do crack e na oferta da assistência prestada pelos serviços de saúde especializados à essa população.

Por isso, sob esta égide, o abuso de drogas será considerado no presente estudo com um enfoque na perspectiva do uso do crack. Nesse grupo, escolhemos as mulheres porque entendemos que a discriminação em relação ao feminino se sobrepõe em muitos contextos. Esta se articula, se mistura e se reforça com o seu sofrimento que emerge dessas situações, evidenciando todo um cenário marcado por diferenças que desvalorizam e penalizam ainda mais as mulheres usuárias de crack.

Dessa forma, esta pesquisa buscou explorar, bem como fazer uma descrição do processo e das práxis do acesso ao tratamento por mulheres usuárias. Considera-se neste estudo a importância da visibilidade da questão da mulher usuária no âmbito das políticas públicas; a importância da compreensão da condição da mulher usuária de crack e seu acesso aos serviços de saúde especializados. Sabe-se que, estatisticamente, as mulheres são menos representadas nas questões ligadas ao uso do crack do que os homens, sendo esses representados pela a maioria da população usuária. Dentro de um universo populacional majoritariamente composto

por homens e não por mulheres, essa consideração nos remete de imediato a um importante questionamento: por que o número de mulheres é significativamente menor do que o número de homens? Quem são essas mulheres usuárias e como e por que acessam, ou não, aos serviços de saúde?

Apesar da existência concreta desta diferença proporcional entre homens e mulheres usuárias, bem conhecida na literatura, o que se observa é uma importante lacuna de pesquisas sobretudo empíricas e na bibliografia científica sobre mulheres usuárias e seu acesso aos serviços de saúde, como elemento imprescindível da política pública. Dessa forma, ao que tudo indica, persiste uma relevante invisibilidade das suas questões e do seu acesso aos serviços de saúde no conjunto da produção científica. Dessa forma, o entrelaçamento entre as trajetórias das mulheres usuárias de crack e o acesso ao tratamento foi privilegiado nesta pesquisa, a partir dos modos de existência das participantes, mediante a perspectiva qualitativa metodológica em saúde.

O uso do termo mulher usuária de crack remete a uma representação social derivada de um contexto sócio histórico e cultural que atribui à mulher uma série de estigmas, preconceitos e desigualdades em relação aos homens pelo fato de as mulheres serem usuárias de álcool e outras drogas, mas, principalmente por usarem o crack e frequentarem às cenas de uso. O ponto de vista do senso comum, associa à "mulher crackuda" a ideia de humilhação, prostituição, pobreza, fracasso, incapacidade, violências diversas, agressora, vítima, vulnerável, dentre outras denominações de inferioridade, forjando um perfil hierárquico que diminui e menospreza a mulher pelo fato dela ser "viciada em crack", independentemente da esfera social.

Por exemplo, no debate composto por abordagens diversas e distintas em seus pressupostos, não tratado aqui, a relação da mulher com o cuidado dos filhos é entendida como a base dos valores dos diferentes processos de socialização (GILLIGAN,1982), logo, a mulher usuária de crack é prontamente vista socialmente e pelas instituições como incapacitada para o cuidado dos filhos. O simples fato de a mulher ser uma usuária de crack faz dela uma pessoa que não atende por determinadas condições e expectativas sociais relacionadas e constitutivas no papel feminino, o que abre a possibilidade de se olhar para qualquer mulher usuária de crack a partir de fortes estereótipos sociais que não autorizam e legitimam essa mulher no papel de mãe (BADINTER,1985).

Dessa forma, o processo de estigmatização da "mulher crackuda" é caracterizado e associado aos atos de violência, humilhação, sofrimentos diversos, falência física e psicológica. Por triplo estigma – inferior, submissa e pecadora - vincula-se principalmente às representações sócio- históricas, culturais e religiosas brasileiras que se faz sobre ser mulher, submetida no

decorrer da história do Brasil, a uma condição inferiorizada e subordinada em relação ao homem (PRIORE, 1995). Quando a mulher é usuária de crack, o estigma que recai sobre ela a partir da idealização da mulher é contrário à moralidade vigente, que rompe com a idealização sobre a "boa mulher". Pode-se dizer que, para o que nos interessa, a mulher usuária do crack é repudiada por grande parte da sociedade a que pertence, ficando exposta às condições de segregação social (GOFFMAN, 1988). No plano social e simbólico, a desigualdade instituída entre homens e mulheres, a distinção e o desequilíbrio ente ambos em várias esferas da sociedade, em que a mulher e o homem são socialmente reconhecidos e valorizados de modos distintos, opostos e desiguais (BOURDIEU, 2002**)** leva ao reconhecimento da mulher usuária de crack a partir de atributos desqualificadores. O estigma do drogado, do usuário de drogas e da "mulher crakuda" é profundamente depreciativo nos termos do Goffman (1988), tornando-se um elemento confirmador, ou não, da normalidade ou anormalidade. Neste caso, estamos diante do que Goffman (1988) chamou do indivíduo desacreditável porque é fortemente depreciado.

Desse ponto, nasce a minha busca de olhar de uma outra maneira para meu objeto de estudo através de uma visão qualitativa por meio de uma pesquisa de campo. Esta seria minha primeira experiência com a observação participante que me demandou a imersão em uma unidade de atenção a pessoas com problemas com álcool e outras drogas. Esta necessidade veio das minhas leituras e intuição que esta observação poderia trazer dados e informações mais preciosos sobre a realidade que as mulheres usuárias de crack enfrentam no acesso ao tratamento.

É importante dizer que o campo foi um local de inúmeros desafios, que se iniciaram por renunciar às amarras da minha formação – enfermeira psiquiatra – personalidade formada por um olhar sobretudo objetivo e assistencialista. Nós enfermeiras sabemos que o cuidado é fundamental na relação que estabelecemos com os sujeitos, por isto a relação que estabeleci com as mulheres, essencialmente subjetiva e interpessoal, foi uma importante ferramenta para construir os resultados desta tese.

Assim, a tese está dividida em seis capítulos. O capítulo 1, denominado *As mulheres e o uso de crack*, mostra como os estudos, nacionais e internacionais, abordam a questão das mulheres e a relação que estebelecem com o uso do crack. Este capítulo possui dois subcapítulos: *Mulheres usuárias de crack e as estratégias de tratamento* e *Diferenças entre homens e mulheres no acesso aos serviços de saúde*. Objetiva-se com estes subcapítulos, proporcionar ao leitor uma aproximação com as questões envolvidas por essa temática e que foram fundamentais para se discutir o objeto de estudo.

O capítulo 2, *As políticas públicas sobre drogas no Brasil: questões relativas à prevenção, ao tratamento, à recuperação, à reinserção social das pessoas que fazem uso de drogas,* apresenta ao leitor as políticas públicas sobre drogas no Brasil, em especial, em seu subcapítulo sobre os avanços, recuos e desafios.

O capítulo 3, *Metodologia: caminhos percorridos*, apresenta ao leitor como foi conduzido este estudo a partir do método e as técnicas de pesquisa utilizados.

Em seguida, entendeu-se que permitiria clareza didática dos achados apresentar em separado os capítulos referentes aos resultados e à discussão na perspectiva das mulheres e dos profissionais. Assim, os capítulos 4 e 5 destinam-se à discorrer sobre os sentidos do acesso ao tratamento sob o ponto de vista destes dois grupos.

O capítulo 4 denomina-se: *Os sentidos do acesso ao tratamento na perspectiva das mulheres* e está dividido em quatro partes. A primeira parte, descreve a demanda por tratamento apresentada pelas mulheres do corpo adoecido e estigmatizado. A segunda parte, a demanda por medicação visando o controle e a redução do uso abusivo do crack. Na terceira parte, encontram-se os resultados relativos às falas sobre a demanda pelo acolhimento noturno.

O capítulo 5, *Os sentidos do acesso ao tratamento na perspectiva dos profissionais* inclui: o que as mulheres buscam no acesso ao tratamento; o que o CAPS precisa oferecer no acesso ao tratamento; o que facilitaria o acesso ao tratamento das mulheres usuárias de crack.

Nos capítulos 4 e 5, foram incluídas a discussão e a interpretação dos resultados com base na literatura vigente. Neste etapa foi importante definir alguns referenciais de discussão, a saber: as questões relativas ao corpo da mulher como instrumento de acesso, o estigma e o vínculo terapêutico como referenciais no acesso ao tratamento. Também, ao final destes capítulos foram apresentadas a síntese do fenômeno pesquisado, de modo a permitir ao leitor uma visualização esquemática sobre os sentidos do acesso ao tratamento a partir da apresentação esquemática de um fluxograma.

Por fim, as considerações finais apresentam como os objetivos do estudo foram alcançados e finaliza esta unidade de análise. O leitor perceberá que para findar esta tese foram apresentadas as tensões e perspectivas sobre o acesso ao tratamento das mulheres usuárias de crack, de modo a reunir tanto as aproximações quanto os distanciamentos identificados nas falas das mulheres e dos profisisonais.

CAPÍTULO 1 – MULHERES E O USO DO CRACK

1.1 Mulheres usuárias de crack e as estratégias de tratamento

Segundo o relatório mundial sobre drogas, 250 milhões de pessoas, 5% da população mundial, usaram algum tipo de droga em 2015, dentre elas, a cocaína em suas diversas formas (UNODC, 2017). Na América do Sul, o número de usuários de cocaína aumentou de 2 milhões em 2005 para 3,4 milhões em 2012, devido ao seu uso na forma da cocaína fumada, incluindo o crack (UNODC, 2014). Embora o número de usuários de cocaína tenha se mantido estável ou diminuído na Europa, entre 2012 e 2015, nos EUA ocorreu um aumento do número de *overdoses* (UNODC, 2017). O referido relatório também sinaliza um aumento no cultivo da cocaína (30% no período entre 2013 e 2015) e em seu consumo na Europa e na América do Norte (UNODC, 2017).

Cerca de 29 milhões de pessoas, 0,6% da população mundial, sofrem de transtornos relacionados ao abuso de drogas e precisam de tratamento (UNODC, 2017). No ano de 2015 foram perdidos 28 milhões de anos vida devido às mortes prematuras e incapacidades relacionadas ao uso de drogas (UNODC, 2017). Nas últimas décadas, tornou-se alarmante o aumento global da morbidade e mortalidade - DAILYs[2] atribuível ao uso de drogas (UNODC, 2017). Nesse cenário, houve um aumento do DAILYs para os usuários de cocaína, da ordem de 729.000 em 2005 para 999.000 em 2015 (UNODC, 2017).

Dados sobre o uso do crack no Brasil revelam um consumo discreto e estável na população brasileira entre os anos de 2001 e 2005. Observa-se, no entanto, fortes evidências de que a partir do ano de 2009 o uso dessa substância, bem como sua associação a diversos agravos à saúde tem se tornado mais frequente (BRASIL, 2009a). No Brasil, a prevalência de uso do crack pela população maior de 15 anos encontrada em levantamentos nacionais varia de 0,4% (LARANJEIRAS *et al.*, 2013) a 0,8% (BASTOS; BERTONI, 2014) possivelmente devido à diferenças metodológicas. A Pesquisa Nacional sobre o uso de crack acrescenta que o uso dessa substância é apenas uma das drogas do amplo "portfólio" de substâncias psicoativas entre

[2] "Anos de Vida Ajustados pela Incapacidade. Índice que representa os anos futuros de vida isentos de incapacidades que se perderiam em um dado período, por consequências de mortes prematuras ou de situações de incapacidades provocadas por enfermidades" (BRASIL, 2007, p.17). Em inglês, DALYs significa Disability Adjusted Life Years.

usuários, sendo o álcool e o tabaco as mais frequentemente consumidas (BASTOS; BERTONI, 2014).

Usuários de crack frequentemente se envolvem em comportamentos de risco para manter seus padrões de consumo e se encontram em situação de maior vulnerabilidade social. De modo geral, não têm acesso à educação, ao trabalho formal e grande parte desses usuários vivem em situação de rua (UNODC, 2014; CARLINI, 2010; MALTA *et al.*, 2008).

O padrão do uso de drogas em homens e mulheres é extremamente variável entre os países. Em geral, os homens estão duas a três vezes mais propensos a usar uma droga ilícita do que as mulheres, dentre elas o crack (UNODC, 2015; SHANNON *et al*., 2008; PALAMAR *et al.*, 2015). Segundo o inquérito nacional sobre uso de crack no Brasil, 78,6% dos usuários em cenas abertas de uso são do sexo masculino (BASTOS; BERTONI, 2014), predominância também encontrada em outros estudos no país (CARLINI *et al.*, 2006; CRUZ *et al.*, 2013).

Também entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras, são encontradas diferenças no consumo de substâncias entre jovens usuários: o relato de uso de drogas ilícitas, dentre elas o crack, foi realizado por rapazes, em maior proporção , enquanto as jovens referem um consumo maior de medicamentos sem prescrição (CARLINI, 2010). Outro estudo acrescenta que entre usuários de crack a prevalência mais elevada e o uso de múltiplas drogas (incluindo álcool, maconha e cocaína) é mais frequente em homens do que em mulheres (BERTONI *et al*., 2014).

Embora a maior parte dos usuários de crack seja do sexo masculino, a vulnerabilidade[3] feminina tem se mostrado um importante fator de análise. A mulher não é apenas diferente do homem, também carrega atributos de desigualdade de direitos, inferioridade e opressão (CORTES, 2010). As questões relativas à saúde da mulher são relevantes para diferentes grupos, dentre eles, os com situação de maior vulnerabilidade: as mulheres usuárias de drogas.

É reconhecido pelas Políticas de Assistência Social que dentre os cidadãos que se encontram em situação de vulnerabilidade e risco estão as pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2005a). Para as mulheres usuárias de crack, a presença de marcadores de diferenças sociais como a raça, a classe, a orientação sexual, a geração, dentre outros, já as coloca em uma situação de vulnerabilidade (CASTRO; MELLO, 2009). A perspectiva da

[3] Vulnerabilidade pode ser entendido como um conceito ampliado e nterdisciplinar que pode ser aplicável a diferentes áreas. Nesta pesquisa, entende-se que se relaciona as diversas formas de fragilizações e perdas sociais e de saúde, por isto deve estar articulado a garantia da cidadania e dos direitos civis. Pode-se entender como um aspecto articulador de diversas dimensssões, dentre elas, condições psicológicas, sociais, morais, jurídicas, que podem direcionar as práticas dos serviços de saúde (SEVALHO, 2018; AYRES *et al.*, 2003).

desigualdade é evidente nessas mulheres: na escola, no trabalho e no acesso aos serviços sociais e de saúde (VERNAGLIA; VIEIRA; CRUZ, 2015).

Nesse sentido, mulheres usuárias de crack são mais desempregadas, menos escolarizadas, quando comparadas aos homens (SHANNON *et al.*, 2008; PALAMAR *et al*., 2017; UNODC, 2014; CARLINI, 2005; MALTA, 2008). Observa-se que a situação de pobreza e dependência econômica é mais frequente entre usuárias de crack (PALAMAR *et al.*, 2015; WALLS; BELL, 2011): moram nas ruas, não tem recursos para as necessidades básicas e não possuem suporte social (RILEY *et al*., 2011; VERNAGLIA *et al*., 2017).

Percebe-se nas cenas de uso do crack situações cotidianas muito desiguais, discursos racistas, sexistas em que o gênero, as origens sociais e culturais se sobrepõem (MACEDO; ROSO; LARA, 2015). O tipo de trabalho/ocupação também é diferente, sendo o uso do corpo e a atitude de pedir esmolas mais frequente entre as mulheres (BERTONI *et al*., 2014).

A vulnerabilidade de mulheres que usam crack é acentuada pelo abuso físico, psicológico, sexual e comportamento sexual de risco (HANKINS, 2008; KUMAR *et al.*, 2008; SARIN; SELHORE, 2008; NAPPO, 2004; NAPPO; SANCHEZ; DE-OLIVEIRA, 2011; MALTA *et al.*, 2008; LORVICK *et al.*, 2015; PALAMAR *et al*., 2015). Alguns autores demonstram como os relatos de experiências de violência física e sexual (especialmente relacionadas à negociação do uso do preservativo) são frequentes entre as usuárias de drogas (RODRIGUES *et al*., 2012). O uso do crack parece ser um fator preditor da violência por reduzir a capacidade de controle dos impulsos e por aumentar a sensação de se sentir perseguido (ZILBERMAN; BLUME, 2005). Além disso, as situações de violência e uso do corpo em troca de uma pedra de crack, por usuárias, são naturalizadas e banalizadas no seu cotidiano (VERNAGLIA; SENA; CRUZ, 2015; RUDOLPH *et al.*, 2013; NAPPO; SANCHEZ; OLIVEIRA, 2011).

As mulheres usuárias de crack também diferem dos homens quanto ao estabelecimento dos vínculos de afeto; no papel atribuído ao crack como operador na mediação de conflitos; no uso do corpo como "moeda de troca" e prostituição e na geração e cuidado da prole (VERNAGLIA; VIEIRA; CRUZ, 2014). Elas apresentam maior gravidade nos problemas relacionados à saúde, família e agravos psiquiátricos ou vivenciam a violência de diversas formas (NAJAVITIS, 2008; VERNAGLIA *et al*., 2017; CASTRO; SOUZA, 2009).

As mulheres apresentam maior risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis tais como as hepatites e o HIV, por conta do uso costumeiro do corpo como moeda de troca pela droga; grande rotatividade no número de parceiros; e, muitas vezes, por não utilizarem preservativos (MALTA *et al*., 2008; DUALIBI, RIBEIRO; LARANJEIRAS, 2008; TIMPSOM

et al., 2011; CORSI *et al.*, 2010; GILCHRIST *et al.*, 2015; RUDOLPH *et al.*, 2013; DUFF *et al.*, 2013). Igualmente, autores afirmam que os testes para HIV são positivos frequentemente entre as mulheres (BERTONI *et al.*, 2014).

Apesar disso, os estudos brasileiros sobre o uso do crack tem focado preferencialmente os estudantes do ensino fundamental e médio, os profissionais de saúde, os universitários, e crianças e adolescentes em situação de rua. Nos estudos sobre mulheres usuárias de crack tem sido privilegiado o comportamento sexual de risco, o perfil dos usuários e os locais de circulação da droga (DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRAS, 2008; OLIVEIRA, 2008; MORENO; VENTURA; BRETAS, 2009; SELEGHIM *et al*, 2012; HORTA; ESSWEIN; HORTA, 2013; RAUPP; ADORNO, 2011).

A relação entre mulheres, prostituição e dependência de drogas é abordada em pesquisas internacionais que tratam sobre políticas públicas, a violência, barreiras de acesso aos serviços de saúde e as vulnerabilidades sociais (MEHRABADI *et al.*, 2008; AYERS; MARSIGLIA; HOFFMAN; URBAEVA, 2012; NAPPO; SANCHEZ; OLIVEIRA, 2011). Porém, é possível avaliar que existe uma sub-representação em estudos brasileiros sobre essa temática que incluam, de modo mais particular, o uso abusivo de substâncias pela população feminina (MALTA *et al.*, 2008; ARRUDA; SOARES; ADORNO, 2013). Poucos são os estudos que abordam questões subjetivas (relacionamentos, maternidade e filhos) e características e acesso aos serviços de saúde (VERNAGLIA; VIEIRA; CRUZ, 2014).

Também, são escassos os estudos que utilizam uma perspectiva qualitativa tendo como objeto mulheres e o uso de drogas, sendo as repercussões da ordem social com ênfase nas relações afetivo-emocionais e familiares mais enfocadas em reportagens (SOUZA; OLIVEIRA; NASCIMENTO, 2014). Os avanços na saúde da mulher ficaram restritos à sexualidade e à reprodução, deixando de lado aspectos relativos às mulheres que são relevantes, por exemplo, para garantir o acesso ao tratamento (OTTERSEN *et al.*, 2014; HORTON; CESCHIA, 2015). Para que haja um sistema de saúde forte é imprescindível incluir na agenda de discussões as questões relativas à distribuição de poder, o bem-estar da mulher e os respectivos determinantes sociais: educação, renda, emprego, sustento e empoderamento (KIM; EVANS, 2015; HORTON; CESCHIA, 2015).

Nesse sentido, o consumo de drogas por mulheres exige atenção específica considerando a vulnerabilidade da mulher usuária de crack, o seu contexto social ainda mais desfavorável do que entre os homens, em especial, no que tange a questão do acesso aos serviços de saúde.

1.2 Diferenças entre mulheres e homens no acesso aos serviços de saúde: notas sobre usuários de drogas, em especial, para os que fazem uso de crack

Existem diferenças no acesso aos serviços de saúde entre homens e mulheres. De um modo geral, as mulheres acessam mais os serviços de saúde quando comparadas aos homens (BARATA, 2009). Para a autora a "utilização de consulta médica, em todos os estratos de renda familiar, apresenta maior frequência entre as mulheres, tanto para os indivíduos com bom estado de saúde, quanto para aqueles com saúde regular ou ruim" (BARATA, 2009, p. 91).

Um estudo de revisão da literatura sobre as diferenças de gênero no acesso ao serviço de saúde apontou que historicamente o cuidado em saúde esteve restrito à mulher com base nas suas necessidades reprodutivas. Todavia, os autores sinalizam que a violência doméstica, a saúde psíquica, as sobrecargas de trabalho feminino são negligenciadas pelas ações em saúde e ficam "invisibilizados" (BOTTON; CÚNICO; STREY, 2017, p. 70). Estes autores acrescentam que "qualquer especificidade ou subjetividade que subverta o esperado, parece escapar das preocupações dos espaços públicos e privados em saúde feminina" (BOTTON; CÚNICO; STREY, 2017, p. 71).

Diferentes estudos sugerem dificuldades de acesso ao tratamento para usuários de drogas, em especial, para os que fazem uso de crack (PERON *et al.*, 2009; MCCOMCY *et al.*, 2001; NOEL *et al.*, 2006; CRUZ *et al.*, 2013). Um estudo realizado no Rio de Janeiro, com 110 usuários de drogas não injetáveis, álcool e cocaína/crack, identificou que 71,4% nunca estiveram em tratamento para o abuso de drogas (MALTA, 2008). Um outro estudo concluiu que usuários de crack em situação de rua percebem os serviços sociais e de saúde como "inacessível, inadequado e pouco atraente" (CRUZ *et al*., 2013, p. 9).

Em geral, o tratamento é procurado quando o caso é considerado grave, seja por efeitos e danos sociais, emocionais e profissionais ou físicos (os mais comuns). Para alguns autores, a busca pelo tratamento só aparece nos casos de graves agressões e *overdoses* que geram hospitalização (SELEGHIM *et al*., 2011; CHAVEZ *et al*., 2011). Um estudo que mapeou as histórias de tratamento entre homens e mulheres usuários de crack, demonstrou que, nesses grupos, existem padrões de comportamento diferentes. Os autores afirmam que as mulheres buscam o tratamento em situações de urgência e quando há uma intervenção jurídica motivada por sua família (PEDROSO; KESSLER; PECHANSKY, 2013). O estudo citado, sugere ainda que o Brasil possui uma carência de unidades que estejam preparadas para atender os usuários de crack (PEDROSO; KESSLER; PECHANSKY, 2013).

A questão do tratamento está vinculada às diversas barreiras que impedem as mulheres procurarem e serem atendidas nas unidades de saúde. Segundo a literatura vigente, o estigma apareceu como uma importante barreira no acesso ao tratamento das mulheres usuárias de crack.

É importante ressaltar que para Goffman (1988) o estigma está baseado em expectativas normativas, que dizem respeito aquilo que, os ditos normais, acreditam que o indivíduo deva ser, do ponto de vista relacional, podendo assumir uma função pronfudamente depreciativa. O autor afirma: "uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social (GOFFMAN, 1988, p. 8). Do ponto de vista do acesso ao tratamento o estigma exerce uma função limitadora na medida que "tem como efeito afastar o indivíduo da sociedade e de si mesmo de tal modo que ele acaba por ser uma pessoa desacreditada frente a um mundo não receptivo" (GOFFMAN, 1988, p. 20).

Sobre este aspecto, estigma pode ser entendido como "um dos processos sociais que podem reduzir acesso à saúde dos indivíduos e grupos afetados" (SOUZA; PITANGUY, 2006, p. 16). E Parker (2013) afirma que o estigma tem um papel definidor na reprodução dos ideais de poder e controle e seu desdobramento "faz com que alguns grupos sejam desvalorizados e outros valorizados de forma inerentemente discriminatórias" (PARKER, 2013, p. 29).

Como afirmam alguns autores "no pólo mais negativo e estigmatizante, o uso de drogas pode significar a marginalização de determinada pessoa ou grupo social" (TRAD; TRAD; ROMANÍ, 2013, p. 44). Nesse sentido, marcadores sociais da diferença como os que se coadunam com o objeto de estudo, a saber, mulheres usuárias de crack devem ser considerados um atravessador do acesso ao tratamento. Sobre este aspecto, Ayres (2009) nos convida a refletir:

> O princípio da universalidade nos impulsiona a construir o acesso à saúde e ao cuidado para todos, o da equidade nos exige pactuar com todos o que cada um necessita, e a integralidade nos desafia a saber e fazer o 'que' e 'como' para responder universalmente as necessidades de cada um (AYRES, 2009, p. 11).

Percebe-se que a maioria das pesquisas de campo que discutem sobre tratamento de usuários de crack não possuem como objeto de estudo o estigma da mulher usuária de crack, mas o mencionam como forte influenciador na busca pelo tratamento. Apenas um dos estudos analisados tratou especificamente sobre o estigma na prática intra-grupos (GUNN; CANADA, 2015). Sobre este aspecto, os autores reconhecem que as pessoas com problemas decorrentes

do uso de crack e outras drogas vivenciam sentimentos de discriminação e auto discriminação por parte da sociedade como um todo (PAVANATTO *et al.*, 2015). Em um estudo com homens e mulheres moradores de rua, por exemplo, os autores afirmam que "as adições podem ser consideradas também doenças sociocoletivas, ou seja, um reflexo direto das realidades culturais, econômicas e políticas nas quais o sujeito está inserido" (CARAVARA-MORERA; PADILHA, 2015, p. 753).

Em outro estudo sobre a midiatização da cultura, criminalização e patologização dos usuários de crack, mencionou as propagandas como propulsor do estigma social, que colaboram para o aumento do preconceito em relação ao usuário de drogas (ROMANINI; ROSO, 2013). Estas apresentam o usuário como o *crackeiro,* criminoso e pobre, e a mulher como a pessoas que se prostitui para sustentar o vício.

Outro fator é o próprio contexto familiar, mencionado como direcionador do estigma da mulher usuária de crack. Neste sentido, o contexto familiar pode comunicar visões negativas que moldam como as mulheres percebem e impõem estigmas dentro de seus relacionamentos com pares no contexto do tratamento (GUNN; CANADA, 2015). O estudo com usuários de crack de um CAPSad que analisou suas experiências, significados e sentidos em relação ao tratamento, afirmou que os familiares tendem a colocar o usuário na posição de doente e que isto contribui para o processo de estigmatização do mesmo (PAULA *et al.*, 2014).

Alguns autores relacionaram o estigma às questões relativas à mulher. Para Medeiros *et al.* (2015) as mulheres sempre foram mais criticadas do que os homens por usarem drogas, sendo acusadas por não cumprirem as funções femininas ou de se tornarem sexualmente promíscuas quando intoxicadas. Entende-se que cuidar e educar os filhos, culturalmente, faz parte do papel feminino e uma mãe usuária de drogas é vista pela sociedade como irresponsável e egoísta, sendo diariamente submetida a olhares preconceituosos (OLIVEIRA *et al.,* 2014). Estes mesmos autores afirmam que as mulheres que consomem crack são duplamente estigmatizadas e acabam se sentindo culpadas pela sua dependência, ocasionando baixa autoestima e sintomas de ansiedade que contribuem para o aparecimento de paranoias referentes à perda de seus filhos (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Dentre o grupo de mulheres, os estudos sugerem que o estigma é ainda maior quando se trata de gestantes que usam crack. Entende-se que o uso de crack por parte desse grupo é especialmente preocupante, visto que a droga traz riscos tanto à saúde da mulher quanto do feto, e que esta população, como as demais que são marginalizadas, interage pouco ou mesmo nunca com os serviços de saúde (ZEFERINO *et al.*, 2017). Apenas um estudo relacionou a

maternidade como uma importante ferramenta de motivação para o abandono ou redução do consumo de crack entre mulheres (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

A relação entre estigma e tratamento foi evidente em um estudo que analisou como trinta mulheres com histórico de uso de drogas percebem o estigma durante o tratamento. Para Gunn e Canada (2015), o estigma interfere diretamente no acesso aos serviços de saúde, já que algumas mulheres o percebem baseado na crença de que certos usuários de drogas não merecem tratamento, incluindo elas próprias (GUNN; CANADA, 2015).

Neste mesmo estudo, identificou-se que uma das formas de abordagem é trabalhar a questão do estigma dentro dos grupos. Para os autores, o estigma intragrupo espelha o estigma que as mulheres podem experimentar fora do ambiente de tratamento. Por isto, os grupos podem ser um local para a prática de estratégias de fortalecimento e gestão de múltiplas fontes de proteção (GUNN; CANADA, 2015).

1.3 A importância do olhar sobre o feminino no acesso e no tratamento oferecido pelos serviços de saúde às mulheres usuárias de crack

Percebe-se que estudos diferentes concordam em dizer que a população feminina usuária de drogas possui características que não podem ser generalizadas em relação aos homens (MEDEIROS *et al.*, 2015; ZEFERINO *et al*, 2017). Desta forma, o tratamento está inserido em uma realidade complexa na qual devem ser levadas em consideração as trajetórias de vida das mulheres, suas motivações e suas experiências e o entendimento de seus *settings* – considerados como o conjunto de fatores ligados ao contexto de uso das substâncias, o lugar, as companhias, a percepção social e os significados atribuídos ao consumo (RAUPP; ADORNO, 2011).

Por isso, alguns autores indicam como sendo importante para esta realidade, adotar-se a perspectiva de um olhar direcionado às especificidades das mulheres usuárias de crack (VERNAGLIA; VIEIRA; CRUZ, 2015). Um outro estudo, os autores afirmam que um padrão de consumo neste grupo é a prática de consumir o crack às escondidas e não procurar tratamento por medo de serem identificadas (CRUZ *et al.*, 2014). Ainda sobre este aspecto, uma pesquisa que tratou sobre a história de vida de seis mulheres usuárias de crack, deixou claro que devem ser direcionadas as ações que almejam atender suas demandas psíquicas, sociais e físicas, evidentes no seu processo vital (FERTIG *et al.*, 2016).

Dentre os aspectos físicos mencionados, o cuidado com o corpo foi citado como fator importante que deve ser considerado na busca pelo tratamento (ROMANINI; ROSO, 2014). Apenas um estudo conduzido por enfermeiros aprofunda-se sobre este tipo de cuidado ao mencionar a Teoria do Autocuidado de Orem como um referencial de abordagem do enfermeiro. Na análise feita por estes autores, esta teoria foi apresentada como uma importante ferramenta que fornece "estrutura para a atuação da enfermagem com ampla visão nos aspectos relativos às necessidades particulares das gestantes em situação de desintoxicação química, devido ao uso do crack" (NICOLLI *et al*., 2015, p. 418).

Uma outra ferramenta de tratamento direcionada às mulheres mencionada foi o grupo. Em um estudo, que abordou as questões de gênero no cotidiano dos usuários de crack e utilizou grupos focais como ferramenta metodológica, afirmou que as mulheres tinham mais dificuldades de falar sobre as situações de violência e a prostituição quando estavam na presença dos homens. Os autores sugeriram que abordagem às mulheres usuárias de crack seja pensada através de grupos separados por gênero (VERNAGLIA; VIEIRA; CRUZ, 2015).

A participação da família das mulheres usuárias de crack também foi mencionada em diferentes estudos como um aspecto importante do tratamento. Entende-se que, para lidar com a cultura de drogas, a parceria com a família é fundamental (SELEGHIM *et al.*, 2011; CARVALHO *et al*., 2017). Em uma pesquisa, realizada com 45 mulheres usuárias de crack, os autores afirmam que a família ocupou um lugar relevante nos discursos das usuárias, sendo considerada como uma importante fonte de apoio e suporte emocional necessário para a recuperação (MEDEIROS *et al.*, 2015). Além disso, é atribuída à família toda a expectativa de apoio perante as dificuldades e sofrimentos enfrentados pelos seus membros no dia a dia (MEDEIROS *et al*., 2015).

Entende-se que é imprescindível que os familiares também sejam alvo das intervenções. Assim, é possível que seus significados acerca do usuário mudem e, consequentemente, sua maneira de lidar com o problema e as expectativas que possuem em relação ao tratamento, contribuindo para um relacionamento familiar mais saudável e, principalmente, propiciando um ambiente de suporte, que favorece a busca e a manutenção do tratamento pelo usuário (PAULA *et al.*, 2014). Neste sentido, os autores comentam que uma mudança esperada seria a desmistificação do usuário como um doente que deve ser passivo diante do seu tratamento (PAULA *et al*., 2014).

Ademais, percebe-se que a inclusão de familiares em cenários de atendimento, mesmo que não seja um grupo familiar, pode reduzir hostilidades, amenizar conflitos, otimizar a comunicação interna, eliminar ganhos secundários e qualificar as ações de cuidado, com chance

de se chegar a melhores resultados nos planos terapêuticos e, assim, favorecer a negociação entre os sujeitos e seus familiares (HORTA *et al.*, 2014; CARVALHO *et al*., 2017).

Observou-se que o trabalho em rede foi apresentado como uma estratégia no tratamento das mulheres usuárias de crack. Essa rede foi descrita como imprescindível para a abordagem tripla do sujeito, da substância e do contexto social (MEDEIROS, 2014).

Além disso, a ampliação do acesso aos cuidados de saúde aos usuários de drogas tem de envolver diferentes recursos na comunidade, a saber: os agentes comunitários de saúde, Programas de Redução de Danos[4] (RD), equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), Consultórios na Rua[5] (CnR), agentes de segurança pública e da assistência social, Centros de Atenção Psicossocial, entre outros atores sociais, programas e instituições, que trabalhem de maneira intersetorial consistente (ZEFERINO *et al.*, 2017). Dentre estas estruturas, percebe-se que é atribuída importância à atuação dos profissionais inseridos no âmbito da atenção primária, no sentido de identificar os usuários e encaminhá-los para tratamento de saúde adequado (SELEGHIM *et al.*, 2011).

Dentre as ações intersetoriais, mencionou-se a necessidade de ações conjuntas entre os profissionais da saúde, da educação, da assistência social, da segurança pública (PEDROSA *et al*., 2016). Este olhar interdisciplinar foi mencionado como fundamental para as pessoas que usam drogas e que vivem nas ruas e este deve incluir as dimensões pessoal, física, psicológica, social, econômica e familiar (CARAVACA-MORERA; PADILHA, 2015). Em um dos estudos, as enfermeiras foram apontadas como profissionais chaves na ESF que podem atuar promover ações de prevenção que interfiram nas motivações relacionadas ao uso do crack (CARVALHO *et al*., 2017).

Os autores falam sobre a necessidade de se criar oportunidades de reinserção social (CARAVACA-MORERA; PADILHA, 2015; CRUZ *et al*., 2014) e deixam claro que uma estratégia importante é que as mulheres procurem se distanciar das chamadas "áreas de risco", por meio do afastamento de amigos com quem usavam a droga e de locais onde costumavam consumir o crack, andar com pouca quantidade de dinheiro e não consumir outras drogas que

[4] A Redução de Danos constitui o conjunto de estratégias de finidas pelas as políticas públicas de saúde que visam a redução dos danos associados à saúde decorrentes ao uso e abuso de substâncias lícitas e ilícitas de pessoas que não podem, não conseguem ou não querem interremper o seu uso (BRASIL, 2005b)

[5] O Consultório na Rua constitui um componente da Rede de Atenção Psicossocial que desenvolve, através das suas equipes, atividades de busca ativa e cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas, in loco e integrados às Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2011a).

possam desencadear a vontade de usar o crack como, por exemplo, o álcool (CRUZ *et al.*, 2014).

A reinserção social pelo trabalho também foi mencionada como sendo fundamental para usuários de crack que se encontram em tratamento. Para alguns usuários, o trabalho representa a via para obtenção de dinheiro, recuperação da dignidade e do valor perante a sociedade e a família (PEDROSA *et al*., 2016). Estes autores descrevem que o desejo de se abster do consumo de crack estava associado a buscar a inserção no mercado de trabalho formal, estudar e retomar as relações familiares (PEDROSA *et al*., 2016).

Por fim, o conceito de abstinência apresentado a partir de uma certa tensão entre diferentes estudos. Por um lado, em relação as questões relativas ao tratamento das mulheres usuárias de crack, o conceito de abstinência foi criticado já que se baseia na cura da doença, pautada no modelo biomédico, e na concepção do usuário como vítima da substância (MEDEIROS, 2014; PAULA *et al.*, 2014). Todavia, entende-se que o próprio Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) pode embasar esse modelo ao tratar com o objetivo da cura da doença (PAULA *et al.*, 2014). Discute-se que outros fatores relacionais são os promotores das decisões sobre interromper ou manter o uso. Sobre isto, alguns autores destacam que o principal motivo para o abandono da droga foi o medo de perderem seus filhos devido à desestrutura de suas vidas causadas pelo consumo do crack. Apontam também que o contexto social foi um forte promotor das recaídas (OLIVEIRA *et al.*, 2014; CARVALHO *et al*., 2017).

Entende-se que a redução dos danos e dos riscos deve ser um paradigma político (ROMANINI; ROSO, 2013). Isto porque esta abordagem mostra-se mais resolutiva para os usuários de crack, pois pode contemplar um maior número de sujeitos, visto que exclui o modelo que busca a abstinência (PAULA *et al*., 2014). Como estratégia de RD, a maconha foi apresentada como principal forma de reduzir a fissura do crack, seja pelo uso de mesclado (cigarro de maconha e crack), seja pelo uso de maconha após o crack (mais frequente na amostra) (LEITE; OLIVEIRA; CRUZ, 2015; RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010). E, quanto às estratégias para evitar *overdose*, mencionou-se a necessidade do controle da quantidade de crack fumado (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010). O conceito de territorialidade foi mencionado em um estudo etnográfico realizado em uma cracolândia em São Paulo como fundamental para que sejam realizadas estratégias de redução de danos (FRUGOLLI; SPAGGIARI, 2011).

Por outro lado, estudos diferentes apresentaram resultados obtidos a partir de pesquisas realizadas em cenários de internação. Nesses estudos, o tratamento é descrito a partir da

desintoxicação e do manejo da fissura são apresentados como formas de tratamento baseadas, principalmente no conceito da abstinência.

A desintoxicação foi mencionada como a retomada da consciência que permite escolher o "viver saudável" (PAVANATTO *et al.*, 2015; NICOLLI *et al*., 2015). Desta forma, a não adesão ao tratamento é considerada desinteresse em cuidar de si e que resulta de um processo de passividade de um sujeito que se deixou dominar pela droga e que acarretará consequências na sua relação com o serviço de saúde (MACEDO; MACHADO, 2016).

O cuidado lúdico na desintoxicação de usuários de crack foi descrito como ferramenta produtora de um ambiente acolhedor, de vínculo e que conscientiza sobre a necessidade da hospitalização (PAVANATTO *et al*., 2015). Para os mesmos autores, o período de hospitalização deve preconizar a aceitação da condição de desintoxicação química e a abstinência como parte do tratamento (PAVANATTO *et al*., 2015).

Uma outra ferramenta utilizada no contexto da internação foi o manejo da fissura. Autores relatam que durante a internação é possível manejar episódios de fissura através de técnicas, uso de medicamentos e a intervenção verbal dos profissionais (MACEDO; MACHADO, 2016). O manejo da fissura também foi mencionado como estratégia comportamental que pode ser usada no ambiente extra-hospitalar. Um estudo realizado com vinte mulheres usuárias afirma que estas estratégias aplicadas para prevenir a fissura, melhoram sua relação com o crack e podem ser uma ferramenta importante para o aprimoramento do tratamento (CHAVES *et al*., 2011).

Outros estudos apresentaram críticas a internação, como estratégia eficaz no tratamento de pessoas com problemas com drogas e o entendimento deste espaço como lócus privilegiado de tratamento, especialmente nos atuais debates sobre o abuso de drogas (ROMANINI; ROSO, 2013).

Em um dos estudos, mencionou-se sobre as dificuldades de tratamento das gestantes usuárias de crack. Estes autores entendem que não existe local de internação que seja apropriado e, que um agravante, é o fato de que o contexto diferente que essas mulheres irão encontrar após a alta e a falta de suporte da equipe saúde impedem a continuidade do tratamento (MACEDO; MACHADO, 2016). Pedrosa *et al.* (2016) também falaram sobre as dificuldades da alta hospitalar no tratamento entre homens e mulheres usuários de crack, em especial, quando o dilema que se coloca é permanecer no hospital ou retornar para a rua.

Dentre os cenários de internação, apenas um dos estudos mencionou o contexto das comunidades terapêuticas. No referido trabalho, os autores criticam os paradigmas que orientam o tratamento nas clínicas de reabilitação que são baseados na religião e no trabalho,

centrados nos preceitos morais e corporais e marcados pelo excesso ou pela transgressão das normas sociais (MEDEIROS, 2014). Em virtude desta proposta de trabalho, são poucas as pessoas que completam o tratamento, alguns desistem, outros fogem e outros obrigam a família a assumir a responsabilidade pela sua saída (MEDEIROS, 2014).

Por fim, Vallim (2016) entende que apenas as práticas de distribuição de kits para o uso seguro de crack não são suficientes. Nesse sentido, dois estudos comentaram sobre os espaços protegidos para o uso do crack. Nesses estudos, percebe-se que a necessidade da utilização destes espaços para uso assistido deu-se em função da violência nas cenas de uso e o próprio estigma do usuário (VALLIM, 2016; RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010).

CAPÍTULO 2 – AS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL: QUESTÕES RELATIVAS À PREVENÇÃO, AO TRATAMENTO, À RECUPERAÇÃO E À REINSERÇÃO SOCIAL DAS PESSOAS QUE FAZEM USO DE DROGAS

A política de assistência às pessoas que consomem álcool e outras drogas está pautada no modelo de atenção integral, que está em consonância com as propostas das políticas públicas de saúde que caracterizam a assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde brasileiro (BRASIL, 2003).

O histórico das intervenções brasileiras nessa área, iniciou-se no século XX com ações referenciadas a um modelo proibicionista internacional e centralizado no controle do uso e do comércio de drogas (MACHADO; MIRANDA, 2007; TRAD; TRAD; ROMANÍ 2013; MACHADO; BOARINI, 2013).

Esse modelo preconizava o "ideal da abstinência como fator de segurança pública" (MACHADO; BOARANI, 2013, p. 583). Era uma política distante do entendimento das especificidades dos diferentes grupos sociais e, sobretudo, do reconhecimento das questões relativas à mulher. Como afirmam Trad, Trad e Romaní (2013, p. 35): "apesar do modelo proibicionista de prevenção conceder mais ênfase à substância e menos aos sujeitos e contextos, as evidências apontam que as restrições ao consumo refletiam à intolerância perante as diferenças socioculturais" (TRAD; TRAD; ROMANÍ, 2013, p. 35).

Durante três décadas (1940, 1950 e 1960), os paradigmas relacionados à abstinência como referencial de tratamento e, especialmente, a repressão ao tráfico foram ratificados pela Lei 6.368/1976 (BRASIL,1976; MACHADO; BOARANI, 2013). Como afirmam Machado e

Miranda (2007), houve um atraso histórico no enfrentamento dos problemas relacionados ao álcool e outras drogas do ponto de vista da saúde pública brasileira.

Dessa forma, ao longo do referido século XX, a política de criminalização pautava-se em ações com fins de "exclusão dos usuários do convívio social", através de locais restritivos de liberdade, tais como, "prisões, sanatórios e, a partir da década de 70, em hospitais psiquiátricos" (MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 804). Assim, não havia qualquer reconhecimento das especificidades relacionadas às necessidades de saúde e sociais adscritas no cotidiano das pessoas que usam drogas.

O olhar da saúde sobre as questões relacionados ao tratamento das pessoas com problemas com drogas deu-se somente na década de 90, a partir do fenômeno da AIDS, a partir do estreitamento dos laços entre a legislação nacional sobre drogas e a política nacional de saúde (MACHADO; BOARINI, 2013).

No final do século XX, a partir das proposições do Ministério da Saúde e da criação do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), instituiu-se a primeira Política Nacional Antidrogas (PNAD) (DUARTE; DALBOSCO; DALBOSCO, 2016; BRASIL, 1998; BRASIL, 2001; BRASIL, 2003), que estabeleceu: "objetivos e diretrizes para o desenvolvimento de estratégias na prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais e à saúde, repressão ao tráfico e estudos, pesquisas e avaliações decorrentes do uso indevido de drogas" (BRASIL, 2002a). Todavia, esta primeira política era ainda pautada no "o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas" (BRASIL, 2003, p. 7).

Sobre este aspecto, o Ministério da Saúde reconhece que houve um vácuo de propostas claras direcionadas às políticas sobre drogas no Brasil culminando com "alternativas de atenção" de caráter total, fechado e tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 7).

Sendo assim, o Ministério da Saúde defende a capilaridade das ações de saúde pública, a partir de programas que atinjam grandes parcelas da população adaptado aos consumidores e aos contextos onde as drogas são consumidas (BRASIL, 2003). É importante pontuar que a Lei 10.2016/2001 foi um referencial importante para estabelecer alguns preceitos relacionados à esta política, tais como: a universalidade de acesso e direito à assistência, integralidade das ações e dispositivos não hospitalares de saúde mental (BRASIL, 2001; VASCONCELOS *et al*., 2013).

Também, a constituição da oferta assistencial a partir de uma rede de cuidado foi um marco importante para essa área. Sobre esta rede Costa, Ronzani e Colugnati (2017)

consideram que existem duas vertentes para se entender como se constitui a rede de atenção aos usuários de drogas, são elas: Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD). Para eles, nestes dois instrumentos, existem diferenças significativas na proposição de rede, sendo encontrada na PAIUAD a descrição mais aprofundada, pois não se limita aos seus componentes. Por outro lado, o PNAD se restringe a apresentar esta rede sob a lógica de componentes e serviços, desconsiderando aspectos processuais e racionais. A seguir o trecho ilustrativo sobre a descrição de rede no PAIUAD:

> Uma 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, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2003, p. 6).

Através do PAIUAD, o Ministério da Saúde assume o desafio de prevenir, tratar, reabilitar os usuários de álcool e outras drogas através de uma abordagem sanitarista, de saúde pública, psicossocial e sociocultural e assim define suas práticas:

> Se nas práticas de saúde nosso compromisso ético é o da defesa da vida, temos que nos colocar na condição de acolhimento, onde cada vida se expressará de uma maneira singular, mas também onde cada vida é expressão da história de muitas vidas, de um coletivo. Não podemos nos afastar deste intrincado ponto onde as vidas, em seu processo de expansão, muitas vezes sucumbem ao aprisionamento, perdem-se de seu movimento de abertura e precisam, para desviar do rumo muitas vezes visto como inexorável no uso de drogas, de novos agenciamentos e outras construções (BRASIL, 2003, p. 10).

Em 2001, o Ministério da Saúde já sinalizava a adoção da perspectiva de redução de danos como marco teórico-política para o acolhimento de pessoas com problemas com drogas. Destaca-se o texto do Minsitério da Saúde registrado no PAIUAD:

> A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento. Aqui

> a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. E por que? Porque 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, 2003, p.10).

Entretanto, foi em 2004, com o realinhamento das discussões, nacionais e internacionais, feitas sobre o fenômeno das drogas, que se entendeu que a política "antidrogas" deveria dar lugar à política "sobre drogas". Este avanço permitiu pensar em ações centradas em uma compreensão global do problema, de forma menos estigmatizante e que pudesse combater as percepções sobre as pessoas que consomem drogas como se fossem as próprias substâncias.

Assim, pode-se destacar dois avanços importantes: a adoção da redução de danos como diretriz clínica e o reconhecimento da necessidade de diferentes formas de tratamento direcionada aos diversos grupos populacionais. No texto do PAIUAD, em relação aos marcos teóricos, o Minisério da Saúde sinaliza o desafio imposto em reconhecer-se que a clínica e a saúde coletiva são elementos inseparáveis. Para o referido Ministério, a lógica das binarizações conduz a muitas perdas, dentre essas, as contribuições de análise propiciadas pelas expressões de uma comunidade, de uma localidade, de um tipo de afecção, de uma categoria social ou de gênero, de histórias que se cruzam configurando a história em um certo momento (BRASIL, 2003, p. 9).

Em adição a isso, a política passa a tratar das questões relativas à prevenção, ao tratamento, à recuperação e à reinserção social das pessoas que fazem uso de drogas, tendo o enfoque da redução de danos como diretiva clínica (MACHADO; MIRANDA, 2007). A redução de danos é estabelecida como diretiva clínica através Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005, devendo estar dentre as medidas de atenção integral à saúde, através das práticas de informação, educação e aconselhamento (BRASIL, 2005b). Também, essas devem ser acompanhadas pela oferta de assistência social e à saúde, além da distribuição de insumos que minimizem os riscos associados ao consumo de drogas. É possível perceber que o foco ainda era direcionado ao compartilhamento de materiais de consumo, possíveis veículos de transmissão do HIV e das DSTs.

A aprovação da estratégia de redução de danos como diretriz clínica, estava pautada em dois pontos importantes: a necessidade de respostas rápidas à epidemia da AIDS e assegurar o direito constitucional da redução de riscos de doença e outros agravos à saúde (MACHADO; BOARINI, 2013)

Além disto, percebe-se que a necessidade desta lógica, em especial, a de redução de danos ser incorporada em outras áreas da saúde, tais como, no Programa de Agentes

Comunitários e de Saúde da Família (PACS/PSF), estava relacionada à necessidade de redução dos custos assistenciais, a saber:

> Pode-se medir a efetividade das ações de RD por meio do seu impacto econômico. A prevenção dirigida a UDI por meio de um projeto de redução de danos custa em torno de U$ 29,00/ano, ao passo que o tratamento de uma pessoa com AIDS pelo SUS custa em torno de U$ 4.000,00/ano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p. 37).

Um outro avanço para o cenário de tratamento de pessoas com problemas com o crack e outras drogas foi no ano de 2006, quando foi instituído o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Neste ano, foi atualizada a lei anterior sobre drogas que vigorava há trinta anos no país, através da Lei 11.343/2006. E, como forma de combate ao paradigma estigmatizante de abordagem às pessoas que consomem drogas, entendeu-se que a Secretaria Nacional Antidrogas passaria a ser conhecida como Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD).

A lei supracitada, centrou-se na discussão sobre as questões relativas à penalização dos usuários de drogas, mas ainda com avanços tímidos em relação à descriminalização das drogas. Notamos os seguintes pontos importantes na lei: prescreveu medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; substituiu o caráter punitivo relacionado à pena restritiva de liberdade pelo restaurativo, pautado na ressocialização dos usuários. Por outro lado, é notório que o caráter judiciário tenha prevalecido em detrimento ao clínico e ainda tenha sido mantido o caráter penalizante:

> Para determinar se a droga se destinava a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente (BRASIL, 2006).

Estas circunstâncias definidoras das diferenciações entre o usuário e o traficante, carregavam os referenciais estigmatizantes declarados pela política proibicionista anterior. Deste modo, podemos perceber que:

> Controle penal rígido sobre as drogas ilícitas, e o aumento da cooperação internacional contra o tráfico não têm levado aos fins a que o sistema proibicionista se atribui: erradicação da produção de drogas ilícitas e redução do consumo, mediante um suposto incremento da proteção à saúde pública (BOITEUX, 2015).

A lei é ainda moralista e traz timidamente favores individuais e sociais como pontos de vulnerabilidades e estigmatizantes. O que temos que pensar é nos nossos pontos de

capilaridade que falam de uma ação que seja intersetorial, de modo, a abranger áreas da saúde, justiça, educação e desenvolvimento social.

Todavia, é importante pontuar que esta lei traz questões importantes que antes não tinham sido tratadas, a saber, a garantia das especificidades populacionais e suas diversidades. O texto não fala especificamente das mulheres, mas fala da necessidade de ações voltadas para a parcela mais vulnerável da população. Neste sentido, um dos desafios são as articulações que devem ser prioritárias entre os campos, neste caso, o clínico deve ser visto como indissociável do campo da saúde coletiva na lógica da transversalização. Entendemos que, dentre as contribuições de análise que são perdidas pela lógica da dicotomização entre os campos, estão as questões de gênero (MERCHÁN-HAMANN; COSTA, 2000).

Embora, neste momento político, tenha sido iniciado um trabalho importante direcionado à ampliação de recursos para a atenção às pessoas que consomem drogas, ainda era tímido o impacto social dos novos direcionamentos. E, no que tange as questões relativas à mulher usuária de drogas, a única menção sobre a necessidade de trabalho específico com esta população não garantiu o devido espaço de acolhimento para as mesmas. O que percebemos em termos de políticas públicas de tratamento direcionadas à mulher usuária de drogas está nas entrelinhas dos aspectos relativos à singularidade de cada sujeito. Nota-se, por exemplo, que nas orientações gerais sobre tratamento, recuperação e reinserção social, houve a inclusão das questões relativas à mulher em uma única menção, a saber:

> Desenvolver, adaptar e implementar diversas modalidades de tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional dos dependentes químicos e familiares às características específicas dos diferentes grupos: crianças e adolescentes, adolescentes em medida socioeducativa, mulheres, gestantes, idosos, pessoas em situação de risco social, portadores de qualquer co-morbidade, população carcerária e egressos, trabalhadores do sexo e populações indígenas, por meio da distribuição descentralizada de recursos técnicos e financeiros (BRASIL, 2011b, p. 18).

O texto não se aprofunda em quais seriam estas especificidades. O que há é um direcionamento de que existem maneiras diferentes de entender o fenômeno das drogas e suas formas de uso, abuso e dependência. Também, a intersetorialidade e a abordagem multidisciplinar são reconhecidas como ferramentas importantes para lidar com o uso indevido, a prevenção e a reinserção social.

A lei fala da necessidade de ações voltadas para a redução dos riscos que possam contribuir para esta população assumirem um comportamento menos vulnerável. Também, discorre sobre a abordagem preventivista através do “reconhecimento do não uso”, do

"retardamento do uso" e da "redução de riscos", são resultados desejáveis das atividades desta natureza, quando da definição dos objetivos a serem alcançados (BRASIL, 2006).

Neste contexto, o SISNAD assume o caráter preventivista como principal ferramenta do cuidado e focado em tornar o cidadão capaz de assumir um comportamento com menos riscos para o uso de drogas, tráfico e outros comportamentos relacionados.

2.1 As políticas públicas sobre drogas no Brasil: avanços, recuos e desafios

O avanço no tratamento das pessoas com problemas com o crack e outras drogas, deu-se a partir do entendimento de que a abordagem e a atenção a estas pessoas devem ser feitas em ambiente comunitário, integrada à cultura e à rede de apoio local (VASCONCELOS *et al*., 2013). Estas ações na comunidade, preventivistas e pautadas na atenção primária em saúde estão estabelecidas pela Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009 que institui o "Plano de Enfrentamento ao Álcool e outras Drogas PEAD" (BRASIL, 2009b).

Paralelamente, sobre o Plano Emergencial para Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas – PEAD, sinalizava-se a necessidade de intensificação da atenção integral ao uso de álcool e outras drogas nos grandes centros urbanos, onde constata-se a grande concentração de pontos de vulnerabilidade e ausência de fatores de proteção individual e comunitária (BRASIL, 2010b). Assim, definiu-se que os municípios com população superior a 250.000 habitantes, deveriam ser alvo de ações emergenciais que se vinculassem à assistência prestada a pessoas com problemas com o álcool, crack e outras drogas, por apresentarem fragilidades na rede assistencial e/ou problemas de maior magnitude, do ponto de vista epidemiológico.

> Ressaltamos a necessidade de desenvolver ações de atenção integral ao uso de álcool e drogas nas grandes cidades de forma diferenciada, devido à constatação de que, nas periferias, locais de concentração dos denominados "cinturões de pobreza", há subsistemas sociais que incluem grupos organizados (de drogas, crime, gangues etc.), além de ausência de fatores de proteção à comunidade que direta e/ou indiretamente possam contribuir para a diminuição das vulnerabilidades da população, como por exemplo implementação de iluminação pública, saneamento, centros sociais e de lazer, jornadas duplas de escolaridade para jovens com atividades sócio-educacionais, profissionalizantes e recreativas etc (BRASIL, 2003, p. 27).

Essa direção da política para as questões relativas ao acesso ao tratamento desta população foi um avanço importante. Devemos ter em mente que se as manifestações do uso indevido de álcool e drogas encontram seu lugar na comunidade, é neste ambiente que devem

acontecer as práticas terapêuticas, preventivas e educativas de maior impacto sobre os chamados fatores de risco para esse uso indevido (BRASIL, 2003). O texto do PEAD também reforça que o tratamento deve ser de base territorial: "garantia do cuidado em rede, no território, e de atenção de base comunitária: o cuidado integral aos usuários de álcool outras drogas deve ser garantido em uma rede diversificada de ações e serviços de saúde mental, de base comunitária e territorial" (BRASIL, 2009b).

Além disto, o PEAD passou a tratar o estigma social como importante enfrentamento deste cenário. O PEAD afirma que este constitui uma barreira de acesso ao tratamento e se manifesta pela desconfiança dos usuários em relação ao acolhimento e cuidado ofertados.

Também, em termos de acesso ao tratamento, em 2009, devido ao aumento do consumo do crack, foi instituído através da Portaria nº 1.190 de 4 de Junho de 2009, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD) (BRASIL, 2009b). O texto toca em diversos momentos na questão do acesso ao tratamento – "ampliar acesso", "garantir acesso", "real acesso" e "barreiras de acesso". O texto fala da ampliação deste acesso, em especial, para os grupos vulneráveis, a saber, crianças, adolescentes e jovens, no tocante das ações na atenção de base comunitária, intersectorial e através dos serviços especializados (BRASIL, 2009b).

Através do grupo de trabalho, instituída pela Coordenação Nacional de Saúde Mental Álcool e outras Drogas, em 2010, houve o entendimento de que era necessário a caracterização dos usuários de crack para a proposição de estratégias de intervenção (VASCONCELOS *et al*., 2013). Sobre isto, Vasconcelos *et al.* (2013) destacou que o entendimento desta articulação estava pautado na situação de vulnerabilidade desse grupo:

> Conforme o texto, os moradores de rua, usuários de crack, apresentam importante disfuncionalidade, definida pelo alto grau de rompimento de laços sociais, e por uma extrema vulnerabilidade pessoal e social com pouco acesso às instituições de cuidado. Evidencia-se assim a maior importância de que a atenção a esses usuários no âmbito do SUS esteja fundamentada nos referencias em rede, acesso universal e intersetorialidade. Como principais dispositivos da rede de cuidado são apontados os CAPS, a Atenção Básica, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Pronto Socorro e Unidades de Pronto Atendimento, e o próprio PEAD (VASCONCELOS *et al*., 2013, p. 153).

Um outro avanço em termos de acesso ao tratamento foi em 2010 com a Portaria nº 2.841/2010 que trata sobre a disponibilização de recursos pra o CAPSad III, em especial, do incentivo orçamentário para a transformação de um CAPSad II em CAPSad III. Dentre as atividades que este deve desenvolver fica claro a necessidade de articulação com a atenção

básica e o trabalho territorial. Além disto, a portaria descrevia a necessidade de disponibilização de leitos, oito à doze, através do acolhimento noturno.

É neste contexto e, como desdobramento do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (BRASIL, 2010a), que aflorou uma diferenciação exclusiva para o crack através do reconhecimento desta como uma parcela vulnerável da população. Entende-se que a rede deve estar preparada e instituída pensando nas questões relativas ao uso de crack, motivados pelo Decreto no 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o referido Plano e as recomendações contidas no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, realizada em 2010.

Cabe ressaltar que, dentre as ações imediatas definidas pelo Decreto, estão as que visam a ampliação do número de leitos para tratamento, ampliação da rede de assistência social, ampliação das ações nos locais de grande vulnerabilidade social e violência. E dentre as ações estruturantes está a necessidade de ampliação da rede de atenção à saúde e social.

Também foram importantes, em 2011, o Programa "Crack, é possível vencer!", que, dentre seus objetivos, propõe o aumento da oferta de tratamento e atenção aos usuários e a Portaria 3.588/2017 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (VASCONCELOS *et al.*, 2013; BRASIL, 2017a).

No referido ano a instituição da Rede de Atenção Piscossocial (RAPS) foi fundamental para a ampliação do tratamento das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Através dela foi possível definir como os serviços e programas variados se articulam entre os diferentes níveis de complexidade para garantir o acesso ao tratamento de base comunitária (BRASIL, 2011c).

Ainda, a definição da busca ativa como ferramenta utilizada pelos profissionais que atendem esta população foi importante para ampliação do acesso ao tratamento. Neste sentido, as equipes dos Consultórios na Rua (CnR) que integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) devem desenvolver atividades que incluam a busca ativa aos usuários de álcool, crack e outras drogas, de forma integrada com as Unidades Básicas de Saúde e que levem em conta a prática de redução de danos (BRASIL, 2017a).

Todavia, entende-se que, em se tratando de uma população vulnerável e que está nas ruas, seria importante oferecer outros locais de passagem que pudessem ocupar o lugar da vida nas ruas e permitir certa medida de reestruturação. Dentre estes, a Portaria nº 121 (BRASIL,

2012a) designa a Unidade de Acolhimento (UA) como o local que oferece cuidados contínuos de saúde, vinte e quatro horas, em ambiente residencial para os usuários de drogas que apresentam acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandam acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório.

São desafios no tratamento das pessoas com problemas com o crack e outras drogas a ampliação da rede assistencial e as ações direcionadas à mulher usuária de crack. No Brasil, houve uma expansão do número de CAPS nos municípios brasileiros e em 2015, 1488 municípios já estavam cobertos pelo modelo psicossocial de base comunitária (BRASIL, 2015). Um total de 2.462 CAPS atendem a esta população, dentre esses existem 324 CAPSad e 106 com funcionamento 24 horas (BRASIL, 2017b).

Ainda permanece o desafio de conter a ampliação da rede nacional das comunidades terapêuticas, composta por 7.541 unidades e 336 vagas que podem ser acessadas por encaminhamentos feitos pelo próprio CAPS AD (BRASIL, 2017). Em contrapartida, a rede nacional existente de Consultórios na Rua se resume a 129, sendo estas as responsáveis por trabalhar diretamente com os usuários de álcool, crack e outras drogas com a estratégia de redução de danos no espaço territorial (BRASIL, 2017b).

Entendemos que as ações relativas à mulher usuária de crack devem abranger as áreas da saúde, justiça, educação e desenvolvimento social, já que este é um tema de tamanha capilaridade e visibilidade social. A precariedade de condições sociais pode agravar a vulnerabilidade de mulheres que usam crack expondo-as a maior risco e menor acesso a recursos sociais e de saúde (CRUZ *et al*., 2013).

CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA: CAMINHOS PERCORRIDOS

3.1 A pesquisa: procedimentos metodológicos e decisões operacionais

Trata-se de uma pesquisa de campo, realizada numa unidade CAPSad III, que utilizou a observação participante e entrevistas semiestruturadas com mulheres usuárias de crack e profissionais de saúde.

A estratégia metodológica usada se justifica frente ao tema da pesquisa e ao problema prático: Como se dá o acesso ao tratamento de mulheres usuárias de crack ao serviço de saúde? Na pesquisa proposta, a concretização do tema e seu desdobramento em problemas e questões que foram detalhadamente pesquisados se deu a partir da elaboração de perguntas feitas aos participantes: mulheres e profissionais de saúde (THIOLLENT, 2005).

Nas Ciências Sociais, a observação participante constitui um instrumento privilegiado que agrega várias técnicas da pesquisa social participativa ao nível da captação de informações no campo (THIOLLENT, 2005). A estratégia usada foi escolhida em razão de um certo tipo de necessidade de pesquisar elementos "ativos" da situação investigada, a saber: o acesso aos serviços de saúde por usuárias de crack. Esta foi escolhida pela natureza do problema pesquisado e da necessidade de análises exploratórias entre pesquisadores e os referidos elementos, levando em conta as condições concretas de atuação de todos os implicados (THIOLLENT, 2005). Privilegiou-se o lado empírico, sem deixar de colocar as questões relativas aos quadros teóricos quando se trata de investigar situações concretas.

A preocupação metodológica se volta para a análise do processo de acesso das mulheres usuárias ao CAPSad, a partir da perspectiva das mulheres, como também a dos profissionais de saúde. Voltamos nossa atenção para a diversidade que caracteriza a experiência dos participantes da pesquisa, que tem impactos sobre a experiência vivida em relação ao crack e a interpretação realizada sobre essa experiência.

O cotidiano vivido foi apreendido pela narrativa – pelo discurso – através da maneira como os indivíduos constroem e reconstroem os acontecimentos de sua história de vida, sua biografia pessoal, sobre o que consideram relevante no que tange ao objeto desta tese. Por isso minha análise parte das versões, das histórias, das crenças, da subjetividade dessas mulheres e das experiências cotidianas dos profissionais de saúde sobre as mulheres atendidas na unidade em questão. Ao nosso ver, foi preciso analisar as trajetórias de uso. Depois disso, tratamos da compreensão do acesso pela perspectiva das mulheres e dos profissionais de saúde CAPSad.

A opção de pesquisar as vivências e as representações dos participantes decorre da compreensão de que as formas de perceber o mundo, de interpretá-lo, são incorporadas no cotidiano através do discurso. As representações e o discurso dos sujeitos orientam e justificam as práticas dos indivíduos e grupos sociais. Por isso, é importante reconhecer os sentidos, os significados das representações dos sujeitos, tendo em vista o contexto das biografias, das histórias de vida e das trajetórias (DUBET,1995).

Assim, pode-se dizer com Minayo (1994) que a estratégia adotada incluiu as concepções teóricas da abordagem da observação participante, articulando-se com o fato empírico e com os pensamentos dos participantes sobre a realidade:

> Enquanto abrangência de concepções teóricas de abordagem, a teoria e a metodologia caminham juntas, intrincavelmente inseparáveis. Enquanto conjunto de técnicas, a metodologia deve dispor de um instrumental claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática (MINAYO, 2001, p. 16).

O tema em questão se prende a um estudo exploratório, para o qual fui ao campo para conhecer como se processava o acesso das mulheres usuárias à unidade pesquisada. Assim, constituiu um instrumental fundamental as opiniões, atitudes, sentimentos, explicações, estereótipos, crenças, hábitos e práticas, todas ligadas aos contextos social e cultural das pessoas e instituições envolvidas na pesquisa.

Assim, é também importante destacar que toda pesquisa qualitativa, social, empírica, busca a tipificação da variedade de representações das pessoas no seu mundo vivencial (BAUER; GASKELL, 2008) mas, sobretudo, objetiva conhecer a maneira como as pessoas se relacionam com seu mundo cotidiano. Nesses casos, é fundamental analisar a posição dos sujeitos em relação aos significados, os motivos, as aspirações, valores e atitudes (MINAYO, 1994) frente ao atendimento e ao problema com o uso do crack.

Essa busca se deu nesse estudo através das seguintes estratégias:

1) Perguntas às mulheres sobre o sentido que o uso do crack adquire para elas, sem desconsiderar os condicionantes macroestruturais determinantes da situação desigual das mulheres em geral na nossa sociedade;
2) Perguntas sobre os problemas relacionados ao uso do crack e como a discriminação e o estigma recaem sobre as mulheres usuárias. Nesse caso, todos sabemos que as mulheres usuárias de crack (e outras drogas) são vastamente mais discriminadas em comparação aos homens (MONTEIRO; VILELLE, 2013; BARATA, 2009; BASTOS; BERTONI, 2014; BERTONI, 2014; VERNAGLIA; VIEIRA; CRUZ,

> 2015). A partir disso, cabe perguntar: por que e como as mulheres são mais ou menos discriminadas do que os homens? Levando em consideração o fato de que ser homem ou ser mulher é um dado relevante no cenário do problema da expansão do uso das drogas, argumentamos que, em comparação, mulheres são frequentemente mais discriminadas em fução das persistentes expectativas sociais depositadas sobre elas.

Vimos argumentando que o aumento da visibilidade do uso do crack pelas mulheres é um importante elemento neste cenário de mudança dos costumes relacionado ao aumento geral do uso das drogas, em comparação a um passado recente. Por sua vez, reconhecemos que em vários domínios, mas não só no cenário das drogas, que a mulher é mais discriminada, mais estigmatizada e prejudicada socialmente do que os homens, nos vários estratos sociais em comparação aos homens. Isso se deve às desigualdades sociais pré-existenciais, a fenômenos políticos, sociais, econômicos, institucionais, tais como, as relações de poder, participação, cultura, processos de liderança, conflitos, que apresentam aspectos múltiplos e implicam em variáveis complexas, marcadas por desafios teóricos e conceituais não explorados nessa tese (VASCONCELOS *et al*., 2013).

Ora, isso implica que parte do estigma, do preconceito, dos problemas vivenciados socialmente pelas mulheres usuárias de álcool e outras drogas é derivado da crítica que recai sobre elas pelo fato de não atenderem às expectativas socais, já que, não se comportam de acordo com as condutas e os padrões esperados. Ao contrário disso, tende a ser bem pesado o preconceito e o estigma vividos por elas em qualquer cenário social, pois as usuárias estão mais sujeitas a diferentes formas de preconceitos e constrangimentos sociais.

Assim, conforme o que foi resumidamente dito, optei por pesquisar as trajetórias de uso, as biografias das mulheres e o acesso delas ao serviço de saúde através da observação participante e de entrevistas.

3.2 A observação participante como estratégia privilegiada

No tocante a esse estudo, a observação participante foi uma possibilidade importante para alcançar o fim proposto, pois permite que o observador colete dados através de sua inserção na vida cotidiana; o que ele faz é observar as pessoas que está estudando para entender as situações com que elas se deparam no cotidiano e como se comportam, reagem e interpretam os sentidos estando elas diante das referidas situações.

Na execução do projeto de pesquisa, o **trabalho de campo** realizado corresponde à terminologia dos chamados interacionistas simbólicos que, a seu modo, concebem os "sentidos" das ações dos indivíduos e dos grupos. Estes antes julgavam que as técnicas convencionais não eram capazes de captar o sentido e por isso mais recentemente a expressão "trabalho de campo" passou a incluir também não apenas a observação participante como a entrevista, a história de vida e todo o processo metodológico de um estudo empírico (HAGUETTE, 2007). Portanto, a escolha feita se deve ao fato do pesquisador participante poder estabelecer contatos, conversas com os atores do contexto de campo e assim poder descobrir as interpretações que eles oferecem aos acontecimentos e fatos observados.

A primeira coisa feita na observação participante é conduzir os registros e a descrição enquanto se está coletando os dados, pois estes são importantes exigências da situação do trabalho de campo, de modo que a análise não fique prejudicada. A técnica consiste em algo a mais do que meramente registrar dados e obter *insights*, pois demanda um importante esforço de tirar conclusões dos dados vistos a partir dos seus sentidos (BECKER, 1999). Para alguns pesquisadores o método representa um processo de interação entre a teoria e métodos dirigidos pelo pesquisador na sua busca de conhecimento no âmbito respectivamente da "perspectiva humana" e da própria sociedade (HAGUETTE, 2007).

No caso desse estudo, ressaltamos que era fundamental para nós conhecer a experiência pessoal concreta das usuárias e dos profissionais, além das próprias conversas informais e das observações de campo, através da imersão no campo ocorrida em um prazo médio. Logo, essa primeira experiência permitiria trazer à tona acontecimentos, materiais e registros que fornecessem explicações e interpretações importantes para a compreensão do comportamento das mulheres e dos profissionais de saúde em relação ao problema do acesso ao serviço de saúde.

Becker (1999, p.7 4) afirma que os pesquisadores de campo possuem muito mais liberdade do que os experimentadores ou os entrevistadores de *surveys*, pois a eles são concedidos liberdade de perguntar a qualquer pessoa qualquer coisa que quiserem saber. A abordagem também pressupõe e permite que se possa usar as perguntas chaves ou perguntas guias das formas mais variadas e até os enunciados marcados por *biases*, pois para essa tradição metodológica, as estratégias de perguntar não afetam os resultados. Logo, a abordagem é totalmente interativa e admite articular diferentes hipóteses à medida que o trabalho de campo avança e se aprofunda.

Portanto, para poder entender melhor o porquê uma mulher usuária de crack tem um determinado comportamento e o porquê e como ela pensa de determinada maneira, era preciso

compreender seu comportamento ou atitude (BECKER, 1999). O estudo das vivências dos participantes inclui a observação de tensões e dos conflitos a partir da reconstrução das trajetórias dos sujeitos. Nesse sentido, nosso objetivo foi particularizar as análises sem perder de vista os condicionantes presentes na dimensão social envolvida no estudo.

Assim, um total de 54 visitas foram realizadas durante o período de fevereiro a agosto de 2016, com o intuito de me apropriar de um espaço que me permitisse captar qual a dinâmica de atendimento da unidade, seus enfrentamentos e desafios nas questões relativas ao acesso ao tratamento. Durante este período, muitas questões que não estavam diretamente relacionadas à pesquisa foram apreendidas e contribuíram para formar uma ideia geral sobre como se constitui o acesso ao tratamento das mulheres usuárias de crack.

3.3 Critérios de seleção do campo de observação: CAPSad

Foi necessário escolher uma unidade para a realização da pesquisa correspondente à realidade do que estava se objetivando pesquisar. No momento da definição dos objetivos e dos propósitos do estudo, a localidade e a história prévia do pesquisador foram importantes. No tocante à escolha do CAPSad foram relevantes os seguintes aspectos descritos a seguir.

A escolha do meu campo se baseou na concepção de que este deveria ser o local que pudesse oferecer mais recursos para responder à pergunta: como se constitui o acesso ao tratamento das mulheres usuárias de crack. A ideia de revisitar um dos cenários do estudo que motivou a elaboração desta tese era sedutora. Por isso, posso afirmar que o trabalho de campo se iniciou antes mesmo da chegada ao CAPSad III, pois já havia vislumbrado as possibilidades de inserção, os laços que seriam construídos, as ferramentas metodológicas a serem utilizadas e as diferentes formas de análise do material. O conhecimento prévio da unidade pela autora desse trabalho, a aceitação de realização da pesquisa e a facilidade pré-existente de interação com os profissionais funcionaram como facilitadores e pré-requisitos para a escolha do campo.

Esta escolha se deu também por ser um serviço que apresenta maior complexidade assistencial. Trata-se de uma unidade de atendimento às pessoas com problemas com álcool e outras drogas, com leitos de acolhimento e funcionamento durante os sete dias da semana e nas 24 horas do dia, que atende pessoas na forma de acolhimento, vínculo e tomada de responsabilidade, na lógica do território (BRASIL, 2002b; 2012).

- **O CAPSad: apresentação da unidade escolhida**

Assim, a pesquisa de campo se deu numa instituição pública, municipal, destinada ao atendimento de usuários de álcool e outras drogas na modalidade extra hospitalar – CAPSad. O CAPSad III fica localizado em uma área programática, no município do Rio de Janeiro. Ele ocupa o prédio da enfermaria infantil de um antigo Hospital Psiquiátrico. Trata-se de um pequeno prédio de dois andares, com grades na entrada. A entrada é pouco iluminada com árvores, um pátio para estacionamento de carros e uma pequena varanda. Há um aviso que o estacionamento é destinado apenas para funcionários na parte interna do CAPS.

Vale a pena ressaltar que a unidade em questão está localizada em uma área programática que possui 2 unidades de saúde, sendo 9 clínicas da família, e 4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 14.133 usuários beneficiados pelo sistema de saúde disponível. Na rede de saúde mental desta área, encontramos dispositivos de atendimento hospitalares e extra hospitalares. Também, dois CAPS para atendimento de adultos sendo um 24 horas, 1 CAPS para atendimento infanto juvenil (CAPSij); 1 CAPS (CAPS III); 1 hospital psiquiátrico público; 1 Unidade de Acolhimento de Adulto (UAA); e o CAPSad III. Possui também equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Consultório na rua (CnR). Também está referenciada ao território de duas grandes cenas de uso do crack do Rio de Janeiro.

Nesse caso é importante dizer que esse serviço é responsável por uma imensa cobertura populacional – mais de dois milhões de pessoas alocadas em três diferentes áreas programáticas. Além disso, o último relatório de gestão da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro registrou 5149 atendimentos de primeira vez, nos primeiros oito meses de 2016, nos CAPS do município (LIMA JR; WEBER, 2016).

Mas, se por um lado as características do local escolhido pareciam oferecer grandes vislumbres de pesquisa e de análise, por outro, a imersão naquele universo se mostrou desafiadora. As questões relativas ao trabalho de campo, tais como estabelecer laços, ser aceita no grupo e conseguir os registros que respondessem à minha pergunta foram importantes desafios.

A equipe do CAPS é multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, musicoterapeutas e técnicos de enfermagem. Possui uma diretora e um coordenador técnico, ambos psicólogos. Possui também funcionários administrativos, cozinha, limpeza e segurança. O regime de trabalho é semanal ou através de plantões diurnos e noturnos.

Vale aqui ressaltar um detalhe que toca à unidade em questão, cabendo mencionar uma das fases que não vi nem presenciei, mas ouvi falar: em outubro de 2014, o CAPS foi

reinaugurado na modalidade CAPSad III qualificado, deixando para trás a nomenclatura e a estrutura física e assistencial do antigo dispositivo. Essa mudança envolveu ampliar a oferta de cuidado e o quantitativo de pessoas envolvidas na equipe de trabalho. Além disso, essa era uma unidade que carregava o legado de ter sido uma estrutura pioneira no Rio de Janeiro na atenção a pessoas com problemas com álcool e outras drogas. É interessante evidenciar que no período imediatamente anterior à minha inserção em campo, a unidade passou por uma importante reestruturação interna. Assim, pode-se possivelmente compreender que estava em curso na unidade escolhida para a realização do estudo, um processo de mudança institucional e estrutural em termos de objetivos e perfil da unidade que cabe destacar aqui. Talvez não fosse apenas eu que passasse por um estranhamento e adaptação ao ingressar no campo, mas toda a equipe de profissionais recentemente admitidos.

3.4 Critérios de seleção das mulheres entrevistadas

As participantes foram definidas pela disponibilidade de conceder uma entrevista. Era preciso que a mulher estivesse presente na unidade pesquisada e disponível para uma entrevista no dia da pesquisa de campo. Portanto, o trabalho junto às mulheres usuárias de crack seria feito de modo que permitisse compreender minimamente a trajetória do uso do crack na história de suas vidas, bem como seus acessos à unidade pesquisada. Querendo entender qualitativamente o que se passava com elas, me propus a ir ao campo para entrevistá-las individualmente, ouvindo-as, observando-as, conversando e refletindo junto com elas, sobre suas vidas, histórias, narrativas de uso e acesso ao CAPSad. Eu queria conhecer e entender como se processavam suas vidas, o uso que faziam daquela unidade de saúde e como se sentiam sendo mulheres e usuárias de crack.

Eu sabia que uma entrevista se fazia de maneira diversa em cada tipo de pesquisa, contudo, existiam aspectos relacionados que mereciam destaque, especialmente entre as mulheres que são usuárias e usuários de crack. Em primeiro lugar, a entrevista do tipo história de vida poderia representar situações psicológicas novas para a entrevistada, que nem sempre percebia bem e de imediato seus objetivos e, embora conhecendo bem uma entrevista e já tendo passado por ela, nem sempre as participantes das pesquisas gostavam ou se sentiam bem neste contexto durante o trabalho de campo. Por isso, eu estava atenta à própria circunstância este processo levaria (HAGUETTE, 2007). Eu sabia também que o tema das drogas e do crack eram vistos como assuntos delicados, especialmente por colocar em destaque vários estereótipos sociais conhecidos sobre os que usam esta substância.

Em segundo lugar, era preciso reconhecer que as mulheres costumam ser mais discriminadas do que os homens ao usarem drogas e eu deveria me preocupar com isso no campo. Por isso, a partir das minhas leituras sobre o tema, fiquei pensando: como era ser mulher usuária de crack? Assim, foram escolhidas a entrevista semiestruturada, combinada com a observação participante. Para Minayo (2014) a entrevista significa essencialmente a coleta de dados através do perguntar. Para tal, começamos primeiro as visitas sistemáticas e depois de certo tempo passamos às entrevistas no CAPad. Iniciei meu diário de campo com a atenção voltada para o problema das mulheres, pelo fato de compor esse grupo meus sujeitos privilegiados. Entendia que deveríamos nos preocupar com as mulheres usuárias na medida em que o controle exercido sobre elas permanece socialmente maior em vários domínios da vida social. No tocante ao crack, isso não era diferente, sendo pior em razão do tipo de ritual de consumo presente nas cenas de uso e, igualmente, das consequências do uso regular e frequente do crack. Assim, eu deveria me preocupar com a realização da entrevista precisamente por causa do estigma que habitualmente recai sobre as chamadas mulheres "crackudas".

Como entrevistadora, precisava ficar atenta às consequências morais e subjetivas desse fato no momento de realizar as entrevistas. Em outras palavras, o mais importante seria me preparar para pensar em como interpelar as mulheres usuárias de crack. Além da preocupação de vê-las diante de eventuais constrangimentos derivados da situação da entrevista sobre suas trajetórias, eu tinha que considerar que poderiam ocorrer omissões, lacunas que poderiam influenciar a qualidade das informações buscadas na situação da entrevista. Logo, o medo delas de falar ou a vergonha de dizer alguma coisa foram elementos considerados.

- **Condição requerida para a participação: "ter disponibilidade"**

As mulheres participantes da pesquisa foram definidas pela disponibilidade de conceder uma entrevista. De acordo com Farr (1982, *apud* BAUER; GASKELL, 2008, p. 65) as entrevistas são "essencialmente uma técnica, ou pontos de vista sobre os fatos, além daqueles da pessoa que inicia a entrevista" com o objetivo de ampliar ou melhorar o delineamento do campo ou sua interpretação. Como tal, esse estudo pela sua própria natureza não se ateve a nenhum critério de saturação. De modo diverso da amostra do levantamento, onde a amostra probabilística é aplicada na maioria dos casos, nesse caso não existe um método para selecionar os entrevistados nas investigações qualitativas. Desse modo, o número de entrevistados pode ser pequeno, embora características sociodemográficas possam ser relevantes para montar a seleção.

De acordo com Bauer e Gaskell (2008), o número de entrevistas necessárias depende do tema, do tópico e dos recursos disponíveis. É importante salientar que o aumento da quantidade de entrevistas não melhora ou aprofunda a compreensão mais detalhada da realidade ou do problema que se quer explorar.

A posição tomada nesta pesquisa é que as representações não surgem de "mentes individuais", mas são em alguma medida decorrente de "processos sociais", portanto, ao contrário da individuação, são reproduções dos fatos sociais existentes **(**BAUER; GASKELL, 2008). Bauer e Gaskell (2008) explicam que as representações de um tema de interesse comum ou de pessoas em um meio social específico são, em parte, compartilhadas, portanto, ele deixa de lado o quadro de referência quantitativo para valorizar o qualitativo:

> Isto pode ser visto em uma série de entrevistas. As primeiras são cheias de surpresas. As diferenças entre as narrativas são chocantes e, às vezes, ficamos imaginando se há ali algumas semelhanças. Contudo, temas comuns começam a aparecer, e progressivamente sente-se uma confiança crescente na compreensão emergente do fenômeno. A certa altura, o pesquisador se dá conta que não aparecerão novas surpresas ou percepções. Neste ponto de saturação de sentido, o pesquisador pode deixar seu tópico guia para confere sua compreensão, e se a avaliação do fenômeno é corroborada, é sinal de que é tempo de parar (BAUER; GASKELL, 2008, p. 71).

Segundo o autor, deve ser levado em conta o tamanho do corpus a ser analisado, que caracterizam uma análise qualitativa. A transcrição de uma entrevista, como diz, poderá dar até 15 páginas ou mais. Se forem feitas 20 entrevistas, haverão para analise 300 páginas no corpus, em profundidade.

Deste modo, há um limite máximo ao número de entrevistas que é possível analisar, contemplando cerca de 15 a 25 entrevistas individuais e 6 a 8 discussões com grupos focais. Alguns autores têm um entendimento de, no máximo, 30 entrevistas para se chegar ao ponto de saturação. Em qualquer situação o pesquisador tem liberdade e terá que tomar algumas decisões baseadas nos custos e benefícios da quantidade *versus* qualidade *versus* segmentos analisados. Para tal, são levados em conta os objetivos, a experiência do pesquisador e a criatividade. Sob muitos aspectos, a questão do ponto de saturação não é uma conceituação ou uma definição voltada para estabelecer critérios fixos sobre a decisão ou enfocar qualidade das pesquisas qualitativas. Nesse caso, sejam quais forem os critérios para a seleção dos entrevistados, os procedimentos e as escolhas, todas as decisões tomadas devem ser detalhadas e justificadas em qualquer pesquisa (BAUER; GASKELL, 2008).

Para tratar de tais questões que orientaram o delineamento do número de entrevistas realizadas nesse estudo e os critérios de escolha dos sujeitos, bem como as categorias

específicas de profissionais selecionados, é importante dizer que os critérios usados se basearam na disponibilidade dos participantes, como ocorre na maior parte das pesquisas que versam sobre esse tema ou que se debruçam sobre a visão dos participantes sobre a assistência.

Nessa ou noutras situações, a possibilidade de realizar um maior ou menor número de entrevistas está condicionada à disponibilidade e boa vontade das pessoas. São conhecidas as dificuldades e impedimentos habitualmente encontrados no campo empírico, a saber: a relutância das pessoas para marcar a entrevista; as dificuldades de cumprirem com os horários e locais combinados; a própria desistência das pessoas de participar na última hora, assim como a incompreensão delas sobre a razão para dar entrevista.

Faz-se importante falar dos acontecimentos que guiaram a presente pesquisa de campo. Não poucas foram as vezes que as decisões mudaram e que novas hipóteses foram levantadas durante os sete meses de campo. A certa altura, a saturação do conteúdo das entrevistas encontradas serviu para interromper a realização das mesmas. Ademais, é bom dizer que não haviam muitas mulheres usuárias que estavam frequentando a unidade durante a minha imersão no campo. Desse modo, justifico e explico, a saturação teórico-empírica e a relevância das informações que tinham aderência ao objeto do estudo e que foram considerados para interromper o campo.

3.5 Critérios de seleção dos profissionais entrevistados

No projeto de pesquisa inicial havia sido programado entrevistar apenas as mulheres usuárias de crack, contudo, à medida que a minha inserção no campo avançou e as entrevistas com elas começou, foi percebida a necessidade de compreensão e aprofundamento de determinadas questões a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. Neste momento foi elaborado um roteiro para entrevistar os profissionais, obedecendo ao mesmo critério de disponibilidade para dar uma entrevista. Ou seja, foi no decorrer do trabalho de campo que decidimos incluir a realização de entrevistas com os profissionais que acompanhavam as mulheres. Esta foi uma escolha difícil já que tantos eram os profissionais que poderiam contribuir para elucidar nossos achados. Uma primeira perspectiva de inclusão desses sujeitos foi pensar que esses relatos precisavam ser colhidos após o estabelecimento do contato com as mulheres. E a segunda era de que esses contatos deveriam ser pessoas chaves que oferecessem uma perspectiva de aprofundamento do material de campo.

Havia decisões importantes a serem tomadas porque, na lógica de funcionamento desse serviço, havia sempre uma miniequipe de referência que acompanhava cada mulher. Essa

era composta por uma referência direta, um profissional que respondia pela elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTs) e uma indireta, um segundo profissional que ajudaria na elaboração e execução do mesmo, além de alguns outros profissionais, em sua maioria médicos e enfermeiros, que não compunham esta miniequipe de referência: os médicos porque eram referência de todos os usuários do CAPSad já que se responsabilizavam por atendimentos frequentes com vistas à revisão medicamentosa, e os enfermeiros, embora não fizessem parte da referência das mulheres incluídas no estudo, as acompanhavam durante o acolhimento noturno nos seus plantões diurnos/noturnos e aos finais de semana. Além disso, entendia-se que a formação de cada profissional poderia influenciar no seu entendimento sobre o acesso ao tratamento das mulheres usuárias de crack. Assim, foram incluídas referências diretas e indiretas de profissionais-chave e de diversas formações que pudessem ajudar a elucidar o objeto de estudo.

É importante pontuar que apenas Záina, enfermeira incluída na pesquisa, era referência direta de Gicélia e Almerinda, mulheres incluídas no estudo. Essa foi a profissional que desde o início do trabalho de campo demonstrou certa medida de empolgação com o objeto de estudo já que dizia perceber necessidades específicas das mulheres usuárias de drogas que passavam desapercebidas pelo restante da equipe. Foi através dela que me senti acolhida no campo e era quem usualmente me incluía nos seus atendimentos, pedindo que eu participasse e ouvindo minhas contribuições. Além disso, era ela quem conduzia o grupo de mulheres, local que pensava ser um espaço privilegiado para o tratamento das mulheres usuárias de crack, mas que apresentou certos contrassensos apresentados nos resultados desta pesquisa.

Um outro ponto fundamental em relação à rede de entrevistados foi incluir dois profissionais que considerava chave para a questão do acesso ao tratamento: Tatiana e Renato. Eles eram pessoas que estavam à frente do trabalho feito nas cenas de uso da região. Faziam saídas semanais para encontrar os usuários que não frequentavam mais o serviço e divulgar o trabalho feito pelo CAPSad III. Tinham uma aproximação maior com o CnR e realizavam junto com eles um trabalho de redução de danos. Foram eles que acompanhei nas minhas saídas ao CAPSad III às cenas de uso. Tatiana foi a idealizadora do projeto. Ela estava no CAPSad desde sua formação através do Programa de Residência Multiprofisisonal em Saúde Mental, momento que disse ter idealizado o projeto, tendo sido contratada após o término deste perióodo, o que possibilitou que colocasse em prática o que havia idealizado. Renato tinha uma larga experiência como redutor de danos – dele ouvi as melhores histórias sobre a potência do trabalho na rua na para o acesso ao tratamento. Também ouvi alguns desabafos, em tom pesaroso, sobre as dificuldades da equipe do CAPSad III se vincular à rua.

Nesse sentido, as anotações feitas após as entrevistas, nas conversas informais, reuniões diárias que participei, nas conversas com os profissionais e as mulheres nos corredores da instituição, a participação no grupo de mulheres e as saídas para o trabalho nas cenas de uso foram fundamentais para esta pesquisa. Assim, a análise de como se deu o processo de acesso ao tratamento das mulheres usuárias de crack foi feita com base nos relatos das mulheres, dos profissionais e nas anotações feitas no diário de campo.

3.6 Os roteiros de entrevistas

Em termos de técnicas, as estratégias metodológicas inicialmente cogitadas constam de trajetórias de uso nas histórias de vida das mulheres usuárias de crack e entrevistas em profundidade com profissionais que acompanhavam as mulheres. Estas ferramentas metodológicas foram fundamentais para a pesquisa e permitiram conhecer os significados, os valores, a lógica, a visão de mundo, a perspectiva das usuárias sobre sua história de vida (determinantes e consequentes fragilidades do ambiente e suas formas de enfrentamento) e a trajetória de uso das drogas. A escolha da técnica de coleta de dados baseada nas histórias de vida das mulheres usuárias de crack foi devido ao entendimento da forma como elas acessam o tratamento poderia ser produto de uma série de acontecimentos em suas vidas, e que a atitude delas poderia ser reflexo de condicionamentos importantes a serem considerados. Dessa forma, os relatos se baseiam em suas experiências vividas e ao acesso ao tratamento.

Todas as entrevistas foram conduzidas após certo de tempo de permanência no campo. Ao adentrar na unidade me detive às observações até que sentisse à vontade e com algumas percepções formuladas para conduzir as entrevistas. Todas as conversas quando gravadas foram feitas em salas de atendimento com características privativas. Entretanto, diversas conversas não gravadas e registradas em diário de campo foram conduzidas ao longo da minha permanência na unidade. Foram incluídas no estudo mulheres que tinham o crack como droga preferencial de uso, excluindo aquelas que não tiveram condições clínicas ou psíquicas de serem entrevistadas.

Um roteiro semiestruturado, com um conjunto de pontos de abordagem e ancoragem foi elaborado para as mulheres e para os profissionais. Temas chaves foram propostos no roteiro básico, que não foi necessariamente seguido de forma rígida, uma vez que as perguntas dependiam da interação com os participantes da pesquisa. Os temas foram elaborados a partir dos assuntos considerados essenciais para entendermos o processo de acesso ao tratamento das mulheres (SOUZA *et al*., 2005). Durante as entrevistas, os tópicos fundamentais foram, em sua

maioria, memorizados por mim e flexibilizados na interlocução do discurso com as referidas mulheres (SOUZA *et al*., 2005). Dessa forma, surgiram tópicos particulares nascidos em cada entrevista, permitindo aprofundamento, de modo a aumentar a compreensão da problemática da investigação (HUDELSON, 1994; CRESWELL, 1999).

A partir de um roteiro semiestruturado, foram definidos os seguintes eixos/temas de perguntas para as mulheres usuárias de crack: eixo/aprofundamento dos dados do perfil; eixo/família; eixo/trajetória de uso da droga; eixo/acesso e adesão ao tratamento (APÊNDICE A). Para a elaboração dos referidos roteiros, transformamos os objetivos principais do estudo em objetivos operacionais. Segundo Souza *et al*. (2005) "o processo de passagem dos objetivos principais e específicos para torná-los operacionais faz com que o pesquisador tenha de pensar, simultaneamente, nos tipos de questões que comporão o questionário e nos métodos de análise desses dados" (SOUZA *et al*., 2005, p. 144).

Também, elaboramos um roteiro semiestruturado que pudesse nos ajudar na compreensão/ explicação em profundidade dos valores, práticas, lógicas de ação e crenças do fenômeno pesquisado, a partir da perspectiva dos profissionais (DESLANDES; ASSIS, 2002). Foi utilizado um segundo roteiro com perguntas sobre: como se constituía o Projeto Terapêutico Singular (PTs) da usuária que acompanha; fatores que julga importantes para o tratamento; pontos de vulnerabilidades no tratamento; situações que dificultam o tratamento; perspectivas para o tratamento; como o CAPS AD pode interferir no uso, abuso e dependência do crack para estas mulheres; aspectos da rede e barreiras de acesso (APÊNDICE B).

Todas as entrevistas foram gravadas para manter a fidelidade do discurso das mulheres. As gravações foram transcritas por profissionais treinados pela pesquisadora. Após a transcrição, foi feita uma leitura minuciosa a partir dos áudios das entrevistas.

Qualquer tentativa de agendamento para as entrevistas se mostrou ineficaz. Foi necessário permanecer no campo, estabelecer relação com a equipe profissional, ser vista e me aproximar dos usuários que circulavam pela unidade (homens e mulheres), entrar nos acolhimentos e atendimentos com as equipes e estar disponível para ouvir questões (da equipe ou dos usuários) que estivessem ou não relacionadas diretamente com o objeto de estudo. Sendo assim, participei de atendimentos individuais, atendimentos em grupo, reuniões de equipe, visitas domiciliares, buscas ativas e visitas às cenas de uso.

Tanto usuárias quanto profissionais autorizaram a gravação, mas eram nas conversas informais, de corretor, que alguns fatos pouco esclarecidos apareciam. Também foram incluídos, através das anotações em diário de campo, depoimentos de outros usuários que não

estavam vinculados diretamente à pesquisa. As narrativas gravadas incluíram um registro de impressões, gestos, posturas e sentimentos apresentados no decorrer das falas.

Hoje percebo que a inclusão do relato dos profissionais, da história contada narrada por terceiros me permitiu conhecer melhor sobre estas mulheres e a forma como os profissionais lidam com os desafios diários do tratamento destinado às pessoas com problemas com álcool e outras drogas, em especial, o crack.

Por fim, o contato com essas mulheres me fizeram perceber que não bastava estar no CAPS, era necessário observar outros locais de circulação. Dessa forma, aproveitei algumas oportunidades de comparecer a uma das cenas de uso – Bandeira 2 e acompanhar algumas usuárias a Unidade de Pronto Atendimento devido a urgências clínicas.

3.7 Locais das entrevistas, tempo de duração e a interação com o campo

As entrevistas foram realizadas nas salas de atendimento para garantir a privacidade das informações. Se tratava de espaços fechados com ventilação e iluminação artificiais. Eram locais que as mulheres já estavam habituadas a frequentar pois eram atendidas nos mesmos locais pelos profissionais que as acompanhavam.

As salas eram silenciosas e compostas por mesas, cadeiras e, algumas, equipadas, com macas. Ao adentrar, as cadeiras eram dispostas sempre uma em frente à outra para se construir uma relação de proximidade. Nas entrevistas com os profissionais, frequentemente usávamos as salas que já estavam habituados para realizarem seus atendimentos e sempre nos sentávamos eu, na cadeira do paciente, e eles na do profissional. Apenas nas conversas com Záina, enfermeira, Renato e Tatiana, redutores de danos, e os técnicos de enfermagem a escolha das salas e o nosso posicionamento foi aleatório.

Nossa conversa era sempre iniciada com a descrição sobre os objetivos da pesquisa, como seria sua participação, o uso do gravador e a possiblidade de desistir em qualquer momento da sua participação. Após a explicação sobre as questões éticas envolvidas na pesquisa seguíamos para uma conversa com as mulheres sobre suas vidas, as relações que estabeleciam, o uso do crack e suas relações com os serviços de saúde. Dessa forma, era possível aprofundar-me sobre alguns fatores que poderiam ser atravessadores do acesso ao tratamento. Para os profissionais, foi possível fazer perguntas diretas sobre o acesso ao tratamento das mulheres usuárias de crack, em especial, as que eram referenciadas a eles. As narrativas gravadas incluíram um registro de impressões, gestos, posturas e sentimentos apresentados no decorrer das falas.

As entrevistas com as mulheres duraram em média 40 minutos. A entrevista mais curta foi feita com Vera e durou 25 minutos. Vera teve muitas dificuldades para se aprofundar nas respostas, suas falas eram curtas e objetivas, mostrava-se muito cansada pois, nesse dia, veio direto da rua para o CAPSad. A mais longa foi com Almerinda que contou sua história com riqueza de detalhes. As entrevistas foram realizadas em mais de uma ocasião com algumas mulheres, pois exigiu-se um aprofundamento da nossa relação para que elas pudessem adentrar em pontos específicos sobre seu histórico de uso do crack e sua busca por tratamento.

As entrevistas com os profissionais duraram em média 30 minutos. A entrevista mais curta foi com Débora, assistente social, pois ela tinha alguns atendimentos agendados e não podia permanecer mais tempo. A mais longa foi com Renato, redutor de danos, que contou muitas experiências sobre o trabalho desenvolvido na rua, em especial, com mulheres usuárias de crack.

A minha entrada na unidade foi marcada por uma busca ativa[6] às mulheres usuárias de crack. No meu primeiro dia de campo, na reunião de início de turno, a busca ativa foi discutida. O coordenador técnico tinha em suas mãos uma lista com 120 nomes de homens e mulheres usuários de drogas que precisavam ser contatadas. Não tive acesso à lista, mas, ao longo do trabalho de campo, fui criando a minha própria lista com nomes de mulheres usuárias de crack que eram acompanhadas na unidade. A minha lista começou com quatro nomes, dados pela coordenadora do grupo de mulheres, e passou para doze possibilidades, terminando com um número de nove mulheres usuárias de crack. Três, das doze possibilidades, não foram incluídas pelos seguintes motivos, a saber: a primeira era psicótica, de difícil abordagem, portadora de tuberculose e em estado bacilífero; a segunda era uma usuária que teria comparecido apenas duas vezes na unidade em dias diferentes dos meus; e a terceira que participei do primeiro atendimento e encaminhamento para o acolhimento noturno, e, após sua fuga, não retornou mais.

A relação com a equipe do CAPS foi fundamental para o trabalho de campo e foi aprofundada ao longo da minha permanência no serviço. Entendia que os profissionais precisavam ser acessados para que eu pudesse chegar às mulheres que eles acompanhavam, já que eram eles que possuíam vínculos estabelecidos e conheciam as histórias e caminhos percorridos. À princípio, esta relação era para obter dados através das conversas informais de

[6] Busca ativa é um termo de caráter polítca que identifica as práticas no território. Trata-se de um movimento que contrapõe ao "automatismo da demanda espontânea, no sentido de cartografar as necessidades de saúde para além dos agravos de notificação compulsória de determinado território" (LEMKE; SILVA, 2010, p. 285).

campo, mas percebemos que eles tinham muito a nos contar sobre o acesso ao tratamento das mulheres.

No início, nossa relação foi tomada por um estranhamento. Não me sentia acolhida embora me esforçasse em fazer laços. A sensação era a de que os profissionais estavam sempre pensando bastante no que e como iriam falar e portar na minha frente, alguns se antecipavam em me fazer perguntas sobre a pesquisa, talvez para não terem que responder as minhas.

Entretanto, foi Záina, profissional responsável pelo grupo de mulheres, que se mostrou sempre disponível ao longo de todo o trabalho de campo. Ela repetiu algumas vezes que sabia que as mulheres eram diferentes dos homens e que por isso todo o tratamento também o deveria ser. Queixava-se dessa não ser a opinião de toda a equipe do CAPS.

Houveram dois momentos que ilustram este estranhamento. O primeiro deles foi no segundo dia de campo, aonde um dos profissionais, referência de uma das mulheres incluídas no estudo, me pediu para ler o TCLE antes que pudesse me apresentar a mesma.

No segundo momento, no quarto dia de campo, fui recebida pela musicoterapeuta da unidade que me pediu para que eu aguardasse na antessala junto das pessoas que esperavam para serem atendidas. Embora eu tivesse me apresentado, explicado sobre a pesquisa e que estava na unidade a convite de Zaína para participar do grupo de mulheres, ela insistiu que eu aguardasse. Este encontro me disse de como alguns ainda não estavam disponíveis e estranhavam a minha presença. Tentei por diversas vezes marcar uma conversa com essa profissional, mas minhas tentativas foram infrutíferas: ou ela não estava na unidade ou não estava disponível.

Com o tempo, a formalidade nas relações foi substituída pela informalidade para se falar de queixas e insatisfações. No final das entrevistas, após se certificarem que o gravador estava desligado, que vinha o desabafo.

Passei a receber convites para atender junto e frequentar os espaços de atendimento em grupo. Ocupei a sala de reunião para conversas informais pessoais e sobre a pesquisa. Assim fui me sentindo mais a vontade para circular no CAPS.

3.8 Procedimentos de análise dos dados

As anotações no diário de campo, as narrativas das trajetórias de uso do crack nas histórias de vida, a justificação e as explicações sobre o acesso à unidade de saúde, bem como as entrevistas dos profissionais de saúde são o material básico para as análises de conteúdo temática realizadas nesta pesquisa. As entrevistas, as narrativas, as histórias, os “causos”,

reveladores de intimidades, violências, versões sobre tratamentos, discursos sobre as famílias e amores, teses e explicações usadas sobre uso de drogas, as racionalizações de todo tipo são ao todo os dados gerados para esse estudo.

Seguindo a formulação de Geertz (1989) entendemos que a análise das representações dos participantes permite aceder aos mecanismos e estruturas pelos quais se dá a complexidade da ação, cuja natureza é interpretativa. As pessoas constroem e partilham significados que orientam, que guiam seu comportamento e os pesquisadores interpretam esses sentidos, mas também constroem outros sentidos. Geertz (1989, p. 19) afirma que por um lado, "o que chamamos de **"nossos dados"** são nossa própria construção das construções de outras pessoas". Isso não quer dizer cair na perspectiva dedutiva ou "ilustrativa", na qual o pesquisador apenas retira trechos das entrevistas que melhor se encaixem nas suas perspectivas teóricas estabelecidas previamente. Ao contrário, o trabalho de análise envolve a compreensão das narrativas individuais traduzidas em temas e categorias que representam ***configurações de sentido*** ou ***configurações discursivas*** (DUBAR, 2004). Assumem-se que as representações dos participantes são idiossincráticas, ou seja, são pessoais, são biográficas, pois são pertencentes e reveladoras de certas trajetórias de vida, de certas histórias de vida, mas, que são ao mesmo tempo ***socialmente partilhadas e construídas*** (LAHIRE, 2002). É isso que permite algum nível de classificação, comparação e análise contrastiva. É essa posição epistemológica que permite as operações de classificações, de análise de conteúdo. Desse modo que se pode dizer - na sociologia - na psicologia social – (GEERTZ,1989; SPINK,1995) que o conhecimento atingido através do "indivíduo" é a descrição de um certo universo social, pois o indivíduo é "um fenômeno social" (GEERTZ, 1989, p. 37). Portanto, as operações de classificação, de decupagem, de análise do conteúdo, de análise temática e categórica representam a busca descritiva e interpretativa do sentido do outro – do sentido atribuído pelo indivíduo ou por diferentes grupos a um determinado tema, assunto ou problema. Esse sentido é a atribuição de significado dado pelo participante às mensagens, às narrativas, às ideias, representações simbólicas, ou seja, às histórias narradas pelos sujeitos por meio dos seus próprios valores. Na verdade, os sujeitos ao falarem, ao se narrarem; as mulheres ao falarem durante a entrevista da sua história de uso e abuso do crack, das repercussões do uso do crack na sua trajetória de vida, ao se explicarem em relação às razões de suas atitudes e condutas, evidenciam para o pesquisador a sua inserção particular em uma estrutura social, na sua posição social, que é própria a sua trajetória de vida. Em termos operacionais, a análise feita é a extração do sentido deduzido por partes e depois reintegrado ao todo. Não à toa, é um dos momentos mais difíceis

da pesquisa que depende da experiência do pesquisador e do domínio do tema estudado (QUEIROZ, 1991).

Para realizar a análise, no sentido operacional do termo, as entrevistas e anotações foram decompostas de modo a ir selecionando os dados e temas relativos à questão da pesquisa. Os temas, subtemas e categorias foram sistematicamente selecionados para uma análise teórico posterior. Todos os assuntos relevantes que se mostraram importantes para a compreensão temática foram destacados. Cada entrevista foi decomposta nos temas propostos e nos demais que tivessem surgido e que não tivessem sido previstos no roteiro. Sendo assim, foi-se analisando tema por tema, a partir dos depoimentos. Desse modo, chegamos às semelhanças e diferenças existentes entre os depoimentos dos dois grupos de sujeitos (mulheres e profissionais de saúde). Após essa demarcação, buscamos compreender – de forma contrastiva – e não comparativa, as diferenças e semelhanças encontradas no material proveniente das mulheres e dos profissionais entrevistados.

Foi ainda possível verificar a relação entre os discursos e o dia-a-dia, a compreensão dos entrevistados em relação às normas existentes na vida cotidiana – na unidade de atendimento e nas cenas de uso. A percepção dos participantes sobre o seu cotidiano, as aspirações e expectativas de acesso, as ritualizações do uso do crack e das drogas e junto com isso o fato de serem mulheres usuárias. A partir das entrevistas foram sendo estruturados quadros descritivos de caracterização.

As informações obtidas foram transcritas na íntegra e submetidas às etapas da análise de temática em consonância com Minayo e os autores sinalizados acima: "A análise temática diz respeito a técnica de análise de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos" (MINAYO, 2014, p. 21). Conforme citado acima, Minayo (1994) valoriza dois níveis de interpretação inter-relacionados: um vinculado ao campo das determinações fundamentais (contexto sócio histórico) e outro relacionado com o conhecimento e análise dos fatos empíricos.

A partir desses princípios, os dados foram analisados respeitando as seguintes fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados obtidos e interpretação (MINAYO, 2014). Logo de partida, quando a leitura flutuante das entrevistas e da observação de campo teve início, foi feita uma leitura de primeiro plano de todo o material com o objetivo de atingir os níveis mais profundos. Nesse momento, deixei-me impregnar pelo conteúdo do material. Na segunda etapa, realizou-se uma exploração do material. Trata-se da análise propriamente dita.

Como etapa final, foi elaborada uma síntese interpretativa através de uma redação que pudesse dialogar com os temas como objetivos, questões e pressupostos da pesquisa.

Nesse primeiro momento, trabalhamos com uma pré categorização como tentativa de representação simplificada dos dados brutos. Na fase de pré-análise, fizemos uma leitura flutuante dos relatos das transcrições feitas e das anotações do diário de campo de forma exaustiva e de modo que fosse representativa da homogeneidade dos relatos (MINAYO, 2014). Fizemos alguns recortes com o objetivo de pré categorizar e definir os conceitos teóricos mais gerais que apareceram nas entrevistas.

- **Software Nvivo: suporte para fins da constituição do banco de dados e análise temática**

Para realizar a análise diante da quantidade de informações obtidas na pesquisa de campo, foi utilizado o NVivo a partir da análise de conteúdo temática. Foi organizado um banco de dados alimentado com o material descritivo do Diário de Campo e com as 22 entrevistas realizadas respectivamente com 9 mulheres e 13 profissionais de saúde do CAPSad. Para Tesch (1990, *apud* GIL, 2008), a maioria dos pesquisadores que utilizam análise textual ou de conteúdo desconhece a existência dos softwares. Ele ressalta que esses programas são facilitadores no processo analítico dos dados e não substituem a responsabilidade do pesquisador na interpretação substantiva dos resultados. O NVivo é um programa para análise de informação qualitativa que integra as principais ferramentas para o trabalho com documentos textuais, multimétodos e dados bibliográficos. Ele facilita a organização de entrevistas, imagens, áudios, discussões em grupo, leis, categorização dos dados e análises. Na parte de dados qualitativos é possível realizar transcrição de vídeos e áudios, codificar texto, análises de redes sociais e/ou páginas da web, entre outros. Já na parte quantitativa tem-se estatística descritiva, inferencial e até mesmo meta-análise (ALVES; FILHO; HENRIQUE, 2015).

Cada entrevistado foi identificado por um código alfanumérico e um nome fictício e, em seguida, registradas em um quadro para facilitar a organização sistemática dos resultados e a compreensão do leitor (APÊNDICE C). Nessa etapa, optou-se pelo auxílio do programa NVivo versão 820. Esse programa permitiu maior consistência na análise dos dados qualitativos, uma vez que facilitou o armazenamento do material transcrito, organização e codificação das entrevistas (GREEN, 2008; GUEVARA, 2008; SMYTH, 2008). Através do referido software, organizamos todo o material da transcrição e iniciamos a análise temática.

Através dos trechos das narrativas codificadas inseridos no Nvivo, gerou-se relatórios correspondentes a cada tema da entrevista agregados as respostas dos entrevistados.

Como primeiro passo de análise, buscou-se identificar nas falas individuais, os trechos que correspondiam ao mesmo conteúdo, chamados de nós (ou temas /categorias) iniciais, ou seja, fragmentos de análise que formariam, a posteriori, os temas e subtemas categóricos. Destas, foram extraídas as ideias centrais que passaram a corresponder aos títulos dos nós. Cada nó possuía a descrição correspondente a sua ideia central e agrupava as falas que correspondiam a referida ideia.

Assim, os nós foram agrupados em pastas que definiram a hierarquização dos resultados do projeto. Três pastas foram estabelecidas para esta hierarquização: entrevistas das mulheres, entrevistas dos profissionais e observações de campo. Em cada pasta foram criados nós primários e secundários, através de uma espécie de estrutura de árvore de codificação. A árvore foi importante para definir a estrutura dos resultados da pesquisa e facilitar o processo de definição dos temas e subtemas do estudo. Esses incluíaram informações descritivas sobre o tema central, possibilitando a identificação das perspectivas de análise. Tal processo foi demorado porque foram realizadas leituras e releituras sequenciais que conduziram a novos agrupamentos até chegarmos na estrutura final de tematização dos resultados. Para testar os resultados dos agrupamentos foram feitas contagem de frequência de palavras, geradas nuvens de palavras e árvore de palavras. Tanto as nuvens quanto as árvores de palavras são geradas a partir da frequência de como as palavras foram usadas pelas mulheres e pelos profissionais. Através desta visualização esquemática foi possível visualizar os dados e criar a síntese inicial do trabalho.

A primeira síntese dos resultados de pesquisa foi descrita através das narrativas na primeira pessoa do singular e constituíram a essência das falas extraídas através das entrevistas. A partir da síntese inicial, buscamos identificar quais os aspectos nos nós centrais que se coadunavam aos temas e subtemas de análise relativos ao acesso ao tratamento das mulheres usuárias de crack. Nessa etapa, entendemos que precisávamos separar as falas das mulheres, dos profissionais e as anotações do diário de campo. Em uma segunda síntese que descrevemos as ideias centrais relacionadas ao acesso ao tratamento do ponto de vista das mulheres e dos profissionais.

A partir dos achados uma terceira síntese foi produzida, agora voltada para as ideias centrais sobre o acesso ao tratamento. Nessa etapa sobressaíram as falas das mulheres sobre a urgência do cuidado baseado no seu corpo e, do ponto de vista dos profissionais, o vínculo terapêutico e as ferramentas de abordagem como estratégias de tratamento. O material foi

importante para produzirmos uma a síntese final com os temas e subtemas categóricos, a saber: os sentidos do acesso ao tratamento na perspectiva das mulheres usuárias de crack e os sentidos do acesso ao tratamento na perspectiva dos profissionais. Nessa etapa sobressaiu as falas das mulheres sobre: **a urgência do cuidado baseado no seu corpo e, do ponto de vista dos profissionais, o vínculo terapêutico e as ferramentas de abordagem como estratégias de tratamento**.

Tomei o posicionamento teórico da hermenêutica de acordo com Minayo (2002). Por isso, para compreender a análise realizada neste estudo uma ideia importante a se reter é a da noção de hermenêutica utilizada aqui como "configurações de sentido" e como "unidades de sentido". Ambas equivalem à reinterpretações ou "realidades pensadas" como objetivação da experiência e da vida cotidiana dos participantes da pesquisa. A hermenêutica diz respeito à interpretação do sentido das palavras, dos textos que se relacionam com a "objetivação da experiência" (MINAYO,2002). Na análise do tipo hermenêutica o "símbolo", o significado e o sentido são importantes não somente por fazer uma mediação comunicacional, mas por tomar parte da formulação e do sentido de todo enunciado da narrativa da história de vida dos sujeitos (MINAYO, 2002).

De acordo com Minayo, (2002), as possibilidades da hermenêutica, falam de uma reflexão que se fundamenta nas práxis, ou seja, é ao mesmo tempo compreensiva e crítica da realidade. Como nosso objetivo era analisar a narrativa dos participantes desse estudo, através de suas histórias de vida, de suas inserções nos CAPSad, buscando identificar e compreender, a partir de suas vivências, as experiências como usuárias e o tipo de assistência prestada e/ou almejada, buscamos produzir pela análise de conteúdo temática os sentidos, os significados, a partir de suas narrativas, para dar-lhes, uma inteligência do "real problema" do acesso das participantes nos serviços de saúde.

Portanto, segundo Minayo (2002), a utilização da perspectiva da hermenêutica oferece as balizas para a compreensão do sentido da comunicação, da intersubjetividade e do entendimento das relações que se estabelecem entre os sujeitos. Importante destacar como ponto fundamental desse estudo é que os sentidos são contingentes e possuem significados.

Assim, olhando a partir das experiências empíricas individuais das participantes, temos usuárias que almejam e exigem cuidados e tratamentos "particulares", o que se reflete no trabalho exigido por elas junto às instituições de saúde, ou como as instituições são interpeladas a tratar essas pessoas conforme certa "singularização", numa combinação de complementariedade, oposição e conflitos.

O principal diferencial do relato heurístico é o peso que ele adquire na análise, pois é a partir do que escutam, do que se é perguntado e das observações de campo que os pesquisadores sociais orientam a sua perspectiva de interpretação do que escutam e, a partir daí, entendem a dimensão das experiencias, das vivências individuais e dos relatos das narrativas coletivas.

A perspectiva da narrativa rompe com a do indivíduo (do individualismo) pois fornece elementos que compõem os sentidos dos problemas importantes da sociedade. Concluímos então que os sentidos contingentes explicam em última instância a relação entre indivíduos e sociedade, ou seja, a análise da narrativa presente no relato das histórias de vida dos participantes do estudo, permite a construção do sentido dos sujeitos que é o que vai contar para compreender a sociedade e suas instituições. Por acreditarmos nessa explicação, por extensão, entenderemos o que motiva as mulheres usuárias de crack buscarem o serviço de saúde.

Logo, numa leitura feita a partir de diferentes autores como, por exemplo, os marxistas, os weberianos, os elisianos, os foucaultianos, os bourdizianos, cada um a seu modo, não explorado aqui, a sociedade produz e formata sentidos e, desse modo, os impõe aos sujeitos por meio de concepções, valores, juízos, formas de pensar, usos do poder. Em desdobramento dessas questões, conseguimos compreender os efeitos e desdobramentos das propostas dos CAPSad, bem como as trajetórias e motivações das mulheres que buscam os serviços, identificando, a partir de suas experiências, o motivo pelo qual buscaram assistência.

3.9 Questões éticas envolvidas na pesquisa de campo

Em conformidade com a prática geral de pesquisa humana, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética das respectivas instituições onde o estudo foi desenvolvido.

Levamos em consideração a resolução 466/12, onde consideramos na nossa pesquisa os princípios da autonomia (respeito à dignidade da pessoa humana), beneficência (máximo de benefícios e mínimo de riscos e danos), não maleficência (danos que podem ser prevenidos serão evitados) e justiça e equidade (relevância social da pesquisa e garantias iguais aos participantes da mesma).

Em atenção às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução CNS 466/12), foi disponibilizado aos que aceitaram participar da pesquisa o TCLE, o qual foi assinado pelos sujeitos após esclarecimentos do seu conteúdo e afirmação do compromisso dos pesquisadores com a privacidade e a confidencialidade dos dados

utilizados e a preservação do anonimato dos sujeitos, com linguagem acessível que os permita compreender os objetivos do estudo, procedimentos realizados, os possíveis riscos e benefícios esperados (APÊNDICE D e E).

Os riscos eventualmente associados à pesquisa estão relacionados ao possível desconforto dos usuários de falarem sobre assuntos pessoais, confidenciais ou quaisquer outros tópicos que possam sentir-se incomodados. Os entrevistados foram informados do livre arbítrio para a participação na pesquisa e o fato de não terem prejuízos quanto à continuidade do tratamento em caso de recusa a participar e, caso aceitassem, teriam suas histórias de vida colhidas em dias já destinados ao atendimento na unidade.

Garantimos o sigilo das informações prestadas. Os nomes foram preservados através da codificação dos relatos colhidos, com objetivo de diminuir o constrangimento dos mesmos, tornando assim a entrevista mais sincera.

Em conformidade com a prática geral de pesquisa humana, o projeto foi submetido à Comissão de Ética da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e aprovado (CAAE: 51280515.7.0000.5263; Parecer: 1.526.402).

3.10 Descrição geral e comparativa do campo e dos participantes entrevistados

Com esta última parte, apresento o material produzido para a caracterização do campo a partir de três eixos: em primeiro lugar, apresentarei os dados de caracterização da unidade de saúde onde foi realizado o trabalho de campo (O CAPSad); em seguida apresentarei a caracterização das mulheres participantes da pesquisa (Mulheres usuárias de crack entrevistadas); em terceiro, caracterizarei brevemente os profissionais de saúde que concederam entrevistas (Profissionais de saúde do CAPSad).

- **O CAPSad participante**

O CAPSad III está localizado ao lado de uma das principais vias de circulação da cidade do Rio de Janeiro, em uma rua de trânsito de pessoas, carros e meios de transporte. A parada de ônibus fica em frente à unidade e a estação de trem há uma distância de cerca de vinte minutos de caminhada. Das nove mulheres incluídas, três acessaram o CAPS através de ônibus ou trem; outras três precisavam caminhar longas distâncias ou pedir carona; e duas delas usaram algum carro institucional.

Me chamou a atenção que este CAPS era referência de duas grandes cenas de uso do crack do Rio de Janeiro. Essas cenas reuniam uma grande quantidade de usuários de crack, uma média de 200 a 300 por dia (VALIM; ZALUAR; SAMPAIO, 2015). Também ocupavam uma localidade grande e com características de vulnerabilidade social e escassos recursos sociais e de saúde disponíveis. Por último, há época, eram regiões que ofereciam possiblidades de circulação restritas, devido às ações da polícia.

Em relação a sua estrutura física e a dinâmica de circulação dentro da unidade, considero o número excessivo de portas e trancas do CAPSad III pouco acolhedoras em virtude da representatividade desses para o histórico de encarceramento da psiquiatria. Para ilustrar, antes de chegar à sala de atendimento era necessário passar pelo portão do estacionamento (ficava sempre aberto); o portão com grades de ferro da entrada da unidade (muita das vezes trancado); o balcão com funcionários (que não tinha portas mas restringia o acesso); a porta de madeira entre a antessala e o corredor principal (sempre aberta, mas com um profissional da segurança na frente); por último, a porta do consultório (aberta pelo profissional que iria usá-la).

O portão do estacionamento ficava na entrada do CAPS em meio a um pátio com árvores e um pequeno estacionamento para carros dos funcionários. A placa dizia claramente: "apenas para funcionários". Era um estacionamento que ficava muito cheio principalmente às quartas feiras, dia da reunião de equipe. Muitas vezes eu hesitei em estacionar meu carro naquele local.

Na pequena varanda, que dava acesso através do portão com grades de ferro à entrada da unidade, encontrávamos um local sem bancos e um com uma pequena mureta na qual muitos ficavam sentados. Ao adentrar, havia uma espécie de sala de espera, parecida com as que encontramos nas unidades ambulatoriais. Esse era o local que usualmente encontrava-se a equipe do Consultório na Rua (CnR), por isso foi aonde fui apresentada por eles por duas das mulheres incluídas na pesquisa: Daniele e Teresinha. Elas chegavam sempre acompanhadas dos profissionais da equipe do CnR, que permaneciam ao lado delas. Esse local foi um ponto de referência para mim às quartas feiras, dia que o consultório na rua trazia as pessoas a serem atendidas, na expectativa de encontrar novas mulheres. O fragmento abaixo, oriundo do diário de campo, descreve como percebia este local:

> Havia também um segundo local de espera, uma espécie de antessala, onde homens, mulheres e familiares aguardavam para serem atendimentos. Nesta antessala, havia um balcão usualmente com um ou dois funcionários que organizavam diariamente os atendimentos: quem poderia entrar e quem teria que aguardar. Haviam bancos cumpridos, sempre em número suficiente para que todos pudessem permanecer

> sentados. Percebia que tanto as mulheres quanto os homens que eram trazidos pela equipe do consultório na rua, permaneciam a maior parte do tempo nesta sala aguardando atendimentos. Era nesta sala que tinha a figura de um guarda, profissional da segurança, facilmente identificado por suas roupas, que se posicionava na porta que separava esta antessala do corredor principal do CAPSad III. Ele ficava ao lado do claviculado que continha as chaves do CAPS, e era ele quem as distribuía. Também era ele que frequentemente destrancava a porta de ferro que dava acesso a pequena varanda (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

O balcão que organizava as entradas no CAPS era chamado de "decepção". Essa nomeação foi usada por Juliana, assistente sociale e que parecia representar a percepção da equipe. Ela se referia da seguinte forma: "Aqui a recepção a gente chama de decepção, fica todo um controle assim, "você tem que aguardar bla bla bla bla.". Vai anotando gente que vai chegando" (JULIANA – assistente social, 2016).

Foi na antessala que também tive a experiência de sentir-me "trancada do lado de fora". Era a terceira semana que estava na unidade, porém em horário diferente do habitual. Eu sempre chegava pela manhã e, neste dia, decidi ir à tarde para participar do grupo de mulheres. Ao perguntar sobre onde encontraria Záina, enfermeira e coordenadora do grupo, fui impedida de entrar pela musicoterapeuta, que estava posicionada no lugar do guarda, e pediu que eu aguardasse. Depois de esperar por cerca de 20 minutos, avistei Záina que me reconheceu prontamente e, ao contrário da falta de receptividade anterior, recebeu-me com um sorriso acolhedor. Finalmente, pude entrar.

Ao passar pela triagem da "decepção", havia muitas salas, com portas e trancas, dentre elas: três salas de atendimentos individuais, uma sala de atendimento em grupo, uma sala com uma televisão (esta permanecia aberta), um refeitório, uma pequena sala com um grande vidro onde acontecem algumas reuniões e os prontuários são arquivados. Essa última sala, que me lembrava um posto de enfermagem, oferecia uma visão ampla de todo o corredor principal e era o local onde a equipe se reunia para as reuniões de início e final de turno. As únicas salas que permaneciam abertas eram a de televisão e de reuniões. Já as demais, era preciso solicitar a chave ao guarda.

No final do corredor avistava-se uma grande porta que dava acesso aos quartos com as camas destinadas ao acolhimento noturno, no total oito leitos. Os leitos são uma das ferramentas disponíveis nos CAPSad III, que possuem funcionamento noturno, para lidar com a crise fora dos dispositivos hospitalares. Em relação ao acesso às portas bem como aos quartos, nota-se que estes tinham horários para serem abertos e fechados.

Segundo os profissionais, trancava-se os quartos logo pela manhã na tentativa de retirar os usuários da cama e estimulá-los a participar das atividades programadas. Entretanto,

era uma cena que se repetia: os que não dormiam nos quartos deitavam-se nos bancos do pátio interno ou no chão da sala de televisão. Esta percepção apareceu em uma das anotações do diário de campo sobre um corpo que pedia por descanso:

> Encontrei Renata no pátio com um cobertor na mão. Estranhei o fato de estar com um cobertor já que não estava frio. Pensei que não poderia ser para servir-lhe de agasalho. Cumprimentei e perguntei sobre o cobertor: Renata me respondeu que estava dormindo fora do quarto e precisava do cobertor para deitar-se no mesmo. Perguntei se os quartos estavam trancados e ela me respondeu que sim. Renata não parecia estar incomodada com o fato e disse que queria tomar um banho e dormir. Algum tempo depois, após ter descansado, encontro novamente Renata, agora sorridente. (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Ainda sobre as questões de circulação, foi curioso o fato da mudança do local destinado à dispensação de medicações. A dispensação era feita na sala de cuidados, que se localizava entre os quartos de acolhimento noturno, e passou a ser feita na primeira sala do corredor. Era uma sala de atendimento individual e que possuía um telefone para ligações externas, e foi acrescida de um balcão na parte externa e, na parte interna, armários para a sua dispensação. Alguns usuários e funcionários falaram dessa decisão como uma estratégia para diminuir a circulação na unidade das pessoas que não estejam no acolhimento diurno ou noturno.

No que diz respeito às dificuldades de acesso, todas as mulheres afirmaram que a longa distância entre o local que estavam imediatamente antes de se dirigirem ao CAPS, quer fossem suas casas ou a cena de uso, era um fator limitador para buscarem o tratamento.

Por isso, na tentativa de driblar, o que parecia ser restritivo para a tese, acompanhei algumas saídas para as cenas de uso e para as visitas domiciliares, chamadas de buscas ativas. Saíamos sempre de carro, nunca de ônibus ou a pé, ainda assim era claro que apenas cerca de 15 quilômetros separavam as cenas de uso e o CAPS, mas eram necessárias pelo menos duas conduções diferentes para chegar até o local.

Isso é ilustrado nas falas de Teresinha e Denise, que descreveram sobre o longo percurso que precisavam percorrer para chegar ao CAPsad III: “Desço na Central, pego um Deodoro, venho até o Engenhão, Engenho de Dentro. Desço e venho andando” (TERESINHA – 33 anos, 2016). E Denise completou: “Eu gosto do atendimento aqui. Só tenho preguiça de vir aqui, porque são dois ônibus, é longe da minha casa à beça, é maior contramão [...] é muito desgastante” (DENISE – 30 anos, 2016).

Observou-se também que, além da distância, o trajeto através dos locais de venda do crack era limitador do acesso ao tratamento. Ouvi alguns relatos sobre morar próximo ao tráfico

local não ser uma opção, mas uma necessidade. No deslocamento ao CAPSad III, algumas mulheres passavam dentro das cenas de uso e precisaram resistir à urgência em usar o crack ou enfrentar o medo de arriscarem suas vidas por terem feito dívidas com tráfico local. Almerinda, por exemplo, afirmou detestar o local onde residia pois era "rodeado de boca de crack" (ALMERINDA– 61 anos, 2016). E Teresinha mencionou o esforço que tinha que fazer para resistir à urgência do uso:

> Às vezes, tomava banho passava arrumada pra ir ao trabalho e cumprimentava ele e dizia "oi" pra ele. Ele sempre apitava na minha frente pra mim sentir o cheiro". E completou: "Parecia que eu tava amarrada, às vezes eu queria cair, mas aí disse "não, simbora pra casa, só passei aqui pra te dar um 'oi' (TERESINHA- 33 anos, 2016).

Denise, que morava dentro de uma favela, falou de ter que escolher entre usar e não usar o crack mediante as oportunidades: "Então, lá na casa dele que é dentro da Favela da Galinha, eu tenho a oportunidade de usar. Ele não liga, ele não usa, mas ele não liga se eu compro e uso dentro de casa" (DENISE – 30 anos, 2016). Para elas, tratamento e uso do crack eram decisões difíceis e opostas. À exemplo da fala de Gicélia: "Como sábado e domingo eu não consegui vim. Fui usar droga" (GICÉLIA – 33 anos, 2016).

Uma segunda dificuldade no acesso ao tratamento foi a financeira. Ouvi alguns relatos, tanto das mulheres quanto dos profissionais, sobre como muitas não tinham dinheiro suficiente para seu deslocamento até o CAPSad III.

Para lidar com este revés, o auxílio transporte e o carro institucional do CnR foram citados como recursos os quais recorriam para transpor suas limitações de acesso ao tratamento. Das nove mulheres incluídas, duas dirigiam-se à unidade com auxílio do carro institucional e três possuíam a gratuidade no transporte público. Era necessário, para "fazer atividade", passar primeiro pela médica e obter o "laudo, para fazer o cartão de pegar o ônibus" (ROSANE – 30 anos, 2016). Estas eram as etapas que garantiriam o acesso ao tratamento, além de depender do horário do carro do institucional, como Daniele comentou: "A Maria (Agente Comunitário de Saúde - ACS) falou que ela não ia vim hoje, nós esperamos ela maior tempão, ela veio" (DANIELE- 18 anos, 2016). E demonstrou preocupação ao comentar sobre o horário de saída do carro: "A assistente social que hora que vai me atender?! Porque a van sai daqui a pouco" (DANIELE – 18 anos, 2016).

Todavia, para algumas que chegavam direto das cenas de uso, o único recurso disponível era a tentativa da carona. Renata e Vera falaram sobre isto: "Eu peço carona [...] tem uns que ficam zangados (motoristas), outros deixam" (RENATA – 34 anos, 2016). E, no relato de outra

mulher: “Eu vou de carona, vejo se consigo carona, é difícil pegar ônibus” (VERA – 46 anos, 2016).

- **As mulheres usuárias de crack entrevistadas**

O trabalho de campo sempre coloca questões que temos que enfrentar. Não foi tarefa fácil buscar compreender as vivências e experiências das mulheres usuárias de crack sobre acesso ao tratamento, a partir da sua própria leitura e dos profissionais que as acompanhavam. Pareciam dois mundos demarcados por necessidades físicas e emocionais e perspectivas de atendimento diferentes. Eu parecia estar imersa em um mundo de questões diversas das pessoas com problemas com o álcool e outras drogas. Desta forma, uma ferramenta importante foi ter um roteiro que pudesse direcionar o meu olhar aos possíveis achados. Assim, seria fácil não me deslocar do objeto de estudo para as necessidades pessoais das mulheres, dos profissionais e do próprio serviço.

O roteiro indicava o caminho, mas, em muitas ocasiões foi permitir-lhes falar livremente que produziu as respostas mais interessantes sobre o acesso ao tratamento. Sobre isso, construímos um material que pudesse dar visibilidade a quem eram estas mulheres e uma síntese dos eventos indicadores presentes no seu discurso (APÊNDICE F). Havia diferenças significativas entre as entrevistas das mulheres e dos profissionais. No caso das mulheres era preciso iniciar nossa conversa sobre assuntos gerais que caracterizavam sua história de vida, tais como: estudos, família, aspirações e sonhos. A partir dessas falas, eram feitas perguntas sobre a história de abuso do crack e, em seguida, os fatores que se relacionavam com o acesso ao tratamento. Também foi importante perguntar-lhes sobre as dificuldades que enfrentavam neste acesso e como o CAPSad poderia responder às suas necessidades de saúde.

Durante esse período, conforme o Quadro 1, as nove mulheres que acessaram o CAPSad III, eram em sua maioria adultos jovens, sendo apenas uma idosa, com 61 anos, e a mais jovem tinha recém feito 18 anos de idade. Elas eram preferencialmente de cor parda ou negra, sendo apenas 1 branca. Em relação à escolaridade, 1 era analfabeta, 2 possuíam o ensino fundamental, 4 o ensino médio incompleto, 1 o médio completo e 1 o universitário completo. A maioria residia com companheiros/amigos/familiares, 3 sozinhas e 2 estavam em situação de rua. Embora somente 2 mulheres estivessem em situação de rua, pois residiam em uma das cenas de uso durante o trabalho de campo, a condição de permanecer na rua, durante o período de abuso do crack, foi fato comum entre elas.

O tempo de abuso do crack foi bastante variável, de 1 a 11 anos. Em relação aos períodos de abstinência, 5 estavam sem usar o crack durante o trabalho de campo, dessas 1 entrou em recaída logo no término da pesquisa. Em relação aos períodos de abstinência, 3 tiveram períodos muito curtos e foi apenas durante o tempo que estiveram no acolhimento noturno. A maioria eram usuárias de múltiplas drogas e, dentre estas, a cocaína foi a mais citada, 3 não informaram o uso de outras drogas.

O tempo que conhecem o CAPS é bastante variável, entre 2 meses a 8 anos. O grupo é dividido em relação à forma como acessaram o CAPSad III pela primeira vez: 4 acessaram por demanda espontânea e 5 haviam sido encaminhadas por outros serviços. Das que foram encaminhadas, 2 mulheres haviam chegado ao CAPS pela primeira vez e ambas acompanhadas pela equipe do Consultório na Rua, durante o período do trabalho de campo. Todas as mulheres, em algum momento, acessaram o CAPsad III em dias que não estavam previstos no seu Projeto Terapêutico Singular: 3 de forma não intensiva, 2 semi-intensiva, 2 intensiva e 2 por livre demanda.

Das nove mulheres incluídas na pesquisa, três delas passaram por esses leitos durante o trabalho de campo, foram elas: Almerinda, Gicélia e Renata. Teresinha e Sônia já haviam passado, em um momento anterior, pelo acolhimento noturno por questões relacionadas ao abuso de crack e outras drogas.

Quadro I Caracterização do perfil das mulheres entrevistadas

Mulheres usuárias CAPSad entrevistadas	Trajetória recente de uso do crack e outras drogas	História recente de acesso ao CAPSad
Daniele, 18 anos, parda, ensino fundamental incompleto, morou parte do trabalho de campo com seu companheiro	Droga preferencial por 3 anos, esteve abstinente em parte do trabalho de campo. Outras drogas: não relatou	Conheceu o CAPS através do CnR, trata-se há 2 meses e frequenta de forma não intensiva o serviço. Nunca esteve no acolhimento noturno.
Denise, 30 anos, parda, ensino médio incompleto, reside com sua mãe	Crack droga preferencial há 11 anos, esteve abstinente durante o trabalho de campo. Outras drogas: cocaína	Conheceu o CAPS por encaminhamento do PAM, trata-se há 5 anos e frequenta de forma não intensiva o serviço. Conheceu o CAPS através do CnR, trata-se há 2 meses e frequenta de forma não intensiva o serviço. Nunca esteve no acolhimento noturno.
Rosane, 30 anos, negra, ensino fundamental incompleto, reside com um amigo	Crack droga preferencial há 7 anos. Durante o trabalho de campo, esteve abstinente em relação ao crack e usava a maconha	Conheceu o CAPS através do CnR, trata-se há 2 meses e frequenta de forma não intensiva o serviço. Conheceu o CAPS através do CnR, trata-se há 2 meses e frequenta de forma não intensiva o serviço. Nunca esteve no acolhimento noturno.
Sônia, 31 anos, branca, ensino médio incompleto, reside com sua filha e marido	Crack droga preferencial durante 1 ano, esteve abstinente do crack durante o trabalho de campo e em uso da cocaína	Conheceu o CAPS por demanda espontânea, trata-se há 3 anos e frequenta de forma semi-intensiva o serviço. Conheceu o CAPS através do CnR, trata-se há 2 meses e frequenta de forma não intensiva o serviço. Nunca esteve no acolhimento noturno.
Gicélia, 33 anos parda, ensino universitário completo, reside sozinha	Crack droga preferencial há 4 anos, períodos de abstinência muito curtos e durante	Conheceu o CAPS por demanda espontânea, trata-se há 4 anos e frequenta de forma intensiva o serviço. Já esteve no acolhimento noturno.

	acolhimento noturno. Outras drogas: cocaína	
Teresinha, 33 anos, negra, ensino médio completo, reside sozinha	Crack droga preferencial durante 3 anos, esteve abstinente durante o trabalho de campo. Outras drogas: loló, álcool e maconha	Conheceu o CAPS por demanda espontânea, trata-se há 1 anos e frequenta de forma semi-intensiva o serviço. Já esteve no acolhimento noturno.
Renata, 34 anos, parda, ensino médio incompleto, reside na rua	Crack droga preferencial há 9 anos, períodos de abstinência muito curtos e durante acolhimento noturno. Outras drogas: não relatou	Conheceu o CAPS por encaminhamento do CAPS II, trata-se há 8 anos e frequenta por livre demanda serviço. Já esteve no acolhimento noturno.
Vera, 46 anos, branca, analfabeta, reside na rua	Crack droga preferencial mas não sabe precisar o tempo de uso, não relatou períodos de abstinência. Outras drogas: não relatou	Conheceu o CAPS por encaminhamento do CAPS II, trata-se há "muitos anos" e frequenta por livre demanda serviço. Já esteve no acolhimento noturno.
Almerinda, 61 anos, branca, ensino médio incompleto, reside sozinha	Droga preferencial há 9 anos, períodos abstinência muito curtos e durante acolhimento noturno. Outras drogas: maconha e cocaína	Conheceu o CAPS por demanda espontânea, trata-se há 7 anos e frequenta de forma intensiva o serviço. Já esteve no acolhimento noturno.

* Dados obtidos a partir das entrevistas organizados no banco de dados NVIVO

- **Os profissionais de saúde entrevistados**

Em relação aos profissionais, conforme Quadro 2, todos eram adultos, 3 negros, 3 pardos e 7 brancos (autodeclarados). Foram entrevistadas 10 mulheres e 3 homens. Em relação à formação profissional, eram oriundos de diferentes cursos, sendo 4 profissionais da enfermagem, 2 do serviço social, 3 da medicina, 3 da psicologia e 1 de artes cênicas. Quase a totalidade dos profissionais tinha formação em saúde mental e apenas 2 não tinham curso específico na área, sendo que destes, apenas 1 tinha o nível médio.

A experiência profissional também foi bastante variada: entre 4 e 21 anos, sendo que 4 profissionais tinham, em média, 5 anos de formado e apenas 2 mais de 20 anos. Todos os profissionais tinham experiência na clínica AD de um mínimo de 3 anos à um máximo de 15 anos. Dois profissionais iniciaram o trabalho na clínica AD logo após sua formação e 3 após o término da residência. Dois profissionais não informaram sobre o tempo de formado e sua experiência na clínica AD porque não trabalhavam mais no CAPSad III quando esta informação foi solicitada.

Por fim, em relação à forma de trabalho no CAPSad III, percebemos que todos os profissionais eram referência das mulheres usuárias de crack que fizeram parte desta pesquisa. Dentre eles, 11 as acompanhavam diretamente, ou seja, eram profissionais responsáveis pela elaboração e o acompanhamento dos seus Projetos Terapêuticos Singular (PTs), e 2 indiretamente, as acompanharam em situações diferentes no trabalho desenvolvido no CAPSad, em especial, no momento que estiveram no acolhimento noturno.

A forma de trabalho também é diferenciada pelo regime de inserção na unidade: diaristas ou plantonistas. Somente os profissionais da enfermagem eram plantonistas e podiam trabalhar por turnos, incluindo o período noturno, os finais de semana e os feriados. Somente uma enfermeira era diarista. Todos os demais eram diaristas, trabalhavam durante a semana, mas podiam cumprir parte da sua carga horária aos sábados. Parece que essa foi uma medida adotada pela coordenação para diminuir o esvaziamento de profissionais e das atividades nos finais de semana.

Com relação às formas de condução do atendimento das mulheres, todos eles faziam atendimentos individuais e em grupo, dentro e fora do CAPSad. Dentro do CAPSad prevaleciam os atendimentos individuais e em grupo. No quadro, está descrita a forma como os profissionais acompanhavam as mulheres usuárias de crack, que foi preferencialmente através dos atendimentos individuais. Por isso, podemos considerar que realizavam grupos que não eram direcionados especificamente para o grupo feminino. Havia apenas um grupo de mulheres coordenado por uma das enfermeiras.

Os profissionais trabalhavam através de miniequipes, ou seja, realizavam atendimentos compartilhados e decidiam em conjunto como deveria se constituir o Projeto Terapêutico Singular (PTs) das mulheres. Percebi que cada mulher tinha um ou mais profissionais que eram suas referências, nomeados como miniequipe. Assim, é possível afirmar que os atendimentos individuais e de primeira vez eram conduzidos preferencialmente por mais de um profissional e que as consultas compartilhadas eram uma característica desse dispositivo.

Apenas duas pessoas da equipe trabalhavam rotineiramente no território, ou seja, tinham frequência semanal. Elas eram responsáveis pelas buscas ativas e pelas atividades nas cenas de uso. Também, eram responsáveis por conduzir um projeto de trabalho nomeado: *Toca que eu vou*, caracterizado por atividades desenvolvidas fora do CAPSad III e preferencialmente nas cenas de uso de drogas. Foram essas pessoas que eu acompanhei quando estive em uma das cenas de uso. Também percebi que as suas falas sobre o tratamento das mulheres usuárias de crack estavam repletas de fatos que dizem respeito ao trabalho nas ruas. Em relação aos demais profissionais, realizavam seu trabalho prioritariamente dentro do CAPS e reconheceram que pouco estiveram nas cenas de uso. Independentemente das diferenças, todos eles enfatizaram que o trabalho na rua é fundamental para se discutir as questões relacionadas ao acesso ao tratamento.

Quadro I Caracterização do perfil dos profissionais entrevistados

COD	Formação	Experiência Profissional	Inserção no CAPsad III
Záina, 30 anos, negra	Enfermeira, pós-graduação em psicanálise	11 anos de formada, 10 anos na clínica AD	Diarista, referência de duas mulheres usuárias de crack, realiza atendimentos individuais, responsável pelo grupo de mulheres, faz visitas domiciliares
Carla, 29 anos, branca	Enfermeira, residência em saúde mental	4 anos de formada, 4 anos na clínica AD	Plantonista, não é referência das mulheres usuárias de crack, as acompanha no acolhimento noturno, esteve uma vez na cena de uso
Fabiane, 46 anos, branca	Enfermeira, residência em obstetrícia	22 anos de formada, 15 anos na clínica AD	Plantonista, referência de uma das mulheres usuárias de crack, as acompanha no acolhimento noturno e em atendimentos individuais, faz visita domiciliar e trabalha na UA
Jane, 49 anos, negra	Técnica de Enfermagem	6 anos de formada, 6 anos na clínica AD	Plantonista, não é referência de das mulheres usuárias de crack, as acompanha no acolhimento noturno e em atendimentos individuais
Débora, 45 anos, branca	Assistente Social	21 anos de formada, 11 anos na clínica AD	Diarista, referência de uma das mulheres usuárias de crack, realiza atendimentos individuais, nunca esteve na cena de uso
Juliana, 29 anos, parda	Assistente Social, especialização em saúde mental	5 anos de formada, 3 anos na clínica AD	Diarista, referência de três mulheres usuárias de crack, realiza atendimentos individuais, não relatou se esteve na cena de uso
Mariana, 39 anos, branca	Médica, especialização em psiquiatria	Não informou	Diarista, referência de duas mulheres usuárias de crack, realiza atendimentos individuais, nunca esteve na cena de uso
Douglas, 32 anos, pardo	Médico, residência em psiquiatria	Não informou	Diarista, referência de duas mulheres usuárias de crack, realiza atendimentos individuais, já esteve na cena de uso
Zuma, 46 anos, branca	Psiquiatra, especialização em psiquiatria	21 anos de formada, 8 anos na clínica AD	Diarista, referência de quatro mulheres usuárias de crack, realiza atendimentos individuais, nunca esteve na cena de uso
Edina, 31 anos, branca	Psicóloga, mestrado em teoria psicanalítica	5 anos de formada, 3 anos na clínica AD	Diarista, referência de duas mulheres usuárias de crack, realiza atendimentos individuais, já trabalhou no Consultório na Rua
Tatiana, 29 anos, branca	Psicóloga, residência em saúde mental	5 anos de formada, 3 anos na clínica AD	Diarista, referência de três mulheres usuárias de crack, responsável pelo trabalho nas cenas de uso
Edson, 45 anos, pardo	Psicólogo, especialização em saúde mental	15 anos de formado, 15 anos na clínica AD	Diarista, referência de algumas mulheres usuárias de crack, realiza atendimentos individuais, nunca esteve na cena de uso, faz visita domiciliar
Renato, 41 anos, negro	Artes cênicas, redutor de danos	9 anos de formado, 11 anos na clínica AD	Diarista, não é referência de nenhuma das mulheres usuárias de crack, responsável pelo trabalho nas cenas de uso

*Dados obtidos através das entrevistas organizadas no banco de dados Nvivo

CAPÍTULO 4 – OS SENTIDOS DO ACESSO AO TRATAMENTO NA PERSPECTIVA DAS MULHERES

Com este capítulo inicio a análise propriamete dita objetivada nesse estudo. Apresento os temas de maior importância para os interlocutores dessa pesquisa. Através de fragmentos de narrativas e das notas do diário de campo, elaboro a resposta das mulheres e dos profissionais de saúde à questão desse estudo: o acesso ao tratamento na visão (e versão) das usuárias de crack e dos profissionais de saúde. Esse estudo foi constituído pelos motivos que levam ao acesso ao tratamento e o que as mulheres pedem nesse acesso, a partir dos seguintes elementos: do corpo adoecido e estigmatizado; a medicação para redução e controle do uso abusivo; e o acolhimento noturno.

4.1 A demanda por tratamento do corpo adoecido e estigmatizado

"Meu uso é extremamente suicida, tô magra igual a vara verde"

Constatou-se, nas falas das mulheres, que seu acesso ao tratamento foi descrito nas circunstâncias dos limites impostos por um corpo doente. Para elas, esse limite apareceu a partir da radicalidade do consumo do crack e que, na questão que tange o acesso ao tratamento, foi evidenciado como tema principal de um corpo que precisava ser cuidado. Observou-se que as falas das mulheres sobre o corpo adoecido se relacionavam aos seus sinais de esgotamento físico, e a descrição sobre a demanda de um cuidado direcionado a este esgotamento, traduzido nos pedidos de comer, dormir, tomar banho etc.

Em relação às consequências do uso do crack, foram relatados sintomas em seus próprios corpos. O corpo que precisava ser cuidado é o mesmo que expressava o descontrole, o que usava o crack até 'passar mal': "Eu usava o dia inteiro, a noite toda, até passa mal. Fica a noite inteira usando. Agora não faço mais isso" (GICÉLIA – 33 anos, 2016). E, em outro relato: "Não dormi direito, vomitei. Passo muito mal, por causa de droga" (GICÉLIA – 33 anos, 2016).

Em algumas falas, observa-se relatos demonstrando que para elas os efeitos eram devastadores: "Tava saindo sangue pela boca, pelo nariz, pelas fezes, quase morrendo mesmo. Eu não conseguia andar, ficava caindo, horrível. Quando eu descobri que tinha HIV. Eu pensei que tava com tuberculose, mas aí fiz o exame e viram que eu tava com HIV" (RENATA – 34 anos, 2016). Esse tipo de percepção apareceu no próprio corpo da mulher ou na imagem sobre o corpo do outro. Nesse sentido, o relato de Daniele sobre seu companheiro que era usuário de

drogas e enfrentava consequências é ilustrativo: “Porque meu companheiro tá doente, tá magrinho, então ele já não quer saber de nada, não quer se tratar, então eu falo que é melhor ficar lá por enquanto depois que eu ir embora” (DANIELE – 18 anos, 2016).

Diante desta lógica mais ampla, entende-se que o acesso ao tratamento das mulheres se deu quando o esgotamento dos seus corpos ocupou o lugar da satisfação proporcionada pelo uso do crack. Ouvi, nas falas concedidas, que havia um momento chamado da fase da vida do “ou tudo ou nada”, exemplificado pela descrição que Denise fez sobre sua trajetória de uso do crack:

> Durante, acho que, tô com 30, acho que uns 5 anos eu consegui fazer uso esporádico. Eu conseguia usar só nos finais de semana, só de vez em quando. Eu conseguia ter controle. Depois de um tempo, eu comecei a usar, ficar na favela, esperando mais, mais. Aí começaram a surgir as propostas para vender o meu corpo, pra pode compra droga, aí eu aceitava, e querendo sempre mais. Até que eu cheguei ao lixo do crack. Comecei a roubar a minha mãe em casa [...], a usar muito, a ficar suja na favela, a ficar dias sem comer, sem tomar banho, só usando o crack. [...] Me internei uma vez no hospital psiquiátrico porque o crack me trouxe problemas mentais. [...] Aí eu, agora, com 30 anos, eu tô numa fase de – ou tudo ou nada (DENISE – 30 anos, 2016).

Percebe-se que esse esgotamento é descrito através das situações limítrofes, onde, nesse contexto, a satisfação produzida pela droga não é mais tão recompensadora. Rosane, por exemplo, entendia sua motivação em procurar o CAPS relacionava-se ao fato de estar “saturada de só usar droga”:

> O que me motiva é minha própria vida eu já tô saturada de só usar droga, só usar droga, só usar droga, só usar droga... Porque nesse mundo, nesse espacinho que só tem viciado ali, você não tem amizade, ali você só tem amizade se você tiver alguma coisa no bolso. Se você não tiver nada, ali você não é ninguém, ninguém nem te enxerga, é como se você não tivesse ali (ROSANE– 30 anos, 2016).

Percebe-se que elas falaram de um corpo situado em uma zona fronteiriça, no limiar entre a vida e a morte. Foram repetidas as falas de uma certa desapropriação completa dos seus corpos, exemplificadas pela ruptura entre a vida e a morte: “Agora, o meu uso, se vocês querem saber, é extremamente suicida” (ALMERINDA – 61 anos, 2016). E Teresinha, ao relatar sobre as diferentes drogas que faz uso, desabafou que só não morreu porque ainda não havia chegado a sua hora:

> E eu não morri porque não chegou a minha hora. Se eu tivesse usado loló no dia e tivesse batido a cabeça, eu tinha morrido [...] eu tinha, mas agora não tenho mais medo de morrer não. Um dia nós vamos ter que morrer mesmo [...] Então, Deus tem um plano pra minha vida” (TERESINHA – 33 anos, 2016).

O medo de morrer foi descrito como um fator que determinou o acesso ao tratamento:

> Quando alguém tá num restaurante, peço para que pague alguma coisa pra mim, que pague um café da manhã, porque eu não como comida do lixo não... tenho medo sabe? De estar envenenado e eu morrer. Uma vez, uma vez um cara me deu uma comida envenenada, quase que eu morri (RENATA – 34 anos, 2016).

Além disso, em certas ocasiões, essa desapropriação pareceu-lhes ser completa, a ponto de não terem nenhuma gerência sobre suas vidas. Como por exemplo na fala de Renata que entendia esta desapropriação como sendo tão grande que referiu ter "vendido sua alma", como descrito abaixo:

> Uma vez eu trabalhava lá na Zona Sul, recebi o salário e já fui lá para a Rocinha, já peguei um "pó de cinquenta" de crack, aí eu tava cheirando e peguei um táxi fui para a Mangueira, aí fui e vendi meu celular por quinhentos reais. É assim que faz o crack, o crack faz isso. Você vende tudo, tudo, vende até sua alma (RENATA – 34 anos, 2016).

Dentre os recursos do CAPS ad que acionaram para o cuidado do corpo estavam: saciar a fome, engordar, ter um local para tomar banho e descansar. À exemplo disso, Denise descreveu quais seriam os recursos importantes para um local que oferecesse tratamento para mulheres usuárias de crack:

> Deveria sim, alimentação. Regrada por nutricionista. Porque até a alimentação ajuda na abstinência. Eu me alimentei muito mal na cadeia, por isso que eu engordei rápido, desse jeito. Então, deveria ter sim alimentação, lazer. Lazer é muito importante, que é onde a gente esquece um pouco das coisas ruins e bota pra fora tudo que tem de ruim dentro da gente (DENISE – 30 anos, 2016).

Nas palavras de Rosane: "O importante é que você não vire as costas pra uma pessoa que usa crack na rua, não vira as costas, ajuda. Conversando, tentando trazer pra cá, tenta dá um banho [...] Um banho porque elas passam muito tempo sem tomar banho, sem comer" (ROSANE – 30 anos, 2016).

Percebe-se que, mesmo para as mulheres que compareceram ao CAPSad III advindas das cenas de uso buscavam esse tipo de cuidado. Vera, por exemplo, foi a mulher com quem tive maiores dificuldades em conversar já que tinha restrições importantes em elaborar suas respostas. Ela era usuária de crack há um longo tempo, morava na rua e possuía um quadro psicótico. Vera parecia ter uma desorganização mental em virtude do seu quadro psicótico e, além disso, uma certa deterioração cognitiva que não é possível precisar se relacionava-se ao tempo de abuso do crack ou a gravidade do transtorno mental. Todavia, a descrição que fez

sobre os motivos que a levaram acordar, sair da rua e chegar ao CAPSad III ao invés de procurar o CAPS II, onde é acompanhada, são interessantes. Abaixo, transcrevo o diálogo:

> Tais: E aí, o que você achou da ideia de vir aqui para CAPSad III?
> Vera: Achei bem melhor...
> T: Ah, é? O que tem de melhor aqui?
> Vera: Bom, dormir de dia (barulho de buzina) ... ar condicionado...
> Taís: É bom dormir no ar condicionado? (o ar condicionado estava ligado e ela parecia sonolenta)
> Vera: É ótimo!
> Taís: Qual atividade você gosta?
> Vera: O lanche... o... a atividade (Diálogo entre a entrevistadora e Teresinha, 2016).

Em outro relato de uma mulher que estava no acolhimento noturno, foi descrito o que a fez buscar o CAPS: "Faz atividade, almoça, toma café, tem psiquiatra, tem psicólogo" (RENATA– 34 anos, 2016). Os efeitos do tratamento sobre seus corpos foram descritos como positivos. Gicélia, ao me encontrar no CAPSad III, após ter relatado que estava há uma semana sem usar o crack, disse: "Olha como eu estou mais gordinha!", em um tom animado. Sobre essa perspectiva de cuidado, é interessante o registro do diário de campo sobre duas ocasiões em que estavam Sônia e outra paciente com Gicélia no CAPSad III:

> Convido Sônia para participar da pesquisa. Sônia de início fica reticente e me pergunta quando tempo iria durar nossa conversa. Respondi que seria rápido e que quando quisessem interromper poderia o fazer. Sônia mostrava-se preocupada porque havia passado tinta no cabelo de Gicélia e o produto tinha um tempo específico para colorir (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

> Encontro Gicélia no corredor principal do CAPS. Estava bem vestida, maquiada e com uma aparência ótima. Notei que seus cabelos estavam pintados e a elogiei. Disse que pintou e fez progressiva. Gicélia parecia estar mais bem cuidada do que de costume. Contou-me como o tratamento está lhe fazendo bem. (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Para entendermos essa perspectiva podemos partir do conceito de corpo apresentado por Le Breton (2013/2017), sendo ele sempre um operador de socialização e é através dele que se evidenciam os estatutos de desigualdade, em especial, aqueles relativos à homens e mulheres e seus respectivos processos de individualização. Nas palavras de Le Breton (2017): "a marcação social e cultural do corpo pode se completar pela escrita do coletivo na pele do autor [...] essas marcas preenchem funções diferentes em cada sociedade" (LE BRETON, 2017, p. 59). O autor deixa claro que é através da corporeidade que é possível fazer do mundo a extensão da sua existência (LE BRETON, 2017): "É preciso afastar o risco da fragmentação da identidade

humana entre o homem de um lado e esse belo objeto que seria o corpo" (LE BRETON, 2017, p. 35).

Para ele existe um segredo perdido do corpo que significa "torná-lo não um lugar da exclusão, mas o da inclusão, que não seja mais o que interrompe, distinguindo o indivíduo e separando-o do outro, mas o conector que o une aos outros" (LE BRETON, 2017, p. 11). Nota-se que para as mulheres usuárias de crack o corpo se opõe à exclusão, na medida que é apresentado como um fator motivador do acesso ao tratamento, sendo, portanto, uma ferramenta de inclusão social. Foram as situações que seus corpos davam sinais de extremo esgotamento físico, onde haviam chegado ao "lixo do crack" (DENISE – 30 anos, 2016), motivadoras para o acesso delas ao tratamento.

A partir desse modo de pensar, o corpo pode ser definido como um lugar de expressão da subjetividade e de individualização como elementos constituintes, e não separados dela: "o corpo, dessa forma, transmite uma mensagem, constitui-se como um ato" (ROMANINI; ROSO, 2014, p. 980).

Constatou-se que o corpo falido apresentado pelas mulheres evidenciava sinais de esgotamento relacionados à radicalidade do consumo do crack. Era um corpo situado na zona fronteiriça – entre a vida e a morte. Le Breton (2017) ao falar sobre o corpo o descreve como marcado pelos limites da pessoa, "onde começa e acaba a presença do indivíduo" (LE BRETON, 2017, p. 30). Nesse sentido sua preocupação é demonstrar que este limite demarcar a relação da pessoa com o mundo onde "o corpo [...] é a marca do indivíduo, a fronteira, o limite que, de alguma forma, o distingue dos outros" (LE BRETON, 2017, p. 10). Para o referido autor: "Trata-se de experimentar, às custas do corpo, a capacidade íntima de olhar a morte de frente sem fraquejar" (LE BRETON, 2017, p. 90).

Outros autores relacionam essa situação limítrofe dos usuários de crack com o seu padrão de consumo da droga. Nappo *et al.* (2004) ao analisar alguns estudos sobre o comportamento de risco em mulheres usuárias de crack afirmou que o padrão *binge* de consumo do crack (consumo repetitivo da droga) pode durar dias. Nesse período, as seguintes características são observadas no usuário: não se alimenta, não dorme, não tem cuidados básicos de higiene, perde o interesse por sua aparência física (NAPPO *et al*., 2004). Esse ciclo só acaba quando o crack termina ou o usuário está completamente esgotado (NAPPO *et al*., 2004; NAPPO; SANCHEZ; OLIVEIRA, 2011). Essa foi uma característica também observada nas mulheres que fizeram parte desta pesquisa. Observou-se essa necessidade quando, após dias nas cenas de uso, chegavam no CAPsad III pedindo por comida e por um local para seu descanso. Para Nappo, Sanchez e Oliveira (2011), esta característica é "uma necessidade imprescindível para o corpo,

indispensável para a vida, comparada à fome", o que ocasiona comportamentos de risco que interferem diretamente nas relações sociais destes indivíduos (CHAVES *et al*., 2011, p. 1172).

Dentre as mulheres usuárias de crack, Ribeiro, Sanchez e Nappo (2010) afirmam que o emagrecimento é o problema com o corpo mais relatado. As autoras referem que "os fatores que contribuem para o emagrecimento são: supressão do apetite, inquietação psicomotora e longas caminhadas em busca por *crack* nos momentos de fissura" (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010, p. 213).

Um segundo ponto que demarcou os motivos que levaram ao acesso ao tratamento foi o corpo da mulher estigmatizado. Constatou-se que o entendimento que construíram sobre seu corpo feminino ser estigmatizado foi um efeito negativo do crack. Assim, repetiram-se, em seus relatos, as falas relativas ao corpo feminino que sofria alterações, dentre elas, a falta de apetite e o consequente emagrecimento.

O estigma está relacionado a como se reconheciam como mulheres. Para Denise, por exemplo, não ter mais o apelido de "gordinha" era um efeito indesejado do crack. Em uma das nossas conversas, perguntei-lhe qual o nome pelo qual ela era conhecida e ela respondeu: "Eu era conhecida como gordinha, mas agora tô assim" (apontou para o seu corpo) (DENISE – 30 anos, 2016).

Dentre as imagens que tinham em suas mentes sobre os efeitos devastadores do crack, estavam as relacionadas a esse corpo feminino que mudava de forma. Observaram-se falas em tons de lamento e pesar, quando descreveram a imagem de uma mulher usuária de crack: "A minha madrinha me levou lá onde ela ficava (referindo-se ao local onde sua mãe que é usuária de crack estava). Minha mãe tinha o maior corpão e a última vez que eu vi ela tava muito, muito magra. Eu chorei, falei pra ela volta pra casa, mas ela não volta mais não" (DANIELE – 18 anos, 2016).

Notou-se que as falas correspondiam a ser perceptível a marca em seus corpos da imagem de uma mulher usuária de crack. As entrevistadas entendiam que seu corpo de mulher que não era cuidado, e isto lhes conferia esta imagem e um comportamento que estava fora das expectativas sociais. Para algumas, estava totalmente fora dos padrões sociais: "Aí, no segundo dia, eu acordava igual um bicho pra usar" (RENATA– 34 anos, 2016).

Percebeu-se, em suas falas, que prevalecia o medo das pessoas notarem a diferença nos seus corpos e, consequentemente, serem rotuladas e estigmatizadas: "uma mulher de 61 anos sendo drogada" (ALMERINDA- 61 anos, 2016; comentando com pesar a crítica feita por seu filho). E, no relato de outra mulher: Aí eu ia pra rua, dava uma volta, as pessoas começaram

a notar minha diferença. Emagreci, eu não penteava mais os meus cabelos" (SÔNIA– 31 anos, 2016).

Assim, o acesso ao tratamento foi motivado pelo fato de quererem lidar com o estereotipo de "*crackudas*" e o medo do estigma social. O que lhes amedrontava era também as consequências do estigma social:

> [chorando] Mas eu não posso me afastar do CAPS. Eu tenho esta ligação muito forte. Com chuva, sem chuva, eu só não venho quando não dá. Mas se eu tiver doidona, eu venho doidona, mas eu venho. Eu não desisto de mim. Eu não desisto, eu tô tentando, porque é uma doença. É difícil. Eu fico com medo de eu usar droga e jogarem pedra em mim. Aí eu fico, ai meu Deus do céu, me ajuda (SÔNIA – 31 anos, 2016)

Notou-se que o estigma também foi relacionado à incapacidade de exercerem seus papéis sociais como mães e mulheres usuárias de crack, evidente nos dois relatos a seguir:

"Tava com a minha filha. Minha mãe descobriu, aí pegou minha filha. Porque ela sentiu o cheiro. O cheiro é forte. Aí ela falou que eu tava usando o crack, eu falei que tava usando. Aí minha mãe começou a dormir na minha casa" (SÔNIA– 31 anos, 2016).

"Igual a um dia, que sem querer esqueci a certidão do meu filho, uma mulher me parou pensando que o roubei essa criança. Aí eu falei: 'Não, minha senhora, ele saiu de dentro de mim. Não tá vendo que é minha cara?' Queria dar um murro na cara dela!" (DANIELE – 18 anos, 2016).

Pareceu-lhes proveitoso que, para manterem o uso do crack e o convívio social, deveriam manter certa discrição para diminuírem sua exposição e, consequentemente, o referido estigma. Assim, trabalhar à noite foi uma estratégia que uma das mulheres adotou para não ser notada. Abaixo, um recorte desse diálogo:

> Taís: Como é que era sua rotina de trabalho mesmo usando crack?
> Teresinha: Normal.
> T: Normal...
> Teresinha: É...eu trabalho num shopping. Tirava os pratos da mesa quando os clientes acabavam, limpava e pronto.
> T: Aham
> Teresinha: E a noite o shopping fechava e a gente ia limpar o shopping. Eu trabalhava à noite.
> T: Ah, você trabalhava à noite... Entendi.
> Teresinha: Porque não tinha como as pessoas ir me verem (Diálogo entre a entrevistadora e Teresinha, 2016).

Para Goffman (1988), o estigma é uma apropriação indevida do meio social que define normas de conduta, interferindo na aparência e determinando como as pessoas devem

estabelecer seus relacionamentos, por último, estabelecer rótulos. Para o referido autor, o processo social é um fator determinante do estigma:

> O estigma desempenha um papel fundamental na produção e na reprodução das relações de poder e controle; o desdobramento do estigma faz com que alguns grupos sejam desvalorizados e outros valorizados de formas inerentemente discriminatórias (GOFFMAN, 1988, p. 6).

Os estudos de Parker (2013) sobre o estigma demonstram que este desempenha um papel fundamental na produção das relações de poder; "o desdobramento do estigma faz com que alguns grupos sejam desvalorizados e outros valorizados de formas inerentemente discriminatórias" (PARKER, 2013, p. 29).

Associado a isso, havia o medo do estigma social, por exemplo, de ter que lhe dar com as consequências sociais do apelido de "vovó do crack" (apelido de Almerinda na cena de uso). Dessa forma, a extensão corporal da interação das mulheres usuárias de crack fala da inscrição que elas fazem e questionam sobre o coletivo e que, nesse caso, as motivaram a buscar o tratamento.

Estigma e discriminação são padrões de interação social que trazem como consequência desrespeito e violência e, se tratando de saúde, repercutem nas situações de vulnerabilidade social (AYRES, 2009). Estigma e preconceito são conceitos definidos por relações políticas e de poder e pautadas nas desigualdades e exclusão social (AYRES, 2009). No caso das mulheres, existem pequenas mortes diariamente que colocam a mulher em desvantagem, "desde o sentimento de sentir-se desvalorizada e preterida, enfrentando carência dos espelhos onde o feminino se refletia como diverso" (PITANGHY, 2006, p. 147). E, no caso das mulheres usuárias de crack, o corpo feminino estigmatizado era o que sofria alterações, mudava de forma, era notado por outros e, por isso, era excluído.

Não minimizamos os efeitos desses conceitos sobre os referenciais que as mulheres usuárias de crack estabelecem em relação aos seus corpos. Observa-se que há discrepância entre a identidade social real e a virtual como, por exemplo, a que leva a reclassificar um indivíduo antes situado numa categoria socialmente prevista, colocando-o numa categoria diferente, mas igualmente prevista e que faz alterar nossa avaliação (GOFFMAN, 1988). Nesses extremos, encontra-se, na imagem real, as mulheres com seus corpos que experimentaram os efeitos do crack, e, na virtual, as mulheres com seus corpos femininos idealizados socialmente. Assim, parece oportuna retomar a descrição de Goffman sobre a feiura e os processos discriminatórios sociais:

> A feiura, por exemplo, tem seu efeito primário e inicial durante situações sociais, ameaçando o prazer que, de outra forma, poderíamos ter em companhia da pessoa que possui esse atributo. Percebemos, entretanto, que sua condição não deve ter efeitos sobre a sua competência para realizar tarefas solitárias, embora, é claro, só possamos discriminá-la devido ao que sentimos quando olhamos para ela. A feiura, então, é um estigma que é focalizado em situações sociais (GOFFMAN, 1988, p. 45).

Por isso, percebe-se, como consequência da discriminação, os comportamentos enviesados e as ações que trazem prejuízos ou desvantagem para um grupo (BASTOS; FAERSTEIN, 2013, p. 118). Dessa forma, buscar ajuda a partir da perspectiva de um corpo estigmatizado parece ser uma técnica de lidar com a crise. Trata-se do "único viés pelo qual se pode agir sobre a doença. As crises, com suas variáveis de tempo, intensidade, tipos de resolução, definirão as maneiras como e quando se deve intervir" (MOEBUS, 2014, p. 45).

Lins (2004) confirma essa perspectiva de desafio da morte construída pelo corpo-drogado: "eu posso perder tudo" — *overdose* — "mas posso ganhar tudo" — *flash* —, o que significa que o "silêncio" do drogado não quer dizer falta de palavra, pois, mesmo costurada, uma boca fala (LINS, 2004, p. 201). O limiar entre estar vivo ou morto ou na iminência da morte tornou-se uma espécie de aliado no acesso ao tratamento para as mulheres usuárias de crack. Lins confirma que essa iminência diz de uma relação de aliança:

> O corpo-drogado tem na presença iminente da morte (*overdose*) seu grande intercessor, uma espécie de aliado. Eis porque ele não se sente ameaçado pela morte, ao contrário, ele pode *desejar a morte* como maneira de escapar ao desastre (LINS, 2004, p. 202).

Le Breton (2013) nos leva a entender que o homem hipermoderno traduz na modernidade a única dignidade que é possível conferir ao corpo: "Se não é subordinado ou acoplado à máquina, o corpo não é nada" (LE BRETON, 2013, p. 19). Dentro desse processo, as mulheres usuárias de crack criam alternativas de se inserirem na lógica social e recorrem ao tratamento. Em um estudo que objetivou descrever a percepção de usuários de crack atendidos por um CAPS sobre a sua adesão ao tratamento, a autora registrou que o risco de morrer é uma motivação para o tratamento, de busca pela mudança (PICOLI, 2013).

A aparência corporal modificada as fizeram buscar ajuda. Estar "descabelada" (RENATA – 34 anos, 2016), apresentar-se com a aparência "igual a um bicho" (SÔNIA– 31 anos, 2016), ou estar "magra igual a vara verde" (GICÉLIA – 33 anos, 2016), as identificavam como usuárias de crack. Trata-se da delimitação de categorias morais e sociais, que, para essas mulheres, as distinguiam das demais e identificavam a condição de abuso do crack. O estigma

estava relacionado a como se reconheciam como mulheres e essas imagens relacionavam-se aos efeitos devastadores do crack.

Le Breton (2017) afirma que a aparência corporal é o seu estilo de presença ou de identidade social. Isso engloba a "maneira de se vestir, a maneira de se pentear a ajeitar o rosto, de cuidar do corpo, etc., quer dizer, a maneira cotidiana de se apresentar socialmente" (LE BRETON, 2017, p. 77).

Todavia, este corpo pode emergir do que Le Breton (2017) descreve como "convenções de apagamento":

> A esse respeito, pode-se chamar a atenção para as dificuldades relacionadas com as pessoas que possuem alguma deficiência. Nesses atores o corpo não passa desapercebido como manda a norma de discrição; e quando estes limites de identificação somática com o outro não mais ocorrem, o desconforto se instala. O corpo estranho se torna corpo estrangeiro e o estigma social funciona então com maior ou menor evidência conforme o grau de visibilidade da deficiência (LE BRETON, 2017, p. 50).

Esse corpo é definido pelo espelho social ou a partir dos discursos coletivos que o suscitam. Para Le Breton (2017) "os estereótipos se fixam com predileção sobre as aparências físicas e as transformam naturalmente em estigmas, em marcas fatais de imperfeição moral ou de pertencimento de raça" (LE BRETON, 2017, p. 78).

Howard Becker, em seu livro *Outsiders,* argumenta que o desvio é produto do social, na medida que "grupos sociais criam desvio ao fazer as regras cuja infração constitui desvio" (BECKER, 2008, p. 21-22). Para o autor o que é comum nas pessoas classificadas como desviantes não é a personalidade ou sua situação de vida, mas "o rótulo e a experiência de serem rotuladas como desviantes" (BECKER, 2008, p. 22). O desvio é um processo que envolve mais precisamente a reação das pessoas ao ato que delimita o estigma.

Carreteiro (2005) argumenta como o mundo hipermoderno redefine a relação entre o individual e o coletivo, que hoje prioriza o individual em detrimento do coletivo. Segundo a autora, "o indivíduo pertence igualmente a coletivos baseados em valores sociais "esfumaçados", ou seja, que podem ser rapidamente substituídos por outros (CARRETEIRO, 2005, p. 65).

Nesse caso, tanto o preconceito quanto o estigma foram forças que criaram e reforçaram à exclusão. Parker (2013) deixa claro que essa é uma função do estigma: "categorização, rotulagem, estereotipagem e rejeição social, do mesmo modo que o estigma e o preconceito podem resultar em discriminação" (PARKER, 2013, p. 31). Para as mulheres incluídas neste estudo, os seus corpos que não eram cuidados, e lhes conferia esta imagem e um comportamento

que estava fora das expectativas sociais. Assim, o medo do estigma foi motivador do acesso ao tratamento.

4.2 A demanda por medicação visando o controle e a redução do uso abusivo do crack

"Da pancação à dopação"

As mulheres entrevistadas vão ao CAPSad em busca da medicação que possa lhe ajudar a controlar e reduzir o uso abusivo do crack. Os remédios são solicitados também com o objetivo de reduzir a ansiedade proveniente da restrição do uso abusivo do crack.

Nos relatos das entrevistadas apareceu especialmente o pedido do "remédio" para o "restabelecimento da normalidade". Portanto, a norma referia-se a uma determinada lógica de um "ideal" de que o "remédio" funcionaria para o seu caso e que este se relacionava diretamente com seu histórico de tratamento.

Todas elas faziam uso de psicotrópicos e entendiam que a medicação era um recurso para lidarem com as emoções e o desejo de usar o crack, ou seja, uma ferramenta de autocontrole. Nos relatos, é possível perceber que suas expectativas eram de um controle sobre seus pensamentos, suas reações e as suas emoções: "Queria usa a droga todo dia. Agora tá sumindo essa vontade. Tô tomando o remédio direito. Tô dormindo" (GICÉLIA – 33 anos, 2016). E em outros relatos:

> Eu comecei meu primeiro tratamento no PAM que é bem pertinho da minha casa, transversal à minha rua. Lá, eu tinha tratamento psicológico e psiquiátrico e assistente social. Contei pra eles meu problema com drogas, aí eles começaram as passar remédios para ver se melhorava minha ansiedade. Eu estava me dando muito bem com esse tratamento" (DENISE – 30 anos, 2016).

> Aí eu tenho meus medicamentos que me ajuda, que tá me ajudando, tá me ajudando bastante. Eu não tô sentindo tanta vontade de usar como eu sentia antes, então eu acho que o remédio tá me ajudando muito [...] Mas eu usava o medicamento pra fugir dos problemas [...] Tem hora que pra fugir dos meus problemas eu prefiro dormir. Não quero fazer nada, só quero dormir dia e noite, dia e noite. Não tenho hora pra levantar da cama nem pra tomar banho, se bobear, entendeu? (ROSANE – 30 anos, 2016).

A medicação se tornou um importante recurso para permanecerem sem usar o crack: "Eu pedia haldol pra os outros. Eu queria dar um tempo, mas eu não conseguia." (SÔNIA– 31 anos, 2016). Observou-se que para elas era fundamental estarem em um estado de sedação:

> Atualmente, eu tô buscando ajuda nos meus remédios. Eu tô com uma medicação muito forte, forte mesmo. Me sinto, eu fico até o dia seguinte. Mas eu acho que a vontade tem que vir de mim. Como eu tenho tido oportunidade de usar crack mas eu não to usando [...] Mas também me ajuda a me dopar. É uma coisa que eu peço. Eu peço isso. Quando eu tô dopada, eu não penso em droga. Eu durmo, eu como, eu

> durmo. Não tenho tempo pra pensar em droga. Então, é uma coisa que eu pedi pra doutora fazer pra mim – 'Doutora, eu preciso ficar em casa babando pra não pensar em sair e usar droga'. E não tenho pensado [...] me ajuda a me dopar. (DENISE – 30 anos, 2016).

Entre o crack, que lhes produzia um estado de "pancação", e o remédio, o estado de "dopação", elas escolhiam o remédio: "É bem melhor assim, nesse estado de dopação, que eu sinto que estou dopada (efeito produzido pela medicação), do que o estado de pancação (efeito produzido pelo crack), que eu sinto que tô pancada" (GICÉLIA– 33 anos, 2016).

Percebe-se, em outras falas, que é preciso escolher entre o crack e a medicação. O uso de ambas substâncias foi referido como uma atitude perigosa e que lhes produzia medo. Todavia, poder optar pela medicação ou pelo crack, foi associada a uma situação de controle ou de retomada que, como consequência, lhes confere o sentido de domínio sobre suas próprias vidas:

> Aí, em casa, eu bebo remédio os dias de semana todinho. Aí sexta feira, se eu vejo que vou usar alguma coisa, que eu não vou aguentar, que eu vou usar alguma coisa, aí eu não bebo, entendeu? Pra mim não misturar, eu fico com medo de misturar, dá um ataque no coração, alguma coisa assim, que a droga é forte, né? Medicamento também, né? E assim eu tenho, vou levando minha vida. Então eu digo pra você que hoje eu tô controlada (ROSANE – 30 anos, 2016).

Observou-se que a promessa de que teriam o remédio disponível na unidade foi uma ferramenta de acesso ao tratamento. Também, nota-se que este foi um recurso utilizado por alguns profissionais na descrição sobre como se constitui o tratamento para lidar com os efeitos do crack. À exemplo das falas de Daniele e Rosane sobre como a equipe do CnR utilizou este recurso para apresentar o tipo de tratamento disponível no CAPSad III. Rosane, que me respondia sobre os motivos que a fizeram buscar o CAPS, referiu: "Eles (equipe do CnR) falaram que tem médico e remédio". E, Daniele que era atendida por Juliana, assistente social, expressou sobre sua expectativa em conseguir o remédio: "Aí, a Nair (psicóloga do CnR) falou que tinha um CAPS que ela levava as pessoas, então eu aceitei vir. Então, eu já tô vindo um bom tempo. Eles tão falando que vão marcar com o médico, mas o médico hoje não tá aí" (DANIELE – 18 anos, 2016).

Nesse sentido, as mulheres relataram que suas expectativas do acesso eram que encontrariam o remédio como forma de tratamento. Daniele, que acessava o CAPS pela primeira vez, relatou sobre sua motivação:

> Ele (companheiro de Daniele) não deixa eu me trata aqui, mas eu venho. Quando, às vezes, ele fala pra mim: 'não sei porque você tá indo lá, elas só fala, só fala'. Já tô um bom tempo vindo aqui. Ele fala que vai passa um remédio pra mim mas nunca tem médico. Eu fico com dificuldade de dormi, com vontade de usa. Sempre quando eu recebo o bolsa família dele (seu filho) eu sinto vontade de usa (DANIELE – 18 anos, 2016).

A expectativa de Daniele não tinha sido satisfeita porque Juliana, assistente social e referência de Daniele, entendia que ela precisava de um local de escuta e não de remédio. Todavia, mesmo para as mulheres que já conheciam o CAPSad III e retornavam em busca de ajuda, a expectativa de encontrar o remédio foi motivadora. Denise explicou que, quando se sentia cansada e sabendo que teria que pegar dois ônibus para chegar ao CAPSad, enfrentava a "preguiça" porque sabia que, caso não o fizesse, ficaria sem seus remédios: "Eu gosto do atendimento aqui, só tenho preguiça de vir, porque são dois ônibus, é longe da minha casa à beça, é maior contramão. Aí tem dia que eu falo – 'ah, não vou não'. Mas eu tenho que vir buscar os remédios que são semanais" (DENISE – 30 anos, 2016).

Para as mulheres, a promessa dos remédios é tão importante quanto as chamadas "conversas". Teresinha e Rosane não hesitaram em me dizer o que as fizeram gostar no tratamento oferecido: "Taís: O que você gostou do CAPS? Teresinha: Ah, as pessoas são legais, dá atenção nos remédios, conversam..." (Diálogo com Teresinha, 2016).

> Ah, aqui a gente conversa, tem psicólogo, tem assistente social, tem os remédios. Assim. Conversar me faz bem, alivia, você sai daqui mais aliviada, com mais força, mais determinação de querer mesmo mudar, de querer a mudança, entendeu? Aí, eu tenho meus medicamentos que me ajuda, que ta me ajudando, ta me ajudando bastante. Eu não to sentindo tanta vontade de usar como eu sentia antes, então eu acho que o remédio ta me ajudando muito (ROSANE – 30 anos, 2016).

As mulheres descreveram esse pedido também no momento que buscaram ajuda em alguns dispositivos sociais e de saúde: "Aí, eu queria voltar a vim aqui, que eu queria voltar a tomar o medicamento, que eu queria voltar o tratamento pra mim poder parar com isso. Porque eu quero tirar meus documentos, eu quero trabalhar, eu assino a condicional, entendeu?" (ROSANE– 30 anos, 2016).

Embora esta seja a expectativa construída por elas, parece haver uma controvérsia entre alguns profissionais sobre a necessidade de se medicar essas mulheres. Segundo elas, em alguns momentos, tiveram que provar aos profissionais sobre suas necessidades relacionados ao uso da medicação, quer fosse para melhorar de estado ou para sumir do mundo.

Ouvi queixas, nesse sentido, de que os profissionais não estavam escutando sua necessidade de tomar remédios: "Eles falam que a gente não precisa tomar remédio. Da última vez que eu vim aqui só faltava eu bater na mulher, que eu fiquei nervosa. Eu tenho problema de sistema nervoso e eles não entendem" (DANIELE – 18 anos, 2016).

Percebe-se que as mulheres entendem que é necessário lutarem para obterem suas medicações. Ainda, sobre esse aspecto, é ilustrativa a fala de uma mulher ao me contar sobre o dia em que chegou na ESF pedindo por remédio: "Chegava lá gritando. Empurrava a porta. Não

queria saber quem era, quem tava atendendo ou deixava de atender. Aí eles me davam dipirona na veia. E acalmava um pouco a dor e nesse dia eu surtei" (TERESINHA – 33 anos, 2016).

Paradoxalmente, para outros profissionais, esse era um recurso utilizado para seduzi-las quanto à necessidade de busca e de manutenção do tratamento no CAPS. Sobre isto, Rosane nos conta reproduzindo o diálogo que teve com uma ACS. Abaixo um fragmento extraído da nossa conversa:

> Eu perguntei porque eu tava pensando em me internar. Mas eu falei sobre isso com a Ludimila (ACS) ontem e aí ela falou: 'mas você não tá bem? Você não tá indo no CAPS? Não tá fazendo seu tratamento? Não tá tomando seus remédios? Você não tá se sentindo bem? Não diminuiu bastante na droga? Pra que você vai se internar? (ROSANE – 30 anos, 2016).

Era preciso recorrer ao remédio para melhorar clinicamente da experiência que o crack lhes proporcionava. Almerinda, por exemplo, falou sobre ter que tornar visível sua necessidade: "Aí eu tomo meus remédios aqui às quartas-feiras para eles verem como é que eu fico (referindo-se aos profissionais). Eles ficaram impressionados" (ALMERINDA – 61 anos, 2016). Ou para sumir do mundo como Rosane comentou mesmo que para isso precisasse mentir sobre seu estado clínico:

> Sendo que eu, na época eu menti, na época pra obter os remédios, pra sair do mundo, eu falei pro médico um monte de coisa, então o médico passou os remédios mais forte que você possa imaginar. Então eu só vivia dopada de remédio, entendeu? Só vivia dopada de remédio. Aí, na época, eu tava morando no abrigo no Rio, aí a dona do abrigo, que é uma pessoa muito boa, desconfiou, entendeu? Aí ela foi e falou pro médico e aí o médico foi e cortou o medicamento. Mas eu usava o medicamento pra fugir dos problemas (ROSANE – 30 anos, 2016).

Percebe-se que o remédio ou o pedido do remédio designa não só uma metáfora, mas um pedido que vai além da dimensão empírica, que me refiro a dimensão clínica da experiência do uso do crack. Pode-se dizer assim que elas buscam quebrar o mecanismo ou a recomendação de não oferecer medicamentos para as usuárias, padrões/recomendações do CAPS que teriam que se adaptar. Por outro lado, estas são regras que querem compreender e sim burlar.

As relações simbólicas com os medicamentos são expedidas por diversas instâncias. Mediante a imensa lista de etapas a serem cumpridas para a reação bioquímica esperada, existem lugares e atores que se relacionam, que são representativos dos objetos imaginários construídos sobre a medicação (VARGAS, 2006). Existe um poder simbólico por detrás das medicações, assim descrito: "o poder simbólico do medicamento pode estar relacionado à crença de que ele é uma constante na cena terapêutica, ou seja que ele deve estar sempre

presente quando se trata de enfrentar a enfermidade, entendida como uma realidade basicamente orgânica" (LEVEFRE, 1989, p. 109).

Os estudos de Peter Conrad nos ajudam a entender o processo de construção social a respeito da prática da medicalização. Em seu livro *The Medicalization of society*, o autor fala que nos últimos cinquenta anos houve um aumento do impacto dos conceitos da medicina e, consequentemente, um crescente número de produtos destinados ao cuidado em saúde invadiram os mercados. Para o referido autor, essa é a forma que usamos para tratar dos problemas em termos dos conceitos de doença e distúrbio. Ele afirma que esses conceitos são definidos a partir de um quadro médico e tratados a partir de uma intervenção médica (CONRAD, 2007).

O referido autor faz uma crítica a esse movimento ao descrever a medicalização como parte de um processo, que não é, de fato, um problema médico, mas acaba por ser definido com tal (CONRAD, 2007). Para exemplificar esse acontecimento Conrad (2007) discorre como o alcoolismo foi medicalizado em virtude de um movimento social. Para ele, a concepção sobre medicalização acontece, em especial, para eventos normais da vida. A medicalização ocorre nos mais variados planos que incluem a medicalização do desvio, sendo exemplos: o alcoolismo, os transtornos mentais, a dependência de opiáceos, os transtornos alimentares, as diferenças sexuais e de gênero, a disfunção sexual, as dificuldades de aprendizagem e o abuso sexual e infantil (CONRAD, 2007). Conrad atenta para o fato de que é preciso preocupar-se quando a medicalização transforma aspectos da vida cotidiana em patologias, estreitando o alcance do que é considerado aceitável.

As mulheres partiam da premissa de que no CAPSad III "tem médico e remédio" (DANIELE – 18 anos, 2016). Sobre isto, Boltanski (1989) afirma: "a doença, assim definida, está então inteiramente qualificada pela sua relação, em primeiro lugar como um sinal e, em segundo lugar, com um remédio" (BOLTANSKI, 1989, p. 20). Para ele, existe uma espécie de nosografia popular que define as doenças e o objeto que abandonamos nas mãos do especialista é o nosso corpo (BOLTANSKI, 1989). O autor afirma que: "assim como as doenças são classificadas numa ordem de gravidade crescente, os remédios são classificados numa ordem de eficácia ou força crescentes (BOLTANSKI, 1989, p. 19).

Jorge *et al.* (2013) realizaram um estudo sobre como se conformam o apoio matricial, projeto terapêutico singular, e sua interface com a produção do cuidado em saúde mental. A partir dos relatos de 17 sujeitos, entre profissionais e usuários, eles concluíram que há intensa influência da psiquiatria de conteúdo clássico na forma como o atendimento do CAPS tem sido conduzido (JORGE *et al.*, 2013, p. 116). Todavia, eles afirmaram que as práticas

medicamentalizantes devem ser cautelosas porque se estiverem centradas em procedimentos, prescrições e, com a ausência de interações subjetivas, tendem a desmotivar os usuários a aderirem ao tratamento (JORGE *et al.*, 2013).

Sabe-se que o processo de acesso ao tratamento das pessoas em situação de rua se dá, principalmente, a partir das unidades que estão diretamente vinculadas ao trabalho no território. Sobre este aspecto, alguns autores percebem que na ESF, a consulta médica de saúde mental está muito relacionada com a questão da farmacologia, ou seja, o ato da renovação da receita dos psicofármacos (MIELKE; OLSCHOWSKY, 2011). As referidas autoras enfatizam que se deve romper com a estrutura de medicalizar e prescrever, valorizando a construção e espaços de produção da saúde (MIELKE; OLSCHOWSKY, 2011).

Percebe-se que os saberes biológicos se constituem socialmente como referência para estas questões. Para Sarti (2010) esse é um campo difícil, já que é marcado por relações de poder instituídas pelo lugar social que detém o saber em nossa sociedade (SARTI, 2010). Ela afirma que a biomedicina, ocidental e contemporânea, é a referência que temos internalizada para os cuidados de nossas próprias dores e sofrimento. Para a referida autora, este aspecto interfere diretamente nas questões relativas ao corpo: "Quando se trata de estudar o corpo, a saúde e a doença, o objeto de investigação torna-se, direta ou indiretamente, o próprio campo científico que produz a verdade sobre o que é o corpo, a saúde e a doença no mundo ocidental, ou seja, a biomedicina e seus agentes" (SARTI, 2010, p. 79).

Para essas mulheres, a medicalização estava relacionada à possibilidade de frearem seus impulsos e emoções, um instrumento de contenção do desejo de usar o crack. Gaudenzi e Ortega (2012) resgatam fundamentos sobre a prática da medicalização e mencionam os estudos de Illich, Foulcault e Parsons. Eles afirmam que "uma das principais preocupações de Illich em relação a esta prática era a perda da autonomia e a dependência do saber das especialistas para o cuidado de sua saúde (GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

Nesse caso, aproxima-se da nomeação que Ferreira (2007) faz sobre a função ou estatuto de operador social do corpo: "onde o social se torna possível e onde, consequentemente, se revela a eficácia do social sobre o indivíduo" (FERREIRA, 2007, p. 292). Na tentativa das mulheres em apreender o social e reproduzir a ordem do mundo era preciso conter, sob quaisquer circunstâncias, o abuso do crack. Ferreira (2007) critica esse possível estado de contenção do corpo:

> Daí que, em termos conceptuais, a mobilização social do corpo não deva ser reduzida aos mecanismos que operam no sentido da sua *sujeição* e *contenção*. O corpo também é passível de ser socialmente apropriado enquanto *instância de contrapoder*, na medida em que nele também há lugar à *reação* (FERREIRA, 2007, p. 293).

Para Picoli (2013) o uso da medicação não evita que a vontade seja despertada, mas é uma medida interessante para controlar a fissura. Todavia, ressalta que essa não deve estar em separada de todo o trabalho terapêutico que precisa ser desenvolvido com os usuários de crack (PICOLI, 2013).

4.3 A demanda por acolhimento noturno

"Porque eu fico acompanhada 24 horas. Eu tenho medo de sair na rua sozinha"

Percebe-se que, quando as mulheres chegavam ao acolhimento noturno, seus corpos estavam em alto grau de esgotamento físico e padeciam de cuidados, de atenção e atendimentos de diversas ordens. Para lidar com esgotamento dessa ordem, era preciso um lugar de cuidado de forma intensiva. As sensações em seus corpos eram tão intensas e urgentes que elas demandavam se sentirem protegidas nas 24 horas do dia. Sobre isto, a fala da Renata, que chegou ao CAPS após ter passado meses na cena de uso, é expressiva:

> Porque eu fico sendo acompanhada 24 horas pelas pessoas, né? Se eu tiver com alguma crise de abstinência, quiser algum remédio. É um trabalho diferente, né? É melhor" (RENATA – 34 anos, 2016).

Além disso, a descrição do acolhimento se relacionava com a proporção de como percebiam seus sintomas. Gicélia, quando procurou o acolhimento noturno, lamentou os efeitos do crack: "É horrível. Eu tava com dor de cabeça, segunda feira. Eu cheguei com muita dor de cabeça, não dormi direito, vomitei. Passo muito mal por causa da droga".

Neste contexto, só lhes restava descansar seus corpos. Por isso, os leitos eram o local de abrigo onde entendiam que poderiam obter esta resposta imediata. Em uma das conversas com Almerinda, esta necessidade foi colocada como indicação, o que fica evidente no registro em diário de campo:

> Participei do atendimento de Záina com Almerinda. Almerinda entrou na sala e logo deitou-se na maca, onde permaneceu durante toda a nossa conversa, e parecia estar bastante sonolenta e prostrada. Nunca havia visto ela com tamanha indisposição. Mostrava intensa irritação com o fato de Carlos, um outro usuário, estar morando na sua casa. Disse que ele a importunava, lhe acordava cedo, gritava com ela, comia toda sua comida e vestia sua roupa. Além disto, não tratava bem sua cachorrinha, a qual tem um imenso apego. Almerinda pediu para ficar no acolhimento noturno (DIÁRIO DE CAMPO, 2016)

Nesse sentido, percebe-se que a descrição do acolhimento se relacionava a um dispositivo clínico para atender as demandas do corpo. Foi assim que Gicélia e Renata descrevem sua rotina no CAPSad III quando estavam no acolhimento noturno: "Acordava, comia, dormia. Normal como se tivesse em casa" (GICÉLIA – 33 anos, 2016) e "Agora eu tô morando aqui" (RENATA – 34 anos, 2016).

Os leitos do acolhimento noturno também foram descritos como um lugar de abrigamento que lhes conferia segurança em situações em que sentiram que suas vidas estavam em risco. Assim, o caminho é a proteção conferida pelo acolhimento noturno que responde ao medo das ruas, à violência, às humilhações, e ao medo de morrer.

Renata, por exemplo, tinha medo de circular na rua sozinha, pois se sentia ameaçada por homens com os quais se prostituía. Em uma das nossas conversas, se ressentiu de ir para a UA por medo de ter que andar na rua sozinha e não ter a devida proteção:

> Falaram que a UA você pode ficar livre para fazer o que quiser. Se for assim, eu vou querer continuar aqui porque eu tenho pavor de sair na rua sozinha". Renata também falou sobre o seu medo de morrer: "tenho medo de morrer, sabe? De estar envenenada (a comida) e eu morrer. Uma vez, um cara me deu uma comida envenenada, eu quase morri (RENATA– 34 anos, 2016).

Isso também se relacionava com as situações de violência às quais algumas mulheres estavam submetidas. Renata, por exemplo, me contou que, embora a prostituição fosse divertida no início, pois os homens eram bonitos e ela ganhava dinheiro, agora ela sofria agressões físicas deles.

> "Taís: Como é que você se sustenta hoje em dia?
> Renata: Ou me prostituo ou peço dinheiro na rua.
> Taís: Me fala um pouquinho sobre como que é trabalhar nisso, se prostituir?
> Renata: Ahh...eu não aguento mais. Por isso, que me internei, porque tava muito maçante.
> Taís: E porque que era maçante?
> Renata: Ahhh ... Muitas humilhações dos homens.
> Taís: Entendi. O que eles faziam com você?
> Renata: Humilhavam, saiam correndo para não pagar. Os homens queriam maltratar no programa" (Diálogo entre a entrevistadora e Renata, 2016).

Manterem-se na prostituição era uma questão de sobrevivência para as mulheres quando estavam em situação de rua e precisavam de dinheiro para comprar o crack: "É meio complicado. A ocasião faz o ladrão. Você tá querendo usar a droga, sempre chega um homem em cima de você e fala: oh, se você fizer isso e isso comigo vai ganhar isso. Você sem droga, sem dinheiro, você acaba fazendo. Você acaba fazendo" (DENISE – 30 anos, 2016).

Elas também pediam proteção das suas vidas quando estavam ameaçadas pelo tráfico de drogas local. O registro em diário de campo conta um pouco sobre um episódio que Gicélia pede pelo acolhimento noturno por se sentir desprotegida na sua casa:

> Encontro Gicélia no corredor do CAPS e pergunto como ela está se sentindo. Ela me diz estar 'mais ou menos porque tem usado crack'. Conta que tinha saído do leito do acolhimento noturno há poucos dias, ido morar com sua mãe e tornado a usar o crack. Pedia por uma internação, já que a tentativa de a internar compulsoriamente por sua mãe no CAPS não havia dado certo. Gicélia estava se referindo à última vez que esteve no acolhimento noturno. Antes que eu pudesse dizer qualquer coisa, pediu para ligar para sua mãe. Záina, enfermeira da unidade que estava ao meu lado, respondeu que é sua referência e não sua 'tutora' e continuou por dizer: 'pode telefonar e falar'. Gicélia ligou para sua mãe no telefone localizado em uma das salas do CAPS. Eu fiquei ao lado dela, queria escutar um pouco o que ela iria dizer. Pareceu ter ligado para o trabalho da sua mãe, já que perguntou se é do setor de raio x. Pediu para falar com a mãe, mas a pessoa que a atendeu não permitiu. Gicélia insistiu e disse que estava jurada de morte no morro e correndo risco de vida e por isto precisava morar com sua mãe. Desligaram o telefone. Gicélia chorou e me disse que estava jurada de morte no morro. Insistiu que eu tinha que conversar com a referência dela para falarmos sobre este assunto. Prometi que o faria, mas só consegui encontrar a Záina algum tempo depois (DIÁRIO DE CAMPO, 2016)

> Záina me convidou para participar do atendimento de Gicélia. Gicélia estava bastante angustiada, disse ter tentado dormir na rua, mas não teria conseguido e acabou indo para casa de um amigo. Ela estava com medo de voltar para casa porque está com a vida ameaçada pelo tráfico. Disse que estava devendo 4.000,00 reais. Mesmo estando devendo teria ido no último domingo na comunidade e consumido cocaína. Nesta ocasião, disse ter ouvido pessoas a 'marcando'. Pediu chorosa e insistentemente por uma internação. Záina questionou o fato dela ter passado por uma internação recente e já estar pedindo outra. Fiquei bem tomada pela história. Záina parecia estar inclinada em pedir pela vaga no acolhimento. (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

A ideia de estar livre e sem proteção amedrontava algumas mulheres, como afirmou Denise: "falaram que a UA você pode ficar livre para fazer o que quiser. Se for assim, eu vou querer continuar aqui porque eu tenho pavor de sair na rua sozinha" (DENISE– 30 anos, 2016).

Além dessas questões, as mulheres esperavam que, a partir do tratamento ofertado, estavam conseguindo se manter longe do crack: "Tô me acostumando a ficar abstinente. Não tô sentindo tanta falta da droga igual eu sentia [...] "Me ajudou muito a ficar longe das drogas e voltar para casa sem droga" (GICÉLIA– 33 anos, 2016).

Percebe-se que o CAPS era o local onde elas acreditavam que seria um ambiente em que não teriam nenhum contato com o crack. Por isso, algumas falas direcionavam-se a necessidade de que houvesse uma fiscalização interna com o bjetivo de impedir a entrada de drogas no serviço:

> Não deixar entrar droga, como aqui deixa. Fazer uma severa revista, severa revista, cada visitante que vier deixar a bolsa lá fora, celular, tudo lá fora, entendeu? Entra droga todo dia aqui, todo dia entra, mas seria uma revista mesmo, um abaixa e levanta,

> abri bolsa, examina a bolsa, abre a boca, igual cadeia. Um amigo veio um dia e me trouxe um baseado. [...] quebrei mais uma vez uma vontade minha (ALMERINDA – 61 anos, 2016).

Se fosse necessário, era preciso usar de medidas rigorosas para impedir que as mulheres cedessem ao desejo de usar o crack. Em uma das narrativas, quando Teresinha me contava sobre suas expectativas de um serviço destinado a mulheres usuárias de crack, mencionou que a atenção e o carinho estariam equiparados com a possibilidade de serem trancadas: "Muita atenção, muito carinho, conversar com a pessoa que usa, dá atenção [...], brincar, se puder trancar a porta, tranca pra não poder sair. Se tentar arrombar, tu abre, conversa" (TERESINHA– 33 anos, 2016).

Quando o CAPS não lhes garantia a indisponibilidade da droga, fortalecendo a decisão de não usar, elas descreveram como angustiantes os dilemas que tinham que enfrentar: "Eu fumei um baseado aqui, muito pequenininho. Mas eu entreguei, eu tava com o baseado na mão, eu fui e entreguei. Não queria entregar, eu fiquei entrega, não entrego, entrega, não entrego" (ALMERINDA- 61 anos, 2016)

Notou-se que essa necessidade se vincula ao fato de entenderem que suas recaídas são muito devastadoras, "horríveis" (RENATA – 34 anos, 2016) e "destrutivas" (ROSANE – 30 anos, 2016), e por isto são temidas pelas mulheres: "As recaídas são horríveis, porque se você tiver... oh, você tá de um jeito, se você usou dez pedras agora, recai, aí você vai usar quinze, recai de novo, vai usar vinte. E é pior ainda, a recaída é pior que a última. É muito destrutivo" (ALMERINDA – 61 anos, 2016).

O abrigamento para interromper o uso responde a uma demanda também construída por suas famílias. A condição para reatarem o vínculo familiar é estarem em abstinência do crack. Elas entendem que os laços só podem ser mantidos se não houverem recaídas: "A minha família é assim, tá bom, precisou de alguma coisa me estendeu a mão, mas se tiver uma recaída, acabou!" (ROSANE – 30 anos, 2016).

Essa foi uma necessidade também dos seus familiares apresentada na fala das mulheres: "todo mundo da minha família falava para eu me internar, mas eu não conseguia vaga, tava esperando vaga. Tava usando assim: ficava dois dias sem usar e usava. Aí, isso é muito ruim porque você fica fora da realidade, fica muito viciada, você fica muito drogada, é uma coisa muito louca. Não dá pra viver assim! Então eu quero parar de usar" (GICÉLIA – 33 anos, 2016).

Notou-se que muitas telefonavam para os seus familiares quando estavam acolhidas no CAPSad, o que poderia ser uma falta de recurso, mas também um demonstrativo de estar em

tratamento ou não estarem recaídas. Sobre isso, também cabe uma das minhas anotações em diário de campo:

> Encontro Almerinda debruçada no balcão que fica em frente a sala destinada para pegar a medicação. Estava chorosa. Coloquei a mão nas suas costas e perguntei o que tinha acontecido. Almerinda repete a história que Edson, seu psicólogo, havia me contado (ela teria vendido todas as suas compras feitas por sua filha para comprar o crack). Acrescentou a isto o fato de que seus netos estariam no Rio e teria sido impedida de vê-los, porque está com o nariz queimado. Não parecia ter ouvido este impedimento direto de um dos seus filhos, mas argumentou que seu filho, ex usuário de drogas, logo perceberia que ela está usando o crack. Fiquei bem condoída com a fala dela. Por vezes, me passa a sensação, a partir de todas as conversas que tive com Almerinda e outras mulheres, que a relação com a família, do ponto de vista destas mulheres, só é possível através da abstinência total. Este me parece ser um forte requisito (DIÁRIO DE CAMPO, 2016).

Entretanto, existe um paradoxo entre o tempo de permanência no leito definido pela Portaria 130 e a necessidade apresentada pelas mulheres. De acordo com a Portaria, o período que podem permanecer no acolhimento é de no máximo 14 dias, o que não pareceu ser suficiente. Gicélia, durante seu acolhimento noturno, vislumbrava ficar mais tempo e contava, com certo ar de empolgação, que sua mãe entraria com um pedido de internação compulsória para que ficasse mais tempo no CAPSad III – "quero tá aqui 1 (um) mês!". Renata, em um dos seus acolhimentos noturnos, também falou que seu pai entraria com um pedido de internação compulsória: "Agora descobriram que meu pai tá na justiça pra conseguir uma internação compulsória. Aí, ele me colocou aqui, eu tô aqui pela compulsória, mas eu vou ficar aqui por tempo indeterminado ainda, não sei quando vou sair". Rosane, que não havia passado pelo acolhimento noturno, tinha uma expectativa de se "internar" por pelo menos seis meses: "Que a pessoa possa ficar o tempo necessário, que é muito relativo, de repente seis meses eu posso ficar. Vamos supor que eu ficasse aqui seis meses direto, sem sair daqui, sem usar nada. Ah, mas aí eu tô me sentindo firme, eu sei que tô legal, que eu posso viver a minha vida" (ROSANE– 30 anos, 2016).

O acolhimento noturno é uma ferramenta de cuidado que se coaduna com os preceitos da reforma psiquiátrica (PEREIRA *et al*., 2017). A Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012, confere destaque à questão dos leitos de acolhimento noturno, através do incentivo financeiro à implantação dos CAPS III (BRASIL, 2012). A referida Portaria deixa claro que estes devem ser destinados ao abrigamento noturno com base nas necessidades de desintoxicação e reabilitação psicossocial, a saber; como a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflito, dentre outros (BRASIL, 2012). Deve-se abrir mão da dicotomia corpo-

mente, dada como natural nas ciências da saúde, para cuidar de forma integral no contexto dos leitos de desintoxicação (ROMANINI; ROSSO, 2014).

Isso parece relacionar-se com o fato deste recurso responder de maneira imediata às suas necessidades básicas, tais como: sono, alimentação, banho, descanso etc. O uso dos leitos de atenção integral em um CAPS ad III tem como objetivos: "prevenção à recaída, redução de danos, proteção em condições de riscos sociais e de extrema vulnerabilidade, tratamento de abstinências leves e abrigamento em caso de fissuras intensas" (BRASIL, 2010b, p. 9).

Para Zeferino, Fermo, Fialho e Bastos (2017), "a saúde desses usuários se encontra deteriorada não apenas em função do uso da droga, mas em função dos danos e riscos a que uma pessoa nessas condições fica exposta no seu cotidiano" (ZEFERINO; FERMO; FIALHO; BASTOS, 2017, p. 103).

Diversos autores discorrem sobre as situações de vulnerabilidade social e de saúde que se encontram os usuários de crack que se relaciona com o esgotamento descrito pelas mulheres incluídas neste estudo. Entende-se por vulnerabilidade como um "conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de uma pessoa ou população frente a uma determinada doença, condição ou dano (BRASIL, 2004, p. 106).

Vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e da desigualdade social (BERTOLOZZI *et al*, 2009). Esse conceito envolve três eixos que estão interligados: o componente individual, o social e o programático. Nesse sentido, o indivíduo deve ter acesso às informações, incorporar mudanças práticas e acessarem recursos sociais e de saúde que lhes confiram gerência sobre os possíveis danos que estão submetidos (AYRES *et al*., 2003).

Para Zeferino *et al*. (2017) a identificação das vulnerabilidades é essencial para formular estratégias que permitam ampliar o cuidado a esta população através de políticas públicas integradas de prevenção e eventual manejo e tratamento do uso, abuso e dependência.

São condições descritas como de vulnerabilidade para os usuários de crack: estarem sujos, com vestes rasgadas, higiene precária, magreza e problemas aparente de pele, que iam desde rachaduras e feridas aparentemente infectadas (ZEFERINO *et al*., 2017). Além dessas condições, são também relacionados com aspectos da vulnerabilidade: o comportamento sexual arriscado, a *overdose*, o emagrecimento e a insônia (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010). Também foram descritas: "exposição às variações climáticas, condições insalubres de moradia e de alimentação, e ações de repressão por parte de políticas de segurança pública, afetam negativamente a condição de saúde dos indivíduos em situação de rua" (HALLAIS; BARROS, 2015, p. 1501). O crack também tem sido associado a um aumento de risco de reações tóxicas,

como problemas cardíacos, paralisia respiratória, psicose paranoide, disfunção pulmonar, e com aumento da incidência de uma variedade de doenças sexualmente transmissíveis (NAPPO *et al*., 2004).

Entende-se que, dentre as estruturas necessárias, para a ampliação do acesso ao tratamento dos usuários de crack é importante a implantação de pontos de acolhimento. Esses pontos deveriam ofertar a possibilidade de alimentação, descanso, atividades de promoção da saúde e redução de danos (BRASIL, 2010b). Ficou claro que as mulheres incluídas no estudo desconheciam estas estruturas e demandavam do CAPSad III esta oferta de cuidado.

Diferentes autores afirmam que os usuários de crack, em especial, as mulheres estão expostas à diversas situações de risco. Os riscos se intensificam quando as regras locais do tráfico são descumpridas e que o principal deles seria não honrar dívidas com o traficante, pois uma das consequências pode ser a morte do usuário (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010; VALLIM, 2015). Além disso, existem os confrontos com os policiais: "episódios de violência foram relatados como decorrentes do conflito entre usuários e policiais, intensificados quando o usuário tenta negar o uso do *crack*" (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010, p. 214).

Romanini e Roso (2010) discorrem sobre os diversos atores que estão associados às situações de violência vividas pelos usuários de crack – os diferentes outros: o outro-traficante, outro-policial, outro-usuário, outro-droga (ROMANINI; ROSO, 2014).

Para Vallim (2015) as mulheres estão dentre as pessoas que estão mais expostas as situações de risco:

> Entre raças, o negro, entre gêneros, a mulher, entre pobres, os "crackudos" ou "*crackheads*", reconhecidos como "desviantes" ou "meliantes", são os mais vulneráveis aos abusos. Se a pessoa é mulher, negra e "cracuda", pouca probabilidade existe de que venha a ser respeitada na atual conjuntura da fragilidade na concretização de direitos civis para parcelas da população pobre, que também é formada por cidadãos portadores de direitos que devem ser respeitados (VALLIM, 2015, p. 132).

Para Nappo *et al.* (2004) a situação das mulheres se agrava na prática da prostituição. Nessa transação comercial de serviços sexuais por droga, o consumidor sexual domina a negociação insistindo, chegando muitas vezes a exigir a dispensa do preservativo e/ou posições que a prostituta não faria em outras situações (NAPPO *et al*., 2004). Denise e Renata falaram o quanto eram desvalorizadas e humilhadas nas práticas de prostituição: "os homens saiam sem pagar" (RENATA– 34 anos, 2016) ou "ganhava muito pouco, quase nada" (DENISE – 30 anos, 2016).

Alguns autores apontam que as salas de uso são medidas de proteção que podem ser adotadas contra as situações de violência (HANDLOVSKY *et al*., 2012). Um estudo com 623 participantes, sendo 40% mulheres, 61% usam em locais públicos, 71% disseram que usariam uma sala supervisionada de consumo, destes a maioria forma mulheres; tiveram problemas com a polícia; fazem o compartilhamento de cachimbos. Existe uma demanda de salas de inalação para usuários de crack que já tiveram problemas com a polícia. Esse estudo sugere que as salas diminuiriam um dos componentes dos problemas de ordem pública diminuiria a sobrecarga para as agências de polícia locais (HANDLOVSKY *et al*., 2012).

Outros justificam a busca pela internação prolongada como medida de proteção. O usuário de crack, em geral, mantém um padrão compulsivo de uso, associado com alguns prejuízos, como, atividades ilícitas, violência, prostituição e problemas judiciais. Com isso, a internação prolongada é a forma de tratamento preferencialmente procurada por familiares e pelo próprio usuário, embora, além desta, existem outras modalidades de tratamento (PICOLI, 2013). A busca pelo cuidado hospitalar foi mencionada por outros autores nos casos de overdose. A morte seria um risco inerente ao consumo de crack, mas que, quando evitado, permite a manutenção da dependência por muitos anos (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010).

Por fim, em relação ao pedido da interrupção do uso do crack isto se repete em outras pesquisas, Pedrosa (2016) destaca que os participantes do seu estudo demonstravam desejo de sair da situação em que se encontravam, e que associavam isso à necessidade de se manterem abstinentes para terem possibilidade de recomeço (PEDROSA, 2016, p. 961). Outros comentam o intenso desejo em parar, presentes em usuários de crack (CRUZ *et al*., 2013).

Um estudo que buscou conhecer o impacto de sua inserção no cotidiano dos usuários foi realizado um estudo etnográfico em locais de venda e uso de crack na região central da cidade de São Paulo (SP, Brasil). O autor disse ter ouvido de muitos usuários que queriam parar de fumar e pediam ajuda (RAUPP; ADORNO, 2011).

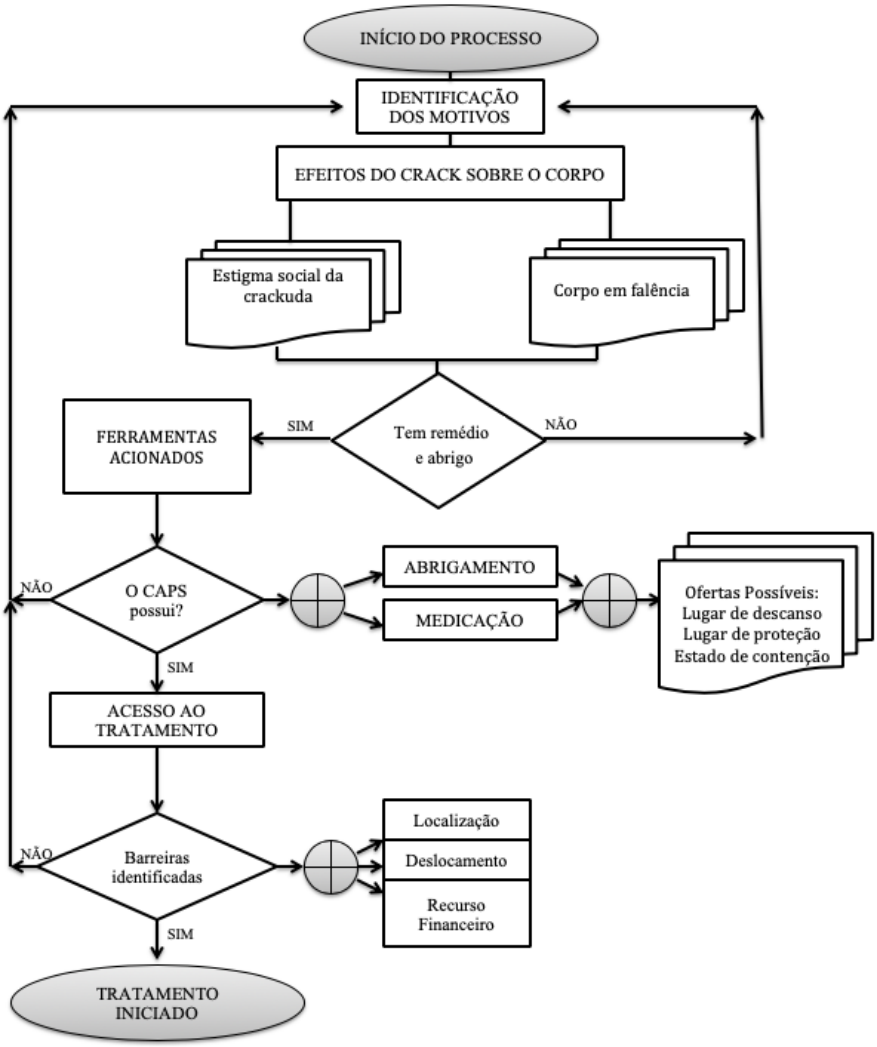
Todavia, percebe-se na literatura vigente que as pessoas passam por períodos curtos de abstinência motivadas pelo tratamento. Isso porque o crack é uma droga descrita como proporcionadora do prazer e alívio do sofrimento. “Consideram fatores dificultadores para a abstinência a desconfiança da família e da sociedade, o efeito prazeroso do crack, os relacionamentos amorosos com outros usuários e o uso de drogas nas dependências do hospital” (PEDROSA, 2016, p. 958).

Alguns autores criticaram o fato de o CAPSad embasar suas práticas em um modelo biomédico o qual visa a “cura” através da abstinência (PAULA; JORGE; ALBUQUERQUE;

QUEIROZ, 2014). Para Romanini e Roso a abstinência é um conceito que está associado a própria concepção de quem são os usuários de crack: “se concebermos o usuário de drogas como dependente químico, como uma vítima da substância, somente a abstinência e a interdição do contato com a droga podem produzir efeitos terapêuticos (ROMANINI; ROSO, 2013, p. 493).

4.4 Considerações preliminares

Face ao que foi encontrado, abaixo uma proposta esquemática sobre como deveria se dar o processo de acesso ao tratamento na perspectiva das mulheres usuárias de crack. É importante ressaltar que a referida síntese não foi testada em campo, trata-se a penas de uma representação de como deve-se constituir o processo do acesso ao tratamento.



Fluxograma 1 O processo de acesso ao tratamento na perspectiva das mulheres usuárias de crack

CAPÍTULO 5 – OS SENTIDOS DO ACESSO AO TRATAMENTO NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Segundo os profissionais entrevistados, existem duas motivações específicas que levaram as mulheres usuárias de crack a acessarem o CAPSad III: o contexto de vulnerabilidade e resposta ao corpo em falência. Também, existe um pedido de ajuda formulado pelas mulheres o qual sentem-se compelidos a responder, por isso precisam ofertar acolhimento, vínculo e a medicação. Por fim, existe uma estrutura que deve estar presente no CAPS de modo a facilitar o acesso ao tratamento, que deve incluir um trabalho desburocratizado e flexível, uma revisão da proposta de grupo e o trabalho na rua.

5.1 O que as mulheres vão buscar

5.1.1 Ajuda social frente aos laços rompidos

"Ela foi perdendo tudo por causa do uso do crack"

Observou-se que, na perspectiva dos profissionais, as mulheres usuárias de crack buscam ajuda no CAPSad III a partir de dois elementos: o pedido de ajuda social e os laços familiares rompidos. Estes elementos são representativos da situação de abandono e de desamparo que elas se encontram.

O primeiro ponto que contextualiza a necessidade de ajuda social, foram as falas em torno da condição financeira das mulheres usuárias de crack. Os profissionais reconheceram que havia um pedido de ajuda para lidar com a ruína financeira. Para eles a questão financeira é demarcada pelo uso inadequado dos seus recursos, consequentemente a pobreza as levavam a buscar ajuda no CAPS. Segundo Záina, essa situação foi um forte motivador para o tratamento de Almerinda que tinha uma posição financeira diferenciada, pertencia à classe média e frequentava a alta sociedade do Rio de Janeiro, mas enfrentava graves problemas financeiros. Záina assim descreveu: "Acho que as questões financeiras, que ela gasta o dinheiro com o crack, ela fica muito sem dinheiro, essa questão da pobreza, como eu já te falei, ela foi perdendo tudo por causa do uso, uma degradação" (ZÁINA– enfermeira, 2016).

Do ponto de vista de Edina a ajuda que as mulheres pedem é mais ampla do que o recurso financeiro. Na sua fala, a variabilidade deste pedido é representado pela convocação de diferentes instâncias de suporte social:

> Eu acho que o estado sempre chega muito distante dessas mulheres e elas não convocam o estado. Elas convocam a igreja, elas convocam o grupo de amigos, a

> comunidade. É a isso que elas recorrem, elas ainda não recorrem a gente. Um caso recente mostra um pouco isso. Ainda hoje, essas moças recorrem a outras instituições que não o estado porque o estado nunca chegou (EDINA– psicóloga, 2016).

Por isso, mesmo para as mulheres que tinham uma remuneração financeira regular e abastada quando comparada às demais, não invalidava a necessidade desse tipo de suporte. Edina, em um tom questionador, afirmou: "A Gicélia, ela não é acompanhada por Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), por nada. Ela tem uma condição social na verdade boa, não tem razão. Ela recebe o valor de um salário de enfermeira" (EDINA – psicóloga, 2016).

Eles referiram, por exemplo, que o acesso ao tratamento das mulheres se deu a partir do pedido de benefícios sociais. Zuma, psiquiatra da unidade, comentou sobre isto:

> Então, elas vêm pedindo muitos benefícios sociais para a gente. Elas vêm pedir LOAS (Lei Orgânica de Assistência Social), elas vêm pedir bolsa família. Se a gente consegue articular com o CRAS, às vezes, um lugar para elas saírem da rua, enquanto elas estão na rua, às vezes, tem um filho com cada familiar, ou elas estão desabrigadas e estão tentando reaver esses filhos. Então elas vêm muito para procurar essa ajuda social (ZUMA – médica, 2016).

E, em outras falas, podemos perceber os pedidos relacionados às necessidades básicas das mulheres:

> Por exemplo, a gente tem muita demanda pra tomar banho e comida. E são coisas que a gente num lugar de cuidado de atenção psicossocial não necessariamente seria o que a gente deveria fazer, a não ser que aquilo faça parte, seja muito importante pro tratamento daquela pessoa. Mas, muitas vezes, a gente faz e não necessariamente aquilo tem um significante para aquele tratamento, mas porque é uma demanda daquela pessoa, daquele indivíduo, que ela está com fome, que ela quer tomar banho (CARLA– enfermeira, 2016).

> Eu acho que a gente, daqui a alguns anos, se já não tá brigando com mais centros de convivência, com mais Centro POP (Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua) para uma galera ter um espaço de baixa exigência, assim. O cara vem para cá e fala: "ah eu só quero comer e tomar banho", "mas aqui é um local de tratamento... você quer se cuidar?", "quero, eu quero me cuidar! (JULIANA – assistente social, 2016).

Os profissionais justificaram que o pedido é endereçado ao CAPSad porque a mulher advém de um contexto em que seus laços familiares estão fragmentados ou desfeitos. Para eles, os laços rompidos motivam o acesso ao tratamento: quanto menos laços, com menos pessoas essas mulheres podiam contar e mais se buscava o CAPSad III; o CAPS seria o único local de ajuda possível.

Para eles, as mulheres possuíam relações extremamente deterioradas e determinadas pela dificuldade em construírem e manterem seus laços afetivos e sociais. Percebemos que o acesso acontecia, por exemplo, na iminência da ruptura desses laços:

> Eu atendi, algumas semanas atrás, uma paciente que também não voltou, elas não costumam voltar, é o que eu tenho visto. Que a gente tem que aproveitar aquela oportunidade, porque geralmente não volta. Ela era usuária de crack, passava também semanas, meses, na cena de uso, a mesma coisa. E ela teve neném, e ela tava com a neném na maternidade. E ela veio pedir ajuda porque ela não sabia o que fazer, que a mãe estava querendo tirar a neném dela. Que ela ia perder a guarda. Depois eu falei que a gente ia ajudar no caso, que a gente ia ligar na maternidade, que a gente ia tentar algum tipo de contato com aquele serviço, pra dizer que ela tava fazendo acompanhamento aqui, pra dar algum suporte pra ela. E ela não voltou mais e eu não consigo contato com ela. Pelo nome dela eu não consegui alguém que se responsabilizasse pelo caso na maternidade, e ela não voltou, eu não sei mais do caso (CARLA – enfermeira, 2016).

Foi evidente nas falas dos funcionários que eles entendiam que, quanto menos laços, maior era o acesso destas mulheres e, paralelamente, maior era a sua gravidade. É, nesse contexto, que a demanda espontânea ou podemos chamar de motivação individual para buscar um tratamento fica evidente. Isso ficou claro na fala de Zuma ao me contar sobre o caso de Renata, uma das usuárias de crack mais graves, descrita como importante mobilizadora da rede de cuidados de saúde e saúde mental:

> Eu acho que no caso da Renata é um caso mais grave porque ela tem menos ajuda, mas por outro lado ela procura mais a gente. Ela tem uma demanda espontânea maior, ela tem um vínculo muito forte com alguns técnicos daqui. Ela liga pedindo ajuda (ZUMA – médica, 2016)

Assim, o fato de não ter ninguém com quem possam contar e se encontrarem em uma situação de "destruição total" desses laços, define o acesso ao tratamento das mulheres. Exemplificado pela fala de Douglas:

> O usuário de crack não chega quando está no início do uso, ele vem quando já tá feita a destruição total. Já não tem apoio da família, né? Ou já está em situação de rua [...]. Ela (Almerinda) já tem, pelo que a gente conversou antes, ela não tem mais laço familiar nenhum, né? Ninguém quer sabe mais, então, ela não tem ajuda; ela recebe uma pensão que ela gasta tudo com uso de droga, né? É que não tem mais ajuda de familiar nenhum. É complicado (DOUGLAS – médico, 2016).

Foi exatamente a ausência de referência familiar que fez Roberta[7], usuária de crack, acessar o CAPS mesmo diante de grave condição clínica e psíquica. Jane comentou sobre:

> Não ter família, não ter vínculo familiar. Ela tem uma pessoa que gosta muito dela que acaba... e sabe o que acontece? Ela não tem apoio. Essa moça que apoia ela é de uma igreja católica e acaba dando uma força. Enfim. A Roberta não tem vínculo nenhum afetivo de um familiar. Nenhum (JANE – técnica de enfermagem, 2016).

Eles entendem que essa é uma característica da clínica Ad no que tange ao acesso ao tratamento das mulheres. Para Záina, a relação com a família e a fragilidade dos laços é uma característica importante das mulheres na clínica AD: "é constante isso da família aparecer nos casos AD, nos das mulheres aparece sempre" (ZÁINA – enfermeira, 2016).

O que ficou evidente nas falas dos profissionais é que essa condição colocaria as mulheres em uma escolha difícil, decidir entre permanecer na rua ou pedir ajuda:

> O paciente não vem, né? Quando tem familiar, como está em situação de rua vai para casa depois de um determinado tempo. Quando tem familiar, porque a gente percebe que tem paciente que não tem vínculo nenhum, tudo rompido. Aí, quer dizer ou é a rua ou o CAPS (DOUGLAS – psiquiatra, 2016).

> Eu percebo que eu tenho pacientes que, às vezes, ficam muito tempo usando na rua. Que eles ficam vários dias usando na rua em local certo e que, às vezes, tem dificuldade de chegar aqui. Já tive paciente que vinha sob efeito ao serviço, né (FABIANE – enfermeira, 2016).

Para essas mulheres, a referência construída é o CAPS. Jane foi bastante enfática ao relatar sobre os laços das mulheres construídos com o serviço: "Familiar não! A referência dela somos nós aqui do CAPS" (JANE – técnica de enfermagem, 2016). E, se acessam, é porque entendem que este é o lugar de escuta possível como:

> Acabei de vir de uma VD (Visita Domiciliar) de um local que a família não entende que aquele cara é usuário e ele é tratado como um lixo, quando na realidade ele precisa mesmo é de uma acolhida, de um apoio, de um dispositivo desse como o CAPS para está passando mesmo pelo tratamento, uma escuta no qual a família não consegue fazer (JANE – técnica de enfermagem, 2016).

Para eles, o pedido é endereçado ao CAPS porque o diálogo com seus familiares já está muito desgastado: "já deu uma canseira na família que ela não atura mais. Então, assim, a gente tem pacientes que falam do uso de crack que a família some ou que coloca ele na rua ou que

[7] Roberta era uma usuária de crack que aparentava ter 40 anos. Ela não foi incluída na pesquisa porque estava bacílifera e em grave estado de desorganização mental. Eu a vi acessar o CAPS por cerca de três semanas e, após o término do trabalho de campo, soube que ela havia falecido.

não quer mais" (DOUGLAS – médico, 2016). Edina falou dessa ausência ao se lembrar do caso de Gicélia: "E, no caso da Gicélia, a família também, ela é uma usuária que fez muita coisa nesse tempo de uso e a família meio que desistiu dela" (EDINA – psicóloga, 2016).

Diferentes estudos apontam que os usuários de drogas possuem laços familiares fragilizados. Picoli (2013) identificou que, dentre outras razões que levaram ao uso de crack, a sua utilização se deu para enfrentar as dificuldades na família; emocionais e amorosas em situação de intenso sofrimento e a dificuldade em suportá-la (PICOLI, 2013).

Paula, *et al.* (2014), em seu estudo sobre as experiências dos familiares relacionados ao usuário de crack em situação de tratamento, identificaram que eles classificam o usuário como "sem vergonha" e identificam na substância sentimentos negativos, tais como, tristeza e destruição. Os mesmos autores perceberam que os familiares entendem que o usuário é incapaz de sentir qualquer afeto além da droga que faz uso, o que torna a convivência difícil, preferindo o afastamento do ente que faz uso da droga (PAULA *et al*., 2014). Além disso, constataram que os profissionais associaram o uso do crack às relações familiares difíceis, pois percebem que o uso faz com que usuários e família estejam sempre em conflito (PAULA *et al*., 2014).

Gomes e Mehry (2014) referem, através dos resultados de da cartografia de um caso clinico, que a ruptura dos laços é uma barreira para o acesso ao cuidado em SM:

> A análise da narrativa dessa entrevista deu visibilidade a uma rede de afetos com vínculos frágeis e esgarçados pelo sofrimento, outros, rompidos, mas que nos deram uma dimensão da desestrutura familiar com que Manuel teve que se ver em sua vida. Nelas surgiram elementos importantes para reflexão a respeito de invisibilidades afetivas do caso, as quais operam nos modos de subjetivações do viver. Nesse sentido, o acolhimento e a integralidade são ferramentas de intervenção na direção de um projeto terapêutico que tome como eixo a promoção e a expansão dos territórios existências e o fortalecimento dos vínculos filiais (GOMES; MEHRY, 2014, p. 120).

Seleghim *et al.* (2011) concorda com essa percepção e afirma que a escuta é uma função que todas as unidades de saúde devem ter, em especial, no primeiro acolhimento.

5.1.2 Ajuda social frente as diferentes vulnerabilidades sociais

"Ela tem menos ajuda, então ela procura mais o CAPS"

Os profissionais entendem que, um segundo fator motivador do acesso, é o fato de as mulheres possuírem diferentes vulnerabilidades sociais, dentre elas, ressalta-se as dificuldades em encontrarem e manterem um trabalho. Essa percepção é evidente na fala de Jane:

> É porque assim, a maioria que vem para cá são pessoas que não trabalham mais, não estão trabalhando, né, são usuárias, são dependentes química, né? Alguns têm bolsa-família e outros não têm ainda. E nas conversas, é sempre comentado a coisa da comida, porque a maioria vem porque precisa de estar aqui, depende disso aqui para estar fazendo sua refeição diária. Pelo menos, o café da manhã e almoço (JANE - técnica de enfermagem, 2016).

Edson comentou como a ausência de um trabalho colocava Almerinda em um estado de vulnerabilidade:

> Então, como consequência, ela fica vulnerável porque ela não consegue trabalho, ela tem tentado trabalho. Então, considero isso, a capacidade laborativa dela, talvez preservada num nível de autonomia, num nível relativo de autonomia, e ela não conseguiu. Ela já procurou, já entregou currículo em vários lugares, já pleiteou, então eu acho que isso é vulnerabilidade, não ter os próprios recursos (EDSON– psicólogo, 2016).

Um exemplo dessa situação de vulnerabilidade é a necessidade de as mulheres recorrerem à mendicância. Eles entendem como sendo desnecessário expor as mulheres a essa condição vulnerável:

> A Almerinda pedindo consegue 70 reais, mas como é que ela descreve essa experiência, com prazer? Não, ela não descreve essa experiência com satisfação. Porque, se fosse uma experiência com satisfação, ela faria disso um trabalho. E faria 70 reais por dia e teria uma vida com as questões resolvidas. Não é a questão. Ela usa a mendigância para conseguir a droga. Será que isso é necessário? Essa experiência de exposição é um mal-estar. Então acho que esse passo precisa ser dado (EDSON – psicólogo, 2016).

Para eles, responder a este pedido de ajuda social é fundamental para garantir o acesso ao tratamento das mulheres usuárias de crack:

> O assistente social visa muito esse suporte, que a pessoa tenha um lugar fixo para morar, né? A rede apoio é o acesso dela, até o CAPS. E construindo isso, tem tido na maioria dos pacientes um certo, assim, ... não sei dados estatísticos, mas das pacientes que eu trato, eu vejo que quando a gente consegue que ela tenha, assim um suporte nem que seja do Consultório de Rua que é onde atua mais, né? Quando ela via esse cuidado e esse interesse em ajudar, ela vem as consultas, ela consegue aderir melhor (DOUGLAS – médico, 2016).

> No caso de saúde, sim né? Mas, eu penso que no caso da Almerinda, e eu tenho conversado com quem responde por cultura, trabalho e lazer, a possibilidade de bolsas a usuários. Mas compactações mais efêmeras, mais diferenciadas. Não adianta você, por exemplo, pegar um caso grave pra oferecer um bolsa usuário pra pagar esse cara daqui a um mês. Não funciona, nós já tentamos aqui [...]. Então, eu acho que os dispositivos da rede precisam necessariamente de criar dispositivos culturais que gerem acessibilidade à Almerinda e a outros pacientes, e também de trabalho (EDSON – psicólogo, 2016).

Diferentes estudos demonstram que as mulheres usuárias de crack se encontram em situação de vulnerabilidade social e de saúde. Castro e Souza (2009) deixam claro que as mulheres que fazem uso de drogas estão em situação de maior vulnerabilidade relacionado à fatores, tais como: perfil sociodemográfico negro, baixa escolaridade, desemprego, cuidado de filhos pequenos, violência, sexo desprotegido, ausência de tratamento e troca do corpo pela droga. Riley *et al.* (2011) em seu estudo sobre as necessidades básicas de 249 mulheres infectadas por HIV, dentre estas 33 usuárias de crack, demonstrou que em média 20% moravam nas ruas, 97% não possuíam nenhum seguro de saúde e mais de 50% possuíam situação de saúde crônica.

Constata-se que em virtude das más condições socioeconômicas e da ausência de oportunidades para a formação escolar e o exercício de atividade laboral, essas pessoas ficam vulneráveis tanto ao uso, inclusive o nocivo, quanto à dependência do crack e de outras drogas (PEDROSA, 2016). Pedrosa afirma que as consequências atitudinais destes fatores limitam a possibilidade de o próprio usuário buscar o fortalecimento da sua participação no mundo do trabalho e de se envolver em relações sociais significativas que lhes sejam fonte de suporte social (PEDROSA, 2016).

Outros estudos apresentam dados que relacionam a situação de vulnerabilidade social à ausência de trabalho. Harp, Oser e Leukefeld (2012) afirmam que a variável estar empregada, em mães usuárias de crack, diminuiu em 60% o uso diário de crack (HARP; OSER; LEUKEFELD, 2012). Os autores concluíram que o suporte social implica na diminuição do uso diário do crack, embora não tenha o mesmo desfecho para mulheres que não eram mães (HARP; OSER; LEUKEFELD, 2012). Já Shannon *et al*. (2011) demonstraram que as mulheres que estavam mais desempregadas ($p = .049$), tinham uma formação educacional maior ($p = .007$) e recebiam mais tratamento de saúde ($p = .000$) quando comparadas aos homens (SHANNON *et al*., 2011).

Achados na literatura demonstram que, em relação ao trabalho, as mulheres usuárias de crack usam a prostituição como meio de obter seu sustento. Para elas a prostituição é a melhor forma de sustento, comparada ao roubo e ao tráfico (NAPPO; SANCHEZ; OLIVEIRA, 2011). Associado a isto, diferentes autores demonstram que a experiência de rejeição social está significativamente associada ao maior número de parceiros sexuais (KOPETZ *et al*., 2014).

Nos depoimentos dos profissionais percebe-se que as dificuldades das mulheres em manterem um trabalho as colocaram em situação de vulnerabilidade, por isso seria fundamental responder ao pedido de ajuda social apresentado por elas.

5.1.3 Ajuda frente ao corpo adoecido e em falência

"Tem que der um lugar de socorro mesmo [...] é isso ou a morte"

O terceiro fator motivador do acesso ao tratamento é o cuidado ao corpo em falência. Eles reconhecem no CAPS o local onde é possível acolher as mulheres usuárias de crack, já que as elas encontram-se em uma situação de gravidade relacionada às necessidades do seu corpo decorrentes do abuso do crack.

Nessas circunstâncias, seria imprescindível responder às demandas apresentadas pelas mulheres:

> Eu acho que tem um lugar de socorro mesmo, de único lugar possível no acolhimento, de "é isso ou a morte". Uma coisa que a gente não pode dizer "não", porque elas vêm quando elas conseguem chegar, e eu acho que a gente dizer "não" é muito ruim para essa vinculação. Vir, tentar acolher da melhor forma possível, pra ver se ela dá um tempo, se há redução de danos, se é possível fazer aquilo naquele momento (ZUMA – médica, 2016).

Além disto, eles entendem que existe um esforço que muitas mulheres fazem para acessarem o serviço. Por isso, as respostas às demandas de acolhimento devem ser feitas de forma imediata. Este é um diferencial na forma como respondem aos pedidos de ajuda na clínica AD. Para Carla, as mulheres pedem uma resposta urgente da equipe. Nesse caso, sua fala sobre um atendimento de primeira vez que realizou é ilustrativa:

> Uma vez eu atendi uma usuária que veio para acolhimento de primeira vez, ela tava numa cena de uso há vários dias. Ela chegou aqui muito desnutrida, falando da dificuldade de não conseguir parar de usar. Ela, nesse dia, decidiu acordar, não usar, e vir pra cá. Então assim, pra esse tipo de usuária que eu tenho visto e pra essa em específico, pra ela conseguir vir aquele dia pra cá foram meses que se passaram dentro da cena. E aí, ela chega aqui, ela já sabe que aqui tem acolhimento noturno e ela pede o acolhimento noturno (CARLA – enfermeira, 2016).

> Até alcoolistas graves, conseguem ter alguma responsabilização quando não estão sob o efeito de álcool. Mas pra usuárias de crack eu não tenho como pedir pra ela ter uma responsabilização, uma ausência total. Pra essas usuárias que ficam na cena de uso meses, como que eu vou pedir pra ela voltar outro dia? 'Ah, volta outro dia, vem quarta feira pra um atendimento'. Ela não sabe realmente nem que dia é hoje. E aí, eu acho que a gente perde, porque tem essa questão do cuidado do corpo, da fome, do sono, que é o pedido que não tem muito como subjetivizar tanto né? E aí, eu pedi pra ela voltar no dia seguinte e ela nunca voltou (CARLA – enfermeira, 2016).

Para esses profissionais, isso seria uma forma de reduzir os riscos a que as mulheres estão expostas: "Então, volta e meia, ela (Almerinda) tá em meio a situações de riscos. Se a gente oferece um ou outro dispositivo talvez isso diminuiria, essa exposição" (EDSON – psicólogo, 2016).

Um dos riscos é a dívida que possuem com os traficantes. É interessante a fala de Edina sobre Gicélia: “Ela é uma usuária de crack pesado, ela usa muito, ela faz muitas dívidas. Então, ela sempre chega aqui: ‘socorro pelo amor de Deus, eu vou morrer’. Então, a gente acolhe, não tem muito o que fazer nesse momento” (EDINA– psicóloga, 2016).

Eles entendem que o acolhimento noturno é o melhor recurso que responde a essa demanda, por isso não ter vagas a colocaria a uma situação de risco: “Pensando numa vulnerabilidade, eu acho que uma vulnerabilidade, por exemplo, é se ela chega aqui e o acolhimento tiver cheio” (EDINA – psicóloga, 2016). Porque, como disse Douglas, este recurso foi pensado “se tiver risco iminente assim de ...for emergência médica” (DOUGLAS – médico, 2016). Entendem que a prioridade é “se manter em um espaço seguro” (FABIANE – enfermeira, 2016).

Dividiu opiniões o fato dos motivos que as fizeram acessar o serviço serem caracterizados como uma situação de risco. Por vezes, a segurança de ter tomado uma decisão baseada na urgência do cuidado a partir do corpo que se encontra em falência lhes deixa dúvidas: “Em que momento é acolher pra salvar vida e sinais vitais básicos ou até que ponto é depende do profissional que indica, uma manipulação daquela pessoa e talvez não tem indicação se você for ver o trabalho intenso desse sintoma” (MARIANA – médica, 2016).

Sabe-se que no mundo contemporâneo a identificação de uma situação de risco tem se tornado mais difícil. Essa dificuldade parece estar relacionada com a definição que Aubert (2004a) faz sobre o mundo moderno que definem o homem moderno:

> Esta nova relação com o tempo está na aliança que entre a lógica do lucro imediato, a dos mercados financeiros que reina suprema na economia e no imediatismo dos novos meios de comunicação [...] sociedade de zapping, "fast", clips e spots em que se trata de viver a intensidade sem duração e obter resultados imediatos (AUBERT, 2004a, p. 24 -27).

O que nos remete à fala dos profissionais sobre suas inseguranças quanto serem suas avaliações fiéis às reais condições de risco das mulheres usuárias de crack. Como afirma Aubert (2004a): "A instantaneidade contribui significativamente para criar falsas situações de emergência" (AUBERT, 2004a, p. 34). A autora afirma que este estado de urgência que produz os toxicodependentes (AUBERT, 2004a).

Aubert ao discorrer sobre o sentimento de urgência imposto pela nossa sociedade afirma que "é, portanto, em relação à vontade de triunfar sobre a morte que a urgência das sociedades contemporâneo faz sentido" (AUBERT, 2003, p. 112).

Há ainda uma outra possibilidade: se as mulheres vivem em um contexto de descontrole produzido pelo abuso do crack, o sentimento de urgência relaciona-se à uma certa tentativa de retomada do controle sobre suas vidas. Mais uma vez, Aubert comenta sobre esse aspecto:

> O contexto de solicitações incessantes, permanente reviravolta de calendários e pressão generalizada na verdade impulsiona indivíduos que estão sujeitos a um sentimento perda global de controle: controle do que fazemos, controle do tempo que escapa de todas ações e, finalmente, o controle de si mesmo. O autocontrole implica, como dissemos, um certo controle do tempo. A partir do momento em que o tempo não pode mais ser dominado, é uma parte de si mesmo que escapa do indivíduo (AUBERT, 2003, p. 159-160).

Carreteiro (2005) fala que o sentimento de urgência está presente no que nomeia como o "corpo do excesso", ou seja, aquele usado por pessoas que conscientemente praticam excessos, onde "a temporalidade que comanda as ações do seu corpo é a imediaticidade, uma espécie de urgência permanente" (CARRETEIRO, 2005, p. 70). Esse sentimento que se inscreve a lógica das relações, afetando profundamente sua maneira de se pensar, de pensar os outros, de conceber e de praticar a trama de um tempo coletivo" (SOARES; DANTAS, 2006).

Para o referido autor a hipermodernidade é regida pelo pensamento de poder dominar o tempo e isso traz sentimentos de vazio e de morte:

> Os indivíduos que querem tudo dominar desenvolvem mecanismos defensivos muito fortes para negar ou transgredir as situações que, de algum modo, tocam aspectos do vazio ou da morte. As formas de funcionamento que daí resultam são mais próximas das imagens ligadas ao excesso, afastando-se do vazio, da morte ou da finitude (CARRETEIRO, 2005, p. 67).

Soares e Dantas concordam que a urgência dos tempos provoca comportamentos que dificultam a análise das situações de risco. Para eles trata-se de um sintoma da sociedade: "A urgência da sociedade contemporânea repousa, então, na vontade de triunfar diante da morte, mediante a ilusão de que se pode possuir, submeter e dominar o tempo segundo nossos desejos" (SOARES; DANTAS, 2006, p. 95). Além disso, esse indivíduo tenta acelerar o seu ritmo, na tentativa de se adaptar à imediatez e à instantaneidade de um cotidiano marcado pela "compressão do tempo" e pelo imperativo da urgência (SOARES; DANTAS, 2006, p. 95).

Notou-se que os profissionais entendem que os pedidos de cuidado com o corpo em falência são marcantes nas falas das mulheres. Para eles, é preciso atender prontamente os "casos descendo a ladeira" que se apresentam no corpo das mulheres: "com muitas drogas no corpo: desnutridas, emagrecidas, sujas, faltando dentes, várias infecções, etc.".

Scabio (2013), em sua etnografia de algumas cenas de uso do Rio de Janeiro, identificou estas características nos usuários de crack que acessavam a Clínica da Família. Ele registrou que estavam tão sujos que dificultava os profissionais distinguirem sujeira de infecção. Para lidar com isto, os profissionais precisavam permitir que os usuários se limpassem no banheiro da clínica para posteriormente identificarem os reais problemas de saúde.

> Chegou mesmo a causar confusão, quando moradores da comunidade, sujos, descalços acorrem à *Clínica*. Pode-se dizer que abertas as portas do serviço – o que, diga-se, não é pouco – a segregação antes demarcada pelos limites assépticos da *Clínica* se reconfigura dentro do próprio serviço. (SCABIO, 2013, p. 41)

Para Romanini e Roso (2014) a aparência física e a recuperação do corpo são fundamentais no processo de tratamento e são sinais de melhora para o profissional de saúde. Contudo, ressaltam que, caso vistos isoladamente, identificamos no usuário apenas um "corpo-objeto" (ROMANINI; ROSO, 2014). Para os referidos autores, esse corpo-objeto está pautado em um saber científico que transforma o "corpo-pessoa" num corpo "objetificado", assim o define: "um corpo-objeto de cuidado, consumidor de inúmeros atos profissionais de saúde centrados em tecnologias duras, e que, também, se torna objeto de estratégias disciplinares das profissões clássicas da saúde e da saúde pública" (ROMANINI; ROSO, 2014, p. 976).

Todavia, sobre esse aspecto, ainda pareceu ser frágil o discurso dos profissionais que fizeram parte desse estudo. Não houve um aprofundamento sobre como lidam com essa subjetividade no discurso das mulheres relacionados ao seu corpo feminino em termos de perspectiva de tratamento. Parece ter havido apenas um reconhecimento de que esse pedido estava presente na fala das mesmas e que, de certa forma, precisavam responder.

Romanini e Rosso (2014) nos alertam que se incorrermos no risco de olhamos para essas pessoas apenas como dependentes químicos, iremos reduzir sujeitos e suas singularidades em um "corpo-objeto", desperdiçando a oportunidade de conhecermos pistas importantes para a condução do tratamento.

Isto se assimila à definição de corpo feita por Le Breton (2017) como uma estrutura simbólica de interação social:

> O corpo é uma realidade mutante de uma sociedade para outra: as imagens que o definem e dão sentido à sua extensão invisível, os sistemas de conhecimento que procuram elucidar-lhe a natureza, os ritos e símbolos que o colocam socialmente em cena, as proezas que pode realizar, as resistências que oferece ao mundo são incrivelmente variados, contraditórios para nossa lógica (LE BRETON, 2017, p. 28).

5.2 O que o CAPS AD precisaria oferecer

5.2.1 Acolhimento e vínculo

"Ela está em risco [...] em uso compulsivo e não consegue parar. É um direito fundamental do cuidado"

O CAPSad III foi identificado como o único local de acolhimento possível para essas mulheres que se encontram em situação de abandono, por isso entendem que devem responder prontamente ao pedido de ajuda na forma de acolhimento e construção de vínculo. Os profissionais afirmam que o mais importante é a conquista do vínculo com as mulheres e o oferecimento do acolhimento.

Segundo os entrevistados, percebemos que o acolhimento, tanto diurno quanto noturno, direcionado às demandas das mulheres deve apresentar característica de intensividade; deve ressignificar demandas; e deve conter a compulsão.

Constatou-se que o acolhimento, tanto diurno quanto noturno, se mostrou uma ferramenta potente e que responde de forma rápida às necessidades apresentadas pelas mulheres. Esse é um recurso que o CAPSad III tem a oferecer, que pode responder de forma imediata às demandas com características de um cuidado intensivo:

> Acho que é o paciente que, de repente, está em situação de rua, né? Indiretamente, ele já tem uma indicação de até uma intensividade, está fazendo uso até um pouco abusivo. Às vezes, nas coisas a gente nem precisa tirar uma exceção, o paciente já entra nessa situação e a gente já refaz até o projeto terapêutico dele por que vem tanta coisa junta: " ah não tem onde comer", "tô sem trabalho e tô na rua"; mas a gente avalia tantas outras situações de: "está fazendo muito uso abusivo", "está se colocando em risco", "mas precisa ficar mais no intensivo aqui no CAPS". Então, de qualquer maneira, ele vai ter esse almoço mesmo. Uma coisa, assim, "vou dar só um almoço para ele (FABIANE– enfermeira, 2016).

Primeiramente, responder de forma intensiva é ofertar um cuidado baseado nas necessidades básicas apresentadas pelas mulheres. Carla comentou sobre o período de intensividade como uma forma de recolocar necessidades básicas novamente na rotina: "Normalmente, as que têm um período que não têm muito o que se fazer além de cuidado básico de fome, sono, banho. O que eu percebo é que fica bastante tempo nesse momento assim, pelo menos uma semana dormindo muito, comendo muito" (CARLA– enfermeira, 2016).

E um segundo ponto que a resposta intensiva oferece é a oportunidade de estreitar os laços e solidificar o vínculo terapêutico:

> A gente, às vezes, fica pensando se o acolhimento noturno é interessante ou ele é uma cilada, porque assim, tanto pode ser muito bom quanto pode ser uma porcaria pro paciente. Então, eu acho que é isso, é poder acolher na hora da crise, é poder estar junto (EDINA- psicóloga, 2016).

> Tentar aumentar o vínculo com o serviço nesse momento que ele se encontra no CAPS, aumentar os laços com os profissionais que estão aqui e com as atividades que ele pode estar frequentando quando ele está acolhido. Porque a ideia de quando a gente coloca ele no acolhimento é inicialmente a gente percebe que o paciente está em situação de risco e a gente precisa dar uma "brigada" (FABIANE – enfermeira, 2016).

Do ponto de vista deles, tanto o acolhimento diurno quanto o noturno possuem essas características de intensividade e isso pode ser um recurso interessante para ressignificar as demandas. Através dele, é possível dar um contorno diferente às vidas das mulheres. Como Edson afirmou, é a oportunidade de "Ela ressignificar a relação com muitas pessoas", o que significa "muitas coisas interessantes produzidas, no sentido de uma nova relação da Almerinda com a equipe em geral" (EDSON – psicólogo, 2016). Se trata de um recurso importante, porque são mulheres com laços muito fragmentados e não podem retornar para a casa dos seus parentes:

> A gente deixa no acolhimento noturno se tiverem indicação e depois a gente usa o recurso de lá para poder dar um tempo maior para gente conseguir vê se consegue algum benefício pra paciente, para ter alguma renda e que ela possa alugar um quarto, não sei. Pra que dê continuidade a essa construção de um lugar fixo, né (JULIANA – assistente social, 2016).

Entendem que esse é um atributo do CAPS, porque outras instituições falham no entendimento do sentido que o acolhimento intensivo deve ter. Por exemplo, falham no que diz respeito à interferência no abuso do crack:

> Isso é um dado importante, não somente ela mas, em outros casos também que nós encaminhamos pro serviço social, né? ou pra instituições confessionais, nós não encaminhamos, mas muitas vezes o paciente acaba achando que esta é a melhor alternativa ou o familiar acaba achando que essa é a melhor alternativa (EDSON – psicólogo, 2016).

Para esses profissionais, dentre estas duas modalidades, o acolhimento noturno foi descrito como ferramenta potente para conter a compulsão e intervir no abuso do crack:

> E aqui, a gente oferece o alimento e abrigo noturno. A gente coloca ela aqui dentro, faz um projeto mais intensivo para ela, pra ela sair daqui, fazer uma redução de danos e voltar para o território com o controle maior do uso [...] Às vezes, um lugar para dormir, às vezes, um lugar para comer e através disso aí, a gente tenta fazer uma redução de danos, ver se elas conseguem meio que trocar o crack por uma outra droga

> que tenha menos impacto na vida dela, pelo menos por uma maconha e tentar fazer com que ela venha atrás mesmo dos benefícios sociais (ZUMA – médica, 2016).

Essa é uma oferta para dar limite ao abuso e para promover o controle do uso: "O acolhimento noturno para essas mulheres é pensado como uma forma de contenção. Eu acho que uma contenção no sentindo do dar um contorno para esse momento que elas estão passando" (EDINA– psicóloga, 2016).

Para Douglas esse critério está bem claro: "Os critérios, assim, né, para pessoa entrar para o acolhimento noturno e ela está em uso compulsivo e não consegue parar. E a gente indica para o paciente que já é tratado aqui no CAPS ou se tiver risco iminente" (DOUGLAS – psiquiatra, 2016). E Fabiane também se expressou sobre isto:

> Até porque a gente, com esse dispositivo do acolhimento noturno, é já facilita porque, às vezes, ele tá na rua usando usando, usando e se lembrar que tem um serviço que a gente pode de alguma maneira intervir nessa compulsão, a gente tem esse dispositivo que podemos estar oferecendo (FABIANE – enfermeira, 2016).

Também, referiram que ouvem das mulheres o pedido pelo acolhimento noturno como um direito fundamental do cuidado. Juliana deixou claro que esbarram com aquilo que é de direito das mulheres usuárias de crack e foi enfática ao reproduzir a fala de uma usuária que afirmava que estar no acolhimento era o seu direito:

> Aí entra na questão do direito, que essa galera de CAPS AD vai. "É meu direito, é meu direito, é meu direito... é meu direito dormir aqui dentro, é meu direito não sei o que..." a gente vem com a questão da indicação, é um direito seu o tratamento, mas dentro do tratamento a gente faz algumas indicações e essas indicações, a gente tem que indicar, por exemplo, descanso do paciente... para dentro do CAPS, pode descansar no CAPS (JULIANA– assistente social, 2016).

A Portaria 130/2012, que redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros, deixa claro que o acesso aos leitos de acolhimento noturno deve ser feito com base nos seguintes critérios: "em especial desintoxicação, e/ou em critérios psicossociais, como a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflito, dentre outros" (BRASIL, 2012).

Alguns autores registram que o tratamento intensivo deve atender às situações que possuem como características comuns o acaso, a imprevisibilidade, o intempestivo, porque estes são fenômenos intensos, que identificam as distintas formas de andar a vida dos sujeitos (GOMES; MEHRY, 2014). Para Moebus (2014) as situações de crise permitem lidarmos com quem são os sujeitos de maneira singular. Para ele a crise permite um duplo acesso – "acesso

ao cuidado em seu processo, acesso ao sujeito em seu excesso" (MOEBUS, 2014, p. 53). Assim define o que entende por acolhimento possível:

> Um acolhimento possível, abrindo uma via de mão dupla na qual, a crise, em uma direção, deve abrir acesso ao serviço de saúde, ao atendimento, ao cuidado, e, em outra direção, deve abrir acesso ao sujeito que sofre, ao emergir de sua multiplicidade singular (MOEBUS, 2014, p. 52-53).

Percebeu-se que, para os profissionais, a forma como acolhem ao pedido das mulheres é definidor da construção do vínculo terapêutico. Esse vínculo que ora os profissionais escolhem e ora são escolhidos, possui dois elementos: a dinâmica do estabelecimento do vínculo como ferramenta do cuidado e as características dos profissionais que são definidoras dessa escolha.

Na dinâmica do estabelecimento do vínculo, foi possível ouvir que não é necessário ser nomeado como o profissional de referência para que o cuidado possa acontecer e é exatamente nesse contexto que os laços entre os profissionais e as mulheres são construídos:

> Ninguém mandou eu atender ela não. Um dia, ela chegou, tava muito mal, perguntei se ela queria falar comigo, que a Záina que indicou de referência. Só que ela não tem muita empatia com a Záina. Ela aceita, mas não é de... Aí, ela começou 'Ah, até que você não é chata, não!' (parafraseando Sônia usuária de crack), mesmo assim, né? " (DÉBORA– assistente social, 2016).

> "A gente coleta muita fala também, mas em torno desses pedidos, dessas demandas. Às vezes, pede pra fazer uma ligação, a gente acompanha a ligação e vê coisas diferentes que a gente não conhecia do paciente, porque participou daquela ligação, né?, e acho que é mais isso. Fica uma relação mais próxima, eu acho (CARLA – enfermeira, 2016).

Os profissionais entendem que, em suas escolhas na construção do vínculo, deve ser incluído o limite de como a relação entre eles e as mulheres devem se estabelecer. Débora, por exemplo, fala de ter bloqueado uma de suas referências em um aplicativo de troca de mensagens: "Eu coloquei ela no *whatsapp* porque ela queria ver uma foto da Drª Mariana, pra ver que a Mariana tava viva, entendeu? Falei 'olha eu vou te mandar a foto que a Mariana autorizou, mas depois eu vou te bloquear" (DÉBORA – assistente social, 2016).

Ainda sobre essa escolha profissional, também foi apontado como eles devem ter claro que o limite é o objetivo do vínculo terapêutico, que deve ser usado como um facilitador para o tratamento. Por isso, em alguns casos, laços muito estreitos que poderiam interferir no tratamento foram criticados:

> Aí, no último atendimento, ela me conta que as duas saíram pra beber. O problema da paciente do CAPS era o álcool. Então, as duas estavam saindo pra beber em um local

> que várias pessoas do serviço vão [...] ‘Onde é que a gente tá? Como eu vou sair pra beber com você? Sabe assim, com a paciente?’. Eu posso até ter problema de alcoolismo, mas como vou misturar uma coisa com a outra. E chega ao ponto da técnica ligar pra paciente pedindo pra sair pra beber (MARIANA– médica, 2016).

Ainda a respeito da dinâmica do vínculo, foi importante poder escolher não estabelecer vínculo com certas mulheres. Existem mulheres que são acompanhadas por alguns profissionais, mas que a relação foi descrita como insuportável. A descrição que Mariana fez da Gicélia é um exemplo interessante sobre este aspecto:

> E o da Gicélia, acho que tem a impressão mais suja, de todos os pacientes que já tive, a Gicélia é que tem. Você coloca tudo e nada funciona. Então, a gente não tem o acompanhamento da família, a família não suporta mais. A Gicélia, assim, como por conta da transferência, tem momentos que eu não quero ver a Gicélia pintada de ouro (MARIANA– médica, 2016).

Segundo os profissionais, algumas mulheres apontaram como é necessário que o vínculo terapêutico seja construído a partir das suas escolhas. Em momentos diferentes das nossas conversas, eles falaram sobre sua percepção de sentirem-se escolhidos:

“O que é interessante no caso da Almerinda é que quando ela me escolhe pra mediação, pra que eu a acompanhasse, ela passa a trazer experiências de sofrimento, de angústia, de mal-estar” (EDSON – psicólogo, 2016).

“Ela, por livre demanda mesmo, se aproximou de mim, por alguma razão e a gente começou a fazer um trabalho. Eu comecei a fazer um trabalho com ela (Almerinda) devido a esse vínculo que ela mesma quis” (ZÁINA – enfermeira, 2016).

Um outro elemento deste vínculo, está relacionado com o fato da escolha perpassar por características pessoais dos profissionais, que fazem com que as mulheres se aproximem deles e queiram estabelecer laços:

> Acho que alguma coisa, alguma característica em mim. Eu tenho uma tendência a escutar bastante os pacientes, mas eu acho que alguma característica minha jocosa, acho que às vezes um pouco rígida em alguns momentos um pouco brava.... Eu acho que ela gosta, acho que ela gosta de alguém ajude ela colocar um limite, parece ter um pouco uma figura que fique brava com ela (MARIANA– médica, 2016).

Nesse caso, nos sugere que esses profissionais poderiam suprir algumas deficiências das mulheres. Mariana, por exemplo, ao comentar sobre o caso de Sônia, lamentou a impossibilidade de ela exercer seu papel de mãe: “Então é assim, né? Triste de ver uma relação em que a Sônia, né? Fala que eu sou a mãe da Nina. Que, porque ela vai se matar, e eu vou cuidar da Nina” (MARIANA – médica, 2016).

O estabelecimento do vínculo foi descrito como importante para lidar com as questões que aparecem no caso individual, na equipe e na unidade. A importância do vínculo no caso individual de cada mulher é porque ele facilita acolher histórias e intervir no acesso ao tratamento. Segundo os profissionais, em alguns momentos, o vínculo lhes permite acolher e ouvir as histórias de vida:

> Eu vi a necessidade de acolher mais esse momento dela. Porque ela fica o dia inteiro, ela ajuda eles e isso eu achei que foi bom para ela. Foi uma força que eu fiz mesmo sem ter muito vínculo, e deu certo, entendeu? E ela começa a falar dessa coisa da dificuldade de ser mãe, ela não sabe ser mãe. Ela nunca fez uma festa para a filha (DÉBORA – assistente social, 2016).

Em outros momentos, é possível, através do vínculo, realizar intervenções que facilitem o acesso ao tratamento. Podemos perceber isso na descrição que Jane fez sobre como uma mulher que estava na cena de uso e foi trazida para o CAPS: "ele foi buscar e como ele era o médico que atendia ela, aí o... Foi lá e ela veio na hora quando viu o doutor" (JANE – técnica de enfermagem, 2016).

Essas intervenções também foram relacionadas às necessidades imediatas das mulheres:

"Tem que tomar banho que o cheiro está muito ruim e a gente não está aguentando. " Aí, ela fala assim porque, às vezes, ela fica meio tristinha "tá bom, mãe, eu vou". Ela gosta de me chamar de mãe" (Jane – técnica de enfermagem, 2016).

"Então parece que ela precisa disso [...]. Então, é assim, é um carinho muito grande que sente. Então, acho que não só essa característica que é um pouco jocoso com uma certa, eu acho, rigidez que ela obedece" (MARIANA – médica, 2016).

O vínculo com a equipe é importante porque permite que as mulheres sejam acolhidas por profissionais diferentes e construam formas de estabelecimentos de vínculos diferentes. No contexto da unidade em questão, é uma marca terem profissionais diferentes envolvidos em um mesmo caso. Edina comentou como é importante que, no momento que a mulher acessa o serviço, ela seja prontamente acolhida por qualquer profissional: "E, sempre no sentido de, assim: a Gicélia chegou no serviço, ela precisa ser acolhida. Não importa se não é o dia dela, ou se são usuários que não conseguem cumprir esse projetinho bonitinho burocratizado" (EDINA – psicóloga, 2016).

É interessante que, durante o trabalho de campo, Mariana, médica de Sônia, havia saído de licença e, nesse período, Sônia decidiu "cortar seus pulsos" como demonstrativo do que seria capaz de fazer caso a mesma não retornasse ao trabalho. Na ocorrência dessa situação, ela pode ser acolhida por outro profissional.

Também, eles entendem que apesar do fato de recorrerem a mais de um profissional, as mulheres fazem diferenciações na forma como o vínculo é construído:

> É um vínculo muito grande com a Dra. Mariana, muito. A Mariana fala o que ela tem que fazer. Isso, eu e a Andressa (técnica de enfermagem) não tem esse tanto. A minha relação com você está sendo construída. Tanto que ela fez um tapete para a Mariana cheio de coração. Para a Andressa, tinha um coração e o meu eram vários quadradinhos, porque eles estavam em construção (DÉBORA – assistente social, 2016).

Essas diferenciações aparecem porque são pessoas com características e intervenções diferentes e que podem intervir em diferentes aspectos relacionados às necessidades apresentadas pelas mulheres:

> É, acho que sim, acho que o vínculo, esse vínculo, de ter gente pra contar. Trabalho com a família com ela foi muito importante. Tem outra profissional que atende a mãe dela há anos aqui e, pelos relatos, a relação mudou muito. A mãe consegue lidar bem agora, essa usuária é psicótica também. Então, a mãe agora consegue ser acolhedora, consegue entender as questões e a relação delas melhorou muito (TATIANA – enfermeira, 2016).

> Ela produzia falas perversas e cirúrgicas, que eram verdadeiras, em relação a fragilidade dos pacientes. Então, contra--indiquei qualquer dispositivo coletivo para Almerinda. Só experiências de acolhimento individuais. Nesse caso, ela tem um vínculo muito importante com a Soraia, que é uma técnica de enfermagem, e comigo. E algumas outras pessoas. Ela chegou aqui e demandou atendimento, mas pra resolver questões muito pontuais [...]. Se olhar pra história, essa experiência de confiabilidade as pessoas da equipe melhoraram, ela reconhece não somente na Soraia, mas em outras pessoas a possibilidade de ela receber um acompanhamento e situações de urgência e de emergência de uma forma diferenciada. (EDSON – psicólogo, 2016)
> .

A importância do vínculo com a unidade está em disponibilizar ajuda a partir dos recursos que o CAPS tem a oferecer. Para Fabiane, as mulheres que estavam na cena de uso escolhem ir até o CAPS devido ao vínculo estabelecido com a unidade: “A não ser que ele já tenha uma referência aqui de estar vindo. Que a gente observa que mesmo ele estando/ tendo feito uso de crack vários dias consecutivos, quando ele se sente um pouquinho mais esgotado, ele procura o serviço” (FABIANE – enfermeira, 2016). E, para fazer uso dos recursos que o CAPS pode oferecer: “já tive pacientes que usavam, né? Pelo vínculo com serviço, ele vinha de alguma maneira- ligava para o pai/ ligava para mãe” (FABIANE– enfermeira, 2016). Em outro momento, comentou: “O paciente chega aqui na primeira vez, vai tomar um banho, às vezes, sim; a gente vai poder oferecer algum cuidado para ele. Pode ser que ele venha quando a gente remarcar, né? Aumente o vínculo com o nosso serviço” (FABIANE– enfermeira, 2016).

Existem casos em que uma mesma mulher é acompanhada por dispositivos diferentes e, nestes casos, o pedido de ajuda é direcionado à unidade com que possui mais vínculo. Edina, comentou sobre como isso acontecia com Renata, que era acompanhada pelo CAPSad III e o CAPS II acompanhava seus familiares:

> É….o nosso acordo com o CAPS II, como a família é da região lá do Mananciais, é que o acompanhamento com a família seja feito no Mananciais e a Renata seja dividida aqui entre o serviço e o CAPS II (referência da região Mananciais). Acaba que ela fica mais aqui. Mas a família é mais acompanhada pelo CAPS II, até pelo vínculo [...] Renata vincula mais aqui, nos últimos tempos. Inclusive com a médica, ela retorna pra cá, tem sido muito interessante. Ela estabeleceu um vínculo muito grande, com os usuários, os técnicos (EDINA – psicóloga, 2016).

Uma outra questão interessante foi que a importância do vínculo reside no fato deste iniciar-se fora do CAPS. Nesse sentido, foi descrito como a presença dos profissionais, que são os representantes das unidades, nas cenas de uso é importante:

> No consultório de rua é aquela situação da gente estar ali presente também, vendo até como o paciente fica sob o efeito da droga que pode ter uns casos do paciente não chegar muito assim no CAPS. Pode ser que chegue, pode ser que não, mas ele está junto. Se fazer presente, por mais que seja funcionários, mas o CAPS está ali também, né? Pode estar ajudando aumentando o vínculo com o serviço (FABIANE – enfermeira, 2016).

O vínculo terapêutico mostrou-se um fator importante e uma estratégia que proporciona acesso ao tratamento. Para ilustrar, das 9 mulheres incluídas na pesquisa, 7 delas já conheciam o CAPSad III e tinham referências constituídas com PTs elaborados. Durante o trabalho de campo, apenas 2 delas o acessaram pela primeira vez. Percebe-se que a concepção de vínculo terapêutico é extensamente debatida na literatura científica e apresentada como um aspecto importante na condução do tratamento de pessoas com problemas com drogas. Entende-se por vínculo como:

> Uma forma de o sujeito se relacionar por meio de uma aproximação com o profissional e com a própria instituição que presta o serviço de apoio e cuidado. Esse vínculo é construído pela existência de objetivos comuns (por exemplo, a busca da saúde) em uma convivência de ajuda e respeito mútuos. Vincular-se é um processo que requer o desenvolvimento de confiança e compromisso, ao longo do qual o usuário constrói a convicção de que pode contar com a atenção e o empenho do profissional. Esse processo ata, ou une, por meio de uma ligação afetiva e ética, o usuário ao profissional (ou à equipe de profissionais) e à instituição que prestam o serviço. Não significa, todavia, que você, necessariamente, tenha que se tornar amigo do usuário, mas que você construirá uma situação em que ele possa perceber que pode contar com seu interesse e seu empenho profissional (CRUZ, 2018, p. 10).

O vínculo, pode ser entendido como sinônimo de uma relação terapêutica construída ao longo do tempo, ou ainda, de relação interpessoal contínua entre paciente e cuidador, que possuem como aspectos delimitadores a confiança e a responsabilidade (CUNHA; GIOVANELLA, 2011). Na relação profissional/usuário, existe o registro de uma experiência de ter sido cuidado: "o corpo físico pode registrar a cura, mas é a pessoa enquanto ser total que experimenta o vínculo, situação inteiramente diferente de uma condição circunscrita à "erradicação do mal" (HIRCHZON; DITOLVO, 2004, p. 391).

Na fala dos profissionais nota-se que, quer tenham sido escolhidos como referência no cuidado ou quer tenham escolhido quem cuidar, todos estão apercebidos das questões que atravessam à construção do vínculo. Para Camuri e Dimenstein (2010), a reorientação do acesso ao sistema de saúde está pautada no vínculo e na responsabilização das ações coletivas e individuais.

Sob esse aspecto foi preponderante as falas dos profissionais sobre os limites que devem ser colocados na construção do vínculo e como é difícil vincular-se à algumas mulheres. Eles entendem que, na construção do vínculo, deve ser incluído o limite de como a relação entre eles e as mulheres pode se estabelecer: à exemplo do desabafo, em tom de crítica, da médica ao contar-me sobre a técnica que havia saído com a usuária para beber – a crítica estava baseada no fato desta usuária ter problemas com álcool.

Também, reconhecem que o vínculo lhes permite realizar intervenções que facilitam o acesso ao tratamento. Segundo os autores revisados, deve-se ter clareza que os objetivos do vínculo perpassam pela motivação o tratamento e o empenho na resolução de problemas. Para Picoli (2013) quando os usuários percebem a disponibilidade dos profissionais eles se sentem mais motivados para o tratamento e incentivados à fazerem mudanças.

Percebe-se que o vínculo pode ser construído com um único profissional ou com a equipe multiprofissional. No contexto do CAPSad III, uma característica marcante é terem profissionais diferentes envolvidos em um mesmo caso. Benevides *et al*. (2018) comenta sobre esse aspecto:

> O acolhimento desenvolvido pela equipe multidisciplinar compromete-se com a escuta do sujeito, empenha-se na resolução de seus problemas. Tem a finalidade de qualificar a relação entre equipe e usuário, com vistas à integralidade do atendimento ao sujeito (BENEVIDES *et al.*, 2010, p. 132).

Alguns autores comentam sobre essa forma de relação com a unidade como a principal rede operante de vinculação na vida das pessoas que possuem problemas com o álcool e outras

drogas (SOUZA; KANTORSKI; MIELKE, 2006). Para Cerqueira *et al*. (2014) a figura do CAPsad constitui o que nomeia como território existencial:

> Supõem-se saber algo sobre os usuários, eles também sabem sobre nós e sobre o serviço. Dito de outro jeito, os equipamentos e serviços não são meras paisagens de estações por onde os usuários fazem baldeações. Essas paisagens são, sobretudo, produtoras de territórios existenciais, territórios de relações micropolíticas e afetivas, isso tanto para fazê-lo restritivo e ilhas de sofrimento agudo quanto para fazê-los expansão devida e encontros (CERQUEIRA *et al.*, 2014, p. 39).

5.2.2 O cuidado com o corpo como oferta fundamental

"Do cuidado com o corpo, da fome, né?!"

Notou-se que os profissionais entendem que é da competência do CAPSad responder ao cuidado com o corpo em falência. Para eles, a falência é consequência de as mulheres colocarem seus corpos em situação de risco relacionadas ao abuso do crack.

Nas falas apresentadas, percebe-se que as mulheres chegam em situação de risco demarcada pelo seu estado de exaustão e as complicações relacionadas ao abuso do crack. Do ponto de vista dos profissionais, elas colocam seus corpos em risco: "são quadros muito descendo a ladeira [...] por exemplo, Gicélia, de não se colocar tanto em risco, muitas vezes a questão clínica, ela tá muito emagrecida, tá sem comer há não sei quantos dias" (EDINA – psicóloga, 2016). Ou porque elas "estão com muita droga no corpo [...] e quando elas chegam aqui, elas já estão meio que descendo a ladeira, né? Já estão com problemas físicos, muitas soro positivo, algumas com tuberculose, outras emagrecidas, desnutridas, faltando dentes na boca" (ZUMA – médica, 2016).

> E a Denise, realmente, no início, era magrinha, ela tinha várias infecções urinárias. A gente encaminhava pra o serviço clínico e pra ela tomar... No início, ela não conseguia ficar em casa pra tomar. Então, eu lembro que a gente encaminhou explicando toda história de dificuldade e deram alta antes de completar a antibioticoterapia e mandaram pra casa. Então, assim, a gente teve que fazer todo processo de novo porque não adiantava (MARIANA – médica, 2016).

Também, notou-se que, para eles, fica evidente, na fala das mulheres ou na forma que apresentam seu pedido de ajuda, que os cuidados relacionados perpassam por seus corpos. Além disso, no contexto da clínica AD, as necessidades relacionadas ao corpo são fatores que diferenciam homens e mulheres: "porque a mulher é vaidosa, a mulher quer estar, né? Dá um jeitinho, arrumar alguma coisinha sempre no corpo, alguma coisa e chega malcheirosa, maltrapilha, mal... Acho que é ruim talvez essa procura da demanda do serviço, talvez seja essa, não sei" (JANE – técnica de enfermagem, 2016).

Notou-se que estes profissionais entendiam que o pedido do cuidado com corpo era uma ferramenta de acesso importante:

> Juliana: Porque nem todo mundo, que vem aqui, vem com essa demanda de tratamento concreto, "preciso falar da minha questão da droga para parar de usar droga"
> Taís: E elas vêm numa questão de ... (não completo a frase)
> Juliana: Do cuidado do corpo, da fome, né? E o que vai começar agora é a dormir... tá um frio do ca*** (palavra de baixo calão) à noite. Eu fico rodando por aí, ta mais violento. Acho que vai chegar também a demanda de dormir (Diálogo com Juliana – assistente social, 2016).

Eles entendem que as mudanças relacionadas ao corpo da mulher, produzidas pelo abuso do crack apareciam no *setting* do tratamento:

> Ela diz que ela mudou muito durante a cadeia, que ela era uma pessoa muito mais pra cima, muito mais alegre e mudou muito. Agora, ela é obesa e ela não era assim, ela era magra antes. Então, ela tá mais trazendo essas questões, assim, de como reconstruir essa vida dela depois da cadeia e depois que ela usava muito crack e agora tá tendo que se haver com essas questões (TATIANA– psicóloga, 2016).

Sendo assim, os profissionais entendem que nestas circunstâncias é importante responderem ao pedido de ajuda apresentado pelas mulheres e representado pelos seus corpos. Eles entendem que esse é o cuidado que podem ofertar:

> Acho que os cuidados principais são mais relacionados ao corpo mesmo e é o que a gente consegue dar algum contorno durante o acolhimento. Normalmente, são pacientes que ficam acolhidas com muito mais frequência, que a gente consegue acompanhar mais esse momento assim. Chega aqui muito emagrecida, e consegue voltar a se alimentar, e aí ganha peso... acho que é a parte que eu consigo ver mais de perto (CARLA – enfermeira, 2016).

> [...] normalmente, as que têm um período que não tem muito o que se fazer além de cuidado básico de fome, sono, banho. O que eu percebo é que fica bastante tempo nesse momento assim, pelo menos uma semana dormindo muito, comendo muito. É uma fome muito grande, isso é muito percebido porque a gente fica no cuidado direto né, na alimentação... é uma fome incontrolável. Fica bem obsessivo assim, pela comida realmente. De querer a comida do outro, de não conseguir esperar, de antes de se alimentar já pede pra guardar a próxima refeição, se fulano não quiser comer guarda pra mim... então eu acho que tem esse primeiro momento (CARLA – enfermeira, 2016).

> Elas conseguem vir quando tão muito "doidona", você percebe menstruada e suja, tem uma coisa que traz para o serviço é ter o absorvente aqui, tem o cuidado do corpo e você não vai falar: "vai lá voltar para a cracolândia agora…", né? Elas voltam… E aí é o momento que eu acho importante, que você tem um local que a pessoa consegue tomar um banho, tá menstruada, consegue colocar um absorvente, tá com cólica, toma uma medicação para cólica, e de oportunidades de criar um vínculo, de escuta, primeiro, depois até ofertar outra coisa, saber qual é a cracolândia que fica (JULIANA – assistente social, 2016).

Por isso, os profissionais descrevem diferentes recursos que lançam mão para responder às necessidades relacionadas ao corpo das mulheres:

> A gente dá o suporte, né, a gente dá roupa, se a gente tem roupa, a gente dá roupa, se tem toalha, a gente dá, a gente oferece o que tem. Tenta dar uma refeição também, se não é possível de fazer o acolhimento, a gente bota no intensivo, com refeições de segunda a domingo. Faz o projeto amarrado, eu acho que é isso, a gente dá o que elas precisam. Claro que a gente não pode deixar elas confundirem com abrigo, a gente tem sempre que delimitar um limite, aqui é tratamento. A gente amarra isso muito com os técnicos, a gente consegue dar uma barreira entre abrigo e CAPS (ZUMA – médica, 2016).

Também, foi perceptível como o acolhimento a estas demandas, além de garantir o acesso ao tratamento, é uma maneira de fazer as mulheres retornarem ao serviço:

> A gente faz um projeto de um atendimento intensivo. Então, a gente propõe que ela venha todo dia, fique até a hora da janta para até formar vínculo com serviço, com outros profissionais e não só o médico. E eu acho que isso fortalece e ela vê que tem o cuidado, que tem um lugar que tem ajuda. E isso fortalece o desejo dela melhorar e volte ao serviço, entendeu? É basicamente isso (DOUGLAS- psiquiatra, 2016).

Eles entendem que existem particularidades no cuidado de todos os usuários acolhidos no CAPSad III. Percebem que no caso das mulheres, o uso do corpo no acesso ao tratamento, é um fator que as diferencia dos homens, e que deve ser levado em consideração na clínica AD, "as mulheres são vaidosas". Acolher este tipo de demanda é garantir o seu acesso ao tratamento. Romanini e Rosso (2014) nos ajudam a entender essa afirmativa, ao discorrerem sobre como para as mulheres existe uma diferença importante no discurso sobre o corpo. Nesse caso o corpo-forte, masculino, dá lugar ao corpo-feio, feminino:

> Um aspecto que nos chama muito a atenção é que as marcas ou cicatrizes corporais são concebidas de modos distintos para homens e mulheres. As marcas no corpo masculino representam a força e a virilidade do homem. Contudo, as mesmas marcas no corpo feminino representam um "corpo feio" (sic), não atraente (ROMANINI; ROSO, 2014, p. 977).

Para Scott (1989/1998) masculino e feminino são construções subjetivas e ao contrário do que muitos pensam, em relação ao caráter fixo das oposições binárias, não fazem parte das características inerentes do ser homem ou mulher. Para a referida autora tratar das questões subjetivas que trazem à tona o sujeito individual nos convoca à falar da organização social que estas estão inseridas (SCOTT, 1989/1998).

Entende-se que é irreal a ideia de uma categoria homogênea, capaz de abarcar todos os usuários de crack (RAUPP; ADORNO, 2011). Existem particularidades que nos distinguem dos demais:

> Embora muitos fatos particulares sobre um indivíduo sejam também verdadeiros para outros, o conjunto completo de fatos conhecidos sobre uma pessoa íntima não se encontra combinado em nenhuma outra pessoa no mundo, sendo este um recurso adicional para diferençá-la positivamente de qualquer outra pessoa (GOFFMAN, 1888, p. 51).

Percebe-se que na fala dos profissionais as particularidades das mulheres estão centradas em seus corpos, como descrito no início deste capítulo. Para Le Breton (2017) as imagens do corpo estão ligadas aos papéis sociais, emprestados pela cultura e pelas relações:

> Parece que certas diferenças físicas estatisticamente encontradas entre homens e mulheres dependem muito mais do sistema de expectativas sociais que lhes atribui preferencialmente papéis aos quais estão sujeitos os sistemas educativos e os modos de vida. Existe, além disso, uma interpretação social das diferenças (LE BRETON, 2017, p. 66-67).

Os autores que discutem as questões relativas à saúde da mulher deixam claro que a atenção integral a sua saúde deve englobar práticas voltadas para as necessidades femininas bem como as especificidades do ciclo vital. Para eles, são necessárias qualificações que abordem este debate bem como as políticas públicas de saúde para atenção integral à essa população (CORTES *et al*., 2010). Conforme expressam, em uma sociedade democrática, é fundamental reconhecer as identidades das minorias (DEBERT; GREGORI, 2008).

Ainda outros, discorrem sobre a evidência dessas diferenças nos grupos de usuários de drogas. Cook (2011) deixa claro que os usuários de cocaína e crack estão em maior risco de contaminação e da progressão do HIV e que existem diferenças dos efeitos da cocaína entre homens e mulheres, além de implicações variadas para aqueles que são soropositivos (COOK, 2011). Ele sinaliza que é necessário aprofundar os estudos que falam sobre a contaminação dos filhos de mães usuárias, através da gestação e da amamentação, que tratem sobre o cuidado pré-natal e acesso e a adesão ao tratamento desta população (COOK, 2011).

Em outros estudos também se percebe o reconhecimento destas necessidades ligadas às questões que atravessam a contaminação das mulheres pelas DSTs:

> Cabe aos profissionais da saúde abordar homens e mulheres, respeitando a sua individualidade, sensibilizá-los quanto à prevenção de ISTs/ DSTs, maternidade e paternidade responsável, e, especificamente junto às mulheres gestantes, ressaltar a importância do pré-natal e questões que abordem a saúde e a segurança da mulher e do feto (ZEFERINO *et al.*, 2017, p. 103).

5.2.3 A medicação como ferramenta de pactuações

"O que que a gente avalia quando dispensa a medicação, né? Que é uma maneira de fazer com que o paciente venha com uma certa regularidade"

Constatou-se que, para os profissionais entrevistados, a medicação é descrita como uma ferramenta de pactuações e um recurso que diminui sintomas angustiantes. Esta funcionaria como uma espécie de barganha ou moeda de troca importante que proporciona aumentar vínculo com o profissional e o serviço. Fabiane me contou sobre sua avaliação na dispensação da medicação:

> O que que a gente avalia quando dispensa a medicação, né? Que é uma maneira de fazer com que o paciente venha com uma certa regularidade e que a gente veja ele tomando a medicação, né?, Então, muitas vezes, dispensa por uma semana. Ele pode pegar o remédio, guardar e também não tomar o remédio. E a gente também não vai ver ele tomar. E, quando os pacientes estão numa intensividade, a gente oferece a medicação diária para poder fazer ele tomar. Se ele está precisando de um cuidado maior, a gente vai ver ele tomar diariamente, a gente só vai dispensar o da noite para que ele tome em casa, né? Agora, a gente [...] às vezes, também essa dispensação não é engessada. A gente pode tentar em um determinado momento, se o paciente está em uso compulsivo, tentar chamar no serviço diariamente para tentar dar a medicação, né? Às vezes, existe a possibilidade de medicação de depósito, se está difícil, de repente, o próprio paciente gente falar 'até tento tomar o remédio, mas não consigo vir todos os dias' tentar negociar com o paciente, então, normalmente pra quanto tempo você acha que [...] (FABIANE– enfermeira, 2016).

> Tiveram momentos, assim, que ela ficou sem remédio, né?, que, às vezes, tinha que passar pela consulta da médica e aí ela não vinha, né?, e queria a medicação, às vezes, pra ontem no outro dia. E a médica agendava "Não. Você vai voltar e tem que tentar cumprir o projeto". Tentava agendar em outro momento para ela perceber a importância de vir nos dias marcados (FABIANE – enfermeira, 2016).

Todavia, é perceptível como o uso da medicação como facilitador do acesso ao tratamento divide opiniões. Jane comentou sobre o caso de Roberta que frequentava o CAPsad III para tomar sua medicação para a tuberculose e, ao conseguir o medicamento, não retornava mais: "A medicação foi um motivador pela busca pelo tratamento de Roberta: ela estava vindo. Só que ela estava muito fraca. Aí, ela consegue as medicações e levou algumas medicações e tudo e não volta mais" (JANE – técnica de enfermagem, 2016). E Juliana disse que, embora o uso da medicação tivesse sido uma indicação médica, ela entendeu que não era o momento apropriado para utilizar esse recurso.

Juliana também entendeu que foi a utilização antecipada da medicação que impediu o retorno de Daniele ao CAPSad III:

> Foi indicado pela Zuma, essa demanda de medicação e eu tava tentando dar uma segurada, até porque ela tava abstinente. Aí, os sintomas que ela falava era mais uma

> ansiedade das questões da vida dela, mas que ela ia tocando aos poucos. Só que, quando medicaram, a Zuma deu a medicação, ela não voltou mais [...]. Ela não retornou desde que foi medicada e aí não voltou comigo. Acho que teve uma administração no Consultório que não consegui trazer, aí depois ela escapoliu (JULIANA – assistente social, 2016).

> Não sei o que foi. Fiquei me perguntando se foi isso do atendimento individual, falar coisas que ela não tava dando conta, ou o que ficou para ela de ser medicada, e não voltou mais, assim… O que foi eu não sei nem sei se vou saber, mas ficou para mim do marco da medicação e minha dúvida quanto as coisas que ela ia trazendo no atendimento de vida mesmo (JULIANA – assistente social, 2016).

Pareceu-nos haver concordância que a medicação possibilita que novas questões, para além do abuso do crack, pudessem aparecer no tratamento:

> Aí, no momento, assim, a medicação dá uma segurada boa e ela tá trazendo novas questões, assim… de relacionamentos amorosos. Fala que todo dia vem aqueles 5 minutos que dá muita vontade de usar, mas ela tá aprendendo a lidar com isso e depois desses 5 minutos ela diz que passa (TATIANA – psicóloga, 2016).

A medicação também apareceu como articulador das relações familiares. Fabiane comentou como a mãe de Denise, Renilda, frequentava assiduamente o CAPSad para ser atendida e pegar a medicação da sua filha, que se encontrava presa:

> Ela ficava triste pela situação da filha estar presa. Depois, ela foi acompanhando esse aumento de peso da filha, né? Mesmo assim, por mais que ela tenha ficado presa, demandou muito da Renilda também de uma outra ordem, mas demandou. Ela tinha que ir várias vezes ao presídio, ora em Bangu depois foi mudando, de 15 em 15 dias, ela tinha que levar medicação, fazer visita, levar os mantimentos para ela (FABIANE – enfermeira, 2016).

Os profissionais apontaram para o fato de que a escolha pelo médico responsável pela prescrição medicamentosa não é tarefa simples porque não se trata apenas do medicamento, mas também quem o prescreve: "Ela (Renata) gosta muito da Zuma. Inclusive, ela começou a montar um delírio de que o remédio da Zuma ia curar ela. Começou a ficar muito bem, tava fazendo um movimento muito interessante em relação à Zuma e em relação aqui ao CAPS III" (EDINA – psicóloga, 2016). E Zuma comentou sobre o mesmo fato:

> Aí, teve que ter toda uma articulação entre eu, a terapeuta dela [...]. Convencer a médica a abrir mão do tratamento dela, pra gente fazer um acordo para nesse momento ela deixar medicar por aqui, pra Renata estabilizar, organizar e depois ter uma futura conversa com ela, que a Renata pode passar isso para ela, que não tava bem com as medicações, que tinha ficado melhor com as medicações daqui, com o suporte daqui, que ela queria ficar aqui e na UA, e a gente conseguiu, e agora ela tá lá e ela tá bem (ZUMA – médica, 2016).

Reconheceu-se também que a medicação tem como finalidade reduzir os sintomas angustiantes relacionados ao contexto de vida das mulheres e ao quadro psiquiátrico. É importante pontuar que os médicos reconheceram que "não exista nenhum medicamento específico" (DOUGLAS – médico, 2016) e não se tenha um "específico para o crack" (MARIANA – médica, 2016). Também, que alguns desses sintomas estão relacionados às circunstâncias de vida das mulheres: "porque elas estavam em situação de violência. E, então, tinha dificuldade de dormir, não tinha como e ainda usando crack. Mas, agora, e tirei a medicação" (DOUGLAS – médico, 2016). Ou, porque estão na rua: "eu acho que nessa questão do paciente se manter em um espaço seguro, a questão da medicação pode estar ajudando também, muitas vezes eles estão na rua" (FABIANE – enfermeira, 2016).

E, em outros momentos, diminuem os sintomas relacionados ao quadro psiquiátrico:

> A Gicélia, pra mim, tem um certo comportamento psicótico. Embora pareça um pouco histriônica, mas vejo como psicótica extremamente desorganizada, completamente desamparada, parece uma criança que chega aqui tem que ser atendida na hora. E abre a boca e quer tudo. A Sônia, né? Que a gente tá falando um pouco sobre ela, eu vejo também como psicótica com característica mais maníacas, dificuldade em lidar com o dinheiro. E, a Denise, fico pensando talvez em uma melancolia, né?, Um quadro bem *down*, bem pra baixo com dificuldade muito grande de descolamento da mãe. Em todas elas, os medicamentos são de todas as classes, não tô lembrando exatamente quais, mas são de todas as classes que a gente tem (MARIANA – médica, 2016).

Para Conrad (2007) partes cada vez maiores da vida tem se tornado medicalizadas: "a medicalização de todos os tipos de problemas da vida é agora uma parte comum da nossa cultura profissional, de consumo e de mercado" (CONRAD, 2007, p.14). A expansão da jurisdição médica tem demonstrado um aumentado do número de categorias de diagnósticos medicalizáveis (CONRAD, 2007). Para o referido autor, trata-se de uma máquina que envolve diferentes categorias profissionais, organizações e grupos sociais (CONRAD, 2007). Ele deixa claro seu ponto de vista sobre essa questão:

> O que discuto aqui são questões inerentes à medicalização de problemas humanos, independentemente de quaisquer "benefícios" potenciais da medicalização. Em outras palavras, há certas consequências sociais da medicalização, independentemente de qualquer benefício médico ou social (CONRAD, 2007, p. 147).

Através da medicação retira-se a possibilidade de o sujeito responsabilizar-se pelos seus atos. Para Conrad (2007) o deslocamento de responsabilidades deve ser levado em consideração, em especial, em usuários de álcool e outras drogas pois possui ramificações

socias. Para os profissionais entrevistados, o uso da medicação, ajuda às mulheres a trazerem questões sobre suas histórias de vida que vão para além do abuso do crack.

Autores diversos discorrem sobre o uso de medicações para lidar com os sintomas relacionados ao abuso do crack. Para Daniulaityte *et al.* (2010) o uso de crack aumenta sintomas depressivos. Em seu estudo foi identificado que as mulheres usuárias de crack possuem taxas mais altas de sintomas depressivos quando comparados aos grupos de homens. Em grupos de usuários de drogas, evidencia-se que as mulheres tiveram mais diagnósticos de depressão e os homens de transtorno de personalidade (KOPETZ *et al*., 2014).

Percebe-se que em usuários de múltiplas drogas, a associação de diferentes drogas pode está associada ao alívio dos sintomas angustiantes provocados pelo crack. Ribeiro, Sanchez e Nappo (2014) comentam que o álcool é uma das estratégias mais utilizadas por usuários de crack para aliviar sintomas paranoides transitórios, sobretudo amenizando o medo e a agressividade.

Também existem divergências sobre esse assunto nos achados da literatura. Para Romanini e Roso (2013) se o profissional da saúde classifica o sujeito como um dependente químico, que possui uma doença crônica e incurável, encontrará uma justifica razoável para pensar no alívio do sintoma através da medicação aliada à internação. Os autores afirmam que este é um fator que "depende também da relação que o sujeito estabelece com cada substância" (ROMANINI; ROSO, 2013, p. 493).

5.3 O que facilitaria o acesso das mulheres ao CAPS AD

5.3.1 Desburocratização, flexibilização e o trabalho das miniequipes

"Acolher esses usuários que não conseguem cumprir estes PTSs perfeitinhos"

O modelo de atendimento que entendem ser fundamental para garantir o acesso ao tratamento das mulheres deve estar pautado nas particularidades das mulheres, a partir do trabalho desburocratizado e flexível. Além disto, este modelo deve priorizar a lógica das miniequipes. Para eles, as diferenças individuais entre as mulheres devem ser contempladas no tratamento na clínica AD. Záina e Edson comentaram como percebem essas particularidades:

> A Almerinda tem uma resistência ao novo, eu acho que ela resistiu muito ao novo, [...] A Gicélia, a gente conseguiu inseri-la em um projeto do bairro dela, ela tava pagando hidroginástica e algumas coisas assim. E a Almerinda, ela já não aceita, ela se faz muito reclusa (ZÁINA – enfermeira, 2016).

E Edson, que fazia atendimentos regulares de Almerinda, definiu como pensa na condução do tratamento das mulheres: “acompanhar os pacientes naquilo que se diz respeito à singularidade deles” (EDSON – psicólogo, 2016).

Para eles, nesse modelo de atendimento, deve-se ouvir e construir um cuidado novo a partir das suas demandas que incluem: o uso do crack, as recaídas, os relacionamentos, os problemas sociais, etc. O lugar do novo é o que rompe com o imaginário profissional. Mariana comentou sobre sua expectativa e o que Gicélia tem construído: “A gente imaginou talvez uma coisa interessante que ela se aproximasse da família, né? Tanto é que ela só volta mais ou menos depois de seis meses e aparece do nada aqui” (MARIANA– psiquiatra, 2016)

Sob esta prerrogativa que o trabalho desburocratizado assume seu lugar de importância no modelo de atendimento, pois deveria contemplar as reais e imediatas necessidades apresentadas pelas mulheres. Por isso, pareceu-lhes que, sob a perspectiva dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTs), o que teriam a oferecer seria um engessamento do tratamento. A fala da Edina exemplifica esse entendimento:

> Não importa se não é o dia dela, ou se são usuários que não conseguem cumprir esse projetinho bonitinho burocratizado [...] a gente tem se preparado, tem tentado, algumas pessoas da equipe, a poder acolher esses usuários que não conseguem cumprir esses PTSs perfeitinhos (EDINA– psicóloga, 2016).

Tal exemplo, entre tantas falas semelhantes, nos faz entender como os atendimentos individuais devem ter como premissa as necessidades de cada mulher. Para eles, em termos mais concretos, isso incluiria uma certa flexibilidade, ou seja, dar lugar a definir e redefinir em momentos distintos como seria conduzido seu tratamento. Edson, ao me contar sobre o caso de Almerinda, ponderou como mantém esta flexibilidade: “eu fui mudando ao longo do tempo, fui mudando muito rápido no início do tratamento” (EDSON – psicólogo, 2016).

Percebe-se que, para eles, desburocratizar significa respeitar seus desejos, dentro de um contexto fluido e que se modifica a todo momento. Uma outra nomeação similar, que pode ser entendida como um sinônimo de desburocratizar, é “fugir dos quadrados”:

> Na verdade, a gente tenta não deixar.... Não é que não existe uma regra, não é receita de bolo, mas o que é que a gente faz é tentar não encaixar todo mundo nos quadrados. A gente tem que entender que o ser humano não é... Cada ser humano é um ser humano. A gente fala tanto de subjetividade, de respeitar o desejo do outro e a gente chega e faz um serviço que todo mundo tem que 11h você come (MARIANA – médica, 2016).

Eles entendem que a desburocratização está diretamente relacionada com a postura flexível que o serviço deve exprimir. Uma das questões que surgiram se relaciona às pactuações relativas à rotina da unidade. Dois aspectos foram levantados: o horário estabelecido para o tratamento e a necessidade do almoço estarem estabelecidos no PTs. Mariana e Fabiane comentaram sobre isso em tom queixoso:

> Eu acho que é o seguinte: é o que é possível para aquele sujeito naquele momento e não está sendo assim. [...] Tá bom, não é possível você vir aqui às 7h da manhã. Mas por que não é possível? Ah, o cara dorme muito tarde, dorme um sono horrível porque está na rua e não pensa você que é um sono tranquilo; você estar na rua, você está muito vulnerável e você tem que.... Você dorme aquele sono que a gente chama de sono de prontidão (JULIANA– assistente social, 2016).

> O papel do almoço no CAPS tem o seu papel que no caso o paciente que vai ficar aqui o dia inteiro precisa almoçar. Se ele vai fazer uma atividade de manhã e outra à tarde não vai poder ficar em jejum, ele tem que almoçar. Mas, às vezes, para o paciente, né?; que, às vezes, pode ser que ele fique só de manhã aqui, às vezes, esse almoço pode ser muito importante para ele. Mas devido a situações de... situações até de parte de administração, né?; não dá para contemplar todos, né?, a gente vem... Vê o almoço em função do CAPS; do tratamento dele, do projeto terapêutico dele, se é pertinente ele almoçar ou não" (FABIANE – enfermeira, 2016).

A partir dessa perspectiva, entendem que o excesso de organização e regras poderiam trazer experiências de sofrimento para as mulheres. Jane teve uma fala interessante sobre o que não deu certo no tratamento da Renata:

> Acho que talvez não tenha faltado. Acho que foi muita coisa demais pra Renata, uma organização super perfeita, né?; uma organização de vida diária, né?;uma organização de vida na sociedade. Eu acho que foi muita coisa de uma vez para Renata, né? E, talvez o que ela não tenha sustentado essa coisa de tanta organização e de...ela saber que no final da conta, onde isso daria. Porque a gente sabe que a Renata não teria condições, né?; talvez por parte do próprio pai em si retornar pra casa (JANE– técnica de enfermagem, 2016).

Benevides *et al.* (2010) sinaliza que desburocratizado pode ser no sentido resolutivo da prática, a saber: "produzir cuidado não é atuar de forma burocrática e mecanicista, e sim perceber que o caráter individual do sujeito tem importante relevância no dinamismo do cuidado" (BENEVIDES *et al*., 2010, p. 133). Para Benevides, a prática clínica exige a todo momento instrumentos e ações resolutivas, por isso, precisam ser desburocratizadas (BENEVIDES *et al*., 2010). Gomes e Mehry (2014) concorda e afirma que a desburocratização é peça chave no acesso ao tratamento:

> Verificamos também de que a produção de acessibilidade e barreira no cuidado em saúde mental relacionava-se ao processo de trabalho da equipe e sua micropolítica, ou

> seja, com as possibilidades dessa equipe reinventar seus trabalhos cotidianos, de produzir apostas de cuidados que vão para além dos territórios estritamente de saúde (GOMES; MEHRY, 2014, p. 129).

Para esse modelo de execução, a equipe deve estar alicerçada na proposta de tratamento a partir das das miniequipes de cuidado. As miniequipes eram constituídas por profissionais diferentes que se reuniam para acompanhar um único caso. Assim, os atendimentos eram conduzidos, preferencialmente, por mais de um profissional, através das consultas compartilhadas. Em especial, o acolhimento inicial, ou primeiro atendimento, era realizado sempre por uma dupla de profissionais ou até mesmo três deles.

Os profissionais entendem que as miniequipes ajudam a enfrentar o excesso de demandas e a sobrecarga dos seus atendimentos. Mariana, que é psiquiatra e possui um número elevado de atendimentos individuais, comentou: "E tem essa dificuldade de atender o paciente toda semana, porque precisam de mim, [...] Então, por mais que eu queira estar com alguns pacientes, eles precisam de outras referências" (MARIANA – médica, 2016).

Nas falas dos profissionais, foi possível perceber que uma característica interessante dessa lógica também é lidar com os casos de difícil manejo: "há também uma coisa interessante que são os atendimentos em conjunto. Nos casos muito difíceis" (MARIANA – médica, 2016). Para ela, sua miniequipe poderia ser descrita como as "meninas superpoderosas".

Além disso, a lógica da miniequipe permite que se mantenha o tratamento das mulheres nos momentos de ausência do profissional de referência: "Então ela tava vindo até a Mariana sair de licença, só pra Mariana em atendimento individual" (DÉBORA – assistente social, 2016).

Essa lógica permite que esta troca entre os profissionais dê lugar a possibilidade de dividirem suas angustias em relação ao tratamento das mulheres usuárias de crack, em especial, a frustração relacionada às recaídas. Mariana repetiu para mim o que já teria dividido com sua miniequipe:

> Por mais que ela ainda deve estar se prostituindo dessa última recaída, então, é assim, talvez esse sentimento de falha muito grande, né? "O que mais a gente não tá sabendo fazer? Existe alguma coisa, assim, até que ponto é o limite, assim, a gente está dando máximo e até que ponto, assim, esse outro é com o paciente, por que não é possível?! Até que ponto a gente não está funcionando pra ela, por quê? O que a gente tá fazendo de errado? Como funcionar? (MARIANA – psiquiatra, 2016).

Todavia, a lógica da miniequipe possui algumas barreiras, entre elas, o entendimento de que são os profissionais referência das mulheres que podem decidir sobre a condução do seu tratamento. Juliana comentou como essa questão repercute na equipe como um todo:

> A gente nem fala que não concorda porque já tá automático, quem toma mais ou menos a direção é a referência. Ou então alguém que fala: "gente, foi pra isso que eu trouxe, é para a gente pensar. Não tô falando que é isso, tô falando pra gente pensar...". Porque a gente não consegue e tem uma galera que já tá há muitos anos no serviço e já se conhece muito e já quase sabe o que o outro pensa quando acontece umas situações e nem fala (JULIANA – assistente social, 2016).

Notou-se que o trabalho na lógica das miniequipes esbarra em todo momento com os limites da formação, que definem as prerrogativas na proposta de condução do tratamento. Essas prerrogativas são particulares à formação de cada profissional e aos seus referenciais teóricos.

Alguns falaram do quanto valorizam os seus referenciais teóricos: "Ela implica em prerrogativas teóricas, que no meu caso é a psicanálise que eu optei todo um trabalho de foco na singularidade, [...] enquanto sujeito puder responder por si às coisas que ele produz" (EDSON – psicólogo, 2016). Esse referencial que define como será conduzido o tratamento individual: "a minha posição também de manter esse conflito psíquico, e não apaziguar angústia, não apaziguar esse sofrimento, de manter ela nessa possibilidade de fala, de queixas" (EDSON – psicólogo, 2016).

São esses referenciais que os permitem tirar conclusões sobre as relações que as mulheres estabelecem:

> E ela traz uma fala de sofrimento em relação a esse animal que ela ama muito, que é o cachorro. Ela se [re] situa na vida, e acho que é uma forma de enfrentamento. Cuidar do cachorro, se queixar dos filhos, se queixar da irmã e trazer a história dela presente como uma tentativa de se situar frente ao mundo, de um outro lugar, de um lugar mais deslocado da droga em si mesmo (EDSON – psicólogo, 2016).

Para outros, existem medidas práticas e necessárias que utilizam nos seus atendimentos, a exemplo, de como Jane utilizou o recurso de organização do quarto e de culinária para diminuir a urgência no uso do crack, conforme narrado por ela:

> Olha, ela já tinha uma semana antes que ela chegou para mim e falou – 'Jane, tô com vontade de usar!'[narrando a Renata]. Aí eu falei – 'ta com vontade de usar?' (Jane perguntou). 'Eu tô com vontade de usar!' [Respondeu Renata]. Aí, falei para ela o que a gente faria com aquilo, sabe? Aí, ela falou assim –'se eu for usar, não vou conseguir parar!' [Reproduzindo a fala da Renata]. 'Então, vamos focar em outra coisa' [Respondeu Jane]. Aí, a gente começou a fazer coisas na cozinha: massa, bolo.. Daí, ela se animou e comeu compulsiva porque ela estava com vontade. Mas aí, foi aquela semana meio complicada, assim...tipo... Ela comentava comigo e com outro –'quero ir embora' [Fala da Renata] (JANE – técnica de enfermagem, 2016).

Percebeu-se que as prerrogativas teóricas legitimam as intervenções no caso a caso das mulheres usuárias de crack. Fabiane comentou sobre como tem pensado a necessidade da

intervenção na dinâmica familiar a partir da relação que Denise estabelece com sua mãe: "Então, a gente tenta trabalhar o comportamento da mãe de lidar com essas situações, né? Tentar perceber também pequenas melhoras que, para a mãe dessa paciente, ela acha que a melhora é não ver sua filha mais usando droga, né? Ficando em casa e trabalhando, mas "se vê" que isso não será possível" (FABIANE – enfermeira, 2016).

Alguns autores falam sobre a importância do trabalho em equipe na descentralização dos atendimentos e no compartilhamento de experiências. Camuri e Dimenstein (2010) afirmam que a partir da descentralização médico-paciente, "as equipes podem desenvolver maiores vínculos com os usuários e a comunidade, em especial, com a ajuda dos agentes comunitários de saúde" (CAMURI; DIMENSTEIN, 2010, p. 809). E Hirchzon e Ditolvo (2004) identificam esse trabalho como fonte de troca de experiências e vivências:

> O trabalho em equipe dá respaldo aos profissionais que podem compartilhar suas dúvidas, impotências e fracassos, assim como participar de suas vitórias. O aprender se dá a partir da vivência dos profissionais no próprio grupo, no qual experienciam situações de receptividade às suas necessidades (HIRCHZON; DITOLVO, 2004, p. 387).

Trabalhar em equipe não significa abdicar das particularidades de cada profissão, mas utilizar a cogestão para assegurar saúde de qualidade para quem necessita (BENEVIDES *et al.*, 2018). Trata-se de uma oportunidade de romper com a "tendência fragmentadora e desarticulada do processo de conhecimento justifica-se pela compreensão da importância da interação e transformação recíprocas entre as diferentes áreas do saber" (HIRCHZON**;** DITOLVO, 2004, p. 388).

Esse trabalho em equipe lida a todo o momento com os limites da formação de cada profissional. Para Sarti (2010) a noção de "interdisciplinaridade" implica um diálogo entre disciplinas, cuja condição de possibilidade está em deixar claro as diferenças disciplinares, a partir das fronteiras que separam e aproximam os saberes, "na busca da equidade dos postulados de um campo diante do outro" (SARTI, 2010, p. 78). Trata-se de pensar o encontro possível supõe e o reconhecimento da alteridade: "a identificação anula o outro, em lugar de reconhecê-lo o primeiro movimento em direção ao diálogo é o da separação" (SARTI, 2010, p. 78).

5.3.2 Análise crítica da proposta do atendimento em grupo

"A gente tenta amarrar o grupo, tem pouca adesão, é muito rotativo"

Os atendimentos em grupo foram descritos como ferramentas potentes de cuidado. Observou-se que a escolha da proposta de grupo na condução do tratamento esteve referenciada no entendimento de que esta é mobilizadora de uma força coletiva: "uma oficina tem que ter esse viés de uma potência coletiva" (EDSON – psicólogo, 2016).

Essa mobilização que o grupo pode fazer é permitir que as questões individuais sejam pensadas dentro do coletivo. Juliana afirmou como o grupo é importante para desconstruir alguns imaginários individuais:

> Acho, estrategicamente, a gente tá pensando nessa coisa do individual e do coletivo no espaço da supervisão, o que significa... Aquilo que a gente vai ofertando, e com ele mesmo, do que eles estão pensando e desconstruir alguns imaginários que ele tem (JULIANA – assistente social, 2016).

Outro fato é que o grupo permite se identificar e compartilhar escolhas que não estejam restritas ao abuso do crack, por isto pode ampliar recursos individuais. Carla, enfermeira, afirmou que uma característica interessante da produção do grupo é "ter um outro tipo de projeto que não a droga" (CARLA – enfermeira, 2016). Sobre esses recursos, Juliana afirma:

> Então, acaba que, se aquela pessoa que tava inserida nesse universo consegue falar sobre outras coisas, fazer um passeio dentro do CAPS, estar inserida num grupo, ter um outro tipo de projeto que não a droga, já é um ganho. Então, isso é mais uma redução de danos. Assim, não é algo que se consiga ver de imediato não (JULIANA– assistente social, 2016).

Identificou-se que os grupos possibilitariam dar fluidez aos atendimentos individuais. Mariana, que é psiquiatra, falou sobre as demandas de atendimentos:

> E tem essa dificuldade de atender o paciente toda semana, porque precisam de mim, né? Então... e como é que eu tô na corda bamba. Então, por mais que eu queira estar com alguns pacientes, eles precisam de outras referências, precisam de uma terapia, ou individual ou em grupo ou alguma coisa, porque, assim, geralmente é difícil ter esse tempo pra conversar, né? (MARIANA– psiquiatra, 2016).

Todavia, foi evidente a ausência das mulheres usuárias de crack nos grupos terapêuticos e sobretudo no grupo de mulheres. Dentre os grupos terapêuticos, havia um específico destinado somente às mulheres da clínica AD. O grupo acontecia às terças-feiras à tarde no CAPSad III e foi definido como uma importante ferramenta para se falar sobre as questões específicas da mulher.

O grupo de mulheres foi apontado como uma importante ferramenta de cuidado porque permite que sejam tratadas de questões que dizem respeito ao feminino. Záina o caracterizou como o grupo que objetivava "alcançar esses inalcançáveis".

Percebe-se que os profissionais o descreveram como o local para se tratar, valorizar e empoderar as falas sobre as questões do universo feminino:

> Aí, a gente dispõe de vários aqui. A gente tenta amarrar um grupo de mulheres, que eu acho muito importante participarem, porque é um lugar que elas podem trocar exatamente isso, né? Tudo aquilo que elas sentem, elas não vão ser julgadas pelos homens, eles não vão ter palavras para aquele momento, são só elas falando com mulheres orientando. Então, acho que é um projeto bem legal (ZUMA- psiquiatra, 2016).

Em contrapartida, na prática do serviço, observei um esvaziamento do grupo de mulheres. É importante pontuar que das quatro tentativas que fiz em participar do grupo, apenas uma delas houve o número de participantes suficiente – três mulheres – para que o grupo pudesse acontecer. Quando havia apenas duas delas, o grupo era revertido em atendimentos individuais. Esse esvaziamento foi reconhecido pelos profissionais e descrito em falas que refletiam sua angústia:

> É um grupo de mulheres usuárias de álcool e outras drogas. Tem pouca adesão, muito rotativo, nem sempre as primeiras conseguem permanecer nesse grupo. Mas, tem algumas que são fiéis ao grupo, e o que eu acho que acontece é que as mulheres têm umas atividades que os homens não têm, né? (ZÁINA– enfermeira, 2016).

Para eles, as mulheres não acessavam o grupo e, as que conseguiam ir, não mantinham uma adesão ao mesmo, porque parecia haver uma preferência por elas nos atendimentos individuais. Em momentos distintos, a própria coordenadora do grupo referiu que: "Ela (Almerinda) tem baixíssima adesão a grupo, pelo menos comigo, grupo de mulheres. Mas, ela fala muito comigo, ela me procura para atendimentos individuais" (ZÁINA – enfermeira, 2016).

Uma estratégia descrita foi a de alocar o atendimento individual após o horário do atendimento em grupo: "O grupo é de terça-feira. Tento encaixar ela no grupo e logo depois tenho uma conversa individual" (ZÁINA – enfermeira, 2016).

Um fator que aumenta o esvaziamento é a atitude de alguns profissionais em optar por não indicar a modalidade. Para eles, ainda que não haja uma contraindicação formal, é perceptível a inadequação delas para o grupo. Débora comentou sobre a inadequação de Sônia para o grupo: "Ela não é um paciente de ficar em uma oficina terapêutica, nem ficar sentada em

um ambiente de atendimento. Ela tem que se sentir útil, entendeu?" (DÉBORA – assistente social, 2016). Edson também comentou sobre essa inadequação:

:

> Então, o que é curioso é que a estratégia do projeto terapêutico da Almerinda, eu fui mudando ao longo do tempo, fui mudando muito rápido no início do tratamento. Eu percebi que dispositivos em grupo não funcionavam para Almerinda. Ela produzia falas perversas e cirúrgicas, que eram verdadeiras, em relação à fragilidade dos pacientes. Então, contraindiquei qualquer dispositivo coletivo para Almerinda. Só experiências de acolhimento individuais (EDSON – psicólogo, 2016).

Além disso, pode relacionar-se ao entendimento por parte das mulheres de que a permanência delas seja condicionada pelo controle do uso do crack. Segundo os profissionais, essa é uma necessidade que as mulheres impõem a si próprias: "as mulheres vêm para a atividade do grupo e elas ficam enquanto elas estão tendo controle ainda sobre o uso. Quando ela perde esse controle e o uso se torna muito mais frequente, elas acabam abandonando, elas se entregam e vão" (ZÁINA – enfermeira, 2016).

O requisito da abstinência para o dispositivo grupal foi descrito por diferentes profissionais:

> Fico pensando que talvez um dos principais fatores, embora a gente entre nessa clínica sabendo disso, é ver o grupo que vai sair limpo de uma hora pra outra. Tem recaídas e recaídas, né? Tem recaídas horrorosas que a pessoa fica se prostituindo mesmo, mesmo como o caso da Gicélia, né? (MARIANA – psiquiatra, 2016).

Tais relatos parecem ter relação com tratamentos anteriores em que essas mulheres foram submetidas. Záina, por exemplo, falou sobre a idealização que Almerinda tem do grupo sob a perspectiva da autoajuda: "ela fala muito do NA (Narcóticos Anônimos), ela participa de alguns grupos. Então, ela fala do desejo e do sincero desejo, ela fala que tem o desejo de parar de usar drogas, mas que esse desejo não é o sincero desejo" (ZÁINA – enfermeira, 2016).

Nos grupos, as mulheres precisam lidar com o estigma de serem usuárias de crack. O grupo, que é potente na fala do coletivo, reproduz o viés do estigma e da moralidade social perpetrada na imagem dos usuários de crack e, sobretudo, das mulheres. De acordo com Záina:

> Acredito que o crack seja uma droga que... A mulher que usa droga é uma mulher bem marginalizada. É mais fácil para o homem, uma questão cultural, o homem não é tão mal visto quanto uma mulher dependente. Não aquela que faz o uso e exagera um pouquinho, mas uma mulher dependente, ela é muito mal vista. E, dentro do grupo dos toxicômanos mesmo, as usuárias de crack mesmo são muito malvistas. As que usam cocaína, elas falam e tal, mas as usuárias de crack elas são mais... são quase colocadas em escanteio dentro do grupo. Algumas falam mesmo de estar na

> cracolândia, naquela situação toda, eu acho que é por isso... essa marginalidade dentro do grupo de toxicômanos mesmo, onde todos deveriam ser visto como iguais, tem esse desprezo. Acho que a melhor palavra é essa (ZÁINA– enfermeira, 2016).

Os profissionais reconheceram que é preciso rever a forma como estão conduzindo os grupos. É necessário rever continuamente o modelo que os grupos, de um modo geral, são organizados. Para Edson, essas questões o fizeram repensar sobre a condução do dispositivo grupal:

> Eu tenho tentado conversar com a equipe. O CAPS não tem esta contradição. Eu até suspendi um dispositivo que eu faço, o grupo terapêutico, a duras penas, pra tentar pensar nesse dispositivo protetor. Não é só com intenção psiquiátrica de trabalhar o pragmatismo. Ele tem a ver com uma questão que seja uma vulnerabilidade programática que nada mais é o estado não podendo se organizar, se estruturar, no sentido de acompanhar os pacientes naquilo que se diz respeito a singularidade dele a final de contas, e ao mesmo tempo ampliar esse horizonte subjetivo no território (EDSON– psicólogo, 2016).

Juliana fala sobre essa necessidade relativa aos demais grupos: "a assembleia era mensal. Aí, ficavam coisas enormes para serem discutidas e levava um mês. Acho uma estratégia é mesmo assembleia semanal para ser discutidas coisas do coletivo que eles tentam levar para o individual" (JULIANA – assistente social, 2016).

Um grande impeditivo do acesso foi a constatação de que a maior parte dos grupos eram realizados dentro do CAPSad e, em ocasiões específicas, fora do serviço. Somente Tatiana e Renato comentaram sobre essa possibilidade. Tatiana, por exemplo, falou que uma das formas de se trabalhar na rua é através das oficinas nas cenas de uso: "A gente vai lá para justamente fazer a divulgação do CAPS, para fazer ações de promoção de saúde, né? Então, essa redução de danos, promoção de saúde, aconselhamento, acompanhamento e atendimento lá mesmo na cena e oficinas nas cenas" (TATIANA– psicóloga, 2016).

Diferentes atividades realizadas na modalidade de grupo e na rua fora descritas pelos profissionais: "A gente faz oficina de pipa, oficina de música, ceia de Natal, festa junina, oficina de percussão na cena, né. E aí, quando a gente faz essas oficinas maiores, assim, sempre chama outras pessoas que queiram fazer isso junto. Fazer um grande acontecimento para que as pessoas vão" (TATIANA – psicóloga, 2016).

É possível perceber que os grupos fazem parte do cotidiano da vida das mulheres que se encontram nas cenas de uso. É notável a fala de Renato, que possui uma larga experiência no seu trabalho como redutor de danos:

> Então, o que vai desde "os quartos são meus e você pode ficar aqui" e aí vem uma porcentagem em cima daquilo que ela trouxer, né? Ele gerencia mesmo isso ou que em contrapartida também cuida. E aí, é também um lugar de prostituição. Porque a rua é um lugar muito perigoso e a mulher que se coloca na rua tem que, ela na sua grande maioria, ela tem esses espaços de proteção. Ela acaba achando que a pessoa que vai proteger ela ou grupo que é o grupo que protege, tá entendendo? Ou são essas pessoas de referência que são pessoas que na cenas de uso são chamados de paizão e mãezona (RENATO – redutor de danos, 2016).

A de permanecerem em grupo esbarra na questão da violência nas ruas e da necessidade de proteção. A mulher se sente desprotegida e vulnerável às situações de violência e, por isso, escolhe permanecer em grupos:

> Chegou, estava bem, chegou novinha, chegou. Alguém está de olho, alguém está olho para proteger, para dá proteção. Que seja uns caras que estão num grupo paralelo ou esses caras antes têm uma ligação com esse grupo paralelo, mas não são do tipo paralelo, ou seja, eles não são os que vendem droga (RENATO – redutor de danos, 2016).

Benevides *et al*. (2010), em seu estudo sobre as práticas e os saberes envolvidos nas abordagens terapêuticas grupais e suas articulações com a produção do cuidado em saúde mental, refere que o grupo terapêutico tem como objetivo potencializar o compartilhamento de diálogos e experiências que interferem na melhoria do modo de vida individual e coletivo. Essa abordagem interdisciplinar possibilita uma prática clínica humana, equânime e resolutiva (BENEVIDES *et al.*, 2010). Elementos diferentes da clínica são lançados com abordagem através dessa modalidade de atendimento, tais como: vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia (BENEVIDES *et al*., 2010).

Nos grupos estão presentes diversas formas de dominação. Os princípios de força, sejam elas materiais ou simbólicas das relações de dominação masculina, são perpetuados pelas ações políticas das igrejas, escolas e estado (BOURDIEU, 2002). Tanto nos grupos mistos quanto nos grupos de mulheres esses valores estão presentes (VERNAGLIA; VIEIRA; CRUZ, 2015).

Não se espera homogeneidade nos grupos, mas o aparecimento de demandas diferentes. As mulheres, por exemplo, no grupo de medicação apresentam dúvidas sobre a interferência dos psicotrópicos na amenorreia e na gravidez. Já os homens, lhes preocupa a impotência provocada pelo uso das medicações (RIBAS; BROESTEIN, 1999).

Os profissionais entrevistados, em especial, aqueles que fazem um trabalho frequente nas cenas de uso, afirmaram que o grupo na rua seria a estratégia de maior impacto no acesso ao tratamento das mulheres usuárias de crack. Para eles o trabalho na rua é produtor de acesso.

O grupo nas cenas de uso tem a possiblidade de lidar com as questões do estigma da mulher usuária de crack e motivá-la para o tratamento. Para Bastos e Faerstein (2013) "ter fortes

conexões com determinadas identidades de grupos pode amenizar o estresse da discriminação, prevenindo que estereótipos negativos afetem a imagem que os indivíduos têm de si mesmos" (BASTOS; FAERSTEIN, 2013, p. 122). Para eles, os grupos despertam emoções e reações semelhantes entre os indivíduos (BASTOS; FAERSTEIN, 2013).

O autor faz a distinção entre preconceito, estereotipo e discriminação. Preconceito pode ser entendido como uma atitude que requer um componente cognitivo que se refere às crenças construídas sobre uma determinada categoria social e pode ser dirigida à um indivíduo ou à um grupo. O autor retoma Gordon W Allport e diz que o preconceito pode ser sentido ou expresso e está baseado em generalizações sempre errôneas e inflexíveis (BASTOS; FAERSTEIN, 2013).

5.3.3 Ampliação do trabalho na rua

"Não dá certo deixar vir por conta própria ao CAPS, ele não vem"

Percebeu-se que os profissionais entendem que o trabalho na rua é importante para garantir o acesso ao tratamento das mulheres usuárias de crack. Eles reconheceram que sem o trabalho territorial é impossível fazer o devido acompanhamento das mulheres: "A importância desse trabalho que você vai lá, porque elas não chegam no serviço. E, então, você começa a levar o serviço para elas e isso começa a produzir efeito" (RENATO – redutor de danos, 2016).

Os profissionais reconheceram que a importância fundamental está relacionada com o fato de que o trabalho na rua é produtor de acesso. É necessário mudar a perspectiva de trabalho, sair da caixinha, ou realizar ações fundamentalmente extramuros:

> A pessoa que já está na rua e está no uso intenso, ela não tem organização para isso. E o serviço está muito fechado em caixinha e esse é um grande problema. Porque são pessoas que rompem de fato com a casa e vão para rua que é mais intenso ainda. Essas pessoas estão ali por algum caso. Alguma coisa dentro da sua individualidade dele não conseguiu suportar as regras. Essas regras ficaram estabelecidas, não conseguiu suportar o estado dele vindo colocar em caixinha (RENATO – redutor de danos, 2016).

> A gente vai lá para justamente fazer a divulgação do CAPS para fazer ações de promoção de saúde, né? Então, essa redução de danos, promoção de saúde, aconselhamento, acompanhamento e atendimento lá mesmo na cena e oficinas nas cenas. Isso tem surtido efeito. Assim, por exemplo, esse paizão que eu tô falando que a menina morreu em 1900 e enfim, ele era um que Consultório na Rua nunca conseguiu trazer para o CAPS. Ele nunca aceitou vir no CAPS. No dia que o CAPS ad saiu de dentro do muro e foi para território conversar com ele.... A gente conversou com ele na terça, na sexta ele estava aqui (RENATO – redutor de danos, 2016).

> Na medida do possível, a gente também tenta fazer algum trabalho até extramuros do CAPS. Em um determinado momento, o tratamento é importante, mas dependendo da situação do paciente, a gente tentar fazer com que ele busque alguns outros

> dispositivos de fora do CAPS. Até acho que para engrenar na vida dele socialmente, conseguir lidar com dia a dia, ter algumas atividades para fazer e não fique só em função do tratamento (FABIANE – enfermeira, 2016).

Desse modo, os profissionais lançam mão de um projeto que seria um fio condutor entre o serviço e as cenas de uso. Renato explicou que o trabalho realizado pelo o projeto engloba as ações de cuidado no território, as busca-ativas e um certo empoderamento territorial para os profissionais:

> E uns dos pontos do projeto também era fazer com que o CAPS se apropriasse do território, voltasse pra o que já era tradição que é estar no território. Voltar também com isso de estar na rua de novo e voltar para rua de uma forma mais clara, tirando os técnicos e levando mais para rua os técnicos. Empoderando eles na rua (RENATO – redutor de danos, 2016).

Tatiana, que desenvolvia o projeto junto com Renato, explicou que o trabalho na rua é fundamental pela perspectiva de ser a rua o local onde as ações de cuidado podem ser desenvolvidas:

> A gente não tá lá trabalhando pra que a pessoa venha pro CAPS. A gente tá lá colhendo as demandas, a gente fala do CAPS pra eles saberem o que a gente faz. A gente vê que lá eles têm muito uma ideia de tratamento como uma internação, como 'preciso me internar, preciso ir pra uma comunidade terapêutica'. Então, a gente ta lá um pouco desconstruindo essas ideias. A gente tá lá explicando um pouco o que é o CAPS. É difícil a pessoa entender. Fazendo redução de danos ali, colhendo as demandas, vendo o que vai surgir (TATIANA – psicóloga, 2016).

Entre outros profissionais que não estão envolvidos diretamente com a execução do projeto, foi evidente, o reconhecimento de sua importância:

> O CAPS já vem fazendo isso com o projeto "Toca que eu vou" que é um projeto que vai na cena de uso. Aliás, ele é mais extenso que isso, que essa frente de ir na cena de uso é o carro forte". E acrescentou: "esse projeto, essa linha territorial, é um direito a todos os CAPS (ZÁINA – enfermeira, 2016).
>
> Acho que esse trabalho que a Tatiana faz lá na cena de uso, eu acho que é um trabalho interessante, assim de vínculo [...]. Uma outra coisa essencial é o fato da gente ter aqui uma ação no território, que toda a terça-feira a gente vai na cena de uso (EDINA – psicóloga, 2016).

Eles reconheceram que esse trabalho permitiria que as mulheres chegassem à unidade, porque, a partir da intervenção no território, é possível criar demandas de tratamento:

> Olha, o que não dá certo, no início, é deixar por conta do paciente vir até o CAPS porque não vem, né?! Muito difícil!! Inclusive a situação que a pessoa, vamos dizer assim, está em cima do muro: não sabe se para ou se não para, que não é bem assim, né? Aí, a gente, assim... a pessoa tá toda ferrada, mas não tem consciência que aquilo tá acontecendo, né? Não tem consciência de morbidade (DOUGLAS – médico, 2016).

Para eles, as barreiras de acesso poderiam diminuir com a proximidade maior dos CAPS com as ruas. É interessante registrar, sob esse aspecto, uma conversa ocorrida com Renato. Estava interessada em saber especificamente sobre um CAPSad no qual, segundo haviam comentado, chegavam mais mulheres do que no CAPSad III, que era o meu campo de pesquisa. Buscando entender este fato, perguntei como ele percebia as diferenças de acesso ao tratamento das mulheres entre dois diferentes CAPSads da região. A resposta foi que CAPS da região foi planejado levando em consideração o território. Ele me explicou que antes mesmo do serviço ser construído, houve um mapeamento do território para que sua localização fosse de fácil acesso para as pessoas usuárias de crack, álcool e outras drogas:

> O trabalho do CAPS é um trabalho territorial e isso, eu acho, tá perdido, sabe? Acho que isso tá perdido. Então, a gente fala assim. Diferentemente do Maria de Lourdes, que é o CAPS aqui de álcool e droga, que já começou com a lógica muito para o território diferentes dos outros CAPS's [...], o CAPSad III Maria de Lourdes, durante muito tempo, desde do início da sua implementação, a direção dele e a coordenação técnica foram de pessoas que trabalharam com população de rua. (RENATO – redutor de danos, 2016).

Esse tipo de trabalho é fundamental porque estar na rua é ocupar o lugar aonde se torna possível se aproximar de quem são estas mulheres. Para Renato, é na rua que elas recebem certa medida de apoio e proteção – "elas se cuidam" (RENATO – redutor de danos, 2016). Existem outros detalhes que descrevem a vida na rua: "elas fazem um certo tipo de moradia, residem. Tem alguém por trás que faz esse controle, então, que abriga essas mulheres. Abriga essas mulheres - que protege, desde homens até outras mulheres também" (RENATO – redutor de danos, 2016).

Renato continuou explicando: "o que vai desde "os quartos são meus e você pode ficar aqui". E aí, vem uma porcentagem em cima daquilo que ela trouxer. Ele gerencia mesmo isso ou que, em contrapartida, também cuida [...]. Ela tem esses espaços de proteção" (RENATO – redutor de danos, 2016).

Da mesma forma que em outros ambientes sociais, na rua existe uma vida estruturada, as mulheres recebem mais do que cuidado, abrigo e proteção, a partir de relações familiares estabelecidas: o "paizão" e a "mãezona", a "a família da rua", como explicou Renato: "Tem um ali tem uma hierarquia que é assim - mãezona, paizão que são referências de pessoas que são coordenadores ou, vamos dizer assim, os líderes que gerenciam ou apoiam. Então, são chamados de paizão ou mãezona" (RENATO – redutor de danos, 2016).

Sobre isso, é ilustrativa a descrição abaixo:

> E eu tava acompanhando ela, tanto pelas nossas idas ao 'Toca que eu vou', quanto pelo Consultório na Rua. Ele (paizão) sempre ia levar ela quando adoecia. As internações, ele que levava ela nas internações, ele cuidava dela. Quando ela faleceu, ele deu o telefone para ligar para as pessoas de referências que ela tinha, para conseguir falar com a irmã, com a tia. Não deu muita bola (a família). Então, ele foi lá na casa de um ex-namorado dela, que cuidava dela em algum momento, e conseguiu enterrar (a mulher usuária de crack) (RENATO- redutor de danos, 2016).

Este trabalho é produtor de acesso porque, através das ações realizadas no território, as mulheres passam a conhecer o CAPS: "A gente vai lá para justamente fazer a divulgação do CAPS. Para fazer ações de promoção de saúde, né? Então, essa redução de danos, promoção de saúde, aconselhamento, acompanhamento e atendimento lá mesmo na cena e oficinas nas cenas" (RENATO – redutor de danos, 2016).

Embora Renato e Tatiana sejam os maiores protagonistas das falas relacionadas ao modo como o trabalho tem sido desenvolvido na rua, eles deixam claro que é um recurso para todos os profissionais: "a ideia é que quem se interessar e tal possa ir nesses eventos maiores. Na festa de natal foram, sei lá, umas 12 pessoas do CAPS. Agora, a gente vai fazer a festa junina, deve ir mais gente... mas assim, quem fica fixo sou eu e o Renato" (TATIANA – psicóloga, 2016). Os demais profissionais reconheceram que uma das impossibilidades de acesso ao serviço está relacionada à permanência das mulheres na rua: "ela [Renata] fala da impossibilidade de conseguir ir e voltar ao serviço, porque ela tava na rua" (EDINA – psicóloga, 2016). A proposta de trabalho na rua é fundamental porque o território é o local que as mulheres escolhem permanecer parte do seu tempo: "quando você acha que ela vai chegar (referindo-se às mulheres chegarem no CAPSad III), ela volta para rua de novo" (FABIANE – enfermeira, 2016). Estar na rua é, então, uma escolha das mulheres: "A gente precisa entender que a rua é um dos espaços da Renata (usuária de crack). Então, se a gente idealizar que a Renata não pode ficar na rua em momento nenhum, a gente vai ficar frustrado ou vai tentar prender a Renata" (EDINA– psicóloga, 2016).

Em contrapartida, reconheceram sua própria dificuldade de realizarem seu trabalho fora do CAPS: "A galera que trabalha no CAPS tem uma dificuldade de ir para o território" (RENATO – redutor de danos, 2016). Eles justificam o afastamento devido a distância entre o CAPSad III e as cenas de uso. Carla falou sobre essa distância: "Uma dessas cenas de uso, que é uma das que a gente está aqui, é totalmente contramão desse lugar (CARLA – enfermeira, 2016). E Tatiana explicou como o CAPS é fora de mão: "Fica muito fora de mão do território, tem muitos bairros que são longe, tem bairros que não são tão longe, mas é muito fora de mão.

A pessoa ter que pegar vários ônibus, vários meios de transporte diferentes" (TATIANA – psicóloga, 2016).

Outra limitação para a realização desse trabalho é o quantitativo de profissionais e o volume de trabalho. Edina lamentou: "A gente não dá conta de tudo, a gente não dá conta de tudo". Débora comenta sobre esse fato:

> Eu já falei isso com o Márcio (coordenador). Acho que cobre uma coisa para descobrir outra. Eu acho que isso é um trabalho muito mais consistente. Eu acho que uma vez por semana, ir lá, conversar, fazer a distribuição dos insumos, não sei se é só isso. Mas eu acho que o CAPS, só o serviço CAPS, a gente não tem nem pessoas suficientes para estar fazendo de tudo (DÉBORA – assistente social, 2016).

Além disso, as condições em que as mulheres usuárias de crack se encontram nas cenas de uso foram descritas como uma outra limitação. Alguns descreveram as cenas de uso como um local em que não gostariam de trabalhar. Jane reconheceu essa dificuldade:

> Não é um lugar que eu gostaria de trabalhar. Eu não! Como humana você vê muita criança, entendeu?! Tem muita criança usando, [...] As meninas estavam dizendo que tem criança lá que usa droga já com 5-6 anos. Eu falei: 'nem tirou a fralda, gente!' [...] Eu pra mim não dá para trabalhar com isso não (JANE – técnica de enfermagem, 2016).

Para eles, trata-se de um ambiente degradante e que impede as pessoas de exercerem suas próprias escolhas. Débora ponderou que sua ausência passa pelo que imagina sobre a rua: "Porque eles entram lá na cena e não têm outra vida além daquilo ali. Eu nunca fui, mas acho que deve ser uma coisa assim. Aquilo ali parece que é um buraco que não sai" (DÉBORA – assistente social, 2016).

A violência no local os afastava desse tipo de trabalho. Tatiana, que fazia saídas semanais, fala do cuidado que precisavam ter ao adentrar na cena de uso: "A gente começou a andar e viu que estava muito deserto, tava muito esquisito. Aí a gente falou, cara, melhor ir embora. A gente foi embora e a gente encontrou os policiais. Eles tavam lá, meio que entocados" (TATIANA – psicóloga, 2016). Jane comenta: "eu pegava Roberta na cena de uso e apanhando de traficante, assim. Eu já vi a Roberta quase levando um tiro" (JANE – técnica de enfermagem, 2016). Tatiana, em outro momento da nossa conversa, desabafa: "A gente já fez oficina de música, oficina de pintura, oficina de pipa... aí o território ficou meio tenso, assim, com muita operação policial, do BOPE" (TATIANA, 2016). Renato também comenta: "O que eu percebo lá na cena, [...] essas mulheres tá muito ligada também da violência, mas também com a grande questão da prostituição" (RENATO – redutor de danos, 2016).

Todavia, nas suas falas percebe-se que os profissionais reconhecem que estar nas cenas de uso e ofertar aproximam o CAPS das mulheres:

> Eu acho que a gente não tem ainda entendimento de como que a gente vai atender essa clientela. Porque eu já estive pelo CAPS uma vez só em cenas de uso. Eu não tinha ido à cena de uso. É algo que a gente faz muito pouco, aqui dentro do CAPS. Eu acho que só vão chegar essas usuárias aqui a partir do momento que a gente estiver mais lá. Eu acho que enquanto a gente estiver aqui, fica muito inacessível (CARLA – enfermeira, 2016).

> Eu acho que é isso, é oferecer alguma coisa, um café da manhã, alguma coisa na cena de uso, como elas já estão fazendo. Tentar mostrar para elas que o nosso trabalho é um trabalho que é de fácil acesso. Que chega aqui, não tem dia marcado, qualquer horário também, tem sempre alguém fazendo acolhimento. E eu acho que o Consultório de Rua, como eles fazem, trazendo vários usuários para a gente aqui, eu acho que isso dá uma situação melhor (ZUMA – médica, 2016).

Uma forma de aproximar os profissionais da rua é empoderando-los sobre as possibilidades de recursos que podem utilizar fora do CAPS:

> E uns dos pontos do projeto também era fazer com que o CAPS se apropriasse do território, voltasse pra o que já era tradição muito grande, que é estar no território, né, com os projetos que a gente fazia aqui e tal. Voltar também com isso de estar na rua de novo e voltar para rua de uma forma mais clara, tirando os técnicos e levando mais para rua os técnicos. Empoderando eles na rua (RENATO – redutor de danos, 2016).

Mediante esse contexto, a visita domiciliar foi o recurso mais citado pelos profissionais quando descreveram de que forma realizam seu trabalho fora do CAPS. Se trata de um recurso que surte efeito, mas que também possui limitações. Em suas falas, consideravam a visita domiciliar como um recurso que dava certo:

> Então, o que a gente é... em termo de estratégia, a gente propõe que a pessoa venha todo dia no CAPS. Isso é uma das estratégias. A visita domiciliar, quando está no nosso alcance, a gente faz com certa frequência [...]. São estratégias que a gente vê que dão certo na maioria das vezes (DÉBORA – assistente social, 2016).

> Chegou um momento que eu pensei em fazer pela primeira vez uma visita domiciliar, que eu não fazia, nesse caso. E fui, vi a cena dos dois, trocando falas extremamente violentas de um pro outro. Ela, por exemplo, fazendo questão de lembrar que ele já foi na boca de fumo com o filho 'que pai é esse que você é? Que não cuida dos filhos e levou o filho pra boca de fumo?' No sentido de uma desqualificação, de uma destituição do vínculo inclusive. Ela tava usando crack e ele tentava fazer com que ela não usasse (EDSON – psicólogo, 2016).

Outros profissionais falaram da limitação desse recurso estar relacionada com o fato de as mulheres não terem um endereço no qual pudessem se programar para realizar as visitas:

> Eu não sei. Ela não retornou desde que foi medicada e aí não voltou comigo, acho que teve uma administração no Consultório que não consegui trazer, aí depois, ela

> escapuliu. E não tem local fixo, nem lugar para eu fazer VD [...] tá em situação de rua, situação de rua, mas fica por casebres, assim… Tá assim em situação de rua, sem lugar fixo, permutando em casas de pessoas que ela vai usando (JULIANA – assistente social, 2016).

Outros profissionais apontavam que a sobrecarga de trabalho os mantinha dentro do CAPS. Mariana, que é médica na unidade e havia se queixado do volume de trabalho de sua categoria, refletiu sobre esse aspecto:

> Às vezes, fico pensando – 'Ah, o CAPS precisa atender mais fora fazer VD, precisa estar em comunidade'. Eu acho isso lindo, agora ele consegue sustentar isso? Então, depende do profissional que atende, depende da referência. Porque eu, por exemplo, fico aqui dentro e é muito difícil eu conseguir sair (MARIANA – psiquiatra, 2016).

De acordo com essas circunstâncias, os profissionais entendem que outros dispositivos da rede funcionariam como pontos de "ancoragem" para o acesso das mulheres usuárias de crack. Os serviços mencionados como principais pontos de ancoragem para o acesso ao tratamento foram o Consultório na Rua, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a Unidade de Acolhimento de Adultos (UAA).

Entendeu-se que a área programática (AP) em que o CAPSad III se encontra é uma das com mais recursos necessários para a clínica AD:

> Esta AP é uma das mais completas em saúde mental, porque tem o PAM, o CAPS SI, tem dois CAPS II, tem o CAPS AD, tem um monte de Clínica da Família, tem dois ambulatórios de saúde mental e deve ter mais coisa que eu não me lembro. Da assistência tem o Conselho Tutelar, que é aqui perto também, né? Tem o CRAS e tem o CREAS. Só que o CREAS que deveria estar ofertando banho, não tem banho. E a alimentação que eles oferecem é um lanche, condicionado também a uma conversa, é uma coisa de documentação. Eles têm parcerias com essa coisa de documentação, de solicitação de abrigo. Não tem abrigo nessa área... (JULIANA – assistente social, 2016)

A rede territorial garante acesso porque ela referência as demandas: "Ela conhece (o CAPS AD) por dois modos. Uma forma é pelos Consultórios na Rua que sempre referenciam a grande maioria. Referenciam quando tem essa demanda" (RENATO – redutor de danos, 2016). De acordo com outros profissionais:

> E a gente faz como se fosse um matriciamento. A gente faz esse papel [...]. Eu acho que assim, eu acredito que o Consultório na Rua, tendo em vista que esses pacientes na maioria estão na rua, em situação de rua, eles têm um trabalho muito bom, porque eles trazem o paciente até o serviço. (DOUGLAS – psiquiatra, 2016).

> Eu acho que o Consultório de Rua é indispensável. Eles têm que pegar essas moças na cena de uso e tentar trazer para o CAPSad III. E a gente tem que participar dessas cenas de uso e fazer convocação mesmo [...]. E eu acho que o Consultório de Rua, como eles fazem, trazendo vários usuários para a gente aqui, eu acho que isso dá uma

> situação melhor. Uma coisa que eu tenho percebido é que às vezes o Consultório fica atrás. E eu tenho umas três que o Consultório trouxe e elas não aderiram porque elas mudam muito, elas são muito migrantes, né? (MARIANA – psiquiatra, 2016).

> O Consultório na Rua, é um grande parceiro porque eles estão mais na cena de uso do que a gente. Então, é um serviço importante também para a gente estar pensando nos cuidados clínicos também da galera que mora no Jacaré, que não é feito tudo aqui, né? Não tem acompanhamento clínico, não tem que ter o acompanhamento clínico aqui, mas tem que ter o acompanhamento clínico com a ajuda da família, geralmente, estão em situação de rua. Então é o Consultório na Rua que ajuda (JULIANA– assistente social, 2016).

O outro dispositivo entendido como importante articulador com o CAPS é a UAA. Para Edina, a UAA também é um recurso de passagem importante para organizar a vida na rua. Estar na "errância" exige movimentar a rede:

> o caso da Renata já chegou aqui pro CAPS considerado um caso grave, já tinha todo um histórico na rede. Com muita errância nas ruas, com muito uso, nas cenas de uso [...]. Quando eu atendi a Renata, então, já pensei direto dela já ficar no acolhimento noturno [...]. Aí, a partir disso, a gente pensa na UAA, como uma forma de pensar na autonomia dela, pra não institucionalizar (EDINA – psicóloga, 2016)

E, sobre o Consultório na Rua: "O aspecto fundamental do caso da Renata é ter na região da 3.2 um dispositivo de Consultório na Rua [...] então, a UAA serve como um ótimo dispositivo pra gente trabalhar essa autonomia, sem pensar rua" (EDINA – psicóloga, 2016).

Para eles, lançar mão destes dispositivos é conferir potência ao trabalho desenvolvido pelo próprio CAPS: "E eu acredito que se a gente consegue ter uma articulação maior entre os serviços, entre os dispositivos, ia ter uma potência, a gente ia poder contar com outros pontos de ancoragem" (CARLA – enfermeira, 2016).

Renato, que já trabalhou com a equipe do Consultório na Rua, exemplificou como duas ações desenvolvidas pela Consultório na Rua são potentes e promovem acesso ao tratamento:

> A gente começou a promover com elas, conversar com elas sobre esse cuidado que elas tinham que ter. [...]. Estar na rua em forma mais segura, porque tinha que estar bem com saúde. De ter mudado a aqueles lugares que elas ficavam eram dentro de quase uma caverna, fechado e era muita sujeira. A gente começou a ter reuniões semanais lá na casa. A gente colocava as cadeiras ali fora e trazia elas e a gente começava a falar, explicar. Então, a gente falava sobre tuberculose, hepatites, sobre ambiente saudável, sobre o autocuidado. E a gente começou a promover desde oficina de beleza, de cuidado, de espelho. Aí, elas olhavam no espelho e quando a gente fazia a coisa do espelho, elas falavam, assim, 'caramba, tô feia, né?! Gente, tô acabada!!'. E a partir disso, produz um efeito que você não tem noção. Isso produz um efeito de se olhar muito grande (RENATO – redutor de danos, 2016).

> Então, lá tinham oito meninas. A partir do momento a gente começou a tratar a chefona e aí elas começaram a ir. A gente começou a ir lá e fazer atendimento tipo reuniões de condomínio e elas começaram a vir, vir, vir, vir. Acabou que a gente, teve uma época, fez o preventivo e todas elas e começou a tratar todas elas. Todas elas já

> começavam a frequentar o espaço e aí uma ficou grávida, se tratou (RENATO – redutor de danos, 2016).

São recursos que se complementam em situações que parecem desafiadoras, por exemplo, quando é difícil encontrar as mulheres na rua:

> E sem saber pra onde a Renata iria. Tanto é que a gente procurou junto com o pessoal do Consultório na Rua durante algum tempo e, dessa vez, ela se escondeu bem. Aí, depois ela diz 'como é que vou para um lugar que vocês estão acostumados a ir que eu sei que vocês vão me achar?' Ela falou assim: 'eu passava rápido na cracolândia e saía porque senão vocês iriam me achar' (JANE – técnica de enfermagem, 2016).

O Consultório na Rua tem sido as "pernas" no território. Por isto, existem alguns temores sobre a forma como este dispositivo tem conduzido suas ações: "umas das barreiras, por exemplo, é não ter Consultório na Rua em todas as APs. Uma barreira que eu acho mais complexa ainda é os Consultórios na Rua se transformarem em equipes de Saúde da Família e deixarem a redução de danos de lado" (EDINA – psicóloga, 2016).

Todavia, percebe-se que embora o trabalho na rua tenha sido descrito como fundamental para o acesso ao tratamento das mulheres, ele é realizado por poucos profissionais. Muitos deles comentaram sobre suas limitações para sua realização devido ao quantitativo de funcionários e o volume de trabalho e, ainda outros, reconheceram que nunca estiveram nas cenas de uso. O território como espaço de trabalho e cuidado é referencial solidificado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Podemos considerá-lo como:

> Importante espaço de cuidado, permitindo a aproximação entre a saúde mental e a atenção básica, pois ambas congregam semelhantes objetivos diante do objeto de cuidado da saúde: o sujeito; seja ele coletivo ou individual, doente ou sadio (MIELKE; OLSCHOWSKY, 2011, p. 763).

Para muitos autores, no território que diferentes formas de relação e de vínculo são construídas. São formas singulares de relações que definem seu território existencial: "subjetivo e cultural, que vaza o geográfico e vai atrás de ofertas que lhe fazem mais sentido, situadas em outros espaços materiais que não seu bairro ou seu lugar de trabalho" (CERQUEIRA *et al.*, 2014, p. 33).

Cerqueira deixa claro que esse território deve ter o que, segundo o autor, é chamado de vetor de saída, permitindo as constantes reconstruções e pactuações:

> O vetor de saída, pode ser compreendido como um tensor, um desdobramento no próprio território. Como efeito, o território jamais é dado a priori, mas se dá em constante processo de produção, cadenciando momentos de variação e permanência.

> O território, paradoxalmente, se produz por movimentos de desterritorialização e reterritorialização (CERQUEIRA *et al*., 2014, p. 33).

Entende-se que a clínica das pessoas que fazem uso de crack está sempre em movimento, definida e redefinida pela migração das cenas de uso ou pela circulação dos próprios usuários na geografia da cidade. São grupos que se articulam e que dizem muito de quem são e das relações que visam estabelecer:

> É provável que categorias inteiras de estigmatizados achem uma proteção semelhante: as lojas algumas vezes localizadas próximo de hospitais psiquiátricos podem-se transformar em lugares onde as condutas psicóticas são muito toleradas. As vizinhanças de alguns hospitais desenvolvem uma capacidade para tratar com calma pessoas desfiguradas na face que estão se submetendo a enxertos cutâneos; a cidade que tem uma escola de treinamento de cegos aprende a olhar com aprovação os estudantes que seguram um arreio atado a um instrutor humano enquanto dirigem a este palavras de estímulo semelhantes às que se costuma empregar para um cão (GOFFMAN, 1988, p. 47).

> Acredita-se que em círculos sociais pequenos e existentes há certo tempo, cada membro venha a ser conhecido pelos outros como uma pessoa "única". O termo "único" é sujeito a pressões de cientistas sociais amadores que gostariam de lhe dar um conteúdo mais caloroso e criativo, algo que não o fizesse correr o risco de ser derrubado, pelo menos por sociólogos; não obstante, o termo envolve algumas ideias relevantes (GOFFMAN, 1988, p. 50).

Hallais e Barros (2015) afirmam que o imaginário social sobre a população em situação de rua influencia significativamente a prática profissional: "Características estigmatizantes como a sujeira, o mau cheiro e o efeito de drogas lícitas e ilícitas são, muitas vezes, determinantes para a precariedade no acolhimento ao morador de rua nos serviços de saúde" (HALLAIS; BARROS, 2015, p. 1499). Percebe-se nessa fala a relação com a descrição feita por Jane sobre a condição das mulheres:

> Jane diz que as mulheres têm a questão da vaidade, que o fato de estarem sujas isto dificultaria elas chegarem na unidade. Conta o caso da Renata que um dia teria chegado na unidade tão suja que quando ela veio abraça lá ela teria se esquivado é dito não. Depois afirma que se sentiu muito mal no restante do dia (DIÁRIO DE CAMPO, DIA 50, 2016).

Para Cerqueira, não é fácil aceitarmos estes novos repertórios de cuidado que o território nos convoca. Quando deixamos para trás a clínica definida marcadamente pelos especialismos e damos lugar ao território existencial, isto produz nas equipes "processos de angústia, mortificação e sofrimento" (CERQUEIRA *et al*., 2014, p. 35).

O trabalho realizado pela equipe do CnR se dá a partir da construção de uma rede de atendimento e da efetiva intersetorialidade dos serviços. Estes são direcionados para as pessoas

que se encontram em situação de vulnerabilidade social, resgatando a autonomia e a cidadania de pessoas “esquecidas” (LIMA, 2013). Além disso, a busca pela equipe do CnR se deu para solucionar problemas de saúde e terem recebido um cuidado, que caracterizaram como materno (LIMA, 2013).

É preciso estar na rua para entender como sua estrutura, social e familiar, é produtora de referências para as mulheres. Somente assim é possível produzir acesso ao tratamento. Vernaglia, Vieira e Cruz (2015), no trabalho que realizaram sobre as questões de gênero e uso de crack por mulheres, afirmaram que:

> Determinados grupos se organizam de forma que o convívio é compartilhado por laços mais solidários entre mulheres e homens, nomeando-se como “família”. Foi possível distinguir nas falas a existência de pactuações menos hierárquicas, visando compartilhar a comida, o crack, o apoio e a proteção (VERNAGLIA; VIEIRA; CRUZ, 2015, p. 1853).

Percebe-se que é na rua que o usuário constrói suas próprias redes com diferentes conexões (CERQUEIRA *et al.*, 2014). Para diferentes autores a ampliação do acesso ao tratamento para pessoas com problemas com o álcool e outras drogas tem reação direta e estreita com o trabalho em rede, em especial, através dos agentes comunitários de saúde, Programas de Redução de Danos, equipes da Estratégia Saúde da Família, Consultórios na Rua, agentes de segurança pública e da assistência social, Centros de Atenção Psicossocial, (ZEFERINO *et al*., 2017).

O CAPS é descrito como um importante dispositivo territorial e articulador da rede de saúde mental (BRASIL, 2012). Além disso, programas de base social e de inclusão para o trabalho tem sido importante aliados no tratamento de pessoas em situação de vulnerabilidade. Percebe-se que o acolhimento deve estar direcionado para as demandas conforme se apresentam, contemplando “caminhos que aliviem, na medida do possível e do necessário, os sofrimentos descritos, sempre privilegiando o oferecimento do tratamento e da oportunidade de o usuário falar de suas dificuldades e de suas necessidades” (CRUZ, 2018, p. 9).

Alguns autores apontam que a relação entre os dispositivos territoriais e o CAPS têm sido no sentido dos encaminhamentos: “de fato, a equipe maneja práticas de acolhimento perante alguns casos clínicos de saúde mental existentes no território, se restringe em realizar uma triagem do caso para, conforme a necessidade, encaminhá-lo ao CAPS” (JORGE *et al*., 2013, p. 117).

Instituições que garantem os direitos dos usuários também são importantes pontos de articulação entre os serviços, por exemplo, o Fórum AD do Rio de Janeiro, local que reúne

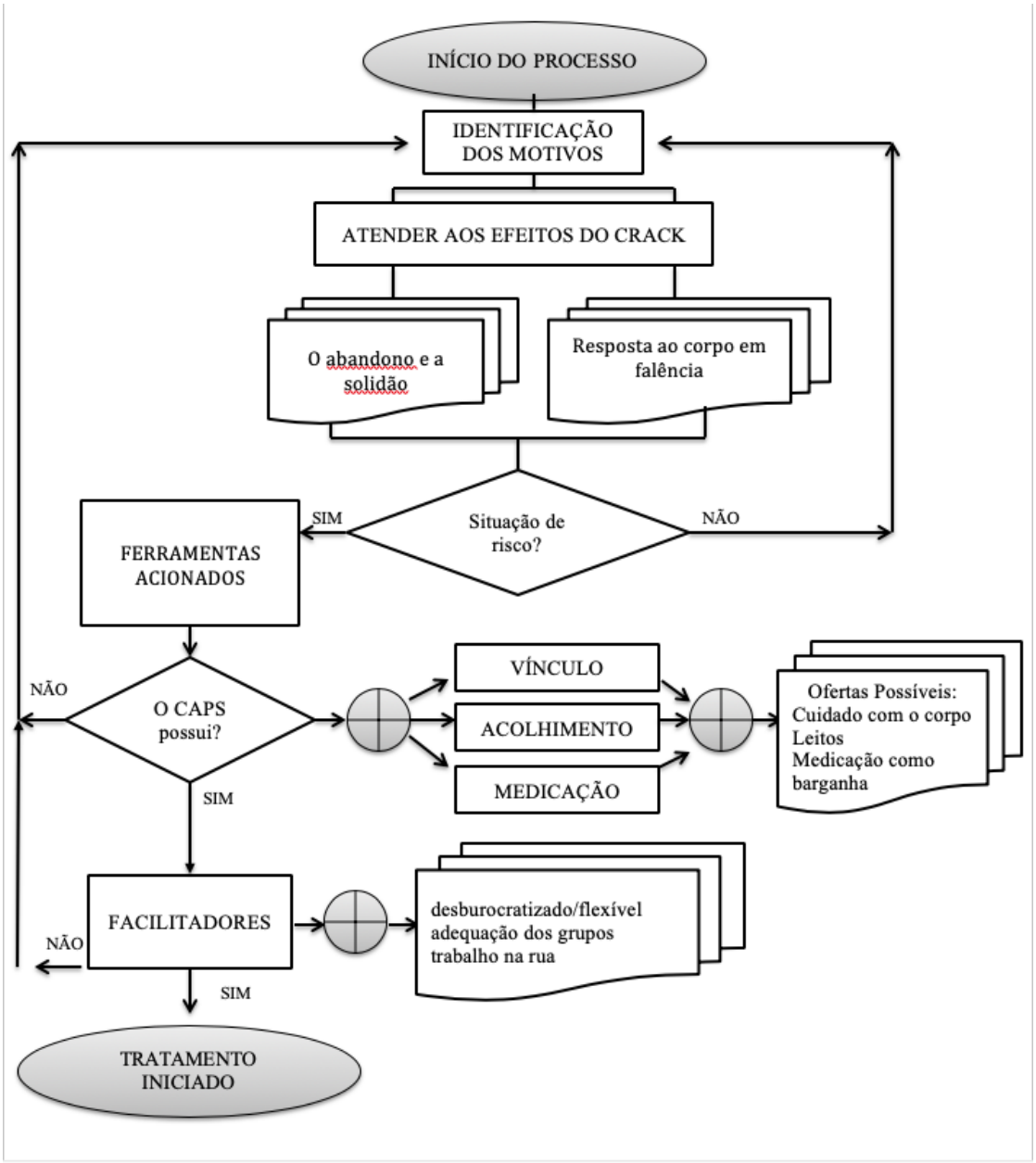
diferentes profissionais de quaisquer serviços que atendem usuários de drogas no estado do Rio de Janeiro, tais como: Centros de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), CAPS AD, CAPS, hospitais gerais e psiquiátricos, serviços da assistência social – como CREAS, CRAS, Conselhos Tutelares. (CRUZ, 2018).

Para Hallais e Barros (2015) as práticas da equipe que privilegiaram o vínculo e o acolhimento das populações em situação de rua devem trabalhar a partir dos referenciais da interdisciplinaridade e da intersetorialidade.

Espera-se que os serviços de base territorial e com ações comunitárias possam intervir nos problemas diretos da população e, aliados a um trabalho em rede, possam ser fortes promotores do acesso ao tratamento. Todavia, Souza, Kantorski e Mielke (2006) alertam para não confundirmos intervenções comunitárias e serviços regionalizados. Para eles o fato dos serviços serem regionalizados não garante que as intervenções diretas estão sendo realizadas, porque ações que se restringem apenas à serviços continuam tendo referencias institucionalizantes (SOUZA; KANTORSKI; MIELKE, 2006).

5.4 Considerações preliminares

Face ao que foi encontrado, abaixo há uma proposta esquemática sobre como deveria se dar o processo de acesso ao tratamento na perspectiva dos profissionais usuários de crack. É importante ressaltar que a referida síntese não foi testada em campo, trata-se apenas de uma representação de como deve constituir o processo do acesso ao tratamento.



Fluxograma 2 O processo de acesso ao tratamento na perspectiva dos profissionais

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que o uso de drogas exprime uma realidade complexa, por isso identificar como se constitui o acesso ao tratamento das mulheres usuárias de crack foi um desafio, sobretudo ao me deparar com histórias que estavam repletas de lutas diárias. Além disso, identificar os elementos que caracterizam esse acesso a partir de dois mundos distintos – mulheres e profissionais, foi uma superação em cada ida ao campo.

O uso de ferramentas mais refinadas de análise qualitativa, softwares de gerenciamento de banco de dados, me fizeram entender como esses recursos podem facilitar a estrutura organizacional do trabalho. Todavia, é preciso demarcar que eles não substituem a *expertise* teórico-meotodológica que deve ser construída pelo pesquisador a partir dos referenciais de análise.

A perspectiva de ter um corpo que pudesse ser cuidado motivou a busca por ajuda por parte das mulheres. Sob a égide de um corpo falido e estigmatizado, com sinais de deterioração e esgotamento, limites físicos impostos pela radicalidade do consumo do crack, elas construíram expectativas sobre como o CAPSad responderia à estas questões. Neste sentido, Le Breton (2017) foi um autor de referência que nos ajudou a entender como o corpo construído socialmente relaciona-se aos motivos que levaram as mulheres a buscarem tratamento.

Os profissionais reconheceram que o corpo em falência da mulher usuária de crack motivava a sua busca por ajuda no CAPSad. Assim, pode-se afirmar que o corpo foi um mediador do acesso ao tratamento tanto para as mulheres quanto para os profissionais. Para as mulheres usuárias de crack, esse foi um importante motivador, e os profissionais reconheceram, que o corpo da mulher que sofre as consequências do abuso do crack define uma situação de urgência do cuidado.

Ainda da ordem das aproximações entre os discursos das mulheres e dos profissionais, foi reconhecido que o pedido de ajuda constitui uma particularidade das mulheres que as diferenciam dos homens. Assim, pode-se afirmar que esse pedido foi identificado pelos profissionais como um aspecto singular no discurso das mulheres usuárias de crack.

Todavia, existem demarcações diferentes nas falas das mulheres e dos profissionais. Se por um lado, era evidente na perspectiva dos profissionais a identificação da situação de urgência identificada no corpo feminino que apresentava sinais degradantes dos efeitos produzidos pelo consumo do crack, por outro, para as mulheres, isso era representativo de um lugar de estigma. Na urgência do cuidado ofertado, os profissionais entendiam que se deveria

contemplar às necessidades físicas impostas pelos corpos das mulheres que se encontravam fragilizados.

A percepção feminina do estigma era demarcada por corpos com sinais perceptíveis do abuso do crack. Nas experiências vividas, as mulheres entendiam que a urgência estava em lidar com um corpo que se deteriorava e por isso era estigmatizado, envolvendo desejos como querer retomar o corpo anterior, ganhar peso, melhorar a aparência e sentir-se mais interessante.

O contexto das diferentes vulnerabilidades as quais as mulheres estavam expostas, representado pelo pedido de ajuda social e o fato de terem laços rompidos, caracterizavam para os profissionais os motivos pelos quais as mulheres buscavam o CAPSad III. Em relação à ajuda social, eles a descreveram como sendo determinada pela ruína financeira das mulheres e a ausência de trabalho. Assim, elas buscavam encontrar no CAPSad um lugar que lhes oferecesse benefícios sociais e financeiros, um lugar de abrigo e descanso. O fato de advirem de um contexto de laços familiares rompidos, fragmentados e sem referências foi um forte motivador para as mulheres buscarem ajuda.

De fato, foi evidente que as mulheres que fizeram parte desta pesquisa enfrentavam barreiras de acesso importantes para chegarem ao CAPSad relacionadas a sua localização, o percurso até o serviço e o seu recurso financeiro reduzido. Todavia, foi questionado pelos profissionais o fato de o CAPSad III ser o local onde estas demandas precisavam serem respondidas. Também, não foi consenso entre eles o fato de o CAPSad ser o local onde esse pedido de ajuda social pudesse ser resolvido.

Evidenciou-se que para as mulheres usuárias de crack havia uma expectativa clara de abrigamento e medicalização. Isso porque havia uma promessa constituída pela fala de outros profissionais de que a medicação poderia responder às mazelas dos seus corpos. Dessa forma, enquanto em outros dispositivos de saúde as mulheres vivenciavam como realidade a dificuldade de acesso à terapia medicamentosa, elas vislumbravam que no CAPSad teriam suas demandas respondidas. Para elas, isso representava uma importante ferramenta de contenção, que lhes proporcionaria um estado de autocontrole, para lidarem com o abuso do crack.

Em contrapartida, para os profissionais, a medicação foi um instrumento de barganha e, alguns, discordaram que esta deveria ser um elemento utilizado no acesso ao tratamento. Eles entendiam que era uma forma de negociar o retorno das mulheres ao CAPSad, por isso, por vezes, a medicação não poderia ser ofertada logo no início do tratamento. Segundo eles, existia um momento apropriado para utilizar este recurso e este não era no primeiro atendimento. Para os profissionais médicos, as medicações tinham uma função específica: diminuir os sintomas mais angustiantes produzidos pelo abuso do crack.

Além da perspectiva medicamentosa, as mulheres esperavam encontrar no CAPS uma estrutura que lhes proporcionasse o descanso e a proteção para um corpo que dava sinais de esgotamento. Assim, as mulheres pediam pelo acolhimento noturno, respondendo ao medo das situações de risco que eram submetidas na rua e as que eram impostas pelo próprio abuso da substância. Contrastando com esse ponto de vista, para os profissionais, a forma de acolhimento necessária para lidar com esta circunstância seria a modalidade intensiva e, quando necessário, o acolhimento noturno. Para eles, responder de forma intensiva às necessidades das mulheres usuárias de crack seria ofertar-lhes um cuidado direcionado às suas necessidades básicas, a saber: descanso, banho, comida etc. Entende-se que a recuperação de seus corpos é fundamental no processo de acesso ao tratamento, sendo um indicativo de melhora percebido pelo profissional de saúde.

Para as mulheres o acolhimento noturno seria o que melhor poderia responder às necessidades impostas pelos seus corpos, devido aos danos variados associados ao padrão de consumo do crack. Essa seria uma ferramenta entendida que lhes ofertasse abrigo especialmente quando elas se sentiam cansadas ou para se resguardarem de algum perigo ou uma forma de se manterem longe do crack. Nesse contexto, o acolhimento noturno oferecido pelo CAPSad III representava o lugar de suporte e apoio, que produzia nelas o sentimento de "abrigamento".

Notou-se o que o CAPS é uma instituição de referência para as mulheres e um espaço de relações indispensáveis quando se sentem em maior risco, pois o abrigamento se constitui como suporte, proteção, esconderijo das ruas. Ao mesmo tempo, constitui um espaço para tratamento e refúgio ideal para dormir segura e se proteger, pelo menos por alguns dias, dos perigos, do frio e dos riscos da exposição ao tempo.

Tais constatações indicam que existem construções simbólicas diferentes em torno do acolhimento noturno como forma de abrigamento e da medicação como ferramenta de contenção que precisam ser revistas no acesso ao tratamento das mulheres usuárias de crack.

Embora existam diferenças nos discursos, os profissionais entenderam que acolher as demandas apresentadas por elas é potente na construção do vínculo terapêutico. Para eles, o vínculo é o articulador do acesso ao tratamento, uma ferramenta importante que os profissionais que acompanharam as mulheres usuárias de crack utilizaram no primeiro acolhimento e no dia a dia do tratamento delas no CAPSad.

Conclui-se que o vínculo terapêutico foi um forte intermediador do acesso ao tratamento. Através dele, foi possível entender e lidar com as particularidades das mulheres. Embora o vínculo não tenha sido um tema recorrente no discurso das mulheres foi perceptível,

durante o trabalho de campo, que elas endereçavam suas demandas para profissionais específicos.

Uma característica constrastante foi a descrição de elementos nomeados como facilitadores do acesso ao tratamento descritos apenas pelos profissionais, a saber: o trabalho desburocratizado, a flexibilização dos atendimentos, a revisão crítica da proposta de grupo e o trabalho na rua.

Para os profissionais era fundamental fugir dos quadrados e ofertar um tratamento que saiba flexibilizar as regras do CAPSad. Foram feitas críticas sobre a rigidez instituída pela própria rotina do serviço, em especial, em relação aos horários das refeições e de descanso nos leitos. Eles entendiam que, a clínica que é destinada à pessoas com problemas com o crack deve ser fundamentalmente desburocratizada. Isso exigiria deles pensar e repensar a condução do tratamento individual no dia-a-dia do serviço, de forma flexível.

Destaca-se que, dentre estes elementos facilitadores, foi notória a necessidade de uma análise crítica da proposta de atendimento de grupo. Constatou-se que os grupos eram espaços esvaziados das mulheres usuárias de crack. O contrassenso foi o fato de a fala dos profissionais ter apontado o grupo como ferramenta potente para as mulheres usuárias de crack. Durante o trabalho de campo estava posto que este espaço não era ocupado por elas.

Percebe-se que a inadequação das mulheres usuárias de crack nos espaços grupais possa estar relacionada ao entendimento por parte delas de que sua permanência deva estar condicionada ao controle do uso do crack. Além disso, no próprio grupo de mulheres era preciso lidarem com o estigma de serem usuárias de crack. Por isso, é preciso considerar que o grupo em sua potência reproduz o estigma e a moralidade social perpetrada impetrado na imagem das mulheres usuárias de crack.

Como último elemento, aponta-se que o trabalho na rua é uma ferramenta cara de acesso ao tratamento para as mulheres usuárias de crack. Todavia, constatou-se a dificuldade de alguns profissionais realizarem seu trabalho fora do CAPS. Neste caso foi emblemática a fala de Renato, redutor de danos: “A galera que trabalha no CAPS tem uma dificuldade de ir para o território”.

Os profissionais reconheceram que o CAPSad é muito fora do território, que eles possuem uma sobrecarga de trabalho e que é difícil lidar com a realidade vista nas ruas. Percebe-se que o distanciamento dos profissionais do CAPSad das ruas contribui para o distanciamento das mulheres e, consequentemente, interfere no acesso ao tratamento.

O que pareceu prevalecer no discurso dos profissionais é a importância conferida ao trabalho na perspectiva da rede assistencial. Eles entendiam que o trabalho em rede era um forte

aliado para se garantir o acesso ao tratamento das mulheres usuárias de crack. Por isso, os profissionais nomearam outros dispositivos como pontos de "ancoragem" para o acesso das mulheres usuárias de crack, foram eles: o Consultório na Rua, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a Unidade de Acolhimento de Adultos (UAA). Julga-se o trabalho em rede fundamental, em especial, o que se direciona à rua. Os profissionais reconheceram que a rede territorial garante acesso porque ela referencia as demandas.

De fato, foram perceptíveis a detecção de casos e os encaminhamentos feitos pela equipe do Consultório na Rua. Semanalmente, eles levavam as mulheres para os atendimentos no CAPSad. Inclusive, durante o trabalho de campo, duas mulheres incluídas na pesquisa tinham sido encaminhadas pela equipe do CnR.

Por fim, com base no que foi exposto, é fundamental reconhecer quais os elementos que caracterizam o acesso ao tratamento das mulheres usuárias de crack. O CAPSad precisa estar preparado para lidar de forma imediata com as consequências dos corpos falidos destas mulheres provocados pela dinâmica de abuso do crack. É fundamental reconhecer que o estigma é uma peça simbólica fundamental que deve ser vista neste acesso. Percebe-se como a lógica da clínica AD que é construída a partir das especificidades dos indivíduos. O corpo estigmatizado ainda precisa ser reconhecido pelos profissionais como o pedido de ajuda para lidar com os sintomas sociais.

As ferramentas utilizadas pelos profissionais devem estar direcionadas para a situação de vulnerabilidade que estas mulheres se encontram. Por isso, devem ser revistas as divergências entre as expectativas construídas pelas mulheres e pelos profissionais no uso de ferramentas importantes, tais como: a medicalização, o acolhimento e o trabalho em grupo. Questiona-se como tem sido pensada a localização destes serviços assistenciais que devem ser de base comunitária em locais que facilitem o acesso ao tratamento. Por fim, é fundamental que o trabalho na rua seja contemplado como uma importante ferramenta do acesso ao tratamento de mulheres usuárias de crack. Por isto o acesso poderia ser otimizado com a presença deles nas cenas de uso.

Salientamos que a rede de assistência aos usuários de drogas leve em consideração as características de grupos especialmente vulneráveis para diminuir as barreiras e ampliar o acesso ao tratamento. Recomendamos que pesquisas futuras discutam o acesso ao tratamento aos serviços sociais e de saúde das pessoas com problemas com o crack que se encontram nas cenas de uso. Também, que sejam abordadas as diferenças existentes entre as formas de acesso ao tratamento entre os homens e as mulheres. Por fim, que as políticas públicas direcionadas à

saúde da mulher e à saúde do homem incluam as especificidas das pessoas com problemas com o crack.

REFERÊNCIAS

AARAJ, E; JREIJ, A. C. M. Drug policy and harm reduction in the Middle East and North Africa: The role of civil society. **International Journal of Drug Policy**, v.31, p.168-71, mai. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27140430>. Acesso em: 20 dez. 2016.

AGUIAR, Andréa Lúcia Vasconcellos de. **Usários de Crack, Instituições e Modos de Subjetivação: Estudo das Práticas e da Eficácia Terapêutica em uma Comunidade Terapêutica Religiosa (Rn)**. 2014. 159f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social)─ Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

ALVES, D.; FILHO, D. F.; HENRIQUE, A. O Poderoso NVivo: uma introdução a partir da análise de conteúdo. **Revista Política Hoje**, vol. 24, n. 2, p.119-134, 2015. Disponível em: < https://periodicos.ufpe.br/revistas/politicahoje/article/view/3723/3025>. Acesso em: 17 dez. 2018.

ARRUDA, M. S. B; SOARES, C. B; ADORNO, R. C. F. Revisão bibliográfica: o consumo de crack nos últimos 20 anos. **Sau. & Transf. Soc.**, v. 4, n. 2, p. 157-166, 2013. Disponível em:<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/225>. Acesso em: 10 set. 2016.

AUBERT, Nicole. (Org.) **L´Individu Hypermoderne**. Paris: Éditions Érès, 2004a.

_____. **Le Culte à l´Urgence: La Société Malade du Temps**. Paris: Flammarion, 2004b.

AYRES, J. R. de C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 11-23, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000600003&lng=en&nrm=iso>. acesso em 23 out. 2018.

AYERS, S.; MARSIGLIA, F.; HOFFMAN, S.; URBAEVA, Z. Understanding the gendered patterns of substance use initiation among adolescents living in rural, central Mexico. **Int J Drug Policy**, v. 23, n. 3, p. 251–254, mai. 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22421555>. Acesso em: 17 ago. 2012.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D.; Freitas C. M. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-39.

BADINTER, Elisabeth. **O amor incerto: história do amor maternal do século XVII ao século XX**. Lisboa: Relógio D`Água, 1985.

BARATA, Rita Barradas. Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação?. In: BARATA, R. B. (org.). **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp. 73-94. (Coleção Temas em Saúde) ISBN 978-85-7541-391-3. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/48z26/pdf/barata-9788575413913.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2016.

BASTOS, F.I.; BERTONI, N. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014. 224p**.**

BASTOS, João Luiz e FAERSTEIN, Eduardo. Aspectos conceituais e Metodológicos das relações entre discriminação e Saúde em Estudos Epidemiológicos. In: Monteiro, S.; Villela, W. (org). **Estigma e Saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013. p.115-134.

BAUER, Martin W.; GASKELL, George. P**esquisa qualitative com texto: imagem e som: um manual prático.** Gareschi, P. A. (trad.), 7ª edição, Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

BECKER, Howard S. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais.** 4ª Edição, São Paulo: Editora HUCITEC, 1999.

BECKER, Howard S. ***Outsiders*. Estudos de sociologia do desvio.** Rio de Janeiro: Zahar, 2008 [1963]. 232pp.

BENEVIDES, D. S. et al. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 14, n. 32, p. 127-138, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Aug. 2018.

BERTOLOZZI, M. R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n., spe2, p. 1326-1330, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 out. 2018.

BERTONI, N. et al. Exploring sex differences in drug use, health and service use characteristics among young urban crack users in Brazil. **International Journal for Equity in Health**, v.13, n. 1, p.70, Aug. 2014. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4243730/. Acesso em: 15 mai. 2015.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo.** Tradução: Regina A. Machado; organização de texto: Maria Andréa Loyola Leblond e Regina A. Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. de A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v.5, n. 11, p. 121-136, maio-ago. 2011. Disponível em: <http://www. gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220/906>. Acesso em: 12 maio 2014.

BOTTON, A.; CÚNICO, S. D.; STREY, M. N. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 25, n. 1, Jan.-Jun. 2017. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/7009/5608>. Acesso em: 18 out. 2017.

BOURDIEU, Pierre. **A Dominação Masculina.** 2a Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

BRASIL. Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. **Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências**, Presidência da República, Brasília, DF, out 1976. Seção 1, p. 14039. Disponível em: < http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6368-21-outubro-1976-357249-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 22 jun., 2018.

BRASIL. Decreto nº 2.632, de 19 de junho de 1998. **Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas, e dá outras providências**, Poder Executivo, Brasília, DF, jun 1998. Seção 1, p. 6 (Republicação). Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d2632.htm>. Acesso em: 22 jun., 2018.

BRASIL. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dipõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**, Presidência da República, Brasília, DF, abril 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 22 jun., 2018.

BRASIL. Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. **Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências**, Presidência da República, Brasília, DF, agos 2002a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm. Acesso em: 22 jun., 2018.

BRASIL. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, fev 2002b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 22 jun., 2018.

BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**, Brasília, DF, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids, 2003. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/A-Pol--tica-do-Minist--rio-da-Sa--de-para-Aten----o-Integral-ao-Usu--rio-de---lcool-e-Outras-Drogas--2003-.pdf>. Acesso em: 22 jun., 2018.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social _ PNAS 2004, Norma Operacional Básica – NOB/SUAS**, Brasília, DF, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005a (reimpresso em maio de 2009). Disponível em:<https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf>. Acesso em: 22 jun., 2018.

BRASIL. Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. **Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, jul. 2005b. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html>. Acesso em: 27 fev., 2019.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. **Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências**, Brasília, DF, agos. 2006, 185º da Independência e 118º da República, 2006. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 22 jun., 2018.

BRASIL. **Rua aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão das Informações, Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 240p. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf>. Acesso em: 22 jun., 2018.

BRASIL. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. **Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, jul. 2009b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html>. Acesso em: 22 jun., 2018.

BRASIL. Decreto Nº 7.179, De 20 de Maio de 2010. **Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências**, Presidência da República, Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, Barsília, DF, mai. 2010a. Dsiponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 22 jun., 2018.

BRASIL. **Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Texto preliminar destinado à consulta pública. Dsiponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_320_abordagemsuscrack.pdf>. Acesso em: 22 jun., 2018.

BRASIL. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. **Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, jul. 2011a. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 27 de fev., 2019.

BRASIL. **Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil**, Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011b. 106 p.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, jul. 2011c. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 27 de fev., 2019.

BRASIL. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. **Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial**, Ministério da Saúde Gabinete do Ministro, Brasília, jan. 2012a. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html>. Acesso em: 22 jun., 2018.

BRASIL. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. **Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros**, Ministério da Saúde Gabinete do Ministro, Brasília, jan. 2012b. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em: 22 jun., 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário Temático: Economia da Saúde**, Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento, 3. ed., 1. reimpr., Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_economia_saude.pdf>. Acesso em: 22 jun., 2018.

BRASIL. **Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015**, Ministério da Saúde, SAS/DAPES, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p. Disponível em: <www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em: 22 jun., 2018.

BRASIL. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. **Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências**, Ministério da Saúde Gabinete do Ministro. Brasília, 2017a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>. Acesso em: 22 jun., 2018.

BRASIL. **Panorama e Diagnóstico da Política Nacional de Saúde Mental**, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/DAPES Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, agos. 2017b. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/04/2a-Apresentacao-CIT-Final.pdf>. Acesso em: 19 agos., 2017.

CAMURI, Danilo; DIMENSTEIN, Magda. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 803-813, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Aug. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000400008.

CARAVACA-MORERA, Jaime Alonso; PADILHA, Maria Itayra. A dinâmica das relações familiares de moradores de rua usuários de crack. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 748-759, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300748&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jul. 2018.

CARLINI, E. A. et al. II **Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país : 2005**, São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CARLINI, E. A. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010**. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2010. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília – SENAD, 2010. 503 p.

CARMO, M. E. do; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, mar. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000303001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 out. 2018.

CARRETEIRO, T. A. Corpo e contemporaneidade. **Psicologia em Revista**, v. 11, n. 17, p.62-76, mar. 2018. Disponível em <http://ws3.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20051220154024.pdf>. Acesso em 22 out. 2018.

CARVALHO, B.; DIMENSTEIN, M. Análise do discurso sobre redução de danos num CAPSad III e em uma comunidade terapêutica. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 2, p. 647-660, jun. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2018.

CASTRO, Patrícia e SOUZA, Cecília de Mello E. Uso de drogas na Adolescência e Juventude: revisão da literatura a partir da perspectiva de gênero. In: XIV Congresso Brasileiro de Sociologia, 28 a 31 de julho de 2009, **Grupo de Trabalho GT 26 – Sociologia da infância e juventude.** Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009, p. 28-31. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_317.pdf >. Acesso em: 18 jan. 2016.

CARVALHO, M. R. da S. et al. Motivações e repercussões do consumo de crack: o discurso coletivo de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, e20160178, jul. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000300209&lng=en&nrm=iso>. Accesso em: 16 jul. 2018.

CHAVES, T. V. et al. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1168-1175,

set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600020&lng=en&nrm=iso>. Accesso em: 4 out. 2018.

CONRAD, Peter. **The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders.** Baltimore: The Johns Hopkins University Press. Published, 2007, 204p.

COOK, J. A. Associations between use of crack cocaine and HIV-1 disease progression: research findings and implications for mother-to-infant transmission. **Life Sci**. v. 88, n. 21-22, p. 931–939, mai. 2011. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3100443/. Acesso em: 10 set. 2016.

CORTES, L. F et al. Compreensão de gênero e suas manifestações no cotidiano de um serviço. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 4, p. 143-153, out./dez. 2010. Disponível em: http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4637. Acesso em: 24 mai. 2017.

CORSI, K. F. et al Case Management Outcomes for Women Who Use Crack. **J Evid Based Soc Work**, v.7, n.1, p.30-40, jan. 2010. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20178023. Acesso em: 24 mai. 2017.

COSTA, P. H. A. da; RONZANI, T. M.; COLUGNATI, F. A. B. "No papel é bonito, mas na prática…" Análise sobre a rede de atenção aos usuários de drogas nas políticas e instrumentos normativos da área. **Saude soc.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 738-750, set. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000300738&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2018.

CRESWELL John W. **Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches.** 4th ed. USA: Sage Publications; 2014.

CRUZ, Marcelo Santos. **O Cuidado ao Usuário de Drogas na Perspectiva da Atenção Psicossocial**. In: Brasil. Portal ABERTA Portal de Formação à distância em Políticas sobre drogas. ABERTA: Licença Creative Commons, 2018. Disponível em: < http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094432-001.pdf>. Acesso em: 12 nov 2018.

CRUZ, M. S. et al. Key drug use, health and socio-economic characteristics of young crack users in two Brazilian cities. **Int J Drug Policy**, v.24, n.5, p.432-8, abr. 2013. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23632130. Acesso em: 24 mai. 2015.

CRUZ, V. D. et al. Condições sociodemográficas e padrões de consumo de crack entre mulheres. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1068-1076, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000401068&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jul. 2018.

CUNHA, Pedro Luiz Pinto da; CUNHA, Claúdia Silveira da e ALVEZ, Patrícia Ferreira. **Manual de Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidências.** Belo Horizonte: Grupo Ănima Educação/ Equipe EaD, 2014. Disponível em: <http://disciplinas.nucleoead.com.br/pdf/anima_tcc/gerais/manuais/manual_revisao.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2017.

CUNHA, E. M. da; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, aug. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 aug. 2018.

DANIULAITYTE R, et al. Predictors of depressive symptomatology among rural stimulant users. **Psychoactive Drugs**, v. 42, n. 4, p. 435-45, dez. 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21305908>. Acesso em: 24 abr. 2017.

DEBERT, G. G.; GREGORI, M. F. Violência e gênero: novas propostas, velhos dilemas. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 66, p. 165-185, fev. 2008. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092008000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 abr. 2017.

DECKER, M. R. et al. Physical and sexual violence predic- tors: 20 years of the women's interagency HIV study cohort. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 51, n. 5, p. 731-742, aug. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27595175> Acesso em: 24 mai. 2017.

DESLANDES, Suely Ferreira; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: Minayo, M. C. de S.; Deslandes, S. F. (org). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, p. 195-223p.

DIAZ, E. A. M. et al. Uso de drogas en estudiantes universitarios y su relación con el maltrato durante la niñez en una universidad de San Salvador, El Salvador. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. spe, p. 55-62, 2015. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000600055&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 abr. 2017.

DRESCH, Renato Luís. **O Acesso à Saúde Pública e a Eficácia das Normas de Regulação do Sus**. CONASS - Para Entender a Gestão do SUS – 2015 – Direito à Saúde, 1a Edição, 2015. Disponível em: < http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/colecao2015/CONASS-DIREITO_A_SAUDE-ART_18.pdf>. Acesso em: 24 abr, 2017.

DUAILIBI, Lígia Bonacim; RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 4, p. s545-s557, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 abr. 2017.

DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira e DALBOSCO, Carla. A Política Nacional sobre Drogas. In: Formigoni, M. L. O. de S. (org.). **O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1.** 7. ed., Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014. 140 p. – (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / coordenação [da] 7. ed. Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni).

DUBET, François. Sociologie de l´expérience. Paris: Seuil,1995.

DUFF, P. et al. Sex-for-Crack exchanges: associations with risky sexual and drug use niches in an urban Canadian city. Duff et al. **Harm Reduction Journal**, v. 10, n. 29, 2013. Disponível em: <http://www.harmreductionjournal.com/content/10/1/29>. Acesso em: jun. 2016.

FERRARESE, E. Il geometra e i vulnerabili: Sugli usi del concetto di vulnerabilita nelle scienze sociali. **Revista Gênero & Direito**, v. 5, n. 3, p. 152–173, 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ged/article/view/31482/16419>. Acesso em: mai. 2017.

FERTIG, A. et al. Mulheres usuárias de crack: Conhecendo suas histórias de vida. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 310-316, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200310&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jul. 2018.

FERREIRA, D. C.; SILVA, G. A. da. Caminhos do cuidado: itinerários de pessoas que convivem com HIV. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3087-3098, nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 out. 2018.

FERREIRA, Vitor Sérgio. Política do corpo e política de vida: a tatuagem e o body piercing como expressão corporal de uma ética da dissidência. **Etnográfica**, Lisboa, v. 11, n. 2, p. 291-326, nov. 2007. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65612007000200001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 out. 2018.

FRUGOLI JR, H.; SPAGGIARI, E. Networks and territorialities: an ethnographic approach to the so-called cracolândia ["crackland"] in São Paulo. **Vibrant, Virtual Braz. Anthr.**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 550-579, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-43412011000200027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jul. 2018.

GALVAO, T. F.; PEREIRA, M. G. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 183-184, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000100183&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 mar. 2018.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 21-34, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 out. 2018.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1989.

GIL, Antonio Carlos **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6ª edição. São Paulo: Atlas, 2008.

GILCHRISTA, G et al. Prevalence and factors associated with sex trading in the year prior to entering treatment for drug misuse in England. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 152, n. 7, p. 116–122, abr, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871615002136>. Acesso em: 22 out. 2016.

GILLIGAN, Carol. **In a Different Voice: Psychological Theory and Womens´s Development**. Cambrige: Harvard University,1982

GOFFMAN, Erwing. **Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Tradução: Mathias Lambert. 4ª edição. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOMES, Maria Paula Cerqueira e MEHRY, Emerson Elias. Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção. In: **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 176p.

GONCALVES, R. C.; LISBOA, T. K. Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida. **Rev. Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. spe, p. 83-92, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 abr 2017.

GREEN, Denise O'Neil. Categories. In: Given, L. M. (editor). **The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods.** Vol. 1 & 2. United States of America: SAGE Publications, Inc., 2008, p. 71, 72.

GUEVARA, David L. Morgan and Heather. Concept Mapping. In: Given, L. M. (editor). **The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods.** Vol. 1 & 2. United States of America: SAGE Publications, Inc., 2008, p. 108, 109.

GUNN, A. J.; CANADA, K. L Intra-Group Stigma: Examining Peer Relationships Among Women in Recovery for Addictions. **Drugs (Abingdon Engl)**, v. 22, n. 3, p. 281-292, mar. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26617439>. Acesso em: 18 mar 2017.

HAGUETTE, Treresa Maria Frota. Metodologias qualitativas na sociologia. 11ª edição, Petrópolis: Vozes, 2007.

HALLAIS, J. A. da S.; BARROS, N. F. de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, jul. 2015 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000701497&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 out. 2018.

HANDLOVSKY, I. E. et al. The Process of Safer Crack Use Among Women in Vancouver's Downtown Eastside. **Qualitative Health Research**, v. 23, n. 4, p. 450–462, abr. 2013. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23258112>. Acesso em: 18 mar. 2017.

HANKINS, C. Sex, drugs, and gender? High time for lived experience to inform action. **International Journal of Drug Policy**, v.19, n.2, p. 95–96, abr. 2008. Disponível em: <https://www.ijdp.org/article/S0955-3959(08)00003-0/pdf>. Accesso em: 22 out. 2018.

HARP, K. L. H.; OSER, C. B.; LEUKEFELD, C. Social Support and Crack/Cocaine Use Among Incarcerated Mothers and Nonmothers. **Substance use & Misuse**, v. 47, n. 6, p. 686–694, abr. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3328654/>. Acesso em 18 mar. 2017.

HIRCHZON, C. L. M. e DITOLVO, H. H. S. Uma experiência interdisciplinar de psicanalistas com profissionais da saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**., v.8, n.15, p.387-92, mar/ago 2004. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/icse/v8n15/a21v8n15.pdf>. Acesso em: 18 mar de 2017.

HORTA, R. L.; ESSWEIN, G. C.; HORTA, C. L. Percepção de profissionais de saúde de CAPS I quanto a demandas relativas ao consumo de crack. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1099-1108, abr. 2013. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000400023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: fev. 2014.

HORTA, R. L. et al. Influência da família no consumo de crack. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 104-112, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000200104&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jul. 2018.

HORTON, R.; CESCHIA, A. Making women count. **The Lancet**, v. 386, n.9999, p. 1112–1114, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15) 609 64-3>. Acesso em: 18 mar. 2018.

HUDELSON, Patricia M. **Qualitative research for health programs.** World Health Organization (org.). Geneva: Division of Mental Health, 1994.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. **Olhares plurais sobre o fenômeno do crack**. Jorge, M. S. B. et al (org), 1. ed., Fortaleza: EdUECE, 2013.

KASS, G. V. An exploratory technique for investigating large quantities of categorical data. **Applied Statistics**, vol. 29, n. 2, pp. 119-127, 1980. Disponível em: <https://www4.stat.ncsu.edu/~dickey/analytics/datamine/Reference%20Papers/kass80.pd>. Acesso em: 18 mar. 2017.

KIM, J.Y.; EVANS, T. Promoting women's health for sustainable development. **The Lancet**, v. 386, n. 9999, e9–e10, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60942-4>. Acesso em: 18 mar. 2018.

KOPETZ, C. et al. Gender and Social Rejection as Risk Factors for Engaging in Risky Sexual Behavior Among Crack/Cocaine Users. **Prev Sci**, v. 15, n. 3, p. 376–384, jun. 2014. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23761179>. Acesso em: 18 mar. 2017.

KUMAR, M. S. et al. A rapid situation and response assessment of the female regular sex partners of male drug users in South Asia: Factors associated with condom use during the last sexual intercourse. **International Journal of Drug Policy**, v.19, n. 2, pp. 148–158, jan. 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18221862>. Acesso em: 22 out. 2018.

LAHIRE, B. **O homem plural: os determinantes da ação**. Petrópolis, Rio de Janeiro, Vozes, 2002.

LE BRETON, David. **Adeus ao Corpo: Antropologia e Sociedade.** Tradução: Marina Appenzeller. 6ª edição, Campinas, São Paulo: Papirus, 2013. 240p.

LE BRETON, David. **A sociologia do corpo.** Tradução: Sonia Fuhrmann. 6. Ed., Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012, 2017.

LEITE, Suelen Cardoso; OLIVEIRA, Michele Mandagará de; CRUZ, Vania Dias. Encounters with crack: beginning, length of use, daily quantity and form of use. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 97-104, jun. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762015000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 jul. 2018.

LEMKE, R. A.; SILVa, R. A. N. da. A busca ativa como princípio político da spráticas de cuidado no território. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, n.1, pp.281-295, 1º quadromestre, 2010. Disponível em: < http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a18.pdf>. Acesso em 17 dez 2018.

LEVEFRE, Fernando. **O medicamento como problema de saúde pública: contribuição para o estudo de uma mercadoria simbólica**. 1989. Paginação irregular. Tese (Doutorado em Saúde Pública)—Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

LIMA, Helizett Santos de. **Consultório na Rua em Goiânia: atenção a pessoas em situação de rua e em uso de substâncias psicoativas**. 2013. 84f. Dissertação (Mestrado Processos de Desenvolvimento Humano)—Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

LIMA JR, M. C. da G.; WEBER, C. Relatório de Gestão 2009 a 2016.Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência. **Revista Saúde em Foco**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, jun./dez. 2016. Disponível em: <file:///Users/edsonvernaglia/Downloads/222-752-1-PB%20(1).pdf>. Acesso em: 01 abr. 2018.

LIMBERGER, J. et al. Women users of crack: systematic review of Brazilian literature. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 1, p. 82-88, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852016000100082&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2018.

LIMBERGER, J.; ANDRETTA, I. Novas problemáticas sociais: o uso do crack em mulheres e a perspectiva de gênero. **CS**, Cali, n. 15, p. 42-65, Jan. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-03242015000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 out. 2018.

LINS D. Crueldade do devir e corpo-drogado. **Verve**. Capa, n. 5, p. 186-207, 2004. Disponível em: <file:///Users/edsonvernaglia/Downloads/4985-11853-1-SM%20(3).pdf>. Acesso em: 23 out 2018.

LORVICK, J et al. Heath service use and social vulnerability in a community-based sample of women on probation and parole, 2011–2013. **Health & Justice**, v.3, n. 13, pp. 1-6, dez.

2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5151512/>. Acesso em: 22 out. 2016.

MACEDO, F. dos S. de; ROSO, A.; LARA, M. P. de. Mulheres, saúde e uso de crack: a reprodução do novo racismo na/pela mídia televisiva. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1285-1298, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000401285&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 out. 2018.

MACEDO, F. dos S. de; MACHADO, P. S. Economia moral e modelos de atenção no cuidado com gestantes que usam crack. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 34-46, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200034&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jul. 2018.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jun. 2018.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. Lúcia. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jun. 2018.

MACRAE, E.; VIDAL, S. S. A Resolução 196/96 e a imposição do modelo biomédico na pesquisa social: dilemas éticos e metodológicos do antropólogo pesquisando o uso de substâncias psicoativas. **Rev. Antropol.**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 645-666, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-77012006000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2018.

MALTA, M. et al. HIV/AIDS risk among female sex workers who use crack in Southern Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 830-837, out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jul. 2017.

MATOS, M. Teorias de gênero ou teorias e gênero? Se e como os estudos de gênero e feministas se transformaram em um campo novo para as ciências. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 333-358, jan. 2008. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2008000200003>. Acesso em: 24 abr. 2017.

MCCOY C.B. et al. Drug use and barriers to use of health care services. **Subst Use Misuse,** v. 36, n. 6–7, p. 789–806, mai.-jun. 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11697611>. Acesso em: 22 agos. 2018.

MEDEIROS, K. T. et al. Vivências e Representações sobre o Crack: Um Estudo com Mulheres Usuárias. **Psico-USF**, Itatiba, v. 20, n. 3, p. 517-528, dez. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712015000300517&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2018.

MERCHÁN-HAMANN, Edgar e COSTA, Ana Maria. Introdução a uma reflexão sobre saúde, equidade e gênero. In: **Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas.** Costa, A. M.; Merchán-Hamann, E.; Tajer, D. (org.), Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000, p.19-32.

MEDEIROS, R. Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 105-117, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000100105&lng=en&nrm=iso>. Acesaso em: 16 jul. 2018.

MEHRABADI A. et al. The Cedar Project: a comparison of HIV-related vulnerabilities amongst young Aboriginal women surviving drug use and sex work in two Canadian cities. **Int J Drug Policy**, v. 19, n. 2, pp. 159-68, sep. 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17870461>. Acesso em: abril 2017.

MELNYK, B. M. et al. Igniting a Spirit of Inquiry: An Essential Foundation for Evidence-Based Practice: how nurses can build the knowledge and skills they need to implement EBP. **American Journal of Nursing (AJN)**, v.109, n.11, p. 49-52, nov. 2009. Disponível em: <http://forces4quality.org/af4q/download-document/3517/Resource-Evidence_Based_Practice__Step_by_Step__Igniting_a.28.pdf>. Acesso em: 15 out 2017.

MIELKE, F. B.; OLSCHOWSKY, A. Ações de saúde mental na estratégia saúde da família e as tecnologias em saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 762-768, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 out. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria método e criatividade.** 17ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. 80 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed., Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; Deslandes, Suelli Ferreira. (org). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, p. 195-223p.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2014. 408 p.

MOEBUS, Ricardo. CRISE – Um conceito constitutivo para a saúde mental. In: **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Gomes, M. P. C.; Merhy, É. E (org). 1ª Edição, Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014, p.43-54. p.: il. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

MONTEIRO, Simone e VILLELA, Wilza. **Estigma e Saúde.** Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2013, p.25-46.

MORENO, R. S.; VENTURA, R. N.; BRETAS, J. R. S. Ambiente familiar e consumo de álcool e tabaco entre adolescentes. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v.27, n.4, p. 354-360, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010305822009000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 abril 2017.

MORERA, J. A. C. et al. The role of family relations, spirituality and entertainment in moderating peer influence and drug use among students of eight universities from five countries in Latin America and three from the Caribbean. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. spe, p. 106-116, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000600106&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 out. 2018.

NAJAVITS, L. M. Gender Differences in Cocaine Dependence. **Drug and Alcohol Dependence**, v.97, n. 1-2, p. 190-194, sep. 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2562511/>. Acesso em: Acesso em: 22 out. 2018.

NAPPO, Solange. A. et al. **Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS**. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2004.

NAPPO, S. A.; SANCHEZ, Z.; OLIVEIRA, L. G. Women, crack and AIDS in São Paulo. **Subst Use Misuse**, v.46, n. 4, p. 476-85, ago. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20735215>. Acesso em: 22 out. 2018.

NICOLLI T. et al. Teoria do autocuidado na desintoxicação química de gestantes em uso do crack: contribuições da enfermagem. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 3, jul-set 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0417.pdf>. Acesso em: 22 out. 2018.

NOEL L, et al. Health and social services accessed by a cohort of Canadian illicit opioid users outside of treatment. **Can J Public Health**, v. 97, n. 3, p. 166–170, 2006. Disponível em: <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/view/722>. Acesso em: 22 agos 2018.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de. **Visibilidade do consumo de drogas como problema de saúde num contexto assistencial: uma abordagem de gênero**. 2008. 207f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) —Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2008.

OLIVEIRA, M. M. de et al. Consequences related to crack use among women and reasons for abandonment of the drug. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 119-125, dez. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762014000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2018.

OTTERSEN, O. P et al. The political origins of health inequity: prospects for change. **The Lancet**, v. 383, n. 9917, pp. 630-667, 2014. Disponível em: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)624071/fulltext>. Acesso em: janeiro 2017.

PALAMAR, J. J. et al. Powder Cocaine and Crack Use in the United States: An Examination of Risk for Arrest and Socioeconomic Disparities in Use. **Drug and alcohol dependence,** v.149, n.1, pp.108–116, Apr. 2015. Disponível: <https://www.journals.elsevier.com/drug-and-alcohol-dependence>. Acesso em: 15 jan 2016.

PARKER, Richard. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na Saúde Pública Mundial. In: **Estigma e Saúde**. Monteiro, S.; Villela, W (org). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013, p.25-46

PAULA, M. L. de et al. Usuário de crack em situações de tratamento: experiências, significados e sentidos. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 118-130, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000100118&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2018.

PAULA, M. L. de et al. Usuário de crack em situações de tratamento: experiências, significados e sentidos. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 118-130, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000100118&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 out. 2018.

PAVANATTO, P. A. et al. Contribuições do cuidado lúdico em enfermagem na desintoxicação química devido ao uso de crack. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 50-55, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000200050&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2018.

PEDROSO, R. S.; KESSLER, F.; PECHANSKY, F. Treatment of female and male inpatient crack users: a qualitative study. **Trends Psychiatry Psychother.**, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 36-45, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892013000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 aug. 2018.

PEDROSA, S. M. et al. A trajetória da dependência do crack: percepções de pessoas em tratamento. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 956-963, out. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500956&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2018.

PERRON B.E. et al. Differences in service utilization and barriers among Blacks, Hispanics, and Whites with drug use disorders. **Subst Abuse Treat Prev Policy**, v. 4, n.3, mar. 2009. Disponível em: <https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/1747-597X-4-3>. Acesso em: 15 jan 2016.

PEREIRA, M. O. et al. Qual é a tônica da política de drogas brasileira: ressocialização ou internamento?. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, e 20170044, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000300212&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 out. 2018.

PHELAN, Jo; LINK, Bruce; DOVIDIO, John. Estigma e Preconceito: um animal ou dois? In: **Estigma e Saúde**. Monteiro, S.; Villela, W (org). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013, p.183-207.

PICOLI, Cinthia Maria Cecato. **Adesão de Usuários de Crack ao Tratamento num Caps I do Interior do Rio Grande do Sul**. 2013. 167 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) —Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

PRIORE, M. L. M. D. Dossiê: a história do corpo. **An. mus. paul.**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 09-26, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-47141995000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 jan. 2019.

QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de. **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva**. São Paulo, 1991

RAMALHO, Anabela. **Manual para a redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise: estrutura, funções e utilização na investigação em enfermagem**. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, D.L. 2005. 110 p.

RAMIRO, F. de S.; PADOVANI, R. da C.; TUCCI, A. M. Consumo de crack a partir das perspectivas de gênero e vulnerabilidade: uma revisão sobre o fenômeno. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 379-392, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000200379&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2018.

RAUPP, Luciane; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo (SP, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2613-2622, mai. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500031&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 18 Fev 2012.

REIS NETO, R. de O.; PINTO, A. C. T.; OLIVEIRA, L. G. A. Acompanhamento terapêutico: história, clínica e saber. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 31, n. 1, p. 30-39, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 set. 2018.

REZIO, L. de A.; OLIVEIRA, A. G. B. de. Equipes e condições de trabalho nos centros de atenção psicossocial em Mato Grosso. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 346-354, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 set. 2018.

RIBAS, D. L.; BORENSTEIN, M. S. CAPS - Florianópolis: uma experiência de grupo com clientes psicóticos fora dos muros do manicômio, durante dez anos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 52, n. 2, p. 179-188, jun. 1999. Dsiponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671999000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 set. 2018.

RIBEIRO, L. A.; SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 210-218, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2018.

RILEY, E. D. et al. Basic Subsistence Needs and Overall Health Among Human Immunodeficiency Virus-infected Homeless and Unstably Housed Women. Epidemiol. **Am. J. Epidemiol.**, v. 174, n.5, pp. 515-522, jul. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3161197/>. Acesso em: 19 jan 2015.

RODRIGUES, D. S. et al. Conhecimentos produzidos acerca do crack: uma incursão nas dissertações e teses brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1247-1258, mai. 2012. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500018&lng=en&nrm=iso>.Acesso em: 18 maio 2012.

ROMANINI, M.; ROSO, A. Midiatização da cultura, criminalização e patologização dos usuários de crack: discursos e políticas. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 483-497, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2018.

_____. Midiatização do crack e estigmatização: corpos habitados por histórias e cicatrizes. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 363-376, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200363&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2018.

RUDOLPH, A. E et al. Individual, network, and neighborhood correlates of exchange sex among female non-injection drug users in Baltimore, MD (2005–2007). **AIDS and Behavior**, v.17, n. 2, pp. 598–611, fev. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22983502 Acesso em mai 2014>. Acesso em: 19 jan 2015.

RUI, Taniele Cristina. **Corpos abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack**. 2012. 335f. Tese (Doutorado em Antropologia Social)—Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

RUSSO, Jane. Do corpo-objeto ao corpo-pessoa: desnaturalização de um pressuposto médico. In: Souza N.A.; Pitanguy J (org.). Saúde, corpo e sociedade. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006. p. 183-94.

SARIN, E.; SELHORE, E. Serving Women Who use drugs in Delhi India: Challenges and archievements. **Internacional Journal of Drug Policy**, v.19, n. 2, pp. 178-178, abr. 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18313911>. Acesso em: 19 jan 2015.

SARTI, C. Corpo e Doença no trânsito de saberes. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 25, n. 74, p. 77-90, out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092010000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 out. 2018.

SCABIO, Jeferson de Lara. **“Não dá pra amarrar”: uma etnografia da interação entre agentes de saúde e usuários de crack a partir do**

Consultório na Rua. 2013. 157f. Dissertação (Mestrado em Sociologia)—Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

SCOTT, Joan W. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica.** Dabat, C. R.; Ávila, M. B. (trad.). New York: Columbia University Press, 1989.

SCOTT, Joan W. A invisibilidade da experiência. Haddad, L. (trad.); Maluf, M. (revisão técnica). **Prj. história**, São Paulo, v.16, fev 1998. Disponível em: < https://revistas.pucsp.br/revph/article/view/11183/8194>. Acesso em: Acesso em: 18 out 2015.

SELEGHIM, M. R. et al. Vínculo familiar de usuarios de crack atendidos en una unidade de emergência psiquiátrica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 1163-1170, out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 out. 2018.

_____. Aspectos da estrutura familiar de jovens usuários de crack: um estudo do genograma. **Cienc Cuid Saude**,. v.10, n.4, p. 795-802, 2012. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18325>. Acesso em: 22 ago. 2017.

SEVALHO, G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 177-188, mar. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000100177&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 nov. 2018.

SHANNON, K. et. al. Mapping violence and policing as an environmental-structural barrier to health service and syringe availability among substance-using women in street-level sex work. **Int J Drug Policy**, v. 19, n.2, pp. 140-7, abr. 2008. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.500.1119&rep=rep1&type=pdf >. Acesso em: 18 out 2015.

SHANNON, L. M. et al. Examining gender differences in substance use and age of first use among rural appalachian drug users in Kentucky. **Am J Drug Alcohol Abuse**, v. 37, n. 2, p. 98–104, dez. 2010. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21142705>. Acesso em: Acesso em: 18 out 2015.

SINGER, M. Anthropology and addiction: an historical review. **Addiction**, v. 107, n. 10, p. 1747-55, out. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22962955>. Acesso em: 10 de jan. 2017.

SOARES, J. C.; DANTAS, M. A. Considerações sobre a morte e o morrer na hipermodernidade. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 89-104, dez. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812006000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 out. 2018.

SOUZA, Edimilsa Ramos de et al. Construção dos instrumentos qualitativos. IN: Minayo, M. C. de S.; Assis, S. G. de; Souza, E. R. de (org.). **Avaliação por triangulação de métodos.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p133-156

SOUZA, J. de; KANTORSKI, L. P.; MIELKE, F. B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS ad SMAD. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, fev. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762006000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 set. 2018.

SOUZA, Alicia Navarro de; PITANGUY, Jacqueline. Saúde, corpo e sociedade. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006, 260p.

SOUZA, M. R. R. de; OLIVEIRA, J. F. de; NASCIMENTO, E. R. do. A saúde de mulheres e o fenômeno das drogas em revistas brasileiras. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 92-100, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000100092&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 out. 2018.

SMYTH, Robyn. NVivo (software). In: Given, L. M. (editor). **The SAGE Encyclopedia of Qualitative Research Methods.** Vol. 1 & 2. United States of America: SAGE Publications, Inc., 2008, p. 563-565.

SPINK, M. J. (org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 1995, p. 235-265.

TEIXEIRA, M. B.; ENGSTROM, E. M.; RIBEIRO, J. M. Revisão sistemática da literatura sobre crack: análise do seu uso prejudicial nas dimensões individual e contextual. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 311-330, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000100311&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2018.

TIMPSON, S. C et. al. Sexual Activity in HIV-Positive African American Crack Cocaine Smokers. **Arch Sex Behav**, v. 39, n.6, pp. 1353-8, dez. 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20628803>. Acesso em: 22 out. 2018.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. 14ª edição. São Paulo: Cortez, 2005.

TRAD, Sérgio do Nascimento Silva; TRAD, Leny Alves Bomfim; e ROMANÍ, Oriol. Contribuições das Ciências Sociais ao estudo sobre o uso de drogas e o diálogo com a produção nacional contemporânea. In: **Olhares plurais sobre o fenômeno do crack**. Jorge, M. S. B. et al (org), 1. ed., Fortaleza: EdUECE, 2013, P.27-65

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **Annual Report 2014**. Vienna: United Nations Publication; 2014 Jun. 93p. Report No.: E.14.XI.7.

_____. **World Drug Report 2015**. Vienna: United Nations Publication; 2015 Mai. 118p. Report No.: No. E.15.XI.6.

_____. **World Drug Report 2017**. Vienna: United Nations Publication; 2017 Mai. 117p. Report No.: E.17.XI.7.

VALIM, Danielle; ZALUAR, Alba; SAMPAIO, Christiane. Uma etnografia das cenas de uso de crack no rio de janeiro e seus efeitos nos usuários. In: Teixeira, M.; Fonseca, Zilma (org.). **Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em**

situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. 1. ed., São Paulo: Hucitec, 2015.

VALLIM, D. de C. Violados indignos: usuários de crack no Rio de Janeiro e em Nova Iorque. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora, v. 9, n. 2, p. 126-138, dez. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472015000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 out. 2018.

VASCONCELOS, Mardênia Gomes Ferreira et al. A organização do cuidado aos usuários de *crack*: fluxos e tecnologias. In: **Olhares plurais sobre o fenômeno do crack**. Jorge, M. S. B. et al (org), 1. ed., Fortaleza: EdUECE, 2013, p.123-145.

VERAS, E. Historia de Vida: ¿Un método para las ciencias sociales? **Cinta moebio**, Santiago, v. 39, n., p. 142-152, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-554X2010000300002&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 18 janeiro 2016.

VERNAGLIA, T. V. C.; VIEIRA, R. A. de M. S.; CRUZ, M. S. Usuários de crack em situação de rua – características de gênero. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1851-1859, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601851&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 out. 2018.

VERNAGLIA, T. V. C. et al. The female crack users: Higher rates of social vulnerability in Brazil. **Health Care Women Int**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 11, p. 1170-1187, nov 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28825524>. Acesso em: 22 out. 2018.

WALLS, N. E.; BELL, S. Correlates of engaging in survival sex among homeless youth and young adults. **J. Sex. Res**. v. 48, n. 5, pp. 423-36, set. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20799134>. Acesso em: 22 out. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World health statistics 2017: Monitoring health for the SDGs sustainable development goals**. France: World Health Organization. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255336/9789241565486-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: Jan 2018.

_____. **World health statistics 2018: Monitoring health for the SDGs sustainable development goals**. France: World Health Organization. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: out 2018.

ZEFERINO, M. T. et al. Semelhanças e contrastes nos padrões de uso de crack em Santa Catarina, Brasil: capital vs Meio Oeste. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 97-106, jan. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100097&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 out. 2018.

ZILBERMAN, M. L; BLUME, S. B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 27, supl. 2, p. s51-s55, out. 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 março 2016.

APÊNDICE A – ROTEIRO DO DIÁRIO DE CAMPO DA ENTREVISTA USUÁRIAS

I. Dados Entrevista (acrescentar no diário de campo da entrevista)

Nome Entrevistador:

Data e hora (início e fim) da entrevista:

Duração:

Local:

Como o contato foi estabelecido?

Objetivo da entrevista:

Temas/palavras chaves:

Tipo de entrevista: Entrevista semi-estruturada

Tipo de registro: Gravação audio ____/Gravação vídeo ____

Anotação durante a entrevista ___ / Anotação posterior ___

II. PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO SIMPLES

Codificação da entrevistada:

Nome pelo qual é conhecido:

Endereço:

Comunidade:

Bairro:

Município:

Local e data de nascimento:

Sexo:

Ocupação:

Local de emprego/trabalho:

Cargo:

Etnia (auto-declarada):

Etnia (observação do entrevistador):

Estudou até que série?

Mora com quem? (parentesco e havendo filhos, idades)

Religião atual:

É praticante?

Religião dos pais:

A sua família de origem era praticante desta religião?

III. ROTEIRO SEMI ESTRUTURADO

Eixo/APROFUNDAMENTO DOS DADOS DO PERFIL

Conte-me sobre sua educação?

O que a levou a interromper os estudos?

Como se sente com relação a ter interrompido os estudos?

Como você se sustenta?

Como financia suas necessidades básicas (alimento, moradia, dependência)?

Conte-me como faz para chegar a unidade de saúde? (se paga seu transporte, se precisa pedir emprestado, se precisa de carona, se precisa de algum tipo de ajuda etc)

Eixo/FAMÍLIA

Conte-me sobre sua família?

Quem faz parte da sua rede de amigos?

Conte-me sobre sua relação com os seus amigos?

Conte-me sobre sua relação com os seus filhos (se houver)?

Estes são referentes as únicas gestações que teve?

Como se sente com relação ao cuidado que você dá aos seus filhos?

Como seus amigos e familiares contribuem para o seu tratamento?

Como seus amigos e familiares dificultam seu tratamento?

Eixo/TRAJETÓRIA DE USO DA DROGA

Conte-me sobre como começou a usar o crack?

Conte-me sobre as pessoas que se relaciona ou relacionava ao usar o crack?

Quais as circunstâncias que a lervaram a usar o crack?

Conte-me sobre como resolveu buscar o tratamento?

Como se dá o uso do crack hoje em dia?

Eixo/ACESSO E ADESÃO AO TRATAMENTO

Como chegou ao serviço?

Conte-me sobre o que a motivou buscar um serviço de saúde?

Como lida com as dificuldades (apresentadas anteriormente) apara fazer seu tratamento?

Como sua rede de sociabilidade a ajuda ou dificulta no tratamento?

Como espera ser atendido?

Como imagina um serviço para o atendimento para mulheres usuárias de crack (listar o que deve conter)? (horário, atividades, formas de atendimento, tipo de profissionais, ter regras ou não, oferecer abrigos, alimentação, a possibilidade de trabalhar, cursos, lazer, exigir ou não abstinência total)

Como este serviço ajuda na sua melhora?

Conte-me quais são os pontos que este serviço precisa melhorar?

Como espera ser atendida?

IV. OBSERVAÇÕES:

Descrição:

Entrevistado (física, de sua apresentação, seu jeito, suas atitudes, traços de personalidade, inclinações etc.)

Ambiente (Há privacidade? Interrupções? Presença de outras pessoas? Como vocês se sentaram? Como era o ambiente? Em casos de residências e outros espaços importantes, a descrição deve ser mais detalhada)

Processo da entrevista (Como se desenvolveu a entrevista? Como foi o consentimento informado? A relação entre entrevistado e entrevistador? Houve rapport? Quais as emoções evidentes e em que momentos surgem? Pausas e hesitações?

Impressões gerais/*Insights* (O que mais te chamou a atenção? Porque? O que te incomodou? O que você gostou? O que você aprendeu de novo que "ilumina" questões da sua pesquisa?)

Se fosse entrevistar esta pessoa novamente, o que abordaria? O que faria diferente? O que aprendeu que deve incorporar nas entrevistas futuras?

APÊNDICE B – ROTEIRO DO DIÁRIO DE CAMPO DA ENTREVISTA PROFISSIONAIS

I. Dados Entrevista

Nome Entrevistador:

Data e hora (início e fim) da entrevista:

Duração:

Local:

Como o contato foi estabelecido?

Objetivo da entrevista:

Temas/palavras chaves:

Tipo de entrevista: Entrevista semi-estruturada

Tipo de registro: Gravação audio ____/Gravação vídeo ____

Anotação durante a entrevista ___ / Anotação posterior ___

II. PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO SIMPLES

Codificação da entrevistada:

Nome pelo qual é conhecido:

Endereço:

Comunidade:

Bairro:

Município:

Local e data de nascimento:

Sexo:

Ocupação:

Local de emprego/trabalho:

Cargo:

Etnia (auto-declarada):

Etnia (observação do entrevistador):

Estudou até que série?

Mora com quem? (parentesco e havendo filhos, idades)

Religião atual:

É praticante?

Religião dos pais:

A sua família de origem era praticante desta religião?

III. ROTEIRO DE APROFUNDAMENTO

Como é constituído o Projeto Terapêutico Singular da usuária que acompanha?

Descreva os fatores que julga importantes para o tratamento da usuária que acompanha?

Descreva são os pontos de vulnerabilidades no tratamento da usuária que acompanha?

Descreva são as situações que dificultam o tratamento da usuária que acompanha?

Descreva são as perspectivas para o tratamento da usuária que acompanha?

Como o CAPS AD pode interferir no uso, abuso e dependência do crack para estas mulheres?

Descreva os aspectos da rede de tratamento que são fundamentais no caso que acompanha?

Que barreiras dificultam o acesso ao tratamento das usuárias de crack? Quais as estratégias das usuárias para ultrapassar estas barreiras?

Como os dispositivos da rede (incluindo o Caps e seus profissionais) podem diminuir estas barreiras?

APÊNDICE C – QUADRO DE ENTREVISTAS

COD	PROFISSIONAL	FORMAÇÃO	REFERÊNCIA	COD
P1	ZÁINA	ENFERMEIRO	ALMERINDA	E1
P2	CARLA	ENFERMEIRO	GICÉLIA	E4
			RENATA	E5
P3	DÉBORA	ASS SOCIAL	SÔNIA	E7
P4	EDINA	PSICÓLOGO	RENATA	E5
P5	EDSON	PSIQUIATRA	ALMERINDA	E1
			DANIELE	E2
			TERESINHA	E8
P6	FABIANE	ENFERMEIRO	ALMERINDA	E1
			GICÉLIA	E4
			RENATA	E5
P7	TATIANA	PSICÓLOGO	VERA	E9
P8	RENATO	PSICÓLOGO	ALMERINDA	E1
P9	JULIANA	ASS SOCIAL	DANIELE	E2
			ROSANE	E6
P10	MARIANA	PSIQUIATRA	DANIELE,	E2
			DENISE,	E3
			RENATA	E5
			ROSANE	E6
P11	JANE	TEC DE ENF	MULTI	-
P12	DOUGLAS	RED DANOS	DANIELE	E2
			ROSANE	E6
			VERA	E9
P13	ZUMA	PSIQUIATRA	DANIELE	E2
			GICÉLIA	E4

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO USUÁRIAS

PESQUISA: “O COTIDIANO DAS MULHERES USUÁRIAS DE CRACK: CARACTERÍSTICAS DE GÊNERO”.

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS: Taís Veronica Cardoso Vernaglia, Simone Ouvinhas Peres.

Estamos realizando uma pesquisa, e você pode levar o tempo que precisar para decidir se gostaria ou não de participar dela. Sinta-se à vontade para esclarecer suas dúvida a qualquer momento.

INTRODUÇÃO

Os objetivos desta pesquisa são descrever características de vulnerabilidades sociais das mulheres usuárias de crack; estudar o cotidiano das mulheres usuárias de crack, a associação das vulnerabilidades e as estratégias de enfrentamento; definir diretrizes que facilitem o acesso e a adesão ao tratamento para mulheres usuários de crack a partir da amostra das estratégias de enfrentamento.

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

Se você decidir participar deste estudo, você terá que conversar com a pesquisadora por aproximadamente uma hora. Nesta pesquisa realizaremos os seguintes procedimentos:

Se você participar da entrevista, vamos pedir que você fale sobre seu cotidiano: seus relacionamentos com familiares, parceiros e filhos (caso os tenha) e com a sociedade, suas práticas sexuais, problemas pessoais, situações de violência e como enfrenta isto no seu dia a dia.

Você tem o direito de não participar deste estudo. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir no seu tratamento.

A sua participação neste estudo pode ser encerrada se: 1) a equipe de pesquisa entender – baseada em observações e conversas com você – que você não consegue entender esse processo de consentimento informado; ou 2) se for feita algum ameaça verbal ou tiver algum comportamento violento (ex: derrubando ou danificando materiais/móveis do projeto). Se uma dessas situações ocorrerem, você não irá participar da pesquisa ou será desligado das atividades no momento que isso acontecer.

RISCOS:

Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre seu dia a dia. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que você se sinta incomodada.

BENEFÍCIOS:

Este estudo não traz benefícios diretos para você, especificamente. Sua entrevista ajudará a para como as mulheres usuárias de crack como um todo e a sociedade.

CUSTOS E COMPENSAÇÃO

Você não terá nenhuma despesa para participar deste estudo. A entrevista será feita no dia que já tiver uma consulta no CAPS AD.

CONFIDENCIALIDADE:

Os formulários que identificam os participantes serão mantidos em sigilo, dentro dos limites legais, e não serão publicados. Nenhuma publicação revelará seu nome ou de quaisquer participantes da pesquisa. Os participantes terão códigos de identificação, que serão usados nos formulários, ao invés de seu nome próprio. As informações pessoais serão mantidas em um lugar diferente dos arquivos principais. Só a equipe de pesquisa terá acesso aos arquivos de dados. Todos os arquivos serão mantidos em um arquivo trancado e os arquivos de computador serão protegidos por senhas. Os formulários escritos serão mantidos guardados por um período de 5 anos, depois do fim do estudo, conforme exigido pela agência financiadora do estudo (NIH).

PERGUNTAS OU PROBLEMAS:

Você pode fazer perguntas em qualquer momento deste estudo. Para maiores informações sobre o estudo, entre em contato com a Prof Taís Veronica Cardoso Vernaglia no telefone (21) 25427154 ou com o Dr Marcelo Santos Cruz (21) 999569656

****

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

A sua assinatura indica que você concordou de forma voluntária em participar deste estudo, que o estudo foi explicado para você, que você teve tempo para ler este documento e que todas suas dúvidas foram esclarecidas de forma satisfatória. Você irá receber uma cópia deste formulário de consentimento assinado e datado antes da sua participação no estudo.

Nome do participante (letra de fôrma) _____

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROFISSIONAIS

PESQUISA: “O COTIDIANO DAS MULHERES USUÁRIAS DE CRACK E ACESSO AO SERVIÇO: CARACTERÍSTICAS DE GÊNERO”.

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS: Marcelo Santos Cruz, Taís Veronica Cardoso Vernaglia, Simone Ouvinhas Peres.

Estamos realizando uma pesquisa, e você pode levar o tempo que precisar para decidir se gostaria ou não de participar dela. Sinta-se à vontade para esclarecer suas dúvidas a qualquer momento.

INTRODUÇÃO

O objetivo desta pesquisa é identificar as características sociais, familiares e comportamentais de mulheres usuárias de crack que chegam aos CAPS AD; Estudar os direcionamentos clínicos para o tratamento; Definir diretrizes que facilitem o acesso e a adesão ao tratamento para mulheres usuários de crack a partir destas mulheres.

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

Se você decidir participar deste estudo, você terá que conversar com a pesquisadora por aproximadamente uma hora. Nesta pesquisa realizaremos os seguintes procedimentos:

Se você participar da entrevista, vamos pedir que você responda algumas perguntas sobre como tem sido pensado e conduzido o tratamento das mulheres usuárias de crack as quais estejam referenciadas à você.

Você tem o direito de não participar deste estudo.

RISCOS:

Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre seus direcionamentos clínicos para o tratamento destas mulheres. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que você se sinta incomodado.

BENEFÍCIOS:

Este estudo não traz benefícios diretos para você, especificamente. Sua entrevista ajudará a para como as mulheres usuárias de crack como um todo e a sociedade.

CUSTOS E COMPENSAÇÃO

Você não terá nenhuma despesa para participar deste estudo. A entrevista será feita quando você estiver no CAPS AD.

CONFIDENCIALIDADE:

Os formulários que identificam os participantes serão mantidos em sigilo, dentro dos limites legais, e não serão publicados. Nenhuma publicação revelará seu nome ou de quaisquer participantes da pesquisa. Os participantes terão códigos de identificação, que serão usados nos formulários, ao invés de seu nome próprio. As informações pessoais serão mantidas em um lugar diferente dos arquivos principais. Só a equipe de pesquisa terá acesso aos arquivos de dados. Todos os arquivos serão mantidos em um arquivo trancado e os arquivos de computador serão protegidos por senhas. Os formulários escritos serão mantidos guardados por um período de 5 anos, depois do fim do estudo, conforme exigido pela agência financiadora do estudo.

PERGUNTAS OU PROBLEMAS:

Você pode fazer perguntas em qualquer momento deste estudo. Para maiores informações sobre o estudo, entre em contato com a Prof Taís Veronica Cardoso Vernaglia no telefone (21) 997588558 ou com o Dr Marcelo Santos Cruz (21) 999569656

****

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

A sua assinatura indica que você concordou de forma voluntária em participar deste estudo, que o estudo foi explicado para você, que você teve tempo para ler este documento e que todas suas dúvidas foram esclarecidas de forma satisfatória. Você irá receber uma cópia deste formulário de consentimento assinado e datado antes da sua participação no estudo.

Data:_____

Nome do participante (letra de fôrma) _____

Assinatura:_____

APÊNDICE F – SINOPSE DAS HISTÓRIAS DE VIDA E TRAJETÓRIA DAS MULHERES USUÁRIAS DE CRACK

Entrevista Almerinda – *"Parei de usar 24 horas, me ensina a viver a vida, me ensina a viver um dia de cada vez"*.

Idade: 61 anos.

Regime de tratamento: intensivo.

Tempo de atendimento no CAPS Ad: 7 anos.

Motivo: encaminhamento ao serviço após sua detenção em um manicômio judiciário.

OBS: a entrevista se deu em um único dia, soma-se a esta as anotações feitas em diário de campo e a entrevista com o profissional responsável pela elaboração do seu PTs.

Data da entrevista: 08/03/2016

Uso de crack:

Iniciou o uso de drogas na juventude quando frequentava a alta sociedade do Rio de Janeiro. Relacionou-se amorosamente e teve amizades com personalidades públicas que influenciaram o seu uso de drogas. É usuária de múltiplas drogas (crack, cocaína, maconha e álcool) e o início do abuso do crack se deu no momento da sua vida em que, por questões financeiras, deixa a zona sul do Rio e passa a morar na Zona Norte: "vim pra cá e cai na merda do crack". É nomeada por outros usuários como a "vovó do crack".

Síntese de eventos indicadores:

1 USO DO CRACK

Histórico de uso de álcool, cocaína, crack, maconha e abuso de comprimidos. O uso do crack foi iniciado há nove anos, assim relatou sobre este evento: "Eu provei, não entendi bem, mas aquele gosto ficou gravado".

2 RELACIONAMENTO FAMILIAR:

É separada, possui pais falecidos e três filhos: dois homens e uma mulher. Teve dois relacionamentos amorosos, mas foi casada apenas com o pai dos seus filhos. Já é avó de três crianças. Tem contato limitado com seus filhos e netos por conta do abuso do crack. Queixa-se

da ausência deles e do não exercício do seu papel de mãe: “Quando eu tô limpa, eu sou uma mãe superlegal”.

3 O SOCIAL:

Almerinda tem um perfil diferenciado das outras mulheres atendidas no serviço. Viveu na zona sul do Rio de Janeiro em meio a alta sociedade e frequentou festas com artistas da época da sua juventude, todos estes encontram-se falecidos. É sustentada por sua filha que a envia alimentos mensalmente e sua irmã que lhe fornece uma “mesada” para comprar cigarros e pagar as despesas do seu apartamento. O único benefício que recebe do governo é a gratuidade no transporte público. Reside em apartamento próprio na zona norte do Rio de Janeiro: “É muito difícil pra mim ficar falando sobre isso [...] Ainda mais de uma família que não é do morro, entendeu? Teve gente lá em Nova York que soube, entendeu?” (referindo-se ao fato de ter estado presa).

4 O TRATAMENTO:

Seu acesso ao serviço foi por encaminhamento compulsório. De início, não queria permanecer no CAPSad (antes funcionava como CAPS II) mas manteve-se por insistência da sua irmã. Teve muitas dificuldades em formar vínculo com o serviço e com seu técnico de referência. É a mais assídua ao serviço das mulheres que entrevistei: “Eu detestava esse lugar. Achava meu psicólogo, um pentelho. O Psiquiatra eu odiava, tinha verdadeiro pavor”. Sua fala sobre o seu tratamento é marcada por diretivas dos Narcóticos Anônimos, dispositivo no qual se vinculou durante algum tempo.

História:

Almerinda tem 61 anos é separada, possui pais falecidos (câncer e complicações do alcoolismo) e três filhos: dois homens e uma mulher. Já esteve em dois relacionamentos amorosos. Foi casada apenas com o pai dos seus filhos, entretanto é o seu último companheiro que nomeia como “marido”. Possui três netos e apenas P, filho mais novo de Almerinda, que ainda não possui filhos.

Almerinda é filha de pai alcoolista: “morreu com a cachaça na mão”. Referiu-se a ele como uma pessoa “muito inteligente” e à sua mãe como uma pessoa omissa. Morava em um bairro nobre na zona sul do Rio de Janeiro: ela, seus pais e seis irmãos. A relação com seu pai era conflituosa, uma pessoa descrita como inteligente, que tinha cinco faculdades, que colocava os filhos para dormir, que era seu confidente e que abusou sexualmente de Almerinda: “meu

pai tentou colocar o pênis na minha boca". Nesta época, tinha apenas cinco anos de idade e os demais fatos sobre sua infância referem-se à relação que tinha com sua mãe e seus irmãos. Não nos pareceu ter desenvolvido os laços que gostaria com a sua mãe, falou que nas tentativas de conversar com a mesma a resposta que obtinha era: "faz igual aqueles três macaquinhos – eu não escuto, eu não vejo, eu não falo". Contou-nos, de modo jocoso, sobre a sua relação com seus irmãos e riu ao descrever a rotina que tinha com os mesmos: "para dar remédio era fila, quando entrava no elevador toda a família ninguém mais podia entrar". Mas, em seguida fala de ter apanhado muito dos mesmos e que eles duvidaram da possibilidade do pai ter abusado sexualmente dela. Este é um dos momentos da entrevista que Almerinda chora.

O histórico de violência repetiu-se no seu casamento. Almerinda falou que teve seis gestações, das quais abortou três, uma delas teria perdido após ter levado um chute na barriga do pai dos seus filhos – Guga. Justificou a agressão com o abuso que Guga fazia do álcool, pareceu-nos uma repetição do seu histórico familiar de violência e de abuso de álcool. O pai dos seus filhos era baterista de um músico famoso e foi ele que apresentou à Almerinda o "pessoal musical", com os quais ela se relacionou durante o tempo em que viveu na zona sul do Rio. É importante relatar que Almerinda casou-se aos 17 anos de idade quando teve seu primeiro filho Hugo, época que interrompeu seus estudos, pois precisaram decidir quem estudaria e quem ficaria em casa cuidando do filho. A relação com seus três filhos foi marcada por conflitos. Contou-nos, com ar pesaroso, da sua ausência como mãe e do quanto gostaria de ter sido mais presente na vida dos mesmos. Em consequência disto, falou do distanciamento atual por parte deles na sua vida. Dos seus três filhos, o mais novo Luís abusa do álcool e: "tem mania de dizer que não tem problema com o álcool". Hugo é dependente de cocaína e crack, estando "limpo" há três anos. E Guga, que não é dependente de drogas, é distante geograficamente, pois reside em uma cidade fora do Rio de Janeiro, e emocionalmente, tendo sido nomeada como a que "faz as compras pela internet". Almerinda descreveu a sua relação com G através da resposta que ela teria escrito em um caderno de perguntas: "o que você pensa da sua mãe? Resposta de Guga: Eu não tenho mãe". Ao contrário, referiu-se ao seu filho caçula, P, de forma bastante amorosa, porém a relação também é distante pois o mesmo residiu um tempo fora do Brasil e atualmente viaja muito para cumprir sua agenda de trabalho como músico. Almerinda falou emocionada que quando P era criança, deu o presente do dia das mães para sua avó, mãe de Almerinda. Ela justifica a distância que possui dos seus filhos devido a sua ausência como mãe, tendo sido os mesmos criados pela babá e pela avó materna: "era minha mãe que tava fazendo tudo para eles, dando batatinha frita, um suquinho de beterraba com

laranja". Isto porque Almerinda já usava drogas e, para ela, isto a impedia de exercer seu papel de mãe: "quando tô limpa sou uma mãe superlegal".

Almerinda contou sobre um segundo relacionamento que teve após ter se separado de G. Durante este período, residiu fora do Brasil com um homem estrangeiro de 37 anos. Viajou sem os seus filhos porque queria "testar" se daria para levar os mesmos. Descreveu a sua rotina fora do Brasil como tendo sido muito solitária: seu companheiro e um papagaio em "uma ilha no meio do pacífico". Vivia com um homem que dizia ser velho demais para ter filhos e hoje é pai de "três japonesas". Retornou ao Brasil porque sua mãe estava com câncer e não poderia mais cuidar dos seus filhos. Neste período, voltou a residir no seu apartamento na Zona Sul do Rio de Janeiro e reassumiu seu papel de mãe, que, em seguida, foi novamente rompido porque: "as crianças fizeram 17, 18 anos e todo mundo fez sua malinha pra ir embora", não tendo visto seus filhos crescerem.

Com relação ao uso do crack, Almerinda demarca dois períodos distintos na sua vida: quando foi apresentada à droga e quando se tornou dependente da mesma. Foi apresentada ao crack há nove anos atrás, por seu filho M, em uma das suas viagens para visitá-lo: "eu provei, não entendi bem, mas naquele momento o gosto ficou gravado". Nesta visita, ela e seu filho assaltaram um taxista da cidade em busca de dinheiro para comprar drogas, o que resultou na prisão de ambos. Almerinda permaneceu presa em um manicômio judiciário localizado na cidade do Rio de Janeiro. Ficou presa por alguns anos, não soube me dizer o período, e quando saiu teve que vender seu apartamento na zona sul do Rio de Janeiro para pagar as despesas com os honorários do advogado. Ao contar-nos sobre este período, pontuou como maior dificuldade o fato de ter sido presa com seu filho e da sua família não ser do "morro". Fazendo questão de nos dizer que teve gente "lá em Nova York que soube".

É neste período, que Almerinda passa a residir na zona norte do Rio de Janeiro, que descreveu como o momento que se tornou dependente do crack. Contou que seu apartamento é rodeado por "bocas de crack" que a induziram a "cair na merda do crack". A sua relação com o crack é marcada pelo gosto que tem no preparo e no uso da substância, gosta: "do metiê todo de fazer o crack: furar o copinho, de colocar a pedra, de raspar o copo". Também, a droga passou a preencher a sua solidão atual, passou a ser "sua companheira". Almerinda tem uma drogadição "solitária", sozinha em seu apartamento. Não nos contou de nenhum momento da sua vida que tenha permanecido em situação de rua. Queixou-se de não ter ninguém e o quanto a lhe faz falta os fatos que preenchiam a sua vida, a exemplo, da relação que detinha com o "pessoal musical". Era com o "pessoal musical" que Almerinda usava maconha, álcool e cocaína. Quando fala dos mesmos, das festas que frequentava e das drogas que abusava, é de

forma sorridente e saudosa. O fato de seu amigo, personalidade pública, ter dito que ela ficava com cara de "hippie pobre" ao usar maconha não lhe incomodou, mas a fez sorrir durante a entrevista. Em contrapartida, seus olhos encheram de lágrimas ao dizer que aprendeu "a gostar mais de sofrer do que gostar da alegria", passando a discorrer sobre o fato de não ter ninguém com quem possa se relacionar-se e ter nomeado a droga como: "sua companheira". É neste contexto que fala do seu padrão de uso atual ser "extremamente suicida". Não justifica o que seria o "uso suicida", mas no decorrer da nossa conversa falou da sua dificuldade em envelhecer e de não ter perspectiva de trabalho ou completar seus estudos. Falou do quanto seu envelhecimento lhe incomoda, "não gostando de ter 61 anos" e de ficar: "nervosa, meio desesperada" com sua idade. Ao nos contar sobre um diálogo que teve com a senhora da sua igreja que a teria dito que: "envelhecer é a melhor coisa do mundo", ironizou a fala da mesma e acrescentou que existe uma diferença entre envelhecer rica e envelhecer pobre. Também, contou-nos de ter tido sua vida ameaçada por estar devendo à "boca" mais próxima da sua casa cerca de 400 reais, mas não demonstrou nenhum incômodo com o fato.

Logo em seguida ao emocionar-se sobre seu envelhecimento, a ausência de perspectiva de trabalho e seu declínio social, Almerinda fala dos grupos de auto ajuda que frequentou. Estes iniciaram há cerca de 20 anos e é neles que a mesma vislumbrou a possibilidade de substituir a droga por outros fatores na sua vida: "parou de usar droga vai estudar, vai trabalhar e à noite procura um grupo anônimo". Todos os três fatores não foram alcançados por Almerinda: ela não trabalha, não estuda e, no momento da entrevista, não estava frequentando nenhum grupo de autoajuda.

Quando discorreu sobre a sua perspectiva de tratamento, apareceram muitas falas que refletem o que aprendeu nos grupos de autoajuda: "como minha fé progressiva, a minha recuperação também progressiva"; " parei de usar, 24 horas, me ensina a viver a vida me ensina a viver um dia de cada vez"; "não é porque você parou de usar que você vai ficar sóbria, você vai ficar abstêmica". A fala que abre a sua conversa conosco é a de ter perdido a vergonha de falar nos grupos de autoajuda. Relembra que no grupo teriam lhe tido que é "portadora de uma doença física, incurável e fatal". Almerinda se identificou com as pessoas, personalidades públicas, nos grupos que frequentou.

Ainda que o presídio tenha sido uma experiência ruim, Almerinda faz questão de nos dizer que tinha "mais vida dentro da cadeia" do que tem do lado de fora já que "corria na academia todo dia", se alimentava "seis vezes por dia" e "pegava sol".

Quando pensa em interromper o uso a questão do seu envelhecimento e o distanciamento dos seus filhos apareceram na voz de P: "uma mulher de 61 anos sendo

drogada" (imitando a voz de P). Em contrapartida, questionou-se, retoricamente, sobre quantos anos de vida lhe restam e: "por que não aproveitar" já que não viu seus "filhos crescerem".

O início do tratamento no CAPS foi por encaminhamento do ministério público e com um médico e um psicólogo os quais detestava. Almerinda define sua ida ao CAPS ad porque "simplesmente" ela pode se tratar, referindo-se a não ter mais condição financeira de sustentar-se nos grupos de autoajuda na zona sul do Rio de Janeiro. Para ela o CAPS deveria ser um dispositivo que não entrasse droga e que tivesse uma: "severa revista [...] um abaixa, levanta, abre a bolsa, examina a bolsa, abre a boca, igual cadeia". Diz que o fato de entrar droga no CAPS a fez quebrar uma promessa que havia feito consigo de não usar mais. Ao contar sobre um outro usuário ter lhe oferecido um "baseado" dentro do CAPS, bateu palmas forte e nos disse: "quebrei mais uma vez uma vontade minha. Vem alguém e quebra". A sua perspectiva de como o tratamento deve ser conduzido é a de estar "limpa", não andar com "pessoas ativas" e em "lugares ativos" e "evitar a primeira dose", que deveria vir em "primeiro lugar. Fala que é possível mesmo em um local marcado pelo tráfico ficar limpa, sendo possível "ficar limpo no morro", como fizeram dois de seus amigos. Tem tido dificuldades em fazer isto no CAPS e ao contar-nos sobre o roubo do seu casaco "francês, lindão" que sua "mãezinha" lhe deu, fala que foi um "dia de loucura" – dia no qual alguns usuários teriam usado drogas no CAPS.

Quando a questiono sobre como deveria ser um local destinado ao tratamento de mulheres usuárias de crack, Almerinda nos contou sobre a experiência que teve em uma comunidade terapêutica. A despeito da falta de higiene das mulheres que lá frequentava, o tratamento era: "sério, duro, mas dando amor". Em seguida, nos contou do vínculo que desenvolveu com um médico do CAPSad e descreveu (se auto abraçando) o abraço que ele lhe deu em um dia na unidade. Diz que hoje em dia reproduz esta atitude afetuosa do psiquiatra, porque: "dependente gosta disso", abraça quase todo mundo no serviço menos os com "piolho". Também está gostando da "abertura" que seu psicólogo tem lhe dado, embora de início tenha o identificado como um "pirralho" que não entenderia sua história. Fala de outros profissionais os quais foi criando um vínculo nos serviços.

Dentre eles, fala do profissional que conduz o grupo de mulheres. Sobre o grupo, contou ser um local onde pode dizer coisas que não está "entendendo nada". Contou-nos sobre o fato de estar confusa porque um homem e uma mulher lhe atraem que teria perdido sua "identificação sexual". Mas que tem coisas que preferiu "deixar na lixeira" como o "lance" do seu pai.

Ainda lhe falta coisas que nos falou de modo saudoso, tais como, sair para "comer pizza", "pra dançar", jogar "vôlei", festejar "aniversários". Também, falou sobre seu desejo de

estar “estudando”, “ser uma boa avó” e “uma boa mãe”. Estar viva para Almerinda é um “milagre” e para sua família um fardo. Em uma das ocasiões que tentou o suicídio, teria ouvido de um dos seus filhos dizer para deixar “ela morrer”.

Entrevista Daniele – *“Antes de eu usar qualquer droga eu penso no meu filho”*.

Idade: 18 anos.

Regime de tratamento: não intensivo.

Tempo de atendimento no CAPS Ad: 2 meses.

Motivo: encaminhamento pela equipe do Consultório na Rua.

OBS: a entrevista se deu em três dias diferentes. Em todas as ocasiões, Daniele compareceu ao CAPSad acompanhada pela equipe do Consultório na Rua.

Datas das entrevistas: (11/03/2016; 06/04/2016; 24/05/2016)

Primeira vez:

Iniciou o uso de drogas no início da adolescência quando estava em situação de rua. Esteve em um abrigo e durante este período foi encaminhada a um CAPSad II da região. Refere ter afundado no uso do crack há pouco mais de três anos quando vivia com o pai da sua segunda filha. É a mais jovem de todas as mulheres incluídas na pesquisa.

Síntese de eventos indicadores:

1 USO DO CRACK

“Eu não quero mais usa (crack) mas se eu volta para o pai dele sei que vou voltar a usar”.

Histórico de uso de múltiplas drogas. O uso do crack foi iniciado há pouco mais de cinco anos. Demarca temporalmente o início do uso do crack com o fato de estar grávida da sua primeira filha. Quando a conheci estava abstinente do crack há seis meses, idade do seu terceiro e último filho – Renato.

2 RELACIONAMENTO FAMILIAR:

“Se um dia eu te alguma coisa de bom, eu vô dá tudo de bom pra minha família”.

Vivia com um companheiro, usuário de maconha e HIV positivo, que faleceu durante o trabalho de campo. Sua mãe é usuária de crack, mas não mantém contato com a mesma, pois ela reside em uma cracolândia localizada no Rio de Janeiro. Possui três irmãos e três irmãs de

pais biológicos diferentes. Duas das suas irmãs residem com sua avó materna. Mantém bom relacionamento com suas irmãs e a sua avó, mas não vê sua mãe há muitos anos. Não conheceu seu pai biológico e o pai de uma das suas irmãs a adotou. Possui o nome da sua mãe tatuado em seu antebraço esquerdo.

3 O SOCIAL:

Daniele não sabe ler, tampouco escrever "direito". Para assinar o TCLE precisa ausentar-se da sala, pegar seu RG e copiar seu nome. Esteve em situação de rua desde seus 13 anos de idade, quando saiu de casa porque sua mãe a colocava para se "prostituir". Já esteve em um abrigo para menores infratores e tratou-se em um CAPS ad II da região deste abrigo. Trata-se em um CAPSad III porque a psicóloga do Consultório na Rua a acompanha semanalmente ao serviço. É trazida pelo carro institucional do Consultório na rua, diz que não teria: "dinheiro da passagem" para comparece ao serviço. Durante o período que a encontrei doei fraldas, roupas e dei dinheiro para que a psicóloga comprasse leite para o bebê de Daniele.

4 VIOLÊNCIA:

"Eu não posso mais voltar pra ele, pra ele ficar me batendo". (Referindo-se ao seu companheiro)

Daniele tem histórico de violência sexual e física durante a sua infância, apanhava da sua mãe e a mesma tentou colocá-la para praticar prostituição quando ainda era "virgem". Seu tio a violentou sexualmente aos 11 anos de idade. O histórico de violência física se repete na relação que estabeleceu com seu companheiro, associado à violência psicológica. Era agredida física e verbalmente. Também ele a proibia de sair de casa e de retornar seus estudos.

5 O TRATAMENTO:

"Que fica conversando sempre a mesma coisa, eu não gosto não". (Referindo-se ao atendimento com a assistente social, que chama de psicóloga).

Está há poucos meses no CAPSad III, porém já esteve em tratamento em um CAPSad II durante o tempo que permaneceu na unidade de socioeducação para adolescentes em conflito com a lei (Degase). Pede por um tratamento medicamentoso, sob a queixa de não conseguir dormir e sentir-se nervosa. Todos os seus atendimentos foram conduzidos pela assistente social da unidade.

História:

Daniele é uma menina que acaba de fazer 18 anos. Engravidou pela primeira vez aos 11 anos de idade, fruto de um estupro e que resultou em um aborto induzido, ela "tirou" o filho do seu "tio". É mãe de duas meninas e um menino: Mileide de 5 anos, Stephani de 3 anos e Renato de 6 meses. Não tem contato com nenhuma das suas filhas. Relatou que ambas residem com seus pais biológicos. Apenas Renato estava sob os cuidados de Daniele.

Daniele possui seis irmãos filhos da mesma mãe e de pais biológicos diferentes. Seu pai é falecido e ela refere ter sido registrada pelo pai da sua "irmã de quinze anos", Laurene. Não me contou sobre o motivo do falecimento do seu pai biológico e quando usava a denominação de pai estava se referindo ao seu pai adotivo.

Mantém contato com duas suas irmãs, Laurene de 15 anos e Cristina de 10 anos, que residem com a sua avó materna em uma casa que "fede a mofo puro". Nesta casa, também reside seu tio, dois primos e um sobrinho (filho de Laurene). Ela não tem contato com os outros quatro irmãos há mais de 1 ano. Um dos seus irmãos, Carlos de 12 anos, encontra-se cumprindo pena judicial com restrição de liberdade, por isto Daniele não tem contato com o mesmo. Entretanto, disse que tentaria telefonar para o mesmo quando estivesse no CAPSad III, conforme sugestão da "psicóloga" que a acompanha.

Sua avó é idosa "tem 66 anos", e Daniele disse fazer visitas esporádicas a mesma. Reside em uma casa que Daniele contou que o "juiz mandou vender", em uma região muito perigosa e que "fede a mofo". Moram no mesmo local: suas duas irmãs (Laurene e Cristina), seu sobrinho (filho de Laurene), seu tio, e dois primos. Disse que o local onde ela mora é muito parado e que "dá seis horas fecha tudo". Contou que sua avó precisa de ajuda e que suas irmãs não fazem nada: "elas tavam com medo de fazer fogão de lenha pra fazer comida pra minha avó".

Não tem contato estrito com seu pai adotivo e faz mais de cinco meses que não vê sua mãe. A última vez que a viu foi próximo ao natal do ano de 2016, quando ela entrou na casa da sua madrinha e roubou as roupas novas que Daniele havia ganhado para vestir na festividade. Contou que foi a única que teve contato com sua mãe já que a mesma teria abandonado seus irmãos quando ainda eram "tudo pequenininho" e que antes da sua mãe usar crack tinha um bom relacionamento com a mesma: "ela é a pessoa que eu mais amo no mundo". Demonstrou orgulho ao dizer que é muito parecida fisicamente com sua mãe. Em certa ocasião, seu irmão caçula teria pergunta para Daniele: "Dani, é verdade que a gente tem mãe? [...] é verdade que a mãe perdeu a memória e não sabe voltar pra casa?" (Daniele parafraseando seu irmão). Daniele diz que o pai biológico do seu irmão havia inventado esta história, que foi confirmada por ela.

Sua mãe é usuária de crack e ao longo das nossas conversas, Daniele fez questão de dizer que deseja permanecer longe da "perturbação" da mesma porque ela roubava "tudo" que é seu. Contou que foi sua mãe que denunciou Daniele ao conselho tutelar, o que ocasionou a retirada da guarda da sua filha Stephani: "Ela foi lá no conselho tutelar, falou várias coisas e aí pegaram minha filhinha de mim". Sua irmã, Laurene, teve um bebê recentemente e demonstrou medo de também ser denunciada por sua mãe ao conselho tutelar.

Falou que não era a única que sofria furtos praticados por sua mãe e que sua avó "tá até hoje pagando a conta do banco". Disse que ela estava "há um bom tempo desaparecida" e a última notícia que soube foi quando a mesma esteve internada em um hospital geral porque "tomou um tiro". Daniele compareceu ao hospital onde a mesma estava, mas ao chegar sua mãe já tinha evadido, por isto não conseguiu encontrá-la. A última vez que a viu chorou ao vê-la, disse que ela tinha o "maior corpão" e na ocasião estava "muito magra". Ao contar sobre este fato não se emocionou e disse com certo ar de decepção: "ela não volta mais não".

Daniele disse não guardar rancor da ausência da sua mãe em sua vida, embora ela tenha abandonado seus sete filhos por conta do uso do crack. Vale ressaltar que quando sua mãe saiu de casa o irmão mais novo de Daniele ainda não tinha nascido e Daniele tinha apenas 11 anos de idade. Daniele não se aprofunda no fato mas disse que sua mãe entregou seu irmão para sua madrinha quando tinha um "aninho", "tava até saindo dente". Queixou-se da mesma ter colocado Daniele "pra se prostituir" aos 11 anos de idade". Os 11 anos de Daniele foram uma fase "horrível", marcada por situação de violência por parte da mãe que a colocava para praticar prostituição: "pra arruma dinheiro pra ela usa droga", o abandono do lar da sua mãe que teria deixado os "sete filhos" e por ter sido estuprada por seu tio. Neste contexto, me diz: "eu tenho mãe mas não tenho mãe". Daniele demonstrou ter uma forte ligação com a sua mãe e, no final da nossa segunda conversa, observamos que Daniele tinha uma tatuagem que ocupa todo o seu antebraço esquerdo e quando a questionamos sobre a quem se referia o nome que estava escrita. Daniele respondeu que era o nome da sua mãe.

Aos 12 anos de idade, Daniele disse que após sua mãe ter lhe metido "porrada", fez uma tatuagem com o nome dela e deixou sua casa pela primeira vez, passando a viver nas ruas. Quando questionamos o porquê de ter escolhido o nome da sua mãe nos responde que ela é a pessoa que mais ama na vida. Fugiu com suas "colegas" para morar em um prédio atrás da "Central do Brasil", onde ficou "um bom tempo, um bom tempo".

Também, aos 12 anos de idade teve sua primeira filha. Foi nesta época que Daniele começou a usar o crack – aos 13 anos de idade. Quando a questionei sobre quando teria iniciado o uso do crack ela me respondeu: "desde a minha primeira filha". Mileide foi retirada de Daniele

por seu pai biológico. Nesta época, Daniele disse que vivia em um abrigo e que como as meninas a provocavam muito, em uma das ocasiões, ela esfaqueou o rosto de uma delas. Após o ocorrido, Daniele foi encaminhada a uma unidade de detenção em uma unidade para menores infratores. Nesta época conheceu seu segundo companheiro, pai de Stephanie. Faz referência ao fato deste companheiro ter lhe ajudado a usar mais drogas: "quando eu conheci ele aí que eu me afundei mais nas drogas".

Seu histórico de no CAPS inicia após passagem por esta unidade. Nesta época, era atendida por uma psicóloga que fazia parte da equipe de um CAPSad II e lhe explicou sobre o funcionamento do serviço. Daniele contou: "aí quando eu saí passei a me tratar lá". Fala que no CAPS II era acompanhada por uma psiquiatra e uma psicóloga e fazia "fuxico". Após sua ter fugido da unidade que estava, abandonou seu tratamento no CAPSad II e foi "pra rua".

Como não sustentou sua permanência no abrigo, fugiu junto com sua filha para a casa da sua madrinha. Disse que foi para a casa da sua madrinha que por conta da denúncia feita por sua mãe ao conselho tutelar lhe foi tirada a guarda da sua filha.

Daniele falou do drama vivido por ter tido suas duas filhas retiradas pelo conselho tutelar: "Eu fiquei com medo porque minha filha de um mês (Stephanie) eu fugi com ela de onde eu tava (abrigo). Aí o conselho tutelar foi lá (na casa da sua madrinha) e pegou ela". Apenas Mileide que Daniele tem "certeza" de que reside com o pai biológico. Embora não resida com suas filhas e Stephanie ter sido retirada quando ainda tinha 1 mês, Daniele refere-se a elas por nomes os quais teria dado. Contou que se sente "triste" com o fato dos pais não deixarem Daniele ver suas filhas.

Fez questão de me dizer que apesar de estar separada das suas filhas "se um dia eu te alguma coisa de bom, eu vo dá tudo de bom pra minha família". Falou que deseja fazer diferente do que sua mãe fez com seus filhos que "abandonou seus sete filhos", os obrigava a se prostituírem e batia nos mesmos.

Do período que teve sua segunda filha até as 38 semanas de gestação do seu filho Renato, Daniele permaneceu a maior parte do tempo na rua em uma região onde vivem outros usuários de drogas. Disse que compareceu para fazer o pré-natal quando estava com 38 semanas de gestação.

O único ex companheiro que ainda mantém contato é Jocimar, pai de Renato. Referiu que Jocimar não registrou Renato, não dá "carinho" e tampouco a ajuda com as despesas, nem comprando "uma fralda". Jocimar a ameaçou verbalmente e disse que se ela o denunciasse, ele iria "dar um jeito nela". Apenas após Jocimar ter sido solto, que Daniele contou-me que ele se encontrava preso. Ela diz se esforçar-se para suprir as necessidades do seu filho: "tudo que eu

como dou pra ele". Também parece reconhecer que se voltar para o seu ex-companheiro, pai de Renato, que também é usuário de crack, teria uma recaída: "se eu volta pra o pai dele eu tenho certeza que vo usa".

Daniele falou sobre Renato ser a sua motivação para não usar mais o crack. Está abstinente há 6 meses, período que coincide com a idade de Renato. Quando a questiono o que pensou quando ele nasceu me responde: "eu falei: num vo mais usa o crack e num vo mais. Mas eu sinto vontade".

Daniele disse ter "nojo" do crack. Fez duas referências que a ajudaram a parar de usar o crack: seu filho e o seu atual companheiro - "Foi muito difícil pra mim para de usa mas eu consegui por causa do Renato" e "Mas eu consegui para de usa por causa do Josimar (atual companheiro) também". Mas fala que é difícil manter-se assim: "Eu fico com dificuldade de dormi, com vontade de usa. Sempre quando eu recebo o bolsa família eu sinto vontade de usa".

Foi a partir desta queixa que Daniele procurou a equipe do consultório na rua. Conheceu o CAPSad III, porque a psicóloga da equipe do consultório na rua teria falado sobre o serviço, dando a entender que conseguiria seus remédios para dormir.

Disse que está vindo há duas semanas porque tem problemas para dormir, fica muito nervosa e, por vezes, se corta. Queixa-se que está vindo ao CAPSad III e "nada deles passarem nenhum remédio pra mim" e que está há "vários dias sem dormi". Quando questiono sobre sua motivação para fazer seu tratamento, responde que fica "mais firme" para vir para o tratamento por causa do seu filho Renato.

Daniele contou que está gostando de conversar com a "psicóloga", que na verdade é assistente social, e que esta disse que a colocaria para participar das atividades no serviço. Daniele fala que primeiro precisará de um laudo médico para dar entrada na gratuidade da passagem e assim poder deslocar-se ao CAPSad III. Disse sobre planos de retomar os estudos, apesar da proibição do seu atual companheiro e que seria chamada para trabalhar em uma padaria próximo da sua casa.

Daniele reside com seu filho na casa do seu atual "companheiro", Roberto. Ele é HIV positivo, usa maconha e crack e estão em um relacionamento há cerca de oito meses. Sofre violência física e psicológica por parte do mesmo. Fala de o mesmo restringir suas saídas e como se sentia com relação a isto: "Ele me bate se eu vo na rua, ele me bate. Desde quando eu fiquei com ele, eu nunca mais vi minhas colegas. Ninguém, eu só fico dentro de casa. Eu me sinto uma presidiária" e "Falo que eu não quero mais nada com ele, ele me bate [...] já me xingou de piranha, de vários nomes".

Mesmo diante das agressões Daniele decidiu permanecer com ele. Ela parecia buscar a referência de família que não pôde construir representadas pela figura da sogra e da nora que também residem no mesmo local e as quais diz relacionar-se muito bem. Contou-me que quando é agredida por seu companheiro sua nora entra na briga em sua defesa: "Ele me maltrata. A família dele não me maltrata".

Daniele em uma das agressões foi para casa da sua avó e disse que não retomaria mais o relacionamento que tinha com seu companheiro, entretanto após ter recebido uma ligação do mesmo pedindo "perdão" e dizendo que a amava decidiu retornar, na expectativa de que ele não a agrediria mais. Pergunto se a promessa foi mantida e Daniele me responde que não, mas que o ameaçou caso ele repetisse a agressão. Neste mesmo contexto, contou que não tem mais relações sexuais com ele, "só beijinho" e que ele estava "magrinho" porque não queria mais comer.

Contou que seu atual companheiro não a deixa comparecer ao tratamento: "ele não deixa eu me trata mas eu venho", e "Eu acho que eu tenho que me trata pra dá o melho pra ele (seu bebê)". Falou que é importante manter laços, sair e se socializar: "eu não tenho ninguém. Lá (na casa do seu companheiro) ele não deixa eu sai pra nenhum lugar [...] eu só converso com a avó dele".

E "porque eu acho que se eu conversasse com uma das minhas colegas, eu num ia precisa fica se tratando. Agora, em casa, presa, eu sinto várias coisas, vontade de me mata quando eu to presa, muito presa, Então, isso tudo tá sendo horrível na minha vida".

Daniele não estava inserida em nenhuma atividade no CAPS mas conta que fazia "fuxico" no CAPS II: "Eu gosto muito de faze fuxico". Pergunto se tivesse fuxico se ela compareceria com seu bebê: "Eu ia faze (fuxico). Eu ia traze o carrinho dele, ia coloca ele dentro do carrinho dele".

Quando pergunto como o local de tratamento poderia ajudá-la, me responde: "Às vezes passo muita dificuldade com ele. Que ele toma só leite ninho e lá onde eu moro é muito caro. Eu recebo bolsa família mas é pouco, é 133,00. Eu compro as coisa dele, quando eu vo vê, na outra semana, não tem nada".

Mas que ao mesmo tempo sente-se incomodada de depender de outras pessoas: "Então, eu tenho que fica pedindo as coisa a um, a outro, e eu não gosto disso, entendeu?"

Me diz que o CAPS poderia ajudá-la comprando uma lata de leite: "Eu queria só uma doação de leite".

Diz que para se deslocar até o CAPS precisa comparecer a clínica da família par vir de carro até a unidade e que não teria como se deslocar de outra maneira: "Ia se muito difícil

porque eu não tenho dinheiro da passagem". (Contando que não teria como chegar ao CAPS sem o carro da clínica da família).

Durante as entrevistas, disse fazer uso apenas de maconha, droga consumida pelo seu atual companheiro. Quando Roberto, faleceu por complicações provocadas pelo HIV, Daniele tornou a usar o crack.

Entrevista Denise – *"Até que eu cheguei ao lixo do crack"*.
Idade: 30 anos.
Regime de tratamento: não intensivo.
Tempo de atendimento no CAPS Ad:
Motivo: encaminhamento por uma unidade ambulatorial.

OBS: Entrevistada com boa apresentação, compareceu a unidade para ser atendida pela médica de referência. Colaborativa, bem articulada, com capacidade de compreensão plena. Aparentemente sonolenta. Conta sua história com detalhes e de maneira bastante organizada. Entrevista ocorreu sem interrupções. Passou grande parte da entrevista de cabeça baixa, olhar triste e aparência sonolenta. Por vezes olhava para o gravador e tornava a abaixar a cabeça. Falou da relação da mãe com bastante pesar. Tem um tom baixo e quase sempre pesaroso. Conta toda a sua história com detalhes, mas ao final me diz que falou mais do que deveria. Transmitiu plena emoção ao contar-me fatos da sua vida. Fiquei envolvida com sua história e segurei os sentimentos para não chorar.

Foi a única vez que encontrei Denise na unidade, mas tinha a expectativa e tornar a encontrá-la. Entretanto, em outra ocasião ouvi de um técnico ao falar com a mãe da Denise ao telefone que ela não queria contar sua história para mais ninguém. Ela estava se referindo a conversa que teve comigo na unidade. Fiquei decepcionada porque gostaria de ter tido a oportunidade de estabelecer vínculo com ela e ouvir mais da sobre sua história.

Data: (15/03/2016)

Primeira vez:

Iniciou o uso de drogas na adolescência, aos 13 anos de idade, e o crack aos 19 anos. Comparece ao "Toca que eu vou" semanalmente para ser atendida por sua psiquiatra. Já esteve cumprindo medida judicial com pena restritiva de liberdade.

Síntese de eventos indicadores:

1 USO DO CRACK

"Até que eu cheguei ao lixo do crack".

Denise iniciou o uso de drogas aos 13 anos de idade. Ela vincula esta idade a um marco de mudanças na sua vida: ter iniciado o uso de drogas, ter se assumido sua identidade sexual e ter descoberto que o seu padrasto não era seu pai. Aos 19 anos, iniciou o uso de crack "porque a cocaína o nariz escorre, a pessoa fica muito transformada". Já esteve em situação de rua nas duas maiores cracolândia do Rio de Janeiro. A sua relação com o uso do crack sofreu mudanças. Denise fala de um uso controlado do crack marcados por dois momentos: no início do uso, quando esteve presa e o momento atual.

2 RELACIONAMENTO FAMILIAR:

"Eu tô em casa simplesmente esperando um belo dia recebe a notícia que meu pai faleceu".

Denise vive com mãe, possui dois irmãos por parte de mãe e três irmãos por parte de pai. Diz não conviver com seus irmãos por parte de pai. Aos 13 anos que descobriu que seu padrasto não era seu pai. Seu padrasto era alcoolista e tinha batia em sua mãe. Tem dificuldades de relacionamento com sua mãe devido sua identidade sexual. Sua mãe é quem a acompanha em todos os atendimentos mesmo no período que Denise esteve presa.

3 O SOCIAL:

"O arrependimento bateu na mesma hora. Eu parei e voltei". (Contando sobre o furto que cometeu)

Denise esteve em situação de rua nas maiores cracolândia do Rio de Janeiro. Sua mãe foi diversas vezes buscá-la na rua, após ter recebido os telefonemas de Denise pedindo por ajuda. Disse que nesta época estava "impossível". Relatou que ainda permanece na cracolândia por alguns dias, mas na casa de um senhor que a acolheu e que não liga dela usar drogas em sua residência, "ele só não quer que eu fique na rua". Denise, devido a um furto cometido, chegou a ficar detida por quase 1 anos cumprindo pena judicial com restrição de liberdade.

4 PROSTITUIÇÃO:

"A ocasião faz o ladrão. Você ta querendo usar a droga, sempre chega um homem em cima".

É homossexual e pratica prostituição com homens. Deixa claro que esta prática se destina apenas para ganhar dinheiro e não nutria nenhuma afetividade pelos homens: “Tirando a parte do que eu fazia com os homens pelas drogas. Mas de relacionamento, afetivo mesmo, é só com mulher”. Eu pergunto que surgiam propostas de outras mulheres para troca de sexo por dinheiro e Denise me responde que não. E completa falando sobre como aparecia a questão do sexo quando estava nos locais de uso do crack: “Tem mulheres que tão no meio, que ficam fazendo, que entre si se pegam. É uma doideira”.

5 O TRATAMENTO:

“A dificuldade não é maior que a necessidade”.

Já fez tratamento ambulatorial e passou por diversas internações. Comparece ao CAPS semanalmente para atendimento psiquiátrico e psicológico. Não participa das atividades oferecidas pelo serviço. Acredita que a medicação é o foco do seu tratamento.

História:

Denise tem três irmãos por parte de pai e dois por parte de mãe. Não tem nenhum convívio com seus irmãos “por parte de pai”. Reside com seus irmãos “por parte de mãe”: seu irmão de 19 anos e sua irmã de 25 anos e sua sobrinha. Os descreveu como tudo que ela tem e a sua “sobrinha pequena”, filha da sua irmã, como o amor da sua vida. No “auge do vício do crack”, a confiança que sua irmã e sua mãe tinham em Denise foi abalada por conta dos furtos cometidos dentro de casa. Disse que elas são muito parecidas e falam “sem medir consequências”. Sua irmã não é filha do mesmo pai, que Denise relatou que ele estava desaparecido pois é um “crackudo”.

Não teve contato com seu pai biológico desde seu nascimento pois disse ter sido: “fruto de uma traição”. O seu pai foi o “erro” da sua mãe tendo como consequência o seu nascimento. Disse ter convivido com a mentira de que seu pai havia deixado de procurá-la, entretanto descobriu que isto não se passava de uma mentira e que sua mãe que tinha deixado de procura-lo. Falou do desejo em ser mais próxima dele, mas que seu pai “simplesmente” a “ignora” e não retorna suas ligações. Seu pai é policial civil, tem “sessenta e poucos anos” e muitos problemas de saúde, por isto Denise disse: “eu estou simplesmente esperando um belo dia receber a notícia que meu pai faleceu”.

Dos seus 4 aos 13 anos acreditava que seu padrasto era seu pai. Disse que sabia que tinha um pai mas queria que seu padrasto ocupasse o lugar da afetividade que não recebia do

seu pai biológico, mas ela “não dava nenhum tipo de carinho”. Seu padrasto foi descrito como um homem alcoolista e agressivo.

Denise sempre foi uma boa aluna e a pior fase da sua adolescência foi dos 13 aos 19 anos. Aos 13 anos começou a usar drogas, passou a andar mais com seus colegas, “um grupo de adolescentes querendo se divertir”, faltou as aulas do colégio e acabou por repetir de ano. Estudou em escola pública durante “toda a vida” e quando estava no terceiro ano foi transferida para uma escola particular, fato que culminou com sua reprovação. Após esta reprovação não retomou seus estudos porque seu pai não “quis continuar pagando” e Denise teria que trabalhar para pagar seus estudos.

Também, aos 13 anos descobriu sua preferência por mulheres. Disse que não conseguia lidar com os seus sentimentos, então se apaixonou por uma amiga do colégio e foi correspondida. Saiu “com a maior quantidade de homens possível” porque não conseguia lidar com o fato de que era homossexual. Todavia não ficava “satisfeita” com os homens e passou a relacionar-se afetivamente apenas com mulheres.

Aos 15 anos, começou a trabalhar no caixa da agência do seu padrasto. Mas foi demitida porque pegava muito dinheiro no caixa. Voltou a trabalhar com “18 pra 19 anos” na empresa que a mãe trabalhava, uma empresa têxtil de costura. Trabalhou como costureira e recepcionista por 1 ano e 2 meses e após ter xingado uma das sócias foi demitida. Voltou após dois anos e permaneceu por mais 10 meses na mesma empresa e saiu após ter sido declarada falência.

Aos 18 anos, sua mãe decidiu separar-se dele devido as agressões que sofria porque seu padrasto bebia e a agredia. Denise disse que não suportava ver aquela situação e saia de casa para usar drogas com o objetivo de manter-se afastada da sua casa.

Aos 19 anos começou a usar o crack porque queria uma droga que não “transparecesse tanto”, “porque a cocaína o nariz escorre, a pessoa fica muito transformada”. Gostava do crack porque usava e seu efeito passava logo, assim ela ia para casa e sua mãe não reparava nada. Durante 5 anos disse ter conseguido fazer uso esporádico do crack, só nos finais de semana, e afirmou que “conseguia ter controle”.

Depois de um tempo (não soube precisar quanto), começou a “usar, ficar na favela, esperando mais e mais” e “querendo sempre mais”. Nesta época, ela passou a prostituir-se para poder comprar a droga. Disse que a “ocasião faz o ladrão”, ela querendo a droga e os homens querendo sexo e que sem droga, sem dinheiro, acabava fazendo. Recebia em troca “coisa pouca”, 10 ou 20 reais, e fez questão de pontuar que não recebia a droga em troca.

Naquela época, foi levada por sua mãe para tratar seu "problema com drogas", com psicólogo e psiquiatra, no PAM. Foram prescritos remédios para sua "ansiedade" os quais estava tomando e tendo um bom resultado. Foi encaminhada para o CAPS "Toca que eu vou" porque sua psiquiatra havia sido transferida para a referida unidade. Estava "demais" andando pelas principais cracolândia do Rio de Janeiro e permanecendo boa parte do tempo na rua. Passou por quatro internações porque o crack a trouxe "problemas mentais", mas disse que nenhuma das vezes funcionou, pois, ao sair "ia direto pra boca de fumo".

Denise então me disse que teria chegado ao que chamou de "lixo do crack". Ela estava se referindo à prática da prostituição, aos furtos que cometia em sua casa e à condição da rua. Explicou-me: "Ai eu comecei usar muito, à ficar suja na favela, à ficar dias sem comer, sem tomar banho, só usando o crack". Disse que passou a ter uma atitude compulsiva em relação ao crack por ser uma droga "destrutiva" e explica: "você usa ela, o efeito dela é tão rápido que você tem que usa uma já pensando em como vai conseguir outra". Disse que passou a ter problemas, problemas familiares e psicológicos em virtude do seu uso.

Explicou que como assumiu sua identidade homossexual passou a ter conflitos com sua mãe que disse ser uma mulher muito religiosa. Por causa dos conflitos, Denise queria passar a maior parte do tempo fora da sua casa e era quando usava o crack. Em uma destas saídas da sua casa, após sua mãe te implorado "meia hora no portão" que ela permanecesse, Denise furtou a carteira de uma senhora que caminhava na avenida próximo da sua casa.

Assim me relatou: "Eu sei que a minha mãe me implorou meia hora no portão pra eu não sai. Eu não quis. Eu sai. Eu sai, fui em todas as oficinas que me davam material reciclável pra vende, nenhuma delas tinha. Quando eu avistei uma senhora com uma carteira no bolso, na cintura. Eu puxei, empurrei essa senhora pra corre. Nem empurrei ela pra cai no chão, como ela diz no depoimento. Empurrei ela pra corre, nisso que corri veio um garoto ajuda ela e me chamou. Eu parei e voltei. O arrependimento bateu na mesma hora. Eu parei e voltei. Devolvi as coisas dela. O rapaz ficou colocando pilha pra i pra delegacia, i pra delegacia. Eu falei: eu cometi um erro eu vô. Ele não encostou a mão em mim em momento nenhum. Nem pra me segurar. Ele ficou só falando: tu vai pra delegacia com a gente. Eu falei: cometi um erro, vou paga pelo erro que eu cometi. Só que eu não achava que eu ia passa esse tempo todo presa, dentro de uma penitenciária. Porque, afinal de contas, eu devolvi os pertences dela, da vítima. Não tava armada".

Denise foi "andando" até a delegacia, chegando lá telefonou para sua mãe e contou do ocorrido. Seu pai biológico foi até a delegacia e por ser policial civil Denise achou que ele poderia ter dado um "jeitinho" de tirá-la da cadeia, mas ele a "esculachou". Ficou detida durante

11 meses, “quase 1 ano”, em um presídio de segurança máxima na cidade do Rio de Janeiro. Este período foi um “inferno” para ela pois estava em um local com “um monte de mulher junta, num lugar pequeno, toda hora sai confusão, as guardas são muito truculentas, tudo é um motivo pra um castigo”. No período que esteve presa só usou maconha porque “droga no Carandiru é muito difícil [...] e muito caro”. Disse que durante este período não sentiu vontade de usar o crack, entretanto sua abstinência se refletiu no seu sobrepeso, entrou na cadeia com 50 quilos e saiu com 110 kilos.

Aos 30 anos, sua idade atual, disse estar em uma fase “ou tudo ou nada”. Pedi que me explicasse o que significa esta fase. Denise me respondeu: “Ou eu paro de usar o crack ou eu largo todo mundo que eu amo, deixo pra trás eu vou vive na rua”. Disse que está sem usar o crack há três semanas e que está sentindo “nojo do crack, do cheiro do crack”. Afirmou que não sabe o que está acontecendo com ela se seu corpo chegou no limite e disse chega ou se é fruto da sua vontade de parar de usar.

Também, que atualmente está buscando a ajuda dos remédios para diminuir sua “compulsão pelas drogas e as vozes “sinistras” que ouve. Disse que sua médica e a sua psicóloga não farão “milagre” na sua vida e que apenas a indicam o caminho, mas a vontade tem que ser sua, referindo-se a sua vontade de parar de usar o crack. Falou que seu deslocamento ao CAPS hoje é mais fácil porque tem seu Riocard, mas que sua dificuldade maior é ao levantar-se. Tem “preguiça” de ir ao CAPS mas precisa para buscar seus “remédios que são semanais”. Quando ela: “acorda realmente de verdade” e ao saber que seus remédios não serão suficientes para passar a semana, levanta-se e sai. Acrescentou: “a dificuldade não é maior que a necessidade”. Falou do pedido que fez para sua médica: “Doutora, eu preciso ficar em casa babando pra não pensar em sair e usar droga”. Explicou que quando está dopada não pensa em usar droga.

Lamentou o fato de ter feito dívida na boca de fumo, 1140,00 reais, e sente-se ameaçada dizendo que “quem não paga morre”. Então, buscou refúgio na casa de um senhor na “Favela do Galo” porque lá tem a oportunidade de usar dentro da casa dele. Tentei saber se Denise tinha alguma relação afetiva com este homem ou se prostitui para ter abrigo, mas não percebi nada que confirmasse tal fato. Contou que conheceu este homem quando ficava em situação de rua nas cracolândia e ele a emprestava dinheiro para que pagasse com seu auxílio doença. Descreveu-se como boa pagadora e oferecia sua casa para Denise tomar banho, comer e dormir. Pedi que ela me contasse um pouquinho sobre sua rotina na casa deste homem e Denise me respondeu: “Tomo o remédio e durmo, tomo o remédio e durmo”.

A maior dificuldade que enfrenta é a compreensão da sua mãe. Mencionou sobre um diálogo que teve com a mesma: "Eu sempre falo em casa pra ela: 'mãe, não foi premeditado. Eu não saí daqui pensando eu vou usar droga, eu vou ficar três dias na rua e vou voltar pra casa. Eu não saio de casa assim. Não é premeditado'. Ela não acredita nisso, ela acha que eu já saio de casa pensando em ficar três dias na rua e voltar pra casa e pedir dinheiro pra ela, pra voltar pra rua. Não é assim que funciona". Recebe um dinheiro do seu auxílio doença que é controlado por sua mãe.

Pedi que ela imaginasse um serviço destinado ao tratamento somente de mulheres e me descrevesse como seria. Denise respondeu: "Apoio psicológico. Apoio psicológico e (pausa) um tipo de programa que fosse semelhante ao NA". Disse que o Narcóticos Anônimos (NA) funciona na forma como você pode falar dos seus problemas, ouvir de outras pessoas e diz que "sozinha não consigo". Também, que tivesse atividades de "palestra" e "arte", semelhantes as que tinham em uma das clínicas que se internou. Mas que tenha os profissionais semelhantes aos que encontra no CAPS. Uma alimentação estruturada e "regrada por nutricionista", lembrando do sobrepeso que adquiriu no tempo que esteve presa.

Entrevista Gicélia – *"Aí eu comecei a usar o crack, aí minha vida deslanchou".*
Idade: 33 anos.
Regime de tratamento: intensivo.
Tempo de atendimento no CAPS Ad: 4 anos.
Motivo: encaminhamento por uma unidade ambulatorial.

OBS: Entrevistada com boa apresentação, compareceu a unidade para ser atendida pela médica de referência. A nossa primeira conversa foi muito difícil e Gicélia estava muito resistente a me conceder a entrevista. Decidiu conversar comigo após insistência da sua médica e na mesma sala que estava sendo atendida por ela.

Chama a atenção o fato de Gicélia estar bastante sonolenta e resistente a entrevista, pergunta se já acabou pelo menos por três vezes. Não se aprofunda em alguns assuntos, em especial, a morte do seu pai que teria desencadeado o uso do crack. Suas respostas são curtas e pontuais. Olha frequentemente para o gravador e pareceu estar incomodada com o mesmo. Somos interrompidos diversas vezes pelo telefone tocando, por um paciente que pergunta pela médica, pela própria médica e por Gicélia que sai da sala justificando que precisava fumar.

Encontrei Gicélia outras vezes na unidade e durante seu acolhimento noturno.

Também, quando tentei me aprofundar nas respostas que concedia era evasiva e perguntava-me se a entrevista estava acabando. Tive diversos encontros com ela no CAPSad e nossa relação foi se estreitando. Na segunda entrevista que me concedeu estava mais disposta a falar da sua vida e sua história de uso do crack. É a única entrevistada que tem formação de nível superior.

Datas das entrevistas: 16/03/2016; 20/04/2016

Primeira vez:

Iniciou o uso de drogas em 2012 após o falecimento do seu pai. Repetiu por diversas vezes que agora está se "controlando". Durante nossas duas entrevistas gravadas e os vários encontros que tivemos no serviço, Gicélia sempre relaciona seu bem-estar a conseguir permanecer sem usar o crack. A abstinência parece ser seu ponto de referência de bem-estar.

Síntese de eventos indicadores:

1 USO DO CRACK

"Aí foi quando eu entrei em depressão profunda e comecei a usar o crack".

Gicélia inicia o uso do crack após o falecimento do seu pai, foi quando me disse a frase acima. Embora identifique este marco temporal em nenhum momento se aprofundou nesta história.

Gicélia tem uma preocupação muito grande em repetir frequentemente: "agora eu tô me controlando". Durante nossas duas entrevistas gravadas e os vários encontros que tivemos no serviço, Gicélia sempre relaciona seu bem-estar a conseguir permanecer sem usar o crack. A abstinência parece ser seu ponto de referência de bem-estar. Quando insisto para que fale sobre o seu uso do crack, responde: "Não gosto de falar sobre o crack, não gosto de falar de nada disso. Um dia desses eu vou conseguir largar isso, eu vou largar. É só uma questão de tempo".

2 RELACIONAMENTO FAMILIAR:

"Tô ficando abstinente pra vê se eu conquisto meu filho".

Gicélia reside sozinha. Possui uma mãe surda e dois irmãos. Foi casada durante sete anos e hoje encontra-se divorciada do seu marido. Seu ex marido casou-se novamente e é ele que administra o benefício de Gicélia. Tem uma filha de 20 anos que estava grávida de cinco meses. Relata que gosta de permanecer com a sua filha, mas encontra-se afastada da mesma

por conta do uso do crack. Tem um filho de 8 anos que também não consegue estabelecer contato. Afirmou não ter amigos de verdade apenas: “amigo da droga”.

3 O SOCIAL:

Gicélia reside sozinha em apartamento próprio no bairro da Zona Norte do Rio de Janeiro. É enfermeira formada por uma universidade pública do Rio de Janeiro. Chegou a exercer sua profissão por cerca de 5 anos. Após o falecimento do pai e o início do uso do crack interrompeu seu trabalho. Recebe benefício do governo de aposentadoria por invalidez. Este auxílio lhe confere uma renda mensal de cerca de 1400,00 que destina quase exclusivamente a compra de drogas. Por vezes permanece sem alimentar-se e devendo a boca de fumo. Por esta razão já teve sua vida ameaçada.

4 O TRATAMENTO:

“Ah, eu tô me acostumando a ficar abstinente”.

Gicélia faz tratamento no CAPS desde 2012, ano que perdeu seu pai, iniciou um quadro depressivo e passou a usar o crack. Gicélia diz não ter queixas sobre o tratamento disponibilizado no CAPS. Gicélia esteve por um tempo desaparecida da unidade após ter se encerrado as visitas domiciliares feitas pelos residentes. Para o tratamento o ponto importante é que receba ajuda para ficar abstinente, já que a mesma nomeia isto como uma das maiores dificuldades para o seu tratamento: “No começo, foi ficar abstinente. Eu tive muita dificuldade assim, igual eu to agora. Agora eu to ficando praticamente 1 semana sem usa”. Acompanhei por duas vezes Gicélia no acolhimento noturno.

História:

Gicélia possui pai falecido e mãe viva. Sua mãe possui uma deficiência auditiva sendo surda. Gicélia não relatou comunicar-se ela em linguagem de sinais, tampouco como o diálogo entre elas era estabelecido. Possui dois irmãos que descreve como sendo os motivos os quais a faz permanecer abstinente. É divorciada e possui filhos: menino de 8 anos e uma mulher de 20 anos. Disse que sua filha estava com 5 meses da gestação de um menino. Falou com tom entristecido que seu filho não fala mais com ela por causa da droga e por isto está ficando “abstinente pra ver se conquista” ele. O menino reside com o pai e Gicélia faz visitas esporádicas a ele. Seu ex-marido é casado e seu filho reside com o pai e a madrasta.

Disse que a sua família é a principal motivação para não usar o crack. Também, que quando usa o crack todos se afastam dela.

Sua rotina em casa é comer, dormir e ver televisão.

Gicélia possui uma aposentadoria por invalidez por conta de um diagnóstico médico de bipolaridade. Disse que não foi seu psiquiatra do CAPSad que lhe conferiu o laudo, mas que de seis em seis meses precisa renovar o mesmo.

Esteve por algum tempo sem telefone em sua residência e como no seu prédio não possui interfone os profissionais do CAPS não conseguiam entrar em contato come ela.

Disse que não possui amigos de verdade, apenas "muitos amigos da droga".

Gicélia terminou os estudos em uma universidade pública do Rio de Janeiro no ano de 2005. Durante sete anos, trabalhou como enfermeira plantonista na área de neonatologia e pediatria. Ao contar-me sobre sua formação e o seu local de trabalho lhe disse sobre a minha formação e meu desejo na graduação de atuar na área de pediatria na tentativa de estreitarmos nossos laços. Porém, era nossa primeira conversa e, apesar dos meus esforços, Gicélia era objetiva e pontual nas suas respostas.

Interrompeu seu trabalho após o falecimento do seu pai. Este foi o principal fator que fez com que Gicélia adoecesse psiquicamente tendo entrado em "depressão profunda" e paralelamente ter iniciado o uso do crack: "trabalhava até meu pai morrer, eu comecei a usar o crack. Eu trabalhava".

Disse que quando começou a usar o crack sua vida "deslanchou" e opõe o fato de ter deslanchado a necessidade atual de controlar. Na nossa primeira conversa, Gicélia repetiu várias vezes que não queria falar sobre o uso do crack, tendo afirmado que "tem coisas que mexem mais com a gente". Disse se sentir mal quando fala do uso do crack.

Descreveu um uso compulsivo do crack: "todo dia", "a noite inteira", "até passa mal".

Quando relatava sobre uso do crack, repetiam-se as pontuações sobre exercer controle sobre sua dependência: "um dia desses vou conseguir largar. É só uma questão de tempo"; "tô conseguindo ficar abstinente"; "tô tomando remédio direitinho".

Gicélia pareceu fazer um uso abusivo de medicamentos. Sua dispensação de medicações é feita semanalmente no CAPS. Na nossa primeira conversa, que ela estava com aparência sedada, mas disse estar fazendo uso "direitinho" dos seus remédios. Em seguida, se contradisse ao me relatar que que estava "grogue" por não ter conseguido pegar suas medicações no dia anterior no serviço. Fato que também, neste momento lhe serviu como justificativa para não me conceder a entrevista: "Eu tomei muito remédio, muito calmante. Aí eu tô grogue de remédio, não consigo falar nada".

Na nossa segunda conversa, Gicélia descreveu melhor a sua relação com o uso abusivo de medicações.

Em 2012, iniciou o tratamento no CAPSad por demanda espontânea. Nesta época disse que estava com a cabeça muito "confusa". Não especificou sobre o porquê ter estado com a cabeça confusa, dizendo logo em seguida que estaria colocando-a no lugar. Mas porque é neste contexto que diz que está vendo que o "crack faz mal".

Para Gicélia o principal fator no seu tratamento que lhe garante a abstinência são seus remédios as quais disse não poder ficar sem os mesmos, sendo 'fundamentais'. Também, pontuou que sua família lhe presta ajuda estando presente em seu tratamento e não se afastando dela. Também, referiu que o acolhimento noturno a ajudou muito a "ficar longe das drogas e voltar pra casa sem a droga".

Não soube me descrever sobre especificidades de um serviço destinado a mulheres usuárias de crack quando lhe fiz esta pergunta. Entretanto, é importante destacar que durante cerca de seis meses, Gicélia recebeu visitas domiciliares frequentes pelos psicólogos, residentes do CAPSad. Este foi o período que se manteve durante mais tempo abstinente. Disse que no período que recebia visitas frequentes do psicólogo em sua residência achava muito bom.

Disse fazer planos para ajudar sua filha no cuidado com seu netinho, mas que para isto precisa estar sem usar o crack.

Entrevista Renata – *"O importante é você não pensar na pessoa, deixa a pessoa agir sozinha, quando ela quer se tratar".*

Idade: 34 anos.

Regime de tratamento: não intensivo.

Tempo de atendimento no CAPS Ad: 8 anos.

Tempo de atendimento no CAPS "Toca que eu vou": 2 anos

Motivo: acolhimento noturno.

OBS: a entrevista se deu em três dias diferentes. Em todas as ocasiões, Renata encontrava-se no acolhimento noturno. Na nossa terceira conversa, consigo que Renata me conte sobre sua vida com maiores detalhes. Nesta conversa parecia estar mais bem-disposta e me disse ter melhorado "100%".

Datas das entrevistas: (21/03/2016; 21/03/2016; 30/03/2016)

Primeira vez:

Iniciou o uso de drogas na adolescência, maconha e vinho, com amigos da escola. Uso o crack há 9 anos. Está em situação de rua e é atendida por um CAPS II, próximo a residência

dos seus pais, e este CAPSad III, que está na área da cena da sua cena de uso do crack. Passou um período na UAA e possui complicações clínicas intermitentes provocadas pelo HIV.

Síntese de eventos indicadores:

1 USO DO CRACK

"Eu fiquei curiosa. Falaram que era tão bom".

Histórico de uso de múltiplas drogas. Era usuária de cocaína e iniciou o uso do crack por curiosidade, após ter visto outras pessoas usando. Seu uso atual se dá em uma das maiores cenas de uso do crack do município do Rio de Janeiro.

2 RELACIONAMENTO FAMILIAR:

"Eu queria mesmo voltar pra casa".

Renata possui pais vivos, três irmãos e quatro filhos. Atualmente está separado do seu marido. Seus pais já fizeram diversas buscas de tratamento para Renata e hoje cuidam dos filhos dela. O pai é a única pessoa da família que ainda tem contato, já que é quem a visita quando está acolhida no CAPSad "Toca que eu vou". Não consegue se recordar da última vez que viu sua mãe. Possui quatro filhos com idades de 11 anos, 9 anos, 2 anos e 6 meses, os quais também não tem contato. Seu bebê de seis meses está com sua irmã que reside fora do Brasil. Os demais filhos residem com os pais de Renata.

3 O SOCIAL:

"É humilhante ficar pedindo".

Renata encontra-se em situação de rua devido ao uso compulsivo do crack. Na rua pratica atos de prostituição para comprar drogas e comida. Não possui dinheiro para suas necessidades básicas e não usufrui de qualquer auxilio do governo. Desloca-se ao CAPSad III através de pedidos de carona, ato que descreve como sendo humilhante.

4 VIOLÊNCIA:

"Porque era divertido, uns homens bonitos, dinheiro, o poder de quando tava com dinheiro, mas agora... Ah, é muito humilhante". (contando sobre a prostituição)

Renata pratica prostituição para garantir sua sobrevivência na rua. Foi através desta pratica que foi contaminada pelo HIV. O trabalho de prostituição se tornou humilhante para Renata, que o pratica nos momentos que está com fome e que precisa de dinheiro para comprar

o crack. Já sofreu violência sexual por parte dos homens os quais fez programa. Também, já sofreu violência física do seu ex-marido.

5 O TRATAMENTO:

"Eu tenho pavor de sair na rua sozinha".

Renata é acompanhada por dois CAPS destinados ao tratamento de pessoas com problemas com o álcool e outras drogas: CAPSad III "Toca que eu vou" e os CAPSad II "Mania de Viver". Durante o trabalho de campo, passou a ser acompanhada pela equipe da Unidade de Acolhimento de Adulto da região do CAPS "Toca que eu vou", onde permaneceu por alguns meses. Iniciou o tratamento por demanda da sua família há 8 anos atrás em outro CAPS para o tratamento das drogas e porque não conseguia dar conta do cuidado dos seus filhos. Não relatou acompanhamento pela Clínica da Família da região da cena de uso que frequenta. É HIV positiva e faz uso de medicações anti-retrovirais de forma irregular. Durante o trabalho de campo acompanhei dois momentos que Renata esteve no leito de acolhimento noturno do CAPS "Toca que eu vou". Foi a mulher que mais mobilizou a rede de saúde mental e os recursos de cuidado durante o trabalho de campo.

História:

Renata é a irmã mais velha de uma prole de quatro irmãos. Tem dois irmãos que descreveu como os que possuem problemas com o uso de álcool e outras drogas. Um dos seus irmãos, que é graduando em educação física, era "muito rebelde" e "muito drogado, fumava muita maconha, desde os 13 anos". Este teria conseguido lidar com seu abuso de substâncias após de ingressado na faculdade, embora no momento faça uso de "bomba". Seu outro irmão que tem problemas com o álcool é casado e hoje vive do seu seguro desemprego, porque não consegue exercer sua profissão de barman.

Dois outros não possuem problemas com o álcool e outras drogas. Seu irmão que é da aeronáutica e seria o responsável por custear boa parte das despesas dos pais de Renata. E sua irmã que reside fora do Brasil, casou-se com um homem estrangeiro, "fazendeiro e empresário", o que lhe confere uma boa condição financeira. Falou que tinha uma boa relação com seus irmãos, eram muito amigos e confidenciavam seus segredos, e riu ao dizer que brigavam: "igual cão e gato".

Renata contou-me que seu pai tinha muitas expectativas de ela que fosse a "filha perfeita". Descreveu que esta cobrança era horrível para ela e que inclusive teria levado uma "surra" por ter repetido a quarta série. Parou de estudar quando estava "no segundo ano do

segundo grau", disse que matava muito aula e ia para o shopping com os amigos, que eram só "meninos". Nesta época, disse ter abandonado os estudos porque precisava trabalhar. Trabalhava como garçonete e tinha satisfação no trabalho e das gorjetas que recebia. Também, trabalhou como caixa, neste caso, o relato foi de que era tedioso, "muito parado". Parou de trabalhar há quase 10 anos.

A última vez que esteve na casa dos seus pais foi no Natal do ano de 2015. Disse que abandonou a casa dos seus pais por causa da "fissura" e pelo fato desta a deixar nervosa e agressiva. Ainda mantém contato com seu pai, mas apenas quando está internada, "sempre ele vem me visitar." Mas quando está em situação de rua perde totalmente o contato com sua família. Falou que seu pai briga muito com ela e sua mãe é mais carinhosa, mas que nem se lembra a última vez que a viu: "tô esperando ela aparecer um dia". Referiu que uma das últimas brigas que teve com seu pai foi porque teria pedido para ele comprar-lhe biscoitos, fato que ele tinha se negado a fazer.

Possui quatro filhos com 11, 9, 2 anos e outro de oito meses de idade. Renata deixou claro: "eles nem sabem de mim" e que seus avós maternos estão "cuidando bem" deles. Disse: "eles não me chamam nem de mãe" Descreveu os pais dos seus filhos como sendo "ausentes" e quando a questionei se eles sabiam da existência das crianças ela me respondeu que não.

Durante suas gestações não usava o crack e "só cheirava o pó". Perguntei como conseguia ficar sem o crack e ela me respondeu que fazia uma "escolha porque era melhor, menos nocivo na gravidez". Todavia, referiu sentir-se culpada porque seu bebê "ficou três meses na incubadora, quase que ele morreu". Disse que durante a gestação dele usava "muita loló, muita cocaína e a loló deixou ele com o pulmãozinho sem conseguir respirar direito". Embora tenha chorada na audiência que concedeu a guarda do seu filho à sua irmã, disse que ninguém cuidará tão bem dele como sua irmã.

Disse que seus filhos de 9 e 11 anos são muito inteligentes e só tiram notas altas na escola.

Após ter adquirido o vício conseguiu morar com seus filhos durante 1 ano. Questionei sobre quantos filhos teria naquela época e ela me respondeu que dois. Disse que tinha uma vida "tranquila" com os mesmos e quem destruiu a relação deles foi a droga. Sobre esta ocasião contou-me sobre uma das agressões que sofreu do seu ex-marido, que também era usuário de drogas, descreveu: "lembro do dia que eu fiquei toda roxa, as crianças ficaram me olhando, aí fui pra casa do meu pai e da minha mãe e a gente se separou". Sentia-se mal com as agressões que sofria, mas não fazia nada para contê-lo e justifica: "era gaúcho, muito ciumento".

Disse que o abuso de drogas a fez perder tudo: “perdi tudo, família, emprego, filhos”. No início usava apenas cocaína, nesta época “trabalhava, tinha casa e cuidava dos filhos”. Começou a usar o crack há 9 anos atrás, porque ficou “curiosa” após ter visto outras pessoas usando, dentre elas seu ex-marido. Trabalhava com garçonete e disse que “bancava” o vício do seu ex-marido. Em um certo dia ganhou “vinte reais de gorjeta” e seu ex-marido lhe disse: “agora você vai experimentar o crack”, “experimenta que é bom”. “Daí ele trouxe o crack, “maior pedrão” e Renata ficou viciada “na mesma hora”. Renata sentiu: a “onda” do crack, ficou “noiada” e deu logo vontade de “usar de novo”. Todo dia tinha que usar crack, (…) foi um desespero”.

Empenhava todo seu dinheiro no uso de drogas. Contou que assim que recebeu um dos seus salários, viu “aquele bolo de dinheiro” e foi direto comprar droga, tendo gastado em “pó de cinquenta de crack”. O dinheiro que ganhava “ia todo no crack” até que seu pai descobriu seu uso e “tomou” seus “filhos”.

Completa dizendo que assim que o crack faz com a pessoa que é dependente: “vende tudo, tudo, vende até sua alma”. Só quando passava o efeito da droga que batia aquela “depressão” e chegava a pensar: “caramba, o que eu fiz”. (Referindo-se a ter vendido seu celular)

Disse que sua abstinência é na barriga: “dá uma dor na barriga, parece que fica puxando esses músculos”. Também, que o crack deixa sua pele ressecada: “Fica tipo uma casquinha saindo, uma pele”. Passou para um uso compulsivo, “insuportável”, porque fugia e ficava 1 mês fora. Nesta época, seu pai teria pedido para ela escolhesse entre o crack e os filhos. Renata responde: “aí fiquei em casa, aí fugi de novo”.

Seu pai que a fez buscar tratamento há 8 anos atrás, no ano de 2008, no CAPSad II “Mania de Viver”. Com relação ao tratamento que recebia no “Mania de Viver” disse que era: a “coisa muito rigorosa”, tinha que “ficar presa, tipo o Pirado” (unidade de internação pública que teria passado). Fico confusa se estava se referindo à “mania de Viver” ou as internações que teve em uma clínica particular do Rio de Janeiro, já que as descreve logo em seguida contando-me sobre ter permanecido por 3 meses e, em um segundo momento, por 45 dias. Também descreveu o tratamento que recebia como sendo “igual aqui”, referindo-se à unidade que estamos: “era igual aqui, as refeições, dormia lá, as atividades”. Também que este a ajudou, mas que logo após sua alta, recaiu em 1 mês. Não soube identificar as circunstâncias que a fizeram recair, apenas que saiu para “comprar a droga”. Disse que o que tinha de ruim nas internações era a “abstinência” e o fato de não “ter nada para fazer”.

Frequentou outro CAPSad II chamado “Repetidas e Investidas” antes de chegar no serviço atual. Saiu do “Mania de Viver” para o CAPS “Repetidas e Investidas” porque este era um serviço que tinha sido recém-inaugurado e estava próximo da sua casa (referindo-se à casa dos seus pais). Seu pai que relatou sobre o serviço para ela e que a acompanhou para o seu primeiro atendimento. Descreveu sua frequência como semanal, “ia quase todo dia”, participava das oficinas oferecidas pelo serviço: “aula de música, aula de artesanato”. Contou sobre o serviço: “Lá é igual aqui. Faz atividade, almoça, toma café, tem psiquiatra, tem psicólogo, terapeuta, lá é igualzinho aqui”. Se deslocava ao CAPS “Repetidas e Investidas” sozinha e através do transporte público, com o dinheiro que seu pai lhe fornecia. Quando a questionei sobre o que pensava sobre o usou de crack nesta época, me respondeu que gostava e que não pensava em se tratar e que seu pai estava “obrigando a ir”.

Não soube dizer-me há quanto tempo está em acompanhamento no CAPS ad III “Toca que eu vou”, mas que a diferença deste para o “Repetidas e investidas” é o fato de funcionar por 24 horas. Portanto, disse que se tiver uma crise de abstinência terá alguém para dar-lhe o remédio. Está em situação de rua e para se deslocar ao serviço depende de pedir carona, atitude “humilhante” para a mesma. Disse que agora pensa em tratar-se: “agora gosto de vir”.

Quando questiono à Renata como se sustenta hoje em dia, me responde que ou se prostitui ou pede dinheiro na rua: “Eu me prostituo ou peço dinheiro na rua. Ou quando alguém tá num restaurante, peço para que pague alguma coisa pra mim, que pague um café da manhã, porque eu não como comida do lixo não... tenho medo sabe? De estar envenenado e eu morrer”. Relatou que o dinheiro que ganhava era suficiente para sustentar sua vida na rua – ganhava em torno de 10 e 20 reais. O dinheiro era investido na compra da droga.

Disse que no início gostava de prostituir-se, mas que agora não suporta mais por ser um trabalho muito “humilhante”, que sofre agressões dos caras que faz programa e que eles queriam: “fazer a força”. Assim relatou: “Tanto que agora, antes de vir para cá, eu tava num hotel com um cara. Eu acho assim, depois foi me batendo um negócio assim: “ah não! Vou me internar de novo!”.

Teria procurado “se internar” porque não aguenta mais estas “humilhações”. Fala que o fato de ter se tornado pedinte também é humilhante e que quando não conseguia receber nenhum dinheiro, “ficava muito triste”. E que também esta condição a distancia da sua família por sentir-se “envergonhada”.

Na última ocasião que buscou o CAPS “Toca que eu vou” fala de ter recaído devido ao fato de ter dado seu filho de 8 meses para sua irmã adotar teria feito recair no crack: “O que me fez recair mesmo no crack antes de entrar aqui foi o meu filho, meu filho tá com oito meses.

É assim, eu não podia cuidar dele, aí minha irmã foi cuidar dele. Só que eu ficava na cabeça: "nossa, cadê meu filho? Cadê meu filho?" Ai eu fui recaindo nas drogas, ai fiquei com raiva da minha família, fiquei com raiva da minha irmã, dos meus pais. Só que depois eu refleti: "Não, foi melhor para meu filho, não foi?" Agora minha irmã tem vida de sonho, tá com um cara que tem dinheiro".

Para Renata deveria permanecer "internação" atual por uns 6 meses e que este seria o tempo para "melhorar". O tratamento precisa de um tempo acolhido, longe das drogas, o que é evidente na nossa terceira conversa gravada. Renata estava há 9 dias no acolhimento noturno do CAPS "Toca que eu vou", e neste momento disse ter melhorado "100%", isto porque no "no começo o crack ele dá um desânimo enorme quando você para de usar". Disse que seu pai entrou com um pedido na justiça de internação compulsória, por isto estaria acolhida na "compulsória": "eu vou ficar aqui por tempo indeterminado ainda, não sei quando eu vou sair". Renata queria permanecer no CAPS e mostrou-se assutada com o fato de ser encaminhada para UA. Disse que embora tenha sido sugerido por sua psicóloga morar sozinha, acredita que não conseguiria controlar uma crise de abstinência e tornaria a usar o crack. Embora tenha permanecido na rua diz ter "pavor de sair sozinha".

Disse que agora tem ficado menos tempo fora de "casa", que na última vez ficou 4 meses e agora apenas 1 mês. E a esta prática de ter ficado menos tempo sem voltar a sua casa que Renata diz ser uma "redução de danos". Pedi que explicasse melhor sobre esta prática de redução de danos e ela me respondeu contando sobre uma das ocasiões, que não "conseguia andar e sentia um liquido descendo pela cabeça", procurou imediatamente a internação e foi acolhida pelo CAPS.

Falou que um serviço destinado ao atendimento de mulheres usuárias de crack deveria dar "mais carinho" e "cuidado". Um cuidado que seria importante principalmente porque os profissionais saberiam que "esta pessoa ia recair". Deveriam ter uma reação diferente da família que "fica bolada e com raiva". Falou do medo que tem das recaídas porque elas significariam usar mais droga: "você tá de um jeito, se você usou dez pedras agora, recai, aí você vai usar quinze, recai de novo, vai usar vinte".

Também, é necessário um suporte social para lidar com as dificuldades que enfrentam: "dar apoio no INSS, Riocard, estas coisas". Disse que sua médica quer lhe aposentar porque tem: "esquizofrenia e HIV", também que esta seria uma forma honesta de ganhar dinheiro. Falou de planos de poder ajudar sua família: "Esse dinheiro vai sumir em dois dias. Um dinheiro que é para pagar colégio de criança, fazer uma compra para a casa da minha mãe, aí vai tudo

para isso.”. Sua mãe ficaria responsável por receber este dinheiro e esta seria uma forma de não empenhar todo o seu dinheiro no uso de drogas ou “senão vou me afundar na droga”.

Renata teve o diagnóstico de ser portadora do vírus HIV há dois anos, fato que disse ter sido uma “surpresa” pra ela. Estava em tratamento no CAPS “Repetidas e Investidas” quando passou a apresentar um quadro de sangramento: “tava saindo sangue pela boca, pelo nariz, pelas fezes, quase morrendo mesmo. Eu não conseguia andar, ficava caindo, horrível”. Renata achou que estava com tuberculose. Passou por uma internação clínica onde ficou por 1 mês e descobriu ser portadora do vírus HIV. Antes de ter sido contaminada pelo HIV, seu apelido na favela era “gordinha” e completou demonstrando com as mãos: “já fui deste tamanho assim”. Disse que o diagnóstico “não mudou nada sua vida”, que está vivendo “normalmente” e que a única diferença é que está “tomando remédio para a doença”. Faz uso irregular das medicações anti-retroviarais e as toma no CAPS.

O crack se tornou um remédio para o desânimo provocado pela doença: “Eu tenho HIV. Aí o que acontecia... Eu chegava e ficava com o corpo desanimado, fraca, aí quando eu usava o crack me animava, parecia um remédio”.

Quando a pergunto se teria mais alguma coisa que gostaria de me contar sobre seu tratamento, Renata fala da importância de estar convencida para se tratar ser um fator primordial: “O importante é você não pensar na pessoa, deixa a pessoa agir sozinha, quando ela quer se tratar, por exemplo, meu pai me trouxe para a internação compulsória, mas aí ele conversou comigo, que se eu não quisesse, porque já pensou, eu tratar mal aqui dentro, te tratar mal, falar “não, não quero não! ”. A pessoa tem que vir aqui por vontade própria. Às vezes a pessoa não tá convencida, mas tem que convencer ela que o mau está na droga, porque as vezes ela acha que tá tirando onda, que ela tá bem, mas não tá bem. Você tem começar a partir desse ponto, entendeu?”.

Entrevista Rosane – “*A minha vida dá pra escrever um livro”.*

Idade: 30 anos.

Regime de tratamento: semi intensivo.

Tempo de atendimento no CAPS “Toca que eu vou”: 2 meses

Motivo: encaminhamento pela equipe do Consultório na Rua.

OBS: a entrevista se deu em uma única ocasião. Rosane estava acompanhada pela equipe do consultório na rua e guardava para ser tendida no CAPSad.

Data da entrevista: 23/03/2016

Primeira vez:

Fui apresentada para Rosane pela psicóloga da equipe do consultório na rua. Quando expliquei sobre a pesquisa, Rosane mostrou-se bastante receptiva e disponível para conversarmos. Conversamos neste mesmo dia após seu atendimento com a enfermeira do CAPSad. Fico impressionada com a riqueza de detalhes e sentimentos da história de Rosane. Embora não saiba precisar muitas datas sabe descrever bem os acontecimentos. A conversa foi feita em um dos consultórios do CAPS e encerrei a conversa após os dados parecerem estarem esgotados. Rosane parecia querer conversar e desabafar. Termina por dizer que sua história daria para escrever um livro.

Síntese de eventos indicadores:

1 USO DO CRACK

"Fui perdendo as pessoas que me amavam, fui perdendo as pessoas que gostavam de mim, fui perdendo minhas coisas [...] Só destruí. Só destruí. Só me desfiz, só me desfiz, só me desfiz".

Rosane iniciou o uso de drogas, álcool e cocaína, aos 12 anos de idade motivado pelo difícil relacionamento que tinha em sua casa. Há dez anos mudou-se para o norte do Brasil para residir com sua namorada. Ao presenciar o uso de crack por uma amiga da sua ex-namorada decidiu experimentar. Descreveu os efeitos do crack como destruidores com a frase acima. Referiu ter adquirido uma forte dependência da droga. Há cerca de 1 anos diz conseguir controlar sua dependência e a usar a maconha como substituto do crack.

2 RELACIONAMENTO FAMILIAR:

"Ela já foi na cracolândia me buscar".

Rosane tem pais falecidos e está afastada do convívio dos seus três filhos. Não reside ou detém a guarda de nenhum dos filhos. Sua mãe teve cinco filhos os quais Rosane nunca os conheceu. Durante nossa conversa, Rosane nomeia várias "amigas" e homens os quais se relacionou amorosamente ou que fizeram parte da sua vida. As amigas parecem fazer parte de antigos relacionamentos amorosos, mas são os homens que chama de companheiros e que se tornaram pais de seus filhos. Apenas uma das mulheres a chama de "ex-namorada". São estas pessoas que por vezes financiam o seu uso ou a incentivam a interromper o abuso.

3 O SOCIAL:

"Pra ser sincera eu não tenho endereço".

Quando questiono Rosane sobre onde ela reside, a resposta foi que ela não tinha endereço, porque onde morava era "casa dos outros". Rosane fugia constantemente da casa dos seus pais e da casa das pessoas que se relacionava para ficar na rua usando drogas. Pontuou que, no momento, não estava em situação de rua, mas deixou claro que não tinha um local que fosse da sua referência e que pudesse nomear como casa. Rosane diz ter chegado ao fundo do poço com o uso de drogas e que, em consequência disto, ter perdido tudo, inclusive sua casa. Rosane nunca trabalhou, mas sempre se sustentou com suas "correrias" (pequenos furtos). Esteve presa durante 2 anos e cinco meses. Recentemente, passou em uma seleção para assumir uma vaga de auxiliar de serviços gerais, mas não pode assumir porque ainda cumpre pena judicial.

4 O TRATAMENTO:

"Eu já tô saturada de só usar droga, só usar droga, só usar droga".

Rosane buscou tratamento pela primeira vez quando estava em um abrigo. Não sabe dizer com clareza a data, mas que era em Botafogo e era estritamente medicamentoso. Há 1 anos buscou a clínica da família para retomar seu tratamento e a equipe lhe falou sobre o CAPSad. Explicaram que o CAPSad lhe ajudaria a retomar seu tratamento medicamentoso e a restabelecer sua condição social. Há 2 meses tem comparecido ao CAPSad acompanhada pela equipe do Consultório na Rua.

História:

Rosane tem 30 anos, possui pais falecidos, cinco irmãos e três filhos. Seus pais eram "alcoólatras" e disse ter passado muitos problemas com os mesmos. Apanhava da sua mãe, mas seu pai era seu "xodó" porque ele conversava e não batia em Rosane. Afirmou que ele lhe explicava sobre as decisões que Rosane precisaria tomar e os caminhos que teria que escolher, mas sendo boas ou ruins suas escolhas ele sempre estaria do seu lado. Sua mãe tinha uma postura diferente e nunca conversou com Rosane, por isto tudo que prendeu: "foi com o mundo, foi com os outros, foi na rua, foi sozinha".

Sua mãe "vem de um casamento que ela deixou cinco filhos". Contou-me que após sua mãe ter abandonado seus cinco filhos na região centro oeste do Brasil e ter se mudado para o Rio de Janeiro, conheceu o pai de Rosane: "aí ela conheceu meu pai e eu nasci". Rosane foi criada ouvindo sua mãe dizer que seu casamento anterior não tinha sido bom para ela. Falou

que nunca, "desde quando eu me entendo por gente até o dia dela morrer", ela tinha visto sua mãe procurar por seus irmãos. Suspeitava que seus irmãos teriam preferido ficar com o pai e que este era um dos motivos que levava sua mãe a "beber tanto". Embora não tenha conhecido seus irmãos e não ter evidenciado nenhum contato da sua mãe com os mesmos, disse que do ponto de vista da sua mãe "os filhos que prestava" eram eles. Fato que para Rosane, "querendo ou não querendo" sentia-se magoada e não valorizada.

Rosane fugia muito de casa porque não "suportava aturar" seus pais bêbados e quando dava saudade voltava para casa. A primeira vez que fugiu foi aos nove anos de idade. Nesta época, foi entregue por uma família ao conselho tutelar da região que se encontrava e teve que retornar para casa.

Aos doze anos de idade "aprendeu a usar droga" através de pessoas que teria conhecido na rua, durante suas fugas. Rosane disse que a rua e a droga eram o seu "refúgio porque assim não teria que aturar sua mãe "bêbada". Passou a sustentar-se através da sua "correria" (pequenos furtos). Foi nesta época, "terceira série primária", que parou seus estudos, levando-a a ler pouco e ter que "soletrar primeiro" para depois voltar a ler de novo. Para seus pais independia dela estar estudando ou não. Queixou-se de que sua mãe nunca teria olhado nenhum dos seus cadernos, trabalhos ou boletim escolar.

Aos treze anos de idade, fugiu para outra cidade, próxima ao Rio de Janeiro, e novamente foi entregue pelo pai de uma amiga ao conselho tutelar da região. Foi colocada em uma brigo que parecia uma "cadeia" e não tinha como fugir. Teve que esperar o juiz lhe conceder uma passagem para retornar ao Rio de Janeiro. Retornou de ônibus, acompanhada por um "educador", que lhe entregou aos seus pais. Disse que apesar das fugas ficou feliz em reencontrá-los.

Rosane tem três filhos, mas considera ter apenas dois porque perdeu um deles para adoção: "Digamos que eu tenho dois. Por que um eu perdi pra doação e não conta". Em seguida, me disse que no seu coração, "coração de mãe" conta né!

Aos quatorze anos, teve sua primeira gestação, não conhecia o crack porque nem "sonhava" em ter esta droga no Rio de Janeiro. Então, teve uma gravidez "saudável", fez "pré-natal, não bebia, não fumava cigarro, não fazia nada". Criou seu primeiro filho, Jonathan, até seus oito anos (pelas minhas contas pareceu ser até os seis), hoje ele teria 15 anos. Não me contou como se afastou de Jonathan, mas disse que seu ex-marido residia com ele na casa que era da sua mãe.

Aos 20 anos, viajou para o Nordeste do Brasil onde ficou por oito meses. O motivo foi que teria conhecido uma menina e foi morar com ela. Nesta época, parece ter interrompido o

cuidado do seu primeiro filho, pois não me contou de ter levado ele consigo. Também, foi no Nordeste que experimentou o crack pela primeira vez. Contou-me que sua "amiga", tinha uma amiga, "tal de Damaris", que foi apresentada para Rosane e frequentava a casa delas. A Damaris teria usado um "negócio" que Rosane, de início, não prestou atenção e nem ligou, referia-se ao crack. Em um dia chuvoso, Rosane que estava sozinha em casa, recebeu Damaris, que entrou e começou a fazer "um negócio assim, tipo um cachimbo", descrevendo o diálogo que tiveram: "Eu falei assim: 'isso aí é o que?' Aí ela foi e falou: 'isso aqui é crack'. 'Aquele negócio que só vende, só tem, lá em São Paulo?' – Perguntou Rosane. Aí ela me explicou e aí eu pedi pra experimentar. Aí ela me deu. Aí acabou. Aí até hoje".

Quando retornou ao Rio de Janeiro, conheceu o pai do seu segundo filho, João Gabriel, que disse ter 7 anos. Conheceu ele no mesmo dia que chegou de viagem, pois estava dirigindo a condução que pegou em direção à casa da sua mãe. É importante dizer que esta é a última vez que Rosane mencionou sobre sua mãe ainda estando viva. Rosane não soube me dizer quantos anos tinha quando seus pais faleceram, mas que seu pai morreu e um ano depois sua mãe. Foi o pai de Jonathan que contou sobre ambos os falecimentos, em uma das visitas de Rosane à casa dos seus pais. Quando soube da notícia do ambos já tinham sido enterrados.

Rosane começou a namorar o pai de João Gabriel. Ele já tinha dois filhos: uma menina e um menino, mas Rosane não deixou claro se residiam com o pai. Rosane e eles bebiam e usavam maconha juntos, mas sempre retornavam para casa. Rosane disse que em um dia contou pra ele sobre o crack e ele teria respondido que sabia onde vendia o crack no Rio de Janeiro e a levado para comprar. Rosane comprou "quatro pedra de 25" e fumou sozinha dentro de um hotel. Ficaram juntos durante quatro anos, ele usando cocaína e comprando o crack pra ela. Durante este período, Rosane por vezes ficava na rua, cerca de 1 mês usando o crack, e quando ele a encontrava a levava de volta para casa. Em uma destas ocasiões, teria tido para Rosane que levaria crack para ela usar dentro de casa e não precisar sair. Neste contexto, Rosane engravidou do seu segundo filho – João Gabriel, que hoje teria 7 anos. Passou "a gravidez toda se drogando", "não conseguia dominar isto". Ela sequer conseguia permanecer em casa para amamentar e cuidar do seu bebê. O pai de Jonathan ficou com raiva e o entregou para sua irmã quando com "15 dias de nascido".

A relação entre Rosane e o pai de João Gabriel durou mais 1 ano. Rosane continuava fugindo para usar o crack e "ele tava tentando parar de cheirar". Contou que no dia que romperam a relação, ele teria recebido um dinheiro, que havia prometido gastar comprando 100 reais em cocaína para ele e 100 reais em crack para ela. Neste dia, saíram com as crianças, compraram chinelos, roupas e celular e na volta passaram em uma cracolândia para comprar as

drogas. Rosane resume o rompimento da relação com a seguinte descrição: “Conclusão, ele gastou 800 reais nesse dia, em droga, na hora de ir embora eu não quis ir embora com ele e ele falou que se eu não fosse embora com ele era pra mim esquecer que ele existia. Eu não levei fé. Aí depois de um tempo que eu fui em casa, ele já tava com outra mulher”.

Rosane voltou novamente para a rua e de lá para cá não quis saber de mais nada, só “usar, usar, usar”. Disse que o crack é uma droga diferente da cocaína e da maconha porque pode ser reaproveitada: “A maconha você fuma, se você guarda as pontinhas, depois dá pra fazer, você apertar outro baseado, entendeu? E o crack você usa ele e você reaproveita ele, com a raspa que fica assim, que é bem mais forte que o próprio crack”.

Foi presa no final do ano de 2013 e permaneceu no presídio por dois anos e cinco meses. Contou que ficava no centro do Rio de Janeiro pelas ruas e foi roubar, confiando na “embriaguez” dos seus amigos e se deu mal. Odiou a prisão, local que não deseja nem para o seu pior inimigo. Disse que tudo é muito caro dentro da prisão e que teve que trabalhar limpando a cela e lavando as roupas de outras detentas para garantir o seu sustento. Durante este período usou apenas a maconha porque o crack não entrava no presídio.

Todavia, quando saiu foi direto para a cracolândia e tornou a morar na rua. Descreveu o episódio: “Ah quando eu saí da cadeia eu fui direto pra cracolândia. Foi o que eu fiz. Fui na boca comprar. Eu ia comprar uma só, né? Mas aí... você nunca consegue comprar uma só. O momento que você sente o gostinho dela, tudo que você tem no bolso vai embora. Se você tem algo de valor vai embora, se você tem dinheiro vai embora. Só falta sair nu. Tu só não sai nu porque não tem como. Se tu andar nu na rua vai ser preso. E ainda vai arrumar problema”.

Rosane voltou a morar na rua, dentro de uma das cracolândia do Rio de Janeiro e só “saía de lá e fosse para arrumar dinheiro para comprar mais droga”. Isto porque: “A droga não deixa você pensar em nada não. A droga só deixa você pensar nela. Você só tem cabeça pra pensar nela”. Teve situações que pediu para as pessoas lhe algemarem na cama para que não saísse para usar o crack.

Ficou grávida pela terceira vez, usava o crack compulsivamente e sua vida era “arrumar dinheiro e usar o crack”. Disse que foi indagada por uma moradora da região se queira dar seu bebê quando nascesse para ela e em troca lhe daria um mil reais. A princípio concordou e esta mulher lhe sustentou durante toda sua gestação dando-lhe comida e dinheiro. Pontuou que esta mulher não teria feito nada para lhe ajudar, sua única intenção era ter o bebê quando nascesse. Falou que inclusive quando pedia dinheiro para comprar droga ela lhe dava: “se eu pedisse cinquenta reais para ela, ela me dava, mesmo sabendo que eu ia para a boca comprar

droga". Quando sua filha, Camila, nasceu, Rosane disse que: "não ia dar, não ia vender". Assim, foi denunciada por esta mulher ao conselho tutelar e foi retirada a guarda da sua filha.

Em seguida, Rosane passou por um abrigo no centro do Rio de Janeiro, época que iniciou um tratamento medicamentoso. Disse que teria mentido para o médico que se tratava na Zona Sul do Rio de Janeiro, exagerando seu problema, por isto ele lhe prescrevia remédios fortes e ela vivia dopada. Acrescentou que assim conseguia fugir dos seus problemas. Preferia dormir a ter que enfrentar seus problemas.

Há cerca de 1 ano, passou a ter uma relação "bem controlada" com a droga, conseguindo pensar em outras coisas. Assim descreveu: "esses dias eu fui lá, sexta feira eu fui lá, usei uma parada de vinte, usei, acabou. Aí eu falei, quer saber? Eu vou embora pra casa. Ai minha colega, pô, eu vou ali pegar um dinheiro ali, não sei o que, não sei o que'. Mas eu vou embora pra casa, eu não quero mais usar, eu vou embora pra casa".

Procurou a clínica da família para buscar tratamento e foi incentivada a tirar seus documentos e tratar-se no CAPSad. Contou: "Na clínica eles falaram do CAPS, me explicaram o que que é um CAPS, que aqui tem médico, não sei o que, que poderia me fazer bem, ai eu vim. Ai eu gostei da doutora Zuma (médica), gostei da doutora Melissa e agora Elenice (enfermeira)".

Disse que quer se "ressocializar", porque ainda assina "condicional". Disse fazer planos de arrumar um emprego e alugar um canto. Descreveu seu momento de vida como estando: "saturada" de só "usar droga", porque "nesse pedacinho que só tem viciado [...] ninguém te enxerga, é como se você não tivesse ali". Acrescentou: "E mais. E no fundo, no fundo, vou te falar com toda sinceridade, no fundo, no fundo, eu quero saber qual o usuário de crack que um dia se sentiu satisfeito. [...] A pessoa nunca tá satisfeita". Disse não ser "santa" porque de vez em quando cai em "tentação" e usa alguma coisa. Sua droga de escolha é a maconha, que a "deixa mais calma".

Com suas constantes fugas e o falecimento dos seus pais, ficou sem referência de endereço, por isto quando a questionei sobre onde residia, respondeu-me: "pra ser sincera eu não tenho endereço". Rosane explicou-me que não reside na rua, mas que não podia dizer que tinha um endereço porque residia na "casa dos outros". Disse inclusive que não sabia me dizer qual era o endereço da "casa dos outros", mas que poderia confirmar e me dar em uma outra ocasião. Sabia nomear apenas o bairro e me falou bem baixinho o nome de uma cracolândia do Rio de Janeiro. Disse que residia com um amigo.

Há 2 meses, passou a ter um novo relacionamento com este "amigo" que reside junto. Os dois usam maconha juntos: "Eu fumo um baseado todo dia de manhã, hoje eu não fumei,

mas eu fumo, eu não tinha hoje, mas eu fumo todo dia a hora que eu acordo, aí eu acordo, fumo baseado. Aí eu tomo café, aí eu vou arrumar minha casa onde eu moro, aí eu vou fazer meu almoço, aí antes do almoço a gente fuma outro, eu esse menino lá". Descreveu como tendo uma relação boa com o tal "amigo" e que estes dias, ao ver um desenho: "nunca riu tanto na sua vida [...] igual a uma criança". Disse estar curtindo esta onda de ficar alegre, querer brincar e se distrais.

Paralelamente tem retomado a relação com uma "ex-namorada" que está casada com outra pessoa e possui um filho. Há três meses não se viam, mas nas semanas anteriores a nossa conversa, teria visitado ela. Disse que ficou feliz quando ela demonstrou preocupação por Rosane ter passado tanto tempo sumida. O marido e filho da sua "ex-namorada" quase não param em casa, por isto Rosane disse ter combinado ter de fazer-lhe visitas frequentes.

Rosane falou que o apoio das pessoas é muito importante para quem é usuário de crack. Nomeou algumas amigas e ex-namoradas que lhe ajudam atualmente e que já a tiraram de dentro da cracolândia. Uma delas teria a tirado de dentro da cracolândia em um "dia chuvoso, que estava chovendo à beça". Disse que são estas pessoas que não possuem a princípio "vínculo nenhum" com ela possuem mais paciência do que sua própria família. Sua família hoje é apenas seu tio, o qual não tem contato há cerca de 1 ano. Para Rosane a família de uma mulher usuária de crack deveria estar toda em tratamento.

Falou da sua motivação em ficar sem usar o crack, sobre "determinar de verdade" que não o quer mais a sua vida. Refletiu sobre enquanto tiver nessa, nesse ritmo, nunca vai construir nada: "A idade vai chegar, eu vou me ver velha, sozinha e morando na rua, porque eu não construí nada". Falou que o fato de ter trinta anos e daqui a pouco fazer cinquenta ser uma motivação para parar de usar o crack.

Falou sobre ser difícil refletir sobre tudo que perdeu: casa, filhos, família. Gostaria de comparecer ao CAPSad todos os dias, mas não tem dinheiro para custear sua passagem. Disse que sai daqui mais aliviada porque conversar faz bem. Faz plano de retomar o trabalho e seus estudos.

Entrevista Sônia – *"Não sou cega de consciência".*

Idade: 31 anos.

Regime de tratamento: semi intensivo.

Tempo de atendimento no CAPS "Toca que eu vou": 3 anos.

Motivo: demanda espontânea.

OBS: a entrevista se deu em uma única ocasião. Sônia estava acompanhada da sua técnica de referência do CAPSad e a entrevista teve que ser feita na presença da mesma.

Data da entrevista: 07/06/2016

Primeira vez:

Nossa entrevista se dá no momento que Sônia está planejando uma festa de aniversário para sua filha. Esta é a primeira vez que Sônia organiza uma festa de aniversário e parecia estar bastante ansiosa com isto.

Entrevistada com boa apresentação. Estava na unidade interagindo com outras pacientes. Pintando os cabelos de Gicélia, justificando ser para levantar a autoestima dela. Fui apresentada à Sônia por sua técnica de referência. Sônia de início disse não querer participar, fala que a história de uso do crack teria sido muito dolorosa para ela e por isto não gostaria de lembrar. Começa a me contar a história resumidamente na sala dos técnicos, onde fomos apresentadas, e diz é isto. Sugiro que ela me conte em outra sala. Sônia só aceita ir para sala para conversarmos se a Débora (assistente social) estiver presente. Justifica que não me conhece e que não costuma se relacionar com "qualquer pessoa". Concordo e nos encaminhamos para a sala. Sônia só entra porta adentro quando Débora se aproxima. Sentamos as três em um semicírculo. Sônia disse que não queria sentar na cadeira principal (a que fica atrás da mesa de atendimento). Ela conta a sua história com bastante desenvoltura e sempre me olhando nos olhos, pouco direciona seu olhar à Débora, mas o faz quando se refere a ela nas falas e assim: "esta aqui" ou "a sargentona" ou "se não fosse ela". Parecem ter um vínculo forte e estabelecido, embora este seja mais recente do que o estabelecido com a sua médica, Mariana. Sônia tatuou no nome "Mariana" no seu punho esquerdo, durante o período de licença médica da mesma.

Sônia nos mostra as fotos da sua filha, do seu trabalho e dos sapatos da *frozen* (personagem da Disney) que gostaria de comprar para a mesma. Sempre primeiro para a Débora e, em seguida, para mim. De um modo geral seu discurso é organizado, mas, por vezes, muda de assunto subitamente. Quando fala da sua relação com a sua família que reside fora do Rio de Janeiro se emociona e chora. Quando se refere ao seu companheiro demonstra certo distanciamento emocional.

O ambiente que nos reunimos era composto por uma mesa e quatro cadeiras, com iluminação externa, através de basculante e artificial. A ventilação foi feita através dos basculantes que estavam abertos. Não ligamos o ar condicionado porque neste dia estava frio. Como a janela é virada apara rua, a sala estava bem barulhenta e algumas partes da gravação se tornam inaudíveis. Muitas vezes tenho que confirmar o que ela diz por não ter escutado.

Optei por não mudar de sala já que estavam ocupadas e teríamos que aguardar para usar, fato que poderia fazer com que Sônia desistisse de me contar sua história.

Sônia que encerra a entrevista porque diz que estava na hora de tirar a tinta do cabelo da Gicélia e afirma: "ainda bem que não me apeguei a você". Um pouco depois quando me encontra no corredor da unidade me dá um beijo na bochecha e diz ter gostado de mim.

Quando Sônia deixa a sala aproveito para fazer a entrevista com a Débora (assistente social). Esta estratégia me pareceu interessante para aprofundar-me em pontos da história da Sônia havia me contado e entender como era pensado o acesso ao tratamento da mesma.

Síntese de eventos indicadores:

1 USO DO CRACK

"Não sou cega de consciência".

Sônia é usuária de múltiplas drogas e abuso de medicamentos. Foi indicada por sua referência para participar da pesquisa porque teria usado intensamente o crack quando esteve em uma viagem para visitar sua família fora do Rio de Janeiro. Sônia abandonou o uso do crack há cerca de um ano, ela diz: "Não quero nem de graça, o cheiro daquilo (o crack) me incomoda". Conversamos sobre a forma que ela se relacionava com o crack o os seus efeitos. O que me pareceu é que o uso intenso do crack, seus efeitos alucinógenos e a perda do controle sobre a sua vida, o que inclui o cuidado da sua filha, e a sua autonomia foram fortes influenciadores da decisão em interromper o uso da droga. Sônia relatou não ser "cega de consciência", referindo-se ao fato de que embora tivesse tido uma relação conturbada com o uso do crack e outras drogas existiria um limite para seu comportamento. É neste contexto que se emociona ao contar sobre os seus medos: "Eu fico com medo de eu usa droga e jogarem pedra em mim. Aí eu fico, ai meu Deus do céu, me ajuda". Sônia relatou: "Eu perdi o controle".

2 RELACIONAMENTO FAMILIAR:

"Minha mãe eu chamo pelo nome. Depois que eu me aborreci eu chamo ela pelo nome, não chamo de mãe não".

Quando peço para ela me contar sobre a sua família, Sônia inicia nomeando a mesma: "A Deby (assistente social), a Mariana (psiquiatra), a Márcia (técnica de enfermagem), a Nina (sua filha). É na sua médica que visualiza a figura da mãe e é a mesma que lhe presta ajuda para tomar decisões sobre o seu cotidiano, tais como, manter-se casada, alugar uma casa, etc. Sônia

é casada e possui uma filha de sete anos e cinco irmãos. Sua relação com o seu companheiro, sua filha e seus amigos é bastante conturbada. Todas as vezes que vi Sônia no serviço ela estava acompanhada por sua filha. Possui quatro irmãos que residem fora do Rio de Janeiro. Sua mãe e uma das suas irmãs residem na mesma cidade que Sônia. A expectativa que tem da sua família que detém laços consanguíneos é a de receber ajuda financeira e emocional e faz questão de delimitar que não estaria na condição de retribuir esta ajuda.

3 O SOCIAL:

"Eu vou tirar dinheiro de onde. Não tenho da onde tirar dinheiro mais".

Sônia recebe benefício do governo, auxílio doença, o qual destina a pagar seu condomínio, a escola da sua filha e comprar comida. Para as demais necessidades, como a compra de itens pessoais depende financeiramente do seu marido. Também, faz croché em panos de pratos para vender no CAPSad e revende cosméticos de uma marca conhecida.

4 O TRATAMENTO:

"Eu tive que voltar pra o Rio por causa da Mariana (médica psiquiatra). Porque não tinha Mariana lá, porque eu me apoiei na Mariana que ela não briga comigo".

Sônia buscou ajuda no CAPSad "Toca que eu vou" há 3 anos por conta do uso de cocaína. No período que esteve fora do Rio de Janeiro usou abusivamente o crack o que a levou a buscar ajuda de um serviço de saúde mental da região. Sônia não se mostrou satisfeita com o atendimento recebido.

Sônia estabeleceu relações estreitas com os profissionais do CAPSad e são estas relações que a fazem retornar ao dispositivo para o seu tratamento. O CAPS oferece acolhimento para as demandas de Sônia. Por exemplo, Sônia referiu ser fundamental o apoio que tem recebido de profissionais do CAPSad organizar a festa de aniversário da sua filha.

História:

Sônia é nordestina, possui cinco irmãos, com ela "seis". Apenas uma das suas irmãs que reside no Rio de Janeiro. Seu pai é falecido e abusava do álcool. Quando o mesmo era vivo, ela e seus irmãos tinham que sair de casa para uma vizinha por causa das brigas e agressões constantes em seu lar. Sua avó tinha problemas psiquiátricos os quais não soube me dizer quais seriam. Tem conflitos com sua família, mas descreveu ter um apego emocional, por isto falou chorosa da preocupação que estava com sua irmã que se encontrava doente: "aí me abalou o

sistema nervoso, eu tive febre. Aí eu pensei em ir embora". Também, queixou-se de uma descrença da sua família com relação a sua capacidade de tomar decisões e gerenciar seu dinheiro: " Pedi 25 centavos para comprar um cigarro, ela disse que eu ia comprar droga" (estava emocionada, com lágrimas nos olhos). A menção que fez do seu padrinho na sua vida foi para demarcar esta desconfiança da sua família, que a teria questionado se conseguiu dinheiro "se prostituindo". Disse que sua família lhe faz demandas financeiras as quais não pode retribuir como a de contribuir com parte do valor de um exame que sua mãe precisaria fazer. Sônia contou: "Minha mãe quer que eu ajudo. Eu vou tirar dinheiro de onde. Não tenho da onde tirar dinheiro mais".

Sônia tem um companheiro, Antony, e uma filha, Nina, de sete anos de uma relação anterior. Não mencionou quem seria o pai, apenas que "o pai dela (Nina) não dá nem confiança pra ela", mudando subitamente de assunto. Disse que Nina e Antony vivem brigando.

Quando a pedi para contar-me sobre sua família a primeira descrição que fez incluiu os nomes da sua médica, da assistente social, da enfermeira e da técnica de enfermagem do CAPSad na lista, juntos ao nome da sua filha Nina. Fez questão de pontuar: "você não é da minha família" e que a Záina, enfermeira do CAPSad, seria só "parente".

Sônia tem histórico de abuso de álcool e medicamentos. Já fez uso de cocaína e loló. Há 1 ano atrás, Sônia se envolveu com o crack no período que esteve fora do Rio de Janeiro, no nordeste do país, em visita à sua família. Durante este período, tentou buscar tratamento no CAPS da região, mas disse que não conseguiu porque lá tinha: "um bando de vagabundo". Ela descreveu da seguinte forma o atendimento recebido: "O vigia tava dormindo, o médico tava de greve, outro de licença". Acrescentou que tentou conversar com o médico da unidade, mas recebeu como resposta dele: "Porra você não tá vendo um monte de gente lá fora e você quer conversar".

Sônia abusou do crack durante duas semanas, tendo perdido peso e vendido seus pertences para comprar a droga: "eu tava emagrecendo, eu vendi meu celular de 3000 reais, eu vendi minha aliança, eu vendi meu secador, minha prancha. Eu vendi tudo. Tava vendendo tudo, vendendo tudo, vendendo tudo". Usava dentro da sua própria casa todos os dias, tendo perdido o "controle" sobre sua vida: "Eu me trancava, aí eu não dormia. Aí eu ficava vendo bicho dentro de casa. Aí quando eu via, já fazia de novo. Era todo dia, todo dia. Eu perdi muito peso. Eu já não sentia mais vontade come, não tinha mais vontade de vive. Eu não sabia mais o que era dia e o que era noite. Eu perdi o controle". Fez questão de pontuar que só não vendeu seu corpo.

Durante este período, a mãe de Sônia teria descoberto o abuso do crack passou a residir com ela e ameaçou retirar a guarda da sua filha. Sônia incomodada com a situação saía de casa para "dar uma volta" quando se deu conta que outras pessoas da região passaram a notar sua condição já que nem mesmo penteava seus cabelos. Tentou "dar um tempo" do crack e passou a pedir "hadol" para quem encontra-se na rua na tentativa de interromper seu uso.

Disse que retornar para o Rio de Janeiro seria sua "última chance" para interromper o abuso do crack. Sônia disse que não ter se empolgado "com este negócio de crack". Também, que usou pela última vez, na parada de ônibus, no caminho de volta para o Rio de Janeiro. Acrescentou que o fato de ter retornado ao Rio de Janeiro para ser atendida por sua médica de referência foi um forte influenciador para interromper o abuso do crack.

Disse que, no momento, não quer "nem de graça" o crack e que o "cheiro" da droga a incomoda e que agora está envolvida "neste negócio de croché". Um dos seus temores em relação ao uso de drogas é permanecer em situação de rua e da reação das pessoas: "Eu fico com medo de eu usar droga e jogarem pedra em mim".

Iniciou o tratamento no CAPSad "Toca que eu vou" há 3 anos por conta do uso de cocaína, droga que fez questão de dizer que não está usando mais. Disse que o CAPSad "Toca que eu vou" é a sua segunda casa e que sua rotina é levar sua filha para a escola e depois vir para o CAPSad: "com chuva, sem chuva, [...] se tive doidona". O fator diferencial para ela é o tratamento que recebe de todos os funcionários, pois são muito bem "educados" e a tratam bem: "independente da sua doença". Assim descreveu o serviço: "Minha casa é aqui, aqui que eu tenho casa, que eu tenho acolhimento".

Disse ter tatuado o nome da sua médica, Mariana, em seu punho direito porque é dela que receba a ajuda de que necessita: "Todo mundo desacreditou, sabe? Por isto que eu não tatuei o nome da minha mãe, tatuei o nome dela [se referindo à tatuagem no seu punho com o nome da sua médica]. Eu?! Talvez eu bote o dela [referindo-se à Débora], vou pensar nisso, tô pensando". Disse que Mariana é "mais do que sua família" e precisa da "ajuda dela como uma mãe". No período, de licença médica de Mariana, Sônia cortou os pulsos e mostrou-me a cicatriz relatando: "Eu vou cortar desse lado se ela não aparecer. Vou ter que cortar, vou ser obrigada a fazer este sacrifício".

Também, disse receber ajuda para tomar decisões referentes ao seu dia a dia. Inclusive, Mariana lhe sugeriu que comprasse um caderno e escrevesse seus pensamentos. Sônia carregava este caderno para os seus atendimentos, mas o caderno estava "ficando volumoso" e difícil de carregar. Assim, decidiu fazer um furo no seu colchão para que pudesse guardá-lo, em segurança, deixando-o "bem escondido".

Como estava muito envolvida com a festa de aniversário da sua filha, contou-me com detalhes os preparativos e a ajuda que tem recebido, em especial, da Débora, assistente social e referência de Sônia. Sônia deixa claro que não sabe "fazer festa" e que se não contasse com a ajuda de Débora não teria como proporcionar a sua filha sua primeira festa de aniversário. Sônia iria fazer a festa na escola da Nina e estava bastante ansiosa com os preparativos. Também, o fato de ter poucos recursos financeiros e ter que depender da ajuda de Antony a angustiava e gerava conflitos na sua relação com ele. Sônia disse que teria que comprar vestido, sapatos, roupas, enfeites e comida para a festinha e não conseguiria gerenciar tudo isto sozinha. Por orientação da Débora, passou a fazer panos de pratos para vender na unidade, vender cosméticos e repartiu parte dos custos da festa com seus familiares. Foi uma espécie de ir arrecadando dinheiro com quem podia contribuir: "Aí minha mãe vai dá 20,00 eu já tenho 10,00 [...] Ela tá me ajudando (se referindo a Débora)". Disse não poder contar com seu companheiro que sequer lhe faz um chá quando está doente e que teria envergonhado ela ao levá-la para escolher o sapato da *frozen* para Nina e depois ter se recusado comprar por conta do valor alto. Arrecadou a maior parte dos itens da festa com Débora e Márcia, técnica de enfermagem do CAPSad.

Recebeu inclusive ajuda financeira desta técnica de enfermagem e foi neste contexto que me disse que apesar do seu histórico de abuso do crack não ser "cega de consciência", através do seguinte relato: "Porque a Márcia [técnica de enfermagem do CAPS] me deu 20,00 reais, porra, eu fiquei pensando: não vou faze isso comigo. Não vou pega o dinheiro da porra da mulher. Porra da mulher num bom sentido. Ela me confiou o dinheiro. Para fazer uma coisa. Ela anda de ônibus, ela tem as contas dela. Ela tá fazendo um sacrifício. Eu não sou cega de consciência, entendeu/ Eu não sou cega de consciência". Apesar da ajuda que recebe dos profissionais da unidade disse sentir a necessidade de: "andar com suas próprias pernas".

Sônia gerencia um benefício que recebe – auxílio doença, o qual destina para pagar a escola da sua filha, o seu condomínio e comprar comida. Disse não conseguir trabalhar porque é "surtada" e por isto não consegue "viver com gente". Quando fica muito nervosa "mete porrada" na sua filha.

Tem feito uma tentativa de organizar sua vida e disse ser uma pessoa que valoriza sua rotina e privacidade: "Porque eu sou uma pessoa assim, oh. Eu tenho a minha roupa do corpo. Mas não mexe nas minhas coisas, não mexe nos meus cadernos, não mexe na minha privacidade, não mexe na minha garrafa d'água. Deixa ela aqui, eu quero ela aqui. Não mexe no meu shampoo, não mexe nos meus cremes, não mexe na minha roupa. Não muda nada o meu sistema. Eu sou assim".

Encerrou a conversa ao lembrar-se que tinha deixado a tinta na cabeça de Gicélia dizendo que precisava tirá-la.

Entrevista Teresinha – *"Eu era uma pessoa assim: eu usava crack, mas não misturava junto com outros cracudos. Nunca morei na rua, eu sempre tive casa. Tomava dois banho. Andava arrumadinha".*

Idade: 33 anos.

Regime de tratamento: semi intensivo.

Tempo de atendimento no CAPS "Toca que eu vou": 1 ano.

Motivo: demanda espontânea.

OBS: a entrevista se deu em uma única ocasião. Fui apresentada a Teresinha por sua técnica de referência. Falei sobre a pesquisa e Teresinha, embora parecesse resistente, aceitou conversar comigo.

Data da entrevista: 10/06/2016

Primeira vez:

Entrevistada com aparência cuidada. Foi me apresentada por sua referência. Conversou bastante e abertamente sobre o uso das drogas, mas após a nossa conversa se referia a mim como "policial". Disse que eu perguntava muito. Segundo sua psicóloga de referência, Teresinha ficou bastante incomodada após nossa conversa e se sentindo "perseguida". Frequenta o serviço semanalmente e participa das atividades de grupo.

É homossexual e está em abstinência para o crack há seis anos, embora sua referência tenha me afirmado que ela ainda usa. Participa das atividades de grupo, especialmente no bom dia. Tem um perfil mais masculinizado e enquanto outras mulheres se calam nos grupos, Teresinha se posiciona abertamente sobre suas opiniões. Já esteve no acolhimento noturno do CAPS e internada no Nise.

Síntese de eventos indicadores:

1 USO DO CRACK

"Eu tô seis anos limpa".

Teresinha relata ter usado o crack de forma ininterrupta e abusiva durante dois anos e que está abstinente há cerca de seis anos. O uso do crack sempre se deu associado à maconha: "Eu usava o baseado. E era esse – maconha misturada com o crack".

É usuária de múltiplas drogas e, no momento, faz uso de maconha para acalmar-se e tem uma relação complicada com o abuso de loló e o álcool.

2 RELACIONAMENTO FAMILIAR:

"Fiz uma farofa, botei minhas roupas na mochila. E não me despedi da minha família. Meti o pé".

A família de Teresinha reside no Maranhão. Seus pais são separados e possui quatro irmãs, sendo um deles de uma relação anterior da sua mãe com outro homem: "Um é branco e nós outros somos pretos". Não tem contato com a sua família, pois deixou o telefone deles na bíblia que sua ex-companheira levou embora após sua separação. Não se refere à família de forma saudosa e diz ter contato com os mesmos em oração.

Sua família sofria agressões do seu pai e diz que sempre pensou em matar o pai. Após a separação dos pais, aos 10 anos de idade, se sentiu segura para deixar a mãe no Maranhão e sair para: "ganhar o mundo".

3 O SOCIAL:

"Por enquanto tá dando".

Teresinha já passou por diversos locais no trabalho de auxiliar de serviços gerais. Também já trabalhou como vapor no tráfico da região próximo a sua casa. Hoje tem uma renda de 900 reais referentes ao auxílio-doença que recebe. Com sua renda consegue costear suas despesas de aluguel, comida e cuidar da sua cachorra. Custeia suas idas ao CAPSad porque não possui Riocard. Repete várias vezes que sempre trabalhou, que custeia suas despesas e a compra da sua droga.

4 O TRATAMENTO:

"Brincar, se puder tancar a porta, tranca pra não poder sair".

Teresinha inicia o tratamento no CAPS em 2016 encaminhada pela Clínica da Família. O motivo do atendimento na unidade está relacionado ao uso prejudicial do loló e tentativa de suicídio: "Eu cheguei drogada porque o loló mexe com teus ossos". Frequenta o dispositivo semanalmente. Contou que as relações que estabelece no CAPS são importantes para o seu tratamento: "Todo mundo conversa com todo mundo". A conversa e as atividades de grupo as

quais participa se sobrepões a sua necessidade medicamentosa. Entretanto, o serviço deve oferecer certa medida de proteção ao usuário e se for necessário tranca-lo no próprio dispositivo.

Os fatores como ter que pagar sua passagem e caminhar da estação de trem até o CAPS não interferem no seu acesso ao tratamento. Teresinha recebe um benefício, não tem Riocard e diz pagar a sua passagem para chegar ao serviço. Todavia, reconheceu que alguns recursos sociais são importantes, tais como, banho e comida.

4.1 História:

Teresinha é nordestina, possui quatro irmãos de relacionamentos diferentes: "um é branco e nós somos pretos", nenhum deles mora no Rio de Janeiro. Teresinha decidiu mudar-se para cá aos 10 anos de idade, assim me relatou: "Ah, simplesmente liguei a televisão, assisti o filme 'Cidade de Deus', e eu disse: 'é pra lá que eu vou'. Liguei pra rodoviária pra comprar passagem, na época era 380. Fiz uma farofa, botei minhas roupas na mochila. E não me despedi da minha família. Meti o pé".

Disse só ter contato com sua família em oração porque o telefone que possuía deles foi deixado dentro da bíblia da sua ex-companheira.

Quando pedi que me contasse sobre sua família, Teresinha me respondeu: "Não posso nem te falar, assim, da minha família porque saí com 10 anos". Seu pai era um homem agressivo que batia na sua mãe. Teresinha jurava que iria matá-lo, mas ele morreu. Nesta época, Teresinha tinha 15 anos e já morava no Rio de Janeiro. Não nutre nenhum sentimento além da raiva pelo seu pai e disse não gostar de falar sobre ele.

Teresinha "trabalhava de dia e estudava de noite". Teve dificuldades para concluir seus estudos e só o conseguiu fazer porque foi incentivado por um coordenador de uma faculdade a qual trabalhava cortando a grama. Conseguiu concluir o segundo grau através do curso supletivo e, em tom orgulhoso, disse ter até o "diploma".

Trabalhou durante algum tempo como auxiliar de serviços gerais em um shopping, 'retirando os pratos quando as pessoas acabavam de comer'. Disse que era do turno noturno porque assim as pessoas não tinham como vê-la, já que "o crack transforma". Sua rotina de uso do crack era um antes de sair para o trabalho e outro ao retornar para casa, reafirmando que levava uma rotina "normal". Também disse que o trabalho noturno lhe permitia algumas vantagens: "Porque o shopping fechava e a gente ficava lá usando. As pessoas se sabia não contava pra ninguém".

Preferia usar acompanhada e muitas das vezes na casa de um colega, “bem pertinho” da sua casa, porque se sentia segura: “Na casa dele tinha várias pessoas usando, então, me sentia protegida. E quando tava em casa, eu sentia que tinha alguém me perseguindo”. Fez questão de me dizer mais de uma vez que custeava a compra da sua droga e que não se: “misturava junto com outros cracudos”, não morou na rua, tomava “dois banhos”, andava arrumadinha e tinha sua própria casa.

Nesta época, sentada na porta da sua casa, conheceu sua ex-companheira: “uma menina inteligente, que fazia faculdade”, que chamarei de Angel. Ela estava saindo de um relacionamento e “partiu” pra Teresinha. Permaneceram juntas por quatro anos estão separadas há dois.

Ora Teresinha diz que Angel teria lhe apresentado o crack ora disse que ela teria lhe ajudado a parar de usar o crack. Confesso que fiquei confusa com as declarações e ao tentar sanar a minha dúvida, Teresinha me respondeu: “Ela começou a usar. E depois achei aquilo que tava me destruindo e destruindo a pessoa que gostava. Mas aí chegou a um certo ponto meu amor sentamos, conversamos e ela me pediu pra mim parar. Ou escolhia ou ela ou crack. Eu escolhi ela”.

Angel lhe dizia que a ajudaria a “sair dessa” caso contrário acabaria virando “mendiga”. Para Teresinha virar mendiga significava “perder” a batalha de ter vindo do Nordeste do Brasil para tentar a vida no Rio de Janeiro. Assim relatou: “Eu não vim pra cá pra perder [...]. Eu vim pra vencer, então, tenho que vencer! Tenho que sair dessa praga!”.

No início não foi fácil manter sua decisão em parar de usar o crack, roubava sua namorada que a trancada em casa para que não saísse para comprar a droga. Neste ínterim, percebeu que conseguiu ficar durante uma semana sem usar o crack o que a fez refletir: “pô, se eu passei uma semana sem usar, vou conseguir mais outra”.

Outro fator que a dificultava era o fato de que a casa do seu colega, ponto de uso do crack, se localizava no caminho para o seu trabalho. Muitas vezes Teresinha parou para cumprimentá-lo e mesmo ele ‘apitando’ na sua frente seguia em frente: “simbora que passei aqui só pra te dar um oi”.

Durante este período disse não ter feito nenhum tipo de tratamento e que esta decisão de parar de usar foi exclusivamente sua e baseada na ajuda e incentivo que recebia da sua companheira.

Teresinha fala com convicção de que “tem crack de tudo quanto é jeito”: pó, cachimbo, baseado [...]. Disse que sua preferência era usar a maconha misturada com o crack. Disse que:

a “lei do crack é pouco”, referindo-se ao tempo de efeito da droga e que quando usava batia no seu “sistema nervoso” e ficava “alucinada”.

Teresinha trabalhou como “vapor” em uma comunidade no período que a UPP entrou nas favelas do Rio de Janeiro. Colocou um amigo para trabalhar junto com ela que logo comprou “uma moto, uma 300”. No dia de folga, decidiram assistir a um show de pagode dentro da comunidade e beberam muito. Seu amigo estava dirigindo e bateram direto em um poste, em frente ao SBT. Teresinha não se lembra do acidente e ao acordar estava em um hospital público do Rio de Janeiro. Só descobriu que seu amigo estava morto quando a viúva dele lhe contou.

Teresinha passou por uma cirurgia ortopédica “para tirar ferro e colocar ferro”, e permaneceu durante 1 ano internada. Quando saiu não quis voltar com o trabalho de vapor, pois a única opção para este tipo de trabalho é “morrer ou morte”. A camisa que Teresinha usando no dia da nossa conversa tinha estampada a foto do seu amigo falecido.

Após sua alta, continuou usando drogas, agora o loló. Procurou a clínica da família por conta das dores que sentia nos braços por conta do suo desta droga: “Então usava loló a semana toda. Só não comia, não fazia nada. Só usando. Quando eu comprava não comprava só uma, comprava várias. Aí sentia dor nos braços. Chegava lá gritando [...]. Empurrava a porta. Não queria saber quem era, quem tava atendendo ou deixava de atender. Aí eles me davam dipirona na veia”. Teve um dia que ‘surtou´na unidade e foi sugerido que Teresinha iniciasse um acompanhamento no CAPSad “Toca que eu vou” para tratar sua dependência química.

Entretanto, parece ter sido encaminhada anteriormente para uma internação psiquiátrica onde permaneceu por 14 dias: “Me segurei nas grades, me prenderam na cama, me deram um sossega leão”. Após esta internação foi encaminhada ao CAPSad onde ficou acolhida por duas semanas, agora em um lugar que não era para tratar “malucos”.

Para chegar ao CAPSad percorre um longo caminho: “pego o trem, desço na Central, pego um Teodoro, venho até o Engenhão, Engenho de Dentro, desço e venho andando”. Teresinha ainda não tem Riocard e por isto tem que custear sua passagem. Participa das oficinas e grupos realizados diariamente no serviço: “A gente faz brincadeira, tem jogo, tem oficina de dança, oficina de música. Tem artesanato pra preencher aquele vazio”. Disse que as conversas que tem com os profissionais da unidade são fundamentais para ajudar a não “problematizar” as coisas na sua mente. Sabe que a qualquer momento pode ter uma recaída e julga ser importante sua frequência semanal ao serviço e poder conhecer outras pessoas que não usam drogas. Também que a conversa é mais importante que o remédio: “Porque o remédio vai te dopar e depois ele vai voltar ao normal e vai voltar usar de novo”. E o banho e a comida estão

no mesmo nível de importância que a conversa: "Conversando, tentando trazer pra cá (CAPS), tenta dá um banho, não leva pra casa alguém que não conhece, mas tentar ajudar o máximo que tu poder".

Ela recebe auxílio doença e não demonstra vontade de voltar a trabalhar. Disse que embora receba menos do que o quanto tirava quando estava trabalhando, é suficiente para pagar seu aluguel e sustentar ela e sua cachorrinha. Questiono se o dinheiro dá para comprar a droga e ela me disse que prefere ficar sem usar a ter que dever a boca. O tratamento atual tem lhe ajudado a dar mais prioridade a si. Disse que quando estava sem o tratamento deixava de comprar suas coisas para comprar a droga.

Entrevista Vera – *"Comecei a usar foi pó, aí eu conheci uma pessoa boca do lobo que botou nisso".*

Idade: 46 anos.
Regime de tratamento: em situação de rua/ busca ativa.
Tempo de atendimento no CAPS "Toca que eu vou": não soube informar.
Motivo: demanda espontânea.

OBS: a entrevista se deu em uma única ocasião. Fui apresentada à Vera por sua técnica de referência em uma das visitas às cenas de uso.

Data da entrevista: 09/09/2016

Primeira vez:

Entrevistada com a aparência descuidada, vestes sujas e cheiro desagradável. Encontro Vera na entrada da unidade, acompanhada do seu filho e conversando com a sua psicóloga de referência. Eu já havia encontrado Vera por duas vezes no viaduto próximo a uma cena de uso do Rio de Janeiro, por isto Vera é amistosa e diz lembrar-se de mim, inclusive de ter vindo ao serviço para me ver também. Mostra-se feliz, abraça-me e beija-me. Seu filho, que faz tratamento no CAPS "Machado de Assis" que estava ao lado dela, disse ter vindo acompanhá-la até a unidade. Nós já havíamos nos conhecido em outra unidade que eu trabalho, por isto ele se dirige a mim por nome. Parece estar bem chateado e como já o conhecia resolvi perguntar-lhe o porquê. Ele mostrou preocupação e ao mesmo tempo certa intolerância com relação ao comportamento da sua mãe de não buscar tratamento. Pareceu não aceitar o fato dela não querer se tratar. Aproveitei e perguntei à Vera se poderíamos conversar em particular, a mesma aceita,

porém pede que seja na presença da sua psicóloga. Concordei que a entrevista proceda desta maneira já que durante todo meu trabalho de campo esta é a primeira vez que a vejo no serviço. Confesso que fiquei temerosa de não ter uma segunda oportunidade.

Durante nossa conversa respondeu às perguntas, porém de forma monossilábica. Tem dificuldades em aprofundar-se nos conteúdos os quais a questionei e precisar os fatos no tempo. Olhou algumas vezes para o gravador, parecia estar incomodada e não entender para que servisse. Tanto eu quanto sua psicóloga de referência a explicamos mais de uma vez a função do uso do gravador. Também, estava um pouco sonolenta, bocejava e sua aparência era de cansada.

Todavia, em nenhum momento ela me pediu para interromper nossa conversa. Finalizei quando percebi que ela estava demasiadamente cansada.

Síntese de eventos indicadores:

1 USO DO CRACK

"Comecei a usar foi pó, aí eu conheci uma pessoa na boca do lobo que me botou nisso (se referindo ao crack)".

Vera não soube dizer há quanto tempo faz uso do crack, mas parece ter um histórico longo de abuso e dependência. Quando me conta sobre sua história de uso do crack diz que uma pessoa na Boca do Lobo teria lhe apresentado a droga e que para consegui-la precisa pedir dinheiro. Vera não se aprofunda na sua história de uso do crack. O crack não parece ser uma questão para ela e sim a falta de dinheiro e suporte social.

2 RELACIONAMENTO FAMILIAR:

"Fui pra casa ver ele (referindo-se ao seu filho). Foi bom. Ele tava dormindo. Eu gosto de ver ele".

Vera possui família: pai, filho e madrasta. Entretanto, não reside com os mesmos e prefere permanecer na rua. Parece ter uma relação difícil com sua família. Seu filho é psicótico e faz tratamento em um CAPS II da região. Vera contou-me que faz visitas periódicas a sua família. Infelizmente não consegui me aprofundar neste tema.

3 O SOCIAL:

"Eu durmo lá mesmo, lá embaixo do viaduto. A galera é gente boa".

Vera está em situação de rua e reside no viaduto próximo a uma importante cena de uso do Rio de Janeiro. Sua vida é estruturada na região do viaduto, onde possui amigos, arruma o que comer e dinheiro. Ela já esteve nas "andanças", por outros lugares, sempre na rua. Vera estava preocupada com o fato de aproximarem-se as eleições e ter perdido seu título de eleitor em uma das suas internações. Demonstrava desejo em recuperá-lo para que pudesse votar. Como estava com seu dedo machucado, uma ferida infeccionada, ela também se preocupava com a possibilidade de perder sua digital. Sendo analfabeta isto também seria um impeditivo para que votasse.

4 O TRATAMENTO:

Quando pergunto sobre qual atividade gosta de participar, responde: "o lanche [...] porque o almoço é muito bom aqui, o almoço, o lanche".

Vera é psicótica e usuária de crack e cocaína. Iniciou seu atendimento em um CAPS II "Machado de Assis" há sete anos devido a problemas com álcool. Há cerca de 3 anos, foi solicitado ao CAPSad "Toca que eu vou" um tratamento compartilhado. Vera tem como referência no serviço a mesma psicóloga que a acompanhava no CAPS II. Já teve internada em um Hospital Clínico por conta de complicações em relação ao uso do crack e sua situação de rua. A visão da Vera sobre o CAPSad está primeiramente relacionada a questões sociais: seu título e um lugar para tomar um banho e dormir. Diz que nunca participou de nenhuma atividade no CAPS. Também, que o CAPS a ajudaria a arrumar um advogado já que precisa resolver uma questão judicial relacionada ao seu benefício.

História:

Vera é analfabeta, nunca estudou. Tem um filho que reside com seu pai e a sua madrasta em uma casa que faz visitas periódicas e chama de: "a casa do meu filho". Não tem uma boa relação com seu pai e disse que o mesmo é: "chato, mas calmo".

Vera referiu que sua casa é a rua, os locais por onde passou e morou nas suas "andanças". Todavia, embora tenha passado por locais diferentes possui suas preferências: "Gosto mais do Sampaio" (localização no Rio de Janeiro). Vera estabeleceu seu ponto de moradia atual debaixo de um viaduto próximo a uma importante cena de uso do Rio de Janeiro, onde a "galera é gente boa". É neste local que Vera arruma "dinheiro e comida". E embora se sinta mal quando lhe negam é assim que consegue manter sua subsistência. Também, possui "amigos" os quais nomeia para mim. São amigos que lhe foram apresentados por uma "mulher que usava cocaína". Não ficou claro se estes amigos eram também usuários de droga.

Vera disse que “tem tempo” que iniciou o uso de crack. Começou a “usar foi pó”, aí conheceu “uma pessoa na boca do lobo que botou nisso”. Disse que: “gosta” do crack e do pó. Disse sentir-se mal por pedir dinheiro na rua e usá-lo para comprar droga: “pega mal, né?!”.

Vera iniciou seu tratamento quando “era nova”, há cerca de 7 anos, no CAPS “Machado de Assis”, por causa de problemas com o álcool. Seu filho também é acompanhado neste mesmo dispositivo.

Vera não soube dizer há quanto tempo faz tratamento no CAPSad “Toca que eu vou” mas que conversa com sua psicóloga, Tatiana, há cerca de três anos. Tatiana era residente do CAPS “Machado de Assis” quando conheceu Vera. No término da sua residência passou a trabalhar no CAPSad, por isto não ficou claro se estes três anos os quais se referem são restritos ao tratamento no CAPSad. Vera achou melhor passar a frequentar o serviço por conta do vínculo que tinha estabelecido com a mesma e também porque é um lugar “bom de dormir [...] tem cama”.

Quando sua situação de rua parece agravar-se, Vera é internada. Ela relatou duas passagens por unidades de internação: o Hospital da Ilha e o PAM, porque estava “dormindo na rua”. Descreve suas passagens por estas internações como tendo sido uma experiência “horrível”.

Disse que gosta do CAPS, mas o problema para chegar aqui é o ônibus. Para deslocar-se ao CAPS diz ser “difícil” e ter que pedir carona no ônibus: “Eu pego um ônibus, 249, [...] tem que pegar dois”. E acrescenta: “Eu vou de carona, vejo se consigo carona [...] é difícil pegar ônibus”. Quanto questiono qual seria a dificuldade, responde: “Ele cobra passagem”.

Quanto a questiono sobre o que teria motivado ela a vir ao CAPS, respondeu que era por causa da sua psicóloga: “Pensei a Tatiana vai tá lá”. Vera fala que gosta de conversar e quando pergunto o que teria para conversar no CAPS, responde que gosta de conversar “coisa séria” – “o meu título”. Faz uso irregular das suas medicações as quais disse não gostar.

A visão da Vera sobre o CAPS está primeiramente relacionada a questões sociais: seu título e um lugar para tomar um banho e dormir. Quando pergunto sobre qual atividade gosta de participar, responde: “o lanche [...] porque o almoço é muito bom aqui, o almoço, o lanche”. O almoço, o ar condicionado, o lanche foram palavras repetidas quando a questionei sobre o tipo de ajuda que espera receber no CAPSad.

Quando a questionei como o CAPSad poderia ajudá-la, Vera me respondeu que já recebe a ajuda necessária e quando insisti e enfatizei como poderia ajudá-la mais, Vera respondeu: “um advogado”. Disse que o CAPS a ajudaria arrumando um advogado já que precisa resolver uma questão judicial relacionada ao seu benefício. Referiu que tem “pensões”

a receber da sua mãe, sua avó e seu pai. O mesmo está sendo recebido por outra pessoa: “O Helvecio me rouba [...] ele me ameaçou me internar. Fui boba e dei”. Helvecio era um vizinho da sua família que teria sido apresentado à Vera por seu pai que lhe roubou o seu cartão e a sua senha da Caixa Econômica. Ainda teria “assinado um papel” dando autoridade para que ele fizesse saques em seu nome. Vera repetiu que precisa de: “um advogado [...] porque eu preciso das minhas pensões. Não tô recebendo, o Helvecio me rouba. Quando me internava, ele que pegou meu dinheiro [...], meu cartão do banco, a senha”.

Parecem utilizar do recurso de equipes diferentes atenderem em conjunto Vera. Vera falou de sua psicóloga do CAPS II que a acompanhou até o CAPSad. Vera se interessou pela oficina de artesanato, pois quer confeccionar porta-retratos, contou-me que sai “bem nas fotos”. Também disse que gostava de ir na UPA ver sua pressão e na Clínica da família cuidar do seu “dedo”. Prefere frequentar estes serviços acompanhada por Tatiana porque assim recebe um tratamento melhor, diferente de quando comparece a unidade sozinha.