



JEFERSON VENTURA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHERES USUÁRIAS DE CRACK EM
MATERNIDADE E CENTRO OBSTÉTRICO: Representações sociais dos enfermeiros**

**RIO GRANDE
2019**

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

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHERES USUÁRIAS DE CRACK EM
MATERNIDADE E CENTRO OBSTÉTRICO: Representações sociais dos enfermeiros**

JEFERSON VENTURA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande PPGEnf-FURG, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.
Linha de Pesquisa: Tecnologias de Enfermagem/Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Giovana Calcagno Gomes.

RIO GRANDE
2019

Ficha catalográfica

V468a Ventura, Jeferson.

Assistência de enfermagem a mulheres usuárias de *crack* em maternidade e centro obstétrico: representações sociais dos enfermeiros / Jeferson Ventura. – 2019.

199 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2019.

Orientadora: Dra. Giovana Calcagno Gomes.

1. Mulheres 2. Gravidez 3. Cocaína Crack 4. Pessoal de Saúde
5. Enfermagem I. Gomes, Giovana Calcagno II. Título.

CDU 616-083:615.32-055.2

JEFERSON VENTURA

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHERES USUÁRIAS DE CRACK EM MATERNIDADE E CENTRO OBSTÉTRICO: Representações sociais dos enfermeiros

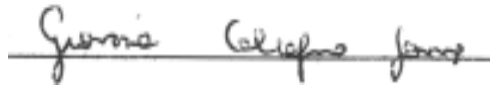
Esta Tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem e aprovada na sua versão final em 13 de dezembro de 2019, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Profa. Dra. Mara Regina Santos da Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG


BANCA EXAMINADORA



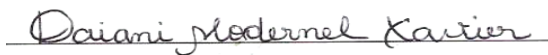
Dra. Giovana Calcagno Gomes – Presidente (FURG)



Dr. Camila Daiane Silva – Membro Interno PPGEnf Suplente (FURG)



Dra. Adriane Maria Netto de Oliveira – Membro Interno PPGEnf (FURG)



Dra. Daiani Modernel Xavier -Membro Externo ao PPGEnf (FURG)



Dra. Maria Helena Gehlen – Externo (UFN)



Dra. Rosiane Filipin Rangel -Suplente Externo (UFN)

*A*prendi que todas as formas de conhecimento são

*Transitórias e que elas só têm real valor quando utilizadas em benefício dos seres e de tudo o que existe no campo universal. Todavia de nada vale todo o conhecimento do mundo se não houver **AMOR**".*

(Alcione Leite da Silva)

Dedico esta tese!!

A minha mãe *Nadir Almeida Ventura* e ao meu pai *João de Moura Ventura*, que sempre foram os meus pilares, com exemplo de amor e garra.

*A*os meus irmãos *Clarice, Ajadir, Jair e Jaderson* e aos meus pequenos

Rafael, Nicolas e Arthur!

*O*brigado por me amarem!

Agradecimentos

*C*hega a hora de agradecer e expressar meu carinho pelas pessoas que fazem parte desta história e que de alguma maneira me deram força e apoio nesta etapa tão importante da minha vida!

*P*rimariamente agradeço a **Deus**, pelo dom da Vida!
pelas oportunidades, conquista as quais fui concebido e por guiar os meus passos para que eu pudesse cumprir com sabedoria mais esta etapa de minha vida!

*A*s duas pessoas mais importantes da minha vida! Minha Mãe **Nadir** e meu Pai e **João**, por sempre acreditaram em meus ideais, pois sempre estiveram ao meu lado, me incentivando a seguir em frente, souberam escutar as minhas alegrias, angustias, decepções como se fosse a primeira vez, buscando lado a lado como chegar a este momento tão especial e que muitas vezes abriram mão dos próprios sonhos para que eu pudesse realizar os meus!

*A*s meus irmãos **Clarice, Ajadir, Jair e Jaderson**, que estiveram comigo nos momentos em que mais precisei, apoiando-me, acreditando e embarcando nos meus devaneios, com os seus olhos brilhando cheios de orgulhos!

*M*eus sobrinhos **Rafael, Nicolas e Arthur** com toda a magia e inocência sem compreender direito o motivo da ausência, eles estavam sempre a minha espera com um delicioso abraço, um sorriso no rosto e quantas foram as ligações, chamadas de vídeos dizendo tio, vem logo estamos com saudades!

*M*eus cunhados **João, Marcia e Mariane**, cada um com a sua maneira,
estavam sempre prontos para ajudar-me e me apoiar!

*A*o meu encontro de almas **Leandro**, que participou deste processo,
e nos momentos em que eu mais precisei estava ali, oferecendo o seu ombro
amigo, uma palavra de incentivo e apoio. Obrigado por me **AMAR!**

*A*s amigas e colegas Doutoradas **Maria Helena e Rosiane**, profissionais
humanas, dedicadas com amor à profissão, tornando-as um exemplo a ser
seguido! Estiveram lado a lado, na construção dos meus sonhos, com amizade
sincera, apoio, incentivo ao longo dos anos!

*A*minha segunda família **Palmeira Marques**, que se fizeram presentes
desde o início desta e de outras trajetórias, estando sempre na torcida
incentivando e comemorando cada vitória!

*A*minha Família do coração **Pereira Corrêa**, que me acolheu tão bem,
soube me incentivar, me dar carinho, conforto e apoio nos momentos em que o
cansaço tomava conta. Principalmente meus dois pequenos **João e Helena** que
transbordaram os meus dias de **Amor**. Obrigado pela acolhida e carinho!

*A*os Meus **Tios, Primos, Vô e Avós (in memórian)** pelo carinho, apoio e
torcida, que compreenderam a minha ausência durante esta etapa!

*A*minha orientadora, Enfermeira Doutora **Giovana Calcagno Gomes**,
por ter aceitado ser a minha orientadora, durante a transição da troca de
orientador, por acreditar no meu potencial, me incentivando a buscar o
conhecimento e ir atrás dos objetivos!

*A*os membros do Grupo de Estudo em Enfermagem e Saúde da Criança e do Adolescente (**GEPESCA**), pela acolhida e inúmeras discussões, ensinamentos que sempre me estimularam à construção do conhecimento!

*A*minha família Jamba, **Juliane, Darliane, Rejane e Andreia** pela acolhida e por todos esses anos de convivência, amor e amizade!

*A*os meus amigos **Santamarienses e Riograndinos**, em especial a **Laura Perim**, pelo auxílio na transcrição das entrevistas. Obrigado a todos por compreenderem a minha ausência nesses últimos anos, e mesmo assim nada mudar quando nos reunimos. Vocês foram fundamentais para que essa caminhada fosse concluída! Levo comigo sempre um pedacinho de cada um!

*A*os meus amados **afilhados**, que não são poucos, mas cada um tem um lugar especial no coração do dindo e me impulsionaram a chegar até aqui!

*A*s participantes da minha pesquisa, **Enfermeiras da Maternidade e do Centro Obstétrico do HU FURG**. Obrigado pela disponibilidade, pela troca de saberes e construção do conhecimento. Todas vocês são coautoras desta construção!

*A*os membros da **banca de qualificação e Defesa da tese**, pela disponibilidade e contribuições!

*A*os professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), pelos ensinamentos e convivência, pela acolhida logo que ingressei no PPGEnf/FURG!

*A*os colegas do Doutorado 2016, obrigado pela convivência, partilha,
troca de conhecimento e por alegrarem os meus dias na cidade do Rio Grande e
na FURG!

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
(CAPES), Pela disponibilidade da bolsa de estudo, através da qual pude
dedicar-me inteiramente a este estudo e ao curso de doutorado, durante esses
quatro anos!

A todos vocês, o meu muito obrigado...

RESUMO

VENTURA, J. **Assistência de enfermagem a mulheres usuárias de crack em Maternidade e Centro Obstétrico: Representações sociais dos enfermeiros**. 199 páginas. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande-FURG, Rio Grande. 2019.

As gestantes usuárias de crack necessitam de apoio social com um olhar diferenciado e compreensivo, para que consigam enfrentar o medo e a inabilidade frente à problemática, sendo que os profissionais precisam dar-lhes suporte. Considera-se que a Maternidade e o Centro Obstétrico são setores do hospital providos de recursos de pessoal, material e financeiro para atender as demandas referentes à gravidez e o parto. Neste contexto objetivou-se compreender as representações sociais dos profissionais de enfermagem que atuam em Maternidades e Centros Obstétricos acerca da assistência de enfermagem prestada à mulher grávida usuária de crack nos setores. Foi realizada uma pesquisa descritiva, exploratória com abordagem qualitativa que teve como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici. Teve como contexto um hospital do sul do Brasil. Participaram 14 enfermeiros que atuam nesses setores. Os dados foram coletados no segundo semestre de 2018, por meio de entrevistas semiestruturadas e, após, submetidos à análise do Discurso do Sujeito Coletivo. Foi respeitada a Resolução 466/12 referente à realização de Pesquisas com Seres Humanos. Obtiveram-se representações acerca da frequência de atendimentos de mulheres usuárias de crack nos setores; das diferenças no comportamento das mulheres usuárias de crack em relação as não usuárias; da forma como as mulheres usuárias de crack são recebidas no setor; da diferença no trabalho de parto das mulheres usuárias de crack em relação as que não são usuárias; da percepção do cuidado que as mulheres usuárias de crack prestam ao recém-nascido no pós-parto; do cuidado familiar recebido pelas mulheres usuárias de crack durante a internação; da necessidade de cuidados que as mulheres usuárias de crack necessitam receber no setor; das dificuldades enfrentadas pela equipe para prestar assistência as mulheres usuárias de crack nos setores e da percepção da assistência prestada às mulheres usuárias de crack na Maternidade e Centro Obstétrico. Os dados possibilitaram concluir que o cuidado a mulher gestante usuária de crack na maternidade e centro obstétrico é complexo, exige capacitação da equipe de enfermagem para dar conta da necessidade de assistência. Verifica-se que as políticas públicas específicas para o atendimento a essas pessoas não dão conta da sua assistência. Os serviços especializados precisam se adequar para dar suporte a mulher gestante usuária de crack e sua família, constituindo-se como parte de sua rede de apoio social. Os profissionais de saúde precisam atuar junto às famílias para que esta à acompanhe a mulher durante a gestação e o recém-nascido após o parto. Confirmou-se a tese de que enfermeiros atuantes em maternidade e Centro Obstétrico possuem dificuldades no atendimento de mulheres usuárias de crack o que pode comprometer a qualidade da assistência prestada a elas e seus recém-nascidos. Espera-se que este estudo tenha permitido a discussão sobre o assunto, possibilitando aos profissionais atuantes nesses setores refletir sobre o cuidado prestado a essas mulheres, apontando possibilidades de qualificar sua assistência.

Descritores: Mulheres. Gravidez. Cocaína Crack. Pessoal de Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

VENTURA, J. **Nursing care to crack user women in Maternity and Obstetric Center: Social Representations of nurses.** 199 pages. Thesis (Doctorate in Nursing) - School of Nursing. Nursing Graduate Program, Universidade Federal do Rio Grande-FURG, Rio Grande. 2019.

Pregnant women who use crack need social support with a differentiated and understanding look so that they can cope the fear and the disability in the face of the problem, and professionals need to support them. Maternity and Obstetric Center are considered as sectors of the hospital provided with personnel, material and financial resources to meet the demands related to pregnancy and childbirth. In this context, the objective was to understand the social representations of nursing professionals working in maternity and obstetric centers about the nursing care provided to pregnant women who use crack in the sectors. A descriptive, exploratory research with a qualitative approach was realized. It had as theoretical reference the Theory of Social Representations of Sergei Moscovici. Its context was a hospital in southern Brazil. Fourteen nurses who work in these sectors participated. Data were collected in the second semester of 2018 through semi-structured interviews and then submitted to the Collective Subject Discourse analysis. The Resolution 466/12 on conducting research with human beings was respected. Representations were obtained about the frequency of care of crack users in the sectors; differences in the behavior of crack users compared to non-users; the way women crack users are received in the sectors; the difference in work of childbirth among crack users compared to non-users; the perception of the care that the crack users provide to the newborn in the postpartum period; the family care received by women crack users during hospitalization; the need for care that crack users need to receive in the sector; the difficulties of the team in providing assistance to crack users in the sectors and the perception of assistance provided to crack users in the Maternity and Obstetric Center. The data allowed us to conclude that the care of pregnant women who use crack in the maternity ward and obstetric center is complex, requiring training of the nursing staff to meet the need for assistance. It is verified that the specific public policies for the care of these people do not account for their assistance. Specialized services need to be tailored to support the needs of pregnant crack users and their families as part of their social support network. Health professionals need to work with families to accompany the woman during pregnancy and the newborn after the childbirth. It was confirmed the thesis that nurses working in maternity and Obstetric Center have difficulties in the care of crack users, which may compromise the quality of care provided to them and their newborns. It is hoped that this study allowed the discussion on the subject, enabling professionals working in these sectors to reflect on the care provided to these women, pointing possibilities to qualify their care.

Descriptors: Women. Pregnancy. Crack cocaine. Health Personnel. Nursing.

RESUMEN

VENTURA, J. **Atención de enfermería para mujeres que usan crack en la Maternidad y Centro Obstétrico: Representaciones Sociales de enfermeras.** 199 páginas. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería. Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Río Grande-FURG, Río Grande. 2019.

Las mujeres embarazadas que usan crack necesitan apoyo social con un aspecto diferenciado y comprensivo para poder enfrentar el miedo y la discapacidad frente al problema y los profesionales necesitan apoyarlas. Se considera que las maternidades y centros del obstetricia son sectores del hospital que cuentan con personal, material y recursos financieros para satisfacer las demandas relacionadas con el embarazo y el parto. En este contexto, el objetivo fue comprender las representaciones sociales de los profesionales de enfermería que trabajan en maternidades y centros obstétricos sobre la atención de enfermería brindada a las mujeres embarazadas que usan crack en estos sectores. Se realizó una investigación exploratoria descriptiva con enfoque cualitativo, teniendo como referencia teórica la Teoría de las representaciones sociales de Sergei Moscovici. Su contexto fue un hospital en el sur de Brasil. Participaron catorce enfermeras que trabajan en estos sectores. Los datos se recopilaron en el segundo semestre de 2018 a través de entrevistas semiestructuradas y luego se presentaron al análisis del Discurso del sujeto colectivo. Se respetó la resolución 466/12 sobre la realización de investigaciones con seres humanos. Se obtuvieron representaciones sobre la frecuencia de las mujeres usuarias de crack en los sectores; diferencias en el comportamiento de las usuarias de crack en comparación con las no usuarias; la forma en que las mujeres usuarias de crack son recibidas en los sectores; la diferencia en el trabajo de parto entre las usuarias de crack en comparación con las no usuarias; la percepción de la atención que las usuarias de crack brindan al recién nacido en el período posparto; el cuidado familiar recibido por las mujeres que usan crack durante la hospitalización; la necesidad de atención que las usuarias de crack necesitan recibir en el sector; las dificultades que enfrenta el equipo para brindar asistencia a las usuarias de crack en los sectores y la percepción de la asistencia brindada a las usuarias de crack en estos sectores. Los datos nos permitieron concluir que el cuidado de las mujeres embarazadas que usan crack en maternidad y Centro del obstetricia es complejo, requiere capacitación del personal de enfermería para satisfacer la necesidad de asistencia. Se verifica que las políticas públicas específicas para el cuidado de estas personas no dan cuenta de su asistencia. Los servicios especializados deben adaptarse para apoyar a las mujeres embarazadas que usan crack y sus familias como parte de su red de apoyo social. Los profesionales de la salud deben trabajar con las familias para acompañar a la mujer durante el embarazo y al recién nacido después del parto. Se confirmó la tesis de que las enfermeras que trabajan en la maternidad y el centro obstétrico tienen dificultades en la atención de los usuarios de crack, lo que puede comprometer la calidad de la atención que se les brinda a ellos y a sus recién nacidos. Se espera que este estudio permita la discusión sobre el tema, permitiendo a los profesionales que trabajan en estos sectores reflexionar sobre la atención brindada a estas mujeres, señalando las posibilidades para calificar su atención.

Descriptor: Mujeres. Embarazo Cocaína crack. Personal de Salud. Enfermería

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVO E TESE	22
Geral.....	23
Tese.....	23
3 REVISÃO DA LITERATURA	24
3.1 O viver da mulher usuária de crack: diferenças de gênero	25
3.2 Assistência á mulher grávida usuária de crack nos serviços de saúde.....	28
3.3 Assistência de enfermagem à mulher grávida usuária de crack na Maternidade e centro Obstétrico.....	32
4 REFERENCIAL TEÓRICO	37
5 MÉTODO	44
5.1 Tipo de estudo.....	45
5.2 Participantes e contexto do estudo.....	45
5.3 Coleta de dados.....	47
5.4 Análise dos dados.....	47
5.5 Aspectos éticos do estudo.....	49
6 RESULTADOS	50
7 DISCUSSÃO	127
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	175
9 REFERÊNCIAS	181
APÊNDICES	194
Apêndice (A) Instrumento de coleta de dados.....	195
Apêndice (B) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	196
Apêndice (C) Autorização para a realização do estudo GEP.....	198
Apêndice (D) Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde - CEPAS.....	199

1 INTRODUÇÃO

“As drogas, mesmo o crack, são produtos químicos sem alma: não falam, não pensam e não simbolizam. Isso é coisa de humanos. Drogas, isso não me interessa. Meu interesse é pelos humanos e suas vicissitudes.” (Antonio Nery Filho, 2010).

Este estudo se inscreve na continuidade de uma pesquisa iniciada no curso de mestrado, a qual abordou a problemática social enfrentada pelas mulheres usuárias de crack nas instituições de saúde, principalmente aquelas que estão grávidas ou que já deram à luz. Os resultados obtidos nos limites do estudo desenvolvido, intitulado: *Gestantes/puérperas usuárias de crack: necessidades de apoio na reconstrução de um viver sem a droga* apontou que essas mulheres são, habitualmente, consideradas como únicas responsáveis pela condição em que se encontram e sem possibilidade de virem a se tornar boas mães para o filho que vai nascer (VENTURA, 2015).

Durante a coleta de dados desse estudo com mulheres gestantes usuárias de crack que se encontram em conflitos decorrentes do uso da droga, afloraram reflexões e questionamentos acerca dos medos, angústias e preconceitos que elas sofrem dentro das instituições de saúde. Justamente em um ambiente que deveria ser de apoio e acolhimento a essas mulheres. Da mesma forma, foi possível identificar as relações conflituosas que se estabelecem dentro dos serviços de saúde, no âmbito social e familiar e o efeito de rotulagem que tem sobre essas pessoas. Tal situação impede, na maioria das vezes que essas pessoas sejam compreendidas em sua singularidade e, também, encontra-se em desacordo com aos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente a equidade e a integralidade. Em síntese serializar todas as mulheres usuárias de crack repercute negativamente sobre a pessoa e a família e representa um bloqueio na possibilidade de que possam reconstruir um viver sem drogas (VENTURA, 2015).

Neste contexto, mesmo que a criança não seja o objeto do estudo ela merece um lugar de destaque, pois precisa ser protegida, isso não quer dizer que a gestante usuária de crack não precise de proteção. Apesar das adversidades enfrentadas pela gestante usuária de crack e da perda de esperança em sua recuperação, muitas dessas mulheres na condição de dependente química podem, diante dos conflitos que vivem, desejar seu filho, desejar (re)construir uma família, conseguirem ser boas mães. Acredita-se que a criança pode apresentar-se para elas como elementos valiosos para sua recuperação.

O nascimento de um filho pode permitir a estas mulheres repensarem o uso indiscriminado do crack, os malefícios que trazem para suas vidas e para a do bebê, sentindo-

se estimuladas a diminuir o consumo, considerando que a gestação pode ser um fator importante para deixarem de usar esta substância, assim visualizando uma nova perspectiva de vida sem a droga. Nesse sentido, é importante que os profissionais que trabalham com estas mulheres compreendam que o vínculo mais forte e com maior potencial para sustentar esta construção é o vínculo mãe-filho (GONÇALVES *et al.*, 2016; TRINDADE, BARTILOTTI, 2017).

Em um estudo que buscou investigar o impacto do uso de drogas sobre o vínculo mãe-filho, evidenciou-se que a maternidade tem um lugar de destaque para a maioria dessas mulheres, impactando-as. Entretanto, a realidade aponta que no período do uso de drogas a prioridade parece ser o consumo da substância e a maternidade ficar em segundo plano. Durante o consumo da droga os sentimentos de amor da mãe pelo filho parecem não condizer com suas ações, sendo que o afeto, o diálogo e as relações sociais são negligenciadas, o que leva ao distanciamento do que socialmente é esperado da maternidade (TRINDADE, BARTILOTTI, 2017).

Nesse contexto, é possível perceber que tanto a criança quanto à mulher são seres vulneráveis. A criança pelo fato de ser indefesa e a mulher porque geralmente sozinha não consegue fazer o enfrentamento de sua situação como usuária de crack, precisando de apoio, geralmente da família e dos profissionais da saúde. Algumas pesquisas apontam a importância que a família tem frente à problemática do uso de drogas, no sentido de estar presente, de fornecer apoio, de dar orientações e informar sobre a droga e seus malefícios tanto para a saúde quanto para o convívio familiar.

A partir disso, evidencia-se a importância de a família estar engajada e articulada com as equipes de saúde no tratamento e reabilitação, visando estratégias que subsidiem a interrupção do uso do crack. Destaca-se que as famílias também necessitam de cuidados, pois essas acabam adoecendo juntamente com o usuário se tornando codependentes. É necessário serem ajudadas a se perceberem como importantes no auxílio para que estes sujeitos deem continuidade ao tratamento e se sintam motivados para interromper o uso de drogas, ofertando-lhe estrutura emocional, apoio, conselhos, mostrando possíveis caminhos a serem seguidos (GOMES *et al.*, 2015; SIQUEIRA *et al.*, 2015).

Com o aumento do consumo de crack entre a população em geral, ocorreu uma expansão do consumo entre a população do sexo feminino, e, conseqüentemente, mulheres grávidas. Houve um crescimento significativo nos últimos 30 anos de mulheres usuárias de crack em idade reprodutiva. Estima-se que, em média, 90% das mulheres usuárias de drogas estão em idade fértil, entre 15 e 40 anos. Conseqüentemente, não é raro encontrar mulheres

grávidas que fazem uso da substância psicoativa (SOGC, 2011). Esse dado alarmante gera um impacto negativo tanto para a saúde da mulher quanto a do bebê.

Acredita-se que se a mulher usuária de crack não receber apoio da família e dos profissionais, poderá ter dificuldade de cuidar do filho. Em alguns casos a criança é afastada da mãe após o nascimento para ser protegida e se poder garantir seu cuidado adequado. Por esta razão essas mulheres podem sentir medo de serem punidas e perderem a guarda dos filhos, perderem o companheiro, sendo que, muitas vezes, este também é usuário. Além disso, têm o medo de serem institucionalizadas, sendo esse o motivo pelo qual elas demorem mais tempo para pedir ajuda (CORRADI-WEBSTER, 2016).

Estudo apontou que as mulheres usuárias de crack têm dificuldades em procurar os serviços de saúde, sendo um dos motivos o fato de sentirem-se estigmatizadas e sofrerem preconceito nos ambientes de saúde (RIVADENEYRA, CABRERA, 2010; SOUZA, OLIVEIRA, NASCIMENTO, 2014). O estigma social associado ao uso do crack é uma forte barreira para as mulheres que buscam tratamento, visto que o uso da droga vai contra o comportamento feminino imposto e esperado socialmente (RAMIRO, PADOVANI, TUCCI, 2014).

A maioria, das mulheres usuárias de crack, troca a droga pelo sexo, moram na rua, ou seja, apresentam comportamentos socialmente inaceitáveis, acarretando viverem à margem da sociedade, sendo excluídas do convívio social (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012). Tal realidade pode despertar nas usuárias de crack sentimentos de marginalização que as afastam dos serviços de saúde (LIVINGSTON *et al.*, 2012).

Um dos motivos que prejudicam de modo direto o cuidado às mulheres usuárias de crack é a visão de que são perigosas, imorais e responsáveis pela sua condição. Parece haver entre os profissionais da área da saúde a percepção de que o uso de drogas não é um problema de saúde, mas como falha de caráter, fazendo com que seja atribuído a esta população a responsabilização pelo surgimento e pela solução da problemática. Estas atitudes dificultam seu acolhimento e acesso aos serviços de saúde (RONZANI; NOTO; SILVEIRA, 2014),

Outro fator que pode interferir diretamente nas perspectivas de cuidado às mulheres usuárias de crack é a burocracia exigida nos serviços de saúde como, por exemplo, necessidade de comprovação de identidade e endereço, o que muitas vezes as mesmas não tem condições de atender. Verifica-se a necessidade dos serviços de saúde se prepararem para dispensar um atendimento específico a estas usuárias de crack, pois se encontram em situação de vulnerabilidade social. São necessárias equipes capacitadas e treinadas, aconselhamento e apoio psicológico, permitindo assim que o ambiente dos serviços de saúde se torne mais

acolhedor, fazendo com que essas usuárias se sintam acolhidas nestes locais (BERTONI *et al.*, 2014).

Ressalta-se a necessidade de levar em consideração outras perspectivas que devem ser consideradas nas instituições de saúde. O fato de algumas usuárias possuírem como único objetivo o consumo da droga, pode condicionar os profissionais da saúde a negligenciar o seu cuidado, esquecendo que muitas usuárias desejam refazer suas vidas, aderir ao tratamento para deixar de usar o crack, que possuem sonhos e objetivos de vida e que tem direito a uma assistência de qualidade.

Em relação ao pré-natal são poucas as mulheres usuárias de crack que o realizam. Algumas buscam comprometer-se em uma vida conjugal estável, entretanto, a grande maioria destas usuárias não procura a unidade de saúde, pois temem que os serviços de proteção à criança lhe tirem a tutela dos filhos se não interromperem o uso de crack e/ou substâncias psicoativas (JONES *et al.*, 2011). Estudo revela que assim como as consultas de pré-natal nesta população são escassas a procura por tratamento contra o uso e abuso de crack (BUNGAY *et al.*, 2010; ROSS *et al.*, 2015).

A equipe de enfermagem defronta-se diariamente com pessoas que necessitam de cuidados, e que se encontram na situação de drogadição. Ter um melhor entendimento da condição, buscar compreender como são feitas as escolhas e tomadas de decisão pode contribuir para que se tenha uma visão mais ampla da forma como essas usuárias vivem, sendo talvez um ponto inicial para uma abordagem terapêutica centrada no indivíduo. Por isso se faz necessário compreender o usuário como singular, conhecer as conexões que o fazem viver com e pela droga (SILVA JUNIOR, MONTEIRO, 2012).

Segundo a Pesquisa Nacional sobre o uso do crack é possível e necessário aprimorar a referência e contra referência das mulheres para serviços de atenção primária, saúde mental e tratamento do abuso de substâncias de forma integrada e que levem em consideração as necessidades específicas das mulheres, em um ambiente de não discriminação. Buscando a quebra desses paradigmas sociais estabelecidos, na intenção de buscar melhores condições de tratamento para a saúde das usuárias de crack (BRASIL, 2014).

No Brasil, estima-se que existe aproximadamente 370 mil pessoas usuárias de crack e/ou de formas similares de cocaína fumada (pasta-base, merla e oxi). Este dado é de um estudo realizado nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal que traçou o perfil dos usuários de crack e/ou similares no país. A pesquisa foi desenvolvida pela Secretária Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) em parceria com a Fundação Osvaldo Cruz-Fiocruz.

Estes usuários foram considerados uma população oculta e de difícil acesso e que representam 35% do total de consumidores de drogas ilícitas (BRASIL, 2013).

Cerca de 10% das mulheres que participaram da pesquisa da SENAD, em parceria com a Fiocruz (2013), relataram estar grávidas no momento da pesquisa. Do total de usuárias questionadas, 46,6% disseram já ter engravidado pelo menos uma vez, depois que iniciaram o uso de crack, sendo que destas, 22,8% tiveram duas ou três gestações (BRASIL, 2013).

O uso do crack no Brasil tem instaurado desafios ao poder público e aos órgãos voltados para a questão das drogas. Esta instigação mostra a necessidade de se conseguir articular as políticas e programas de cuidados e tratamentos e apontar caminhos para a criação, aprofundamento e articulação das políticas públicas. Dentre os desafios se destaca a assistência aos usuários nos serviços de saúde. Como parte de uma estratégia nacional, foi implementado pelo Governo Federal por meio do decreto 7.637 de 08 de dezembro de 2011, o *Programa Crack, é possível vencer*. Esse Programa tem entre seus objetivos o aumento da oferta de serviços de tratamento e atenção aos usuários e seus familiares e promover ações de educação, informação e capacitação, a fim de subsidiar os desafios apontados no Programa (BRASIL, 2014).

Além da magnitude dos desafios para a eficácia de programas voltados aos usuários de crack, destacam-se ainda as particularidades referentes às singularidades desses usuários, pois segundo dados da Pesquisa nacional sobre o uso do crack o consumo de diferentes substâncias, lícitas e ilícitas tem características específicas e aspectos diferenciais no que se refere às questões de gênero, pois existem diferenças de consumo e consequências do uso de drogas entre homens e mulheres (BRASIL, 2014).

Com a finalidade de conhecer a produção científica acerca da assistência a mulher grávida usuária de crack pelos profissionais da saúde/enfermagem realizou-se uma busca online na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando descritores da ciência da saúde (DeCS): Enfermagem, Gravidez, Pessoal de Saúde e Cocaína Crack. Como estratégia de busca utilizou-se a pesquisa nas bases de dados eletrônicas do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Base de dados em Enfermagem (BDENF).

Estabeleceram-se como critérios de inclusão: artigos publicados em português, inglês e espanhol, no período de 2012 a 2017, completos e de acesso livre online. A delimitação do período das buscas se deu pelo fato de que a última pesquisa nacional que traça o perfil dos usuários de crack e/ou similares no país, foi realizada em 2012, pela Secretária Nacional de

Políticas Sobre Drogas (SENAD) em parceria com a fundação Osvaldo Cruz-FIOCRUZ. Desta forma buscou-se saber o que foi produzido a respeito da temática neste recorte temporal.

Ao utilizar o descritor Enfermagem foram encontrados 86.273, na MEDLINE 68300, na base de dados LILACS 9864, na BDNF 5627 e na IBICS, 2836. Refinando a busca com o descritor Gravidez obteve-se 3253 artigos, na MEDLINE 2549, na LILACS 377, na BDNF 272 e na IBICS 77. Prosseguindo foi acrescentado o descritor Pessoal de saúde, que resultou em 310 artigos, na MEDLINE 272, na LILACS 18, na BDNF 12 e 08 na IBICS. Em busca de aproximação com a temática esses dados foram refinados com o descritor Cocaína Crack obteve-se 0 artigos, na MEDLINE 0, na LILACS 0, na BDNF 0 e 0 na IBICS.

O resultado demonstra que existe reduzida produção científica em relação ao tema específico relacionado ao uso de crack na gravidez e sua assistência nos Serviços de Saúde, como Maternidades e Centros Obstétricos e que há maior número de publicações a nível internacional. Entretanto, ao acrescentar o descritor Cocaína crack, especificidade desta pesquisa, não se encontraram publicações tanto a nível nacional, como internacional, mostrando a existência de uma lacuna de conhecimento acerca da temática.

Assim, esta pesquisa **justifica-se** pela necessidade de aprofundar e efetivar estudos, pois frente a escassez há também a tendência das evidências em efetivar a assistência individualizada, em garantia ao atendimento das necessidades dentre elas a efetiva e a de desintoxicação tanto da mulher como do recém-nascido. Também buscar novas perspectivas para tratamentos diferenciados a mulheres grávidas usuárias de crack, baseados na subjetividade e na real necessidade que emerge de cada usuária. Apesar de não se saber o número de mulheres usuárias de crack que engravidam nesta condição, diariamente, muitas delas vem sendo atendidas nos serviços de saúde, exigindo dos profissionais da saúde preparo para prestar-lhes uma assistência individualizada que garanta o atendimento de suas necessidades específicas, tanto da mulher quanto do recém-nascido.

Tendo em vista a influência do crack na gestação e parto torna-se necessário identificar essas mulheres e seus filhos para que intervenções adequadas possam ser realizadas. O diagnóstico precoce auxilia a mulher e o recém-nascido a receberem tratamento e cuidados adequados e pode prevenir que a mesma mãe tenha outros filhos expostos à droga (BESSA *et al.*, 2010).

Os profissionais da enfermagem devem estar qualificados para ajudá-las a vivenciar a gestação e o parto de forma segura. Para isso devem estabelecer com a mulher um espaço

interventivo, no qual a assistência seja feita por meio de um trabalho instrumentalizado por saberes e técnicas que visem à qualificação do cuidado. Nessa perspectiva, as ações de cuidado às mulheres grávidas usuárias de crack são mediadas por significados. Para a compreensão dos mesmos é necessário o diálogo, que permitirá a verbalização daquilo que realmente tem significado para o enfermeiro e para a mulher grávida usuária de crack.

Com base no exposto, tem-se como **questão norteadora**: Quais as representações sociais dos enfermeiros que atuam em maternidades e centros obstétricos acerca da assistência prestada à mulher grávida usuária de crack no setor? Espera-se construir conhecimentos que contribuam para qualificar o cuidado a essas mulheres, criar novas tecnologias de avaliação e intervenção, propiciar aos profissionais atuantes em Maternidades e Centros Obstétricos refletirem sobre a diversidade de formas possíveis e necessárias para atender as singularidades das usuárias de crack.

2 OBJETIVO E TESE

*Não preciso me drogar para ser um gênio;
Não preciso ser um gênio para ser humano;
Mas preciso do seu sorriso para ser feliz.
(Charles Chaplin)*

2.1 GERAL

Compreender as representações sociais dos enfermeiros que atuam em Maternidade e Centro Obstétrico acerca da assistência prestada à mulher grávida usuária de crack.

O alcance desse objetivo pode auxiliar na comprovação da seguinte **TESE**:

Enfermeiros atuantes em maternidade e Centro Obstétrico possuem dificuldades no atendimento de mulheres usuárias de crack o que pode comprometer a qualidade da assistência prestada a elas e seus recém-nascidos.

3 REVISÃO DA LITERATURA

*A vida pode ser dramática para qualquer um;
não é preciso ser viciado em drogas
ou poeta para experimentar sentimentos extremos.
Você apenas precisa amar.
(Nick Hornby)*

Para dar sustentação a esta tese, a revisão de literatura buscou referências em trabalhos publicados e livros sobre o tema em estudo, com a finalidade de sustentar o desenvolvimento da presente pesquisa, abordando os seguintes eixos temáticos: O viver da mulher usuária de crack: uma questão de gênero; Assistência à mulher grávida usuária de crack nos serviços de saúde e Assistência de enfermagem à mulher grávida usuária de crack na Maternidade e Centro Obstétrico.

3.1 O viver da mulher usuária de crack: uma questão de gênero

Historicamente, o tema do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas tem sido discutido por uma ótica predominantemente psiquiátrica e farmacológica. Entretanto, as implicações sociais, psicológicas, educativas, cognitivas, econômicas e políticas e de gênero são evidentes e devem ser consideradas na compreensão global do problema (BRASIL, 2004). Em uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com a FIOCRUZ, que traça o perfil dos usuários de crack, pode-se perceber o aumento dos índices das mulheres usuárias de crack (BRASIL, 2013).

Por muito tempo na sociedade o uso de drogas era visto como uma prática do universo masculino, algo que hoje em dia não é mais considerável. Refletindo acerca das pesquisas relacionadas ao uso de drogas na perspectiva de gênero é relevante destacar que as diferenças existentes entre homens e mulheres surgem no contexto sociocultural e persistem nas construções de feminilidade e masculinidade sobre o uso de drogas, sendo estas, permeadas por costumes e valores que determinam o papel que cada um assume perante a sociedade (MACAGNAN; MENETRIER; BORTOLOTTI, 2016).

O uso de drogas pode trazer efeitos negativos, não atingindo apenas a mulher, mas o seu entorno social que compõe sua rede de relacionamentos. O crack e outras drogas podem tornar-se a prioridade na vida dos usuários. Como se dedicam a esta prática, acabam negligenciando outros aspectos do seu viver, como as funções laborais, que promovem o sustento dos lares e maternas que fornecem apoio ao crescimento e desenvolvimentos dos filhos (TRINDADE; BARTILOTTI, 2017).

Vários são os fatores que afetam a saúde das mulheres usuárias de crack, sejam eles direta ou indiretamente, como o envolvimento com a justiça, situação de rua, baixa

escolaridade, prostituição, entre outros (FERTG *et al.*, 2016). O uso contínuo do crack contribui expressivamente para agravar a situação de saúde, pois ocasiona ainda mais a dissociação das usuárias com as instituições sociais e de saúde que deveriam oferecer-lhes apoio (TINDAL *et al.*, 2010). Em geral, mulheres usuárias de crack compõem um grupo não aceito socialmente, pois se encaixam em um grupo com o perfil de solteiras, desempregadas, baixa renda e baixo grau de instrução escolar (BESSA *et al.*, 2010; SILVA, PEREIRA, 2015).

Estudo evidenciou diferenças marcantes entre homens e mulheres usuários de crack. Em duas capitais onde a pesquisa foi realizada, Rio de Janeiro e Salvador, segundo a amostra do estudo, em comparação à prática sexual, 62,9% das usuárias de crack não utilizam preservativo nas relações sexuais, contra 60,5% dos homens. A troca de sexo por crack é praticada por 28,6% das mulheres enquanto entre os homens é de 4%. As mulheres que realizaram testes para HIV e hepatites C e B, 18,9% apresentaram sorologia positiva para as infecções contra 4,1% dos homens. Para hepatite B e C, respectivamente, nas mulheres os resultados foram 28,1% e 90,6%. Já, para os homens, os resultados foram 13,9% e 81,2% (BERTONI *et al.*, 2014).

Ficou evidenciado que, com relação ao tempo do uso do crack, homens utilizam por mais tempo a substância do que as mulheres, em média 83,9 meses, enquanto que as mulheres 72,8 meses. Em contrapartida, a frequência pedra/dia do uso da substância entre as mulheres é evidentemente maior quando comparado aos homens, pois enquanto elas relatam usar 21 pedras/dia, eles usam 13 pedras de crack/dia. Em relação ao recebimento da droga em troca de sexo existe uma disparidade grande, pois 29,9% das mulheres trocam sexo por drogas, enquanto 1,3% dos homens realizam esta prática (BRASIL, 2013).

Dados da Pesquisa Nacional sobre o uso do crack apontam para as alarmantes diferenças que existem nas questões de gênero, onde ficou evidenciado que as mulheres usuárias de crack estão mais expostas às vulnerabilidades (BRASIL, 2014). A constituição de gênero masculino e feminino é um reflexo da maneira em que são percebidas as condutas de homens e mulheres frente a comportamentos de risco e infrações (OLIVEIRA, PAIVA, VALENTE, 2007). A mulher ao fazer uso do crack é considerada como insensata, prostituta, irresponsável e delinquente. Estes rótulos não se enquadram nos comportamentos ditos culturalmente corretos pela sociedade, onde a mulher ainda é vista como frágil e dócil. (CRUZ *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2014).

As diferenças em questões de gêneros relacionadas as características entre homens e mulheres estão presentes em inúmeros fatores em relação ao consumo de drogas, como o

predomínio, metabolismo e fisiologia, mortalidade, tratamento, vitimização, violência, entre outros (SILVA, 2015). Outro fator é em relação aos vínculos, os homens apresentam maiores problemas referentes às questões profissionais e legais, tendo maiores ligações com o roubo e tráfico. Já, as mulheres apresentam problemas físicos e familiares, que são acentuados pelos fatores de risco, como o uso do corpo como forma de obtenção da droga, prostituição e infecções sexualmente transmissíveis (SILVA, 2015).

Um estudo realizado com mulheres usuárias de crack revelou que as gestações não foram planejadas e que ocorrem devido ao uso do crack, pois essas mantiveram relações sexuais sem o uso de preservativo. Em uma pesquisa americana realizada com mulheres usuárias de crack, 93% relataram ter relações sexuais com parceiros fixos. Destas 73% não fizeram o uso de preservativo. Entretanto, 43% eram profissionais do sexo, das quais 21% mencionaram que haviam engravidado de clientes (OBER *et al.*, 2011).

Além da gravidez indesejada, a prática do sexo desprotegido acaba deixando estas mulheres vulneráveis ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), pois estas, muitas vezes, apresentam comportamentos de risco, sexo com múltiplos parceiros sem o uso de preservativos, troca de sexo pela droga, história de vitimização física e sexual, falta de moradia fixa e desemprego, sendo que muitas ainda têm problemas com a justiça (JONES *et al.*, 2011; MARANGONI, OLIVEIRA, 2013).

As desigualdades de gênero também se expressam nas implicações fisiológicas, pois usuárias do gênero feminino apresentam maior pré-disposição ao desenvolvimento de doenças mentais como os transtornos de estresse, depressão, ansiedade (BRASIL, 2014). As diferenças entre homens e mulheres usuários de crack, também se expressam no âmbito familiar, na escola, no trabalho e, principalmente, no acesso aos serviços de saúde, pois o preconceito com a mulher usuária de crack, muitas vezes está relacionado pelo fato que no imaginário social a mulher é a cuidadora, a protetora, (ROMANINI, ROSO, 2014).

As usuárias de crack representam uma coletividade que indicam grupo de risco, pois estas apresentam comportamento sexual de risco, pelo fato de terem diversos parceiros, muitas vezes se prostituem sem o uso do preservativo como meio de obtenção de renda para o sustento do vício da droga (CHAVES *et al.*, 2011). Em um estudo realizado com 1.038 pacientes internados com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em hospitais públicos em Miami, Flórida, e Atlanta, na Geórgia, foi evidenciado que mais de um terço das mulheres infectadas pelo HIV, relataram fazer uso de crack (METSCH *et al.*, 2009).

O que fica claro na pesquisa realizada com o objetivo de caracterizar uma amostra de 85 gestantes dependentes de crack admitidas para desintoxicação numa unidade de internação

psiquiátrica, é que o roubo foi mencionado por 41,2% das gestantes, o cárcere privado por 24,7%, a prostituição como forma de obtenção da droga por 44,7% e o abandono de casa por 38,8%. Também nesta mesma pesquisa, evidenciou-se que 15,3% destas mulheres eram positivas para o HIV, 5,9% para Papiloma vírus Humano (HPV), 1,2% para o Vírus da Hepatite C (HCV) e 8,2% para a Sífilis. Este fato mostra a importância de serem desenvolvidos programas de intervenção que visem à saúde desta população, evitando sérias consequências tanto para as mães como para os recém-nascidos (COSTA *et al.*, 2012).

Em um estudo transversal exploratório, realizado com 505 usuários de drogas, que teve como objetivo caracterizar o contexto de vida e vulnerabilidade de pessoas usuárias de drogas na perspectiva do gênero, evidenciou-se que a mulher usuária procura com mais frequência à internação para a reabilitação, fato este que pode estar atrelado à maior procura por mulheres pelos serviços de saúde em geral. Sendo que as características dos sujeitos estudados (situação econômica, escolaridade, situação conjugal, etnia, família, relacionamento entre outros), aponta que os indivíduos com maior comprometimento social, apresentam maiores dificuldades para terem acesso aos serviços de saúde, precisando de uma maior ênfase nas suas necessidades de atendimentos nas estratégias de saúde da família e programas de redução de danos (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Nesta mesma pesquisa, evidencia-se que a mulher usuária de drogas ainda constitui um menor contingente em relação ao universo masculino, mas em contrapartida tem os maiores números de ocorrências em relação à violência sofrida e abuso sexual, da mesma maneira que a perda da custódia de seus filhos para o conselho tutelar e mudança no padrão do sono. Concomitante, estas mulheres tendem a buscar com mais frequência a reabilitação. Estas se apresentam mais expostas aos riscos, perdas e ao preconceito (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

3.2 Assistência à mulher grávida usuária de crack nos serviços de saúde

No que se refere ao impacto do uso de drogas na saúde, evidenciou que no ano de 2014, mais de 19 milhões de usuários no mundo apresenta algum tipo de distúrbio relacionado ao consumo de drogas e cerca de 207.400 pessoas tiveram mortes relacionadas a esse comportamento no mesmo ano (UNITED NATIONS, 2016). A busca por tratamento pelo uso do crack aumentou nas últimas décadas, no Brasil, sendo sua dependência a causa mais prevalente de internação hospitalar (ALMEIDA *et al.*, 2014).

Em vista disso, o Ministério da Saúde criou o Plano de Enfrentamento ao Crack e a outras drogas instituindo planos e estratégias para seu controle, no qual a mulher/e ou futura gestante está inserida nestas ações (BRASIL, 2010). Esse Plano prevê, por exemplo, a criação de leitos para internação hospitalar destinados a pacientes dependentes de drogas, objetivando sua reabilitação psicossocial. Atualmente, várias estratégias de tratamento para dependência de cocaína/crack no Brasil são discutidas, porém na literatura científica existem controvérsias sobre qual demonstra maior efetividade para o controle das drogas.

Com isso, o profissional que realiza a consulta com a gestante usuária de crack deve estar atento para possíveis fatores que possam vir a complicar o tratamento, especificamente questões relacionadas à precocidade no início do uso das drogas; o tempo de uso; as quantidades consumidas/dia; os déficits cognitivos; a falta de motivação para a mudança; as comorbidades clínicas e psiquiátricas; os problemas relacionados às questões familiares; financeiros; laborais; questões sociais entre outros (KUYAVA, LACERDA, 2013; KASSADA, MARCON, WAIDMAN, 2014).

Além disso, o atendimento dispensado aos usuários de crack, neste caso à gestante em especial, precisa de um diferencial, um acolhimento, um chamamento, uma vez que são um público de difícil acesso e mais propensas a abandonar o tratamento. Alguns dos fatores que influenciam no abandono do tratamento são problemas com a justiça, pouca capacidade social de enfrentamento, história familiar de transtorno mental e transtorno de dependência de álcool e/ou outras drogas associadas, entre outros (DUAILIBI *et al.*, 2008).

Em consequência, o tratamento proporcionado a estas mulheres gestantes é pouco resolutivo, na medida em que, nas raras vezes em que procuram as instituições de saúde não recebem o acolhimento devido. Nesses casos, são frequentes as gestantes usuárias de crack perceberem as atitudes dos profissionais de saúde como excludentes e, portanto, não se sentirem acolhidas, o que contribui para potencializar as dificuldades de estabelecer uma relação de confiança e a motivação para a mudança em direção a um viver sem drogas.

Atender essas gestantes usuárias de crack nos serviços de saúde é uma tarefa complexa. Nas raras vezes em que elas procuram atendimento são trazidas de forma involuntária, geralmente atendidas por motivos como agressão física ou acidentes das mais diferentes origens, ocasionados pelo uso da substância psicoativa e em detrimento da gestação e podem apresentar-se agitadas, confusas, agressivas e, muitas vezes, nem mesmo se reconhecem grávidas, o que contribui para dificultar o manejo da situação (MINISTERIAL COUNCIL ON DRUG STRATEGY, 2006). A usuária pode utilizar como mecanismo de defesa, a negação, o que dificulta a adesão ao pré-natal e ao tratamento dos problemas

decorrentes do uso do crack (SILVA, MACHADO, SILVA, 2011). Essas manifestações, em conjunto, contribuem para dificultar a manutenção de um relacionamento terapêutico com a equipe de saúde.

Por estas razões, o enfermeiro no atendimento à gestante usuária de crack é de fundamental importância, uma vez que na composição de uma equipe multidisciplinar é este profissional que está na linha de frente no cuidado ao ser humano. Necessitando, assim um olhar integral à saúde das gestantes usuárias de crack, visualizando-as na sua totalidade, que além de mulher é mãe ou futura mãe, que tem problemas, tem uma história de vida, enfrenta uma situação de adversidade e necessita de cuidados. Por estes motivos, as ações para uma atenção integral visando o uso da política direcionada a esta população são necessárias, para que estas gestantes/puérperas usuárias de crack recebam atendimento adequado a suas reais necessidades.

O despreparo das equipes de saúde é um dos grandes desafios no cuidado às gestantes usuárias de crack, pois estes profissionais que estão diretamente ligados aos cuidados destas mulheres encontram algumas dificuldades em elaborar um plano de atendimento a esta população. É de fundamental importância que esta construção, ocorra em conjunto entre profissionais, gestantes e família, tendo como propósito informar e orientar os outros profissionais que estarão envolvidos com o atendimento a estas mulheres acerca da importância da identificação do uso de crack e da motivação para a realização de um pré-natal efetivo (MOREIRA, MITSUHIRO, RIBEIRO, 2012). Desta forma, os profissionais da saúde devem estar preparados para prestar atendimento às mulheres usuárias de crack e saúde por meio do uso destes planos de atendimento que incluam o tratamento para sua dependência química e atendimento pré-natal eficaz (MARANGONI e OLIVEIRA, 2014; FONSECA *et al.*, 2017).

O uso de drogas não é visto por alguns profissionais como uma doença e sim como um desvio de caráter (MEDEIROS, 2014). Estas atitudes diminuem as possibilidades de acolhimento, dificultando o acesso ao atendimento de saúde e se constituem em barreiras que impedem a busca de ajuda, restringindo a entrada e a utilização dos serviços (XAVIER, MONTEIRO, 2013; RAMIRO, PADOVANI, TUCCI, 2014). Os profissionais parecem desmotivados para elaborar intervenções de natureza preventiva e o tratamento aos usuários, pois acreditam que estes não conseguirão parar de usar a droga e, em função disso se afastam destes pacientes.

Algumas instituições, de certa forma, representam algum tipo de ameaça aos dependentes químicos, por serem um ambiente diferente do seu convívio, pela atuação dos

profissionais que trabalham na instituição, pelos inúmeros tipos de procedimentos a qual terão que se submeter, entre outros. No caso das gestantes/puérperas usuárias de crack estes medos se potencializam ainda mais, pois durante o tempo de internação, algumas delas, ficam apreensivas a respeito de qual conduta será tomada após o nascimento do bebê. Isso poderá ser um dos fatores da não procura os serviços de saúde para a realização do pré-natal.

É pertinente que os profissionais da saúde evitem fazer julgamentos relativos a estas gestantes/puérperas, devendo realizar um cuidado humanizado e qualificado às mulheres (MARANGONI, OLIVEIRA, 2012; RENNER *et al.*, 2016). Quando os profissionais da saúde oferecem maior apoio às gestantes/puérperas, estas apresentam baixos níveis de ansiedade, estresse e depressão, o que contribui de forma positiva para que possam visualizar a condição de um viver sem drogas (MARANGONI, OLIVEIRA, 2013).

A mulher usuária de crack durante a gestação pode apresentar complicações de saúde, como má nutrição, descuido com as questões de aparência e higiene. Ainda, com as questões relacionadas à saúde gestacional, como por exemplo o deslocamento prematuro da placenta, trabalho de parto prematuro, ruptura uterina, arritmias cardíacas, ruptura hepática, exacerbação do sistema simpático, como hipertensão, taquicardia, arritmias, isquemia cerebral ou infarto e morte (SILVA, MACHADO, SILVA, 2015). O uso do crack está intimamente ligado a complicações de ordem obstétricas, envolvendo problemas de passagem de mecônio intrauterino, síndrome de abstinência neonatal e morte fetal e neonatal entre outras. Estes problemas se dão pelo uso e exposição repetida do feto ao crack (ROSS *et al.*, 2015)

Durante o consumo do crack os níveis séricos do feto rapidamente atingem níveis próximos aos da mulher. Os pesquisadores concluíram que não existe quantidade segura de consumo durante a gravidez. As atuais evidências científicas acerca do uso de crack durante a gravidez apontam para sinais e sintomas no recém-nascido como hiperatividade, inquietação, irritabilidade e tremores (BESSA *et al.*, 2010).

Estudos evidenciam que um dos motivos pela falta ou a não procura pelos serviços especializados de pré-natal destas mulheres usuárias de crack, se dá pelo fato destas sofrerem preconceito dentro dos ambientes de saúde, sendo que o racismo, a discriminação se torna uma barreira para que possam chegar até o atendimento. Estes fatos não afetam apenas as consultas de pré-natal, mas sim, todo e qualquer tipo de atendimento, incluindo a procura pelo tratamento relacionado ao uso e abuso da substância (SILVA, MACHADO, SILVA, 2015; BUNGAY *et al.*, 2010).

Os altos índices de mulheres usuárias de crack que perdem a custódia de seus filhos para o conselho tutelar, pode estar relacionado com as questões referentes aos cuidados com a

criança. Quando a mulher é usuária de crack, muitas vezes esta não vivencia o processo da maternidade, não exercendo o papel de mãe esperado socialmente, passando a ser rotulada pela sociedade, como irresponsáveis, marginais, crackeiras entre outros, e passam a constituir uma preocupação social (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Em um estudo que teve como objetivo conhecer as consequências relacionadas ao consumo de crack entre mulheres e motivações para o abandono da droga, realizado com 11 mulheres ex-usuárias de crack, apontou que a maternidade e o medo de perder a guarda dos filhos para o Conselho Tutelar, foram um dos principais motivos para que estas mulheres deixassem de fazer o uso do crack. Por estas razões se faz necessário que os profissionais de saúde estejam atentos para a complexidade deste fenômeno e que a assistência prestada seja (RE)pensada, na intenção de valorizar e levar em consideração a singularidade de cada indivíduo (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

3.3 Assistência de enfermagem à mulher grávida usuária de crack na Maternidade e Centro Obstétrico

As gestantes usuárias de crack necessitam de um apoio social com um olhar diferenciado e compreensivo, principalmente para que consigam enfrentar o medo e a inabilidade materna, sendo que os profissionais precisam dar suporte favorável às questões relacionadas à saúde mental destas mulheres e do recém-nascido (DIEHL, CORDEIRO, LARANJEIRA, 2011). Considera-se que a Maternidade é um setor do hospital provido de recursos de pessoal, material e financeiro para atender as demandas referentes à gravidez, e que nesta situação os profissionais são responsáveis, frente a essas mulheres, de promoverem subsídios favoráveis à sua saúde mental da gestante e de assistência ao recém-nascido (SHAN, LI, STANTON, 2014).

Estudo realizado com 18 puérperas, que teve como objetivo conhecer dificuldades e facilidades de puérperas usuárias de crack no cuidado ao recém-nascido, indicou que essas ao vivenciarem a maternidade precisam de apoio para desenvolver os cuidados com o recém-nascido, considerando as dificuldades que encontram para realizar essas atividades. Por este motivo se faz necessário um recrutamento pelos profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, durante o período gestacional para que estas sejam encorajadas a realizar o pré-natal até chegar à maternidade (XAVIER *et al.*, 2018).

Apesar de não existirem dados epidemiológicos concretos no Brasil, acerca dos números de gestantes usuárias de crack, as maternidades e centros obstétricos, assim como os

profissionais que lá atuam necessitam estar preparados para receber e atender esta parcela da população que muitas vezes ficam a margem da sociedade. Estando aptos a conduzirem o trabalho de parto destas mulheres e o acompanhamento do puerpério imediato. O profissional enfermeiro enquanto educador, precisa passar orientações acerca dos cuidados com a sua saúde, bem como a saúde do bebê, observando os possíveis fatores de riscos sociais, fornecendo-lhes os devidos encaminhamentos de modo que estas mulheres se sintam acolhidas dentro dos ambientes de saúde, para que possam conseguir superar as dificuldades relacionadas ao uso de crack, criando habilidades e competências para o cuidado do recém-nascido (XAVIER *et al.*, 2018).

A pesquisa que teve como objetivo descrever as especificidades do tratamento de mulheres usuárias de crack, discutindo sua interface com os direitos humanos, que teve como participantes do estudo 36 mulheres em tratamento devido o uso do crack, apontou questões inerentes do tratamento que estas mulheres receberam durante a internação hospitalar, bem como a importância dos profissionais desenvolverem ações para motivar estas mulheres buscarem ajuda nas instituições de saúde e minimizar os estigmas relacionados ao uso do crack. A maternidade é um dos principais motivadores para que estas mulheres mudem seus hábitos de vida, se sentindo mais fortes para abandonar as drogas, evidenciando a importância da maternidade durante o tratamento, promovendo a autonomia. Levando em consideração que as mudanças no hábito de vida movimentam-se em direção à busca de um novo sentido nas relações, questões como o autocuidado como forma de ensaio para o cuidado com o outro também devem ser contempladas durante o período de internação hospitalar (LIMBERGER, SCHNEIDER, ANDRETTA, 2015).

Estudo que teve como objetivo conhecer o que está sendo pesquisado sobre os possíveis efeitos do uso de crack na gestação, mostra que a maioria das mulheres que fazem uso de substância química, em especial as usuárias de crack, não realiza o pré-natal, nem buscam orientações durante a gestação, pois sua rotina se faz nas ruas, com o uso de drogas. Geralmente chegam à maternidade e centro obstétrico na hora do parto, dificultando a assistência e o trabalho da equipe e, por conseguinte, complicando ainda mais a identificação e o número de crianças que nascem nestas situações (CEMBRANELLI *et al.*, 2012).

Conforme o estudo, que objetivou compreender as narrativas das mulheres sobre a experiência do cuidado pré-natal em uma maternidade pública do município de Salvador e, mais especificamente, entender o significado da gestação para as mulheres e analisar os aspectos facilitadores e complicadores da adesão das mulheres ao cuidado pré-natal, o cuidado na maternidade tem um destaque pela qualidade e oportunidade de serem realizados

exames e procedimentos em um só ambiente, porém surgiu uma imagem negativa do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente das Unidades Básicas de Saúde (GUERRA, JUCÁ, 2016). O que vai ao encontro do estudo de Vasconcelos (2009), ao dizer que o cuidado pré-natal na maternidade é mais eficaz em comparação às Unidades Básicas de Saúde devido à qualidade técnica dispensada e à disponibilidade de exames em um serviço de média complexidade.

É evidente a importância dos vínculos com a equipe de saúde nos serviços, pois assim, as gestantes podem se considerar parte integrante da assistência pré-natal. O papel da equipe multiprofissional que assiste esta mulher é ressaltado, entendendo-se a necessidade de um cuidado integrado. O vínculo com estas mulheres gestantes pode promover práticas integrais à saúde, contribuindo para a adesão ao cuidado pré-natal, tanto na Atenção primária quanto nos Centros Obstétricos e Maternidades (VIEIRA *et al.*, 2011).

Um estudo, realizado com 57 gestantes usuárias de drogas, e que teve como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico das mulheres usuárias de álcool e outras drogas na gravidez evidenciou que a procura pelos serviços de saúde, caracterizado pela internação de 27 gestantes (47,4%) foi por intercorrências clínicas e obstétricas, tais como: infecção urinária, trabalho de parto prematuro e aborto retido. Sendo que o trabalho de parto foi responsável por 42,1% das internações. Uma mulher e recém-nascido, que viviam em situação de rua foram levados ao serviço de urgência, no puerpério imediato. Fatores como a violência e causas externas foram relatados por cinco gestantes (8,8%), sendo duas internadas com politraumas, duas vítimas de violência doméstica e uma com intoxicação por bebidas alcoólicas (MARANGONI *et al.*, 2018).

A internação, geralmente, é permeada por medos, angústias, incertezas e anseios que podem dificultar o estabelecimento de uma boa relação interpessoal entre os profissionais da saúde do Centro Obstétrico/ Maternidade e as gestantes/puérperas, pois essas instituições de saúde, muitas vezes, representam ameaças para algumas destas mulheres, principalmente quando temem perder a guarda do filho.

Neste mesmo estudo os autores perceberam a importância de trabalhar com fatores de vulnerabilidade individual, social e programático o mais precoce possível, com esta população, afim de evitar situações extremas. Dentre as participantes desta pesquisa nove se encontravam em situação de rua e não tiveram acesso aos serviços de saúde, uma vez que 34 gestantes não realizaram nenhuma consulta pré-natal e nove delas, chegaram no serviço em período expulsivo do trabalho de parto (MARANGONI *et al.*, 2018). Fato este que dificulta o relacionamento interpessoal da equipe de saúde com as gestantes usuárias de crack, pois estas

mulheres, muitas vezes não se sentem acolhidas e nem parte integrante daquele ambiente e a equipe despreparada para lidar com esta população de difícil acesso.

Por estas razões destaca-se o papel fundamental do enfermeiro enquanto educador, que trabalha nas maternidades e centros obstétricos. É papel destes profissionais educar e orientar a respeito das questões relacionadas a saúde destas mulheres usuárias de crack, assim como dos malefícios que o uso da droga pode causar-lhes e ao recém-nascido.

A maternidade é o espaço onde é prestado cuidados a mulheres no período gravídico-puerperal e recém-nascido, local este que fica no imaginário social como ambiente para geração da vida, família, ambiente que fica fortemente marcado pelo papel de ser mãe. Estas ideias são frutos de estudos que revelam questões relacionadas ao período gravídico-puerperal e a condição feminina, os quais visam a subjetividade das mulheres e da saúde reprodutiva (RODRIGUES *et al.*, 2015; OLIVEIRA, 2015).

Os profissionais da área da enfermagem que atuam na maternidade têm o papel de gerenciar a equipe de enfermagem e desenvolver atividades de cuidado às mulheres que estão em atendimento no serviço. No entanto, estas atividades também devem ser dispensadas as mulheres que enfrentam a problemática do uso de crack, tema este que é permeado pelo preconceito e discriminação que estão, muitas vezes, atrelados as representações sociais sobre drogas (JACOB *et al.*, 2012; RODRIGUES *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2016). Conseqüentemente estes profissionais enfermeiros que atuam nas maternidades, são também integrantes da sociedade e apresentam muitas destas representações (FORMOZO, OLIVEIRA, 2010).

As representações Sociais se originam como condições das vivências, e estas têm a função de agentes de transformação (WOLTER; AS, 2013). Nesta perspectiva, pode-se considerar que existem particularidades relacionadas à problemática das drogas que conduzem o “ser” profissional e, conseqüentemente, exercem influências sob suas representações. As características dos profissionais enfermeiros que atuam tanto na atenção primária, secundária e terciária do setor da saúde podem ser esclarecidas com a superficial sensibilização relacionada ao cuidado a pessoas que são usuários de drogas e também quanto às fragilidades institucionais e da equipe de saúde frente a esta problemática (ORTEGA, VENTURA, 2013; NEVILLE, ROAN, 2014; KASSADA, MARCON, WAIDMAN, 2014).

Por estas razões os profissionais da área da enfermagem que atuam na maternidade, além das características citadas acima apresentam algumas dificuldades relacionadas aos cuidados dispensados a mulheres usuárias de drogas no período gravídico-puerperal. Dentre estas citam-se a necessidade dessas mulheres de uma atenção maior, por necessitarem de um

cuidado mais complexo e de um envolvimento maior, exigindo competências técnicas e psicossociais dos profissionais de enfermagem. Precisam de um acompanhamento sistemático e integral para identificar e intervir em casos relacionados às questões associadas à droga (RODRIGUES *et al.*, 2017).

Muitas destas dificuldades encontradas pelos enfermeiros podem ser pelo fato da existência de lacunas em desenhos institucionais e Políticas Públicas que abarquem as questões do cuidado integral destas mulheres usuárias de crack e das equipes que lhes presta atendimento e, também, por ser um assunto que é permeado de preconceito e discriminação, somado à crítica da sociedade a postura dessas mulheres que estão na condição de drogadição (RODRIGUES *et al.*, 2017).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

É comum não quereremos aceitar certos aspectos de nós mesmos. Isso leva ao abuso de álcool, drogas, comida etc. É uma forma de nos castigarmos por não sermos perfeitos. Mas, perfeitos para quem? De quem são as exigências e expectativas que continuamos tentando atender? Proponha-se a deixar ir embora de sua vida as exigências e os padrões de outras pessoas. Sendo apenas você mesmo, descobrirá que é maravilhoso, exatamente como é neste instante. (Louise L. Hay)

O referencial escolhido para guiar este estudo foi a Teoria das Representações Sociais (RS), sendo um recurso de extrema importância, pelo fato de compreender elucidações, ideias e manifestações culturais que descreve um determinado grupo (MOSCOVICI, 2015). Neste sentido, se faz necessário antes de introduzir o conceito desta teoria, relatar como a mesma foi constituída.

Os fundamentos das representações sociais se alicerçaram na psicologia, mais especificamente na psicologia social, através da teorização proposta pelo psicólogo social romeno, Serge Moscovici e aprofundada posteriormente por Denise Jodelet. Sendo assim, a primeira teoria do conceito de representações sociais foi elaborada na França por Serge Moscovici, em 1961, momento em que este utilizou estudos na área da psicanálise, através de uma nova abordagem do conceito das representações coletivas (RC) de Durkheim (1989). Esse tinha como concepção que os fenômenos coletivos não podiam ser explicados olhando apenas o indivíduo, porque eram produtos do meio social, da comunidade ou de um grupo.

Segundo Moscovici (2012 p. 103) “A psicanálise é um acontecimento cultural que, ultrapassando o estrito circuito das ciências, da literatura ou da filosofia, afeta o conjunto da sociedade” (MOSCOVICI, 2012), ela é “ uma ciência explicativa” considerada uma técnica de linguagem, é uma medicina sem medicamentos, é uma teoria em vias de elaboração. (MOSCOVICI, 2012).

Influenciado pelo conceito de Durkheim, e considerando o modelo de sociedade empregado, apresentava-se de forma muito tradicional e concomitantemente estático e inadequado para as sociedades dinâmicas. Serge Moscovici buscou realizar estudos sobre as representações sociais e a psicanálise originando a Teoria das Representações Sociais, de maneira mais dinâmica, essa, não tinha o intuito de desconsiderar as Representações Coletivas de Durkheim, mas sim dar subsídios para analisar os fenômenos sob outra perspectiva. Pois Durkheim via “as representações coletivas como formas estáveis de compreensão coletiva,

com o poder de obrigar que podem servir para integrar a sociedade como um todo” (MOSCOVICI, 2015 p.15).

Sendo assim, os estudos de Émile Durkheim, serviram como norte para os estudos de Serge Moscovici, entretanto é de extrema relevância esclarecer que a despeito da relevância do trabalho de Durkheim sobre as representações coletivas, o referido autor não foi o primeiro estudioso a investigar esse fenômeno das representações. Como já referido anteriormente, a TRS surgiu a Europa, no ano de 1961, baseada na publicação do estudo *La Psychanalyse: son image et son public*, de Serge Moscovici, visto que posteriori foi aprofundada por Denise Jodelet. Esta teoria está inserida na Psicologia Social, a qual busca compreender a relação do indivíduo com a sociedade em que vive (MOSCOVICI, 2015).

Os conceitos de Moscovici sempre estiveram fascino em explorar a variação e a pluralidade de ideias coletivas nas sociedades contemporâneas, esta proximidade com os processos sociais está envolvida com as diferenças que existem na sociedade e por este motivo o autor sugere que as representações sociais são uma forma de criação coletiva, em condições de modernidade. Assim no capítulo inicial de sua tese, ele introduz seu trabalho enfatizando que as representações sociais impregnam a maioria das relações, objetos que produzimos ou consumimos e as comunicações que estabelecemos (MOSCOVICI, 2015).

Moscovici iniciou conservando o conceito de representação e mudou o conceito de “coletivo” das RC devido ao seu caráter mais estático e positivista pelo termo “social”. Para o autor “o que eu proponho é considerar como um fenômeno o que antes era visto como um conceito” (MOSCOVICI, 2015. p 45).

A TRS discute como operacionalizar o pensamento social em relação à dinâmica e seu universo de possibilidades, tendo como ponto inicial que existe forma de se conhecer e dialogar guiada por diferentes objetivos, formas que oscilam (SÁ, 1998). Moscovici (2012) explica a forma consensual e a científica e/ou reificada, ou seja, o universo consensual é aquele que se constitui na trajetória de vida do indivíduo, ou seja, no cotidiano, sendo que a RS é o senso comum, acessível a todos e o reificado é o científico em que a ciência retrata a realidade independente de nossa consciência.

Ainda, o autor relata que o conceito de representações sociais não é único, que esta diversidade conceitual é relevante por possibilitar diferentes análises em relação da abordagem metodológica escolhida (SÁ, 1998; SÁ, 2002). A aceitação do conceito de representações como unidade de significado permite a análise de objetos de pesquisa distintos, seja em psicologia social, sociologia ou outras áreas do conhecimento (MOSCOVICI, 2015).

As representações são sempre o resultado da união da interação e da comunicação, tomando forma e configuração específica em qualquer momento, como consequência do equilíbrio específico desses processos de influência social (MOSCOVICI, 2015). Conforme Serge Moscovici (2015, p. 10) “as representações sociais são entidades quase tangíveis. Elas circulam, se entrecruzam e se cristalizam continuamente, através duma palavra, dum gesto, ou duma reunião, em nosso mundo cotidiano”. Para que seja realizada uma pesquisa por meio da RS é de importante que o pesquisador conheça as condições e o contexto em que os sujeitos se encontram através de uma análise contextual aprofundada, pois é por meio do conhecimento do sujeito na sua integralidade que é possível explicar os fenômenos a partir de uma perspectiva coletiva, sem abandonar a sua individualidade pessoal.

A compreensão do senso comum é socialmente compartilhada e elaborada por meio de um conteúdo simbólico e prático, auxiliando para a construção da realidade de um conjunto social. O termo Representação social deveria ser reservado ao conhecimento particular que tem por função exclusiva a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos no quadro da vida cotidiana (MOSCOVICI, 2015).

A essência das RS é convencional e prescritiva. Convencional ao combinar os acontecimentos, os objetos e as pessoas em algumas categorias e, aos poucos, transformando em determinados modelos, diferentes de outros e partilhado por um grupo de pessoas. Sendo que estes novos modelos que são criados se juntam e sintetizam-se nele, “mesmo quando uma pessoa ou objeto não se adequa exatamente ao modelo, nós o forçamos a assumir determinada forma, entrar em determinada categoria, na realidade, a se tornar idêntico aos outros, sob pena de não ser compreendido, nem decodificado” (MOSCOVICI, 2015, p 34).

Para Moscovici (2012), as RS apresentam funções que são a convenção e a prescrição, ou seja, elas ‘convencionalizam’ os objetos, pessoas ou acontecimentos que encontram. Nós pensamos por meio de uma linguagem; nós organizamos nossos pensamentos de acordo com um sistema que está condicionado, tanto por nossas representações, como por nossa cultura, as quais são prescritivas, pois elas se impõem sobre nós com uma força inelutável. Essa força é uma combinação de uma estrutura que está presente antes mesmo que nós comecemos a pensar e de uma tradição que designa o que deve ser pensado. Essas representações são partilhadas pelas pessoas, influenciando-as. As representações significam a circulação de todos os sistemas de classificações, todas as imagens e todas as descrições, mesmo as científicas (MOSCOVICI, 2015).

As RS são impositivas, ou seja, impostas no ser humano, que são transmitidas de geração em geração, que se alternam com o passar do tempo, sendo assim, não podemos dizer

que são cópias da realidade. Não sendo nem uma instância que direciona o objeto para perto/dentro do espaço cognitivo, mas também um processo que torne o conceito e a percepção equivalentes. As representações nem sempre estão relacionadas com a maneira de ser segundo Moscovici (2015), pelo fato delas serem impostas e transmitidas sobre as pessoas, portanto, são o produto de uma sequência completa de elaborações e mudanças que ocorrem no decurso do tempo e ao longo de sucessivas gerações.

A RS devem estudar o indivíduo como um todo, na sua completude e integralidade, por meio dos elementos afetivos, mentais e sociais integrando linguagem, comunicação, relações sociais e a realidade material e social. Como conceito, se estabelece um conhecimento prático e partilhado socialmente tendo como função, compreender e dominar o ambiente. “O conceito de representação social designa uma forma de conhecimento específico, o saber do senso comum, cujos conteúdos manifestam a operação de processos generativos e funcionais socialmente caracterizados. Em sentido mais amplo designa uma forma de pensamento social” (JODELET, 2001, p 36).

Segundo Moscovici (2015), a representação envolve uma modalidade de conhecimento particular que circula no dia-a-dia, e que tem como função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos, criando informações e familiarizando-os com coisas e situações consideradas estranhas de acordo com a informação e formação cultural. Na teoria das RS, o ser humano constitui-se como um sujeito ativo na sociedade, salientando-se na comunicação, na interação e nas relações pessoais que produz no seu cotidiano, sendo que as construções mentais são elaboradas a partir do real, objetivando a interpretação e (RE)elaboração desse próprio real. Essa construção é realizada pelo sujeito por meio de dois processos centrais de formação das RS: a ancoragem e a objetivação.

A ancoragem é o método o qual procura rotular/classificar, encontrar um lugar e dar nome a alguma coisa para encaixar o não-familiar, ou seja, ancorar, Moscovici (2015), afirma que é comparar ideias estranhas, reduzi-las para categorias e imagens comuns e então colocá-las em um contexto familiar. Proporciona ao sujeito dar significado ao objeto que se apresenta a sua compreensão, dando sentido para este objeto, podendo relacioná-lo com algum referencial de sua memória, onde o objeto será classificado.

A ancoragem transforma algo estranho em familiar de modo a fazer com que este objeto tenha sentido, classificação e nome diferindo dos demais objetos inexistentes, inclassificáveis ou sem nome. Conforme Moscovici (2015, p 61) “nós experimentamos uma resistência, um distanciamento, quando não somos capazes de avaliar algo, de descrevê-lo a nós mesmos ou a outras pessoas”. Para Moscovici (2015), categorizar alguém ou alguma

coisa denota optar por um dos paradigmas estocados em nossa memória e estabelecer uma relação positiva ou negativa com ele. A ancoragem mantém a memória em movimento, “ a lenta assimilação da psicanálise pelo corpo social e a influência dos valores de referência sobre a sua evolução se relacionam com a ancoragem” (MOSCOVICI, 2012 p. 100) a qual é dirigida para dentro e está sempre armazenando e excluindo objetos, pessoas e acontecimentos.

Por sua vez a objetivação tem por função transformação de algo abstrato em algo reconhecível, por meio de duas funções, a primeira a naturalização que traz elementos da realidade que têm sentido; e a segunda é a classificação, pois permitem realizar escolhas entre sistemas de categorias, regras de conduta e separação entre seres e atributos. Para Moscovici (2012) a objetivação une a ideia de não-familiaridade com a de realidade, tornando-se a verdadeira essência da realidade, sendo percebida como um universo meramente intelectual e remoto, após torna-se física e acessível. Objetivar “é descobrir a qualidade icônica de uma ideia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem. Comparar é já representar, encher o que está naturalmente vazio, com substância” (MOSCOVICI, 2015, p 71). Portanto, objetivar é ser impreciso, é reproduzir um conceito em uma imagem.

É significativo reportar-se a conclusão de Moscovici (2012), que compreende a ancoragem e objetivação como “maneiras de lidar com a memória” e evidencia que a ancoragem mantém a memória em movimento e a memória dirigida para dentro, está em constante movimento colocando e tirando objetos, pessoas e acontecimentos que classifica de acordo com o tipo e os rotula com um nome, um código, por sua vez a objetivação. Segundo Moscovici (2012) é sintetizada como mais ou menos direcionada para fora (para outros), extraíndo conceitos e imagens para juntá-los e reproduzi-los no mundo exterior para fazer as coisas conhecidas a partir do que já é conhecido.

Na sociedade, existe um conjunto de conhecimentos que circulam a partir do consenso de um grupo, de seus valores e crenças acerca de um determinado objeto social. Abric (2000) menciona que uma representação é constituída de um conjunto de informações, crenças, opiniões e atitudes de um dado objeto social. Sendo que estes elementos se ordenam de forma organizada em um núcleo central. A finalidade deste núcleo é definir a natureza do objeto e os tipos de relações que o grupo mantém com este objeto e o sistema de valores e normas sociais que estabelecem com o meio ambiente ideológico do momento e do grupo.

Ainda segundo o autor, o núcleo central de uma representação assume duas funções fundamentais: função geradora; que é o elemento pelo qual se cria, ou se transforma, o significado dos outros constitutivos da representação, sendo que é por meio dele que os outros

elementos ganham um sentido, um valor e a função organizadora que é o núcleo central que determina a natureza dos elos, unindo entre si os elementos da representação. Nesse sentido, o núcleo é o elemento unificador e estabilizador da representação.

O núcleo tem a característica de estabilidade, sendo o elemento mais estável, que mais vai resistir à mudança, garantindo a continuidade das RS. Abric (2000) afirma que toda mudança do núcleo central provoca uma transformação completa da representação. “É a identificação do núcleo central que permite o estudo comparativo das representações. Para que duas representações sejam diferentes, elas devem ser organizadas em torno de dois núcleos centrais diferentes” (ABRIC, 2000, p 31).

Além disso, é em torno do núcleo central que se organizam os elementos periféricos, que constituem o essencial do conteúdo da representação: seus componentes mais acessíveis, mais vivos e mais concretos. Esses elementos possuem três elementos fundamentais: função de concretização, que permite a composição das representações sociais e sua utilização em termos concretos, compreensíveis e transmissíveis; função de regulação, que compõe o aspecto móvel e evolutivo das representações e função de defesa, a qual atua como um elemento de defesa do núcleo central. Assim, em caso de transformações da representação, estas acontecerão primeiramente nos elementos periféricos, pois é neles que poderão aparecer e ser toleradas contradições.

A Teoria das RS torna-se pertinente ao embasamento deste estudo, pois auxiliou no desvelamento do significado da assistência de enfermagem a mulheres usuárias de crack na maternidade e centro obstétrico: percepção dos profissionais. Nos permitiu compreender os processos de ancoragem e objetivação desses profissionais que prestam assistência a estas mulheres gestantes usuárias de crack, nos mostrando os ambientes e atores sociais que contribuem na construção destas representações. O conhecimento dessas RS pode nos auxiliar a planejar e desenvolver ações voltadas a estes profissionais que atuam no processo gestacional de uma usuária de crack.

A realização, deste estudo, usando como referencial teórico a Teoria das RS possibilitou a construção de conhecimentos para o embasamento aos profissionais da saúde/enfermagem, que atuam na assistência a essas mulheres gestantes usuárias de crack, para que empreguem estratégias assistenciais que lhes auxiliem no melhor enfrentamento de seu cotidiano, assessorando-os para o cuidado e fornecendo informações pertinentes acerca desta problemática. Ainda pode indicar formas adequadas de intervenção, possibilitando um cuidado de enfermagem efetivo e humanizado a esta clientela uma vez que este não é só um problema para a mulher, criança e sua família, mas sim de toda a sociedade.

5 MÉTODO

*As cracolândias são os manicômios pós-modernos,
e os craqueiros os loucos do século XXI.
E estão aí, nas regiões degradadas das cidades para mostrar
nosso fracasso, nossa miséria existencial consumista.
O modo como vamos enfrentar a questão expressará
nossa sabedoria e ética.
(LANCETTI).*

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem qualitativa. É descritiva porque está fundamentada em explorar uma situação não conhecida, da qual há maiores informações. Explorar uma realidade significa identificar suas características e possíveis mudanças. Pode apresentar-se de diversas formas, entre as quais o estudo exploratório que permite ao investigador aumentar a experiência sobre determinado problema, criando maior familiaridade para explorar e se aproximar do tema (MINAYO, 2014). A abordagem qualitativa permite ao pesquisador, ao investigar fatos ou fenômenos específicos, conhecer opiniões e sugestões dos participantes. Neste sentido, buscam analisar comportamentos, atitudes, sentimentos que não podem ser mensurados estatisticamente (MINAYO, 2014).

5.2 PARTICIPANTES E CONTEXTO DO ESTUDO

Participaram do estudo, 14 profissionais enfermeiros que atuam em maternidade e centro obstétrico. O estudo foi realizado no município de Rio Grande/RS. A cidade do Rio Grande situa-se no extremo sul do Brasil e constitui-se por uma região de planície costeira do Rio Grande do Sul, fazendo limite ao norte com o município de Pelotas e a Lagoa dos Patos, ao sul com a cidade de Santa Vitória do Palmar; a leste com o Oceano Atlântico e o canal do Rio Grande; e a oeste com o município de Pelotas, Arroio Grande e a Lagoa Mirim, tem uma população estimada em 207.036 habitantes, de acordo com a estimativa de população de 2014, Rio Grande é conhecida pelo seu porto, o segundo em movimentação de cargas no Brasil e a Refinaria de Petróleo Riograndense antiga Refinaria Ipiranga.

O estudo foi realizado no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. – HU/FURG, que se situa na cidade de Rio Grande/RS. Sendo vinculado à Reitoria da Universidade Federal do Rio Grande, tem por finalidade implementar as políticas públicas do SUS – Sistema Único de Saúde – bem como promover e incentivar o desenvolvimento de

programas de ensino, pesquisa e extensão na área da saúde, objetivando a integração do ensino com a assistência. Foi criado através de Portaria Federal, em 1976, e inicialmente instalado na Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande, o atual prédio que iniciou apenas com o Serviço de Pronto Atendimento (SPA) e a Unidade de Clínica Médica, hoje conta com o Centro Cirúrgico, UTI Geral, Clínica Cirúrgica, Maternidade, Clínica Obstétrica, Pediatria, UTI Neonatal, Hospital Dia – AIDS e Hospital Dia – Doenças Crônicas, entre outros.

A partir de novembro de 2015, o Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., passou a ser gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), a qual tem por missão aprimorar permanentemente a gestão dos Hospitais Universitários Federais para prestarem atenção de qualidade à saúde no âmbito do SUS e fornecerem um cenário de prática adequado ao ensino e pesquisa para docentes e discentes.

A criação desta empresa integra um conjunto de medidas adotadas pelo Governo Federal para a reestruturação dos hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior. Entre as atribuições assumidas pela empresa, estão a coordenação e avaliação da execução das atividades dos hospitais, apoio técnico e à elaboração de instrumentos de melhoria da gestão e a elaboração da matriz de distribuição de recursos para os hospitais.

Atualmente, contém aproximadamente 205 leitos que atende 100% pelo SUS e disponibilizam internações, consultas nas mais diversas especialidades médicas, exames de laboratório e imagiologia, além de oportunizar a assistência integral por meio dos serviços complementares prestados por Assistentes Sociais, Fisioterapeutas, Psicólogos, Fonoaudióloga, Nutricionistas, e Educadores Físicos.

A maternidade do HU/FURG conta com 29 leitos, oito enfermarias com três leitos, duas enfermarias com dois leitos, e uma enfermaria de isolamento com um leito, estas são alojamento conjunto. A equipe de enfermagem que atua na unidade é composta por 11 enfermeiras, sendo divididas em turnos. No turno da manhã duas enfermeiras assistenciais e uma administrativa; tarde três assistenciais; noite I três enfermeiras assistenciais e noite II duas enfermeiras. O Centro Obstétrico do HU/FURG conta com três salas Pré-parto, Parto e Pós-parto (PPP) duas salas de cesárea, uma sala de parto normal e a Recuperação Pós Anestésica (RPA) conta com três leitos. A equipe de enfermagem é composta por 11 enfermeiras.

A justificativa pela escolha deste hospital como contexto de investigação foi pelo fato de ser um local de referência pela assistência ao nascimento da região e ser conveniado pelo

SUS, além de atender mulheres usuárias de crack. Todos os enfermeiros das duas unidades foram convidados a participar do estudo.

5.3 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados teve início logo após a aprovação do projeto no Comitê de ética da FURG e também a autorização dos serviços integrados a este estudo. Foi utilizada uma entrevista semiestruturada baseada em questões norteadoras (Apêndice A). As quais foram realizadas em um ambiente pré-definido de acordo com a disponibilidade das participantes do estudo, no cenário da pesquisa. Foi mantido o anonimato dos participantes, que foram esclarecidas acerca do objetivo e metodologia do estudo e convidadas a participarem. As que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). As entrevistas foram gravadas e depois transcritas. Os achados foram utilizados para a construção da tese do doutorado, bem como na publicação de trabalhos científicos da área em questão.

Os profissionais de enfermagem foram questionados acerca de suas percepções de como se dá a assistência de enfermagem às mulheres usuárias de crack no setor na busca por suas RS acerca da mesma. Foi utilizado como critério de inclusão atuar no setor há pelo menos quatro meses e de exclusão estar de férias ou licença saúde no período da coleta dos dados.

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise e interpretação dos dados foi realizada por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposta por Lefèvre e Lefèvre (2012) que consiste na organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, artigos de jornal, matérias de revistas semanais, papers, extraído de cada um as ideias centrais e/ou ancoragens e suas correspondentes expressões-chave. Nesta técnica, por meio dos depoimentos, se busca reconstruir, com fragmentos de discursos individuais, discursos-síntese que expressem uma forma de pensar ou representação social sobre um fenômeno. Assim, o DSC é uma estratégia metodológica que visa tornar mais clara uma dada representação social, bem como o conjunto das representações que conforma um dado imaginário (LEFÈVRE, LEFÈVRE, 2012). De acordo com os autores esse imaginário, na técnica do DSC, adquire a forma de um painel e

discursos que reflete o que se pode pensar, numa dada formação sociocultural, numa dada coletividade, sobre um determinado assunto.

Para elaborar os DSCs, foram criadas as seguintes figuras metodológicas:

Expressões-chave (ECH): São pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, que devem ser sublinhadas ou coloridas pelo/a pesquisador/a, e que revelam a essência do depoimento ou, mais precisamente, do conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento, geralmente correspondem às questões de pesquisa. “As expressões-chave são uma espécie de prova discursiva-empírica da verdade das ideias centrais e das ancoragens e vice-versa” (LEFÈVRE, LEFÈVRE, 2005, p 17). Com elas, são construídos os DSCs.

Ideias centrais (IC): É um nome ou expressão linguística que revela e descreve, de maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e que vai dar nascimento ao DSC. Elas são uma descrição do sentido ou de um conjunto de depoimentos.

Ancoragem: É a manifestação linguística explícita de uma crença que o autor do discurso professa e que está sendo usada pelo enunciador para enquadrar uma situação específica. Lefèvre e Lefèvre (2005) expressam que quase todo discurso tem uma ancoragem na medida em que estão quase sempre alicerçados em pressupostos, teorias, conceitos e hipóteses.

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): É um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular, a partir de trechos de discursos individuais. Devem aparecer em itálico para indicar que se trata de uma fala ou de um depoimento coletivo. O DSC como técnica de processamento de dados com vistas à obtenção do pensamento coletivo dá como resultado um painel de discursos de sujeitos coletivos, justamente para sugerir uma *pessoa coletiva* falando como se fosse um sujeito individual de discurso (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005). Para elaborar o DSC parte-se dos discursos individuais, que, após análise inicial, são decompostos, extraíndo-se as expressões-chave e as principais ancoragens e/ou ideias centrais, culminando numa síntese que reconstitui discursivamente a representação social (LEFÈVRE, LEFÈVRE, 2005).

Na construção do DSC, devem-se considerar os seguintes princípios: coerência e posicionamento próprio. A coerência significa a agregação de pedaços isolados de depoimentos para formar um todo discursivo coerente, em que cada uma das partes se reconheça enquanto constituinte desse todo, e o todo seja constituído por essas partes e o

posicionamento próprio, no qual cada discurso deve sempre expressar um posicionamento próprio, distinto, original, específico sobre o tema que está sendo pesquisado.

Ao construirmos o DSC devemos utilizar como critérios de análise dos discursos individuais a diferença/antagonismo ou a complementaridade. Quando se trata de discursos diferentes, a apresentação deles, em separado, é obrigatória; quando se trata de discursos complementares, a apresentação dos discursos depende do/a pesquisador/a querer resultados mais detalhados ou mais genéricos. Há discursos que não são iguais, mas que não constituem cadeias argumentativas inconciliáveis, então, pode ser reunido sem provocar contradição ou incoerência; pode-se, também, separá-los quando se quer realçar matrizes de posicionamento.

Para fazer com que o discurso coletivo pareça individual, devem-se ‘limpar’ as particularidades dos pedaços selecionados de um relato de modo que apresentem uma estrutura sequencial clara e coerente que possa ser atribuída ao coletivo. “Para a construção do DSC, é preciso aproveitar todas as ‘peças’, isto é, todas as ideias presentes nos depoimentos para que a figura não fique incompleta; entre as ‘peças’ repetidas ou muito semelhantes, escolhe-se apenas um exemplar” (LEFÈVRE, LEFÈVRE, 2005, p 21).

Analisando a totalidade dos depoimentos encontramos várias ideias centrais e, conseqüentemente, conseguiremos construir vários DSCs. Cada DSC é uma faceta da representação social do conjunto dos sujeitos investigados em relação ao tema investigado. O conjunto dos discursos coletivos que serão construídos neste estudo expressa a representação social dos profissionais de saúde a acerca da assistência prestada a mulheres gestantes usuárias de crack.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

O estudo foi iniciado somente após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Rio Grande (FURG), sob o número 113/2018 e CAAE 90845618.3.0000.5324. O TCLE foi assinado em duas vias, pelos participantes. Uma cópia ficou de posse das participantes e outra está guardada no Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem e Saúde da Criança e do Adolescente (GEPESCA/FURG), que ficará durante cinco anos. Foram seguidas as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Os profissionais de enfermagem foram identificados pelas letras E seguida do número da entrevista.

6 RESULTADOS

*A única eficácia contra as drogas é o amor.
Ele é a chave para o coração.
E isto o governo não pode fazer, apenas nós, a sociedade!
(Bispo Rodovalho)*

A seguir será apresentada a caracterização dos participantes do estudo, assim como a figura ilustrativa com as categorias geradas a partir da análise dos dados:

Caracterização das participantes do estudo

Participaram desta pesquisa, 14 enfermeiras, sendo todas do sexo feminino. Destas, seis atuam no centro obstétrico e oito na maternidade. As idades variam entre 28 e 48 anos, com média de idade 38,7 anos. O tempo de profissão das participantes variam entre um e 18 anos, com média de 11,8 anos de atuação na enfermagem. O tempo que desenvolvem atividades na maternidade e centro obstétrico variam entre quatro meses e 16 anos, com média de atuação nestes setores de 4,1 anos.

Figura ilustrativa com as categorias geradas a partir da análise dos dados



Representação Social acerca da forma como as mulheres usuárias de crack são recebidas no setor	3	
Representações Sociais acerca da diferença no trabalho de parto das mulheres usuárias de crack em relação as que não são usuárias	4	
Representações Sociais acerca da percepção do cuidado que as mulheres usuárias de crack prestam ao recém-nascido no pós-parto	5	
Representações Sociais acerca do cuidado familiar recebido pelas mulheres usuárias de crack durante a internação	6	
Representações Sociais acerca da necessidade de cuidados que as mulheres usuárias de crack necessitam receber no setor	7	
Representações Sociais acerca das dificuldades enfrentadas pela equipe para prestar assistência as mulheres usuárias de crack nos setores	8	
Representações Sociais acerca da percepção da assistência prestada às mulheres usuárias de crack na Maternidade e Centro Obstétrico	9	

Fonte: Resultados obtidos na coleta de dados e organizados por Ventura e Gomes (2019).

1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ACERCA DA FREQUÊNCIA DE ATENDIMENTOS DE MULHERES USUÁRIAS DE CRACK NOS SETORES

A equipe percebeu que o número de mulheres que fazem uso do crack durante a gestação vem aumentando. A frequência de atendimento dessas mulheres na maternidade e centro obstétrico é semanal. O número de mulheres usuárias de crack atendidas nos setores é grande e frequente.

Ideia central 1: A percepção da equipe é que o número de mulheres que fazem uso do crack durante a gestação vem aumentando.

Expressões-chave:

A quantidade de mulheres usuárias de crack tem aumentado. [...]. Mais para mim eu acho que aumentou a quantidade de pacientes que são usuárias e agora eu não sei te falar a quantidade assim. [...]. Sim, aumentou em relação a quando eu comecei. [...] eu não sei se as pessoas, eu não sei se antes tinha, porque a droga sempre esteve aí. A droga sempre existiu. Eu não sei se antes as Políticas Públicas funcionavam mais, e agora, com toda essa crise que a gente vive no país. A gente não sabe o que influenciou isso, mas que aumentou, aumentou sim. (E2)

Esse número de atendimentos vem aumentando cada vez mais. Eu noto isso nos últimos 6, 7 anos. [...]. As pacientes são quase sempre as mesmas. A gente atende elas aqui uma vez por ano. Às vezes aparece uma paciente diferente. [...]. Elas têm um filho a cada ano. (E3)

Noto que esse número vem aumentando. Não sei ao certo se vem aumentando ou se elas relatam mais que são usuárias, pois as vezes elas já chegam falando. Antigamente elas escondiam muito que eram usuárias. Hoje elas falam mais, mas vem aumentando sim. (E4)

Aumentou muito as usuárias do crack. Vem crescendo, acredito que sim porque a maioria são moradoras de rua ou trabalham com prostituição e eu acho que a crise também afetou bastante. (E5)

Eu acredito que tenha aumentado, pois embora a gente não pegue em trabalho de parto a gente fica sabendo que tem na maternidade uma ou duas usuárias de crack, tem 3 bebês na NEO que são de mãe usuária de crack. Então, eu acho que está crescendo. [...] está crescendo sim. (E6)

Tem crescido sim o número. (E11)

Nós percebemos um aumento bem significativo nos últimos 10 anos. [...]. Realmente houve o aumento. [...]. É possível observar este quantitativo maior nos últimos 10 anos. (E13)

DSC: A quantidade de mulheres usuárias de crack atendidas no setor tem aumentado. Eu não sei te falar a quantidade, mas aumentou em relação a quando eu comecei. Não sei se antes tinha, porque a droga sempre esteve aí, a droga sempre existiu, não sei se antes as Políticas Públicas funcionavam mais e agora, com toda essa crise, não. Não sei o que influenciou isso, mas que aumentou, aumentou sim. Eu noto isso nos últimos 6, 7 anos, mas as pacientes são quase sempre as mesmas, atendo elas aqui uma vez por ano, elas têm um filho a cada ano. Não sei ao certo se vem aumentando ou se elas relatam mais que são usuárias, pois as vezes elas já chegam falando. Antigamente elas escondiam muito que eram usuárias, a maioria são moradoras de rua ou trabalham com prostituição. Embora aqui elas não ficam em trabalho de parto, eu fico sabendo que tem na maternidade uma ou duas usuárias de crack, tem três bebês na Neonatal que são de mãe usuária de crack.

Ideia central 2: A frequência de atendimentos das mulheres usuárias de crack na Maternidade e Centro Obstétrico é semanal.

Expressões-chave:

Hoje aqui na instituição, eu acredito que a gente pegue umas duas ou três por semana. [...]. Não sei, talvez essa seja a frequência. [...]. Então, praticamente toda semana a gente tem uma paciente que é usuária de crack. [...]. Mas a frequência, assim, eu não sei se duas ou três por semana. Às vezes tem uma na semana. [...]. A gente meio que se perde, mas é bastante. (E2)

Temos mulheres usuárias de crack semanalmente aqui na unidade. (E3)

São uns 10 casos no mês. [...]. São pacientes que identificamos porque usam bastante ou elas já chegam falando. Acredito que seja isso, toda a semana tem alguma em atendimento. (E4)

Geralmente de noite a gente atende uma, duas ou três por semana. Sempre aparece uma usuária de crack. (E5)

Depende, às vezes têm três ou quatro. Às vezes tem duas e outras têm mais. É muito relativo. Mas sempre é esse número, mais ou menos. (E7)

Toda semana temos gestantes ou puérperas que internam conosco, que é usuária ou que usou no início da gestação. Umas até conseguem neste período parar, outras não. Não conseguem parar ou param um dia antes de vir para cá. (E8)

Em média, uma ou duas por semana, mais ou menos isso. (E9)

A gente atende umas três ou quatro no mínimo, na semana. Eu acho, que normalmente, uma vez na semana tem uma mãe usuária. (E10)

Na semana, quase sempre tem no mínimo uma usuária de crack. [...]. Às vezes na mesma semana tem mais de uma. (E11)

Geralmente, tem toda a semana. [...]. É difícil ficar alguma semana sem ter alguma gestante usuária de crack, mas sempre tem. (E12)

O tempo que estou aqui internam pacientes toda semana. Sempre tem alguma mulher que faz uso do crack. (E14)

DSC: Toda semana tem gestantes ou puérperas que internam conosco, que foi usuária ou que usou no início da gestação. Umas até conseguem neste período parar, outras não ou param um dia antes de vir para cá. É difícil ficar alguma semana sem ter alguma gestante usuária de crack, mas sempre tem. O tempo que estou aqui, toda semana tem alguma mulher que faz uso do crack. Geralmente, de noite atendo uma, duas ou três por semana. Sempre aparece uma usuária de crack.

Ideia central 3: É frequente e grande o número de mulheres usuárias de crack atendidas nos setores.

Expressões-chave:

Eu percebo que é um número muito grande de atendimentos. A gente tem em torno de 175 partos em um mês. (E1)

É muito grande o número. (E2)

Aqui com bastante frequência o atendimento as mulheres usuárias de crack. [...]. A frequência é alta. (E5)

É bem frequente, tem o ambulatório que elas fazem o pré-natal de alto risco e umas usuárias até fazem o pré-natal. [...]. É bem frequente, eu não sei te dizer assim, mas é bem frequente. (E6)

Tem meses que é bem frequente o atendimento a mulheres usuárias de crack. [...]. Eu acho que é bem frequente (E7)

É uma frequência bem extensa porque sempre tem mulheres internadas. (E8)

Frequente. Às vezes fica um período sem ter e às vezes tem um período que vem uma atrás da outra, mas é bem frequente. [...]. A gente vê que está sendo mais frequente, gestantes e puérperas usuárias. (E11)

É bem frequente internarem para ganhar o bebê. (E14)

DSC: Eu percebo que é um número muito grande de atendimentos. Tenho em torno 175 partos num mês. Aqui com bastante frequência é feito o atendimento as mulheres usuárias de crack, porque sempre tem mulheres, gestantes e puérperas, internadas. Tem o ambulatório que elas fazem o pré-natal de alto risco e umas usuárias até fazem o pré-natal. Às vezes fica um período sem ter e às vezes tem um período que vem uma atrás da outra, mas é bem frequente.

2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ACERCA DAS DIFERENÇAS NO COMPORTAMENTO DAS MULHERES USUÁRIAS DE CRACK EM RELAÇÃO AS NÃO USUÁRIAS

Mulheres usuárias de crack se expressam e apresentam atitudes diferentes das não usuárias, sendo facilmente identificadas pela equipe de saúde. Geralmente, comparecem no serviço de saúde desacompanhadas, sem realizar o pré-natal e já no período expulsivo. Essas mulheres se apresentam agressivas, com dificuldades para realizar o autocuidado, com condições higiênicas precárias e pouco responsivas aos questionamentos. Além da drogadição, algumas apresentam Infecções Sexualmente Transmissíveis, têm dificuldade de

criar vínculo, são moradoras de rua e declaram o envolvimento com roubos e prostituição. Muitas mulheres têm medo do preconceito e se sentem culpadas em relação ao bebê, por fazerem o uso da droga.

Ideia central 1: As mulheres usuárias de crack se expressam e apresentam atitudes diferentes das não usuárias, sendo facilmente identificadas pela equipe de saúde.

Expressões-chave:

Não é no nível de consciência, é na forma como ela se expressa, as atitudes que ela toma (A1)

A gente “bate o olho” e sabe que ela é usuária de crack. [...] A é usuária de maconha, é usuária de cocaína..., porque a de crack você conhece, vê as mãos marcadas (A2)

se elas fizeram o uso a pouco elas não chegam muito agitadas, mas se já faz um tempo que usaram ou se ficam aqui (CO) muito tempo elas ficam numa agitação que não tem o que segure, tu não consegues sossegar (A3)

Quando elas chegam e usam a gente nota que elas estão bastante agitadas, elas chegam querendo ganhar. [...]. A gente percebe, eu percebo, quando elas são usuárias, depois eu fico conversando e acabo sempre descobrindo (A4)

Sim, quando ela chega a gente já repara que ela não “está em sã consciência. [...] a dá para ver na cara que elas são usuárias de alguma coisa. Você vê a diferença na expressão facial também (A5)

Com certeza. As que eu tive oportunidade, que eu participei do parto delas, a maioria está desorientada. Peguei várias que quando começa a “passar o efeito” elas ficam diferentes. [...]. A maioria delas depois dorme. Uma outra estava “louca de fome”, nós tivemos que arrumar comida para ela de madrugada. Geralmente, o comportamento delas é esse. (A6)

Sim, algumas coisas bem características. [...]. Elas têm algumas características que a gente percebe. (A8)

Elas são mais agitadas, são mais queixosas. (A9)

Sim, elas são bem ansiosas. (A10)

Sim tem comportamento diferente, são mais agitadas, baixo grau de escolaridade. São bem difíceis até na hora da orientação sobre o aleitamento, sobre o uso da chupeta. Qualquer coisa assim que seja uma regra para ela é bem difícil. (A12)

A gente observava logo uma diferença de comportamento, pois elas passavam o tempo todo, durante o trabalho de parto, usando o crack. Então, chegavam bastante agitadas. (A13)

Há sim! Com certeza é bem nítido, inclusive estávamos com uma puérpera aqui ela só queria dormir. [...]. Às vezes eu acho que falta um pouco de educação. O jeito que elas se portam com a equipe. (A14)

DSC: Não é no nível de consciência, é na forma como ela se expressa, as atitudes que ela toma. Eu “bato o olho” e sei que ela é usuária de crack, de maconha, de cocaína, vejo nas mãos marcadas, vejo na cara que ela é usuária de alguma coisa. Eu fico conversando e acabo

sempre descobrindo, reparo que ela não “está em sã consciência”. Se elas fizeram o uso há pouco, elas chegam muito agitadas, ficam diferentes, mais queixosas, ansiosas, com um comportamento diferente. Elas chegam querendo ganhar. É difícil até na hora da orientação sobre o aleitamento, sobre o uso da chupeta. Qualquer coisa assim que seja uma regra para ela é bem difícil. Com certeza é bem nítido, inclusive tinha uma puérpera aqui e ela só queria dormir. Às vezes eu acho que falta um pouco de educação, sobre o jeito que elas se portam com a equipe.

Ideia central 2: Geralmente, as mulheres usuárias de crack comparecem no serviço de saúde desacompanhadas.

Expressões-chave:

Muitas vêm sem acompanhante. Algumas a família não aguenta mais o uso da droga. [...]. Elas chegam sozinhas e, muito tempo depois, vem acompanhante. (A1)

Elas geralmente chegam ou são trazidas pelo SAMU ou porque um vizinho achou na rua ou porque alguém teve dó e trouxe. (A2)

Teve uma esses tempos que quem veio de acompanhante foi o cafetão. Ele que veio junto e só queria saber que cor era a criança. (A6)

Muitas vezes elas vêm sozinhas. Elas não têm acompanhantes. Se não fosse a enfermagem o bebezinho ficaria desassistido. (A11)

Aí as pessoas que trazem elas para o hospital. (A13)

Às vezes tem os conflitos familiares, com os acompanhantes. Eu vejo a diferença mais nesses pontos. (A9)

DSC: Às vezes tem os conflitos familiares com os acompanhantes. Eu vejo a diferença mais nesses pontos. Muitas vêm sem acompanhante, vêm sozinhas. A família não aguenta mais o uso da droga e elas chegam sozinhas, muito tempo depois, vem o acompanhante. Elas também são trazidas pelo SAMU ou porque um vizinho achou na rua ou porque alguém teve dó e trouxe. Teve uma esses tempos que quem veio de acompanhante foi o “cafetão”. Ele que veio junto e só queria saber que cor era a criança. Se não fosse a enfermagem o bebezinho ficaria desassistido.

Ideia central 3: As usuárias de crack, geralmente, não realizam o pré-natal.

Expressões-chave:

A gente observa que não fez o pré-natal. É todo um contexto que a gente observa e percebe

que pode ser uma usuária. (A1)

Fiz a testagem, porque a gente sabe que é uma paciente que não vai fazer o pré-natal. Talvez a chance de a gente pegar alguma coisa fosse aquela ali. Sei que não é ambulatório também e que aqui é um atendimento de urgência e de emergência (A2)

Às vezes tem sempre aquele julgamento de: _ já é o oitavo filho, porque não fez pré-natal? (A5)

DSC: É todo um contexto que observo e percebo que pode ser uma usuária. Observei que não fez o pré-natal, fiz a testagem, porque sei que é uma paciente que não vai fazer o pré-natal. Talvez, a chance de descobrir alguma coisa fosse aquela ali. Sei que não é ambulatório também e que aqui é um atendimento de urgência e de emergência. Às vezes tem sempre aquele julgamento de: Já é o oitavo filho, porque não fez pré-natal?

Ideia Central 4: Essas mulheres chegam no hospital já no período expulsivo.

Expressões Chave:

Chegam sem percepção de dor, chegam em trabalho de parto. O trabalho de parto é muito rápido. [...] Elas chegam aqui em franco trabalho de parto. Chega um momento que elas desencadeiam o trabalho de parto que não tem o que segure. Raras chegam até o final da gestação. Na hora do trabalho de parto e parto elas são bem mais centradas. O parto é mais rápido, geralmente elas chegam já quase no expulsivo. Elas não ficam muito tempo aqui em trabalho de parto. No pré-parto são poucas que ficam aqui conosco. Elas chegam quase ganhando, é bem rápido. (A5)

Na maioria das vezes as usuárias de crack elas usam um pouco antes de ter o bebe, já chegam ganhando. A maioria delas usa antes de ter o bebe e elas chegam, muitas vezes, quase ganhando. (A11)

Geralmente chegam parindo, ou já pariam no percurso. ou pariam na rua A gente percebia muito mais inquietação. (A13)

DSC: No pré-parto são poucas que ficam aqui. Elas já chegavam parindo ou pariam no percurso ou pariam na rua. Percebia muito mais inquietação, elas chegam sem percepção de dor, já em trabalho de parto, que é muito rápido. Chega um momento que elas desencadeiam o trabalho de parto que não tem o que segure. Na hora do trabalho de parto e parto elas são bem mais centradas. Geralmente elas chegam já quase no período expulsivo. Elas não ficam muito tempo aqui em trabalho de parto. Raras chegam até o final da gestação.

Ideia central 5: As mulheres usuárias de crack apresentam dificuldade na realização do autocuidado e com condições higiênicas precárias.

Expressões-chave:

A gente percebe até a característica da pele e das mãos, das unhas, o cheiro é diferente [...] é o cheiro de fumo, cheiro de fumaça. (A1)

Muitas vezes chegam muito sujas, com condições de higiene muito precárias. (A2)

Elas fumam uma ou duas pedras de crack e entram em trabalho de parto. Elas chegam sujas. (A6)

Elas têm uma aparência de serem mais sujas. N não tem muito cuidado com a higiene, roupas mais rasgadas. São pessoas mais humildes e até pelo uso, eu acho que elas vendem as roupas e as coisas, elas vêm com roupas mais simples e sujas na maioria das vezes. Com relação a sujeira. (E 11)

A maioria dá para notar bem a diferença de comportamento, o jeito, a higiene. A gente percebe que são diferentes da pessoa que não usa drogas. As acompanhantes dos outros leitos reclamam um pouco, que tem cheiro. Tem diferença das outras sim. Dá para notar, dos acompanhantes, no aspecto físico assim, mais desleixadas. (E 14)

DSC: A maioria dá para notar bem a diferença de comportamento, o jeito, a higiene. Percebo que são diferentes da pessoa que não usa drogas. Percebo até a característica da pele, das mãos, das unhas, o cheiro é diferente, de fumo, de fumaça. As acompanhantes dos outros leitos reclamam um pouco, que tem cheiro. Muitas vezes chegam sujas, com condições de higiene muito precária. Têm uma aparência de serem mais sujas, não tem muito cuidado com a higiene, roupas mais rasgadas. São pessoas mais humildes e até pelo uso, eu acho que elas vendem as roupas e as coisas. Então, tem diferença das outras sim. Dá para notar no aspecto físico, mais desleixadas.

Ideia Central 6: Algumas usuárias chegam no serviço mais agressivas, não querem ser examinadas e querem ir embora.

Expressões chave:

São agressivas. (A2)

Às vezes um pouco agressivas, quando elas usaram há pouco tempo. [...] Então dependendo como ela foi atendida lá na porta de entrada, pelo médico, elas chegam um pouco agressivas e um pouco “armadas”. Não querem ser examinadas. Reclamam que estão sendo examinadas várias vezes. (A4)

Depende, a mulher quando está com a dor do trabalho de parto, a maioria delas fica agressiva. Elas não gostam que toque. Elas fecham a perna. Acho que elas são agressivas em função da história de vida. (A6)

Depende muito, tem umas que sim, tem umas que são agressivas, outras já são mais calmas. Acho que depende muito da personalidade delas também. Eu acho, também, que se elas estão

em um grau de abstinência ali ela se torna agressiva. Se elas usam droga por muito tempo elas se tornam agressivas. Não, é verbalmente só. Não cheguei a me deparar com alguma situação de violência. (A7)

Às vezes elas têm um comportamento quando elas estão acordadas, mais agressivas. Ela pega a criança de um jeito mais agressivo. Não é uma coisa delicada que a gente vê nas demais. Têm algumas, quando umas ficam um pouco tempo antes sem fazer uso. Elas vêm mais agressivas, porque elas entram naquele período de abstinência e então elas são mais agressivas. (A8)

Elas ficam agitadas, xingam os profissionais porque as vezes elas querem ir embora, mas elas não têm alta ainda. Às vezes até ela tem a alta, mas o bebê não porque os pediatras querem observar mais. Algumas entendem, mas a maioria fica gritando e desrespeitando a equipe. (A9)

DSC: São agressivas quando elas usaram há pouco tempo. Então, dependendo como ela foi atendida lá na porta de entrada, pelo médico, elas chegam um pouco agressivas e um pouco “armadas”. Quando estão com a dor do trabalho de parto, a maioria fica agressiva. Não querem ser examinadas, reclamam que estão sendo examinadas várias vezes, não gostam que toque e fecham a perna. Acho que elas são agressivas em função da história de vida. Depende muito da personalidade delas também. Se elas estão em um grau de abstinência, se tornam agressivas, se elas estão usando droga por muito tempo, elas se tornam agressivas. Elas ficam agitadas, xingam os profissionais porque querem ir embora, mas não têm alta ainda. Outras entendem, mas a maioria fica gritando e desrespeitando a equipe. Mas verbalmente só. Não cheguei a me deparar com alguma situação de violência. Às vezes, elas têm um comportamento quando estão acordadas, mais agressivas, pegam a criança de um jeito mais agressivo. Não é uma coisa delicada que eu vejo nas demais.

Ideia central 7: Estas mulheres apresentam pouca responsividade aos questionamentos.

Expressões-chave:

Muitas não gostam muito de responder perguntas. [...]. Elas estão procurando ajuda, mas elas não são muito comunicativas. (A1)

Têm medo quando a gente pergunta dos outros filhos, onde os outros filhos estão. Elas têm medo de dizer da família. [...]. Aí quando a gente pergunta para ela assim: _ mas e os outros? Elas têm medo de falar porque o Conselho Tutelar já tirou os outros. E aí ela vai falar e vão tirar aquele ali também. Então, evitam de responder. (A2)

Tu não consegues conversar, tu não consegues dar orientação, totalmente desorientadas. Não respondem aos questionamentos. (A3)

Elas são relutantes a algumas orientações. Poucas respondem o que perguntamos. (A9)

A gente se respeita então oriento. Passo as informações, o que elas aceitam já está no lucro. É muito difícil o entendimento delas. [...]. O bebê precisava do estímulo ai ela dizia: _ Ai que função aqui é cheio de coisas, de bobagens, não pode dar o bico. Elas chegam aqui agitadas, bem alteradas. Então, precisamos esperar passar o efeito da droga para conseguir conversar. No início não tem muita conversa não. Nem te respondem os questionamentos. (A12)

Nós chamávamos para conversar/orientar ela só olhava e dizia: _ A tá. Aham. (A14)

DSC: Elas estão procurando ajuda, mas não são muito comunicativas. Têm medo quando pergunto dos outros filhos, onde os outros filhos estão. Elas têm medo de dizer da família, dos outros filhos, porque o Conselho Tutelar já os tirou dela. E aí ela vai falar e vão tirar aquele ali também. Então, evitam de responder. Muitas não gostam de responder perguntas, não consigo conversar, dar orientação. Muitas estão totalmente desorientadas, não respondem aos questionamentos, são relutantes a algumas orientações. Eu respeito então, oriento, passo as informações e o que elas aceitam já está no lucro. É muito difícil o entendimento delas. [...] Elas chegam aqui agitadas, bem alteradas. Então, preciso esperar passar o efeito da droga para conseguir conversar. Eu chamava para conversar/orientar e ela só olhava e dizia: -A tá, aham.

Ideia central 8: Algumas apresentam Infecções Sexualmente Transmissíveis além da drogadição.

Expressões-chave:

Porque geralmente elas vêm com o “kit completo”, não é só usuária de droga ou crack. Ela mora na rua ou em condições bem precárias ou já vem com muitos filhos, doenças sexualmente transmissíveis. Às vezes tem HIV e Sífilis em conjunto. (A5)

Às vezes a gente até conversa com a equipe e tem algumas questões de preconceito formado, que sendo usuária pode ser que já seja HIV, pode ser que tenha hepatite ou sífilis. [...] Era HIV positivo, só para te dar um exemplo. As gurias viram toda a roupa dela e da criança e depois elas viram a roupa no lixo. Surgem alguns comentários: _ essa paciente é usuária, deve ser HIV e deve ter tudo. Na verdade, a gente sabe que elas estão mais propensas a esse risco devido ao mundo em que elas vivem. (A8)

Isso quando elas não ficam mais tempo por causa de um outro problema, como a Sífilis ou outras coisas que o bebe acaba tendo que ficar aqui. (A10)

DSC: Geralmente elas vêm com o “kit completo”. Não é só usuária de droga ou crack. Ela mora na rua ou em condições bem precárias ou já vem com muitos filhos, doenças sexualmente transmissíveis. Às vezes tem HIV e Sífilis em conjunto. Eu até converso com a

equipe e tem algumas questões que sendo usuária pode ser que já seja HIV, pode ser que tenha hepatite ou sífilis. Na verdade, sei que elas estão mais propensas a esse risco devido ao mundo em que elas vivem. Isso quando elas não ficam mais tempo internadas por causa de um outro problema, como a Sífilis ou outras coisas e o bebê acaba tendo que ficar aqui.

Ideia Central 9: As mulheres usuárias de crack têm medo de serem tratadas com preconceito.

Expressões-chave:

A gente nota que parece que elas chegam “meio armadas” aqui, tipo querendo esconder. Elas têm essa dificuldade de abrir para gente. Elas têm medo do preconceito. (A1)

Então elas têm um pouquinho de medo, assim, de receio de falar e das outras crianças o que aconteceu com as outras crianças. Elas têm um pouco de medo de falar. (A2)

Na realidade elas têm muito medo do preconceito e da maneira como elas vão ser tratadas aqui dentro e elas tentam esconder aquilo e a gente acaba percebendo, até pela questão do companheiro. [...] Dependendo da equipe que a gente tem aqui de plantão e eu falo não da equipe de enfermagem, mas da equipe médica, que é onde tem o preconceito maior dentro do serviço. Que eu enxergo é dos médicos. Na grande maioria e não da equipe de enfermagem. A gente tem alguns profissionais que demonstram um preconceito muito grande com essas pacientes e aí é complicado porque aí elas reagem. Até pelo efeito da droga e ninguém gosta de ser acuada. Então, elas acabam reagindo com toda a equipe. (A4)

Mas você vê que tem julgamento das pessoas sim de: _ você sabia que estava grávida, porque você não fez tal coisa? Porque você não se cuidou? Já é o oitavo filho porque não colocou um DIU?”, esse tipo de julgamento assim. E as “piadinhas: _ A gente se vê o ano que vem. Já tem aquele preconceito que ela vai voltar daqui um tempo e vai acontecer tudo de novo (A5)

Às vezes já tem aquele preconceito porque é usuária. Já tratam diferente, o que eu não acho correto. (A14)

DSC: Elas têm um pouquinho de medo, receio de falar, o que aconteceu com as outras crianças. Na realidade elas têm muito medo do preconceito e da maneira como elas vão ser tratadas aqui dentro, elas tentam esconder aquilo e eu acabo percebendo, até pela questão do companheiro. Dependendo da equipe que tenho aqui de plantão, eu falo não da equipe de enfermagem, mas da equipe médica, que é onde tem o preconceito maior dentro do serviço, que eu enxergo é dos médicos. Na grande maioria e não da equipe de enfermagem. Tem alguns profissionais que demonstram um preconceito muito grande com essas pacientes, é complicado porque elas reagem. Até pelo efeito da droga e ninguém gosta de ser acuada. Elas acabam reagindo com toda a equipe. Noto que elas chegam “meio armadas” aqui, querendo esconder e com essa dificuldade de se abrir com a equipe. Mas vejo que tem julgamento das pessoas sim de: “você sabia que estava grávida, porque você não fez tal coisa? Porque você

não se cuidou? Já é o oitavo filho, porque não colocou um DIU?”. Esse tipo de julgamento e as “piadinhas”: -te vejo no ano que vem. Já tem aquele preconceito que ela vai voltar daqui um tempo e vai acontecer tudo de novo. Às vezes já tem aquele preconceito, por que é usuária já tratam diferente, o que eu não acho correto.

Ideia Central 10: Mulheres usuárias de crack se sentem culpadas em relação ao bebê por fazerem o uso da droga.

Expressões-chave:

Elas têm medo de acontecer alguma coisa com o bebe e ela ser culpada porque ela usou drogas. (A1)

Geralmente, quando uma pessoa engravida, deposita esperanças em cima daquela gravidez e isso é qualquer mulher. E ela que faz coisas erradas, que acha que está errado, ela procura concertar aquilo ali, que vai ter um filho que vai nascer e precisar dela para poder cuidar. [...] Parece que elas depositam muito aquele sentimento ali naquela gravidez: _ eu vou conseguir mudar para poder cuidar desse filho que está aqui. (A2)

Às vezes a gente não nota, só quando começa realmente a perguntar e a levantar a questão do prejuízo para o bebe que elas relatam. Muitas vezes a gente até comenta com a equipe depois. (A4)

Elas falam que usam crack. A gente diz que é importante por causa do bebe. Então, elas se preocupam daí elas dizem: _ há, eu usei hoje. (A5)

DSC: Medo de acontecer alguma coisa com o bebe e ela ser culpada porque usou drogas. Parece que elas depositam muito aquele sentimento naquela gravidez: -eu vou conseguir mudar para poder cuidar desse filho que está aqui. Geralmente, quando uma pessoa engravida deposita esperanças em cima daquela gravidez e isso é com qualquer mulher. E ela que faz coisas erradas, procura concertar aquilo, vai ter um filho que vai nascer e precisar dela para poder cuidar. Às vezes não noto isso, só quando começo realmente a perguntar e a levantar a questão do prejuízo para o bebê, aí que elas relatam. Elas falam que usam crack, falo da importância por causa do bebê, então elas se preocupam e confirmam que usaram.

Ideia central 11: Essas mulheres têm dificuldade de criar vínculo com os membros da equipe de saúde e com o bebê.

Expressões-chave:

Tem também a questão da confiança. Não criam vínculo, não sei se é por conta da situação que elas vivem ou o ambiente. (A1)

Eu acho que vergonha também da história que elas carregam. Elas têm vergonha da gente sim. Aí até que a gente consiga falar do mesmo jeito que elas falam, interagir com aquele meio, com aquela linguagem que ela tem, aí sim ela se solta e consegue conversar com a gente. Mas é difícil que elas criem vínculos, tanto com a equipe ou com o bebê. (A2)

Tem umas que chegam e dizem: _ Eu fumei 50 pedras antes de vir para cá. Eu não sei se esta quantidade é muito ou pouco. Ela disse que usou para aguentar o parto. Algumas fogem depois do bebe nascer. Ou o bebe nasce e elas não têm vínculo, nem querem ter vínculo com ele. (A3)

Se você vai lá, você não consegue manter um diálogo muito mais profundo com elas, é só superficial. Se você não conseguir formar vinculo você não consegue conversar (A7)

Mas elas não fazem muita questão de criar esse vínculo com o bebe (A11)

Tu vê que não são assim cuidadosas com o bebe. Não criam vinculo (A14)

DSC: Tem também a questão da confiança, não criam vínculo. Não sei se é por conta da situação que elas vivem ou o ambiente. Eu acho que vergonha também da história que elas carregam. Elas têm vergonha. Até que eu consiga falar do mesmo jeito que elas falam, interagir com aquele meio, com aquela linguagem que ela tem. Aí sim ela se solta e consegue conversar. Mas é difícil que elas criem vínculos, tanto com a equipe ou com o bebê. Tem umas que chegam e dizem que fumaram 50 pedras antes de vir para o serviço, para aguentar o parto. Eu não sei se esta quantidade é muito ou pouco. Algumas fogem depois do bebe nascer, ou o bebe nasce e elas não têm vínculo, nem querem criar esse vínculo com o bebê. Não consigo manter um diálogo muito mais profundo com elas, é só superficial e se não conseguir formar vinculo, não consegue conversar. Vejo que não são cuidadosas, não criam vínculo.

Ideia central 12: Ser moradoras de rua, envolver-se em roubos e prostituição são atividades frequentes na vida destas mulheres.

Expressões-chave:

Os familiares não conseguem ter e manter aquela pessoa em casa, porque eles roubam tudo que tem em casa e vendem na rua. Vendem isso, vendem aquilo. A pessoa vende as coisas de dentro de casa para poder adquirir o dinheiro para poder consumir a droga. Vão para a prostituição para conseguir o dinheiro para usar o crack. [...] já sei de algumas que já morreram por serem usuárias de crack. Eram aliciadas à prostituição. Essas mulheres são aliciadas na prostituição e o aliciador delas que traz. Então, é nítido, é nítido assim o comportamento. Os familiares realmente tentaram ajudar e que não teve jeito. A pessoa realmente saiu de casa e foi para a rua, ou está em situação de rua e é usuária de crack. Aí a gente vai entender o comportamento da pessoa. Uma paciente que já está no crack há mais

tempo, que já está em situação de rua junto com o crack, não tem como ninguém não conhecer ela. (A2)

Ela mora na rua ou em condições bem precárias ou já vem com muitos filhos. (A5)

Tem umas que faziam programa e que o filho já fica para adoção. (A6)

Nesse caso específico quando a mãe foi visitar ela acabou furtando coisas de outras mães da UTI. Aí a gente foi ver e realmente ela tinha furtado um par de tênis e uma bolsa de maternidade que era de outro bebezinho que estava lá também. [...] temos que estar cuidando para não deixar o Posto de Enfermagem sozinho, nos outros quartos a gente sempre orienta para não deixar nada de valor. (A11)

Quando recebíamos estas mulheres, geralmente elas eram moradoras de rua, que acabam utilizando a droga para minimizar algumas situações não só pela dependência (A13)

DSC: Quando recebia estas mulheres, geralmente eram moradoras de rua, que acabavam utilizando a droga para minimizar algumas situações, não só pela dependência. Uma paciente que já está no crack há mais tempo, que já está em situação de rua junto com o crack, não tem como não conhecer. Ela mora na rua ou em condições bem precárias ou já vem com muitos filhos. Os familiares tentaram ajudar, mas não teve jeito. É que a pessoa realmente saiu de casa e foi para a rua, é usuária de crack e aí vou entender o comportamento da pessoa. Os familiares não conseguem ter e manter aquela pessoa em casa, porque elas roubam tudo que tem em casa. Vendem isso, vendem aquilo, coisas de dentro de casa, para poder adquirir o dinheiro para consumir a droga. Nesse caso específico, quando a mãe foi visitar ela acabou furtando coisas de outras mães da UTI, furtou um par de tênis e uma bolsa de maternidade que era de outro bebezinho que estava lá também. Tem que estar cuidando para não deixar o Posto de Enfermagem sozinho, nos outros quartos sempre oriento para não deixarem nada de valor. Muitas vão para a prostituição para conseguir o dinheiro para usar o crack. Algumas que já morreram por serem usuárias de crack, que eram aliciadas à prostituição. Essas mulheres são aliciadas na prostituição e o aliciador delas é quem traz. Então, é nítido o comportamento, umas faziam programa e o filho já fica para adoção.

3 - REPRESENTAÇÃO SOCIAL ACERCA DA FORMA COMO AS MULHERES USUÁRIAS DE CRACK SÃO RECEBIDAS NO SETOR

As mulheres usuárias de crack são recebidas da mesma forma que as que não fazem o uso do crack, mas a preocupação por parte da equipe é com o bebê que irá nascer. O fluxo de atendimento das mulheres usuárias de crack no hospital é fazer uma ficha de atendimento no Pronto Socorro, serem encaminhadas ao Centro Obstétrico e caso necessitem ou após o parto,

ficarem internadas na maternidade. Apesar dessa percepção, essas mulheres ao serem recebidas no setor, sofrem algum tipo de discriminação por parte de alguns profissionais. Esses fazem julgamentos, indiretas, comentários, críticas, deboche, deixam as mulheres sozinhas, não conversam com elas e tem algum tipo de preconceito. Nesse sentido, são tratadas de forma diferenciada e com preconceito pelos membros da equipe, tanto médica como de enfermagem e não são bem recebidas no setor. Os profissionais acreditam que a forma como estas mulheres são recebidas no setor depende das crenças, valores e concepções de vida de cada profissional. Eles também acreditam que as mulheres usuárias de crack são marginalizadas, não possuem as mesmas chances que as outras pessoas, de se recuperarem e conseguirem um trabalho. Por outro lado, os profissionais afirmaram que as pessoas que prestam a assistência as mulheres usuárias de crack são acolhedoras durante o cuidado.

Ideia central 1: As mulheres usuárias de crack são recebidas da mesma forma que as que não fazem o uso do crack.

Expressões-chaves

Eu não vejo diferenciação. Quanto ao atendimento não percebo diferença de tratamento. Eu acho que elas têm um bom tratamento. (E1)

Não só as usuárias de drogas, mas todas são recebidas do mesmo jeito. Ou elas vêm encaminhadas do Posto ou elas vêm da rua. Se tiver que fazer algum protocolo é feito. Tudo como qualquer outra internação, não tem nada de diferenciado para usuária ou não. (E5)

O tratamento é igual às outras. O tratamento é o mesmo, pelo menos da parte da enfermagem. (E6)

São recebidas da mesma forma que as outras. É normal. A gente tenta tratar elas da mesma forma que trata as outras: com respeito, com carinho, com atenção (E7)

Da mesma forma como as outras. Da mesma forma. Não tem diferença. É da mesma forma. Todos os cuidados são os mesmos (E8) Não foge muito dos outros não. (E9)

Eu não vejo que seja tratado diferente. (E10)

A gente não faz diferença no atendimento. Claro que tem que ter um cuidado especial. (E11)

Geralmente nós damos atendimento igual para todas. O tratamento é igual. (E12)

As usuárias não são distintas. Elas são recebidas da mesma maneira, que as outras mulheres. São acolhidas igualmente sem distinção. Não há uma diferenciação no acolhimento por serem usuárias de crack. (E13)

Olha da mesma forma das outras. A gente recebe igual. Se Centro Obstétrico chama a gente recebe. (E14)

DSC: Eu não vejo diferenciação. Geralmente dou atendimento igual para todas as usuárias. Elas são recebidas da mesma maneira que as outras mulheres, sem distinção. Não há uma diferenciação no acolhimento por serem usuárias de crack. Se o Centro Obstétrico chama eu recebo, se tiver que fazer algum protocolo, é feito, tudo como qualquer outra internação. O tratamento é o mesmo, pelo menos da parte da enfermagem. Tento tratar elas da mesma forma que trato as outras, com respeito, com carinho, com atenção, tem que ter um cuidado especial.

Ideia central 2: A preocupação por parte da equipe é com o bebê que irá nascer.

Expressões-chave:

As pessoas tendem a ter até uma atenção maior em relação a como é que esse bebe vai nascer e o que vai acontecer depois com essa criança. Eu acho que a preocupação maior da gente é essa (E1)

As vezes é feto morto, então a gente vê muito feto morto. [...] É muito triste isso. Tem pacientes que relatam que usaram e já chegam aqui em trabalho de parto prematuro, ou com algum problema na gestação. (A3)

Elas aguentam mais a dor do trabalho de parto, eu não sei se é porque elas estão mais “alienadas” Geralmente elas não conseguem amamentar, tem que esperar o tempo de se “limpar”. Elas querem vivenciar aquele momento, mas elas não têm condições psicológicas de cuidar de uma criança. Acho que é isso que é a diferença. (A5)

Quase todas que eu “peguei” usuárias de crack nasceram prematuros, não me lembro de nenhum eu entregar direto para a mãe, todos foi preciso levar para a NEO. (A6)

Ter um cuidado maior de já prestar mais atenção no bebe. Às vezes a gente leva o bebe até para o Posto e dá mamadeira, troca fralda, dá banho. Faz todo o cuidado que tem que ser feito com o bebe. A gente faz porque elas ficam sem condições de fazer. Às vezes elas estão em crise de abstinência e a gente cuida se ela não vai ser agressiva com o bebe, se não está dormindo na cama e se não vai dormir em cima do bebe. Cuidado se não tem o risco de ela deitar e amassar o bebe (E7)

Os cuidados de uma forma geral, claro que a gente fica mais atenta com ela própria. Orientações quanto à higiene e com a criança em si. Às vezes alguns comentários surgem: “Coitada da criança”. (E8)

Uma coisa que a gente observa, e claro que a gente tem que ter um cuidado maior, é a questão da amamentação. Temos um cuidado maior com a questão da amamentação do bebe. (E9)

Elas já vêm do Centro Obstétrico recomendadas de que são usuárias e aí a gente já avisa a equipe de que aquela mãe é usuária porque a gente tem que ter uma atenção maior para ver se ela dá atenção ao bebe. Vemos se ela tem acompanhante para ajudar, se o leite está sendo dado nos horários, se os cuidados do RN estão sendo feitos. Então, a gente tem que ficar com um olhar melhor naquela criança, esse é o diferencial. A gente fica preocupada. Eu mesma tenho filhos e a gente diz assim: “Esse aí tomara que Deus ajude e que as Conselheiras realmente façam esse acompanhamento”. Não deixa de ser mais um bebe indefeso e que está sujeito a ir parar na rua, de repente. Um bebe morreu de desnutrição e a outra criança de dois anos tinha peso de meses. Essas situações são coisas que esse bebe pode vir a estar passando, principalmente se não tiver um acompanhamento fora do hospital. (E10)

A gente orienta se vai vir leite ou se não vai vir, orienta como dá o leite, enfim os cuidados principais com o RN pós-parto. [...]. Parece que elas não têm um apego ao bebe como as outras mães. [...]. Quando elas estão bem sonolentas eu sempre digo que nós podemos pegar o bebezinho e deixar no Posto de Enfermagem conosco para que ela possa descansar. Porque ela não vai ter condições. Às vezes no segundo dia que ela está mais acordada, aí a gente tenta que o bebe fique com ela, mas a gente fica em cima também, com medo que aconteça alguma coisa com o bebe. É um cuidado com um pouco a mais de atenção, principalmente pelo bebezinho. A gente vê alterações do bebezinho. É um bebe mais agitadinho, que não tem aquele olhar sereno de RN. É um olhar diferente. (E11)

Existe um manejo específico com o RN, que se ela tiver utilizado a droga com menos de 24 horas tem que esperar um tempo para iniciar a amamentação. Apenas tem um cuidado a mais com o RN de orientar a esperar para amamentar. (E13)

Uma vez a mulher não cuidava do bebe. Nós tivemos que ficar vigiando. Pegamos o bebe e levamos para o posto de enfermagem. Ela não queria nem ver a criança. Dai nos como somos mães já fica um clima diferente, porque é uma usuária, mas se é uma que maltrata o bebe a gente já fica assim e se coloca no lugar do bebezinho. (E14)

DSC: As pessoas tendem a ter uma atenção maior em relação ao bebê, como vai nascer e o que vai acontecer depois com essa criança. Tenho um cuidado maior com o bebê, às vezes levo ele até o posto e dou mamadeira, troco fralda, dou banho, faço todo o cuidado que tem que ser feito. Quando elas estão bem sonolentas eu sempre digo que posso pegar o bebezinho e deixar no Posto de Enfermagem, para que ela possa descansar. Tenho que ficar vigiando, uma vez peguei o bebê e levei para o posto de enfermagem, a mãe não queria nem ver a criança. Como sou mãe, já fica um clima diferente, porque uma usuária trata bem, mas se é uma que maltrata o bebê já fico assim, me coloco no lugar do bebezinho. Eu cuido se ela não vai ser agressiva com o bebê e se não vai dormir em cima do bebê. Tem que ter um cuidado maior com a questão da amamentação do bebê. Elas aguentam mais a dor do trabalho de parto, eu não sei se é porque elas estão mais “alienadas”, mas elas não conseguem amamentar, tem que esperar o tempo de se “limpar”. Percebo que elas querem vivenciar aquele momento, mas elas não têm condições psicológicas de cuidar de uma criança. Acho que é isso que é a diferença. Elas já vêm do Centro Obstétrico e já aviso a equipe de que aquela mãe é usuária, porque tem que ter uma atenção maior para ver se ela dá atenção ao bebê, se o leite está sendo dado nos horários, se os cuidados do RN estão sendo feitos. Tento que o bebê fique com ela, mas a fico em cima também, com medo que aconteça alguma coisa com o bebê. Vejo alterações do bebezinho, é um bebe mais agitadinho, é um bebe que não tem aquele olhar sereno de RN, é um olhar diferente. Existe um manejo específico com o RN, que se ela tiver utilizado a droga com menos de 24 horas tem que esperar um tempo para iniciar a amamentação. Um bebê morreu de desnutrição e a outra criança de 2 anos tinha peso de

meses. Essas situações são coisas que esse bebê pode vir a estar passando, principalmente se não tiver um acompanhamento fora do hospital. Fico preocupada e penso: “Esse aí tomara que Deus ajude e que as Conselheiras realmente façam esse acompanhamento”. Não deixa de ser mais um bebê indefeso e que está sujeito a ir parar na rua, de repente, porque ela não vai ter condições. Quase todas que eu atendi, usuárias de crack, nasceram prematuros, não me lembro de nenhum eu entregar direto para a mãe, todos foram preciso levar para a NEO. As vezes é feto morto, então vejo muito feto morto, é muito triste isso. Tem pacientes que relatam que usaram e já chegam aqui em trabalho de parto prematuro ou com algum problema na gestação.

Ideia central 3: O fluxo de atendimento das mulheres usuárias de crack no hospital e fazer uma ficha de atendimento no Pronto Socorro, encaminhar ao Centro Obstétrico e caso necessitem ou após o parto ficam internadas na maternidade.

Expressões-chave:

Primeiro ela já marcou a ficha dela. Sobe e entrega a ficha aqui e aguarda atendimento. A gente não tem acolhimento com classificação de risco aqui no Centro Obstétrico. Ela é atendida pelo médico e aí vai ver se interna ou não (E2)

A primeira coisa que a gente faz quando elas chegam, se vai ficar internada ou algum atendimento, nós tentamos coletar algumas informações a respeito delas: se teve gestação anterior, quando é que foi; se este bebe está com ela ou se não está, as testagens rápidas. Ver se precisa entrar com algum protocolo e depois, somente no momento do parto, para conhecer quais são as condições que esta paciente tem (E3)

Elas fazem a ficha de atendimento lá no Pronto Atendimento. Sobem aqui para o Centro Obstétrico e são avaliadas. Se estiverem mesmo em trabalho de parto ou já ganhando vão para o leito e são atendidas (E5)

Geralmente, elas são atendidas lá na frente. Quando elas estão em trabalho de parto são avaliadas pela médica que analisa a dilatação e avisa a equipe que vai internar (E6)

Elas entram para ganhar o bebe no Centro Obstétrico ou se elas tiverem algum problema, apresentarem alguma intercorrência, aí elas internam antes aqui também. Ou senão elas vão para ganhar o bebe no Centro Obstétrico e de lá elas vêm para cá (E7)

Elas são recebidas no Centro Obstétrico e ficam em trabalho de parto. Se der para evoluir para o parto normal faz o parto normal caso contrário vai para cesariana (E12)

DSC: Não tem acolhimento com classificação de risco aqui. Elas fazem a ficha de atendimento lá no Pronto Atendimento, sobem para o Centro Obstétrico e entregam a ficha, aguardam atendimento e são avaliadas pelo médico para ver se interna ou não. Se estiverem mesmo em trabalho de parto ou já ganhando vão para o leito e são atendidas. Se vai ficar internada ou algum atendimento, tento coletar algumas informações a respeito dela, se teve

gestação anterior, quando é que foi, se este bebê está com ela ou se não está, as testagens rápidas. Ver se precisa entrar com algum protocolo e depois somente no momento do parto para conhecer quais são as condições que esta paciente tem. Se elas tiverem algum problema ou se elas apresentarem alguma intercorrência, elas internam antes na Maternidade, ou se não elas vão para ganhar o bebê no Centro Obstétrico e de lá elas vêm para cá. Elas são recebidas no Centro Obstétrico, ficam em trabalho de parto se der para evoluir para o parto normal faz o parto normal, caso contrário vai para cesariana.

Ideia central 4: Mulheres usuárias de crack ao serem recebidas no setor sofrem algum tipo de discriminação por parte de alguns profissionais. Esses fazem julgamentos, indiretas, comentários, críticas, deboche, deixam as mulheres sozinhas, não conversam com elas e tem algum tipo de preconceito.

Expressões-chave:

Eu acho que a enfermagem consegue ver um pouquinho melhor essa paciente, mas o profissional médico parece que tem um pouco. Eu não posso te dizer se é aversão, se é julgamento ou de achar que ela está daquele jeito ali porque ela simplesmente quer. Outras questões que não é apenas nesse tipo de violência, que às vezes a gente pensa que violência é a pessoa vir te falar diretamente, mas as indiretas são tipos de violência também, os comentários e as indiretas: _há está nessa vida por quê? Não tem ninguém por você? Todo mundo já te abandonou. Então, eu não sei. Às vezes quem faz um tratamento diferenciado, para mim, discriminatório é porque ele acha que a pessoa está ali porque quer. Já quem tem tanto tratamento por aí e é tão fácil fazer o tratamento. Então por que não faz? Não faz porque não quer. E não é assim, não é. Quando se fala de crack, não é. (E2)

Normalmente, mais de 90% e quando passa a paciente para nós eles já passam com aquela crítica da paciente: _ chegou à fulana e ela é usuária de drogas. A paciente está chapada. Está na cara que ela está drogada. (E4)

Ela foi recepcionada lá na frente e quando a técnica me chamou ela já veio rindo e me disse: _ tem uma moça que tem dois maridos e a gente quer saber quem vai entrar? E a médica também. No fim estava todo mundo naquele deboche. Ela não tinha dois maridos como estava todo mundo debochando. Foi um caso que todo mundo, os médicos e os enfermeiros estavam falando muito mal dela e na realidade não foi nada daquilo que tinha acontecido. (E4)

Algumas deixam a mulher sozinha. Fazem o que tem que fazer e saem. Não conversam, já sabem o que vai acontecer: _ Elas não estão ouvindo mesmo o que eu estou falando. (E5)

Eu estou aqui há quatro meses. Eu não percebo formas diferentes de tratamento. Somente, às vezes, algum comentário que estão sujas. Tem uma pessoa mais antiga que já está há bastante tempo e que já tem um pré-conceito formado. Que gosta de fazer comentários. Muitas vezes fazem aquele comentário e nem sabem como foi o antes daquela pessoa. Na verdade, as

peças não sabem qual o histórico de vida dessas pessoas e já vai logo com esse preconceito, com a visão bem fechada (E8)

Às vezes elas são mal recebidas e, por conta disso, são agressivas, não são colaborativas. Já tem um preconceito delas. Eu sinto que as pessoas ficam um pouco mais diferenciadas no tratamento. Mas a maioria a gente tenta não tachar. Só por ser usuária terá um tratamento diferenciado. (E9)

Uma piadinha ou outra entre elas sempre tem (E10)

Quando nos avisam que é usuária, a gente acaba tendo um cuidado maior, seja pela questão do furto (E11)

A enfermeira do Centro Obstétrico quando faz a liberação ela já comunica: _ Esta paciente é usuária de crack. Está agitada, está querendo medicação ou não está aceitando. É bem complicado. Também fala do acompanhante, que o marido também é um pouco estranho. Sempre que elas observam algo de diferente elas nos informam. Ai a gente se prepara no sentido de colocar esta paciente em uma enfermaria sozinha se der. Isso é um medo que eu tenho. E quando eu vejo estas pacientes usuárias chegando aqui geralmente o namorado, marido, companheiro também é usuário. Então, são pessoas que nós temos que ter um pouco de cuidado, procurar não deixar o posto sozinho (E12)

Mas a gente percebe muito, principalmente na classe médica. Acabam discriminando a mulher, dizendo que elas trazem prejuízos não para elas, mas para os filhos. Se acaba acontecendo alguma coisa elas são responsáveis. O bebe nasceu ruim, dai ficaram falando: _ Está vendo foi por sua culpa que o bebe nasceu deste jeito. As pessoas discriminavam não só por serem usuárias de crack; Aí diziam: _ Mais um menino no mundo para sofrer. As pessoas também eram muito grosseiras com ela. Lembro que quando as pessoas foram grosseiras e ela revidou com grosseria as pessoas se afastaram (E13)

Tem umas que tratam bem, umas já ficam assim: _ É uma drogada. Como vai ter filho. É a própria questão do preconceito. Tem uma diferença. Tem algumas que tratam bem outras não. Tem o preconceito. Infelizmente. Às vezes, é involuntário no olhar. _ Se são usuárias porque fazem um filho? Colocam mais uma criança no mundo para sofrer. (E14)

DSC: Uma questão que elas enfrentam é a violência, de virem falar diretamente e das indiretas, são tipos de violência também, os comentários e as indiretas: -Está nessa vida por quê? -Não tem ninguém por você? -Todo mundo já te abandonou? Eu acho que a enfermagem consegue ver um pouquinho melhor essa paciente, mas o profissional médico parece que tem um pouco, eu não posso te dizer se é aversão, se é julgamento ou de achar que ela está daquele jeito porque simplesmente quer. Às vezes quem faz um tratamento diferenciado, para mim, discriminatório, é porque acha que a pessoa está ali porque quer. Já que tem tanto tratamento por aí e é tão fácil fazer o tratamento, então por que não faz? -Não faz porque não quer. Normalmente, mais de 90%, quando passa a paciente, já passam com aquela crítica: -Chegou a fulana e é usuária, está chapada, está na cara que está drogada. Algumas deixam

sozinhas, fazem o que tem que fazer e saem, não conversam, já sabem o que vai acontecer: -É que elas não estão ouvindo mesmo o que eu estou falando. Às vezes algum comentário que estão sujas, comentários preconceituosos. Tem uma pessoa mais antiga que já está há bastante tempo e que já tem um pré-conceito formado. Que gosta de fazer mais comentários. Muitas vezes fazem comentários e nem sabem como foi o antes daquela pessoa. Na verdade, eu penso que as pessoas não sabem qual o histórico de vida e já vai logo com esse preconceito, com a visão bem fechada. Às vezes elas são mal recebidas e por conta disso são agressivas, não são colaborativas. Eu sinto que as pessoas ficam um pouco mais diferenciadas no tratamento. Mas a maioria tenta não tachar. Só por ser usuária terá um tratamento diferenciado. Quando avisam que é usuária acabo tendo um cuidado maior, seja pela questão do furto. A enfermeira do Centro Obstétrico quando faz a liberação, já comunica: -Esta paciente é usuária de crack... -Tem um marido estranho vai lá fora. Sempre que elas observam algo de diferente elas me informam. Ai me preparo no sentido de colocar esta paciente em uma enfermaria sozinha, se der. Isso é um medo que eu tenho, quando eu vejo estas pacientes usuárias chegando aqui, geralmente o namorado, marido, companheiro também é usuário. Então, são pessoas que tenho que ter um pouco de cuidado, procurar não deixar o posto sozinho. Percebo muito, principalmente na classe médica, acabam discriminando a mulher, dizendo que elas trazem prejuízos não para elas, mas para os filhos. Se acaba acontecendo alguma coisa elas são responsáveis, se o bebê nasceu ruim, é dito: -Está vendo foi por sua culpa que o bebê nasceu deste jeito. Lembro que quando as pessoas foram grosseiras, ela revidou com grosseria e as pessoas se afastaram. Tem algumas que tratam bem, outras não. Mas tem o preconceito infelizmente. Às vezes é involuntário no olhar: -Se são usuárias por que fazem um filho? - Colocam mais uma criança no mundo para sofrer. Uma foi recepcionada lá na frente e quando a técnica me chamou, ela já veio rindo e me disse: -Tem uma moça que tem dois maridos e quero saber quem vai entrar? E a médica também, no fim estava aquele deboche.

Ideia central 5: Mulheres que são usuárias de crack são tratadas de forma diferenciada e com preconceito pelos membros da equipe tanto médica como de enfermagem e não são bem recebidas no setor.

Expressões-chave:

Posso te dizer que não é todo mundo que trata igual a paciente. Posso te dizer que não é específico só de uma classe A ou B, de médicos ou enfermeiros. (E2)

Eu acho que o preconceito aqui no nosso hospital é bem grande pela parte médica que é quem recebe elas num primeiro momento. Não vejo pela enfermagem, mas pela equipe em si. Eu as

vejo como mal recebidas pela porta de entrada. Então é bem complicado, acho que elas são bem mal recebidas no setor. (E4)

Algumas fazem o que tem que fazer de papelada e largam e seja o que Deus quiser. Na hora que tem que nascer vai nascer e pronto. Algumas né? Tanto da parte médica como até da enfermagem a gente vê também. (E5)

Aqui a gente, que eu percebo, de uma forma geral tentamos não diferenciar, mas têm algumas dessas mulheres que são muito trabalhosas. (E9)

DSC: Posso te dizer que não é todo mundo que trata igual a paciente, não é específico só de uma classe A ou B, de médicos ou enfermeiros. Eu acho que o preconceito aqui no nosso hospital é bem grande pela parte médica, que é quem recebe elas num primeiro momento e não vejo pela enfermagem, pela equipe em si. Algumas fazem o que tem que fazer de papelada e largam e seja o que Deus quiser, na hora que tem que nascer, vai nascer e pronto, tanto da parte médica como até da enfermagem. Aqui, de uma forma geral, tento não diferenciar, mas tem algumas dessas mulheres que são muito trabalhosas.

Ideia central 6: A forma como estas mulheres são recebidas no setor depende das crenças, valores e concepções de vida de cada profissional.

Expressões-chave:

A forma como estas mulheres vão ser recebidas vai depender das crenças e valores de cada profissional. A maioria consegue ver um ser humano ali atrás que precisa de ajuda e que por mais que a gente queira ajudar a gente sabe que aqui a gente vai dar um atendimento mais digno possível para ela. A gente sabe que vai chegar na rua e vai voltar de novo. Eu não sei se é. Eu acredito que seja por concepções que a pessoa traz durante a vida. A gente não sabe como a pessoa enxerga a sociedade. Não é simplesmente falar: _ A é o marginalizado da sociedade. E também não sei se a pessoa já teve alguma história pessoal, porque a gente às vezes está aí vulnerável. Segurança a gente não tem. De repente já foi uma pessoa que foi assaltada, teve tentativa de assalto por uma pessoa que é usuária de crack ou de droga. Dai não sei. A gente carrega muitas coisas que vão afetar aqui diretamente na assistência que a gente presta (E2)

O ser humano é muito complicado. Cada um tem suas crenças e é claro que fala alguns termos que são pejorativos. Têm profissionais que falam mal. Isso depende de cada pessoa. Cada pessoa tem seu jeito de ser e de usar as palavras. Tem pessoas que usam termos pejorativos. Eu acho que depende muito da pessoa, não em relação à categoria profissional. Depende muito do caráter de cada um, da pessoa. Às vezes tem instrução, tem nível superior e tem uma conduta assim. Age desta forma, infelizmente (E9)

DSC: A forma como estas mulheres vão ser recebidas vai depender das crenças e valores de cada profissional. A maioria consegue ver um ser humano ali atrás, que precisa de ajuda e que por mais que queira ajudar, sei que aqui vai ter um atendimento mais digno possível para ela. Sei que vai chegar na rua e vai voltar de novo. Eu acredito que seja por concepções que a pessoa traz durante a vida, não sei como a pessoa enxerga a sociedade. Não é simplesmente falar: -A é o marginalizado da sociedade. Segurança não tem e cada pessoa teve alguma história pessoal, de repente já foi assaltada, teve tentativa de assalto por uma pessoa que é usuária de crack ou de drogas. Cada um carrega muitas coisas que vão afetar aqui diretamente na assistência prestada. O ser humano é muito complicado. Cada um tem suas crenças e é claro que fala alguns termos que são pejorativos. Têm profissionais que falam mal. Isso depende de cada pessoa. Cada pessoa tem seu jeito de ser e de usar as palavras. Eu acho que depende muito da pessoa, não em relação à categoria profissional. Depende muito do caráter de cada um, da pessoa. Às vezes tem instrução, tem nível superior e tem uma conduta assim. Age desta forma, infelizmente.

Ideia central 7: Os profissionais acreditam que as mulheres usuárias de crack são marginalizadas, não possuem as mesmas chances que as outras pessoas de se recuperarem e conseguirem um trabalho.

Expressões-chave:

Esse discurso ele é muito fácil explicar: _ Ele é um usuário porque ele é um marginalizado, porque é preto, porque é isso, porque é aquilo. É muito fácil isso. As chances não são as mesmas. Mas realmente saber que a chance dele não é igual a minha não é. Por mais que a pessoa se reabilite, que ela se recupere fisicamente e emocionalmente, ela vai para o mercado de trabalho e ela não tem as mesmas chances do que a outra pessoa. Mas eu não sei se é infelicidade mesmo da pessoa. Eu também não sei se não é a incapacidade do outro ver e dar graças a Deus que está numa situação melhor. Eu tenho emprego, eu tenho uma situação boa. (E2)

DSC. Esse discurso ele é muito fácil explicar: -é um usuário porque ele é um marginalizado, porque é preto, porque é isso, porque é aquilo. As chances não são as mesmas. Por mais que a pessoa se reabilite, que se recupere fisicamente e emocionalmente, ela vai para o mercado de trabalho e não tem as mesmas chances do que a outra pessoa. Mas eu não sei se é infelicidade mesmo da pessoa ou se não é a incapacidade do outro ver e dar graças a Deus que está numa situação melhor. Eu tenho emprego, eu tenho uma situação boa (E2)

Ideia central 8: As pessoas que prestam a assistência às mulheres usuárias de crack são acolhedoras durante o cuidado.

Expressões-chave

Eu acho que as pessoas com quem eu tive contato sempre foram muito acolhedoras nesse sentido (no cuidado). (E1)

A forma como ela é acolhida vai aparecer lá no bebe e nela. É uma caminhada longa, porque o preconceito é muito grande com elas. Então, precisam ser bem acolhidas no serviço. (E4)

Mesmo com essas que são usuárias eu procuro ser acolhedora, ter uma relação bem boa. Até justamente para poder chegar e prestar uma assistência e um cuidado que elas especificamente precisam. (E8)

DSC: Eu acho que as pessoas com quem eu tive contato sempre foram muito acolhedoras nesse sentido (do cuidado). A forma como ela é acolhida vai aparecer lá no bebê e nela. É uma caminhada longa, porque o preconceito é muito grande com elas. Então, precisam ser bem acolhidas no serviço. Mesmo com essas que são usuárias eu procuro ser acolhedora, ter uma relação bem boa, até justamente para poder chegar e prestar uma assistência e um cuidado que elas especificamente precisam.

4 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ACERCA DA DIFERENÇA NO TRABALHO DE PARTO DAS MULHERES USUÁRIAS DE CRACK EM RELAÇÃO AS QUE NÃO SÃO USUÁRIAS

O trabalho de parto das mulheres usuárias de crack é diferente. Elas são mais agitadas, o parto é mais tumultuado, têm menos percepção de dor. O uso do crack antes do parto repercute na maneira como este se dará, sendo mais rápido. Algumas dessas mulheres não se dão conta que estão em trabalho de parto ou do nascimento do filho. As orientações dadas pela equipe durante o trabalho de parto, muitas vezes, não são levadas em consideração. Elas têm menos expectativas na gestação e são comuns complicações com o nascimento prematuro ou de feto morto.

Ideia central 1: O trabalho de parto das mulheres usuárias de crack é diferente. Elas são mais agitadas, o parto é mais tumultuado, a percepção de dor delas é menor.

Expressões-chave:

As mulheres usuárias durante o trabalho de parto ficam mais agitadas. (E1)

Então é diferente. O trabalho de parto é mais tumultuado, mais agitado. (E2)

Ela chega mais agitada no trabalho de parto. (E3)

A mesma agitação que elas mantêm antes do trabalho de parto, elas mantêm depois. [...]. Elas se agitam muito na hora de ganhar. Elas gritam. É bem diferente. (E4)

Elas são mais agitadas. (E6)

Como te falei sempre chegam com muita agitação. A percepção de dor delas é diferente. Elas não sentem a mesma dor que as outras mulheres. (E12)

DSC: As mulheres usuárias durante o trabalho de parto ficam mais agitadas. Então é diferente. O trabalho de parto é mais tumultuado, mais agitado. Elas gritam, é bem diferente. Como te falei, sempre chegam com muita agitação. A percepção de dor delas é diferente, não sentem a mesma dor que as outras mulheres. A mesma agitação que elas mantêm antes do trabalho de parto, elas mantêm depois.

Ideia central 2: O uso do crack antes do parto repercute na maneira como se dará o parto.

Expressões-chave:

Dependendo do tempo que ela está sem usar ela fica inquieta (E1)

Elas chegam geralmente sobre efeito de droga. Elas chegam e passaram à noite inteira usando crack. Então, a evolução do parto é diferente. [...]. Se é uma gestante e entra em trabalho de parto nessa fase ela vai chegar transtornada, sob efeito de droga. Então é diferente. É gritante a diferença (E2)

Se ela usou há pouco tempo, ela chega mais torporosa, mas isso vai depender muito de como ela vai estar naquele momento. Mas é diferente! (E3)

Se ela usou naquele dia, geralmente ela já chega já está tendo a criança. (E4)

Geralmente elas usaram a pouco e como elas estão em efeito da droga, chegam diferentes no serviço (E6)

Se elas utilizam a droga antes de vir ou algumas horas antes o trabalho de parto é diferente. É mais complicado. [...]. Nós já pegamos mulheres que ganharam no banheiro do Pronto Atendimento, no corredor. Que ganharam em casa e na rua por serem usuárias e utilizarem a droga antes de virem para a maternidade (E11)

No trabalho de parto tem diferença. Se ela está sob o efeito da droga tem que cuidar da segurança dela (E12)

DSC: Dependendo do tempo que ela está sem usar, ela fica inquieta. Elas chegam geralmente sobre efeito de droga, passaram à noite inteira usando crack. Então, a evolução do parto é diferente. Se é uma gestante e entra em trabalho de parto nessa fase ela vai chegar transtornada, sob efeito de droga. Se ela usou há pouco tempo, ela chega mais torporosa, mas isso vai depender muito de como ela vai estar naquele momento. Já peguei mulheres que ganharam no banheiro do Pronto Atendimento, no corredor, que ganharam em casa e na rua por serem usuárias e utilizaram a droga antes de vir para a maternidade. Se ela está sob o efeito da droga tem que cuidar da segurança dela.

Ideia central 3: O trabalho de parto das mulheres usuárias de crack evolui mais rápido.

Expressões-chave:

Evolui muito rápido o trabalho de parto das mulheres usuárias de crack. (E1)

Nota-se a rapidez do trabalho de parto, muita evolução. [...]. O trabalho de parto destas mulheres é muito rápido. (E3)

Sim, a paciente que usa o crack ela ganha muito rápido. O parto dela evolui muito rápido. [...]. O bebê nasce muito rápido. [...]. Não sei se por um efeito fisiológico da droga ou até por uma questão de não sentirem tanto a dor, mas é bem diferente. [...]. É muito rápido o trabalho de parto [...]. Acredito que seja uma questão fisiológica do uso da droga. (E4)

Em algumas a gente nota que o expulsivo é mais rápido. As forças que elas fazem, os puxos involuntários são mais eficientes. (E5)

Elas já chegam em período expulsivo. Às vezes ganham lá na frente, porque elas ficam muito tempo na avaliação. [...]. Teve uma que acharam na rua e que estava com dor [...] quando a ambulância chegou ela ganhou na ambulância. [...]. Quando elas chegam já chegam em período expulsivo ou chegam com 8 cm. Aí é o tempo de colocar na sala de pré-parto, parto e puerpério imediato. (E6)

Pelo que eu vejo as gurias comentar é um trabalho de parto mais rápido. Eu não sei se é um estímulo para dar um relaxamento e relaxa a musculatura e o trabalho de parto é mais rápido. [...]. Pelo que eu vejo tende a ser um trabalho de parto mais rápido. (E11)

O que eu percebo não sei se é pelo efeito da droga, mas elas têm a percepção da dor menor, fazendo com que o trabalho de parto evolua mais rápido. [...]. O trabalho de parto é bem mais rápido. (E13)

DSC: Evolui muito rápido o trabalho de parto das mulheres usuárias de crack. Nota-se a rapidez do trabalho de parto, muita evolução. Eu não sei se é um estímulo para dar um relaxamento e relaxa a musculatura e o trabalho de parto é mais rápido. Não sei se por um efeito fisiológico da droga ou até por uma questão de não sentirem tanto a dor, mas é bem diferente. Em algumas eu noto que o expulsivo é mais rápido, as forças que elas fazem, os

puxos involuntários são mais eficientes. Teve uma que acharam na rua e que estava com dor, quando a ambulância chegou ela ganhou na ambulância. O que eu percebo, não sei se é pelo efeito da droga, mas elas têm a percepção da dor menor, fazendo com que o trabalho de parto evolua mais rápido.

Ideia central 4: Algumas mulheres usuárias de crack não se dão conta do trabalho de parto/nascimento do filho.

Expressões-chave:

O nenê está nascendo e elas estão gritando. Não se dá conta do nascimento. O nenê nasce e não querem nem ver a criança. Outras querem ver, querem agarrar e querem ficar. Outras têm repulsa, não querem nem ver, não sabem o que está acontecendo (E2)

Às vezes a criança nasce mal e não tem nem como ficar ali com a mãe, tem que ser atendida imediatamente. É diferente, não se dão conta do nascimento. [...]. Não se dão conta. Quando ela chega aqui, nós mandamos para a maternidade e quando vamos ver ela já foi embora. (E3)

Muitas vezes elas desencadeiam o trabalho de parto, elas ganham o bebe e já pulam da cama. Elas vão para o chuveiro. Nem se dão conta do que aconteceu. (E4)

As que são usuárias, elas focam naquilo ali e elas fazem aquilo ali involuntariamente. Não se dão conta. [...]. Porque o nascimento, o parto em si ele vai acontecer de qualquer jeito. Se ela está sentindo aquela dor ela vai fazer força porque é involuntário. (E5)

Eu acho que elas não sentem dor ou perdem liquido e não se dão conta que estão ganhando o bebê. (E6)

Nós já pegamos mulheres que ganharam o bebe e nem se dão conta. [...]. Elas ficam anestesiadas e não sentem esse processo doloroso do trabalho de parto. (E11)

Às vezes elas chegam e o bebê está coroando e elas nem sabem o que está acontecendo ou expressam a dor. (E12)

DSC: O nenê está nascendo e elas estão gritando, não se dão conta do nascimento. O nenê nasce e não querem nem ver a criança. Umas querem ver, querem agarrar e querem ficar. Outras têm repulsa, não querem nem ver, não sabem o que está acontecendo. Elas ganham aquele nenê e elas já pulam da cama, vão para o chuveiro, nem se dão conta do que aconteceu. Eu acho que elas não sentem dor ou perda de liquido e não se dão conta que estão ganhando o bebê. As vezes elas chegam o bebe está coroando e elas nem sabem o que está acontecendo ou expressam a dor, parece que elas ficam anestesiadas e não sentem esse processo doloroso do trabalho de parto. Quando ela chega aqui, nós mandamos para a maternidade e quando

vamos ver ela já foi embora. As que são usuárias, elas focam naquilo ali e elas fazem aquilo ali involuntariamente, não se dão conta.

Ideia central 5: As orientações dadas pela equipe para às mulheres usuárias de crack durante o trabalho de parto, muitas vezes não são levadas em consideração.

Expressões-chave:

Ela não presta muito a atenção no que você fala. Apresenta um olhar distante às vezes. [...]. A orientação que a gente faz para ela não vai fazer muita diferença. [...]. Essas orientações que a gente dá durante o trabalho de parto, por exemplo, pedir para ela caminhar ou fazer algum exercício durante o trabalho de parto, ir para um chuveiro, ou até mesmo se alimentar, tomar um líquido; elas parecem não dar tanto valor (E1)

A grande maioria não faz nem pré-natal. Então, é muito mais difícil dar as orientações. (E2)

A gente tem que explicar que a hora que tiver que fazer força elas vão fazer a força e tem umas que não entendem e fazem a força errada e se cansam demais. (E5)

Ela não tem uma comunicação efetiva. Muitas não seguem as orientações. Então precisa ter um acompanhamento o tempo todo. Eu não deixaria uma mulher sozinha assim. [...]. Às vezes elas não estão a fim de falar, não te olham, não te ouvem, não querem nada. Ai como você vai avaliar uma paciente desta. A paciente precisaria estar no movimento, na bola, caminhando, uma massagem na lombar, no banho, mas uma paciente dessas não quer nem te ouvir. Até mesmo o questionário que tem que preencher dela ela não vai querer. Até o teste rápido que vai fazer nela tem que explicar, conversar para convencer ela fazer. Então tem uma diferença sim. [...]. A primeira diferença é a forma como você vai chegar nela. Se você chegar com julgamento crítico, forçar ela, jogar um monte de informação que ela tem que obedecer, ela não vai querer nem olhar na tua cara. Então acredito que tem que ter mais atenção com elas, dar mais carinho, e ser firme quando tem que ser. Tem que pensar na segurança porque tu não deixas de não pensar na segurança. (E12)

DSC: A primeira diferença é a forma como se chega nela, se chegar com julgamento crítico, forçar ela, jogar um monte de informação, que ela tem que obedecer, ela não vai querer nem olhar na minha cara, então acredito que tem que ter mais atenção com elas, dar mais carinho, e ser firme quando tem que ser, pensar na segurança. Às vezes, ela não está a fim de falar, não olham, não ouvem, não querem nada. A paciente precisaria estar no movimento na bola, caminhando, uma massagem na lombar, no banho, mas uma paciente dessa não quer nem te ouvir. Até mesmo o questionário que tem que preencher dela, ela não vai querer, até o teste rápido que vai fazer nela tem que explicar, conversar para convencer ela fazer. Então, tem uma diferença sim. Essas orientações durante o trabalho de parto, por exemplo, pedir para ela caminhar ou fazer algum exercício durante o trabalho de parto, ir para um chuveiro ou até mesmo se alimentar, tomar um líquido, parece que não dão tanto valor. Tem que explicar que

a hora que tiver que fazer força o corpo delas vai fazer a força e isso é involuntário. Sem querer teu corpo vai fazer e tem umas que não entendem que fazem a força errada e se cansam demais. Ela não presta muito atenção no que é falado, um olhar distante às vezes. A orientação que se faz não vai fazer muita diferença. Ela não tem uma comunicação efetiva. Muitas não seguem as orientações. Então, precisa ter um acompanhamento o tempo todo. Eu não deixaria uma mulher sozinha assim

Ideia central 6: Mulheres usuárias de crack têm menos expectativas com a gestação.

Expressões-chave:

É diferente pela expectativa que é depositada naquela gestação. (E2)

Não tem o que falar, é gritante a diferença. Já é diferente para uma que planeja de uma que não planeja a gestação. Para uma que quer um parto e uma que não quer, não tem expectativa. (E3)

Não sabe nem que jeito que a criança vai vir ao mundo. Então, imagina para uma pessoa que é dependente química. (E4)

DSC: Não tem o que falar, é gritante a diferença. Já é diferente para uma que planeja de uma que não planeja a gestação. Para uma que quer um parto e uma que não quer, não tem expectativa. É diferente pela expectativa que é depositada naquela gestação. Não sabe nem que jeito que a criança vai vir ao mundo. Então, imagina para uma pessoa que é dependente química.

Ideia Central 7: São comuns complicações com o nascimento de feto morto ou nascimentos prematuros.

Expressões-chave:

Algumas vezes chegam aqui com o feto morto. Então, a gente vê muito feto morto. [...] É muito triste isso. Têm pacientes que relatam que usaram e já chegam aqui em trabalho de parto prematuro, ou com algum problema na gestação. (E3)

Quase todas que eu peguei usuárias de crack tiveram partos prematuros. Não me lembro de nenhum eu entregar direto para a mãe. Todos foram levados para a UTI neonatal. (A6)

Às vezes vem para nos no trabalho de parto, geralmente prematuro. Vem pra cá depois vai para o Centro Obstétrico, tem o aborto. Outros nascem prematuro ai vão para UTI neonatal. Essa é a diferença que noto das outras gestantes. (E14)

DSC: Algumas vezes chegam aqui com o feto morto. Então, vejo muito feto morto, é muito triste isso. Às vezes, o trabalho de parto é prematuro, vem para cá e depois vai para o Centro Obstétrico e tem o aborto. Outros nascem prematuros e vão para UTI neonatal. Quase todas que eu peguei, usuárias de crack, tiveram partos prematuros. Não me lembro de nenhum de eu entregar direto para a mãe. Todos foram levados para a UTI neonatal. Essa é a diferença que noto das outras gestantes.

5- REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ACERCA DA PERCEPÇÃO DO CUIDADO QUE AS MULHERES USUÁRIAS DE CRACK PRESTAM AO RECÉM-NASCIDO NO PÓS-PARTO

A maioria das mulheres usuárias de crack tem dificuldade de desenvolver o apego com o bebê logo após o parto. Alguns membros da equipe, no entanto, acham que elas são carinhosas com o bebê e tem a intenção de amamentar. Enquanto o bebê está na unidade seus cuidados são responsabilidade da equipe de enfermagem. A equipe tem uma atenção maior com o bebê por ser de mulher usuária de crack. Assume os cuidados com o recém-nascido por preocupação/ medo em relação a algum acidente/ descuido com o mesmo por parte da mãe. O contexto de vida da mulher usuária de crack influenciará no cuidado que as mesmas têm com o bebê delas. Sentem-se culpadas com o que possa acontecer com bebê devido ao uso do crack. No entanto, muitas mulheres negligenciam o cuidado com a criança, sendo que algumas dessas crianças, após o nascimento, vão direto para adoção.

Ideia central 1: A maioria das mulheres usuárias de crack tem dificuldade de desenvolver o apego com o bebê logo após o parto.

Expressões Chave:

Eu percebo que a maioria não tem muito apego com a criança, principalmente aquelas que são moradoras de rua ou que têm vários filhos. Não tem muito apego. (E1)

A grande maioria não tem vínculo mesmo. Às vezes, ficam com a criança no colo, mas não olham. Não tem aquele cuidado, aquela preocupação. Às vezes perguntam: _ Está inteirinho? É saudável? Tem algum problema? Mas aquele vínculo aquele olhar de mãe, aquela troca não lembro de nenhuma. [...] Também noto que não é a mesma coisa. Não tem o olho no olho. Geralmente, ela passa esse cuidado para o acompanhante. [...] fica tipo alguém colocou essa criança para mamar em mim. É diferente. É bem perceptível a falta de vínculo. [...] Elas têm em mente algo do tipo: _ A minha mãe vai me cobrar. Alguém vai cobrar isso dela, mas não que ela vá demonstrar aquele amor. Ela demonstra pelo menos o que eu percebo que alguém

vai cobrar dela aquilo ali. Não é uma preocupação dela. Ela está preocupada em o que ela vai dizer para os outros depois, pelo menos eu percebo assim. [...] fizemos todos os cuidados e chegamos para ela que estava dormindo aí perguntamos quer que a gente coloque o bebe aqui, aí ela olhou para a criança tipo tá fazer o que bota, aí colocamos o bebê do lado dela aí ela dormiu apagou. (E3)

Não estão nem aí. Geralmente, quando é maiorzinho, elas até querem ver. A gente tem que mostrar para alguém quando nasce e a maioria não quer ver. A maioria delas não se preocupa com o bebe. (E6)

Elas têm uma dificuldade bem grande de cuidar do bebe. Elas não cuidam. Elas são negligentes. A gente pode até dizer isso, que são negligentes com o cuidado com o bebe. [...] Nem todas querem, não tem apego. [...]. Mas vem uma e outra que acontece delas não quererem mais a criança, ou porque já tem muitos filhos. (E7)

Sim, já tem esse distanciamento. Tem umas que tu até vê que “pegam” um vínculo maior e tu achas que elas não vão deixar, mas é assim mesmo. Elas deixam a criança. Elas recebem alta e vão embora e deixam a criança. Elas nem olham para trás. (E8)

Tem umas que quando já sabem que a criança vai ser institucionalizada ela nem têm aquele apego e não querem a criança. (E9)

Essas mães usuárias elas não têm muito cuidado com o recém-nascido. (E10)

Na maioria das vezes elas estão sonolentas e não prestam cuidado adequado. Tem exceções, mas a grande maioria não tem um vínculo de amor e de carinho, pelo que eu percebo. Tu não vêes o vínculo de estar no colo, de estar afagando. Muitas vezes ele está chorando e a gente que tem que avisar elas, porque elas estão dormindo e o bebezinho está no berço chorando. A gente vai ver o bebezinho e está regurgitado ou está com a fralda suja. Ela não tem esse vínculo de amor e de carinho. (E11)

Elas são mais displicentes. [...] e teve outro caso que me contaram, [...], a criança nasceu com alguma síndrome e a mãe tentou afogar na torneira. Maluca mesmo, sem apego nenhum. (E14)

DSC: Eu percebo que a maioria não tem muito apego com a criança, principalmente aquelas que são moradoras de rua ou que têm vários filhos. A grande maioria não tem vínculo mesmo. Às vezes, ficam com a criança no colo, mas não olham. Não tem aquele cuidado, aquela preocupação. Na maioria das vezes elas estão sonolentas e não prestam cuidado adequado. Tem exceções, mas a grande maioria não tem um vínculo de amor e de carinho, pelo que eu percebo. Não vejo o vínculo de estar no colo, de estar afagando. Muitas vezes o bebê está chorando e tenho que avisar elas, porque estão dormindo e o bebezinho está no berço chorando, está regurgitado ou está com a fralda suja. Ela não tem esse vínculo de amor e de carinho. Essas mães usuárias não têm muito cuidado com o recém-nascido, aquele vínculo, aquele olhar de mãe, aquela troca, não lembro de nenhuma. Também noto que não tem o olho no olho. Geralmente, ela passa esse cuidado para o acompanhante. É bem perceptível a falta de vínculo. Elas são negligentes, mais displicentes, nem todas querem, não tem apego.

Acontece de elas não quererem mais a criança ou porque já tem muitos filhos. Tem esse distanciamento. Elas recebem alta, vão embora e deixam a criança. Elas nem olham para trás. Outras quando já sabem que a criança vai ser institucionalizada nem têm aquele apego e não querem a criança.

Ideia central 2: Alguns membros da equipe, no entanto, acham que as mulheres usuárias de crack são carinhosas com o bebê e tem a intenção de amamentar seu filho.

Expressões Chave:

Muitas acolhem o nenê e pegam no colo, conseguem prestar ali um cuidado mínimo, vamos dizer, com a criança, de segurar no colo, de colocar no peito. Quando elas podem amamentar. [...] A maioria que eu tive, por incrível que pareça, elas não têm aquele sentimento de negação com o nenê. Elas podem até falar ali num impulso. É claro acabaram de nascer, tiveram uma criança que elas não queriam. (E2)

Em geral, eu acredito que elas tenham um cuidado bom com o recém-nascido. Eu acredito que naquele momento que elas recebem o bebê elas normalmente são bem carinhosas. Elas têm a intenção de amamentar. [...] geralmente elas são carinhosas com o bebe, elas manifestam uma vontade de amamentar e agente conversa bastante se elas vão parar ou se elas não vão. [...] Às vezes elas são mais carinhosas que as outras mães. A outra que não é usuária às vezes está mais preocupada em tirar uma foto e postar já no Instagram e Facebook. [...] A gente sabe que quando ela usar droga lá fora talvez ela não cuide da forma como deveria, mas naquele momento elas cuidam vem e elas têm um amor materno pela criança. (E4)

As que eu atendi aqui são muito cuidadosas, muito mesmo. Você vê que elas têm uma ligação com aquela criança. [...] você vê que ela quer cuidar, que ela reconhece aquela criança, mas você não sabe se ela vai ficar com aquela criança ou não, mas o cuidado que elas têm é como de qualquer outra mãe, quando elas não podem amamentar a criança vai para o colo igual. [...] O cuidado você vê que elas têm com o bebê, elas têm um carinho pela criança. (E5)

Ela saiu daqui chorando porque ela queria cuidar da criança, mas ela já tinha alguns filhos e nenhum estava com ela mais. Ela se parou no meio do corredor e chorava que ela queria ficar com a criança. Ela chegou a dizer que queria que chamasse o conselho porque ela queria falar com eles e ficar com a criança. Mas tinha alguns quesitos que ela não preenchia para conseguir ficar com a criança. O Conselho precisa de algumas informações e ela não tinha endereço fixo, pois depois eles acompanham essa família. Ela não tinha carteira de identidade dela, só uma cópia. Acho que ela já tinha perdido os documentos. (E8)

Muitas cuidam superbem. Fazem uso, mas têm consciência que não podem amamentar e não amamentam, dão a fórmula. Tem muitas que tem o apego e cuidam bem direitinho mesmo, tem a preocupação. [...] A gente percebe, que às vezes, tem mãe que ficam chorosas, que ficam tristes. [...] eu vejo que ela se preocupa com a criança, tem um carinho, que ela se preocupou em algum momento. (E9)

Geralmente as usuárias de crack (risos), quando a gente fica com elas aqui (CO) elas têm cuidado, atenção. (E13)

Já vi usuárias que tinham bastante amor pelo seu bebe. (E14)

DSC: Geralmente as usuárias de crack, quando fico com elas aqui no centro obstétrico, elas têm cuidado, atenção, bastante amor pelo seu bebê. Muitas o acolhem, pegam no colo, conseguem prestar um cuidado mínimo de segurar e colocar no peito, quando elas podem amamentar. A maioria que eu tive, por incrível que pareça, elas não tinham aquele sentimento de negação com o nenê, podiam até falar num impulso, tiveram uma criança que não queriam. Em geral, eu acredito que elas tenham um cuidado bom com o recém-nascido, são bem carinhosas, manifestam a vontade de amamentar e eu converso bastante se vão parar ou se não vão. Às vezes são mais carinhosas que as outras mães, a outra que não é usuária às vezes está mais preocupada em tirar uma foto e postar já no Instagram e Facebook. Eu sei que quando ela usar droga lá fora, talvez não cuide da forma como deveria, mas naquele momento elas cuidam, têm um amor materno ou uma ligação com a criança. Fazem uso, mas têm consciência que não podem amamentar e não amamentam, dão a fórmula. Tem muitas que tem o apego e cuidam bem direitinho mesmo, tem a preocupação, algumas percebo que ficam chorosas, tristes, uma saiu daqui chorando porque ela queria cuidar da criança, mas ela já tinha alguns filhos e nenhum estava com ela mais, parou no corredor e chorou, pediu que chamasse o conselho porque ela queria falar que iria ficar com a criança.

Ideia central 3: A equipe de enfermagem assume os cuidados com o recém-nascido por preocupação/ medo em relação a algum acidente/ descuido com o mesmo por parte da mãe.

Expressões Chave:

A gente tem uma atenção, preocupação quanto a cuidados de acidentes com o bebe. Se ele está no bercinho ou se não está. Se está no colo dela. Já teve caso até da mãe que jogou, colocou a bolsa em cima do bebe e foi para o banheiro. Colocou a roupa com bolsas em cima do bebe no berço e foi para o banheiro. [...]. A gente tem esse cuidado, porque agente tem medo. Não que ela vá ou que ela possa fazer alguma coisa com o bebe, mas sim do bebe não receber a atenção que ele merece. (E1)

Ela teve o bebe, tomou banho e dormiu a noite inteira. Poderia acontecer alguma coisa com o bebê, algum acidente. [...]. Não tinha como deixar a criança com ela. Agente ficou com essa criança ali no Posto com agente. Tem o bercinho e agente deixou no bercinho e nós tínhamos que dar o Nan. Para não atrapalhar o sono dela deixamos descansar porque enquanto ela estava acordada ela ficou com a criança. (E5)

A criança já está com agente. Ela não está ali no quarto com a mãe e elas simplesmente vão. (E7)

Quando eu cheguei e vi aquela criança no Posto, eu achei muito estranho e elas falaram que a mãe dormiu a noite toda. Não deu leite, não cuidou, não trocou. Ficamos com medo que acontecesse algo com a criança e agente ficou cuidando aqui até que se resolva o caso da mãe. (E8)

Se ela estiver dormindo demais, desinteressadas, desligadas, acontece, às vezes, de levarmos o recém-nascido para o posto de enfermagem. [...] eu já fiquei a noite toda dando formula para um recém-nascido porque a mãe estava dormindo. Sono pesado mesmo. Nós precisamos ficar de olho na criança, pois ela também entra em abstinência e sofre demais. Chora muito, a respiração muda. Então, precisamos estar sempre observando. Tudo tem que ser mais para esta clientela, mais cuidado, monitorar mais. (E12)

DSC: Tenho uma atenção, preocupação quanto aos cuidados de acidentes com o bebê. Se ele está no bercinho, no colo da mãe. Já teve caso até da mãe que jogou, colocou a bolsa em cima do bebê e foi para o banheiro, colocou a roupa com bolsas em cima do bebê no berço. Tenho medo, não que ela possa fazer alguma coisa com o bebê, mas dele não receber a atenção que merece. Outra mãe teve o bebê, tomou banho e dormiu a noite inteira, poderia acontecer alguma coisa, acidente, não tinha como deixar a criança com ela e levei para o Posto com nós, porque ela não deu leite, não cuidou, não trocou. Fiquei com medo que acontecesse algo com a criança e cuidei no posto até que se resolva o caso da mãe. Se ela estiver dormindo demais, desinteressadas, desligadas, acontece, às vezes, de levar o recém-nascido para o posto de enfermagem. Eu já fiquei a noite toda dando formula para um recém-nascido porque a mãe estava dormindo, sono pesado mesmo. Precisa ficar de olho na criança, pois ela também entra em abstinência e sofre demais, chora muito, a respiração muda. Tudo tem que ser mais para esta clientela, mais cuidado, monitorar mais.

Ideia central 4: O contexto de vida da mulher usuária de crack influenciará no cuidado que as mesmas têm com o bebê.

Expressões Chave:

Talvez tenha influência da droga, mas também acredito que o contexto social que ela vive, as realidades que ela vivenciou, o conceito que ela tem de vida. [...] Então agente tem que tomar esse cuidado. Eu acho que é isso. Acho que cada pessoa é uma pessoa e independente se ela usou droga ou não, pode ser até que ela não seja usuária e tenha esse mesmo comportamento com a criança. Então, vamos ver o que tem atrás disso. (E1)

Eu gosto muito de saber qual é a história dessa mulher, pois de onde ela vem vai ter influência no cuidado com o bebê. Se a família acompanha ou não, quem cuida dela, se ela se permite ser cuidada, qual é o contexto de vida dela? Isso faz toda a diferença em como a gente vai agir depois. Tentar saber o que vem junto com ela. Eu acho que isso faz uma grande diferença. (E3)

Se elas não querem o bebê, se for para adoção. Aí tem uma outra história normalmente por trás. Vai depender do contexto de vida destas mulheres. (E4)

O contexto familiar influencia no cuidado da criança. São vários motivos que elas alegam de o porquê não vão ficar com a criança. (E7)

Mas eu acho que depende muito do contexto de vida destas mulheres, do grau que ela está, se ela usa frequentemente ou se ela parou; e a gente percebe que existe muita diferença no cuidado do bebê. (E8)

Mas eu vejo que depende muito de personalidade, de caráter e o contexto da pessoa. (E9)

Tem umas que cuidam bem e têm outras que não, pelo próprio efeito da droga, e pela história de vida das mulheres. (E12)

DSC: Talvez tenha influência da droga, mas também acredito que o contexto social em que ela vive, as realidades vivenciadas, o conceito que ela tem de vida. Acho que cada pessoa é uma pessoa e independente se ela usou droga ou não, pode ser até que ela não seja usuária e tenha esse mesmo comportamento com a criança. Eu gosto muito de saber qual é a história dessa mulher, pois de onde ela vem vai influenciar no cuidado com o bebê. Se a família acompanha ou não, quem cuida dela, se ela se permite ser cuidada, qual é o contexto de vida dela. Isso faz toda a diferença em como agir depois. Se elas não querem o bebê, se for para adoção, tem uma outra história normalmente por trás, o contexto familiar influencia no cuidado da criança. São vários motivos que elas alegam de o porquê não vão ficar com a criança, do grau que ela está, se ela usa frequentemente ou se ela parou. Depende muito de personalidade, de caráter e o contexto da pessoa. Tem umas que cuidam bem e tem outras que não, pelo próprio efeito da droga e pela história de vida das mulheres.

Ideia central 5: Enquanto o bebê está na unidade seus cuidados são responsabilidade da equipe de enfermagem.

Expressões Chave:

Eu me preocupo em não julgar, ali agente tem duas pessoas. Minha obrigação enquanto aquele bebe está ali ele é de responsabilidade do hospital. [...]. Como a paciente fica pouco tempo aqui, nesse caso mesmo da mãe que colocou a bolsa em cima do bebê, a gente tem a responsabilidade com o bebê. Então, alarmamos toda a equipe de enfermagem para que ficasse de olho e quando ela foi transferida para a maternidade agente teve o cuidado de alertar a equipe. [...]. Se acontecesse alguma coisa mais séria agente iria acionar o Serviço Social. (E1)

Quando fomos ver o bebe estava quase caindo e se isso acontecer é nossa responsabilidade, também. A sorte que havíamos levantado a guarda da cama, porque ela acordava e ia empurrando, empurrando, querendo se afastar da criança. Nisso quase o bebe caiu no chão. Então, isso quer dizer que a gente quis deixar com a mãe e quase causamos um dano bem pior. (E3)

Primeiro a criança ia até para a Pediatria porque a mãe já tinha ido embora e nós não tínhamos quem cuidasse dela. A criança estava sozinha e não tinha ninguém por ela naquele momento. Acabou que a criança ficou lá na UTI Neonatal enquanto se aguardava para saber para qual Instituição iria. Nós alegamos que não tínhamos condições. A criança estava no Posto de Enfermagem e cuidada por nós. Tínhamos praticamente adotado. [...]. Nessas situações, a gente tem que cuidar dela e do bebê. Ficam na nossa responsabilidade. (E7)

Eu e uma outra técnica acabamos nos apegando muito mais aquela criança. Acabamos cuidando aqui mesmo no Posto, nos responsabilizamos pelo cuidado. (E8)

Na noite, as gurias contam que, muitas vezes, elas levam o bebe do quarto para o Posto e ficam com o bebe para dar a fórmula infantil porque já sabem que a mãe vai dormir a noite toda e não vai cuidar a criança. Muitos plantões a gente recebe com um bebe no Posto ou porque a mãe deu, ou porque só dormiu, e acabam ficando ali. A Equipe acaba adotando o bebe e aí elas ficam bem folgadas. (E10)

O RN passou a noite conosco. Veio uma enfermeira para cuidar dele a mãe deu alta. Foi embora chorando e ele ficou dormindo. Lá pelas 22 horas da noite começou a chorar. Estava sentindo o cheiro da mãe, estava recebendo a formula, mas tinha mesmo assim o cheiro da mãe. Ele chorou muito mesmo. Eu tive que ir nos quartos atrás de uma chupeta. Eu pensei: _Vou ter que fazer isso, pois esta criança não vai parar de chorar. Não vai deixar a mãe do lado dormir. (E12)

DSC: Eu me preocupo em não julgar, minha obrigação é que enquanto aquele bebê está ali ele é de responsabilidade do hospital. Então, alarmo toda a equipe de enfermagem para que fiquem de olho e quando ela foi transferida para a maternidade, tive o cuidado de alertar a equipe. Se acontecesse alguma coisa mais séria, iria acionar o Serviço Social. Quando fui ver o bebê estava quase caindo, se isso acontecer é minha responsabilidade também. A sorte que eu tinha levantado a guarda da cama, porque ela acordava e ia empurrando, empurrando, querendo se afastar da criança. Teve uma vez que primeiro a criança ia até para a Pediatria porque a mãe já tinha ido embora e não tinha quem cuidasse dela, ela estava no Posto de Enfermagem, tinha praticamente adotado, eu e uma outra técnica acabamos nos apegando muito mais aquela criança, me responsabilizei pelo cuidado. Muitos plantões recebo com um bebê no Posto ou porque a mãe deu, ou porque só dormiu, e acabam ficando ali. A Equipe acaba adotando o bebê. Outra vez, lá pelas 22 horas da noite começou a chorar, estava sentindo o cheiro da mãe, estava recebendo a fórmula, chorou muito mesmo, tive que ir nos quartos atrás de uma chupeta. Tive que fazer isso, pois a criança não ia parar de chorar, não ia deixar a mãe do lado dormir.

Ideia central 6: A equipe tem uma atenção maior com o bebê de uma mulher usuária de crack.

Expressões Chave:

A gente vai ter uma atenção maior e poder observar o cuidado. (E1)

Precisamos ficar muito de olho e a gente não sabe o que elas são capazes. Não sei se isso é consciente ou involuntário. Essas sim temos que ficar de olho, não adianta. Ao mesmo tempo não vou deixar, mas ela tem direito, a criança tem direito a essa tentativa de vínculo, mas é muito complicado. (E3)

Só que você fica naquele sentimento do que vai ser daquela criança. Temos uma atenção maior. (E5)

A gente tem um olhar mais completo e se vemos alguma coisa, esse bebezinho fica no Posto de Enfermagem. Então, temos uma atenção maior com o bebê de uma mulher usuárias de crack. (E11)

A maioria cuida, mas nós precisamos estar sempre atentas com esse bebê. (E12)

DSC: Tem que ter uma atenção maior, observar o cuidado, ficar muito de olho, não se sabe o que elas são capazes, se é consciente ou involuntário. Ao mesmo tempo não vou deixar, mas ela tem direito, a criança tem direito a essa tentativa de vínculo, mas é muito complicado. Só que fica aquele sentimento do que vai ser daquela criança. Se vejo alguma coisa, esse bebezinho fica no Posto de Enfermagem. Tenho uma atenção maior com o bebê de uma mulher usuária de crack. A maioria cuida, mas preciso estar sempre atentas com esse bebê.

Ideia central 7: As mulheres usuárias de crack se sentem culpadas com o que possa acontecer com bebê devido ao uso do crack

Expressões Chave:

A usuária de crack tem um sentimento de culpa, de muita culpa que elas têm, por saber que usou o crack, que pode dar problemas para a criança. Aí a gente fala: _ Olha mãe tem que dizer o horário que usou, principalmente quando é maconha ou cocaína. Tem que me dizer o horário que usou porque se não a gente vai colocar o seu nenê no peito e ele já usou tanta droga com a senhora aí dentro da barriga. Agora mais no leite ainda. Então, tem que nos falar. (E2)

Quando elas perguntam se é inteirinho isso me parece que é uma maneira delas tentarem diminuir a culpa, pois elas sabem se esse bebe tem alguma malformação, alguma condição desfavorável é devido ao uso da droga. (E3)

No geral elas são bem carinhosas. Acho até que parece que quer compensar uma culpa que deixou durante a gestação, ou ela não quer aquele bebê. (E4)

Eu me lembro que ela chegou aqui chapada. Gritava muito e eu ainda disse para ela: _ Olha agora tu está aqui com um nenê. Vê se você se ajeita agora. Vamos parar com essas coisas. Aí

ela disse: _ Não, agora pela minha filha, eu vou melhorar. Dava para ver, naquele momento que ela estava se sentindo culpada. (E6)

Teve essa que eu te falei que tinha parado. Aí foi numa festa, usou e entrou em trabalho de parto. Ela já era mais velha e estava bem preocupada. Chorou e dizia: _ O que eu fiz com o meu filho? Levantou para ver, olhou, mas ele foi para a UTI porque ele não estava bem. Nasceu com pouco peso. (E6)

Fazem uso por muito tempo, usam durante toda a gravidez, até um dia antes de ter o bebe, mesmo sabendo que pode causar alguma sequela para o bebe. Depois elas se preocupam. Não tem como questionar essa questão do amor, não tem como saber o que se passa na cabeça delas, mas eu acho que de alguma forma ela está se preocupando com a criança. Eu acho que isso, também, é importante. (E9)

DSC: A usuária de crack tem um sentimento de culpa, de muita culpa por saber que usou o crack, que pode dar problemas para a criança. Quando elas perguntam se é inteirinho, isso me parece que é uma maneira delas tentarem diminuir a culpa, pois elas sabem se esse bebê tem alguma malformação, alguma condição desfavorável é devido ao uso da droga. Acho até que parece que quer compensar uma culpa que deixou durante a gestação, ou ela não quer aquele bebê. Uma disse que pela filha iria melhorar, dava para ver, naquele momento, que ela estava se sentindo culpada. Chorou e disse: -O que eu fiz com o meu filho? Levantou para ver, olhou, mas ele foi para a UTI porque ele não estava bem. Nasceu com pouco peso. Fazem uso por muito tempo, usam durante toda a gravidez, até um dia antes de ter o bebê, mesmo sabendo que pode causar alguma sequela para ele. Depois elas se preocupam. Não tem como questionar essa questão do amor, não tem como saber o que se passa na cabeça delas, mas eu acho que de alguma forma ela está se preocupando com a criança.

Ideia central 8: Algumas crianças de mulheres usuárias de crack após o nascimento vão direto para adoção.

Expressões Chave:

Tem mães que já chegam determinadas a deixar a criança para adoção. (E2)

Muitas vezes algumas mães já têm outros filhos e acabam deixando essas crianças aqui. Ou já tem alguém para pegar ou vai deixar com a família. Às vezes a mãe dá alta e a gente tem que chamar o Conselho Tutelar para ficar com a criança para depois encaminhar essa para a institucionalização. [...] A criança não dá alta depois dos cinco dias, por exemplo. A mãe ganhou e não quer a criança. Vai dar para doação. A gente chama o Conselho Tutelar e ele toma conta. Tivemos um caso aqui que a mãe era usuária de crack. A gente tentou contato com a Institucionalização e ligamos até para a promotoria para saber o que se podia fazer. Se era para mandar e qual Instituição ia receber e ficamos com essa criança aqui internada. [...]

Primeiro nós entramos em contato com a Assistente Social que aciona o Conselho Tutelar para ver se essa criança vai para a adoção ou não. É toda uma burocracia que tem, nesse caso que a mãe não quer a criança. Mas ela cuida, ela troca. Essa mesma deu banho. Ela pediu ajuda para a técnica que estava com ela e quando eu fui buscar a criança ela disse: _ Acabei de dar o banho. Ela está tão enroladinha. Então a gente sente esse cuidado que elas têm com o bebê. [...] A outra que estava internada aqui e a criança foi para a adoção, ela não tinha nem calçado nos pés, em pleno inverno. Aí você pensa se nem com ela tinha cuidado, imagina com a criança. (E7)

É engraçado porque às vezes elas querem cuidar do bebe. A gente pensa que como vai para adoção, mas tem umas que querem cuidar, só que elas não têm condições. É nosso papel entrar em contato com o Conselho Tutelar. Na maioria das vezes é a Médica ou a Pediatra que entra em contato com o Conselho, porque essa paciente já tem uma história de outros filhos que já foram para adoção. Se entra em contato para que o Conselho faça a avaliação e veja o que vai ser feito. Lá onde eu trabalhava a gente já acionava direto o Conselho e não tinha essa questão de a criança ficar. Quando tinha leito na Unidade Neonatal, mesmo a criança não precisando, ela já ia para lá para não criar vínculo com a mãe. (E8)

A gente sente aqui na Maternidade, que já que a criança vai ser institucionalizada por que vem do Centro Obstétrico com a mãe para cá? Por que já não faz essa separação logo lá? Porque depois elas estão aqui, cuidando do bebe e na hora da alta quebra esse vínculo. Então, a criança vai para a Instituição, vai para outro caminho. (E9)

Já teve casos que a gente viu que veio para cá a mãe e o bebe e depois foi institucionalizado e que nós percebemos, na hora que o Conselho veio aqui comunicar e fazer essa quebra do vínculo. A gente percebe que, às vezes, elas ficam tristes e se arrependem. (E9)

O bebezinho já ia direto para a adoção, mas ela era uma pessoa mais calada ela não conversava muito. Mas como a mãe falou ela não tinha condições de cuidar da criança. Essa é a mais pontual de estar num período de sofrimento por estar se separando desse bebe. (E11)

Elas dormem demais. Às vezes nem queriam, dependendo de como aconteceu elas nem queriam aquela criança. Muitas deixam para adoção. (E12)

Também já vi casos que já vem com a autorização para entregar para adoção. Eu acho, minha opinião, meu ponto de vista, que se vai ser adotado, deveria ser separado da mãe na hora do parto mesmo. Para evitar o que aconteceu neste caso em que a mãe ficou internada com esta criança uma semana, criou o laço afetivo, aí teve que entregar. (E12)

Têm umas que dormem o tempo todo. Não querem dar mama, dizem que não tem leite. Eu acho que quando são usuárias mais pesadas, não as habituais, elas têm menos cuidado. (E14)

Rejeitando parecia uma depressão pós-parto. Ela não queria a criança, não queria dar mama, e como se sabe que é usuária já tiraram. Chamaram a assistente social e a criança foi para adoção. (E14)

DSC: Tem mães que já chegam determinadas a deixar a criança para adoção. Muitas vezes algumas mães já têm outros filhos e acabam deixando essa criança aqui, já tem alguém para pegar ou vai deixar com a família. A mãe dá alta e tenho que chamar o Conselho Tutelar para ficar com a criança, para depois encaminhar para uma institucionalização. Primeiro entramos em contato com a Assistente Social que aciona o Conselho Tutelar para ver se essa criança vai

para a adoção ou não, é toda uma burocracia. Têm umas que dormem o tempo todo, não querem dar mama, dizem que não tem leite, rejeitam parecendo uma depressão pós-parto. Eu acho que quando são usuárias mais pesadas, não as habituais, elas têm menos cuidado. Às vezes elas querem cuidar do bebê, só que não têm condições. Na maioria das vezes, é a Médica ou a Pediatra que entra em contato com o Conselho, porque essa paciente já tem uma história de outros filhos que já foram para adoção. Lá onde eu trabalhava acionávamos direto o Conselho e não tinha essa questão de a criança ficar, mesmo a criança não precisando já ir para a UTI NEO, para não criar vínculo com a mãe. Também já vi casos que já vem com a autorização para entregar para adoção.

Ideia central 9: Muitas destas mulheres negligenciam o cuidado com a criança.

Expressões Chave:

Elas são bem relapsas. Geralmente elas ficam bem surtadas e querem ir embora. Não querem aquele compromisso, elas querem dormir. A gente já teve muitas que a gente chegava no quarto e tinha coleção de leite pela metade que elas davam um pouco e depois não davam mais, dormiam e se esqueciam do horário. Quando elas têm um acompanhante que realmente está preocupado é esse quem acaba tomando conta da criança. [...] Nós tivemos uma que as meninas do Centro Obstétrico já nos avisaram que nós teríamos que cuidar porque ela já tinha colocado a bolsa em cima da criança. É essa que quando a gente esteve no quarto ela colocou a criança para deitar com ela e a criança estava quase caindo da cama. Ela dormia e o bebe ficava acordado, chorando e ela nem preocupada com o bebe. (E10)

A gente teve um caso que não era maltratar, mas o bebezinho estava fazendo uso de fórmula infantil e tinha controle de glicemia e estava sempre ali no limiar. O bebezinho que deveria tomar fórmula de duas em duas horas e que a glicemia deveria se manter boa quando a gente foi ver a mãe estava tomando o leite da criança. A gente viu o potinho e não estava sobrando, se não está sobrando a criança deve estar tomando, mas como a glicemia está se mantendo limiar? Nós fomos ver e a mãe estava tomando o leite da criança. Uma das funcionárias a pegou tomando o leite. [...] A gente sempre tem que estar estimulando, a alimentar, limpar, trocar a fralda. Se aqui no hospital com supervisão elas não fazem imagina na rua? Choca também o depois como vai ser. Elas querem ficar dormindo a noite toda. O choro da criança elas acham que é leite e não é só isso. (E11)

Elas têm uma dificuldade de atenção e de fixar nas demandas do recém-nascido, pois ele tem muitas demandas. Então, é mais difícil delas se proporem a atender as demandas do recém-nascido. Então, é importante que elas tenham auxílio neste momento. (E13)

DSC: Elas são bem relapsas. Geralmente elas ficam bem surtadas e querem ir embora. Não querem aquele compromisso, querem dormir. Já tivemos muitas que tinha coleção de leite pela metade que elas davam um pouco e depois não davam mais, dormiam e se esqueciam do horário. Quando elas têm um acompanhante que realmente está preocupado é esse quem

acaba tomando conta da criança. Teve uma que as meninas do Centro Obstétrico já avisaram que teria que cuidar porque ela já tinha colocado a bolsa em cima da criança, ela dormia e o bebê ficava acordado, chorando e ela nem preocupada. Teve um caso que não era maltratar, mas o bebezinho estava fazendo uso de fórmula infantil e tinha controle de glicemia e estava sempre ali no limiar. O bebezinho que deveria tomar fórmula de duas em duas horas e que a glicemia deveria se manter boa quando fui ver a mãe estava tomando o leite da criança. Vi o potinho e não estava sobrando, se não está sobrando a criança deve estar tomando, mas como a glicemia está se mantendo limiar? Uma das funcionárias a pegou tomando o leite. Sempre tem que estar estimulando a alimentar, limpar, trocar a fralda. Se aqui no hospital com supervisão elas não fazem imagina na rua? Choca também o depois como vai ser. Elas querem ficar dormindo a noite toda. O choro da criança elas acham que é leite e não é só isso. Elas têm uma dificuldade de atenção e de fixar nas demandas do recém-nascido, pois ele tem muitas demandas. Então, é mais difícil delas se proporem a atender as demandas do recém-nascido. É importante que elas tenham auxílio neste momento.

6 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ACERCA DO CUIDADO FAMILIAR RECEBIDO PELAS MULHERES USUÁRIAS DE CRACK DURANTE A INTERNAÇÃO

A grande maioria das mulheres usuárias de crack enfrenta problemas familiares, laços fragilizados, não tendo uma estrutura familiar consolidada. A maioria das mulheres usuárias de crack chega ao serviço sem nenhum acompanhante. Ficam sozinhas o hospital. Em contraponto, se tiver algum familiar acompanhando esta mulher usuária, geralmente é a mãe ou a irmã. É importante as mulheres usuárias de crack terem um acompanhante familiar e um apoio durante a internação na Maternidade e Centro Obstétrico.

A família geralmente fica responsável por cuidar do filho da mulher usuária de crack. No entanto, muitas famílias não conseguem ajudar/prestar um cuidado a estas mulheres usuárias de crack. Elas são trazidas para o hospital ou acompanhadas pelos amigos, companheiros, cafetões, clientes e ou pessoas que não tem laços consanguíneos. Muitos familiares das mulheres usuárias de crack, também, têm envolvimento com drogas.

Ideia Central 1: A grande maioria das mulheres usuárias de crack enfrenta problemas familiares, laços fragilizados, não tendo uma estrutura familiar consolidada.

Expressões Chave

A grande maioria tem problemas familiares e de aceitação da gravidez. (E1)

Teve uma outra que depois veio a irmã e tanto é que ela contou que a família estava passando por um momento difícil e que realmente ela não ficava em casa, ela fugia de casa. [...]. Muitas não têm estrutura familiar nenhuma, nenhuma, nenhuma; que está em situação de rua mesmo (E2)

O laço familiar é totalmente fragilizado, tanto que às vezes elas chegam aqui e alguém avisa, da comunidade lá onde elas moram que elas entraram em trabalho de parto ou que foram para o hospital e depois chega aqui essa irmã. [...] Elas não têm um relacionamento familiar instituído. [...]. Durante o período que elas ficam aqui a gente vê que elas não têm muito contato. (E3)

É esse vínculo familiar elas não têm. [...]. Mas aí você fica pensando porque essa pessoa não veio junto. Na maioria das vezes percebemos que elas são abandonadas. (E5)

Aí quando você pergunta e elas não tem acompanhante: _ E quem vem te buscar? Elas respondem: _ Eu vou ver alguém que vai vim me buscar”, mas você nota que não tem nenhum vínculo. [...]. Dos poucos que eu percebi, eu não posso dizer que é uma relação tranquila. (E7)

A grande maioria delas não tem vínculos familiares. (E9)

você vê que é uma pessoa mais excluída e não tem esse vínculo afetivo com a família. você não vê participação familiar. Na grande maioria não tem esses laços familiares. O que a gente percebe é uma família desestruturada. (E11)

Não tem nenhum acompanhante, e quando tem é disfuncional, uma relação disfuncional, são brigões, pobres. [...]. A gente percebe que tem algum conflito, ficamos de olho. A gente tenta conversar, geralmente o que a gente percebe é isso aí. Consigo ver um rompimento dos laços familiares. [...]. Eles acabam entrando em conflitos. A gente conversa bastante com elas, ou tenta. Está mesmo falou que o cara não está com ela, só engravidou, mas não quer saber dela. A mãe também não quer saber dela. O avô me parece que vem amanhã ver ela. Ela não tem relação com a mãe, é totalmente sozinha. Ela está ali no quarto, totalmente, sozinha. (E12)

Não existe um laço familiar fortalecido. Eu até agora não vi isso, nenhuma mesmo que eu me lembre que venha a vó, o vô, o sogro, a sogra. O pai, às vezes, não aparece. Também não vi nestas que eu presenciei. Essas três que eu lembro não tinham família. Os laços familiares são totalmente rompidos. (E14)

DSC: O laço familiar é totalmente fragilizado, tanto que às vezes elas chegam aqui e alguém avisa, da comunidade lá onde elas moram que elas entraram em trabalho de parto ou que foram para o hospital e depois chega aqui essa irmã. Elas não têm um relacionamento familiar instituído. Não tem nenhum acompanhante, e quando tem é disfuncional, uma relação disfuncional, são brigões, pobres. Percebo que tem algum conflito, fico de olho, tento conversar e geralmente, o que percebo é isso aí, um rompimento dos laços familiares. Eles acabam entrando em conflitos. Converso bastante com elas, ou tento, esta mesma falou que o cara não está com el, só engravidou, mas não quer saber dela, a mãe também não quer saber

dela, o avô me parece que vem amanhã ver ela, mas ela não tem relação com a mãe. Ela é totalmente sozinha, está ali no quarto totalmente sozinha. A grande maioria tem problemas familiares e também de aceitação da gravidez. Na maioria das vezes percebemos que elas são abandonadas. Aí quando pergunto se elas não têm acompanhante, elas respondem que vão ver alguém que vai buscar, mas se nota que não tem nenhum vínculo. Se vê que é uma pessoa mais excluída e não tem esse vínculo afetivo com a família, não se vê participação familiar. Percebo que é uma família desestruturada, não existe um laço familiar fortalecido.

Ideia central 2: A maioria das mulheres usuárias de crack chega ao serviço sem nenhum acompanhante. Ficam sozinhas o hospital.

Expressões chave:

Algumas não vêm nem com acompanhante para cá. Os acompanhantes aparecem bem depois. Vem e trazem alguma coisa e algum pertence para elas e depois vão embora. (E1)

Geralmente elas vêm sozinhas ou de outra forma, sem a família. A família vem depois. (E3)

A maioria vem sem acompanhante. [...]. Eu não me lembro de nenhuma vir com familiar. [...]. Eu acho que elas são bem abandonadas. (E5)

A maioria delas não tem família, vem sozinha. (E6)

Grande parte delas fica sozinha, são situações muito difíceis. A maioria delas não tem família. Você vê sempre sozinhas. Na maioria das vezes sozinhas, sem acompanhante e sem cuidado. Eu acho que é sozinha, eu nunca acompanhei a chegada delas, mas eu acho que a maioria é sozinha. (E7)

Elas não têm acompanhante. [...]. De todas essas que eu lembro que passaram por aqui, poucas delas tinham acompanhante. [...]. Elas não têm, elas não têm esse cuidado. Elas ficam mais sozinhas e por elas mesmas. [...]. Claro, com certeza. A gente não sabe o histórico, não sabe o porquê isso aconteceu, porque ela ficou sozinha, porque ela não tem um pai para assumir ou alguém que vá cuidar e que vá ajudar ela. A gente pergunta se tem alguém, uma mãe ou uma irmã e elas nos dizem que virão mais tarde ou que vem para passar a noite e não vem ninguém. (E8)

Muitas ficam sozinhas, sem acompanhante nenhum. [...]. Muitas vezes, nem o companheiro. [...]. Muitas as famílias nem querem saber. Não vem e elas ficam sozinhas sem nenhum acompanhante. (E9)

Realmente tem muitas que eu acho que são bem abandonadas, porque às vezes elas não têm nem quem venha aqui cuidar. (E10)

Muitas vezes elas vêm sozinhas. Muitas vezes não vêm com companheiro porque nem sabem quem é o pai. (E11)

Eu percebo muita falta de família para elas. Elas vêm sozinhas. [...]. Hoje mesmo eu recebi uma paciente aqui. [...]. Ela fez uma cesariana e está sozinha no quarto. Eu e a técnica estamos nos revezando para ir lá botar o bebe para mamar, pois não tem nenhum acompanhante (E12)

Não elas não têm cuidados familiares. Geralmente, elas são totalmente abandonadas pela família, pelo parceiro. (E13)

DSC: A maioria delas não tem família, vêm sozinhas. Grande parte delas fica sozinha, são situações muito difíceis, sem acompanhante e sem cuidado. Eu não lembro de nenhuma vir com familiar. Eu acho que elas são bem abandonadas pela família, pelo parceiro, não têm cuidados familiares. De todas essas que eu lembro que passaram por aqui, poucas delas tinham acompanhante. Não sei o histórico, não sei o porquê isso aconteceu, porque ela ficou sozinha, porque ela não tem um pai para assumir ou alguém que vá cuidar e que vá ajudar ela. Pergunto se tem alguém, uma mãe ou uma irmã e elas dizem que virão mais tarde ou que vem para passar a noite e não vem ninguém. Eu percebo muita falta de família para elas. Os acompanhantes aparecem bem depois, vem e trazem alguma coisa e algum pertence para elas e depois vão embora. Geralmente elas vêm sozinhas ou de outra forma, sem a família, a família vem depois.

Ideia central 3: Em contraponto, se tiver algum familiar acompanhando esta mulher usuária, geralmente é a mãe ou a irmã.

Expressões Chave:

Teve uma outra que veio a irmã cuidar. [...]. Contou que realmente ela não ficava em casa. Ela fugia de casa. (E2)

Normalmente são as irmãs que tem esse cuidado de ficar, as irmãs mais velhas, na maioria delas. (E3)

Geralmente elas vêm com a mãe ou com a irmã. (E4)

Uma ou outra que você vê a mãe. [...]. Que vem para dar esse auxílio. (E10)

As vezes o familiar que vem é a mãe. (E11)

DSC Teve uma outra que veio a irmã cuidar. Contou que que realmente ela não ficava em casa, ela fugia de casa. Normalmente são as irmãs que tem esse cuidado de ficar, as irmãs mais velhas, na maioria delas. Geralmente elas vêm com a mãe ou com a irmã. Uma ou outra que você vê a mãe, que vem para dar esse auxílio. Às vezes, o familiar que vem é a mãe.

Ideia central 4: É importante as mulheres usuárias de crack terem um acompanhante familiar e um apoio durante a internação na Maternidade e Centro Obstétrico.

Expressões Chave:

Toda mulher grávida precisa de um apoio. É difícil você vivenciar a maternidade sozinha, seja o companheiro, seja um parente mais próximo ou alguém que conviva com você mais próximo. Precisa de um apoio, mesmo que seja emocional, mas precisa. (E1)

Por exemplo, se tem um parto Cesária você precisa ter alguém para te ajudar, que esteja contigo do lado, que pegue o bebe para ti, porque você sente muita dor na Cesária. Então, percebemos a necessidade. Nós é que temos que ajudar, e entra o cuidado da enfermagem. A maioria do cuidado com o bebe e com elas mesmas é a gente que tem que auxiliar. [...] Sim, é muito importante porque eu acho que elas precisam da família para estar ali e dar o apoio. (E7)

Claro, com certeza é muito importante ter um acompanhante. A gente não sabe o histórico, não sabe o porquê isso aconteceu, porque ela ficou sozinha, porque ela não tem um pai para assumir ou alguém que vá cuidar e que vá ajudar ela. (E8)

Sim, porque é um momento que a mulher fica mais sensibilizada. É um momento de até uma questão hormonal. A mulher fica mais frágil, fica mais debilitada, precisa de um auxílio. É importante ter alguém ali para te ajudar e sendo da família tem um vínculo maior, querendo ou não tem esse vínculo. (E9)

É muito importante quando se perde o vinculo familiar não somente das usuárias gestantes, mas esta pessoa acaba se perdendo. Além do mais tem uma criança. Então, seria importante à família estar junto apoiando. (E13)

É importante que a família esteja junto. Mas eu não vejo as mães, os pais, não vejo a família no geral. (E14)

DSC Toda mulher grávida precisa de um apoio. É difícil vivenciar a maternidade sozinha, seja o companheiro, um parente mais próximo ou alguém que conviva mais próximo, precisa de um apoio, mesmo que seja emocional, mas precisa. Se tem um parto Cesária precisa ter alguém para ajudar, que esteja do lado, que pegue o bebê, porque sente muita dor na Cesária. Nós é que temos que ajudar, e entra o cuidado da enfermagem. A maioria do cuidado com o bebe e com elas mesmas é a gente que tem que auxiliar. É muito importante porque eu acho que eles precisam da família, para estar ali e dar o apoio. Não se sabe o histórico, não sabe o porquê isso aconteceu, porque ela ficou sozinha, porque ela não tem um pai para assumir ou alguém que vá cuidar e que vá ajudar ela. É um momento que a mulher fica mais sensibilizada, é um momento de até uma questão hormonal, a mulher fica mais frágil, fica mais debilitada, precisa de um auxílio. É importante ter alguém ali para ajudar e sendo da família tem um vínculo maior, querendo ou não tem esse vínculo. É muito importante quando se perde o vínculo familiar não somente das usuárias gestantes, mas esta pessoa acaba se

perdendo por total, além do mais tem uma criança. Então, é importante à família estar junto apoiando.

Ideia central 5: A família geralmente fica responsável por cuidar do filho da mulher usuária de crack.

Expressões Chave:

O bebe, na maioria das vezes, não vai ser cuidado por ela. Vai ficar para a família. (E1)

A família sabe que elas estão grávidas e no momento que entra em trabalho de parto alguém avisa a família e eles vêm para levar essa criança para cuidar. Normalmente quando tem a família e ela aparece é assim. É ela que vai cuidar dessa criança e não tem uma preocupação tanto com a mulher usuária. [...]. A criança está com a mãe e o acompanhante. Na hora da alta, ela vai para onde ela quiser e o familiar leva essa criança. Às vezes é até meio que um acordo entre eles. Normalmente são as irmãs que tem esse cuidado de ficar, as irmãs mais velhas, na maioria delas. (E3)

Às vezes elas nos dizem que o outro filho quem cuida geralmente é a avó. Elas (Família) manifestam preocupação com o futuro da criança. [...]. Esse familiar sempre manifesta uma preocupação grande com relação ao cuidado dessa criança. [...]. Esse familiar sempre tem uma preocupação maior. [...]. o familiar sempre manifesta a preocupação de como que vai ser o cuidado com essa criança depois. (E4)

Geralmente essas que tem sete ou oito filhos. A gente acaba perguntando, quando elas têm condições de responder: Onde estão os outros filhos. E elas dizem: Um está com a avó, um está com a mãe do pai, ou está com a tia. (E5)

Essa também (sogra) estava bem preocupada com o bebe e a sogra ir assumir também, pois ela nos falou que o filho não tinha cabeça. (E6)

Você vê que as pessoas ficam chateadas, você ouve reclamarem: Aí, já tem tantos filhos. E geralmente, é a avó quem cuida, A vó já está sobrecarregada. Você percebe que a avó já está cansada e diz: _ Esse já é o quinto filho dela e é mais um que eu vou ter que cuidar. [...] Nós tivemos uma situação aqui que a mãe era usuária. [...]. A mãe dela, a avó das crianças já disse que era o quarto filho dela, esse que nasceu já ia para o quinto, e ela já não tinha mais condições de cuidar. Não sabia se atendia os que estavam em casa ou aquele bebe que estava na UTI. [...]. Ou ela cuidava a guria que estava aqui. [...] A família fica bem perdida, sem saber o que fazer, com um monte de criança para cuidar. Então, é bem complicado para a família. Tem sempre um peso em cima deles. É muita carga. Às vezes é só uma vó para cuidar de tudo, porque geralmente é a avó quem cuida. Geralmente, é a mãe da paciente. (E7)

Muitas vezes que elas estão sozinhas é porque a mãe, a vó da criança, ficou cuidando dos outros em casa. Não é o primeiro tem mais dois em casa. Por isso que muitas vezes elas vêm sozinhas. (E11)

Na maioria das vezes elas entregam a criança para algum familiar criar e elas voltam para a rua. Então, o apoio familiar que elas recebem é esse. Pegam a criança, entregam para o familiar criar e voltam para rua. Logo já fica grávida novamente. (E13)

DSC: A família sabe que elas estão grávidas e no momento que entra em trabalho de parto alguém avisa a família e eles vêm para levar essa criança para cuidar. Normalmente quando tem a família e ela parece, é assim. É ela que vai cuidar dessa criança e não tem uma preocupação tanto com a mulher usuária. A criança está com a mãe e o acompanhante, na hora da alta, ela vai para onde quiser e o familiar leva a criança, às vezes é até meio que um acordo entre eles. Às vezes elas dizem que o outro filho quem cuida geralmente é a avó. Esse familiar sempre manifesta uma preocupação grande com relação ao cuidado dessa criança. Normalmente são as irmãs que tem esse cuidado de ficar, as irmãs mais velhas, na maioria delas, porque aquele bebê, na maioria das vezes, não vai ser cuidado por ela, vai ficar para a família. Geralmente, essas que tem sete ou oito filhos, pergunto onde estão os outros filhos e elas dizem que estão com a avó, outros com a mãe do pai, ou está com a tia. Se vê que as pessoas ficam chateadas, e escuto reclamarem: -Aí, já tem tantos filhos. Geralmente, é a avó que cuida, e a vó já está sobrecarregada e ela diz: -Esse já é o quinto filho dela e é mais um que eu vou ter que cuidar. Teve uma situação aqui que a mãe era usuária. A mãe dela, a avó das crianças já disse que era o quarto filho dela. Esse que nasceu já é o quinto, e ela já não tinha mais condições de cuidar. Não sabia se ela atendia os que estavam em casa, se atendia aquele bebe que estava na UTI. A família fica bem perdida, sem saber o que fazer, com um monte de criança para cuidar. Então, é bem complicado para a família. Tem sempre um peso em cima deles, é muita carga. Muitas vezes que elas estão sozinhas é porque a mãe, a vó da criança, ficou cuidando dos outros em casa, porque não é o primeiro, tem mais outros em casa, por isso que muitas vezes elas vêm sozinhas. O apoio familiar que elas recebem é esse, pegam a criança entregam para o familiar criar e voltam para rua. Logo já fica grávida novamente.

Ideia central 6: Muitas famílias não conseguem ajudar/ prestar um cuidado a estas mulheres usuárias de crack.

Expressões Chave:

Aquela que tem a família, muitas vezes a família não consegue ajudar. A família não consegue, ela tenta oferecer, tenta ajudar, mas não consegue. [...]. Eu já tive casos de pacientes que o familiar queria ajudar. [...]. Algumas famílias tentam cuidar, mas não conseguem. (E2)

Quando tem família, a família sempre reclama, não consegue cuidar, sempre é poli queixosa, em relação a situação que aquela mulher está vivendo. A família tu via que era uma senhora apática que não tinha mais condições para nada e ela ficou bem perdida. Ela não sabia quem atendia primeiro, se atendia a filha, se atendia os filhos da filha. [...] Eu também vejo que a família se sobrecarrega e já não tem para qual lado correr. Eles também não estão aguentando,

se a pessoa já está naquela situação você imagina a outra pessoa, também já não tem aquela força que precisa para cuidar daquela pessoa. (E7)

Acabam sendo abandonadas pela família, pela sociedade no geral. Realmente, elas não têm apoio familiar. A família não consegue cuidar desta mulher. (E13)

DSC: Aquela que tem a família, muitas vezes a família não consegue ajudar, a família não consegue, ela tenta oferecer, tenta ajudar, mas não consegue. Eu já tive casos de pacientes que o familiar queria ajudar, mas não conseguiram. Quando tem família, a família sempre reclama, sempre é poli queixosa, em relação a situação que aquela mulher está vivendo. A família era uma senhora apática e não tinha mais condições para nada e ela ficou bem perdida, não sabia quem atendia primeiro, se atendia a filha, se atendia os filhos da filha. Eu também vejo que a família se sobrecarrega e já não tem para qual lado correr. Eles também não estão aguentando, se a pessoa já está naquela situação. Já não tem aquela força que precisa para cuidar daquela pessoa. Acabam sendo abandonadas pela família, pela sociedade no geral. Realmente elas não têm apoio familiar. A família não consegue cuidar desta mulher.

Ideia central 7: Muitas mulheres trazidas para o hospital ou acompanhadas pelos amigos, companheiros, cafetões, clientes e ou pessoas que não tem laços consanguíneos.

Expressões Chave:

Muitas vezes elas são aliciadas na prostituição. É o aliciador delas que vem aqui para poder trazer elas. (E2)

A grande maioria vem sem familiar, família sanguínea, porque elas vêm como o companheiro. Não é raro esse companheiro não ser o pai do filho. É o companheiro que está com ela naquele momento, ou vem com amigas. [...]. Dificilmente vem com pai ou mãe, ou então vem com a irmã que cuida os outros filhos para ela. (E3)

Normalmente, quando não está acompanhada, quando é o marido é tranquilo. Ele cuida como um pai normal do bebe. [...]. E normalmente quando a paciente é usuária de crack ela vem com outra pessoa. É difícil ela vir com o pai da criança. (E4)

A maioria. [...]. vem com amigos. [...]. Até teve uma que o cliente pagou o programa para ela e na hora ela entrou em trabalho de parto. O cliente a trouxe no hospital e só largou aqui e tchau. (E5)

Teve uma outra moça também que veio com a sogra. São poucas as que têm família. A maioria delas alguém traz ou acham na rua. A maioria das que eu peguei. [...]. Elas foram achadas na rua, ou alguém chama porque viu caída. Às vezes elas dizem: _ Vai entrar minha vizinha que meu marido não consegue ver sangue. Você não consegue saber se ela tem marido. (E6)

Muitas vezes a gente vê que são amigos, uma vizinha ou conhecido que vêm acompanhar. Não é uma mãe ou uma prima ou tia. Os que eu me lembro e que me marcaram mais é que a maioria delas vem com algum amigo ou o companheiro. Tem muitas que nem companheiro e nem conhecido vem. (E9)

Na maioria das vezes quando elas vêm, parece que vem um anjo da guarda, que já vê que aquela ali não vai ter condições e aquela pessoa vem para assumir aqueles cuidados. Muitas vezes é até a madrinha. Não é nem a mãe, nem o pai, nem irmãs. É uma pessoa agregada na família. Isso eu já notei nesses casos. [...]. A maioria a gente vê que não são familiares de sangue, são amizades. (E10)

Algumas vêm o companheiro. Nem sempre é o pai da criança (risos). Outras não. [...]. Duas que estavam com duas amigas do mesmo estilo. Uma acho que até era garota de programa. A dos nove filhos ficou o tempo todo sozinha. Ela não sabia quem era o pai. (E14)

DSC: Muitas vezes elas são aliciadas na prostituição. É o aliciador delas que vem aqui para poder trazer elas. A grande maioria vem sem familiar, família sanguínea, porque elas vêm com o companheiro e não é raro esse companheiro não ser o pai do filho. É o companheiro que está com ela naquele momento, ou vem com amigas. Dificilmente vem com pai ou mãe, ou então vem com a irmã que cuida os outros filhos para ela. Normalmente, quando não está acompanhada, quando é o marido é tranquilo. Ele cuida como um pai normal do bebê. Mas é difícil ela vir com o pai da criança. A maioria vem com amigos. Até teve uma que o cliente pagou o programa para ela e na hora ela entrou em trabalho de parto. O cliente a trouxe no hospital e só largou aqui e tchau. Teve uma outra moça também que veio com a sogra. São poucas as que têm família. A maioria delas alguém traz ou acham na rua, alguém chama porque viu caída. Às vezes elas dizem que vai entrar a vizinha porque o marido não consegue ver sangue. Na maioria das vezes quando elas vêm, parece que vem um anjo da guarda, que já vê que aquela ali não vai ter condições e aquela pessoa vem para assumir aqueles cuidados. Muitas vezes é até a madrinha. A maioria não são familiares de sangue, são amizades. Duas que estavam com duas amigas do mesmo estilo, uma acho que até era garota de programa. A dos nove filhos ficou o tempo todo sozinha. Ela não sabia quem era o pai.

Ideia central 8: Muitos familiares das mulheres usuárias de crack, também, têm envolvimento com drogas.

Expressões Chave:

A gente até teve um caso aqui de uma que internou [...] o marido que veio e que também era usuário. Aí os dois ficaram. Aí tinha que vigiar os dois, porque ele sumia e voltava, sumia e voltava, mas não apareceu nem pai e nem mãe dessa menina aqui. (E2)

Teve uma outra moça também que veio com a sogra e que era HIV também. [...]. E o filho dela era usuário, que era o pai do bebe. [...]. sei que tem de ouvir falar, que tem lá na maternidade, que tem uma usuária e que tem marido. As que eu presenciei foram poucas. Teve essa com o marido que ele era usuário de drogas também. (E6)

A maioria dos companheiros também são usuários de crack. (E14)

DSC: As que eu presenciei foram poucas, teve essa com o marido que era usuário de drogas também. A maioria dos companheiros também são usuários de crack. Teve um caso aqui de uma que internou, o marido que veio e que também era usuário. Tinha que vigiar os dois, porque ele sumia e voltava, sumia e voltava, mas não apareceu nem pai e nem mãe dessa menina aqui. Teve outra moça também que veio com a sogra que era HIV também e o filho dela era usuário, era o pai do bebê.

7 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ACERCA DA NECESSIDADE DE CUIDADOS QUE AS MULHERES USUÁRIAS DE CRACK NECESSITAM RECEBER NO SETOR

A mulher usuária de crack precisa de cuidados básicos como higiene, alimentação, roupas para si e para o bebê, segurança, conforto, medicação, ensino do autocuidado. Precisa de uma conversa, um acolhimento e um apoio para enfrentar a situação. Ser acompanhada pela equipe além de no momento do parto, de atendimento psicológico e social, de serem encaminhadas para o Planejamento familiar ou com o mesmo realizado. Precisam ver a equipe como uma ajuda e não alguém que vá tirar o seu filho necessitam de um encaminhamento/ acompanhamento no CAPS ad e serem inseridas em algum grupo de apoio.

Ideia central 1: A mulher usuária de crack precisa de cuidados básicos como higiene, alimentação, roupas para si e para o bebê, segurança, conforto, medicação, ensino do autocuidado.

Expressões-chave

Oferecer cuidados de higiene e oferecer comida junto, roupa. A gente tem as doações de roupas para a criança e para a mãe. Elas precisam de um tudo. A gente ajuda em tudo elas porque elas não têm nada. Não vem com nada. Só aparecem no hospital. (E2)

Higiene, a primeira coisa, segurança corporal, porque elas têm um risco muito grande de quedas. Se elas sentem dor elas chegam a se jogar no chão durante as contrações. Nós da equipe temos sempre que ficar de olho. [...]. É principalmente, higiene e conforto. É muito complicado de fazer a rotina do CO porque as técnicas que a gente tenta que usar elas não

aderem. [...]. Até conseguir levar para o banho é complicado, mas a gente tenta. Não são medidas de higiene e conforto, são medidas de higiene e segurança. Tentar fazer que durante aquele período ela passe o melhor possível. (E3)

Mas acho que mais é em função da higiene delas, porque a maioria que chegava era em condições de rua mesmo. A maioria é prostituta e veio da rua mesmo. Tivemos que colocar embaixo do chuveiro e dar banho mesmo. (E6)

Necessidade elas têm de tudo: roupa, alimento, medicação. Até roupa para o bebe, pois a maioria não tem nada. A maioria não fez o pré-natal. A maioria não tem enxoval para o bebe. Chegam aqui sem nada. Nem absorvente para o pós-parto elas trazem. Então, elas têm necessidade de tudo, de alimentação, do básico [...]. Cuidado com a alimentação cuidado com o sangramento, cuidado com a postura, cuidado com o RN, tem tantas coisas que elas precisam. [...]. Cuidado no momento do puerpério, cuidado com a higiene. [...]. (E12)

O autocuidado desta mulher, questões de higiene que elas precisam. Todos os cuidados. (E13)

DSC: Oferecer cuidados de higiene, comida, roupa. Tem as doações de roupas para a criança e para a mãe, elas precisam de um tudo. Ajudo em tudo, porque elas não têm nada, vem com nada, só aparecem no hospital. A primeira coisa segurança corporal, porque elas têm um risco muito grande de quedas, se elas sentem dor, chegam a se jogar no chão durante as contrações, nós da equipe temos sempre que ficar de olho. É principalmente, higiene e conforto. É muito complicado de fazer a rotina do CO porque as técnicas que se tenta usar elas não aderem. Tentar fazer que durante aquele período ela passe o melhor possível. Mas acho que mais é em função da higiene delas, porque a maioria que chegava era em condições de rua mesmo, a maioria é prostituta e vem da rua mesmo, tem que colocar embaixo do chuveiro e dar banho mesmo. A maioria não tem nada, não fez o pré-natal, não tem enxoval para o bebÊ. Chegam aqui sem nada, nem absorvente para o pós-parto elas trazem, então, elas têm necessidades de tudo, de alimentação, do básico com relação ao cuidado, com a alimentação e cuidado com o sangramento, cuidado com a postura, cuidado com o RN, no momento do puerpério, cuidado com a higiene. O autocuidado desta mulher, questões de higiene.

Ideia central 2: As mulheres usuárias de crack precisam de uma conversa, um acolhimento e um apoio para enfrentar a situação.

Expressões-chave

Ela precisa de apoio para ela conseguir deixar de usar a droga. (E1)

Primeiro elas precisam de apoio. (E2)

O cuidado maior seria na questão do acolhimento, eu acho que muitas vezes a gente nem fica sabendo que aquela pessoa é uma usuária e em função de não saber acolher ela lá na frente. A nossa porta de entrada é muito falha. Eu acho que o primeiro cuidado seria esse. (E4)

Eu acho que elas precisam ser bem acolhidas e ouvidas, em primeiro lugar para enfrentar a situação. [...]. Acho que seria interessante elas terem um encaminhamento, para quem quisesse, pudesse fazer esse tratamento. Um acompanhamento para que elas pudessem cuidar desse bebe, se elas tivessem essa oportunidade. (E8)

Eu acredito que em alguns casos a pessoa só precisa ser ouvida, pelo menos na minha experiência como Enfermeira também em ESF que faz Consulta. Eu observo que às vezes é uma conversa, é deixar a pessoa se expressar, a escuta. (E9)

Eu sinto falta de um trabalho maior de ter um acolhimento e de ter um acompanhamento. (E11)

Eu acho que elas precisariam um acolhimento. [...] são mulheres que necessitam de mais demanda, mais atenção, de um cuidado mais próximo. Então, necessitaria ser um acolhimento diferenciado. [...] Um acolhimento específico para que tivesse um segmento. Estas mulheres saem de alta e não tem segmento no cuidado. [...] Não existe um acompanhamento. (E13)

DSC: Ela precisa de apoio para conseguir deixar de usar a droga. Primeiro elas precisam de apoio. O cuidado maior seria na questão do acolhimento. Eu acho que, muitas vezes, nem ficamos sabendo que aquela pessoa é uma usuária em função de não saber acolher ela lá na frente. A nossa porta de entrada é muito falha, eu acho que elas precisam ser bem acolhidas e ouvidas, em primeiro lugar para enfrentar a situação. Acho que seria interessante elas terem um encaminhamento, para quem quisesse, pudesse fazer esse tratamento; um acompanhamento para que elas pudessem cuidar desse bebê, se elas tivessem essa oportunidade. Eu acredito que em alguns casos a pessoa só precisa ser ouvida, pelo menos na minha experiência como Enfermeira também em ESF que faz Consulta. Eu observo que, às vezes, é uma conversa, é deixar a pessoa se expressar, a escuta. Eu sinto falta de um trabalho maior de ter um acolhimento e de ter um acompanhamento. Eu acho que elas precisariam um acolhimento, são mulheres que necessitam de mais demanda mais atenção, de um cuidado mais próximo. Então, necessitaria ser um acolhimento diferenciado. [...] Um acolhimento específico para que tivesse um segmento. Estas mulheres saem de alta e não tem segmento no cuidado. [...] Não existe um acompanhamento.

Ideia central 3: Estas mulheres usuárias de crack precisam ser acompanhadas pela equipe além de no momento do parto. Precisam de atendimento psicológico e social, encaminhadas para o Planejamento familiar ou com o mesmo realizado.

Expressões-chave

E a nossa assistência o que foi? Somente prestada no momento do parto? Mas ali tinha um ser humano por trás. [...]. É como se você pensasse em uma abrangência maior. Ela teve um atendimento de saúde só naquele momento. Ela não teve antes e não vai ter depois. Se quebrou o processo de saúde. É como “enxugar gelo”. (E1)

Todas elas deveriam ter uma rede maior de assistência aqui no Hospital com psicólogo que pudesse acompanhar elas depois na enfermaria, conversar e isso não acontece aqui. A gente identifica, a gente passa, às vezes, para as gurias. [...]. Mas não tem esse acompanhamento. Eu acho que a pior coisa é a nossa porta de entrada para elas. Eu acho que deveria ser feito de outra forma esse acompanhamento. A paciente já chega para a enfermagem com aquele rótulo. (E4)

Eu acho que tem que ter um cuidado maior nessa parte, mais psicológico e de entender o que essa mulher está passando e para não ter que passar por isso de novo. A equipe tem que cuidar. (E5)

Eu acredito que elas precisem de uma atenção bem maior. [...]. Às vezes acabamos deixando-as de lado um pouco. Não de lado, a gente dá aquela atenção, de fazer os cuidados, medicação, verificar os sinais; mas uma atenção maior a gente não tem condições de dar. Justamente porque você acaba se preocupando muito mais com o bebe, ele está sozinho ali. [...]. O que a gente faz é chamar o apoio da psicologia, aí elas conseguem conversar. [...]. Na situação que elas estão sozinhas a gente aciona a Assistente Social e aciona a Psicologia quando a gente vê que elas estão precisando de um cuidado maior e que muitas vezes a gente no setor não dá. Então, a gente aciona esses apoios de outros colegas para fazer esse cuidado, essa atenção, ouvir ela que também é muito importante. (E7)

A questão social e psicológica também é muito importante. Às vezes são coisas tão simples que elas necessitam. [...]. São coisas bem banais para nós, mas você vê que para elas é uma grande coisa; um sabonete para dar banho no bebe, uma roupinha, uma toalha. Esse cuidado muitas vezes pode passar despercebido, mas que é importante também. [...] Era final de semana e o Juiz não estava de plantão e quem levava as coisinhas, roupinhas, era a técnica de enfermagem. [...]. É um cuidado, não deixa de ser um cuidado, pois está vendo uma necessidade dela. (E8)

Para muitas, àquela hora de ver aquele bebe pode ser uma esperança de uma vida nova. Mas a vida lá fora é difícil. Elas têm que querer muito para sair dessa vida de usuárias de droga. Não é muito fácil, mas o acompanhamento inicial aqui pelo menos elas têm. A equipe presta esse acompanhamento. Acredito eu que estão até bem assistidas. Na nossa Instituição nós temos esse diferencial. (E10)

Minha preocupação é que aqui a gente está cuidando, mas e depois? Sinto falta de um vínculo maior com a Psicologia e de entender o porquê que ela usa. (E11)

Esta mulher necessitaria sair pelo menos com um planejamento familiar orientado ou realizado (DIU colocado). Na minha realidade de lá elas saíam sem segmento nenhum. São mulheres que necessitam que nós estejamos mais próximas delas neste cuidado (E13)

Acho que atendimento psicológico. Mas não somente aqui no hospital. Deveria ser continuo quando elas saem daqui. É difícil também ter esta continuidade depois. (E14)

DSC: Todas elas deveriam ter uma Rede maior aqui no Hospital com psicólogo que pudesse acompanhar elas depois na enfermaria, conversar e isso não acontece aqui. A gente identifica, a gente passa as vezes para as gurias. [...]. Mas não tem esse acompanhamento. Eu acho que a pior coisa é a nossa porta de entrada para elas. Eu acho que deveria ser feito de outra forma esse acolhimento. A paciente já chega para a enfermagem com aquele rótulo. Eu acredito que elas precisem de uma atenção bem maior. Às vezes as deixo de lado um pouco, dou aquela atenção, de fazer os cuidados, medicação, verificar os sinais, mas uma atenção maior não tem condições de dar, justamente porque acaba se preocupando muito mais com o bebê, ele está sozinho ali. O que se faz é chamar o apoio da psicologia, aí elas conseguem conversar. Na situação que elas estão sozinhas se aciona a Assistente Social e a Psicologia, quando se vê que elas estão precisando de um cuidado maior. Ouvir ela que também é muito importante. Ela teve um atendimento de saúde só naquele momento, ela não teve antes e não vai ter depois. Se quebrou o processo de saúde. É como “enxugar gelo”. Eu acho que tem que ter um cuidado maior nessa parte, mais psicológico e de entender o que essa mulher está passando e para não ter que passar por isso de novo. A equipe tem que cuidar. Às vezes são coisas tão simples que elas necessitam, coisas bem banais para nós, mas para elas é uma grande coisa, um sabonete para dar banho no bebê, uma roupinha, uma toalha. Esse cuidado muitas vezes pode passar despercebido, mas que é importante também. Para muitas, àquela hora de ver aquele bebê pode ser uma esperança de uma vida nova, mas a vida lá fora é difícil. Elas têm que querer muito para sair dessa vida de usuárias de droga, não é muito fácil, mas o acompanhamento inicial aqui pelo menos elas têm, a equipe presta esse acompanhamento. Nessa Instituição tem esse diferencial. Sinto falta de um vínculo maior com a Psicologia e de entender o porquê que ela usa. Esta mulher necessitaria sair pelo menos com um planejamento familiar orientado ou realizado (DIU colocado). São mulheres que necessitam que nós estejamos mais próximas delas neste cuidado. Acho que atendimento psicológico, mas não somente aqui no hospital deveria ser contínuo quando elas saem daqui. É difícil também ter esta continuidade depois.

Ideia central 4: Estas mulheres precisam ver a equipe como uma ajuda e não alguém que vá tirar o seu filho.

Expressões-chave

Uma paciente que o bebe estava para ser institucionalizado, já era a 8ª gestação e um filho já tinha ido para a adoção e esse filho também estava indo para adoção. Nesse caso esse bebe foi levado para a adoção. [...]. Então, a equipe precisa ajudar estas mulheres nestas questões (E1)

Elas precisam ver na gente ali que a gente está para ajudar e não para tomar a criança dela. Esse já é o primeiro ponto de partida. (E2)

Geralmente a gente só chama um psicólogo ou assistente social quando é uma criança que já nos avisaram que é para ser institucionalizada, que já está com o nome lá registrado para nós. Eu e minha colega não queríamos tirar a criança da mãe porque ela demonstrava afeto, ela cuidava direitinho e a gente não sabia de fato o que estava acontecendo. A gente não tinha um documento formal. A gente tinha que chamar a Assistente Social. Chamamos e ela nos mandou retirar. [...]. Achava que a gente tinha que tirar porque a Assistente Social estava mandando, que cada um tinha sua função, que se ela mandou tínhamos que tirar, mas nós não queríamos. [...]. A gente discutiu muito aquilo ali e depois a criança acabou indo para o quarto, porque realmente não tinha nada que fundamentasse que a gente tinha que tirar a criança. (E4)

Depois na maternidade as gurias acionam a Assistente Social que tem que fazer o registro da criança e essa parte de burocracia. [...]. Acho que se foi tirada a criança ela já sai daqui com mais um motivo para a droga e se simplesmente largam na rua o que ela vai fazer? Vai voltar para rua e para a droga. Ela não tem nenhuma ajuda. (E5)

Algumas vezes acionamos a Assistente Social para ela ir lá, para ver se já estava em acompanhamento com o Conselho Tutelar, porque nesses casos tem que se ter o acompanhamento, e se não estava para começar a ter. (E7)

Ela estava inconformada. Depois de um tempo veio o Conselho e foi uma confusão porque iam dar alta depois não iam mais dar alta. No fim ela acabou dando alta e a criança ficou. Ela foi, e a criança foi para adoção ou institucionalizada. (E8)

A Assistente Social vem sempre conversar com elas, saber se elas têm as condições de cuidar da criança e se vão poder ficar com a criança. Em muitos casos elas ficam com a criança. (E9)

Não sei muito bem se essa Assistência Social ela se entende alguma coisa fora aqui do Hospital ou se é uma coisa só enquanto elas estão aqui. Eu sei que essa conversa que elas têm com o Conselho Tutelar se prolonga para fora do Hospital, até porque muitas delas já têm essa passagem por ter outras gestações. Elas já são acompanhadas pelo Conselho Tutelar. [...]. Órgão competente, que seria esse Conselho que já faz toda essa parte desse cuidado. (E10)

De ter Assistente Social que realmente está investigando se ela tem condições de estar criando esse bebê, tanto econômica quanto emocional e na maioria das vezes não tem. [...]. O conselho Tutelar dá seguimento junto com o serviço de Psicologia e Assistente Social, porque se é usuária já deve ter registro daquela situação e o Conselho já vai ter agido com aquela família. (E11)

A assistente social para ver as condições, principalmente da criança para ver para onde que ela vai. Aquelas que assumem que querem ficar com as crianças tu não sabes para que meio elas vão. Não sabe se tem uma casa ou um lar descente. (E14)

DSC Elas precisam ver que o profissional está para ajudar e não para tomar a criança dela. Esse já é o primeiro ponto de partida. Só chama um psicólogo ou assistente social quando é uma criança que já avisaram que é para ser institucionalizada, que já está com o nome lá registrado. Eu e minha colega não queríamos tirar a criança da mãe porque ela demonstrava

afeto, ela cuidava direitinho e não sabia de fato o que estava acontecendo. Não tinha um documento formal, tinha que chamar a Assistente Social, que mandou retirar, mas nós não queríamos. Se discutiu muito aquilo ali e depois a criança acabou indo para o quarto, porque realmente não tinha nada que fundamentasse tirar a criança. Depois na maternidade as gurias acionam a Assistente Social que tem que fazer o registro da criança e essa parte de burocracia. Acho que se foi tirada a criança ela já sai daqui com mais um motivo para a droga e se simplesmente largam na rua, vai voltar para a rua e para a droga. Ela não tem nenhuma ajuda. A equipe precisa ajudar estas mulheres nestas questões. Algumas vezes é acionada a Assistente Social, para ir ver se já estava em acompanhamento com o Conselho Tutelar, porque nesses casos tem que se ter o acompanhamento e se não estava, para começar a ter. Ela estava inconformada, depois de um tempo veio o Conselho e foi uma confusão porque iam dar alta depois não iam mais dar alta. No fim ela acabou dando alta e a criança ficou, e ela foi, e a criança foi para adoção ou institucionalizada. A Assistente Social vem sempre conversar com elas, saber se elas têm as condições de cuidar da criança e se vão poder ficar com a criança, em muitos casos elas ficam com a criança. Não sei muito bem se essa Assistência Social ela entende alguma coisa fora aqui do Hospital ou se é uma coisa só enquanto elas estão aqui. Eu sei que essa conversa que elas têm com o Conselho Tutelar se prolonga para fora do Hospital. Até porque muitas delas já têm essa passagem por ter outras gestações. Elas já são acompanhadas pelo Conselho Tutelar.

Ideia central 5: As mulheres usuárias de crack precisam ter um encaminhamento/acompanhamento no CAPS.

Expressões-chave

Ela precisa ter um acompanhamento, em um CAPS. [...]. Ter um acompanhamento após. [...]. O Serviço Social veio e encaminhou ela para o CAPS. Fez todo um acompanhamento dela, mas eu não sei se isso é feito para todas ou se foi nesse caso específico. (E1)

Eu acho que todas elas deveriam ter um acompanhamento depois, sempre que a gente identificasse, mesmo que não perceba. (E4)

O apoio psicológico e esse tipo de coisa eu não vejo fazer, encaminhando para o CAPS ad ou coisa assim. Aqui dentro do Centro Obstétrico a gente não vê isso. [...]. Acho que um encaminhamento para um Serviço, eu não sei como funciona aqui na cidade, mas eu sei que tem o CAPS ad e sendo mulher ela tem a chance de engravidar de novo. (E5)

Na verdade, eu acredito que aqui seja o início, um sopro de um abrir de olhos de que ela possa melhorar, que ela pode sair dessa vida, que lá fora talvez ela procure ajuda em um CAPS.[...]. Eu acredito que se elas têm interesse em melhorar alguma coisa, acho que o próprio Conselho deva encaminhar para um CAPS.(E10)

DSC: Ela precisa ter um acompanhamento, em um CAPS, após. O Serviço Social veio e encaminhou ela para o CAPS, fez todo um acompanhamento dela, mas eu não sei se isso é feito para todas ou se foi nesse caso específico. Eu acho que todas elas deveriam ter um acompanhamento depois. Sempre que se identificasse, mesmo que não perceba. Esse tipo de coisa eu não vejo fazer, encaminhando para o CAPS ad ou coisa assim. Aqui dentro do Centro Obstétrico não se vê isso, acho que um encaminhamento para um Serviço. Eu não sei como funciona aqui na cidade, mas eu sei que tem o CAPS ad e sendo mulher ela tem a chance de engravidar de novo. Na verdade, eu acredito que aqui seja o início, um sopro de um abrir de olhos de que ela possa melhorar, que ela pode sair dessa vida, que lá fora talvez ela procure ajuda em um CAPS. [...]. Eu acredito que se elas têm interesse em melhorar alguma coisa, acho que o próprio Conselho deva encaminhar para um CAPS.

Ideia central 6: As mulheres usuárias de crack necessitam ser inseridas em algum grupo de apoio.

Expressões-chave

Uma assistência ideal seria que essa paciente pudesse ser inserida em algum grupo de ajuda até mesmo para depois ela ter algum acompanhamento. [...]. Como aqui também é a porta de entrada, eu acho que poderia esse grupo de ajuda começar por aqui. [...]. Depois quando ela for para a maternidade e receber alta, ela continuar esse acompanhamento, mas isso é assim, um sonho. (E1)

A minha preocupação é a falta de continuidade e a rede que poderia dar esse suporte, inserir esta mulher em um grupo de ajuda. (E11)

DSC Uma assistência ideal seria que essa paciente pudesse ser inserida em algum grupo de ajuda até mesmo para depois ela ter algum acompanhamento. Como aqui também é a porta de entrada, eu acho que poderia esse grupo de ajuda começar por aqui. Depois quando ela for para a maternidade e receber alta, ela continuar esse acompanhamento, mas isso é assim, um sonho. A minha preocupação é a falta de continuidade e a rede que poderia dar esse suporte, inserir esta mulher em um grupo de ajuda.

8 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ACERCA DAS DIFICULDADES ENFRENTADAS PELA EQUIPE PARA PRESTAR ASSISTÊNCIA AS MULHERES USUÁRIAS DE CRACK NOS SETORES

A equipe de enfermagem não tem dificuldade de prestar a assistência às mulheres usuárias de crack no setor. A classe médica apresenta mais dificuldade. Devido essa dificuldade no atendimento, muitas vezes, acabam distanciando-as do serviço. Há profissionais que têm dificuldade de prestar um atendimento de forma humanizada. Sentem pena da criança e da mulher pela situação difícil vivenciada, pela falta de afeto identificada e pela rejeição do bebê por parte da mãe. No entanto, alguns integrantes da equipe de enfermagem relataram dificuldade pessoal de tratar as mulheres usuárias de crack. Tal dificuldade cria uma barreira no atendimento verifica-se falta de respeito, preconceito, desumanização julgamento, falta de ética, falta de entendimento, resistência, falta de paciência, e dificuldades pessoais no atendimento de mulheres usuárias de crack.

Ideia central 1: A equipe de enfermagem não tem dificuldade de prestar a assistência as mulheres usuárias de crack no setor.

Expressões-chave

Não, acho que não tenho dificuldade em prestar assistência. (E1)

Nenhuma dificuldade. [...]. A dificuldade porque ela é usuária, porque ela chegou aqui fedida, porque ela chegou com fome, porque ela chegou xingando. Mas não tem nenhuma dificuldade. (E2)

Não, nenhuma dificuldade. Trabalho muito bem com elas até. Não sei se foi a minha experiência de trabalhar muito tempo no Hospital Psiquiátrico. Trabalhei como técnica e depois trabalhei como enfermeira, e depois como professora com alunos do técnico. Então, trabalhava muito com dependente químico. [...]. Eu sempre tive uma facilidade de trabalhar, sempre consegui escutar elas e não julgar, não chegar já armada. Eu não tenho problema nenhum de trabalhar com elas. Eu até, particularmente, gosto de trabalhar com paciente assim, dependente químico, não tenho problemas. (E4)

Mas para mim é como lidar com qualquer pessoa. [...]. Não, não tenho bloqueio nenhum. Só o cuidado se ela for HIV positivo. Aí há um cuidado por ela ser HIV positiva, mas por droga não. [...]. Às vezes tem esse julgamento mesmo. A minha equipe eu não vejo isso. Não tem nenhum bloqueio com esse tipo de paciente, na parte da enfermagem. Na da medicina eu não posso falar. (E5)

Não tenho dificuldade de atender essas mulheres. [...]. Eu não tenho, para mim indefere. [...]. Eu não tenho problemas. (E6)

Nunca percebi nada da equipe de enfermagem, nada, nenhuma falta de respeito. Elas respeitam aquele momento dela, do que é o esperado na situação dela. Só por ela ser usuário, não podemos levar para outro lado e acabar fazendo pouco caso dela. (E7)

Não, nenhum, nenhum mesmo. Eu só tenho medo delas me baterem, mas nunca aconteceu. [...]. Mas de forma nenhuma, eu brinquei com essa coisa da agressão, mas para mim é igual. Independentemente de ser usuária de crack. [...]. Eu procuro dar o mesmo tratamento. (E8)

Não, na questão, assim de crença ou alguma barreira por ser uma usuária não; de tentar evitar o contato pela pessoa ser usuária não. Isso não dificulta. [...]. A questão de ser usuária não me atrapalha. [...]. Não, pelo menos na minha equipe eu não percebi que alguém tenha uma crença que impossibilite ela de ter os cuidados e de ela ficar sobre os cuidados desse profissional porque a crença dele não permite. No meu horário e na equipe que eu faço parte não. (E9)

Não, eu não tenho dificuldade. Eu só fico um pouco apreensiva com os cuidados que elas vão ter com aquele bebe. [...]. Das que a gente já teve aqui na Unidade eu não notei nenhuma diferença (E10)

De não tratar bem, isso não. Eu sempre trato todas iguais. (E11)

Não! Eu acho que não (risos), quer queira quer não você atender gestante usuária ou não você também está fazendo saúde mental. Então, acredito que não. (E13)

Não, não, não! Eu sou bem tranquila. (E14)

DSC: Acho que não tenho dificuldade em prestar assistência, trabalho muito bem com elas. Até não sei se foi a minha experiência de trabalhar muito tempo no Hospital Psiquiátrico, trabalhei como técnica, depois como enfermeira e também como professora com alunos do técnico. Eu sempre tive uma facilidade de trabalhar, conseguir escutar elas e não julgar, não chegar já armada. Eu não tenho problema nenhum de trabalhar com elas. Eu até, particularmente, gosto de trabalhar com paciente assim, dependente químico, não tenho problemas. Mas para mim é como lidar com qualquer pessoa, não tenho bloqueio nenhum. Só o cuidado se ela for HIV positivo, mas por droga não. Na minha equipe eu não vejo isso, não tem nenhum bloqueio com esse tipo de paciente, na parte da enfermagem. Na da medicina eu não posso falar. Eu não percebi que alguém tenha uma crença que impossibilite ela de ter os cuidados e de ela ficar sobre os cuidados desse profissional porque a crença dele não permite. No meu horário e na equipe que eu faço parte não. A dificuldade porque ela é usuária, porque ela chegou aqui fedida, porque ela chegou com fome, porque ela chegou xingando. Eu só tenho medo delas me baterem, mas nunca aconteceu. Eu só fico um pouco apreensiva com os cuidados que elas vão ter com aquele bebê.

Ideia central 2: A classe médica apresenta mais dificuldade de atender as mulheres usuárias de crack. Devido a essa dificuldade no atendimento, muitas vezes, acabam distanciando essas mulheres do serviço.

Expressões-chave:

Percebo mais na classe médica. Não é dificuldade, eu percebo como um descuido. Não tratam com a mesma dedicação como tratam outra pessoa que parece que tem uma posição social melhor. Normalmente aquela paciente que é usuária de crack. [...]. Lá na frente (Atendimento médico) eu acho que elas são destras, porque eles chegam a dizer que o nenê pode nascer porque elas não fizeram pré-natal ou porque tem pouca consulta, é uma agressão mesmo. [...]. Lá na frente (Atendimento médico), lá eles falam mesmo que o nenê pode morrer, que o nenê vai para a UTI porque a barriga é pequena, que não podem dizer se o nenê vai sobreviver e dependendo do profissional a gente escuta todas essas coisas. [...]. Sim, sempre, porque elas mesmo falam para nós que estavam com medo de vir e de como iam ser atendidas. (E4)

Na parte médica tem um maior desleixo. Não é desleixo, mas atendem como, tipo: _ Há é só mais uma. Essa não tem como sentir dor, está chapada, ela nem sabe o que está acontecendo. Vão lá e fazem o que tem que fazer e não se envolvem muito, como se fosse uma pessoa que está em sã consciência. [...]. Na parte médica tem mais bloqueio de humanização. Não são tão humanizadas como são com a pessoa que não é usuária. A parte da enfermagem eu não vejo tanta diferença, mas acontece. (E5)

Piadinhas eu já ouvi de médico. Já pensei também do porquê eles fazem isso, que uma criança inocente não tem porque passar por isso. [...]. Já vi médico falando: _ Há porque você é soropositiva, todo mundo coloca o avental. Mas é essa coisa assim, de dar outro tratamento porque está drogada. (E6)

Dos outros profissionais a gente ouve algumas risadinhas, alguns comentários, principalmente pelo corpo médico. Isso quando a gente está pela parte da manhã em alguns dias. Ouve umas piadinhas, alguns comentários entre eles, mas a gente sabe de quem eles estão falando. Talvez entre eles fique mais explícito, essa forma de tratar de qualquer jeito: _ Aquela lá não se cuida mesmo. (E10)

DSC Percebo mais na classe médica, um descuido, não tratam com a mesma dedicação como tratam outra pessoa que parece que tem uma posição social melhor. Normalmente aquela paciente que é usuária de crack, é discriminada, até um pouco pela enfermagem, mas não destras como ela é pelos médicos. Lá na frente (Atendimento médico) eu acho que elas são destras, porque eles chegam a dizer que o nenê pode nascer porque morto, que vai para a UTI, porque a barriga é pequena, porque elas não fizeram pré-natal ou porque tem pouca consulta. É uma agressão mesmo, dependendo do profissional se escuta todas essas coisas. Elas mesmas falam para nós que estavam com medo de vir e de como iam ser atendidas. Na parte médica tem um maior desleixo, não é desleixo, mas atendem como se fosse só mais uma, essa não tem como sentir dor, está chapada, ela nem sabe o que está acontecendo. Não

são tão humanizadas como são com a pessoa que não é usuária. Piadinhas eu já ouvi de médico, já pensei também do porquê que fazem isso, que uma criança inocente não tem porque passar por isso. Já vi médico falando: -Há porque você é soropositiva, todo mundo coloca o avental. Mas é essa coisa assim, de dar um outro tratamento porque está drogada. Dos outros profissionais se escuta algumas risadinhas, alguns comentários, principalmente pelo corpo médico, se sabe de quem eles estão falando. Talvez entre eles fique mais explícita essa forma de tratar de qualquer jeito: -Aquela lá não se cuida mesmo.

Ideia central 3: Há profissionais que têm dificuldade de prestar um atendimento de forma humanizada.

Expressões-chave

Antes de ter essa Proposta da Humanização no atendimento, que seria o mínimo de intervenções possíveis; antes de se ter essa visão, essa maneira de assistência, a gente percebia muito que essas pacientes eram deixadas, nasce como quiser, vai nascer então nasce como quiser. [...]. Elas são muito deixadas de lado, muito mesmo. Com certeza o atendimento é diferente. [...]. E as usuárias eram deixadas que ia nascer. Agora a conduta é outra, de mais expectativa, de esperar ver o que vai acontecer. A questão da Humanização é um processo que iniciou na Equipe de Enfermagem. Depois a gente teve a mudança da ambiência que proporcionou que a gente tivesse um atendimento humanizado e individualizado. Muitos profissionais mudaram, porque a gente também está trabalhando isso com eles. Agora tem gente que não adianta. Não tem uma cobrança da Instituição. Olha o perfil é esse e quem não se adequar [...]. Não, eles continuam ficando. (E3)

Você nota isso. Que as pessoas não dão a mesma atenção, não são humanizadas, não tem o mesmo acolhimento. Claro que não é todo mundo. (E4)

Já vi cara de nojo, cara feia, por vezes são desumanizados. (E6)

DSC Antes de ter essa Proposta da Humanização no atendimento, que seria o mínimo de intervenções possíveis, se percebia muito que essas pacientes eram deixadas, nasce como quiser, vai nascer então nasce como quiser. Elas eram muito deixadas de lado. Agora a conduta é outra, de mais expectativa, de esperar ver o que vai acontecer. A questão da Humanização é um processo que iniciou na Equipe de Enfermagem, depois teve a mudança da ambiência, que proporcionou um atendimento humanizado e individualizado. Muitos profissionais mudaram, porque também se está trabalhando isso com eles. Agora tem gente que não adianta, não tem uma cobrança da Instituição. Isso é claro que as pessoas não dão a mesma atenção, não são humanizadas, não tem o mesmo acolhimento. Claro que não é todo mundo. Já vi cara de nojo, cara feia, por vezes são desumanizados.

Ideia central 4: As pessoas envolvidas na assistência das mulheres usuárias de crack sentem pena da criança, da mulher pela situação difícil vivenciada, pela falta de afeto identificada e pela rejeição do bebe por parte da mãe.

Expressões-chave

A gente sente pena como ser humano. A gente fica olhando para aquele bebe indefeso e inocente e imaginando o que ele passou durante a gravidez, os lugares por onde ele andou, o que a mãe andou fazendo. (E1)

Eu tenho muita dó delas, muita dó. [...]. Tenho muita dó, porque ela está em uma situação que é difícil. (E2)

Eu tenho muita pena, na minha percepção é um corpo sem alma. Ela não tem afeto. [...]. É uma pessoa que está colocando uma outra pessoa no mundo sem estar querendo. [...]. Eu me sinto muito triste. [...]. Mas eu tenho muita pena da situação. Um dos momentos em que eu fico mais angustiada é saber no que aquilo vai dar. [...]. Isso é uma coisa que mexe muito comigo nesse sentido. (E3)

Vejo que as gurias sentem pena. São uma equipe muito boa com todas as pacientes. [...]. Elas tratam de forma igual, não vejo diferenciação também. Não vejo algo que vai impedir que elas possam prestar o cuidado, que elas não possam prestar a assistência de que elas necessitam. Elas até ajudam a dar banho quando é preciso, na própria paciente quando elas estão sozinhas. Então, não percebo isso. (E8)

Eu fico com pena, eu digo: _ Poxa, porque botou mais um bebe no mundo nessas condições de não saber se vai cuidar. (E10)

Eu fico muito com pena dessas pessoas, com muita pena do bebe. [...]. Eu fico com pena, eu fico com pena de pessoas assim. Me choca porque na minha família é uma coisa que eu não sou acostumada. [...], mas eu vejo mais por pena da criança. A gente se pergunta o que vai ser dessa criança. (E11)

A única coisa que eu tenho pena, mexe comigo, mas eu não demonstro para ela, não destrato, não trato mal. É a questão da rejeição do bebe. (E14)

DSC: Sinto pena como ser humano, fico olhando para aquele bebê indefeso, inocente e imaginando o que ele passou durante a gravidez, os lugares por onde ele andou, o que a mãe andou fazendo. Eu tenho muita pena e dó delas, muita dó, porque ela está em uma situação que é difícil. Na minha percepção é um corpo sem alma, ela não tem afeto. É uma pessoa que está colocando uma outra pessoa no mundo sem estar querendo. Me sinto muito triste, é um dos momentos que eu fico mais angustiada de saber no que aquilo vai dar. Isso é uma coisa que mexe muito comigo nesse sentido. Vejo que as gurias sentem pena, são uma equipe muito boa com todas as pacientes. Elas tratam de forma igual, não vejo diferenciação também, não vejo algo que vai impedir que elas possam prestar o cuidado, que elas não possam prestar a

assistência de que elas necessitam. Elas até ajudam a dar banho quando é preciso, na própria paciente, quando elas estão sozinhas. Eu fico com pena, eu digo: -porque botou mais um bebê no mundo nessas condições de não saber se vai cuidar. Me choco porque na minha família é uma coisa que eu não sou acostumada, mexe comigo, mas eu não demonstro para ela, não destrato, não trato mal, é a questão da rejeição do bebê.

Ideia central 5: Verifica-se falta de respeito, preconceito, desumanização julgamento, falta de ética, falta de entendimento, resistência, falta de paciência, e dificuldades pessoais no atendimento de mulheres usuárias de crack.

Expressões-chave

Preconceito e falta de respeito com dependente químico a gente vê todos os dias. As pessoas não têm humanização. Pode ser lá na portaria. A moça da higienização, a enfermagem, os residentes, os alunos; mas isso é muito uma coisa da pessoa. Quem desrespeita o ser humano em si, vai desrespeitar qualquer um, nem precisa ser específico. [...]. A gente tinha um profissional aqui que quando chegava uma paciente do Ambulatório de HIV ele dizia: _ Chegou uma aidética. E são sempre as mesmas pessoas que fazem esse tipo de comentário. E é com a mãe de três filhos, com a usuária, com a soropositiva, com aquela que quer ter parto normal e não consegue e necessita de uma intervenção e ir par uma Cesária: _ Viu, olha aí. Ou uma mulher que está com muita dor e está gritando. O comportamento não muda se é usuária ou se não é. A falta de respeito com o ser humano é isso mesmo e é em todos os níveis. É uma pessoa que não respeita o ser humano. (E3)

A gente vê um pouco isso da parte de alguns técnicos e de alguns enfermeiros, essa questão de não dar o mesmo atendimento. Se chega uma pessoa. [...]. Com um grau de instrução maior; aí chega aquela mãe usuária e que estudou até a 3ª ou 4ª, não tem aquela mesma coisa das orientações de tratamento não farmacológico: vai para o banho, vai para a bola; a gente nota que não é da mesma forma, é oferecido, mas é diferente. De alguns profissionais eu noto essa diferença. [...]. Uma coisa que me marca sempre é essa questão do desrespeito, do julgamento de todos, porque a gente escuta muita coisa. [...]. Já escutei todas as técnicas, as secretárias, todo mundo falando a mesma coisa, que a paciente tinha dois maridos. Então, é isso que eu noto. A questão da ética, ninguém é dez. Eu também quando faço minha avaliação eu também comento. A gente não deveria comentar com ninguém, mas a gente comenta. Mas tem gente que é demais, porque as pessoas julgam muito o outro e já rotulam. [...]. A enfermagem, ela faz mais aquela coisa enrustida. Ela não dá a devida atenção, não dá a devida orientação, não cuida da mesma forma depois, não fica na volta para auxiliar na amamentação. É uma coisa mais mascarada, mas acontece também. (E4)

Já ouvi piadinhas, sempre tem, tipo: _Ela está chapadona e nem sabe o que está acontecendo. Eu vejo como uma falta de entendimento, respeito ou até de preparo da equipe de saber como trabalhar com o usuário, porque a parte física muda, muda o sensorio. Então, é diferente, eles não são hígidos e esse entendimento eu vejo que toda equipe não tem. (E5)

Algumas das gurias eu noto um pouco de resistência em função do mau cheiro. [...]. Nós tínhamos uma técnica que não gostava de puncionar, mas numa mentalidade mais atrasada.

[...]. Claro que é melhor tratar de uma paciente que está esperando o bebe, que fez pré-natal. (E6)

É difícil de tu ver e aceitar, porque tu não vives na pele o que ela está vivendo. É diferente. Tu não sabes. Então, é difícil tu prestar um cuidado para esse tipo de pessoa, porque é muito diferente das outras que a mãe tem toda uma atenção e um cuidado (E7)

Geralmente as pessoas não têm paciência, julgam, apresentam algumas dificuldades pessoais. Eu particularmente não sei se isso deve interferir, pois somos profissionais e as nossas condições pessoais não deveriam interferir. Não estamos aqui para julgar, estamos aqui para cuidar, mas infelizmente a gente percebe alguns profissionais fazerem alguns julgamentos. (E13)

DSC: Preconceito e falta de respeito com dependente químico vejo todos os dias, as pessoas não tem humanização, pode ser lá na portaria, a moça da higienização, a enfermagem, os residentes, os alunos, mas isso é muito uma coisa da pessoa. Quem desrespeita o ser humano em si, vai desrespeitar qualquer um, nem precisa ser específico. Tinha um profissional aqui que quando chegava uma paciente do Ambulatório de HIV ele dizia: “Chegou uma Aidética”. E são sempre as mesmas pessoas que fazem esse tipo de comentário, é com a mãe de 3 filhos, com a usuária, com a soropositivo, com aquela que quer ter parto normal e não consegue necessitando de uma intervenção de ir par uma Cesária. O comportamento não muda se é usuária ou se não é, a falta de respeito com o ser humano é isso mesmo e é em todos os níveis, é uma pessoa que não respeita o ser humano. Vejo um pouco da parte de alguns técnicos e de alguns enfermeiros, essa questão de não dar o mesmo atendimento. Se chega uma pessoa com um grau de instrução maior... aí chega aquela mãe usuária e que estudou até a 3ª ou 4ª, não tem aquela mesma coisa das orientações de tratamento não farmacológico como banho, bola. Noto que não é da mesma forma, é oferecido, mas é diferente. Uma coisa que me marca sempre é essa questão do desrespeito, do julgamento de todos, porque escuto muita coisa, já escutei todas as técnicas, as secretárias, todo mundo falando a mesma coisa, que a paciente tinha dois maridos. A questão da ética, ninguém é dez, quando faço minha avaliação eu também comento, não deveria comentar com ninguém, mas se comenta, mas tem gente que é demais, porque as pessoas julgam muito o outro e já rotulam. A enfermagem faz mais aquela coisa enrustida, não dá a devida atenção ou orientação, não cuida da mesma forma depois, não fica na volta pra auxiliar na amamentação, é uma coisa mais mascarada, mas acontece também. Eu vejo como uma falta de entendimento, respeito ou até de preparo da equipe de saber como trabalhar com o usuário, porque a parte física muda, muda o sensorio, então é diferente. Algumas das gurias eu noto um pouco de resistência em função do mau cheiro.

Tinha uma técnica que não gostava de puncionar, mas numa mentalidade mais atrasada. Claro que é melhor tratar de uma paciente que está esperando o bebê, que fez pré-natal. É difícil de ver e aceitar, porque não está vivendo na pele o que ela está vivendo, é diferente, é difícil prestar um cuidado para esse tipo de pessoa, porque é muito diferente das outras que a mãe tem toda uma atenção e um cuidado. Geralmente as pessoas não tem paciência, julgam, apresentam algumas dificuldades pessoais, eu particularmente não sei se isso deve interferir, pois sou profissional, e a condição pessoal não deve interferir, não estou aqui para julgar, estou aqui para cuidar, mas infelizmente percebo que alguns profissionais fazem alguns julgamentos.

Ideia central 6: Alguns integrantes da equipe de enfermagem relatam ter dificuldade de tratar as mulheres usuárias de crack, criam uma barreira no atendimento.

Expressões-chave

Sendo bem sincera, eu acho que eu tenho sim. Tem porque a gente não é preparada para lidar com isso. A gente não tem uma capacitação e que possa dizer que estamos preparados e que conhecemos essa realidade. Não. A gente vai aprendendo na prática, vivenciamos as situações e vamos aprendendo. (E7)

Quando a gente recebe e diz: _ É usuária. Já cria uma certa barreira. A gente já se. [...]. Só por dizer que é usuária a gente já se prepara com o que vai vir. [...]. Piadinha de ficar menosprezando ou diminuindo, assim, mas eu vejo. (E11)

Nossa maior barreira é a promoção da saúde, que é em relação às orientações dos cuidados, do autocuidado. Se elas vão manter quando elas saírem daqui. [...]. isso eu vejo como uma barreira até porque o pré-natal daqui não é tão efetivo. A saúde pública aqui no município não é efetiva. (E12)

Já vi colegas com dificuldade de prestar atendimento às mulheres usuárias de crack. [...]. estava internada e reclamava bastante que tinha dor, ela chamava frequente. Aí eu vi uma colega, uma técnica dizendo que era essa louca drogada. A gente comenta entre nós. Eu já vi sim, quando eu fui passar a visita, que a gente passa nos quartos e ela falou aquela técnica foi bem grossa comigo. Eu falei que não queria fazer na veia que eu tenho medo, aí a técnica falou brava: _ Então eu não vou fazer nada. Aí virou as costas foi bem grosseira. Isso aconteceu porque ela era usuária, pois se não fosse ela ia tratar ela melhor. Não falo todas, mas vi uma colega fazer isso. (E14)

DSC Sendo bem sincera, eu acho que eu tenho sim. Não sou preparada para lidar com isso. Não tem capacitação, para eu dizer que estou preparada e que conheço essa realidade. Vou aprendendo na prática, vivenciando as situações e aprendendo. Quando recebo já identifico que é usuária, já crio uma certa barreira. Só por saber que é usuária já me preparo. Piadinha, ficar menosprezando ou diminuindo, já ouvi. A maior barreira é a promoção da saúde, que é

em relação as orientações dos cuidados, do autocuidado. Se elas vão manter para depois quando elas saírem daqui, até porque o pré-natal não é efetivo. Já vi colegas com dificuldade de prestar atendimento às mulheres usuárias de crack. A gestante estava internada e reclamava bastante que tinha dor, chamava frequente. Eu vi uma colega, uma técnica, dizendo assim: - Essa louca drogada. Eu comento entre nós, quando eu fui passar a visita, que eu passo nos quartos. A gestante falou: - Aquela técnica foi bem grossa comigo eu falei que não queria fazer na veia que eu tenho medo. a técnica falou brava: - Então, eu não vou fazer nada. Aí virou as costas e foi bem grosseira. Isso aconteceu porque ela era usuária, pois se não fosse ela ia tratar melhor. Não falo todas, mas vi uma colega fazer isso.

9 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ACERCA DA PERCEPÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRESTADA ÀS MULHERES USUÁRIAS DE CRACK NA MATERNIDADE E CENTRO OBSTÉTRICO

A assistência prestada às mulheres usuárias de crack no setor é resolutiva. A equipe presta uma assistência solidária, se preocupando com suas necessidades humanas básicas. A equipe fica mais atenta, prestando uma assistência com compaixão e preocupação com o seu destino e o da criança. No entanto, alguns membros da equipe afirmam que a assistência prestada é diferente das mulheres não usuárias. Ela é discriminada na forma como é atendida, fica mais sozinha, recebe menos orientação, a assistência é mais fria, mais automática, não tem tanto acolhimento e o atendimento é mais robotizado. A falha na assistência às mulheres usuárias de crack começa na academia, durante a formação dos profissionais. Alguns profissionais prestam assistência a esta mulheres de forma preconceituosa, podendo ser enquadrada como violência obstétrica. Há um despreparo da equipe para prestar uma assistência às mulheres usuárias de crack nas unidades. Nota-se um despreparo dos alunos e futuros profissionais para lidar com as questões referentes ao tratamento de usuários de drogas.

Ideia central 1: A assistência prestada às mulheres usuárias de crack no setor é resolutiva.

Expressões Chave:

É resolutiva. Se ela vem em busca de assistência no trabalho de parto ela consegue essa assistência e da melhor forma possível. (E1)

Aqui a questão do atendimento delas é rápido, bem resolutivo. Elas ficam uma hora ou no máximo duas ou três horas. (E6)

Eu acho que a assistência é boa, é resolutiva. (E9)

Eu vejo como um bom atendimento. Sempre resolvemos os problemas delas. [...]. Mas a gente sempre tenta prestar o melhor atendimento, na medida do possível. (E11)

DSC: É resolutiva. Se ela vem em busca de assistência no trabalho de parto ela consegue essa assistência e da melhor forma possível. Eu acho que a assistência é boa, é resolutiva. Aqui a questão do atendimento delas é rápido, bem resolutivo. Elas ficam uma hora ou no máximo duas ou três horas. Eu vejo como um bom atendimento. Sempre resolvo os problemas delas. Eu sempre tento prestar o melhor atendimento, na medida do possível.

Ideia central 2: A equipe presta uma assistência solidária, se preocupando com as necessidades humanas básicas.

Expressões Chave:

A de enfermagem, a gente consegue prestar uma assistência muito boa pra essas mulheres, porque a gente consegue pensar que ela está com fome, a gente consegue pensar que ela está com frio. Aí uma corre e pede uma roupa, outra corre e consegue comida para ela, roupa para o nenê. Já consegue alguém da família ou serviço social para ver se a família vem. A equipe é bem solidária com essa mulher. (E2)

Seria interessante aproveitar esse período que elas estão sem usar e tentar prestar uma assistência a elas. Conversar, oferecer um lugar que elas fossem com o bebe, porque umas não têm nem para onde ir com a criança. [...] . Elas têm carência destas necessidades básicas. [...]. O que a gente faz para ajudar aqui, que quando elas chegam e a gente já tem absorvente, temos fraldinha que a gente compra. Isso é uma coisa que a gente tem e parte da gente em se preocupar com isso. [...]. Às vezes a gente nem para pensar, nem repara se ela tem roupa, porque aqui é muita correria. Mas agora eu vou começar a prestar mais atenção. Até isso mesmo que você me perguntou em o que eu poderia fazer para ajudar ou melhorar, eu nunca tinha pensado. (E6)

Sempre que pode a gente está suprimindo a necessidade dessas mães ou com uma roupa, ou com uma alimentação se elas não conseguem comer sozinhas, alcançando alguma coisa para elas ou cuidando do bebe. (E7)

DSC Eu consigo prestar uma assistência muito boa para essas mulheres. Consigo pensar que ela está com fome, frio. Uma corre e pede uma roupa, outra consegue comida, roupa para o nenê. A equipe é bem solidária com essa mulher. Seria interessante aproveitar esse período que elas estão sem usar e tentar prestar uma assistência a elas, conversar, oferecer um lugar que elas fossem com o bebe, porque umas não têm nem para onde ir com a criança. Elas têm carência de necessidades básicas. Aqui quando elas chegam já temos absorvente, fraldinha

tudo isso eu compro. Isso é uma coisa que parte de mim em se preocupar com isso. Às vezes eu nem paro um pouco para pensar, nem reparo se ela tem roupa, porque aqui é muita correria. Mas agora eu vou começar a prestar mais atenção. Até isso mesmo que você me perguntou em que eu poderia fazer para ajudar ou melhorar? Eu nunca tinha pensado. Sempre que pode eu estou suprindo a necessidade dessas mães ou com uma roupa, ou com uma alimentação se elas não conseguem comer sozinhas, alcançando alguma coisa para elas ou cuidando do bebê.

Ideia central 3: A equipe fica mais atenta, prestando uma assistência a estas mulheres usuárias com compaixão e preocupação com o seu destino e o da criança.

Expressões Chave:

Da nossa classe (Enfermagem), a maioria cuida dessa mulher com compaixão mesmo que eu acho que é a palavra que a gente tem para falar delas. Compaixão mesmo, porque é difícil, é muito difícil. (E2)

Eu acho que é um momento que a gente fica mais atenta com o que vai acontecer? O que vai ser feito dessa criança? São pacientes que deixam a equipe mais preocupada, mais atenta. [...]. uma mulher que a gente sabe que teve o bebe e é usuária de crack, sempre vai ter alguém na porta para o cuidado dela, se o bebe não tem crise de abstinência. Então, a gente fica muito mais atenta. A gente é muito mais preocupada com o destino. [...]. A gente meio que não se conforma com aquele destino, que já está meio que traçado que ou vai para outra família ou vai para adoção. (E3)

No caso da gestante tu lidas com outra vida. Não só a dela e um ser inofensivo então ficamos preocupadas com o destino desta criança e desta mulher. (E5)

Assim é com as usuárias. [...]. Eu muitas vezes me questiono porque elas ficam grávidas? Qual será o destino dessa criança. (E6)

Depois a gente não sabe o que acontece, mas se enquanto elas estiverem aqui a gente conseguir em alguma conversa já plantar alguma coisa acho que já é o que faz a diferença. [...]. Também para “quebrar” esse rótulo que elas têm de que não vão cuidar o bebe, mas tem umas que tem condições de cuidar e que vão cuidar. Talvez o recém-nascido seja o incentivo para mudar de vida. (E8)

Você fica na esperança de elas quererem melhorar de querer ter esse bebe que nasceu e também a gente fica nessa mesma preocupação daquelas que vão sair daqui e vão continuar na mesma vida. O que vai ser desse bebe? Se aqui dentro elas não cuidam e não dão o leite como isso vai ser em casa? A gente fica preocupado sim. (E10)

A minha equipe elas são preocupadas, tratam com compaixão, essa colega que vi maltratar ele não é da unidade ele veio fazer extra (E14)

DSC: Da nossa classe (Enfermagem), a maioria, cuidam dessa mulher com compaixão eu acho que é a palavra certa pra falar delas, porque é difícil, é muito difícil. É um momento que eu fico mais atenta, o que vai acontecer? O que vai ser feito dessa criança? São pacientes que deixam a equipe mais preocupada, mais atentas. uma mulher que teve o bebe e é usuária de crack, sempre vai ter alguém na porta, cuidado dela, se o bebê não tem crise de abstinência. Eu não me conformo com aquele destino, que já está meio que traçado que ou vai para outra família ou vai pra adoção. No caso da gestante eu estou lidando com outra vida, não só a dela e um ser inofensivo. Eu muitas vezes me questiono porque elas ficam grávidas? Depois eu não sei o que acontece, mas enquanto elas estiverem aqui se eu conseguir em alguma conversa já plantar alguma coisa boa, acho que já é o que faz a diferença. Também para “quebrar” esse rótulo que elas não vão cuidar o bebê, mas tem umas que tem condições de cuidar e que vão cuidar. Talvez o recém-nascido seja o incentivo para mudar de vida. Eu fico na esperança de elas queiram melhorar e que vão querer esse bebê que nasceu, também tenho a mesma preocupação daquelas que vão sair daqui e vão continuar na mesma vida. O que vai ser desse bebê? Se aqui dentro elas não cuidam e não dão o leite como isso vai ser em casa? A minha equipe elas são preocupadas, tratam com compaixão, essa colega que vi maltratar ele não é da unidade ele veio fazer extra.

Ideia central 4: A assistência prestada a mulher usuária de crack é diferente das mulheres que não são usuárias. Ela é discriminada na forma como é atendida, fica mais sozinha, recebe menos orientação, a assistência é mais fria, mais automática, não tem tanto acolhimento e o atendimento é mais robotizado.

Expressões Chave:

A assistência é diferente de quem não é usuária. Aquela paciente que não é usuária e que tem uma condição maior acaba sendo tratada de uma forma e aquela paciente que é assim é tratada, não é discriminada com palavras, mas é discriminada na forma de como ela é atendida. Ela fica mais sozinha, fica com menos orientação, menos tempo ali. [...]. A maneira como ela é atendida é diferente. Com certeza é diferente por alguns profissionais. (E4)

Eu vejo que é uma assistência mais fria, mais automática, não tem tanto acolhimento. Eu vejo que elas não são tão acolhidas como qualquer pessoa merece sendo ou não usuária. [...]. Às vezes as que não são usuárias e reclamam, xingam e também não são tão bem acolhidas. Com as usuárias o atendimento é mais robotizado, no automático, não tem nenhuma orientação ou cuidado maior. É diferenciado. Faz o que tem que fazer e deu. Não se envolvem muito. (E5)

Elas te exigem isso, elas já estão te mostrando que são diferentes. Então, não tem como tratar elas como tu trata a do lado que não tem esse problema com a droga. [...]. (E7)

Elas têm essa percepção de ver a paciente e de ver que elas necessitam de outros cuidados além daqueles que são da nossa rotina. Diferente daquelas que chegam com a bolsinha toda pronta e que tem familiares até demais. [...]. Mas nós temos que tentar ver de outra forma. É uma paciente, uma puérpera, mas que tem cuidado diferenciado por ter sido usuária. (E8)

DSC A assistência é diferente, aquela paciente que não é usuária e que tem uma condição maior, acaba sendo tratada de uma forma e aquela paciente que faz o uso da substância psicoativa é tratada diferente, não é discriminada com palavras, mas é discriminada na forma de como ela é atendida. Ela fica mais sozinha, fica com menos orientação. Eu vejo que é uma assistência mais fria, mais automática, não tem tanto acolhimento, eu vejo que elas não são tão acolhidas como qualquer pessoa merece, sendo ou não usuária. Às vezes as que não são usuárias e reclamam, xingam e também não são tão bem acolhidas. Com as usuárias o atendimento é mais robotizado, no automático, não tem nenhuma orientação ou cuidado maior é diferenciado. Faz o que tem que fazer e deu, não se envolvem muito. Elas te exigem isso, elas já estão te mostrando que são diferentes, então não tem como tratar elas como tu trata a do lado que não tem esse problema com a droga.

Ideia central 5: Alguns profissionais prestam assistência a esta mulheres de forma preconceituosa, podendo ser enquadrada como violência obstétrica.

Expressões Chave:

Cada profissional trabalha diferente. Às vezes tu vê o profissional pedir uma máscara para atender. Ela não diz para quê é, mas tu achas que a paciente não sabe e que a paciente não sente? Isso é uma maneira de tu fazer uma agressão obstétrica sem usar as palavras. Sem falar nada. Seria melhor orientar essa mulher. Aqui a gente orienta todas irem para o banho porque podem levar um cortezinho e tem risco da infecção. Nós falamos que elas podem ficar o tempo que precisar e que a água quentinha vai aliviar a dor, mas faz isso com todas e isso é uma rotina. É mandar todo mundo para o banho. Vamos colocar uma rotina para não discriminar. (E4)

Eu acho que a assistência é falha só em relação a ter preconceito por parte de alguns profissionais. A gente tem muito preconceito, mas se você parar para pensar você não sabe o porquê ela chegou naquele ponto ali. Se a gente partisse do ponto de como começou. [...]. Todos os casos que eu peguei eles podem até fazer cara feia, mas nunca deixaram de atender. (E6)

Sim, já ouvi de alguns profissionais comentários preconceituosos. O mais que se ouve é: _Deve ter outras doenças a mais. Não é só usuária. Agora não vai poder amamentar o bebê. (E8)

DSC: Eu acho que a assistência é falha só em relação a ter preconceito por parte de alguns profissionais. Tem muito preconceito, mas se parar para pensar, eu não sei o porquê ela chegou naquele ponto onde e como começou. Todos os casos que eu peguei eles podem até fazer cara feia, mas nunca deixaram de atender. Cada profissional trabalha diferente. Às vezes

tu observa o profissional pedir uma máscara para atender. Ela não diz para quê é, mas a paciente sabe, a paciente sente? Isso é uma maneira de fazer uma agressão obstétrica sem usar as palavras. Seria melhor orientar essa mulher. Eu oriento todas a irem para o banho porque podem levar um cortezinho e tem risco da infecção. Falo que elas podem ficar o tempo que precisar e que a água quentinha vai aliviar a dor, mas faço isso com todas e isso é uma rotina. É mandar todo mundo para o banho. É colocar uma rotina para não discriminar. Já ouvi de alguns profissionais comentários preconceituosos. O mais que se ouve é:-Deve ter outras doenças. Não é só usuária. Agora não vai poder amamentar o bebê.

Ideia central 6: A falha na assistência às mulheres usuárias de crack começa na academia, durante a formação dos profissionais. Nota-se um despreparo dos alunos e futuros profissionais para lidar com as questões referentes ao tratamento de usuários de drogas.

Expressões Chave:

Você não vê um aluno sentado em uma banquetta, fazendo uma massagem em uma paciente que chega toda escabelada, usuária e tu vês o estagiário fazendo na outra. Então, isso começa lá atrás. A gente vê que começa na academia, na própria formação. As pessoas criticarem e não terem ética naquele momento. A gente vê na maneira como elas atendem. Elas não atendem da mesma forma aquela paciente que chega com uma carteirinha de pré-natal linda e forradinha daquela paciente que chega com uma carteirinha de pré-natal toda rasgada e toda suja, fedendo a fumaça e tu vai saber que ela mora em uma casa e cozinha com fogão a lenha por isso o cheiro. [...]. Não é porque ela estudou até a terceira série que ela não se dá conta que as pessoas estão dizendo que ela está fedendo. As pessoas entendem e sentem. É triste ver isso ainda hoje em um serviço. Isso começa lá atrás. A gente vê isso nos acadêmicos de enfermagem, nos acadêmicos de medicina. (E4)

Eu acho que temos que ter mais pesquisas para nós podermos entender. Entrar na faculdade e tocar mais nesses assuntos. Na época que eu fiz faculdade acho que nem tinha crack. Eu não me lembro. Não se falava e não era o que é hoje. Talvez já falar na academia. Até mesmo para saber como lidar. Às vezes tu nem sabe como lidar. [...]. São importantes pesquisas e na própria formação saber como lidar e ter outras formas de lidar e com isso diminuir o preconceito. (E6)

Uma coisa bem pessoal minha. Eu sempre fui muito resistente a essa área da saúde mental, de pacientes que usam drogas. Agora cai num setor que eu achei que não tivesse contato com esse tipo de público. Mais uma questão pessoal minha é de procurar mais conhecimento com relação a isso, pois não vimos isso na faculdade. (E8)

A gente não tem nenhuma disciplina durante a graduação que prepare a gente. [...]. Falta muita coisa na Graduação. Tem coisas que tu só vivencias na prática, no dia a dia. Esse fato mesmo tu não és preparada, de como tu vai conversar com essa pessoa. [...]. Isso você aprende no teu dia a dia. A maioria dessas questões não é discutida em sala de aula. É muito raro tu ter alguém que te oriente, durante a graduação. [...]. Na graduação tu não tens esse preparo e no serviço tu chegas e também não é preparada. É falho nesse sentido. (E9)

DSC Eu não tive nenhuma disciplina durante a graduação que prepare para atender essas mulheres. Falta muita coisa na Graduação. Tem coisas que só é vivenciada na prática, no dia a dia. Esse fato mesmo, não fui preparada, de como conversar com essa pessoa. Isso eu aprendi no dia a dia. A maioria dessas questões não é discutida em sala de aula. É muito raro tu ter alguém que te oriente, durante a graduação. Assim como no serviço chega e também não é preparada. É falho nesse sentido. É uma coisa bem pessoal minha. Eu sempre fui muito resistente a essa área da saúde mental, de pacientes que usam drogas e agora cai num setor que eu achei que não tivesse contato com esse tipo de público. Uma questão pessoal minha é de procurar mais conhecimento com relação a isso. Não se vê um aluno sentado em uma banqueta fazendo uma massagem em uma paciente que chega toda escabelada, usuária, mas já vi o estagiário fazendo na outra. Então, isso começa lá atrás. Eu vejo que deve começar na academia, na própria formação. Já vi as pessoas criticarem e não terem ética naquele momento. Vejo na maneira como elas atendem. Elas não atendem da mesma forma aquela paciente que chega com uma carteirinha de pré-natal linda e forradinha daquela paciente que chega com uma carteirinha de pré-natal toda rasgada e toda suja, fedendo a fumaça, que ela mora em uma casa e cozinha com fogão a lenha por isso o cheiro. Não é porque ela estudou até a terceira série que ela não se dá conta que estão dizendo que ela está fedendo entendem e sentem. É triste se ver isso ainda hoje em um serviço. Vejo isso nos acadêmicos de enfermagem e de medicina. Eu acho que temos que ter mais pesquisas para nós podermos entender. Entrar na faculdade e tocar mais nesses assuntos. Na época que eu fiz faculdade acho que nem tinha crack. Eu não me lembro. Não se falava e não era o que é hoje. Talvez já falar na academia, até mesmo para saber como lidar. Às vezes tu nem sabe como lidar. São importantes as pesquisas e na própria formação saber como lidar e ter outras formas de lidar e com isso diminuir o preconceito.

Ideia central 7: Há um despreparo da equipe para prestar uma assistência às mulheres usuárias de crack nas unidades.

Expressões Chave:

Desde que eu estou aqui não. Eu nunca tive um treinamento de como prestar uma assistência a estas mulheres. (E8)

Existe um despreparo da Equipe em lidar com esse público. Você aprende no dia a dia, como tratar, como fazer o manejo, não tem como tu saber isso. [...]. Não, nunca me passaram um informativo, uma conversa sobre isso, não. (E9)

Na verdade, a gente não tem uma preparação de como lidar com a paciente usuária ou em abstinência, e na verdade acho que ninguém da Unidade. Nesses quatro meses que eu estou aqui a gente não teve nenhuma palestra, nenhuma orientação de como lidar com elas ou o que fazer. A gente trabalha mais no instinto e resolvendo o que vai acontecendo. Não sei se algum curso na área não fosse necessário ou alguma coisa da gente saber como lidar com os diferentes comportamentos. Ou o médico já saber o que prescrever para essa pessoa. Se ela é usuária, se ela pode surtar, se ela pode entrar em abstinência. Talvez uma medicação padrão uma coisa assim do tipo, para se evitar. (E10)

Eu acho que sempre a gente está melhorando e fazendo capacitações, mas, não me lembro de fazer nenhuma voltada para prestar assistência às usuárias de crack, como cuidar no antes como no pós-parto. Essas coisas. [...]. Nunca a gente está totalmente preparada para atender tudo. A gente sempre precisa de uma capacitação. A gente tenta lidar da melhor maneira, mas às vezes a gente não tem o manejo adequado, como falta isso. Eu acredito ser muito necessário. É um Hospital de referência que recebe gestações de risco. Então, eu acredito que precise de uma capacitação específica para esse caso. (E11)

Não estamos preparadas para trabalhar com esta população. A gente tenta fazer o melhor que pode, falta um treinamento. [...]. Lidar com elas é bem difícil. Eu não estou preparada para lidar com uma paciente que vai me agredir, que vai falar mal. [...]. Não me sinto preparada, dou o melhor que posso, mas não me sinto preparada precisamos de mais treinamento. A gente pode agir na assistência do que é normal do que se esperar. [...]. Mas estamos precisando muito de um treinamento de uma psicóloga para conversar com a equipe, vamos ser empáticos, ter um melhor manejo, do tratamento com elas. (E12)

Do ponto de vista técnico estamos preparadas sim. Mas do ponto de vista humanístico não. Existe uma falha na equipe na parte mais humana. Acho que precisariam ser criados programas e protocolos assistenciais, treinamentos de como prestar assistência a estas mulheres. (E13)

Acho que não estamos preparadas para prestar a assistência nem para este público, nem para outros. Muitas questões que acontecem aqui, porque a gente não tem uma educação continuada, treinamento, não tem nada. Eu sou enfermeira há vários anos e aqui eu não tive nada, nenhum treinamento. Cheguei na maternidade e cai de gaiato. [...]. Deveria ter muito mais, uma educação continuada, um treinamento, um protocolo. Aqui acho que é bastante falho. A gente deveria ter um treinamento de como deveríamos lidar com estas mulheres. (E14)

DSC: Do ponto de vista técnico estamos preparadas sim, mas do ponto de vista humanístico não. Existe uma falha na equipe na parte mais humana. Acho que precisaria criar programas e protocolos assistenciais treinamentos de como prestar assistência a estas mulheres. Acho que não estou preparada para prestar a assistência nem para este público, nem para outros. Muitas questões que acontecem aqui, porque a gente não tem uma educação continuada, treinamento. Eu sou enfermeira há vários anos e aqui eu não tive nada nenhum treinamento. Cheguei na

maternidade cai de gaiato. Deveria ter um treinamento de como deveríamos lidar com estas mulheres. Eu tento fazer o melhor que posso. Lidar com elas é bem difícil, pode me agredir, falar mal. Estou precisando de uma psicóloga para conversar com a equipe. Para poder ser empáticos, ter um melhor manejo, do tratamento com elas. Nunca me passaram um informativo, uma conversa sobre isso. Na verdade, eu não sei de como lidar com a paciente usuária ou em abstinência, acho que ninguém da Unidade. Nesses quatro meses que eu estou aqui não teve nenhuma palestra, orientação. Trabalho mais no instinto e resolvendo o que vai acontecendo. Não sei se algum curso na área não fosse necessário ou alguma coisa da gente saber como lidar com os diferentes comportamentos. Ou o médico já saber o que prescrever para essa pessoa, se ela é usuária, se ela pode surtar, se ela pode entrar em abstinência. Talvez uma medicação padrão uma coisa assim do tipo. Eu acho que sempre estou melhorando e fazendo capacitações, mas, não me lembro de fazer nenhuma voltada para prestar assistência às usuárias de crack, como cuidar no antes como no pós-parto. Nunca estarei totalmente preparada para atender tudo. Às vezes não tenho o manejo adequado. Eu acredito ser muito necessário. É um Hospital de referência que recebe gestações de risco. Então, eu acredito que precise de uma capacitação específica para esse caso.

7 DISCUSSÃO

*“Eu sei que estou lutando uma guerra que nunca vou poder vencer completamente.
Mas essas pequenas vitórias me encorajam a continuar tentando.
Se eu conseguir salvar uma criança pode haver esperança para muitas outras.
Se começa com uma pessoa, e depois um bairro, então talvez a redenção possa se
espalhar por uma cidade inteira, e finalmente voltar para mim”
(Autor desconhecido)*

Em relação às Representações Sociais acerca da frequência de atendimentos de mulheres usuárias de crack nos setores a equipe percebe-se que o número de mulheres que fazem uso do crack durante a gestação vem aumentando. A frequência de atendimento dessas mulheres na maternidade e centro obstétrico é semanal. O número de mulheres usuárias de crack atendidas nos setores é grande e frequente.

Baseado nas representações sociais das participantes desta pesquisa, evidenciou-se elevado número de atendimentos destas mulheres nos setores. Ancorado nestas RS, torna-se necessário discutir a feminização do uso de drogas como fenômeno de grande complexidade, tendo em vista o risco de engravidarem devido a relações sexuais desprotegidas, adquirindo IST e comprometendo a saúde do feto e do recém-nascido (MEDEIROS; MACIEL; SOUSA, 2017).

Questões de visibilidade relacionada às mulheres que fazem uso de drogas, assim como possíveis impactos sociais e de saúde estão ocupando lugar de destaque nas discussões pelos órgãos e instituições de saúde há pouco mais de uma década. Acreditava-se que a dependência química não acometia o universo feminino, uma vez que as mulheres não apresentavam problemas visíveis em relação a drogas. Conseqüentemente esta população, durante muitos anos, foi deixada de lado pelo poder público (MEDEIROS *et al.* 2015). O aumento da prevalência do uso e dependência de drogas na população feminina, por anos, foi negligenciada nos estudos a respeito da dependência química. Nesse sentido, as características femininas neste contexto foram marginalizadas, tendo apenas enfoque e interpretações de cunho moral, resultado de uma constituição sociocultural em torno do gênero feminino e dos seus papéis sociais (FERREIRA, 2013).

No que se refere nas questões de divisão de gênero, é importante ressaltar que embora o uso e abuso de drogas tenham sido, por muitos anos, vinculado ao grupo masculino, esta problemática não é restrita apenas ao homem. Nos primórdios da história da humanidade, é pouco provável que o uso de substâncias psicoativas/alucinógenos estivesse restrito apenas aos homens, apesar de que durante muito tempo o sexo masculino sempre esteve com índices acima do feminino no que diz respeito ao uso de drogas (MEDEIROS, MACIEL, SOUSA, 2017).

As RS desse estudo mostraram que é cada vez mais comum encontrar mulheres gestantes vivenciando a condição de dependentes químicas. Estas mulheres que enfrentam problemas relacionados ao uso de drogas geralmente tem um histórico de consumo que antecede a gravidez, o que pode ser uma das dificuldades de evitar o uso das drogas durante o período gestacional. No entanto, as orientações e informações a respeito dos malefícios do uso da droga, circulam no senso comum e alertam para o perigo do consumo durante a gestação (ROCHA E ROCHA, 2019).

O crack é uma substância de alto poder alucinógeno, baixo custo, também, tem sido consumido com muita expressividade entre as mulheres principalmente as que estão em idade reprodutiva. É uma substância psicoativa que provoca euforia e que resulta da mistura do pó ou da pasta de cocaína e do bicarbonato de sódio semelhantes a cocaína, porém os efeitos no organismo variam um pouco, uma vez que, a droga pode ser fumada, atingindo rapidamente o sistema nervoso central (CAMARGO & MARTINS, 2014).

A pesquisa de Medeiros *et al.* (2015) que teve como objetivo conhecer e analisar as representações sociais acerca do crack elaboradas por dependentes químicas em tratamento, participaram 45 usuárias de crack com idade média de 29,11 anos, internadas em comunidades terapêuticas e clínicas de reabilitação. Seus resultados evidenciaram que estas mulheres são capazes de produzir conhecimentos a fim de contribuir para ampliar a compreensão a respeito da relação entre o gênero feminino e uso de drogas. Verificou-se que o crack além do autopoder devastador é responsável por levar a mulher a abandonar ou afastar-se de funções inerentes ao sexo feminino. Constatou-se ainda, que esta mulher é vista com uma problemática de ordem moral, gerando uma representação depreciativa. Estas representações exercem influência negativa na forma como a mulher usuária de drogas é vista socialmente, fortalecendo as barreiras sociais que afastam estas mulheres dos serviços de saúde, dificultando a procura pelo tratamento e a recuperação.

Ancorado nas RS deste estudo, evidenciou-se que a frequência de atendimento dessas mulheres gestantes usuárias de crack na maternidade e centro obstétrico é semanal. Na pesquisa de Maia, Pereira, Menezes (2015), foi evidenciado que o consumo desenfreado do crack está cada vez mais significativo, uma vez que pode acarretar graves consequências a saúde destas usuárias, assim como para a saúde dos que ainda estão para nascer.

Ao analisar os contextos em que as mulheres usuárias de substâncias psicoativas estão inseridas, uma questão sociocultural abarca um dos elementos que vai para além das questões relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, que é a questão de Gênero. No Brasil, existe uma lacuna no conhecimento acerca da análise a respeito do uso de substâncias psicoativas a

partir de uma perspectiva de gênero, principalmente nas questões femininas, sendo que um olhar mais atento para as questões de gênero pode revelar fragilidades das políticas públicas voltadas para a população de usuárias de drogas, que por vezes não tem as suas reais necessidades identificadas e atendidas (ALVES e ROSA, 2016).

Embora que alguns estudos tragam em seus resultados o consenso que o consumo de crack ainda é predominante na população do sexo masculino, existe uma diminuição na diferença da proporção de consumo de drogas entre homens e mulheres. A propensão a “igualdade de gênero” no que diz respeito ao consumo de drogas, justifica-se pelas mudanças nos estilos e hábitos das mulheres, que ocorreram na transição do século XX para o XXI. Também se compreende que as mulheres que fazem o uso de drogas, constituem um subgrupo diferenciado dos homens, com características e necessidades de atendimento diferenciadas, que aos poucos começa a ganhar maior relevância. As ações voltadas ao público feminino, que visam minimizar o impacto relacionado a dependência química são necessárias e são importantes. Porém o enfrentamento desta problemática é difícil devido à escassez de investigações que contemplem as singularidades e as especificidades do envolvimento dessas mulheres com a droga (MEDEIROS *et al.*, 2018).

Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas (United Nations Office on Drugs and crime [UNODC], 2019) estima-se no mundo existem aproximadamente 35 milhões de pessoas com transtornos decorrentes do uso de drogas e que necessitam de tratamento. Nesta mesma pesquisa, foi evidenciado o aumento do público feminino nos perfis epidemiológicos. Ainda neste relatório o consumo de cocaína alcançou o recorde de 1.976 toneladas em 2017, um aumento de 25% em relação ao ano anterior. Ao mesmo tempo, a quantidade global de cocaína apreendida em 2017 aumentou 13%, chegando a 1.275 toneladas, a maior quantidade já registrada. Por estes motivos podemos evidenciar o aumento dos poli usuários de drogas, principalmente a cocaína e suas formas similares, atingindo a população em geral principalmente as mulheres em situação de vulnerabilidade.

De acordo com o relatório da UNODC do ano de (2016), nos Estados Unidos, evidenciou-se que na última década mais mulheres do que homens começaram a usar heroína. No período de 2002 a 2004 era 0,08%, já no período entre 2011 a 2012 esse número aumentou para 0,16%. Em países da Europa, como Portugal, as mulheres quando comparadas aos homens têm maior taxa de continuidade do uso de drogas, tais como maconha, ecstasy e cogumelos alucinógenos (BRASIL, 2015).

A dependência de drogas, principalmente a cocaína e seus similares, pasta base, Oxi, Merla crack, é uma das doenças mais desafiadoras do mundo. Por esta razão precisam de

ações voltadas aos usuários, visando a singularidade e especificidade de cada sujeito. O Relatório Mundial sobre Drogas, realizado pelo Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (UNODC) em 2013, evidenciou que 17 milhões de pessoas já tiveram contato com a cocaína pelo menos uma vez (UNODC, 2013). Entretanto as Américas foram as regiões que apresentaram os maiores problemas relacionados ao tráfico de cocaína, considerando que o uso e o tráfico de cocaína são mais proeminentes na América do Sul, principalmente no Brasil devido a sua localização geográfica e à sua população urbana (UNODC, 2014).

No Brasil, de acordo com a pesquisa realizada, cerca de 4% da população consumiu cocaína pelo menos uma vez na vida e em torno de 1,5 já usaram crack (GIGLIOTTI *et al.*, 2014). Desta população as mulheres representam 21,3% dos usuários de crack nos locais onde há grande concentração de usuários de drogas (BASTOS *et al.*, 2013). O Relatório Mundial sobre Drogas mostrou que ainda o uso de drogas ilícitas é maior entre os homens do que entre as mulheres, já o uso de drogas farmacêuticas é maior entre elas (UNODC, 2014). Além disso, há evidências de um aumento do uso de crack entre mulheres (FERTIG, 2016).

Um levantamento realizado pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), divulgado no mês de setembro de 2012, mostrou que o Brasil soma em torno de 2,6 milhões de usuários de crack e cocaína. Apesar dos homens serem o maior quantitativo no uso desta substância, entre as mulheres usuárias de crack, o índice de dependência chegou a 54%, a maioria de mulheres em idade reprodutiva (WANDEKOKEN; SIQUEIRA, 2013). Estes dados se assemelham com os resultados desta pesquisa onde foi evidenciado pelas participantes do estudo o aumento do número de mulheres gestantes que fazem o uso do crack atendidas nos setores.

A atual conjuntura epidemiológica do Brasil mostra a expansão do consumo de drogas na população feminina, especialmente de álcool e cocaína, esta consumida na forma de pó ou nas formas similares da pasta base, crack e merla (MARANGONI; OLIVEIRA, 2012). As drogas tiveram um aumento do número de usuários e fazem parte da vida das pessoas de forma universal, sendo que as populações de classe sociais mais baixas, juntamente com a população jovem e as mulheres constituem um grupo de maior vulnerabilidade, pelo fato de passarem por diversas transformações ao longo da vida. Por esta razão é de importante trabalhar com a prevenção do uso de drogas em idades precoces, assim como nestas populações de maior vulnerabilidade social e emocional (BRUSAMARELLO *et al.*, 2012).

É urgente a necessidade de capacitação dos profissionais da saúde que atuam com esta população assim como a ampliação nas redes de atenção de serviços a saúde mental, na assistência a mulher com problemas decorrentes do uso do crack. São necessárias políticas

públicas que abarquem as reais necessidades da população feminina, visando um trabalho de prevenção e de intervenção mais eficaz na questão do uso do crack na sociedade (MEDEIROS *et al.*, 2015).

Quanto às Representações Sociais acerca das diferenças no comportamento das mulheres usuárias de crack em relação as não usuárias foi referido que as mulheres usuárias de crack se expressam e apresentam atitudes diferentes das não usuárias, sendo facilmente identificadas pela equipe de saúde. Geralmente, comparecem ao serviço de saúde desacompanhadas; não realizam o pré-natal; chegam no hospital já no período expulsivo; apresentam-se agressivas e com dificuldades para realizar o autocuidado e condições higiênicas precárias; são pouco responsivas aos questionamentos. Além da drogadição, algumas apresentam Infecções Sexualmente Transmissíveis; têm dificuldade de criar vínculo, são moradoras de rua, envolvem-se em roubos e prostituição. Têm medo do preconceito e se sentem culpadas em relação ao bebê por fazerem o uso da droga.

Geralmente as mulheres gestantes que fazem o uso de crack têm dificuldade de relatar que são usuárias de substâncias psicoativas, o que pode ser um dos motivos para que não haja dados confiáveis sobre o uso de drogas durante o período gestacional. Além disso, não é raro que os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, identifiquem o uso e abuso de drogas durante a gestação (KASSADA *et al.* 2013). Os efeitos das drogas de abuso na gestação têm sido reportados em vários estudos, entretanto quanto às drogas ilícitas poucos estudos têm sido realizados no âmbito nacional.

Neste mesmo estudo de Kassada *et al.*. (2013), que foi realizado com 394 mulheres gestantes usuárias de drogas, no Estado do Paraná, foi evidenciado que 18,28% das mulheres fizeram o uso de drogas durante a gestação. Outra pesquisa que foi realizada no Estado do Acre em 1797 prontuários de consultas de pré-natal, mostrou que 5,56% gestantes eram usuárias de substância psicoativas, dentre estas 2,61% eram usuárias de crack e 0,94% usavam cocaína (MAIA; PEREIRA; MENEZES, 2015).

Em decorrência da utilização do crack essas mulheres podem apresentar algumas atitudes como psicose aguda e/ou comportamento maníaco, incluindo paranoia, pânico e agitação, além de alucinações táteis, visuais e auditivas. Consequentemente, assumem comportamentos atípicos afim de aliviar o medo e a angústia vivenciados por estarem sob o efeito da droga (OLIVEIRA; NAPPO, 2008; SILVA *et al.*, 2010).

Segundo Sadock, Sadock (2007), evidencia-se que a abstinência e a fissura têm um impacto negativo na qualidade do sono do usuário, levando ao desenvolvimento de determinados sintomas, podendo ocorrer sentimentos como raiva e tristeza alterando,

consequentemente, o descanso do usuário. O que pode ser um dos fatores que leva o enfraquecimento tanto das relações familiares com as da equipe de saúde, como foi evidenciado nesta pesquisa, por meio dos relatos das participantes, mostrando que estes tipos de sentimentos interferem diretamente na maneira como esta mulher vai ser tratada no local onde está inserida quanto no acolhimento no ambiente de saúde.

Corroborando com os resultados da pesquisa, Oliveira *et al.*, (2014), evidenciou que o rompimento dos laços afetivos e familiares, muitas vezes, ocorrem em decorrência da perda de noção da realidade ocasionada pelo uso e abuso da droga, ficando vulneráveis ao surgimento de prejuízos nas suas vidas, impactando diretamente nas suas relações familiares. As participantes do estudo referiram a perda dos vínculos familiares e a falta do convívio com a rede social, a venda dos próprios utensílios de casa e as mudanças na aparência como emagrecimento, falta de higiene, devido à falta de cuidados com o corpo e à má alimentação. Tais fatos foram reconhecidos por elas como danos ou perdas geradas pelo consumo do crack.

Ancorada na pesquisa, as representações sociais do uso do crack, evidenciou-se que este pode ser o motivo de muitas gestantes usuárias de crack chegarem até o serviço de saúde desacompanhadas, pois a grande maioria delas têm os laços familiares fragilizados ou rompidos. Então, sem rede de apoio, acabam, por vezes, não indo em busca de atendimento tanto para a sua saúde quanto para a do bebê.

Corroborando com estes fatos, o estudo de Wronski *et al.*. (2016) mostrou que as participantes, geralmente, têm um relação conflituosa com os membros da família, mas por outro lado conseguem reconhecer algumas pessoas como parte da sua rede de apoio ao referirem a assistência que tiveram dos profissionais de saúde, o apoio de algum familiar e a ajuda da igreja para enfrentar a situação de drogadição.

Para que estas mulheres tenham sucesso no tratamento é necessário ter um forte embasamento na rede social afim de que consigam a reconstrução do cotidiano e auxílio na reconstrução do viver sem a droga, visando a reinserção e a reabilitação na sociedade, assim como no resgate da autonomia do usuário (VENTURA *et al.*, 2019). Visto que o apoio social recebido pela sociedade é importante para a manutenção da saúde mental, sendo que o fortalecimento e a conexão entre a rede social de apoio e o usuário favorece o sujeito a enfrentar a sua condição (BRUSAMARELLO *et al.*; 2011)

Ancorado nestas questões, Kassada *et al.* (2013), mostra que as gestantes usuárias de crack na grande maioria têm menor adesão ao serviço de assistência ao pré-natal, não participam dos grupos de gestantes e, consequentemente, tem maior risco de terem complicações obstétricas e fetais. Algumas pela sua própria condição abandonam seus filhos

logo após o nascimento nas maternidades e/ou são consideradas pela justiça incapazes de ficarem responsáveis pelo cuidado de seus filhos.

Geralmente, as gestantes usuárias de crack não têm o hábito de procurar atendimento nos serviços de saúde a fim de realizar o pré-natal, muitas delas já chegam nas maternidades no período expulsivo. Estudo realizado no Estado do Ceará também sinalizou questões relacionadas a pouca adesão destas mulheres ao serviço de pré-natal. Participaram deste estudo nove puérperas que fizeram uso de substâncias psicoativas, incluído o crack. Destas, sete relataram que não realizaram o pré-natal. Assim, destaca-se que os enfermeiros por serem profissionais habilitados para realizar o pré-natal devem estar atentos a esta problemática, insistindo com essas mulheres acerca da importância do pré-natal. As mulheres que realizam as consultas de pré-natal preconizadas pelo Ministério da Saúde, desde o início da gestação têm maior chance de investigação do estado de saúde tanto dela quanto do bebê, prevenindo futuras complicações (PORTELA *et al.*, 2013).

Na presente pesquisa obtiveram-se representações sociais, mostrando a relação da não adesão ao pré-natal, a culpa por fazerem o uso da droga e a perda de seus filhos na justiça. Muitas mulheres relataram que não ficam com a guarda de seus filhos por serem julgadas incapazes de cuidar dos mesmos. Por vezes, estas crianças são frutos de uma gravidez não planejada.

Por esta razão fica cada vez mais evidente a importância do papel do profissional enfermeiro, na realização e acompanhamento dessas mulheres durante o período gestacional, principalmente no pré-natal. Esses profissionais precisam estar aptos a fazer a identificação precoce do uso destas substâncias e realizar um plano assistencial que dê suporte para que consigam minimizar o uso do crack. Por trás do uso da droga existe uma história de vida que levou esta mulher a se tornar usuária e, também, colocar em evidência as implicações do uso de drogas tanto para elas quanto para o feto.

As mulheres que fazem uso de crack durante a gestação, por não realizarem o pré-natal, geralmente chegam ao serviço de saúde tardiamente, procuram ajuda quando já estão em trabalho de parto e, neste momento, a maioria chega no serviço negando que é usuária da substância. Talvez isso se dê por medo do preconceito e rejeição ou até mesmo medo da perda do filho (CAMARGO, MARTINS, 2014).

A maioria das mulheres que faz uso do crack não realiza o pré-natal. Algumas têm como o único objetivo o uso da droga (VENTURA, 2015). Por estas razões é importante que seja realizado precocemente o rastreamento do consumo de drogas destas pacientes durante a gestação, que seja realizado um levantamento do histórico durante a consulta do pré-natal.

Entretanto, na maioria das vezes é difícil conseguir identificar esta problemática, uma vez que elas negam o uso da substância (REIS; LOUREIRO, 2015). O problema é identificado na grande maioria durante a investigação de infecções como, por exemplo, hepatite B e o vírus da imunodeficiência humana (HIV) que estão consideravelmente relacionados com o uso de drogas (KUCZKOWSKI, 2003).

Uma pesquisa realizada com mulheres que faziam uso de substância psicoativa na Inglaterra evidenciou que 66% já haviam mantido relações sexuais sem o uso de métodos contraceptivos, 55% relataram terem sido forçadas a ter relações sexuais em algum momento da vida, também foram observadas elevadas taxas de infecções sexualmente transmissíveis (IST), alterações na citologia cervical, gestações não planejadas e abortos, provocados e espontâneos (EDELMAN *et al.*, 2014). Resultados semelhantes foram evidenciados nesta pesquisa. Verificou-se que essas mulheres já chegam na porta do hospital no período expulsivo do feto. Muitas vezes nem conseguem chegar a tempo na maternidade. A pesquisa aponta que tal fato pode dar-se porque muitas dessas mulheres não (RE)conhecem o seu estado de saúde e a sua gestação.

Em uma pesquisa de abrangência nacional, realizada em 2013, nas 26 capitais e no Distrito Federal que traçou o perfil dos usuários de crack no Brasil, estimou-se que, naquele ano, havia cerca de 370 mil usuários de crack e que deste total, 21,3% eram mulheres em idade reprodutiva, com idade média de 29,6 anos, 54% solteiras, 78% de cor não branca. A grande maioria delas possuía baixo grau de instrução, 80% tinha ensino fundamental incompleto. Ainda foi revelado que a grande parcela destas mulheres exercia trabalho sexual ou troca de sexo por dinheiro (55%), a fim de conseguirem a droga (BRASIL, 2013). Estes dados se revelam preocupantes pelo fato de que a grande maioria destas mulheres está tendo atividades sexuais sem o uso de métodos contraceptivos, gerando gravidez indesejada e o desenvolvimento de uma IST.

Outro estudo de âmbito internacional, realizado no Canadá, mostrou que as usuárias de crack, viviam em situações precárias tanto de higiene pessoal quanto de moradia, tinham envolvimento com o trabalho sexual. Em relação ao seu acolhimento nos serviços de saúde referiram sentir-se negligenciadas em relação ao atendimento recebido. (BUNGAY *et al.*; 2010).

Muitas vezes, a entrada das mulheres no mundo das drogas, ocasionando a dependência vem, geralmente, acompanhada da falta de poder aquisitivo para a compra da droga. Tal fato as impulsiona a envolverem-se em atividades ilícitas, cometendo pequenos delitos ou praticando sexo em troca de drogas ou de dinheiro, por vezes sem o uso de métodos

contraceptivos, correndo o risco de uma gestação indesejada, contaminação pelo HIV/AIDS e outras IST.

Na pesquisa de Medeiros (2015), a violência é considerada como uma consequência social, cometida contra as mulheres usuárias de crack. Esta, geralmente, ocorre no meio onde estas mulheres estão inseridas e, especialmente, no cenário de prostituição que também pode estar ligada a dívidas com o tráfico.

O fato de o crack ser uma droga de baixa qualidade, curta duração e menor preço contribui para que as pessoas se tornem viciadas mais rapidamente. A disponibilidade, o fácil acesso e o seu alto grau de eficácia, tornam o crack uma droga mais acessível ao consumo pela população em situação de rua (ALBERTONI; DE ALMEIDA, 2017). Conforme o 2º Levantamento Nacional de Álcool e Drogas o Brasil é o maior mercado/consumidor de crack do mundo (BONINI; CANDIDO, 2016).

Muitas mulheres além de sofrerem abuso sexual, veem o sexo como um meio de obterem a droga ou adquirirem dinheiro para a sua compra. Esta realidade é comum, principalmente, em mulheres em situação de rua (ALBERTONI; DE ALMEIDA, 2017).

Segundo Albertoni e De Almeida, (2017), o fato de o crack ser uma droga de efeitos de grande intensidade, geralmente gera diversos comportamentos perigosos. Sendo neste contexto de vício e fragilização, violência e carência, que muitas destas mulheres engravidam. A grande maioria destas mulheres está em idade reprodutiva, acarretando uma gravidez indesejada, seja ela consequência da violência sexual, do seu estilo de vida, seja pelo efeito da droga ou até mesmo pelo desejo de ter um companheiro para protegê-las.

Pelo fato de algumas destas mulheres terem uma gestação indesejada, elas têm medo do preconceito e se sentem culpadas em relação ao bebê por fazerem o uso da droga. Na pesquisa de Oliveira *et al.* (2014), os dados se assemelham, pois foi evidenciado que o motivo que levam estas mulheres ao abandono da droga foi o medo de perderem a guarda dos seus filhos, devido à instabilidade de sua vida cotidiana causado pelo consumo do crack. O cuidado e a educação de um filho, culturalmente está arreigado no papel da mulher. Uma mulher que seja usuária de crack que negligencia o cuidado de seu filho, mesmo que na barriga é considerada pela sociedade como irresponsável e egoísta, sendo julgada com reprovação. Por estas razões as mulheres que são usuárias de crack são duplamente estigmatizadas levando-as a se sentirem culpadas por fazerem o uso da substância. Este fato pode levar estas mulheres a baixa autoestima, sintomas de ansiedade que contribuirão para o surgimento de paranoias referentes a perda de seus filhos.

Segundo Ventura *et al.* (2019) a gestação para algumas mulheres pode ser um elemento crucial para levar estas mulheres a abstinência do crack. As participantes do estudo revelaram que a gestação as levou a tornarem-se responsáveis e comprometidas com o filho e as instigou a pensar na possibilidade de diminuir ou até parar o uso das drogas. A gestação pode suscitar culpa uma vez que as atividades maternas são vistas pela sociedade como papel exclusivo das mães.

Em relação à forma como as mulheres usuárias de crack são recebidas no setor as representações sociais da equipe são de que essas são recebidas da mesma forma que as que não fazem o uso do crack, mas a preocupação por parte da equipe é com o bebê que irá nascer. O fluxo de atendimento das mulheres usuárias de crack no hospital e fazer uma ficha de atendimento no Pronto Socorro, encaminhar ao Centro Obstétrico e caso necessitem ou após o parto ficam internadas na maternidade. Apesar dessa percepção, essas mulheres ao serem recebidas no setor sofrem algum tipo de discriminação por parte de alguns profissionais. Esses fazem julgamentos, indiretas, comentários, críticas, deboche, deixam as mulheres sozinhas, não conversam com elas e tem algum tipo de preconceito. Nesse sentido, são tratadas de forma diferenciada e com preconceito pelos membros da equipe tanto médica como de enfermagem e não são bem recebidas no setor. Acreditam que a forma como estas mulheres são recebidas no setor depende das crenças, valores e concepções de vida de cada profissional. Os profissionais acreditam que as mulheres usuárias de crack são marginalizadas, não possuem as mesmas chances que as outras pessoas de se recuperarem e conseguirem um trabalho. As profissionais que prestam assistência às mulheres usuárias de crack são acolhedoras durante o cuidado.

A ideia central da “representação social acerca da forma como as mulheres usuárias de crack são recebidas no setor” mostra um sujeito coletivo que se refere as questões inerentes da equipe de saúde, a preocupação com o desfecho de cuidado do bebê, crenças e valores, em contraponto os julgamentos pelo fato de ser uma mulher usuária de crack.

Em um estudo realizado pela UNODC (2015), estimou-se que mais de 5% da população mundial (246 milhões de pessoas) com a idade entre 15 a 64 anos, já tenham feito o uso de algum tipo de droga até o ano de 2013. Destes, a cada três usuários, uma é do sexo feminino. Estes dados são alarmantes e ao mesmo tempo preocupantes pois a grande maioria destas mulheres encontra-se em período fértil. Mesmo tendo estes altos índices de mulheres que fizeram uso de drogas, não existem dados fidedignos e estatísticos mundiais no que se refere as gestantes usuárias de drogas e os resultados finais perinatais (ANTUNES, *et al.*, 2018).

Apesar de que o sexo masculino (três vezes mais), apresentar maior propensão nas questões relacionadas ao uso de drogas, comparado com as mulheres, esta situação está se tornando cada vez mais preocupante, pois cada vez mais, os profissionais de saúde estão identificando mulheres gestantes usuárias de drogas, incluindo o crack. O contato com a droga durante a gestação pode afetar a integridade não somente da mãe, mas também do feto (UNODC, 2015). Estes dados assemelham-se aos discursos do sujeito coletivo desta pesquisa, quando os profissionais enfermeiros identificam, o aumento de mulheres gestantes usuárias de crack e também despertam a preocupação com o futuro do bebê.

O fato de ser mulher gestante, somado as questões relacionadas ao uso de crack durante a gestação, provoca problemas e complicações tanto para a mãe quanto para o feto, pelo fato da rapidez e do alto poder de absorção dessa substância psicoativa. Essa chega até a corrente sanguínea logo após ser consumida, tendo um efeito breve, de curta duração, levando essas pessoas a dependência. Por estas razões as gestantes usuárias de crack são consideradas de alto risco, gerando preocupação por parte da equipe de saúde. Elas podem ter maior chance de intercorrências, precisando de uma assistência integral, mais efetiva e humanizada por parte da equipe que presta cuidados e que estão envolvidas com o tratamento e a reabilitação destas mulheres (WRONSKI *et al.*, 2016).

Os profissionais de saúde, principalmente a equipe de enfermagem, são um elo de extrema importância no cuidado à gestante usuária de crack que apresenta alto risco de saúde em função do uso dessa substância psicoativa. Estes profissionais, por estarem a maior parte do tempo junto a estas mulheres, conseguem criar um maior vínculo. Exercem a função de assistência direta a esta população vulnerável, dispensando cuidados efetivos, promovendo a saúde destas, prevenindo agravos. Neste contexto Wronski *et al.* (2016), evidencia que o profissional enfermeiro tem um grande potencial para identificar problemas relacionados ao uso de drogas e está apto a realizar atividades assistenciais, visando o acolhimento e aproximação destas mulheres para os serviços de saúde.

Corroborando com estas questões, pode-se afirmar que os profissionais são peças chave no processo de transformação social, pois planejam e desenvolvem programas voltados a prevenção do uso de substâncias psicoativas, também para a reabilitação e reinserção social dos usuários

Os locais onde prestam assistência a saúde juntamente com a rede social exercem um papel de vital importância na assistência aos usuários de drogas, visando um cuidado integral, singular e humanizado a esta clientela, facilitando a interação destes usuários com o serviço, criando e fortalecendo vínculos, a fim de facilitar a adesão e a permanência destes no serviço

de saúde. Consequentemente, estes usuários se sentirão mais acolhidos quando necessitarem de atendimento inclusive em momentos mais delicados como por exemplo uma gestação (WRONSKI *et al.*, 2016).

A assistência prestada as mulheres gestantes usuárias de crack, é de grande complexidade, exigindo da equipe de saúde um preparo maior para lidar com as adversidades. Esta equipe deve estar preparada para lidar, além de toda a questão do uso, também com questões complexas como as características psicológicas e sociais destas mulheres (CAMARGO *et al.*, 2018).

Ancorada nestas questões, torna-se relevante aprofundar estudos com bases teóricas que busquem evidências sobre a repercussão do uso de crack durante o período gestacional, para melhor compreender a ligação destas mulheres com a droga, buscando entender as relações com o seu contexto social, na tentativa de juntar todas as faces do uso abusivo de drogas, abarcando os aspectos psicológicos, culturais, fisiológicos e sociais (CAMARGO *et al.*, 2018).

Toda a mulher que vivencia a experiência da maternidade desencadeia um turbilhão de sentimentos como anseios, preocupações, insegurança e angústias. Sentimentos este, que são potencializados quando a mulher enfrenta algum tipo de adversidade, como é o caso das mulheres que fazem o uso do crack. O uso pode dificultar a adesão destas mulheres ao tratamento, interferindo diretamente nas questões sociais envolvidas nesse processo.

Para Camargo *et al.* (2018), as mulheres gestantes usuárias de crack vivenciam sentimentos de insegurança, preocupação e responsabilidade, assim como qualquer outra que não tenha em seu cotidiano a prática do uso de crack. A diferença é que ao mesmo tempo em que se sentem angustiadas por recaírem em seus ombros essas questões, ainda vivenciam o sentimento de culpa, podendo sentirem-se desamparadas e constrangidas, por não terem o perfil e o enquadramento de “boas mães”.

Apesar das mulheres estarem nesta condição de dependentes de drogas psicoativas, pouco se é pensado em questões mais subjetivas de uma gravidez permeada por um contexto social vulnerável e pelo uso abusivo de drogas. Mulheres usuárias de crack, além destes sentimentos intrínsecos a esta condição, enfrentam o preconceito e estigma social. Por vezes são julgadas como incapazes de exercer o papel de mãe, sendo excluídas socialmente, afastadas da sociedade e da família de modo geral (CAMARGO *et al.* 2018). Estas questões de preconceitos e discriminação foram fortemente mencionadas nas falas das participantes deste estudo. No discurso do sujeito coletivo pode-se perceber a forma como alguns

profissionais de saúde tratam estas mulheres, o que pode contribuir para o afastamento das gestantes usuárias de crack do serviço.

Na pesquisa de Camargo *et al.* (2018), foi evidenciado que algumas mulheres usuárias de crack têm sentimentos de proteção com o seu filho e se sentem culpadas por estarem expondo o seu filho ou o feto a substâncias psicoativas em um local que muitas vezes não é apropriado, tendo a consciência dos malefícios principalmente para o seu filho.

Corroborando com esta ideia, Calheiros *et al.*, (2019), evidencia que uma das participantes do seu estudo demonstrou sentimento de proteção com o bebê que irá nascer, concomitante a isso, sente-se culpada por fazer o uso de crack por expor a criança ou o feto a um local considerado por ela como impróprio, por fazer o uso do crack nestes ambientes, reconhecendo também os riscos que pode ocasionar para esta criança ou feto.

A vergonha e o medo são sentimentos frequentes entre os usuários de drogas. Neste mesmo estudo de Calheiros *et al.*, (2019), os achados são semelhantes, pois foi evidenciado que as participantes em diversos momentos relatam que as pessoas que fazem o uso da substância são discriminadas e estigmatizadas socialmente, conseqüentemente excluídas, ficando a margem da sociedade.

Ancorado a isso, os profissionais identificaram que as mulheres usuárias de crack, conseguem reconhecer os malefícios que o consumo da droga, durante a gestação, pode causar aos filhos. Por outro lado, o sentimento de culpa e o desejo de afastar-se de vez do mundo das drogas, também é um grande problema enfrentado por estas mulheres. Ao perceberem a possibilidade de danos causados aos seus filhos, elas visam a redução do consumo da substância psicoativa, buscando minimizar os danos causados pela droga, sendo que manter-se abstinente por completo para algumas dessas mulheres não foi possível (CAMARGO *et al.*, 2018). Ancorado nestes relatos, ficou evidente as representações sociais dos profissionais da saúde que, muitas vezes, por não compreenderem estas mulheres na sua totalidade, vendo apenas os fatos isolados, acabam prejudgando e estigmatizando-as, ao invés de trazer estas mulheres usuárias de crack para o serviço de forma acolhedora.

Ao se falar de gestantes usuárias de crack o estigma sobre elas torna-se protagonista, tendo uma maior relevância. As mulheres são vistas socialmente como responsáveis pela família, sendo consideradas as principais cuidadoras. Quando estas fazem o uso de drogas, deixam de ser respeitadas e, conseqüentemente, são vistas como promiscuas, irresponsáveis e as únicas responsáveis pela sua condição de usuárias de substância psicoativas (MEDEIROS *et al.*, 2015).

Para estas mulheres que se encontram na condição de drogadição, o apoio social é de fundamental importância, não somente a mulher usuária de drogas, mas todos os sujeitos que se encontram nesta mesma situação. A fim de que consigam quebrar o estigma sofrido, que os deixa em situação de marginalização o que estas pessoas precisam é de apoio, de confiança, para conseguir (RE)construir as relações sócio-afetivas, até mesmo para enfrentar o uso da substância.

Ancorada na ideia de Medeiros *et al.* (2015), mulheres usuárias de substância psicoativa, em especial as consumidoras de crack que se encontram na condição de gestantes ou parturientes, são diariamente desrespeitadas, estigmatizadas, e percebidas socialmente, inclusive pela equipe de saúde, como pessoas sem moral, incapazes de cuidar delas mesmas, conseqüentemente não são capazes de cuidar de seus filhos. Na maioria das vezes, o foco social é a substância e raras as vezes as mulheres usuárias de crack, a sua história de vida e o seu contexto socio-eco-cultural (CAMARGO *et al.* 2018).

Compreende-se que os determinantes culturais e sociais exercem grande influência neste processo, sendo que o ambiente sócio cultural em que estas mulheres estão inseridas, exerce interferências nas experiências e relações vivenciadas por elas. A cultura perpassa por todas as interrelações e interconexões. Por esta razão deve ser sempre levada em conta, ficando evidente a importância de tirar o olhar que recai sobre a substância e pensar mais na história de vida da mulher, no contexto em que ela está inserida, tentando minimizar o estigma e o preconceito por elas vivido, que, por vezes, impedem que sejam ouvidas e respeitadas pela sociedade (CAMARGO *et al.* 2018).

As representações sociais da equipe acerca da diferença no trabalho de parto das mulheres usuárias de crack em relação as que não são usuárias são de que o trabalho de parto das mulheres usuárias de crack é diferente. Elas são mais agitadas, o parto é mais tumultuado, têm menos percepção de dor. O uso do crack antes do parto repercute na maneira como este se dará, sendo mais rápido. Algumas dessas mulheres não se dão conta que estão em trabalho de parto ou do nascimento do filho. As orientações dadas pela equipe durante o trabalho de parto, muitas vezes, não são levadas em consideração. Elas têm menos expectativas na gestação e são comuns complicações com o nascimento prematuro ou de feto morto.

Com o passar dos anos o consumo de drogas lícitas e ilícitas vem alcançando dados alarmantes, inclusive o crack que é objeto de pesquisa deste estudo. Por essa razão, esta situação é considerada um sério problema de saúde pública em todo o mundo e, principalmente, no Brasil, pelo fato de ter grandes concentrações de favelas e comunidades

dominadas pelo tráfico. Muitas vezes, os moradores, sem muitas expectativas acabam visualizando o tráfico como a única maneira de sobrevivência familiar (MAIA *et al.*, 2019).

Torcatto (2016, p. 23) afirma que “espalhadas pelo planeta existem mais de 200 compostos orgânicos capazes de alterar as sensações ordinárias e modificar os ânimos”. A disfunção da consciência provocada pelo uso de substâncias psicoativas, modifica a química cerebral e pode levar o sujeito a dependência, pois a droga desencadeia um sentimento de euforia e o cérebro produz um tipo de felicidade artificial. O que não é diferente quando as mulheres gestantes são usuárias.

Além de todos os malefícios que o uso e abuso da droga causa nos usuários, na mulher durante o período gestacional esses malefícios são ainda mais devastadores, pois constitui um fator de risco tanto para a saúde da mãe, quanto para o desenvolvimento do feto. Visto que os efeitos materno-infantis, muitas vezes, são devastadores, podendo ser também irreversíveis (FERREIRA; MIRANDA, 2016).

Ancorado a estas questões, verifica-se que o tempo de internação de gestantes/puérperas que realizam parto vaginal, sem nenhum agravante com o binômio mãe e bebê, é de, geralmente, 24 horas, já as que realizam parto cesariana é de 72 horas. Entretanto, na pesquisa de Marangoni *et al.* (2018), foi evidenciado que o período de internação é superior a 72 horas e que em 42,1% das internações houve uma taxa de ocupação hospitalar superior a quatro dias, pelo fato destas mulheres fazerem o uso e abuso de drogas durante o período gestacional, pois este fato pode desencadear sérios problemas gestacionais.

Corroborando com esses dados, as representações sociais presentes nesta pesquisa, evidenciaram que a prática do uso de droga durante a gravidez interfere e diferencia na maneira de como será desencadeado o trabalho de parto, que pode ser mais rápido em função da agitação e da percepção de dor que é menor nas mulheres gestantes que estão sob o efeito do crack. Algumas não se dão conta do trabalho de parto e nem do nascimento do filho.

Geralmente, as mulheres que fazem o uso do crack, costumam procurar a maternidade apenas na hora do parto. Na grande maioria das vezes, chegam no período expulsivo, o que acaba dificultando a identificação destas usuárias, assim como o número de crianças filhas destas mulheres que nascem na situação de drogadição (MAIA; PEREIRA; MENEZES, 2015).

Ancorado a isso, as participantes deste estudo relataram que, muitas vezes, as mulheres usuárias de crack, quando chegam na maternidade, não se dão conta do nascimento do filho, pelo fato de estarem sob o efeito do crack e que o trabalho de parto pode ser muito rápido, pois a percepção de dor é muito menor comparado as que não são usuárias. Segundo

Camargo; Martins (2014) elas acabam procurando ajuda tardiamente ou apenas quando já estão em trabalho de parto, momento em que a maioria nega o uso de drogas, por medo da rejeição ou até mesmo da perda do filho.

Para os autores Marangoni *et al.* (2018), alguns fatores como vulnerabilidade individual, social e programático, precisam ser trabalhados, o mais breve possível com a população que se encontra em situação de drogadição, a fim de evitar situações extremas. Em sua pesquisa realizada com gestantes usuárias de crack, a grande maioria era de mulheres jovens. Nove das participantes viviam em situação de rua, sem acesso ao serviço de saúde, 34 não realizaram nenhuma consulta de pré-natal e nove já chegaram no hospital em período expulsivo do trabalho de parto.

O crack é uma droga de grande extensão e muito consumida pela população feminina em idade reprodutiva. Segundo o estudo de Monte *et al.* (2017), a cocaína, independente da apresentação, (pó, pasta base, pedra, entre outros), está intimamente ligada a graves consequências, ocasionando sérios problemas tanto para a gestante quanto para o RN. As complicações mais comuns causadas por esta droga, são problemas cardiovasculares maternos, deslocamento prematuro da placenta, prematuridade, morte fetal e crescimento intrauterino.

O uso de crack durante o período gestacional, atravessa a barreira placentária, causando vasoconstrição, levando os malefícios direto para o feto. Esta ação da droga, causa grande agressão ao conceito, diminuindo o fluxo de sangue corporal que passa para o útero, para a placenta e para o feto, ocasionando muitas vezes um aborto espontâneo, trabalho de parto prematuro deslocamento prematuro da placenta, crescimento intrauterino retardado e sofrimento fetal crônico grave (MAIA; PEREIRA; MENEZES, 2015; FERREIRA e MIRANDA, 2016). Pelo fato destas mulheres não buscarem atendimento nos serviços de saúde, o uso de crack na gestação pode ser um dos agravantes que levam, muitas vezes, essas mulheres usuárias de crack a chegarem ao serviço de saúde já no período expulsivo. Muitas vezes, dão à luz na rua e/ ou em ambulâncias durante o percurso até a maternidade.

A grande maioria das mulheres gestantes que fazem o uso de crack não realiza nenhum tipo de atendimento e acompanhamento de pré-natal, não vão em busca de orientações de um profissional de saúde, para saber a respeito da sua condição, pois muitas vezes elas têm como único objetivo o uso do crack. Sua rotina se faz nas ruas, com o uso de drogas (MAIA; PEREIRA; MENEZES, 2015; VENTURA *et al.*, 2019).

Nota-se que a grande maioria das mulheres que estão sob o efeito do crack, tem menos expectativas com a gestação, as quais não são planejadas e muito menos acompanhadas pelos

profissionais de saúde. Muitas vezes estes profissionais precisam realizar essa busca ativa, a fim de minimizar esta situação.

Cabe ressaltar que o crack durante a gestação, é extremamente lipossolúvel, atravessa facilmente a barreira placentária, tornando-se altamente nocivo, tanto para mãe quanto para o feto (FERREIRA E MIRANDA, 2016; SANTOS E GAVIOLI, 2017). O crack, além de ocasionar grandes complicações no desenvolvimento da gravidez, é a droga com a maior prevalência de malformações fetais, principalmente as do trato geniturinário, do coração e dos vasos da base e da face. (FERREIRA E MIRANDA, 2016).

Referente aos malefícios causados às crianças, filhas de mães usuárias de crack, ainda são incipientes e inúmeros (MAIA *et al.*, 2015). Este consumo está tendo uma proporção desenfreada, nas últimas décadas. Algumas pesquisas que consideram esta realidade, destacam o fato de que o RN é diretamente acometido pela quantidade de droga que a mãe ingere durante o período gestacional.

Muitas vezes, durante o nascimento destas crianças fica evidente a percepção de intoxicação e abstinência. Além disso, “[...] dependendo da quantidade ingerida pela mulher, também pode causar alterações na capacidade de contração do útero, ocorrendo em alguns casos deslocamento prematuro da placenta, sangramentos anormais e, até mesmo, o aborto espontâneo” (CAMARGO, MARTINS, 2014, p. 164).

Os resultados encontrados na pesquisa de Antunes *et al.* (2018), evidenciaram que as mulheres gestantes que fazem uso de drogas, estão mais propensas a terem um resultado perinatal desfavorável, com chances de parto prematuro, frequência cardíaca e baixo valor Apgar no primeiro minuto, que pode levar ao comprometimento da vitalidade do RN e da mãe. Além disso, as crianças filhas destas mães usuárias de crack, precisam de um acompanhamento diferenciado, focando na amamentação, internações e desenvolvimento até um ano de vida.

Estes dados mostram a importância e a necessidade de cuidado que estas mulheres usuárias de crack necessitam, principalmente multidisciplinar. A equipe de enfermagem precisa orientar estas mulheres durante a consulta de pré-natal. Este profissional precisa saber qual é o perfil das gestantes de sua área de abrangência, quando o serviço de pré-natal for prestado na atenção primária. Também conhecer os efeitos e malefícios da droga tanto para o feto, quanto para esta mulher, a fim de minimizar os efeitos nocivos a vida (ANTUNES *et al.*, 2018).

Apesar do uso da droga ser um sério problema de saúde pública e as informações a respeito do uso de drogas durante a gestação indicarem um grande potencial de riscos à saúde

e consequências negativas tanto pra o feto quanto para a mãe os estudos realizados com este enfoque ainda são insuficientes. Estes são necessários para que se consigam traças diretrizes para que as gestantes incorporem as informações e consigam mudar o seu estilo de vida/conduta. Uma vez que, na grande maioria das vezes, é apenas no momento da consulta do pré-natal que é conhecido o uso e abuso de drogas, momento em que a gestação já está instaurada (ROCHA; ROCHA, 2019).

As representações sociais acerca da percepção do cuidado que as mulheres usuárias de crack prestam ao recém-nascido no pós-parto apontaram que a maioria delas tem dificuldade de desenvolver o apego com o bebê logo após o parto. Alguns membros da equipe, no entanto, acham que elas são carinhosas com o bebê e tem a intenção de amamentar. Enquanto o bebê está na unidade, seus cuidados são responsabilidade da equipe de enfermagem. A equipe tem uma atenção maior com o bebê por ser de mulher usuária de crack. Assume os cuidados com o recém-nascido por preocupação/ medo em relação a algum acidente/ descuido com o mesmo por parte da mãe. O contexto de vida da mulher usuária de crack influenciará no cuidado que as mesmas têm com o bebê delas. sentem-se culpadas com o que possa acontecer com bebê devido ao uso do crack, no entanto, muitas mulheres negligenciam o cuidado com a criança, sendo que algumas dessas crianças, após o nascimento, vão direto para adoção.

A pesquisa de Marini; Waschburger (2015), realizada com mulheres gestantes usuárias de crack e similares, evidenciaram que o envolvimento prolongado com o crack, muitas vezes dificulta a percepção acerca da própria gestação, mesmo quando as manifestações clínicas e físicas são evidentes. Esta dificuldade pode interferir diretamente no cuidado consigo mesma e na forma como esta mulher vai prestar o cuidado ao recém-nascido.

Estas mulheres por vezes não conseguem perceber que o uso de drogas pode causar riscos à saúde do bebê, conseqüentemente, não apresentam o desejo de abandonar a droga em virtude da gestação. Algumas mulheres usuárias de crack, tem como objetivo apenas o uso da droga, não dando a devida importância ao fato de ser gestante (VENTURA *et al.*, 2019).

Muitas vezes, essas mulheres estão psiquicamente frágeis e usam o crack numa estratégia de diminuir a culpa e falhas. Acredita-se que a condição psíquica atual desta mãe é um fator importante que deve ser levado em consideração, sendo que esta pode dificultar o acolhimento e apego dela com o bebê (MARINI; WASCHBURGER, 2015). As mulheres que se encontram na condição de gestantes usuárias de crack, muitas vezes estão com o seu estado emocional abalado. Justamente por esta razão a formação do vínculo do binômio mãe e bebê pode se dar de maneira contraditória, pois ao mesmo tempo querem dedicar-se a sua vida ao

lado do filho, com sonhos para o futuro, sofrem pela incerteza da separação, por não saber se terão a guarda dos filhos, pois é comum sua perda.

No entanto, verificou-se que essas mulheres buscam construir um vínculo com os seus filhos. Evidencia-se que, apesar do uso de crack pela mãe, são bebês desejados e cuidados por estas mulheres. Entretanto, nota-se, ainda que a tentativa dessas em estabelecer vínculo e afeto com o bebê, não assegura que esse laço afetivo seja forte o suficiente para que estas mulheres sejam cuidadoras eficientes (MARINI; WASCHBURGER, 2015). Ancorado a estas questões, estes resultados se assemelham aos achados desta pesquisa, uma vez que as participantes relataram acerca da dificuldade do vínculo e também que na grande maioria esses cuidados enquanto estão no hospital, ficam sob a responsabilidade da equipe de enfermagem e, após a alta hospitalar, de algum familiar. Geralmente, as avós assumem este cuidado.

As puérperas usuárias de crack, devido a sua condição, podem demonstrar dificuldade de estabelecer vínculos e em prestar os cuidados diretos ao recém-nascido, logo após a alta hospitalar (MATTO *et al.*, 2013). Estas mulheres geralmente também necessitam de cuidados e auxílio de familiares, na grande maioria da avó da criança, para que consigam se adaptar ao puerpério no domicílio. Além da condição de drogadição, um agravante é relacionado ao estresse sofrido pela retomada de cuidados com o recém-nascido, como o banho, o curativo do coto, a amamentação, considerando que elas se encontram em fase de recuperação pós-parto, podendo entrar em abstinência e recair no uso das drogas (CHIRIBOGA, KUHN, WASSERMAN, 2014).

Ancorado a isso, entende-se que a abstinência faz com que as puérperas usuárias de crack, sintam-se mais cansadas, enfraquecidas e deprimidas, podendo se sentir mais introvertidas, buscarem o isolamento social, não se sentindo à vontade para conversar. Tal fato pode acarretar na diminuição do apego e vínculo com a criança (XAVIER *et al.*, 2018). A dependência do crack pode tornar estas mulheres mais frias e insensíveis. Muitas vezes, deixam de se preocupar com atividades do cotidiano que antes do vício eram corriqueiras, como o lazer em família, o sono e o descanso, atividades escolares e laborais, leis, regras e higiene pessoal. Ainda por vezes esquecem da sua condição de estar gerando um filho ou até mesmo esquecem do bebê.

No estudo de Xavier *et al.*, (2018), realizado com 18 puérperas usuárias de crack, que teve como objetivo conhecer dificuldades e facilidades de puérperas usuárias de crack no cuidado ao recém-nascido, evidenciou-se que a abstinência da droga é considerada como uma dificuldade para que estas mulheres consigam prestar o cuidado efetivo ao recém-nascido. Tal

fato dificultou que estas mulheres conseguissem ter um vínculo e apego com a criança; seguir as recomendações sobre aleitamento e não amamentação; a vigilância de alguns profissionais da saúde e do conselho tutelar; falta de preparo para o cuidado com o bebê e medo de machucar a criança.

Entretanto, o vínculo do binômio mãe-bebê é percebido como um esteio para que esta criança tenha um desenvolvimento infantil saudável, como um todo, ancorado desde o princípio da concepção do feto até a hora do parto, sendo compreendido como um processo que se estabelece de forma dual e gradual, do qual as duas partes são coadjuvantes deste processo (RIBEIRO *et al.*, 2015). O que não ocorre quando a mulher gestante está na condição de usuária de crack, pelo fato de ter como único objetivo a droga.

Sabe-se que quando existe um vínculo do binômio mãe e bebê, a criança experimenta sentimentos de confiança, sensação de segurança e bem-estar, sendo de extrema importância para o desenvolvimento da criança. Por conseguinte, estes laços afetivos precisam ser estáveis e harmônicos com o intuito de prevenir possíveis rompimentos na construção de apego e vínculo entre mãe e bebê (VELOSO; SILVA, JUNIOR, 2018).

As puérperas usuárias de crack têm dificuldades de prestar o cuidado ao recém-nascido, principalmente porque esses podem nascer prematuros, com problemas respiratórios e malformações congênitas. Podem sentir-se despreparadas para cuidar e sentem medo de machucá-los. Para isso, passam a contar diretamente com o apoio da equipe de saúde para enfrentar a necessidade de apoio e cuidado diferenciado às crianças (XAVIER *et al.*, 2018). Ancorado a isso as representações sociais das participantes desta pesquisa evidenciou que, muitas vezes, quando estas mulheres encontram-se internadas na maternidade ou centro obstétrico, pela falta de apego ou despreparo os cuidados das crianças acabam ficando sob responsabilidade da equipe de saúde, principalmente da equipe de enfermagem que são os profissionais que permanecem a maioria do tempo com estas mulheres.

Os profissionais da saúde assim como os familiares tem um papel importante, pois podem oferecer amparo emocional e social a estas mulheres que se encontram em situação de vulnerabilidade social, estimulando o vínculo da gestante com o bebê, empoderando ela para que seja protagonista do seu cuidado. Marini; Waschburger (2015) enfatizam que os profissionais da saúde que atuam junto as mulheres tem um importante trabalho, precisam focar no fortalecimento a atenção à rede de apoio familiar, a fim de disponibilizar recursos para atender ao binômio mãe e bebê que se encontra nesta situação.

Atualmente, este consumo de crack que vem crescendo desenfreadamente é um fato que causa preocupação a toda a sociedade brasileira, pelos danos devastadores que causam a

saúde. Além disso, acarretam sérios problemas de ordem econômica e social, afetando toda a coletividade (BRUSAMARELLO *et al.*, 2008). Estes fatos são ancorados nas questões que envolvem o contexto de vida da mulher usuária de crack e influenciará no cuidado que as mesmas têm com o bebê.

Ancorado a este discurso do sujeito coletivo, vale ressaltar que familiares e amigos podem, muitas vezes, influenciar as mulheres ao consumo de drogas, pois estas já vivem nestas condições. Na pesquisa de Reis; Loureiro, (2015) evidenciou-se que a usuária de crack pode estar desempregada e fazer uso da droga com o seu companheiro que a comercializa a mesma. É comum também o companheiro também ser usuário da substância psicoativa. O estudo também mostrou que as mulheres consomem a droga com o dinheiro que conseguem com os familiares, amigos ou por meio de pequenos delitos.

Em outra pesquisa os dados foram semelhantes, pois as participantes relataram que o início e a continuidade do uso da droga se deram pela influência de amigos, familiares e, principalmente, do companheiro (MEDEIROS *et al.*, 2015). O primeiro uso de drogas está ancorado a um ofertante, que apresenta a droga como uma forma de obter respeito e aceitação, para enfrentar a pressão social, bem como o desejo de ser aceito em um determinado grupo social (GABATZ *et al.*, 2013).

Esta ideia central nos mostra a importância destas mulheres terem um acompanhamento da equipe de saúde, baseado no princípio da integralidade. Os profissionais devem estar preparados para ouvir o usuário, entendê-lo inserido em seu contexto social e, a partir daí, atender às demandas e necessidades, não somente da usuárias mas também inserir a família neste processo, observando quais os riscos e vulnerabilidades a que estão expostas (CAMARGO *et al.*, 2018).

No Brasil, há um aumento significativo do número de mulheres gestantes usuárias de crack, fato este que apresenta como consequência o abandono ou maus tratos aos recém-nascidos. Em alguns estados como Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte a justiça, baseada no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) e visando a proteção da criança, por meio dos Conselhos Tutelares e das Varas da Infância e Adolescência, desenvolveu uma normativa que todas as gestantes usuárias de crack que entram nas Maternidades e Centros Obstétricos com a informação que são usuárias de drogas ou que durante a internação forem diagnosticadas pelos profissionais da saúde, passariam a ser consideradas incapazes e perderiam imediatamente o direito de ficar com a guarda do seu filho. Sendo que estes recém-nascidos seriam encaminhados para um abrigo. Caso não houvesse um membro da família para assumir a responsabilidade e os cuidados com o bebê, ele iria para adoção (CHAGAS;

ABRAHÃO, 2018). Segundo Fortes (2018), tramitam diversos processos na vara da infância e da juventude, que visam medidas protetivas de acolhimento institucional para as crianças filhas de mulheres usuárias de crack.

Logo após o nascimento de uma criança, quando há um indicativo de vulnerabilidade, que pode acarretar riscos à saúde da criança a mãe é submetida a uma entrevista com profissionais do hospital capacitados para extrair informações desta magnitude, geralmente psicólogos e assistentes sociais. Durante esta entrevista é feita uma anamnese a respeito do uso de substâncias psicoativas, tanto da vida pregressa quanto da atual, caso seja afirmativo e comprovado que esta mulher faz uso de drogas a entrega do recém-nascido aos pais é indeferida, mesmo que tenha alta hospitalar (FORTES, 2018)

Enfatiza-se que a comprovação do uso de drogas nas gestantes internadas nas maternidades no Brasil é feita por meio de entrevistas com assistentes sociais, sem requerer exame clínico. Nos Estados Unidos da América, é diferente, sendo que realiza-se exame toxicológico no bebê. Caso positivo ao uso de drogas, este fato gera uma forte presunção de incapacidade destas mães para ter a guarda da criança, sendo impedidas de terem contato com os filhos. Após a constatação do uso de drogas, este fato é levado ao Juiz da Infância e Juventude e ao Ministério Público, os quais irão averiguar os processos instaurados nas Varas da Infância e Juventude, extinguindo o vínculo entre mãe e filho, e os encaminhando para adoção (FORTES, 2018).

Destaca-se que, por mais que a decisão de conceder a guarda ou não à mãe seja estabelecida pelo juiz responsável pelo caso, esta decisão é feita embasada em laudos e pareceres que são realizados no hospital, setor técnico e conselho tutelar, sendo uma decisão em conjunto, após análise de todas as evidencias (FORTES, 2018).

Ancorado a estas questões, este tipo de decisão judicial afasta as mulheres usuárias de crack do serviço de saúde, uma vez que elas veem esse cenário e os profissionais como uma ameaça, tanto para elas quanto para o bebê. Essas atitudes podem justificar o baixo número de mulheres usuárias de crack que realizam o pré-natal e vão em busca de atendimento.

É necessário que os profissionais de saúde busquem traçar um plano de trabalho com estas crianças, a fim de saber quais as suas reais necessidades de saúde, sensibilizando as mães usuárias de crack, a respeito das diferentes estratégias de redução de danos. Não menos importante é fazer com que as famílias destas mulheres façam parte deste processo e também tenham um acompanhamento integral. O objetivo da realização do acompanhamento da tríade criança/mãe/família é obter acesso à informação para que haja um cuidado integral, identificando a vulnerabilidade social que estas famílias vivenciam, que pode ser por meio de

um trabalho interdisciplinar e intersetorial, visando empoderar estas pessoas a quebrar obstáculos de acesso aos serviços sociais e de saúde (CAMARGO *et al.*, 2019).

A pesquisa de Xavier *et al.* (2018), evidenciou que a dependência química do crack, somada ao rompimento ou fragilidade dos laços familiares para ajudar no cuidado do recém-nascido, potencializam a vigilância do conselho tutelar sob as puérperas. Por esta razão algumas puérperas referiram sentir medo em assumir os cuidados da criança sozinha.

Corroborando com esta evidências Marangoni *et al.* (2018), trouxe em seus resultados, que as mulheres usuárias de crack têm um baixo vínculo afetivo com os seus filhos e familiares. A grande maioria não realiza a prática da amamentação em virtude do uso de múltiplas drogas, são multíparas, perdem a guarda provisória dos seus filhos e, geralmente, recebem alta hospitalar acompanhadas pelo Conselho Tutelar que fará uma averiguação das condições as quais estas mulheres e os recém-nascidos se encontram.

Por estas razões, os recém-nascidos das mulheres usuárias de crack, após a alta hospitalar, necessitam acompanhamento regular por profissionais da área da saúde qualificados e conselheiros para que em conjunto consigam identificar qualquer alteração na criança, assim como situações de abandono e maltrato, garantindo sua integridade. Consequentemente, o enfermeiro, por ser o profissional que atua diretamente no cuidado da gestante/puérpera e do recém-nascido, precisa desenvolver estratégias e ações eficazes e eficientes em favor da saúde destas pessoas que estão em situação de vulnerabilidade (XAVIER *et al.*, 2018). O estudo de Wronski *et al.* (2016) evidenciou que existe um número expressivo de mulheres que fazem o uso de crack e que acabam abandonando os seus filhos após o nascimento e perante a justiça são consideradas como inaptas, perdendo a guarda da criança.

Entretanto, no estudo de Calheiros (2019), foi evidenciado durante a coleta de dados e nos depoimentos das participantes do estudo, que algumas mulheres que fazem uso do crack, pelo medo de perder a guarda de seus filhos, conseguem diminuir e até mesmo parar o uso da substância psicoativa, buscando maneiras de evitar recaídas para poder cuidar do filho e da família.

Pesquisas científicas acerca da retirada da guarda do recém-nascido, em razão da evidencia do uso de drogas pelas mães ainda são muito incipientes e pouco se fala cientificamente a respeito da relação que isso tem com o papel dessa mulher enquanto cuidadora da criança. Fica evidente que as políticas públicas ainda são falhas, não dando amparo para este posicionamento (FORTES, 2018).

A mídia por ser um veículo de longo alcance, pode tornar a situação das usuárias de crack e dos bebês estigmatizante. Algumas vezes acabam expondo alguns estereótipos, não se referem aos recém-nascidos como filhos de suas genitoras, mas sim como “filhos do crack”. Muitas vezes acabam esquecendo de potencializar que a maternidade pode ser uma grande oportunidade de recuperação desta mulher, pode dar um novo sentido a sua existência, motivo desta querer reconstruir sua vida sem a droga, longe das ruas, a fim de sentir-se mãe protagonista do cuidado com o seu filho. Porém ainda existe uma grande parcela da população que não tem esta visão de mundo e não leva em consideração esta possibilidade (BATISTA; FONSECA; PONTES, 2018).

As representações sociais acerca do cuidado familiar recebido pelas mulheres usuárias de crack durante a internação mostraram que a grande maioria delas enfrenta problemas familiares, laços fragilizados, não tendo uma estrutura familiar consolidada. A maioria das mulheres usuárias de crack chega ao serviço sem nenhum acompanhante, ficam sozinhas no hospital. Em contraponto, se tiver algum familiar acompanhando esta mulher usuária, geralmente é a mãe ou a irmã. É importante as mulheres usuárias de crack terem um acompanhante familiar e um apoio durante a internação na Maternidade e Centro Obstétrico.

A família geralmente fica responsável por cuidar do filho da mulher usuária de crack, no entanto, muitas famílias não conseguem ajudar/prestar um cuidado a estas mulheres usuárias de crack. Elas são trazidas para o hospital ou acompanhadas pelos amigos, companheiros, cafetões, clientes e ou pessoas que não tem laços consanguíneos. Muitos familiares das mulheres usuárias de crack, também, têm envolvimento com drogas.

Nos últimos anos, no campo das políticas públicas, nota-se uma crescente articulação no enfrentamento ao uso do álcool, crack e outras drogas. Este enfrentamento quando assumido como uma dimensão de fenômeno social, necessita uma construção e atualização que vai para além abstinência ou minimizar o uso, precisa incluir a família no processo de desintoxicação, tratamento e reabilitação dos usuários (CHAGAS, ABRAHÃO, 2018).

As gestantes usuárias de crack necessitam de uma assistência integral, humanizada e qualificada visando a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento, diagnóstico do uso de drogas e reinserção destas mulheres na sociedade. A grande maioria tem dificuldade de diversas ordens, principalmente problemas referentes as questões familiares. Algumas encontram-se excluídas do convívio familiar e comunitário (ROCHA, ROCHA, 2018).

Estudo realizado por Conceição *et al.* (2016), evidenciou que os usuários de crack, são estigmatizados, ficando a margem da sociedade, sofrem preconceitos, muitas vezes acabam não se enquadrando nas normas e nos valores socialmente aceitos pela sociedade, o que

reflete diretamente nos laços afetivos, principalmente com os familiares. Geralmente os laços familiares estão enfraquecidos ou rompidos devido o uso e abuso de crack.

Corroborando com estes achados, Oliveira *et al.*, (2014), afirmou em sua pesquisa, que o uso de crack gera sérios problemas para os sujeitos, a família e a sociedade, não afetando somente o usuário, mas o seu entorno é direta e indiretamente afetado. O uso do crack pode acarretar a perda do emprego, situações de violência, aumentando a criminalidade, ocasionando acidentes e principalmente, perdas afetivas familiares, ocasionando o afastamento da família e de casa.

Ancorado nas representações sociais dos enfermeiros desta pesquisa, acredita-se que tais fatos podem ser os motivos que levam as gestantes usuárias de crack a chegar ao serviço de saúde sem nenhum acompanhante. Muitas vezes entram em trabalho de parto e ficam sozinhas na Maternidade e Centro Obstétrico. Não têm como exercer seus direitos de terem um acompanhante no hospital pelas questões relacionadas às rupturas afetivas.

Na atual conjuntura, vive-se uma era em que as gestantes usuárias de crack socialmente são privadas de seus direitos, têm ausência de oportunidades, vivem em situação de vulnerabilidade, evasão escolar, moram na rua, em situação de pobreza extrema. Não possuem vínculos familiares e os laços que ainda permanecem estão fragilizados ou rompidos (SILVA, 2018).

As representações sociais dos profissionais da enfermagem acerca do cuidado familiar recebido pelas mulheres usuárias de crack durante a internação é de que esses são muito precários, ocorre grande desestrutura familiar. Estudo de Souza (2017) apresentou resultados semelhantes, revelou que a maioria das mulheres gestantes usuárias de crack, tem laços fragilizados com a família e amigos, enfrentam problemas como o abandono e a rejeição afetiva.

As relações estabelecidas pelas usuárias de crack com os familiares e redes de apoio social são frutos de sua trajetória de vida. Estudo de Silva (2018) verificou que o contexto familiar onde as gestantes usuárias de crack se inserem se caracteriza por recorrentes brigas e conflitos intrafamiliares. Há grande fragilidade nos laços familiares, pouco vínculo com o pai e, geralmente, essas terminam sendo excluídas da sociedade devido aos diversos problemas que ocasionam.

Consequentemente, ancorado nas RS, o fato destas mulheres terem um convívio familiar desestruturado e conturbado reflete diretamente no momento em que elas necessitarem de algum tipo de cuidado, pois por esta falta de vínculo familiar, muitas vezes,

as usuárias procuram o serviço de saúde sozinhas, sem a presença de um familiar para dar-lhes suporte emocional na hora do parto.

Com base nas representações sociais de que essas mulheres usuárias de crack chegam ao serviço sem nenhum acompanhante e ficam sozinhas no hospital durante o período de internação foi relatado que estas encontram grandes dificuldades no pós-parto, não tendo quem lhes auxilie com os cuidados com o bebê ou com elas mesmo.

Existe um contexto de exclusão constituído em torno destas mulheres. Este é reflexo da sua história de vida, por terem infringido algumas regras socialmente postas. Destaca-se a falta de escolaridade e ausência de um monitoramento escolar; o rompimento de vínculos familiares e sociais; quando se tem a procura por um serviço de saúde muitas vezes este percurso é falho no sentido de que não possuem endereço fixo, não buscam um acompanhamento especializado; enfrentam preconceito e discriminação social; possuem ausência de vínculo positivo com o pai da criança; carência de informações e orientações sobre o uso de drogas e seus malefícios para o feto (SILVA, 2018).

A internação das gestantes usuárias de crack pode ser a única possibilidade de acesso ao serviço de saúde especializado, podendo evitar ou minimizar as complicações tanto para ela quanto para o bebê. Como a procura pelo serviço de saúde é baixa, o momento que estas mulheres buscam, assistência estes lugares precisam ser acolhedores, com profissionais qualificados que realizem um trabalho de fortalecimento afetivo dos vínculos familiares fragilizados. A falta deste vínculo familiar pode acarretar sua desassistência, ficando solitárias em um quarto de hospital, por não ter uma boa relação familiar.

Em contraponto, as participantes deste estudo revelaram como ideia central que quando a gestante usuária de crack tem algum acompanhamento familiar no hospital, geralmente é da mãe ou da irmã. Estudo de Camargo (2014) que objetivou conhecer a visão da mulher usuária de cocaína/crack sobre a experiência da maternidade apontou que a avó materna exerce um papel fundamental na vida, tanto do neto, como da filha usuária de crack, pois o apoio que ela oferece é importante para essa relação, pois é a avó quem disponibiliza tempo, atenção, afeto e a estrutura que a família necessita durante a gestação da mulher usuária de crack e após seu parto. O estudo demonstrou um zelo especial pelo neto e por suas filhas, mostrando-se solícitas e dispostas a dar apoio as suas filhas e assumir as responsabilidades para com o neto após seu nascimento.

Ancorado nas RS das participantes deste estudo seria importante essas mulheres usuárias de crack terem um acompanhante familiar e apoio durante a internação na Maternidade e Centro Obstétrico. Maia; Pereira; Menezes (2015) trazem em sua pesquisa que

a família ocupa um lugar de destaque na prevenção do uso de drogas, sendo nas relações diretas com a comunidade que emergem a problemática das drogas, onde os profissionais da saúde principalmente o enfermeiro podem criar estratégias a fim de facilitar o acesso ao serviço de saúde de qualidade na vida desta mulheres e aos seus familiares. Também precisam mostrar a importância que a família tem no processo de abstinência do uso do crack, pois desta maneira irão conseguir fortalecer os laços afetivos familiares, aumentando sua chance de sucesso no tratamento e na reabilitação social.

No estudo de revisão da literatura realizado por Bassan *et al.* (2016), enfatizou-se que o ambiente familiar é importante no processo terapêutico. A desestrutura familiar também é um dos fatores que pode desencadear o uso e abuso de crack, principalmente se não houver uma estrutura bem consolidada ou quando se vive em situação de extrema pobreza e vulnerabilidade social. Outro fator importante é o contexto familiar em que a usuária está inserida, muitas vezes o consumo e o tráfico de drogas estão presentes no seu cotidiano e vem dos pais, irmãos ou companheiros, o que contribui para o início do consumo e compromete a constituição de sua identidade materna, pois sem uma base familiar a mulher acaba por apresentar uma estrutura psicológica fragilizada para assumir o papel de mãe (SOUZA, 2013).

Verifica-se que “conviver num contexto familiar de violências, de uso de drogas e de baixa afetividade, com precarização dos vínculos familiares são fatores que contribuem para a iniciação do consumo de substâncias psicoativas por mulheres” e conseqüentemente, para o comprometimento do exercício da maternidade e do cuidado com os filhos que lhe são cobrados socialmente (SOUZA, 2013, p. 96-97).

Assim, verifica-se que as famílias exercem uma relevante função de proteção e agregação no processo de prevenção e reabilitação no combate às drogas. O impacto negativo ocasionado pelo uso de crack pela mulher pode acarretar um distanciamento familiar.

Com base nas RS das participantes desta pesquisa, verificou-se que a grande maioria das mulheres gestantes usuárias de crack não chegam acompanhadas nos serviços de saúde em razão do seu próprio contexto de vida, do meio em que elas estão inseridas, que interferirá diretamente nas questões relacionadas ao crack. Um ambiente familiar saudável faz toda a diferença na prevenção e agravos relacionados com o uso do crack, pois possibilita o diálogo entre os membros da família, facilita as relações familiares, refletindo na forma em que estas usuárias serão cuidadas. Sendo assim conhecer o do papel da família nas situações de drogadição é de extrema importância para minimizar os agravos devido ao uso do crack e na fragilidade dos laços afetivos familiares, possibilitando assim que estas mulheres tenham o direito de usufruir de um acompanhamento familiar permeado de amor e carinho.

Verificou-se como RS desta pesquisa que, em muitos casos, a família assume os cuidados do filho da mulher usuária de crack. Na pesquisa de Camargo *et al.* (2018), que acompanhou famílias de mulheres gestantes usuárias de crack, evidenciou-se que a avó materna geralmente assume o cuidado integral do neto. Ao mesmo tempo que dispensa cuidados para a criança não deixa de dar apoio a filha que se encontra em situação de drogadição e em pós-parto. Mostrou também que esta avó além de cuidar o bebê e a filha, também é responsável pelos cuidados dos outros membros da família, podendo sentir-se sobrecarregada. Os pesquisadores também realizaram encontros a fim de passarem orientações da importância do fortalecimento o vínculo com todos os familiares.

A família da mulher gestante usuária de crack, em inúmeras circunstâncias auxiliam e assumem a educação e os cuidados com a criança, especialmente as avós maternas. Por outro lado, essa inversão de papéis entre a genitora e a mãe, pode desenvolver um fator estressante a esta mãe, pelo fato que algumas avós quererem assumir um papel de mãe, insistindo para que suas filhas sigam seus conselhos. As referências afetivas que estas crianças filhas das mulheres usuárias de crack recebem ao longo da vida, podem ou não serem consideradas adequadas, independentemente de haver ou não a interrupção do uso da substância, pois socialmente a maternidade é vista como uma característica instintiva da mulher, que deve estimular a prática materna a ser “suficientemente boa”, apesar das adversidades enfrentadas por estas mulheres (KUYAVA, 2013). Ainda a família e sociedade em geral não reconhecem a droga como uma doença que precisa cuidados, considerando que os cuidados aos filhos são de responsabilidade da mãe. Este fato pode ser um dos fatores ancorados nesta pesquisa acerca da dificuldade que as famílias encontram para ajudar/ cuidar esta mulher que está na situação de drogadição.

Na pesquisa de Chagas; Abrahão (2018) verificou-se que, visando proteger as crianças foi acionado o Conselho tutelar e o caso encaminhado à vara da infância. A perda da guarda do filho, geralmente está associada à falta de recursos familiares que impossibilitam a mulher desempenhar o papel de mãe, tais como: negligência, violência, maus tratos e abandono. Os fatores determinantes da perda da guarda do filho compreendem fatores sociais, econômicos, culturais e emocionais. Não incluem só questões financeiras, mas outros fatores que ultrapassam a linha da pobreza e os recursos materiais (CAMARGO, 2014).

Segundo Olívio; Graczyk (2011), na pesquisa que foi realizada com 12 mulheres gestantes, em três município do estado do Paraná, evidenciou-se que a grande maioria dessas mulheres usuárias de crack nega a condição de gestantes e a maternidade, pelo fato dessas mulheres serem excluídas socialmente e por sofrerem preconceitos, sendo taxadas como

incapazes de prestar o cuidado aos seus filhos. Nesse contexto, entregam seus filhos para os seus familiares, para adoção e/ou até mesmo a pessoas desconhecidas.

Assim, mulheres que durante a internação hospitalar na maternidade receberem o diagnóstico de usuárias de drogas podem ser consideradas inaptas para cuidar os filhos e, conseqüentemente, poderiam perder a guarda do RN, o qual seria encaminhado para um abrigo e colocado para adoção. Outro caminho para garantir seu cuidado seria algum membro da família assumir a guarda da criança. Neste caso, geralmente, as avós ficam responsáveis pelos cuidados com o bebê para que as mesmas consigam realizar o tratamento e recuperar o vínculo familiar e afetivo com a criança.

Ancorado nas RS das participantes deste estudo, percebeu-se que algumas destas gestantes usuárias de crack são trazidas para o hospital acompanhadas pelos amigos, companheiros, cafetões, clientes e/ou pessoas que não tem laços consanguíneos. Este fato muitas vezes dificulta questões relacionadas a obtenção de informações, pois a grande maioria destas mulheres não convivem com a família. Estudo que objetivou refletir sobre o usuário de drogas e seu mundo social verificou que devido à fragilidade de seus vínculos familiares sua noção de família pode tornar-se aberta e contextual. Suas relações intersubjetivas e a vida social voltada para a aquisição da pedra de crack pode levar ao rompimento de seus laços de família. Tal distanciamento da pessoa que consome crack e sua família de origem e as relações materiais e sociais levam a usuária a constituir movimentos urbanos e novas habitações na rua, em instituições, na prisão. Nesses movimentos a noção de família se atualiza, uma vez que novos vínculos se formam com pessoas que compartilham os mesmos hábitos e contextos de vida, sendo com essas pessoas que a mulher usuária de crack passa a contar para seu auxílio (SANCTIS; 2018),

O tratamento em unidades especializadas para dependentes do crack no geral, não difere para as gestantes, sendo o tempo de internação é de 28 dias para que seja realizada a desintoxicação. Porém, no caso das gestantes usuárias de crack, os profissionais relatam que algumas destas mulheres têm o período internação de mais logo. Acabam ficando mais tempo internadas devido o meio em qual elas vivem não ser sadio e protegido para que elas permaneçam até o final da gestação. Muitas vezes, esse contexto não oferece um suporte para que consiga mantê-las em casa (MACEDO; MACHADO, 2016).

Há, também, a RS que muitos familiares das mulheres usuárias de crack, também, têm envolvimento com drogas, o que pode dificultar cada vez elas a terem um ambiente sadio para que consigam gestar, parir e criar seus filhos longe do mundo das drogas.

Além dos problemas de ordem neurológicas envolvidos no desenvolvimento e no crescimento da criança que é exposta a ambientes familiares desprotegidos, com mães e familiares que fazem o uso do crack, sabe-se ainda, que os aspectos relacionados as questões ambientais como, a falta de vínculo com o filho, o descaso, a preocupação da mãe em obter a droga, o local onde vivem permeado por outros usuários de crack, são fatores que vão gerar consequências negativas nas relações e vínculos afetivos com o bebê, acarretando grandes prejuízos em todas as fases do desenvolvimento desta criança (RODRIGUES *et al.*, 2018).

Na pesquisa de Silva (2018) que visa contribuir nas reflexões teórico-metodológicas e no debate profissional, no âmbito da conduta intersetorial no acompanhamento e na atenção psicossocial desenvolvida junto às mães usuárias de crack e com trajetória de rua verificou-se a situação de uma das participantes da pesquisa que era gestante. Ela tinha 28 anos de idade, não tinha moradia fixa, era moradora de rua, não desenvolvia nenhuma atividade laboral, a renda para sobrevivência é adquirida de ganhos e esporadicamente do companheiro que também faz o uso do crack, relatou ainda que iniciou o uso da droga com o seu companheiro, não possui laços afetivos familiares, está na quinta gestação e não possui a guarda de nenhum dos filhos anteriores. Tal contexto assemelha-se ao de outras usuárias crack que chegam ao hospital em trabalho de parto.

Corroborando com a ideia que o ambiente familiar exerce grande influência sobre o uso e abuso de drogas, na pesquisa de Nascimento *et al.*, (2017) verificou-se que as participantes tiveram o primeiro contato com a droga entre nove e 16 anos de idade e a primeira vez que usaram foi em ambientes familiares ou por influência de amigos. Ainda relataram que permaneciam fazendo o uso da substância psicoativa, pois não acreditavam que ocasionaria algum mal para o bebê, visto que alguns familiares e amigas tiveram este mesmo comportamento nas suas gestações e não tiveram complicações com os seus bebês.

A dependência do uso do crack, por ser uma doença, não afeta apenas o sujeito, mas toda a família adoece como um todo. Estudo evidenciou que a prática cultural familiar, na sua grande maioria são estímulos e exerce grande influência para a experimentação e continuidade do uso de drogas, sendo que a família é um núcleo gerador de cultura, suscita questões relacionadas a crenças e valores sobre papéis sociais, tanto positivo quanto negativo, sobre as relações interpessoais e também sobre o uso de drogas (BRUSAMARELLO *et al.*, 2008). Atualmente já é comprovado cientificamente que o uso do crack acarreta grandes prejuízos, não somente na vida dos usuários, mas também nas de seus familiares e comunidades (TEIXEIRA, ENGSTROM E RIBEIRO, 2017).

Ancorado na ideia central, salienta-se que os familiares e amigos tem uma forte influência para o consumo de drogas. Comprovando essas questões Reis e Loureiro (2015), evidenciaram em sua pesquisa que as gestantes usuárias de crack obtinham a droga por meio do seu companheiro que era usuário e comercializava a substância. Após o rompimento dos laços conjugais estas mulheres conseguiam sustentar os seus vícios com o dinheiro advindo de seus familiares e, em alguns casos, esses familiares também faziam o uso da substância.

Ancorado as representações sociais desta pesquisa acerca do cuidado familiar recebido pelas mulheres usuárias de crack durante a internação são múltiplos os fatores que interferem no uso e continuidade da substância, uma vez que podemos evidenciar que a família exerce grande influência, tanto no uso quanto na abstinência da droga. Por estas razões os enfermeiros durante a consulta com estas mulheres, precisam refletir e trazer junto a família como uma estratégia para o enfrentamento e fortalecimento dos laços afetivos, como também ajudar estas gestantes para que consigam interromper o uso do crack.

As representações sociais acerca da necessidade de cuidados que as mulheres usuárias de crack necessitam receber no setor apontam que elas precisam de cuidados básicos como higiene, alimentação, roupas para si e para o bebê, segurança, conforto, medicação, ensino do autocuidado. Precisam de uma conversa, um acolhimento e um apoio para enfrentar a situação. Serem acompanhadas pela equipe além de no momento do parto, de atendimento psicológico e social, de serem encaminhadas para o Planejamento familiar ou com o mesmo realizado. Precisam ver a equipe como uma ajuda e não alguém que vá tirar o seu filho. Necessitam de um encaminhamento/ acompanhamento no CAPS ad e serem inseridas em algum grupo de apoio.

Baseado nas representações sociais deste estudo foi referido pelas enfermeiras participantes a necessidade de cuidados que as mulheres usuárias de crack necessitam receber no setor, como: necessidade humanas básicas, questões relacionadas a um acolhimento, ao apoio da equipe e a encaminhamentos para os diversos serviços de saúde, visando atender as necessidades específicas de cada uma destas mulheres.

No imaginário social, ao se referir ao usuário de crack, logo vem em mente um sujeito devastado pelo alto poder de destruição da substância. Essa característica fica ainda mais fortalecida quando se trata de mulheres, acrescentando as representações de sujeira e desleixo com a aparência, pois são questões relacionadas a beleza, culto ao corpo, cuidados com a saúde e estética, que compõem os elementos figurativos incorporados ao universo feminino imposto socialmente (MEDEIROS *et al.*, 2015).

A mulher que durante o período gestacional faz o uso do crack, causa uma maior vulnerabilidade a sua família, devido algumas características impulsivas inerentes às usuárias de drogas. Ela tem possibilidade de negligenciar os cuidados com o filho, podendo por vezes colocar em risco a segurança do mesmo após seu nascimento. Estas mulheres quando estão sob o efeito da substância psicoativa, em muitos casos, tem um déficit no senso crítico e descontrole dos seus impulsos (CALDAS, 2018).

No estudo de Aquino *et al.* (2018), que teve como objetivo caracterizar as necessidades em saúde de puérperas dependentes químicas os profissionais de enfermagem participantes referiram que a partir das condições de vida das usuárias, elas apresentam-se, geralmente, em precárias condições de higiene e desnutridas, mostrando desleixo. Nesse estudo verificou-se que, além das questões sociais que ocorrem em razão da dependência química as gestantes/puérperas usuárias de crack podem apresentar déficit cognitivo, difícil compreensão e comunicação. O uso prolongado da droga pode ocasionar lesões neurais. Por conseguinte, a mulher dependente do crack, que tem como único objetivo o uso da droga, acaba negligenciando o atendimento de suas necessidades humanas básicas, como alimentação e higiene pessoal.

A mulher após o nascimento do seu filho, durante a internação no alojamento conjunto, é instrumentalizada pelos profissionais de enfermagem a respeito da importância da realização dos cuidados ao recém-nascido como higiene, trocas de fraldas, aleitamento materno e formação do vínculo com o filho (DULFE *et al.*, 2015). Em contraponto, muitas vezes não conseguem realizar estes cuidados de modo efetivo, pois apresentam comprometimentos nas suas funções cognitivas decorrente do uso do crack.

As questões relacionadas à promoção do autocuidado deve ser um dos princípios dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro, por ser o profissional que acompanha as mulheres desde a concepção até após o nascimento do filho. O puerpério é um momento singular e de grandes transformações na vida da mulher. Para que o autocuidado neste período seja efetivo irá depender de alguns fatores como a idade, nível socioeconômico, número de partos, presença ou não de um do acompanhante e estrutura familiar e cultural da puérpera (ACEVEDO-HERNANDEZ *et al.*, 2016). No entanto, a precariedade socioeconômica e situações psicoemocionais são fatores que dificultam o autocuidado (AQUINO *et al.*, 2018).

Em pesquisa realizada em uma maternidade, com dez profissionais de Enfermagem, sendo sete auxiliares e três enfermeiros, esses relataram que as necessidades prioritárias das mulheres gestantes usuárias de crack são: higiene, alimentação saudável, adesão ao cuidado em saúde, vigilância profissional, qualificação do cuidado, orientação em saúde, integralidade

do cuidado, escuta ativa, humanização do cuidado, apoio familiar e de vínculo com a criança. No entanto, referiram que a condição de vulnerabilidade a que estas mulheres estão condicionadas, intensificam as dificuldades de interação e cuidado com os filhos (AQUINO *et al.*, 2018).

Ancorado a estas questões, em contraponto, um estudo realizado com cinco gestantes internadas na unidade de desintoxicação química de um hospital geral, destacou que a partir da hospitalização elas conseguiram reorganizar suas rotinas, se sentindo estimuladas pela equipe de saúde a prática do autocuidado, tendo desejo de viver sem o crack. Conseguiram reestabelecer o vínculo com os seus filhos e familiares, bem como do desejo de (re)construir uma família longe do uso das drogas (NICOLLI *et al.*, 2015).

Nas questões relacionadas às gestantes usuárias de crack, os profissionais precisam ter um olhar atento não somente voltado à inclusão de ações educativas que são realizadas por meio de orientações, grupos de gestantes, oficinas de trabalhos manuais, atividades lúdicas, mas aproveitar estes momentos para destacar e mostrar a importância do processo de desintoxicação química (NICOLLI *et al.*, 2015). Assim como as questões relacionadas ao autocuidado, higiene, conforto e segurança do bebê, também devem ser ensinadas e estimuladas nestes momentos.

O profissional da enfermagem que consegue compreender a dependência química como uma doença que precisa de intervenção, podendo interferir diretamente na formação e estabelecimento do vínculo, direciona e reorganiza seu processo de trabalho, visando a qualidade da assistência prestada ao binômio mãe-bebê. Por estas razões a equipe de enfermagem precisa propiciar a gestante/puérpera usuária de crack, condições e suporte para que elas sejam protagonistas do seu viver saudável, tendo a percepção do autocuidado, criando vínculos afetivos, realizando os principais cuidados com o bebê, tendo cuidados com as roupas e higiene, sendo estes uma ferramenta potencializadora para a aproximação (AQUINO *et al.*, 2018).

Estudo que utilizou como referencial a Teoria das Relações Interpessoais, traz que a enfermagem tem em sua essência a arte do cuidar/ajudar os sujeitos e a comunidade a serem protagonistas das próprias mudanças a fim de influenciar de forma positiva suas vidas. Conseqüentemente os objetivos que desejam ser alcançados devem ser planejados entre enfermeiro e cliente, a fim de não ter divergências nos resultados (FRANZOI *et al.*, 2016). Para obter respostas positivas, é preciso que as equipes de saúde, principalmente o enfermeiro, estejam preparadas para dispensar um atendimento de qualidade por meio de uma

conversa, um acolhimento, dando-lhes apoio para que estas mulheres consigam enfrentar a situação.

Ancorado a estas questões, as RS deste estudo evidenciaram a importância de uma conversa, um acolhimento e um apoio para o enfrentamento da situação de drogadição. O profissional da saúde que presta o cuidado a esta população precisa demonstrar respeito, empatia, cuidado e preocupação com as gestantes usuárias de crack, incentivando-as a serem protagonistas do viver sem a droga, buscando em conjunto as escolhas saudáveis, sensibilizando a respeito dos danos que o crack pode causar tanto para o bebê quanto para a sua saúde (VENTURA *et al.*, 2019). Tal forma de atuação possibilita as mulheres reconhecerem sua condição de usuária de drogas, reelaborar seus sofrimentos e enfrentar seus problemas (FRANZOI *et al.*, 2016).

A grande maioria das gestantes que fazem o uso do crack, geralmente vivencia sentimentos como insegurança, preocupação e responsabilidade, da mesma maneira que outras mulheres na mesma situação. O que difere é que ao mesmo tempo, pelo fato de serem usuárias de crack, elas também são acometidas pelo sentimento de culpa, desamparo, preconceito, estigma, por não serem enquadradas socialmente como boas mães (CAMARGO *et al.*, 2018). Nesse sentido, é necessário que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, por estarem 24 horas prestando os cuidados a estas mulheres, estejam atentos a estas questões, amparando-as, prestando um atendimento de qualidade e humanizado, dando apoio para que elas consigam enfrentar a situação de drogadição.

Os enfermeiros durante o acompanhamento das gestantes usuárias de crack precisam reconhecer quais são as suas necessidades prioritárias, naquele momento. São mulheres que têm carência em todos os aspectos. É preciso observar seu contexto familiar, de vida e investigar quais ambientes oferecem segurança e afeto. No decorrer dessa assistência, precisam ser avaliadas as condições individuais e coletivas de cada gestante, para que assim consigam ser direcionadas aos serviços de referência de acordo com suas necessidades evidenciadas. Também é importante, além do atendimento do profissional, que estas mulheres sejam encaminhadas para serviços sociais e grupos para trocarem experiências com outras gestantes, facilitando a exposição de sentimentos e experiências vivenciadas por elas (LEITE OLIVEIRA, CRUZ 2015; SOUZA, 2017).

Em estudo acerca do uso de drogas por mulheres durante o período gestacional os autores mostraram os malefícios e consequências do uso do crack, durante o período gestacional, para o binômio mãe/bebê. Verificou-se, então, que este diagnóstico deve ser feito durante a anamnese nas consultas de planejamento familiar (MAIA, PEREIRA E MENEZES,

2015). Ancorado a estas questões a RS das participantes desta pesquisa, enfatizou a necessidade destas gestantes serem acompanhadas por uma equipe multidisciplinar não somente no momento do parto, mas sim em todas as fases da gestação. Além disso, apontou que estas devem ser encaminhadas para atendimento psicológico e social a fim de ajudar nas questões relacionadas com o uso do crack.

A assistência dispensada à gestante usuária de crack é complexa, multifacetada e necessita que os enfermeiros e outros profissionais de saúde estejam aptos para cuidarem desta clientela, os quais precisam estar conscientes dos aspectos psicológicos e sociais inerentes a estas mulheres que se encontram na situação de drogadição. Além disso, estes profissionais são importantes motivadores no processo de transformação social, contribuindo no planejamento e desenvolvimento de ações e projetos que visem a promoção de saúde, a prevenção do uso de crack e reabilitação psicossocial, destas mulheres que se encontram em situação de vulnerabilidade social e que, muitas vezes, são marginalizadas pela sua condição de saúde (WRONSKI *et al.*, 2016).

Corroborando com o autor supracitado, Camargo *et al.*, (2018), no seu estudo traz dados semelhantes, que a assistência prestada a mulheres gestantes usuárias de crack é difícil, enigmática e complexa, exigindo habilidade e preparo especial da equipe de saúde para proporcionar um cuidado de qualidade, para conseguir lidar com as características psicológicas e sociais destas mulheres usuárias de crack.

As redes de serviços de saúde devem estar articuladas com a rede de apoio social, constituindo-se fundamentais na atenção as gestantes usuárias de crack, as quais devem ter o foco no cuidado integral e humanizado, assim como no fortalecimento dos vínculos com as mulheres, facilitando e garantindo o acesso e a permanências destas mulheres usuárias de crack nos ambientes de saúde. Devem garantir que se sintam acolhidas em todas as fases da gestação, inclusive em momentos mais tensos como dos de crise (WRONSKI *et al.*, 2016).

Vale ressaltar que a assistência à mulher gestante usuária de crack tem um grau de dificuldade elevado, exigindo do profissional que irá prestar os cuidados, um preparo e qualificação, para assim conseguir dispensar uma assistência de qualidade. A equipe de saúde deve compreender que cada usuária é única, com características particulares, cada uma necessitando de um tipo de cuidado. Um dos grandes obstáculos durante o tratamento que estas mulheres sofrem é o preconceito e estigma que sofrem da comunidade em geral (MAIA; PEREIRA; MENEZES, 2015; MAIA *et al.*, 2019). Ancorado a estas questões as RS deste estudo baseiam-se no relato das participantes acerca do sucesso do tratamento e recuperação.

As mulheres gestantes usuárias de crack precisam ver a equipe de saúde como um apoio e não alguém que vá tirar o seu filho.

Nas mulheres gestantes com problemas decorrentes do uso do crack, as questões relacionadas ao preconceito se multiplicam, uma vez que por essa razão muitas destas mulheres não pedem ajuda para enfrentar a situação. Consequentemente, a grande maioria destas mulheres não faz acompanhamento e pré-natal, quando fazem dificilmente relatam que são usuárias de drogas, uma das razões pode ser o medo de sofrer preconceito (MAIA; PEREIRA; MENEZES, 2015; MAIA *et al.*, 2019). A equipe de saúde deve prestar uma assistência acolhedora que passe confiança, livre de preconceito, oferecendo apoio para que estas mulheres consigam enfrentar a situação e não representar uma ameaça, ser alguém que irá tirar o seu filho.

Fica evidente a importância da atuação do profissional de enfermagem durante todo o período gestacional, principalmente no pré-natal, pois é um período o qual a mulher está mais sensibilizada e é mais fácil a adesão ao tratamento. Por isso este profissional precisa se qualificar, passarem por aprimoramento assistencial, nas questões relacionadas ao uso de drogas na gestação, com o foco na prevenção e detecção do uso de crack. Tendo em vista que no período gestacional a mulher requer cuidados específicos e uma assistência de qualidade, acolhimento de confiança livre de preconceitos, incentivando estas mulheres ao tratamento, consequentemente o abandono dessas substâncias (MAIA; PEREIRA; MENEZES, 2015; MAIA *et al.*, 2019).

Baseado nestes fatos estes profissionais além de todos os cuidados que prestam para as gestantes, precisam ter um olhar diferenciado com esta clientela. Precisam compreender outras dimensões do cuidado, pois precisa dar suporte para que estas mulheres realizem o tratamento de forma efetiva e não como alguém que irá tirar o seu filho, tendo em vista que a maioria das mães que estão em tratamento não quer prejudicar o bebê.

Quando a mulher gestante relata que faz uso do crack logo é construído no imaginário social o estigma da “mãe usuária de drogas” ou “mãe usuária de crack”, a qual é incapaz de cuidar os seus próprios filhos. Além do preconceito que as recebem por usarem a droga, ainda tem toda a questão social, pois mulheres de classe baixa são ainda mais marginalizadas e dependentes dos serviços e equipamentos componentes da Rede de Saúde Pública (FORTES, 2018). Muitas vezes, o atendimento à saúde da mulher gestante usuária de crack não é de qualidade. Talvez isso ocorra devido o despreparo da equipe, para lidar com estas situações. Para que se tenha sucesso no atendimento das mulheres usuárias de crack estas precisam ver a equipe como uma ajuda e não alguém que vá tirar o seu filho.

Ancorado a estas questões Botelho; Rocha e Melo (2013) evidenciaram em seu estudo que algumas mulheres gestantes dependentes de substâncias psicoativas, quando procuram os serviços de saúde, geralmente o fazem tardiamente, pois a grande maioria não busca atendimento nas unidades de saúde. Estas mulheres entendem que precisam estar em abstinência para poder receber assistência nos serviços devido ao preconceito e discriminação que sofrem por parte dos profissionais da saúde ao saberem que elas fazem uso de substâncias psicoativas.

As RS desta pesquisa ficaram evidentes na fala das participantes a respeito da importância e necessidade destas gestantes usuárias de crack terem um encaminhamento/acompanhamento no CAPS ad e serem inseridas em algum grupo de apoio. Silva e Schneider (2016), ao estudarem as consequências do uso do Crack na gestação apontaram como uma estratégia para minimizá-las a criação de equipes itinerantes, sendo uma oportunidade para os sujeitos usuários de drogas, que não conseguem perceber o CAPS como um dispositivo de cuidado e que tenham fragilidades na criação de vínculos com o serviço, assim como dificuldade de acesso.

Os autores identificaram a importância da busca ativa das equipes, na rua, na cidade, na casa, sugerindo novos projetos de vida para os sujeitos que se encontram em situação de drogadição, incluindo os profissionais nessa realidade, levando esse atendimento as pessoas que, muitas vezes, não conseguem chegar até o serviço de saúde, abrangendo grupos marginalizados, como moradores de rua, indígenas, nômades e usuários de droga, que tem maior dificuldade de procurar tratamento e os serviços de saúde.

Quanto às dificuldades das gestantes usuárias de crack procurarem o serviço de saúde verifica-se de grande importância o papel do enfermeiro frente a esta temática, por meio do seu conhecimento teórico e prático, orientar e direcionar a gestante e todo o seu contexto biopsicossocial, aproveitando quando houver esta oportunidade para realizar consultas de pré-natal, utilizando-se de ferramentas para fazer uma boa anamnese. Deve fazer um levantamento a respeito do histórico de vida desta mulher, exames pertinentes a esta condição em que a mulher se encontra, realizar o encaminhamento para um serviço de pré-natal de alto risco, juntamente para os serviços de referencia como por exemplo o Centro e Atenção Psicossocial Álcool e drogas – CAPS ad (FERREIRA E MIRANDA, 2016).

Na pesquisa de Wronski *et al.*, (2016) as usuárias de crack, participantes do estudo, evidenciaram a importância do atendimento que elas recebem no CAPS ad, sendo um grande impulsionador para que elas consigam realizar o tratamento e abandonar o uso da substância psicoativa. Em contrapartida, salientam que somente o atendimento não é o bastante se elas

não estiverem estimuladas e motivadas a realizar o tratamento. Da mesma maneira afirmam que a terapêutica medicamentosa é fundamental, porém sozinha não é efetiva. Ancorado a estas questões, fica evidente que os profissionais que atuam diretamente nestes serviços precisam estar capacitados para atender estas mulheres gestantes usuárias de crack, inserindo estas em grupos de apoio, a fim de visualizar o sucesso no tratamento.

Corroborando com esses dados, o estudo de Kassada *et al.*, (2013), que foi realizado com 394 gestantes usuárias de serviço de atenção primária, mostrou que (72,22%) não permaneceram internadas no período gestacional, (65,28%) não eram participantes de grupo de gestante e mais da metade (52,78%) declarou não ter recebido orientação dos profissionais da saúde. Ainda neste mesmo estudo, as mulheres que não participavam do grupo de gestantes tinham 4,13 (IC 95%:2,11-8,12) vezes mais chances de usar drogas em relação as que participavam de algum grupo de apoio. Quanto as questões relacionadas a orientações recebidas por profissionais que atuavam nas UBS, sobre o risco de usar drogas durante a gestação, os resultados evidenciaram que aquelas que não recebiam orientação tinham 1,87(IC95%:1,07-3,24) vezes mais chances de usar drogas durante a gestação, quando comparadas com as mulheres que recebiam orientação.

As representações sociais da equipe acerca de suas dificuldades para prestar assistência às mulheres usuárias de crack na Maternidade e Centro Obstétrico são de que a equipe de enfermagem não tem dificuldade de prestar a assistência às mulheres usuárias de crack no setor, sendo que a classe médica apresenta mais dificuldade. Devido essa dificuldade no atendimento, muitas vezes, acabam distanciando-as do serviço. Há profissionais que têm dificuldade de prestar um atendimento de forma humanizada. Sentem pena da criança e da mulher pela situação difícil vivenciada, pela falta de afeto identificada e pela rejeição do bebê por parte da mãe. No entanto, alguns integrantes da equipe de enfermagem relataram dificuldade pessoal de tratar as mulheres usuárias de crack. Tal dificuldade cria uma barreira no atendimento verifica-se falta de respeito, preconceito, desumanização, julgamento, falta de ética, falta de entendimento, resistência, falta de paciência, e dificuldades pessoais no atendimento de mulheres usuárias de crack.

O profissional enfermeiro tem em sua essência a arte de cuidar, acompanha os pacientes durante as 24 horas do dia. Baseado nas representações sociais deste estudo, a equipe de enfermagem não tem dificuldade de prestar a assistência às mulheres usuárias de crack. Corroborando com estas questões, Wronski *et al.* (2016), em seu estudo evidenciou que o enfermeiro é o profissional que, entre outras atribuições, tem a função de prestar assistência direta a população com problemas decorrentes do uso do crack, tendo potencial de possibilitar

cuidados efetivos, afim de prevenir agravos, possuindo grande potencial para identificar os problemas relacionados ao uso de drogas, sendo de grande importância no processo de transformação social que pode ser realizado por meio de ações assistenciais.

O enfermeiro juntamente com a equipe interdisciplinar tem um importante papel na atuação do planejamento e desenvolvimento de programas e projetos visando á promoção da saúde e reabilitação psicossocial, promovendo um melhor enfrentamento da problemática, realizando acolhimento, prestando atendimento de qualidade e humanizado, visando as reais necessidades e singularidades de cada gestante usuária de crack, durante o período da gestação e pós-parto (WRONSKI *et al.*, 2016). Ancorado a estas questões fica evidente que a equipe de enfermagem, na grande maioria, não encontra dificuldade de prestar a assistência às mulheres usuárias de crack.

Em contraponto, além das mulheres gestantes usuárias de crack serem compreendidas por meio de um viés de gênero, muitas vezes são estigmatizadas pela comunidade em geral e também pelos próprios profissionais de saúde quando vão procurar atendimento médico. Estes profissionais têm em seu imaginário que estas mulheres são irresponsáveis, criminosas e profissionais do sexo (CRUZ *et al.*, 2014). Estes fatores podem mostrar-se como um dos motivos da classe médica apresentar maior dificuldade de prestar atendimento a essas mulheres gestantes usuárias de crack.

Devido às dificuldades no atendimento, muitas vezes, as gestantes usuárias de crack acabam se distanciando dos serviços de saúde. Segundo Botelho, Rocha, Melo (2013) algumas mulheres gestantes usuárias de crack buscam atendimento nos serviços de saúde tardiamente, ou nem procuram os serviços de saúde. Acreditam que para isso é necessário estar em abstinência da droga. Estas mulheres ficam receosas em falar acerca do uso de substância psicoativa, em virtude da discriminação que sofrem por parte dos profissionais de saúde ao buscarem atendimento.

As mulheres por vezes têm uma visão distorcida dos serviços essenciais de saúde ou por experiência pessoal podem ter uma visão distorcida acerca da redução de danos, serviços e recursos de saúde (HANDLOVSKY *et al.*, 2013), Torna-se importante investir em ações voltadas a levar informações sobre o uso do crack para áreas de maior vulnerabilidade e locais de uso a fim de criar um elo entre o usuário de drogas e o serviço de saúde. A fim de aproximar esta mulher cada vez mais dos serviços de saúde para que elas se sintam parte integrante do processo de recuperação e não apenas coadjuvante do seu processo de recuperação (RAMIRO *et al.*, 2018).

Para algumas mulheres que fazem o uso da droga o período gestacional pode surgir como um potencializador para que consigam controlar seu uso e vivenciar a abstinência do crack. Entretanto para outras mulheres o sentimento da maternidade é diferente, é um período que pode acarretar grandes cargas de estresse, enfatizando que a gravidez pode ser um período de vulnerabilidade ao uso de drogas.

Não é raro encontrar mulheres usuárias de drogas com consultas de pré-natal insuficientes, sem acompanhamento médico ou com um número escasso de consultas. Um dos fatores que levam essas mulheres a terem esse tipo de comportamento é relacionado a questões de isolamento social imposto socialmente. Inclusive profissionais de saúde por vezes não as tratam de maneira acolhedora, discriminando, estigmatizando, levando ao distanciamento destas gestantes dos serviços de saúde (RAMIRO *et al.*, 2018).

Ancorado nas representações sociais deste estudo foi referido pelas participantes que há profissionais da saúde que têm dificuldade de prestar um atendimento de forma humanizada às mulheres usuárias de crack. Portanto, conhecer a história de vida sob o prisma das usuárias de crack, compreender as consequências e as perdas relacionadas ao uso do crack são questões que pode ser levada em consideração ao se elaborarem estratégias para o enfrentamento das adversidades do cotidiano vivenciado por estas mulheres. É nesta perspectiva que o profissional precisa direcionar a assistência prestada a estas mulheres, repensando a forma como será instituído o tratamento, com o intuito de valorizar a singularidade da pessoa, considerando a complexidade desse fenômeno. (OLIVEIRA *et al.*, 2014; VENTURA *et al.*, 2019).

Estes fatos evidenciam a importância de o profissional de saúde tratar as mulheres que fazem o uso do crack e as que não são usuárias de forma humanizada. Estes precisam estar preparados para trabalhar com esta população que necessita de acolhimento e afeto. As mulheres usuárias de crack têm algumas necessidades específicas, que precisam de cuidados de qualidade e humanizados, pois são pessoas com problemas relacionados à prostituição, violência, traumas, baixa estima e ainda geralmente são estigmatizadas (RAMIRO *et al.*, 2018).

Baseado nas RS deste estudo, as enfermeiras relataram que sentem pena da criança e da mulher pela situação difícil vivenciada, pela falta de afeto identificada e pela rejeição do bebê por parte da mãe. Estudo de revisão sistemática realizado com mulheres brasileiras usuárias de crack evidenciou que essas trazem consigo uma história de vida com grandes dificuldades e tristezas. O consumo de crack por esta população vulnerável apresentou-se, também, diretamente ligado aos maus-tratos na infância (negligência, abuso físico e sexual).

Muitas vezes essas mulheres não tiveram uma situação escolar regular, conviveram e praticaram comportamento sexual de risco, prostituição e gravidez não planejada (LIMBERGER *et al.*, 2016). Tais vivências mais os efeitos da droga no organismo podem ser determinantes desse da falta de carinho e apego com a criança, pois é comum a reprodução de sua própria história de vida.

Estudo internacional revelou que a exposição ao crack durante o período gestacional altera as respostas ao estresse ambiental e a sensibilidade em relação aos maus-tratos na infância (MIN *et al.*, 2017). O uso do crack no período gestacional pode acarretar a falta de apego e até mesmo a rejeição do bebê.

O uso de crack por mulheres gestantes é expressivo e tem gerado graves consequências à saúde desta população, acarretando sérios danos entre os que ainda estão para nascer (MAIA, PEREIRA, MENEZES, 2015). Muitas mulheres usuárias têm como único objetivo o uso do crack, causando graves consequências ao bebê (VENTURA *et al.* 2019). Esta é uma das RS que gera preocupações nas participantes deste estudo, pois se sentem aflitas com a possibilidade de o recém-nascido sofrer maus tratos, abandono, falta de afeto e rejeição por parte da mãe.

Ancorado nas RS desta pesquisa, as enfermeiras percebem que alguns integrantes da equipe de enfermagem têm dificuldade pessoal de tratar as mulheres usuárias de crack. Esta dificuldade pode estar relacionada às crenças e valores pessoais acerca da drogadição. As RS permitem compreender elucidaciones, ideias e manifestações culturais que descrevem um determinado grupo. Consequentemente, conhecer as RS permite auxiliar, planejar e desenvolver ações voltadas a estes profissionais que atuam no processo gestacional de uma usuária de crack.

Por essa razão é importante investir em ambientes que sejam produtores de cuidado, assim como na formação de profissionais que consigam compreender essas mulheres na sua complexidade, considerando suas necessidades de cuidados e especificidades, especialmente no caso de uma gestação. Estas mulheres são estigmatizadas pelos profissionais de saúde, sofrendo preconceitos por vivenciar a maternidade juntamente com o uso de drogas (CAMARGO *et al.*, 2018).

Outra razão que contribui com a exclusão e o estigma associado às mulheres usuárias de crack é a forma como os serviços de saúde dispensam atendimento a esta população, sendo que os mesmos encontram dificuldades para prestar cuidados (CAMARGO *et al.*, 2018).

Estudo realizado por Maia; Mesquita (2015), que teve como participantes da pesquisa mulheres usuárias de drogas e profissionais de enfermagem, buscou a relação da

droga com o processo de maternidade e observou que os filhos destas mulheres apresentam baixo peso ao nascer, problemas respiratórios e parto prematuro. Identificou-se por meio dos relatos dos enfermeiros e das gestantes usuárias de drogas o difícil acesso aos serviços de saúde. Constataram que esses serviços não estão preparados para atender essas mulheres, o que dificulta a criação de vínculo e o cuidado integral a esta população vulnerável.

Fundamentado nas RS desta pesquisa as participantes do estudo relataram dificuldade em prestar assistência a essas mulheres. Verificou-se a existência de uma barreira para a prestação de um atendimento integral e humanizado. Foram citadas situações de falta de respeito, preconceito, desumanização julgamento, falta de ética, falta de entendimento, resistência, falta de paciência por parte da equipe de saúde e dificuldades pessoais dos profissionais no seu atendimento.

As mulheres usuárias de crack, além dos sentimentos intrínsecos da condição feminina, fragilidade, cuidado e submissão, precisam enfrentar preconceito e estigma impostos pela sociedade. São julgadas como incapazes de exercer o papel de mãe, sendo excluídas socialmente e, geralmente, tem o enfraquecimento das relações familiares, afetivas e com os profissionais de saúde (CAMARGO *et al.*, 2018).

Verificou-se, então, que o apoio social, familiar e dos profissionais de saúde precisa ser o ponto inicial de qualquer tipo de intervenção com estas mulheres gestantes usuárias de crack. O apoio da tríade, sociedade, família e profissionais de saúde tem um grande potencial e pode funcionar como um mecanismo externo de controle para comportamentos de risco. O apoio emocional para estas mulheres que se encontram vulneráveis e que são excluídas socialmente é fundamental (RAMIRO *et al.*, 2018).

Nesta perspectiva, é fundamental constituir programas de prevenção ao abuso de drogas que tenha o foco centrado na família a fim de reduzir o risco de uso posterior de drogas na prole. Há um indicio de eficácia dos programas de longo prazo desde que esses envolvam toda a família (RAMIRO *et al.*, 2018). Os profissionais de saúde precisam trazer as famílias junto destas mulheres, visando maior eficácia e aderência nos serviços de saúde. Esses podem tornar-se uma barreira a ser enfrentada por muitas destas gestantes usuárias, pois verificou-se que há profissionais que atuam de forma desrespeitosa, preconceituosa, com desumanização, julgamento, falta de ética, falta de entendimento, resistência e falta de paciência.

Estudos sobre o uso do crack por mulheres ainda são incipientes. Há barreiras estruturais, sociais e culturais a serem enfrentadas por essas mulheres gestantes usuárias de crack que buscam tratamento e atenção à saúde (RAMIRO *et al.*, 2018). A complexidade

deste fenômeno necessita de uma abordagem interdisciplinar no enfrentamento as questões acerca da mulher gestante usuária de crack, a fim de minimizar as situações de vulnerabilidade e riscos à saúde vivenciadas (SUGARMAN *et al.*, 2016).

Para que estas mulheres gestantes consigam viver sem a droga é necessário o apoio social e comunitário, juntamente com o tratamento interdisciplinar e multidisciplinar que aborde os problemas clínicos e sociais das mulheres usuárias de crack, individualmente a fim de auxiliá-las a mudar suas atitudes. É necessário, também, o fortalecimento de seus vínculos afetivos para minimizar suas vulnerabilidades e barreiras nos ambientes de saúde (RAMIRO *et al.*, 2018; VENTURA *et al.*, 2019). É necessária a capacitação dos profissionais de saúde para que compreendam como prestar o cuidado e o monitoramento das mulheres usuárias de substâncias psicoativas, a fim de superar barreiras ao acesso dessas aos serviços de saúde (BRANCO *et al.*, 2016).

Para que se tenha sucesso na assistência a estas mulheres o cuidado precisa ser sistemático e periódico, prestado de maneira mais humana e integral a saúde do binômio mãe e bebê. É indispensável que este local seja um ambiente acolhedor, para chamar atenção destas mulheres, facilitando o acesso e a adesão do pré-natal e no pós o nascimento, uma vez que as mulheres usuárias de crack compreendem os malefícios que a droga causa para a sua saúde e a do bebê. Elas precisam receber informações acerca dos danos e como proteger seus filhos. Um dos fatores com maior grau de impacto é ajudar esta mulher a fortalecer seu vínculo familiar, por meio de programas de prevenção ao abuso de substâncias psicoativas, orientando a família da importância do apoio e seus benefícios tanto para a mulher como para o bebê, focando em grupos de maior vulnerabilidade, fortalecendo as habilidades parentais e familiares (RAMIRO *et al.*, 2018).

A representação social acerca da percepção da assistência prestada às mulheres usuárias de crack na maternidade e centro obstétrico é resolutive. A equipe presta uma assistência solidária, se preocupando com suas necessidades humanas básicas. A equipe fica mais atenta, prestando uma assistência com compaixão e preocupação com o seu destino e o da criança. No entanto, alguns membros da equipe afirmam que a assistência prestada é diferente das mulheres não usuárias. Ela é discriminada na forma como é atendida, fica mais sozinha, recebe menos orientação, a assistência é fria, automática, não tem tanto acolhimento e o atendimento é mais robotizado. A falha na assistência às mulheres usuárias de crack começa na academia, durante a formação dos profissionais. Alguns profissionais prestam assistência a esta mulheres de forma preconceituosa, podendo ser enquadrada como violência obstétrica. Há um despreparo da equipe para prestar uma assistência às mulheres usuárias de

crack nas unidades. Nota-se um despreparo dos alunos e futuros profissionais para lidar com as questões referentes ao tratamento de usuários de drogas.

Baseado nas representações sociais das enfermeiras participantes deste estudo relataram que a assistência prestada às mulheres gestantes usuárias de crack na Maternidade e Centro obstétrico é resolutiva, verificou-se o engajamento para tentar resolver as necessidades prioritárias destas mulheres. O enfermeiro como parte integrante da equipe de saúde e gestor da equipe de enfermagem precisa estar apto para dispensar um atendimento resolutivo, pois é qualificado para realizar o acolhimento das gestantes usuárias de drogas. Como líder da equipe de enfermagem precisa qualificar a sua equipe e os agentes comunitários de saúde a fim de enfrentar a problemática do uso e abuso de drogas na comunidade, vislumbrando a promoção da assistência à saúde e à redução de danos. (FONSECA *et al.*, 2017).

Ancorado a estas questões, as participantes deste estudo relataram que a equipe de saúde presta uma assistência solidária, se preocupando com as necessidades humanas básicas das mulheres gestantes usuárias de crack. Na pesquisa de Santarosa; Lussi (2016) encontraram-se achados semelhantes. Evidenciou-se que esta população tem necessidades básicas afetadas, como questões relacionadas à alimentação, moradia e higiene. Por isso é necessário que seja traçado um plano de cuidados a esta população com base nessas necessidades caso contrário, as intervenções não irão ao encontro das suas reais necessidades, não sendo efetivo.

Outro estudo que teve como objetivo avaliar a gravidade do uso de substâncias psicoativas, situações de violência, saúde física e emocional de usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad), em relação ao status de moradia, apontou a grande vulnerabilidade social em que essa população se encontra, muitas vezes apresentando uma grande carência nas necessidades humanas básicas. Nesse sentido, as abordagens precisam ser pensadas de acordo com o perfil e as necessidades específicas desta clientela, para que assim consigam subsidiar as políticas públicas e as ações voltadas para um cuidado mais humano e qualificado, compreendendo a singularidade dos sujeitos, tanto na área da saúde como na da assistência social (HALPERN *et al.*, 2017).

Por estas razões não discriminar ou estigmatizar as pessoas com problemas decorrentes do uso da drogas, acarreta na garantia de acesso aos serviços de saúde, assistência social, educação, justiça, visando a garantia de uma melhor qualidade de vida, sem fazer julgamentos morais, afirmando que estes usuários são únicos e responsáveis pela sua condição e negligenciando o atendimento e as necessidades humanas básicas que lhe constituem enquanto cidadãos (VALÉRIO; NASCIMENTO, 2017).

Estudo de Fonseca *et al.*, (2017) que teve como objetivo identificar os desafios encontrados no pré-natal de gestantes usuárias de crack apontou como desafios os agravos a saúde ocasionados pelo uso da substância psicoativa. O estudo evidenciou necessidades que estas mulheres têm por serem gestantes e concomitantemente usuárias de crack. Apontou a carência de oferta de serviços assistenciais a esta população o que acaba dificultando a possibilidade de redução do número de gestantes usuárias de crack.

Fica evidente nestes resultados que além de todas as necessidades humanas básicas que estas mulheres gestantes usuárias de crack têm, elas necessitam de serviços assistenciais de qualidade que as compreendam como sujeitos em sua totalidade, para que assim consigam buscar o tratamento e, conseqüentemente, sua recuperação.

Ancorado nas RS desta pesquisa as enfermeiras relataram que a equipe de enfermagem fica mais atenta, quando se trata de uma gestante usuária de crack, prestando uma assistência com compaixão e preocupação com o seu destino e o da criança. Ficam apreensivas com o desfecho desta situação, principalmente acerca do cuidado que o recém-nascido vai ter na maternidade e do seu destino após a alta hospitalar.

A quais situações e condições podem ser submetidas crianças recém-nascidas, geradas por mulheres usuárias de crack, inclusive durante a gestação? Estudo acerca das dificuldades de puérperas usuárias de crack no cuidado ao recém-nascido apontou abstinência da droga, não amamentação, falta de apoio familiar, vigilância dos profissionais do Conselho Tutelar, falta de habilidade para a realização de cuidados diretos ao recém-nascido, medo de machucá-lo e falta de condições financeiras (RIBEIRO *et al.*; 2018).

Por conta do crack é crescente o número de recém-nascidos abrigados, ao menos temporariamente, em unidades de acolhimento após o parto. Em alguns casos, o alerta às autoridades competentes sobre a falta de condições das mães no cuidado aos recém-nascidos parte da própria maternidade após observarem negligência das mesmas no cuidado.

Segundo Rosato (2018) o fato dessas crianças irem para casas de apoio mostra-se como uma situação limítrofe e extrema, gerando intenso sofrimento para essas mães, mas também para as equipes que acompanham o abrigo dos bebês. A judicialização dos casos dificulta a vida das famílias e os vínculos afetivos não se consolidam.

Nesta pesquisa, alguns membros da equipe de enfermagem afirmaram que a assistência prestada é diferente das mulheres não usuárias, sinalizando uma diferenciação na forma de tratamento destas gestantes usuárias de crack. Verificou-se que, alguns trabalhadores acabam corresponsabilizando-as pela sua doença, culpabilizando-as como únicas responsáveis pela sua condição.

A sociedade, com o apoio da mídia, coloca as pessoas que usam crack, em especial as mulheres, como responsáveis pelos problemas sociais e familiares que enfrentam. Esse julgamento, sem pensar no contexto social, econômico e social em que estas mulheres estão inseridas, incita o estigma e o preconceito (MACEDO, ROSO, LARA, 2015). Tal estigma e preconceito pode fazer com que essas mulheres vivenciem a culpa, o desamparo e o constrangimento. É necessário, neste sentido, avançar na atenção às dimensões subjetivas de uma gravidez que ocorre em um contexto social permeado por vulnerabilidade e pelo uso abusivo de drogas (KASSADA, MARCON, WAIDMANN, 2014)

Surgiram como RS neste estudo, que a mulher gestante usuária de crack sofre preconceito e discriminação durante o atendimento na maternidade e centro obstétrico. Muitas vezes ficam sozinhas, sem acompanhantes ou sem assistência direta da equipe, as orientações que a equipe passa são insuficientes, com poucas informações, o atendimento é mais frio, mais automático, e, na grande maioria, não é realizado de forma adequada o acolhimento destas mulheres dentro nestes setores.

Corroborando com estas dados, na pesquisa de Kassada *et al.* (2014) realizada com a totalidade das gestantes assistidas nas 25 Unidades Básicas de Saúde de Maringá (PR), perfazendo um total de 394 gestantes, 72 gestantes relataram que fizeram uso de drogas durante o período gestacional. Nesta mesma pesquisa, as participantes declararam que se sentem constrangidas em revelar sua dependência para os profissionais de saúde, fato este que pode distanciar e impedir que estas mulheres tenham acesso ao atendimento assim como as informações acerca das complicações obstétricas e de problemas cognitivos na criança em longo prazo, como decorrência do uso de drogas. Ainda foi percebido que essas mulheres gestantes usuárias de crack, sentem medo do julgamento e preconceito que sofrem por parte dos profissionais, por serem gestantes e usuárias de drogas.

Ancorado na falha do atendimento que os profissionais de saúde prestam às mulheres gestantes usuárias de crack, foi relatado como RS pelas participantes da pesquisa que esta omissão da assistência está relacionada às falhas que começam na academia, durante a formação dos profissionais de saúde. Alguns profissionais se sentem despreparados para atuar junto a essas mulheres.

Por estas razões Camargo *et al.* (2018), evidenciou em seu estudo acerca da importância e a necessidade de investir nos locais produtores de cuidado, assim como na formação de profissionais que consigam compreender as usuárias em sua totalidade e singularidade, principalmente no caso destas mulheres usuárias de crack, que tem um história

de vida permeada pelo preconceito e estigma devido ao fato de vivenciar a maternidade juntamente com o uso e abuso de drogas.

Corroborando com os resultados desta pesquisa, outros autores destacam em seu estudo, que a atuação profissional assim como assistência de enfermagem prestada ao usuário de substância psicoativa encontra-se deficitária, e que para melhorar esta assistência, apontam como estratégias, a necessidade destes profissionais terem um maior envolvimento em cursos de atualização e capacitação voltados para a área da saúde mental, participação em seminários, jornadas, simpósios, grupos de estudo e não menos importante promover a presença da família no tratamento ao dependente químico (SOUSA *et al.* 2017) sendo que este profissional precisa se atualizar para conseguir dispensar um atendimento de qualidade as pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas, uma vez que esta falha no cuidados aos usuários de substância podem estar atrelado na escassez de subsídios durante a formação acadêmica.

Ancorado à ideia central relatada pelas participantes do estudo, verificou-se o relato de que alguns profissionais prestam assistência às mulheres gestantes usuárias de crack de forma preconceituosa, e com pouca qualidade. Estas atitudes por vezes podem ser enquadradas como violência obstétrica. Fonseca *et al.*, (2017) traz em seu estudo como estratégia de atuação do profissional enfermeiro com as gestantes usuárias de crack a sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Os autores referiram que é importante que este profissional atue sem preconceito, acolhendo, tratando estas mulheres com respeito e empatia, sendo um intermediário entre a assistência e o impacto das drogas na vida da gestante. O fato de se sentirem julgadas pode fazer com que elas não recebam apoio e nem acompanhamento adequado para o enfrentamento da gestação e do parto.

O atendimento às mulheres usuárias de crack é complexo e multifacetado, exigindo competência, habilidades técnicas e psicossociais dos profissionais de saúde para prestar o cuidado. Uma das principais barreiras que as mulheres usuárias de crack enfrentam é o preconceito e o estigma, os quais se multiplicam quando está associado à gravidez, o que pode ser uma das razões pelas quais estas mulheres tendem a não relatar o uso de drogas durante o período gestacional ou não procurarem assistência nos serviços de saúde (FONSECA *et al.*, 2017).

As pessoas que enfrentam a problemática social do uso das drogas, bem como a família são marcadas pela estereotipação, estigmatização, marginalização e culpabilização. Quando estas pessoas são mulheres e gestantes este preconceito aumenta, muitas vezes deixando esta mulher a margem da sociedade. Pelo fato de ser um problema de saúde pública,

recebe pouca atenção a estas questões, por vezes não tendo atendimentos resolutivos, necessitando de Políticas Públicas que preconizem intervenções imediatas e eficientes a curto, médio e longo prazo, capazes de garantir atenção integral aos usuários, prevenindo, reabilitando e reinserindo socialmente (LIMA *et al.*, 2016).

Baseado nas RS desta pesquisa as participantes referiram que a equipe que presta assistência às mulheres usuárias de crack nas unidades está despreparada para lidar com essa problemática. Nota-se ainda um despreparo dos alunos e futuros profissionais para lidar com as questões referentes ao tratamento de usuários de drogas. No estudo de Paula *et al.* (2014) foi evidenciado que há uma deficiência na capacitação dos trabalhadores da saúde e esses resultados indicam que o problema não se restringe ao aspecto político e gerencial das unidades de saúde. Esta lacuna se inicia durante o processo de formação do profissional. Por vezes há uma sobrecarga de informações e conteúdos importantes que deixam de ser abordados ou melhores conduzidos enquanto vivência prática no enfrentamento dessa problemática social.

A busca ativa dos usuários de drogas na comunidade, na maioria das vezes, é realizada por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), família e demais profissionais de saúde. O desejo de reabilitação dos usuários, assim como o vínculo com os profissionais de saúde é importante e indispensável para o sucesso no tratamento. Entre os desafios encontrados para prestar uma assistência de qualidade está a falta de conhecimento para detectar e assistir os usuários, além da dificuldade de criação de vínculo. Por estas razões é importante ressaltar a necessidade de uma maior capacitação dos enfermeiros que atuam diretamente no tratamento de usuários de drogas para que assim consigam prestar uma assistência de qualidade (FONSECA *et al.*, 2017).

Corroborando com estas questões o estudo de Varela *et al.*, (2016) realizado com 56 enfermeiros e teve como objetivo analisar, na perspectiva dos enfermeiros, a articulação de uma rede de saúde para o atendimento aos usuários de álcool, crack e outras drogas, apontou sobre o despreparo dos alunos e profissionais de saúde para lidarem com a problemática do crack, ainda evidenciou acerca da importância de capacitar os enfermeiros para prestarem uma melhor qualidade no atendimento aos usuários de crack e outras drogas. Também há a necessidade de estudos que subsidiem os alunos e equipes de saúde acerca da melhor compreensão das questões relacionadas ao uso de crack, a partir de espaços de discussão, viabilizando a superação de dificuldades que são encontradas na forma de dispensar o atendimento destas mulheres que apresentam problemas relacionados ao uso do crack.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

E para se chegar onde quer que seja, aprendi que não é preciso dominar a força, mas a razão. É preciso, antes de mais nada, querer. É preciso antes de mais nada amar. Quando se ama a vida, tudo fica mais fácil conquistar, tudo vem naturalmente, mas... É preciso acreditar.
(Autor Desconhecido)

O estudo objetivou compreender as representações sociais dos profissionais de enfermagem que atuam em Maternidades e Centros Obstétricos acerca da assistência de enfermagem prestada à mulher grávida usuária de crack nos setores. **Em relação às Representações Sociais acerca da frequência de atendimentos de mulheres usuárias de crack nos setores** a equipe percebeu que esse número vem aumentando. A frequência de atendimentos dessas mulheres é semanal. O número de mulheres usuárias de crack atendidas nos setores é grande e frequente.

Quanto às Representações Sociais acerca das diferenças no comportamento das mulheres usuárias de crack em relação as não usuárias, foi referido que essas se expressam e apresentam atitudes diferentes das não usuárias, sendo facilmente identificadas pela equipe de saúde. Geralmente, comparecem ao serviço de saúde desacompanhadas; não realizam o pré-natal; chegam no hospital já no período expulsivo; apresentam-se agressivas e com dificuldades para realizar o autocuidado, em condições higiênicas precárias e são pouco responsivas aos questionamentos. Além da drogadição, algumas apresentam Infecções Sexualmente Transmissíveis; têm dificuldade de criar vínculo, são moradoras de rua, envolvem-se em roubos e prostituição. Têm medo do preconceito e se sentem culpadas em relação ao bebê por fazerem o uso da droga.

Em relação à forma como as mulheres usuárias de crack são recebidas no setor as representações sociais da equipe, verificou-se que são recebidas da mesma forma que as que não fazem o uso do crack, mas a preocupação por parte da equipe é com o bebê que irá nascer. O fluxo de atendimento delas no hospital consiste em fazer uma ficha de atendimento no Pronto Socorro, encaminhá-las ao Centro Obstétrico e caso necessitem ou após o parto ficam internadas na Maternidade. Apesar dessa percepção, essas mulheres ao serem recebidas no setor sofrem algum tipo de discriminação por parte de alguns profissionais. Esses fazem julgamentos, indiretas, comentários, críticas, deboche, deixam as mulheres sozinhas, não conversam com elas e manifestam preconceito. Acreditam que a forma como estas mulheres são recebidas no setor depende das crenças, valores e concepções de vida de cada

profissional. As profissionais que prestam assistência às mulheres usuárias de crack são acolhedoras durante o cuidado

As representações sociais da equipe acerca da diferença no trabalho de parto das mulheres usuárias de crack em relação as que não são usuárias, verificou-se que há diferenças. As mulheres usuárias de crack são mais agitadas, o parto é mais tumultuado, têm menos percepção de dor. O uso do crack antes do parto repercute na maneira como este se dará, sendo mais rápido. Algumas dessas mulheres não se dão conta que estão em trabalho de parto ou do nascimento do filho. As orientações dadas pela equipe durante o trabalho de parto, muitas vezes, não são levadas em consideração. Elas têm menos expectativas na gestação e são comuns complicações com o nascimento prematuro ou de feto morto.

As representações sociais acerca da percepção do cuidado que as mulheres usuárias de crack prestam ao recém-nascido no pós-parto são de que a maioria delas tem dificuldade de desenvolver o apego com o bebê logo após o parto. Alguns membros da equipe, no entanto, acham que elas são carinhosas com o bebê e tem a intenção de amamentar. Enquanto o bebê está na unidade seus cuidados são responsabilidade da equipe de enfermagem. A equipe tem uma atenção maior com o bebê por ser de mulher usuária de crack. Assume os cuidados com o recém-nascido por preocupação/ medo em relação a algum acidente/ descuido com o mesmo por parte da mãe. O contexto de vida da mulher usuária de crack influenciará no cuidado que as mesmas têm com o bebê delas sentem-se culpadas com o que possa acontecer com o bebê devido ao uso do crack. No entanto, muitas negligenciam o cuidado com a criança, sendo que algumas dessas crianças, após o nascimento, vão direto para adoção.

Quanto às representações sociais acerca do cuidado familiar recebido pelas mulheres usuárias de crack durante a internação verificou-se que a grande maioria delas enfrenta problemas familiares, laços fragilizados, não tendo uma estrutura familiar consolidada. A maioria das mulheres usuárias de crack chega ao serviço sem nenhum acompanhante. Ficam sozinhas no hospital. Em contraponto, se tiver algum familiar acompanhando esta mulher usuária, geralmente é a mãe ou a irmã. É importante as mulheres usuárias de crack terem um acompanhante familiar e um apoio durante a internação na Maternidade e Centro Obstétrico.

A família, geralmente, fica responsável por cuidar do filho da mulher usuária de crack. No entanto, muitas famílias não conseguem ajudar/ prestar um cuidado a estas mulheres usuárias de crack. Elas são trazidas para o hospital ou acompanhadas pelos amigos,

companheiros, cafetões, clientes e ou pessoas que não tem laços consanguíneos. Muitos familiares das mulheres usuárias de crack, também, têm envolvimento com drogas.

As representações sociais acerca da necessidade de cuidados que as mulheres usuárias de crack necessitam receber no setor apontam que elas precisam de cuidados básicos como higiene, alimentação, roupas para si e para o bebê, segurança, conforto, medicação, ensino do autocuidado. Precisam de uma conversa, um acolhimento e um apoio para enfrentar a situação, serem acompanhadas pela equipe além de no momento do parto, de atendimento psicológico e social, serem encaminhadas para o Planejamento Familiar ou com o mesmo realizado. Precisam, também, verem a equipe como uma ajuda e não alguém que vá tirar o seu filho. Necessitam de um encaminhamento/ acompanhamento no CAPS ad e serem inseridas em algum grupo de apoio.

As representações sociais da equipe acerca de suas dificuldades para prestar assistência às mulheres usuárias de crack nos setores são de que a equipe de enfermagem não tem dificuldade de prestar a assistência às mulheres usuárias de crack no setor. A classe médica apresenta mais dificuldade. Devido essa dificuldade no atendimento, muitas vezes, acabam distanciando-as do serviço. Há profissionais que têm dificuldade de prestar um atendimento humanizado. Sentem pena da criança e da mulher pela situação difícil vivenciada, pela falta de afeto identificada e pela rejeição do bebê por parte da mãe. No entanto, alguns integrantes da equipe de enfermagem relataram dificuldade pessoal de tratar as mulheres usuárias de crack. Tal dificuldade cria uma barreira no atendimento. Verifica-se falta de respeito, preconceito, julgamento, falta de ética, falta de entendimento, resistência, falta de paciência, e dificuldades pessoais no atendimento de mulheres usuárias de crack.

A percepção da assistência prestada às mulheres usuárias de crack na Maternidade e Centro Obstétrico tem como representações sociais que esta é resolutive. A equipe presta uma assistência solidária, se preocupando com suas necessidades humanas básicas. A equipe fica mais atenta, prestando uma assistência com compaixão e preocupação com o seu destino e o da criança. No entanto, alguns membros da equipe afirmam que a assistência prestada é diferente das mulheres não usuárias. Ela é discriminada na forma como é atendida, fica mais sozinha, recebe menos orientação, a assistência é mais fria, mais automática, não tem tanto acolhimento e o atendimento é mais robotizado. A falha na assistência às mulheres usuárias de crack começa na academia, durante a formação dos profissionais. Alguns profissionais prestam assistência a esta mulheres de forma preconceituosa, podendo ser enquadrada como violência obstétrica. Há um despreparo da equipe para prestar uma assistência às mulheres usuárias de crack nas unidades. Nota-se um

despreparo dos alunos e futuros profissionais para lidar com as questões referentes ao tratamento de usuários de drogas.

Os dados possibilitaram concluir que o cuidado à mulher gestante usuária de crack na Maternidade e Centro Obstétrico é complexo, exige capacitação da equipe de enfermagem para dar conta da necessidade de assistência. Verifica-se que as políticas públicas específicas para o atendimento de pessoas usuárias de drogas não dão conta da especificidade da mulher dependente química, principalmente da gestante.

Os serviços especializados no atendimento a pessoa usuária de drogas precisam se adequar para dar suporte à mulher gestante usuária de crack e sua família, constituindo-se como parte de sua rede de apoio social. Os profissionais de saúde precisam atuar junto às famílias para que acompanhem a mulher durante a gestação e o recém-nascido após o parto.

A judicialização destas mulheres após o nascimento do RN visa garantir a proteção da criança. No entanto, penaliza a mulher ao não lhe dar a oportunidade de realizar o tratamento e ter a condição de ficar com o seu filho. Acredita-se que por si só a gravidez seria motivadora da mulher para que ela abandone o vício e exerça a maternidade de forma efetiva. Estas mulheres precisam ser acolhidas nas UBS e acompanhadas durante a gestação e no pós-parto, recebendo também atendimento psicológico e social, sendo encaminhadas para o planejamento familiar.

É necessária a capacitação dos profissionais de saúde que atuam na assistência a estas mulheres, a fim de minimizar as dificuldades que possuem em prestar-lhes assistência. Os cursos de graduação em enfermagem, assim como os cursos técnicos em enfermagem precisam incluir em seus currículos conteúdos que qualifiquem estes futuros profissionais a cuidarem tanto a mulher quanto o RN, habilitando-os a avaliar as suas reais necessidades. É preciso combater a falta de respeito, o preconceito, a desumanização, o julgamento, a falta de ética e de paciência, a resistência e as dificuldades pessoais no atendimento a estas mulheres. É preciso combater também o estigma que envolve a temática do uso de crack e do ser mulher gestante.

Os dados possibilitaram confirmar a tese de que enfermeiros atuantes em maternidade e Centro Obstétrico possuem dificuldades no atendimento de mulheres usuárias de crack o que pode comprometer a qualidade da assistência prestada a elas e seus recém-nascidos. Como limitações do estudo aponta-se ter sido realizado em um único contexto não podendo haver generalizações dos resultados. O referencial teórico e metodológico foi adequado, pois possibilitou a compreensão do fenômeno estudado. Novos estudos devem ser realizados

investigando como as políticas públicas têm auxiliado os trabalhadores da saúde e as mulheres gestantes usuárias de crack no atendimento de suas necessidades.

9 REFERÊNCIAS

- ABRIC, J.C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 2000.
- ACEVEDO-HERNANDEZ, B. A., *et al.*. Proceso educativo de enfermería para promover el autocuidado de la mujer durante el puerperio. **Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc**. V. 24, n. 3, p. 197-204. 2016.
- ALBERTONI, N. B., DE ALMEIDA, B. V. As gestantes usuárias de crack em situação de rua na cidade de Belo Horizonte: uma discussão de políticas e legislação a partir de vivências no Projeto Andanças. **Conecte-se! Revista Interdisciplinar de Extensão**, v. 1, n. 2, p. 15-29, 2017.
- ALMEIDA, R. A.; *et al.*. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 526-538, 2014.
- ALVES, T. M.; ROSA L. C. S. Usos de substâncias psicoativas por mulheres: a importância de uma perspectiva de gênero. **Revista Estudos Feministas**, v. 24, n. 2, p. 443-462, 2016.
- ANTUNES, M. B *et al.*. Desfecho perinatal em gestantes usuárias de drogas atendidas em um centro especializado. **SMAD Revista Electronica Salud Mental, Alcohol y Drogas**, v. 14, n. 4, 2018.
- AQUINO, G. S. *et al.*. Health needs of puerperal women with chemical dependence according to Nursing professionals. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 10, n. 4, p. 1050-1056, 2018.
- BASTOS, FT, *et al.*. **Perfil dos usuários de crack e / ou similares no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2013.
- BASSAN, L., *et al.*. Impacto do uso do crack nas relações familiares: revisão narrativa. **Disciplinarum Scientia| Saúde**, v. 17, n. 1, p. 11-21, 2016.
- BATISTA, G. F., FONSECA, M. C., PONTES, M. G. “É UMA DOR QUE NÃO TEM EXPLICAÇÃO, É A VIDA DA GENTE QUE ELES TIRAM”: narrativas de mulheres na resistência pelo seu direito à maternidade em Belo Horizonte-MG. **Saúde em Redes**, v. 4, n. 1suplem, p. 129-139, 2018.
- BERTONI, N. *et al.*. Exploring sex differences in drug use, health and service use characteristics among young urban crack users in Brazil. **Int J Equity Health**, v. 13, n. 70, 2014.
- BESSA, M. A.; *et al.*. Underreporting of use of cocaine and marijuana during the third trimester of gestation among pregnant adolescents. **Addict Behav**, v. 35, n. 3, p. 226-229, 2010.

BONINI, L. M. M., CANDIDO, V. B. Drogas, poder e intersectorialidade nas políticas públicas: ação do poder judiciário na Cracolândia em São Paulo. Seminário Nacional Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea, UNISC, RS, 2016.

BRANCO, J. G. O., *et al.*. Relações familiares de mulheres grávidas que usam cocaína e crack em uma cidade do nordeste brasileiro. **Arquivos Internacionais de Medicina**, v. 9. 2016.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 466, de 11 e 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, Brasília-DF, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil**, Brasília-DF, 2013.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?**. Org. organizadores: Francisco Inácio Bastos, Neilane Bertoni. – Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BRASIL. **Política do ministério da saúde. A Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2º edição. Brasília – DF. 2004.

BRASIL. **Secretaria de Atenção à Saúde. Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/ Crack no Sistema Único de Saúde**. Brasília-DF, abril. 2010.

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

BRUSAMARELLO, T., *et al.*. Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. **Texto contexto enferm.** V. 20, n.1, p. 33-40, 2011

BUNGAY, V.; *et al.*. Women's health and use of crack cocaine in context: Structural and 'everyday' violence. **Int J Drug Policy**, v. 21, n. 4, p. 321-329, 2010.

CALDAS, Nathália Rodrigues de Araujo. Efeitos do uso da cocaína em gestantes e suas principais consequências para o recém nascido. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Biomedicina) – **Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília**, Brasília, 2018.

CALHEIROS, P.R. V., *et al.*. Estratégias de enfrentamento do craving em dependentes de crack em tratamento em Comunidades Terapêuticas. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 15, n. 2, p. 12-19, 2019.

CAMARGO, P. O; MARTINS, M. F. D. Os efeitos do crack na gestação e nos bebês nascidos de mães usuárias: uma revisão bibliográfica. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. Suplemento Especial, p. 161-169. 2014.

- CAMARGO, P.O. *et al.*. O enfrentamento do estigma vivido por mulheres/mães usuárias de crack. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 14, n. 4, p. 196-202, 2018.
- CAMARGO, P. O., *et al.*. Acompanhamento de crianças filhas de mulheres usuárias de drogas: um relato de experiência. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**. V. 14, n. 2. 2019.
- CEMBRANELLI, E.; *et al.*. Consequências do uso de cocaína e metanfetamina durante a gravidez. **Femina**, v. 40, n. 5, p. 241-245, 2012.
- CHAGAS, M. S., ABRAHÃO, A. L. Desobediência Civil na produção singular de cuidado em rede: outros olhares para a mãe usuária de drogas. **Saúde em Redes**, v. 4, n. 1suplem, p. 61-73, 2018.
- CHAVES, T. V.; *et al.*. Crack cocaine craving; behaviors and coping strategies among current and former users. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1168-1175, 2011.
- CHIRIBOGA, C. A., KUHN, L., WASSERMAN, G. A. Neurobehavioral and developmental trajectories associated with level of prenatal cocaine exposure. **J Neurol Psychol**. V. 2, n. 3, p. 1-24. 2014.
- CONCEIÇÃO, M. I. G., *et al.*. Usuários de Crack que Buscam Tratamento em Brasília. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32 n. esp, p. 1-8, 2016.
- COSTA, G. M.; *et al.*. Pregnant crack addicts in a psychiatric unit. **J Bras Psiquiatr**, v. 61, n. 1, p. 8-12, 2012.
- CORRADI-WEBSTER, C. M. O discurso proibicionista e as práticas no campo de álcool e outras drogas. **SMAD-Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 12, n. 1, p. 1-2, 2016.
- CRUZ, V. D., OLIVEIRA, M. M., COIMBRA, V. C. C., KANTORSKI, L. P., PINHO, L. B., & OLIVEIRA, J. F. Vivências de mulheres que consomem crack. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.15, n.4, p.639-649. 2014.
- CRUZ, V. D, *et al.*. Condições sociodemográficas e padrões de consumo de crack entre mulheres. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 1068-1076. 2014.
- DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. organizadores. **Medicina Ambulatorial**. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 169-78.
- DUAILIBI, L.B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA R. Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. **Cad Saude Publica**, v.24, n. Supl 4, p: 545-57. 2008.
- DULFE, P. A. M., *et al.*. O cuidado de Enfermagem na admissão e permanência do recém-nascido no alojamento conjunto na transferência intra-hospitalar. **Rev Pesqui Cuid Fundam Online**. V. 7, n. 2, p. 2287-2297. 2015.

- EDELMAN, A. *et al.*. State of the Tropics: 2014 Report. **James Cook Univ., Cairns**, 2014.
- FERTIG, A.; *et al.*. Mulheres usuárias de crack: Conhecendo suas histórias de vida. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 310-316, 2016.
- FERREIRA, L. O. Saúde e relações de gênero: Uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p.1151-1159, 2013.
- FERREIRA, B. R. M., MIRANDA, J. K. S. As complicações causadas pelo consumo de drogas lícitas e ilícitas durante a gestação: um desafio para a equipe de enfermagem. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 6, n. 18, p. 36-43, 2016.
- FONSECA, P. M. M.; *et al.*. Gestante usuária de crack: desafios encontrados no pré-natal. **Revista Científica UMC**, v. 2, n. 2, 2017.
- FORTES, T. C. B. A retirada de recém-nascidos de suas genitoras nas maternidades em razão do uso de drogas e o imaginário da maternagem. **Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo**, p. 39, 2018.
- FORMOZO, G. A.; OLIVEIRA, D. C. Representacoes sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. *Rev Bras Enferm*, v. 63, n. 2, p. 230-237, 2010.
- FRANZOI, M. A. H., *et al.*. Peplau's interpersonal relations theory: an evaluation based on fawcett's criteria. **Journal of Nursing UFPE**, v. 10, n. 4, p. 3653-3661, 2016.
- GABATZ, R. I. B., *et al.*. Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 34, n.1, p. 140-146. 2013.
- GIGLIOTTI, A. *et al.*. Paradigmas de políticas públicas para drogas lícitas e ilícitas no Brasil. **Abuso de substâncias**, v. 35, p. 292-297. 2014.
- GONÇALVES, B. S.. *et al.*. O vínculo mãe e filho no período gestacional como estratégia de prevenção do uso de álcool e outras drogas: Relato em extensão. **Revista ELO - Diálogos em Extensão**. V. 05, n.2, p. 34-42. 2016.
- GOMES, R. R *et al.*. Motivações e expectativas na busca de tratamento para o uso abusivo e dependência de crack, álcool e outras drogas. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 26, n. 3, p. 326-335, 2015.
- GUERRA, M. I.; JUCÁ, V. Narrativas das mulheres sobre o cuidado pré-natal em uma maternidade pública. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 17, n. 2, p. 253-264, 2016.
- HALPERN, S. C., *et al.*. Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico de seis capitais brasileiras. **Cadernos de saúde publica**, v. 33, p. e00037517, 2017.

HANDLOVSKY, Ingrid 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, 2013.

JACOB, A.; *et al.*. Problematika das drogas: representacoes sociais de estudantes de curso tecnico de enfermagem. *Rev Baiana Enferm*, v. 26, n. 2, p. 510-522, 2012.

JONES, H. E. *et al.*. Initial feasibility of a woman-focused intervention for pregnant African-American women. **Int J Pediatr**, v. 2, n. 3, p. 1-7, 2011.

JODELET D. **Representações sociais**: um domínio em extensão. In: _____. (Org.). *As representações sociais*. Tradução Lilian Ulup. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 17-44.

KASSADA, D.S., MARCON, S.S., WAIDMAN, M.A.P. Percepções e práticas de gestantes atendidas na atenção primária frente ao uso de drogas. **Esc. Anna Nery**, v. 18, n. 3, p. 456-459, 2014.

KASSADA, D. S. *et al.*. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. **Acta paulista Enfermagem**. v. 26, n. 5, 2013.

KUCZKOWSKI, K. M. Anesthetic implications of drug abuse in pregnancy. **Journal of Clinical Anesthesia**, v. 15, n. 5, p. 382-394, 2003.

KUYAVA, A. C.; LACERDA, S. O cotidiano de gestantes usuárias de crack. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS). **Escola de Enfermagem**. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, 2013.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. Depoimentos e discursos. Brasília (DF): Liberlivro, 2005.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. Pesquisa de Representação Social. Um enfoque quali-quantitativo. Brasília (DF): Liberlivro, 2012.

LEITE, S. G., OLIVEIRA, M. M., CRUZ, V. D. O Encontro com o crack: início, tempo, quantidade diária e formas de uso. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**. v. 11, n. 2, p. 97-104, 2015.

LIMA, M. D. A. *et al.*. Assistência social e ações de enfrentamento ao crack e outras drogas: um debate necessário. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 3, n. 11, 2016.

LIMBERGER, J., *et al.*. Mulheres usuárias de crack: revisão sistemática da literatura brasileira. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. V.65, n. 1, p. 82-88. 2016.

LIMBERGER, J.; SCHNEIDER, J. A.; ANDRETTA, I. Especificidades do tratamento de mulheres usuárias de crack: interface com direitos humanos. **Psicologia em Pesquisa**, v. 9, n. 2, p. 13-147, 2015.

LIVINGSTON, J.D.; MILNE, T.; FANG, M.L.; AMARI, E. The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic **review**. **Addiction**. V.107, n.1, p 39-50. 2012.

- MACAGNAN, J. P.; MENETRIER, J. V.; BORTOLOTTI, D. S. Perfil dos usuários de um centro de atenção psicossocial No Município de Francisco Beltrão- Paraná. **Revista Biosaúde**, v. 16, n. 2, p. 34-44, 2016.
- MACEDO, F. S., ROSO, A., LARA, M. P. Mulheres, saúde e uso de crack: a reprodução do novo racismo na/pela mídia televisiva. **Saúde soc.** V. 21, n. 4, p. 1285-98. 2015.
- MACEDO, F. S., MACHADO, P. S. Economia moral e modelos de atenção no cuidado com gestantes que usam crack. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 34-46, 2016.
- MAIA, J. A., PEREIRA, L. A., MENEZES, F. A. Consequências do uso de drogas durante a gravidez. **Rev Enferm Contemporânea**. V. 4, n. 2, p. 121-8. 2015.
- MAIA, J. A., *et al.* Uso de drogas por mulheres durante o período gestacional. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 8, n. 1, p. 25-32, 2019.
- MAIA, J. A., MESQUITA, R. O. Experiências e percepções de mães usuárias de drogas atendidas em uma unidade de saúde da atenção primária. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**. V. 6, n. 1, p. 1- 13. 2015.
- MARANGONI, S. R.; OLIVEIRA, M.L.F. Fatores desencadeantes do uso de substâncias psicoativas de abuso em mulheres. **Texto contexto enferm**, v. 22, n. 3, p. 662-670, 2013.
- MARANGONI, S. R.; *et al.* Perfil sociodemográfico das mulheres usuárias de álcool e outras drogas na gravidez. **REVISTA UNINGÁ REVIEW**, v. 30, n. 3, p. 19-24, 2018.
- MARANGONI, S. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Use of crack by multiparous socially vulnerable woman: a life history. **Ciênc Cuid Saúde**, v. 11, n. 1, p. 166-172, 2012.
- MARANGONI, S. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Uso de crack por múltipara em vulnerabilidade social: história de vida. **Ciênc. Cuid. Saúde**. v. 11, n. 1, p. 166-172, 2014.
- MARINI, K., WASCHBURGER, E. M. P. The Pregnancy Experience in Crack Users and Their Influence in the Formation of Maternal-Fetal bond. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 7, n. 2, p. 37-47, 2015.
- MATTOO, S. K., *et al.* Family burden with substance dependence: a study from India. **Indian J Med Res**. V. 137, n. 4, p. 704-11. 2013.
- MEDEIROS, K. T. *et al.* Vivências e Representações sobre o Crack: Um Estudo com Mulheres Usuárias. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 20, n. 3, p. 517-528, 2015.
- MEDEIROS, K. T., MACIEL, S. C., & SOUSA, P., F. Women in the context of the drugs: Social representations of users in treatment. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 27, n. (Supl. 1), p. 439-447. 2017.
- MEDEIROS, K.T. *et al.* Traçando o Perfil de uma Amostra de Usuárias de Crack em Tratamento. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 10, n. 1, p. 160-174, 2018.

MEDEIROS, R. Social construction of drugs and crack and the institutional responses and therapeutic approaches. **Saúde Soc**, v. 23, n. 1, p. 75-85, 2014.

METSCH, L. R.; *et al.*. Hospitalized HIV-infected patients in the era of highly active antiretroviral therapy. **Am J Public Health**, v. 99, n. 6, p. 1045-1049, 2009

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTERIAL COUNCIL ON DRUG STRATEGY. **National clinical guidelines for the management of drug use during pregnancy, birth and the early development years of the newborn**. Sydney: NSW Department of Health: 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2015). Relatório anual: A situação do país em matéria de drogas de toxicod dependência. Lisboa, Portugal: **SICAD**. Recuperado de <http://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Documents/Relat%C3%B3rio%20Anual%20Drogas%20e%20Toxicodepend%C3%Aancias%202015.pdf>

MOREIRA, M. M.; MITSUHIRO, S. S.; RIBEIRO, M. **O consumo de crack durante a gestação**. In RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (orgs.). O tratamento do usuário de crack. 2. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, p: 548-565. 2012.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: Investigações em psicologia social**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, ([2000]2015).

_____. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, ([1961]2012).

_____. **A invenção da sociedade: sociologia e psicologia**. Tradução de Maria Ferreira. Petrópolis. Vozes, ([1988]2011).

NASCIMENTO, V. F., *et al.*. Percepções de mulheres que utilizaram substâncias psicoativas durante a gestação quanto ao atendimento do profissional. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 38, n. 2, p. 193-204, 2017.

NICOLLI, T., *et al.*. Teoria do autocuidado na desintoxicação química de gestantes em uso do crack: contribuições da enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 417-423, 2015.

MIN, M. O., *et al.*. Associação de exposição pré-natal à cocaína, maus-tratos na infância e respostas ao estresse na adolescência. **Dependência de Drogas e Álcool**. V. 26, n. 177, p. 93-100. 2017.

NEVILLE, K. R. N.; ROAN, N. Challenges in Nursing Practice: Nurses' Perceptions in Caring for Hospitalized Medical- Surgical Patients With Substance Abuse/Dependence. **J Nurs Admin**, v. 44, n. 6, p. 339-346, 2014.

OBBER, A. J.; *et al.*. The relative role of perceived partner risks in promoting condom use in a three-city sample of high-risk, low-income women. **Aids Behav**, v. 15, n. 7, p. 1347-1358, 2011.

OLIVEIRA DS. Vivências e enfrentamentos de mulheres que usam drogas no exercício da maternidade [dissertação]. Salvador (BA): **Escola de Enfermagem UFBA**; 2015.

OLIVEIRA, M. M.; *et al.* Contexto de vida de pessoas usuárias de drogas na perspectiva de gênero. **Saúde (Santa Maria)**, v. 43, n. 3, p. 1-9, 2017.

OLIVEIRA, M. M.; *et al.*. Consequências relacionadas ao consumo de crack entre mulheres e motivações para o abandono da droga. **SMAD**, v. 10, n. 3, p. 119-125, 2014.

OLIVEIRA, J. F.; *et al.*. Imaginário de presidiárias sobre o fenômeno das drogas. *Rev Eletr Enferm*, v. 18, n. (esp), p. 1154, 2016

OLIVEIRA, J. F.; PAIVA, M. S.; VALENTE, C. M. L. A interferência do contexto assistencial na visibilidade do consumo de drogas por mulheres. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 247-252, 2007.

OLIVEIRA, L. G., NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Rev Saúde Pública**. V. 42, n. 4, p. 664-71, 2008.

OLIVEIRA, M. M., *et al.*. Consequências relacionadas ao consumo de crack entre mulheres e motivações para o abandono da droga. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** V. 10, n. 3, p. 119-25, 2014.

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

ORTEGA, L. B.; VENTURA, C. A. I am alone: the experience of nurses delivering care to alcohol and drug users. *Rev Esc Enferm USP*, v. 47, n. 6, p.1381-1388, 2013.

PAULA, M. L. *et al.*. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 19, n. 2, p. 223-233, 2014.

PORTELA, G. L. C., *et al.*. Perception of pregnant on consumption of illicit drugs in pregnancy. **SMAD Rev eletrônica saúde mental álcool drog.** v. 9, n. 2, p. 58-63, 2013.

RAMIRO, F. S., PADOVANI, R. C.; TUCCI, A. M. Consumo de crack a partir das perspectivas de gênero e vulnerabilidade: uma revisão sobre o fenômeno. **Saúde em Debate**, v.38, n.101, p.379-392. 2014.

RAMIRO, F.S., *et al.*. Women Crack Users, Pregnancy and Motherhood: Potential Periods for Health Care. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 34, 2018.

REIS, T. F.; LOUREIRO, J. R. O uso do crack durante a gestação e suas repercussões biopsicossociais e espirituais. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas.** v. 11, n. 2, p. 105-11, 2015

RENNER, F. W.; *et al.*. Evaluation of drug use by pregnant women in a teaching hospital in the countryside of Rio Grande do Sul. **R Epidemiol Control Infec**, v. 6, n. 2, p. 68-73, 2016.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. O tratamento do Usuário de Crack. Porto Alegre: **Artmed**. (2012).

RIBEIRO, J. P. *et al.*. Participação do pai na gestação, parto e puerpério: refletindo as interfaces da assistência de enfermagem. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 16, n. 3, p. 73-82. 2015.

RIBEIRO, M. C. L., *et al.*. Cuidado de mulheres usuárias de crack na gestação: revisão bibliográfica. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 14, n. 3, p. 185-193, 2018.

RIVADENEYRA, R. E. V., CABRERA, A. P. Demora en la búsqueda de atención médica em pacientes adictos a sustancias psicoactivas. **Adicciones**, v. 22, n.1, p. 73-86. 2010.

RODRIGUES, A. S.; *et al.*. Nursing technician students' social representations on drugs. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 19, n. 2, p. 226-232, 2015.

RODRIGUES, A. P. *et al.*. Como o crack e outras drogas podem influenciar no desenvolvimento de crianças que foram expostas durante o período gestacional. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 13, n. 1, p. 1-13, 2018.

ROCHA, E. N. T., ROCHA, R. R. Drogas na gravidez e consequências em recém-nascidos. **Journal of Specialist**, v. 1, n. 2, 2019.

ROMANINI, M.; ROSO, A. Miatização do crack e estigmatização: corpos habitados por histórias e cicatrizes. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.18, n.49, p.363-376. 2014.

RONZAN, I T. M.; NOTO, A. R.; SILVEIRA, P. S. Reduzindo o estigma entre usuários de drogas. Guia para profissionais e gestores. Juiz de Fora: UFJF, 2014.

ROSS, E. J. *et al.*. Stanwood GD. Developmental consequences of fetal exposure to drugs: what we know and what we still must learn. **Neuropsychopharmacol**, v. 40, n. 1, p. 61-87, 2015.

ROSATO, C. M. A vida das mulheres infames: genealogia da moral de mulheres usuárias de drogas e/ou em situação de rua. 246 f. **Tese (doutorado)** - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Recife, 2018.

SA, Celso Pereira de. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. In: _____. A identificação dos fenômenos de representação social. Rio de Janeiro: UERJ, 1998. p. 45-59.

_____. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis, Vozes: 1996. p. 51

_____. **O campo de estudos das representações sociais**. In: _____. Núcleo central das representações sociais. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

SADOCK, B. J., SADOCK, V. A. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 9. ed. Porto Alegre: **Artmed**; 2007.

SANCTIS, Raiza Braz Kirk de. *Crack, casa e família: uma etnografia sobre cuidados, (des)afetos e emoções*. 2018. 1 recurso online (144 p.). **Dissertação (mestrado)** - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Campinas, SP.

SANTAROSA, C., LUSI, I. O Contexto de Vida de Crianças e Adolescentes Usuários de Drogas-Percepções de Terapeutas Ocupacionais na região Centro de São Paulo. **CIAIQ**, v. 2, 2016.

SANTOS, R. M. S., GAVIOLI, A. Risk related to abuse of drugs in pregnant women. **Rev Rene**. V. 18, n. 1, p. 35-42, 2017.

SHAN, Q.; LI, X.; STANTON, B. Social support and HIV-related risk behaviors: a systematic review of the global literature. **Behav AIDS**, v. 18, n. 2, p. 419-44, 2014.

SILVA, M. I. G., *et al.*. Cocaína: história, ações neurobiológicas do vício e recaída e perspectivas terapêuticas. **Acta Med Portuguesa**. V.23, n. 2, p. 247-58, 2010.

SILVA, F. M., SCHNEIDER, M. I. **Crack na gestação: consequências no crescimento e desenvolvimento para o adolescente e o adulto jovem**. Porto Alegre; s.n, p. 20, 2016.

SILVA, P. A. A Intersetorialidade e o Cuidado Psicossocial: Reflexões a partir de intervenções junto à mãe usuária de crack e com trajetória de rua. **Revista Serviço Social em Perspectiva**, v. 2, n. 1, p. 185-203, 2018.

SILVA, A. V.; MACHADO, W. D.; SILVA, M. A. Avaliação da família de uma gestante dependente de crack: estudo de caso à luz do Modelo Calgary. **Sanare**, v. 10, n. 1, p. 13-19, 2011.

SILVA, E. B. O; PEREIRA, A. L. F. Perfil das mulheres usuárias de cocaína e crack atendidas em Centro de Atenção Psicossocial. **Rev enferm UERJ**, v. 23, n. 2, p. 203-209, 2015.

SILVA JÚNIOR, F.J.G.; MONTEIRO, C.F.S. Os significados da morte e do morrer: a perspectiva de usuários de crack. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.20, n. 2, mar./abr. 2012.

SILVA, L. O. *Mulher, drogas e questões de gênero*. Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. **Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas [Monografia]**. Brasília, 2015.

SIQUEIRA, D. F *et al.*. Perception of family about the initiation of the use of crack for adolescent. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 1, p. 948-954, 2015.

SOUZA, M. R. R.; OLIVEIRA, J. F.; NASCIMENTO, E. R. A saúde de mulheres e o fenômeno das drogas em revistas brasileiras. **Texto Contexto Enferm.** V.23, n.1, p.92-100. 2014.

SOUZA, M. L. M. Rodas de conversas em saúde: uma estratégia de metodologia participativa no acompanhamento pré-natal de gestantes usuárias de um serviço de saúde. 2017. 28 f. **Monografia** (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SUGARMAN, D. E., *et al.*. Measuring affiliation in group therapy for substance use disorders in the Women's Recovery Group study: Does it matter whether the group is all-women or mixed-gender? **The American Journal on Addictions**, v. 25, n. 7, p. 573-80. 2016.

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**, v.41, n. 112, p. 311-330. 2017.

THE SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS OF CANADA (SOGC). Clinical practice guideline. Substance use in pregnancy. **J Obstet Gynaecol Can**, v.33, n. 4, p. 367-384. 2011.

TINDAL, C., COOK K., FOSTER N. Theorising stigma and the experiences of injecting drug users in Australia. **Aust J Prim Health**; v. 16, n.2, p. 119-125. 2010.

TRINDADE, V.; BARTILOTTI, C. B. "Não quebrou a corrente, mas abriu um elo entre nós": o impacto da dependência química materna sobre o vínculo mãe-filho. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 13, n. 1, p. 4-12, 2017.

TORCATO, C. E. M. A história das drogas e sua proibição no Brasil. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação em História Social – PPGHS/USP. São Paulo. 2016.

UNITED NATIONS. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report. Nova York, 2016.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. Relatório Mundial sobre Drogas 2013. Viena. https://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. Relatório Mundial sobre Drogas 2014. Viena. Recuperado de <http://www.unodc.org/wdr2014/>

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2015. New York, United Nations; 2015. <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2015/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-de-2015--o-uso-de-drogas-e-estavel--mas-o-acesso-ao-tratamento-da-dependencia-e-do-hiv-ainda-e-baixo.html>

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. (2016). Word Drug Report. Vienna, Austria: UNODC. Recuperado de http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. About UNODC. [S.l.], 2019. Disponível em: <https://www.unodc.org/unodc/en/about-unodc/index.html?ref=menutop>.

VALÉRIO, A. L., NASCIMENTO, W. F. Drogas, direitos humanos e bioética: dupla vulnerabilidade do usuário de drogas em situação de rua. **Revista Latino americana de Bioética**, v. 17, n. 2, p. 63-75, 2017.

VARELA, D. S. S. *et al.*. Rede de saúde no atendimento ao usuário de álcool, crack e outras drogas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 296-302, 2016.

VELOSO, M. L. S., SILVA, L. A M., JÚNIOR, G. A. A família e o período gestacional: um estudo a partir da composição do genograma e ecomapa, em mulheres usuárias de drogas. **ALTUS CIÊNCIA**, v. 6. 2017.

VENTURA, J *et al.*. Pregnant/puerperal women who use crack: essential needs for reconstructing a drug-free life. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 4, p. 937-943, 2019.

VENTURA, J. Gestantes/puérperas usuárias de crack: necessidades de apoio na reconstrução de um viver sem a droga. 94 páginas. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande-FURG, Rio Grande. 2015

VIEIRA, S. M. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. **Texto Contexto Enferm**, v. 20,n. (esp), p. 255- 262, 2011.

XAVIER, D. M.; *et al.*. Puérperas usuárias de crack: dificuldades e facilidades enfrentadas no cuidado ao recém-nascido. **Aquichan**, v. 18, n. 1, p. 32-42, 2018.

XAVIER, R. T.; MONTEIRO, J. K. Tratamento de Pacientes Usuários de crack e outras drogas nos CAPS AD. **Psic Ver**, v. 22, n. 1, p. 61-82, 2013.

WANDEKOKEN, K.D., SIQUEIRA, M.M. Aplicação do modelo de Neuman e diagnóstico de Nanda ao cuidado do usuário de crack. **Cienc. Enferm.** v.19, n.2, p.125-139, 2013.

WOLTER, R. P.; AS, C. P. As relacoes entre representacoes e praticas: o caminho esquecido. **Rev Int Cienc Soc Hum**, v. 23, n. 1-2, p. 87-105, 2013.

WRONSKI, J. L., *et al.*. Uso do crack na gestação: vivências de mulheres usuárias. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 4, p. 1231-9, 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Instrumento de coleta de dados

Dados de identificação

Nº da entrevista: _____

Tempo de profissão:

Tempo de atuação na Maternidade/ CO:



Sexo:

Idade:

Questionário

- 1 Na tua realidade com que frequência vocês atendem mulheres usuárias de crack?
- 2 Você percebe diferenças no comportamento dessas mulheres em relação às não usuárias? Quais?
- 3 Como se dá o recebimento dessas mulheres no setor?
- 4 Existem diferenças no trabalho de parto das mulheres usuárias de crack e aquelas que não fazem uso? Quais?
- 5 Como tu percebes o cuidado que elas prestam ao recém-nascido após o parto?
- 6 Como você percebe o cuidado familiar a essas mulheres no setor?
- 7 Que necessidades de cuidados essas mulheres necessitam receber no setor?
- 8 Você apresenta alguma dificuldade para prestar-lhes assistência? Quais?
- 9 Como você percebe a assistência de enfermagem prestada a essas mulheres no setor?

APÊNDICE B

 <p>Universidade Federal do Rio Grande.</p> <p>C.P. 140, Av. Itália Km 8 S/N, Rio Grande – Rio Grande do Sul/Brasil Telefone : (53) 32336500</p>	 <p>Grupo de Estudos e Pesquisas em enfermagem e saúde da criança e do adolescente (GEPECSA).</p> <p>Rua Osório S/N – Rio Grande – Rio Grande do Sul/Brasil Telefone: (53) 32330304</p>
--	---

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHERES USUÁRIAS DE CRACK NA MATERNIDADE E CENTRO OBSTÉTRICO: Representações sociais dos enfermeiros

Pesquisadora Orientadora: Dr^a Giovana Calcagno Gomes– Enfermeira, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisas em enfermagem e saúde da criança e do adolescente (GEPECSA).

Pesquisador Doutorando: Jeferson Ventura- Enfermeiro, Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em enfermagem e saúde da criança e do adolescente (GEPECSA).

Objetivo Geral: Compreender as representações sociais dos profissionais de enfermagem que atuam em Maternidades e Centros Obstétricos acerca da assistência de enfermagem prestada à mulher grávida usuária de crack nos setores

Procedimentos: para participar nesta pesquisa você está sendo convidado a responder algumas perguntas que buscam informações para os objetivos específicos. A realização desta entrevista será em local privativo, escolhido de acordo com seu bem-estar e sem prejuízo de suas atividades de trabalho, estudo ou familiares.

Direitos assegurados: as informações fornecidas por você serão tratadas confidencialmente pela equipe de pesquisadores. Os dados serão tratados pelo conjunto do grupo de participantes e não de maneira individual. Todas as informações serão anônimas e as partes relativas à sua participação serão destruídas caso você venha a suspender seu consentimento. Uma identificação codificada substituirá seu nome para garantir o anonimato e a confidencialidade das informações.

Benefícios: Esta pesquisa poderá acarretar benefício direto as participantes, por terem a possibilidade de serem autoras e atrizes ativos em todo o processo, tanto de coleta quanto da análise dos dados. Possibilitará, ainda, ampliar estratégias de cuidado de enfermagem singular e multidimensional à gestante usuária de crack. Além disso, espera-se que o conhecimento produzido nesse estudo subsidie a enfermagem prestar um cuidado de melhor qualidade a gestante em processo de desintoxicação química.

Riscos: Acredita-se que não existem riscos prejudiciais à integridade das participantes da pesquisa, entretanto, lembranças de aspectos ocorridos, que dizem respeito à assistência às mulheres que fazem o uso de crack, podem suscitar nos participantes sentimentos e lembranças desagradáveis ao dialogar com o entrevistador. Nesse caso a entrevista será suspensa, podendo ser retomada em outro momento. Caso isso ocorra, e se necessário, será contratada psicóloga para fornecimento de apoio. Ainda os participantes podem negar-se a participar do estudo, o que inviabilizará sua realização. No entanto, serão orientados de que sua participação é livre e voluntária.

Participação voluntária: a sua participação nesta pesquisa é voluntária e você é livre para aceitá-la ou recusar-se. Por favor, certifique-se que todas suas dúvidas ou questionamentos relativos a esta pesquisa foram respondidos e que lhe foi garantido o tempo necessário para tomar sua decisão.

Pessoa para contato: Para informações relativas a esta pesquisa você pode entrar em contato com a Professora Dr^a Giovana Calcagno Gomes, giovanacalcagno@furg.br e o Doutorando Jeferson Ventura, enf.jefersonv@gmail.com, e/ou pelo telefone (53) 32338843. CEPAS/FURG 32374652.

Eu, _____, aceito livremente participar como sujeito da pesquisa “**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHERES USUÁRIAS DE CRACK NA MATERNIDADE E CENTRO OBSTÉTRICO: Representações sociais dos enfermeiros**” Confirmando que a justificativa, os objetivos e os procedimentos relativos à minha participação foram explicados verbalmente e eu os compreendi. Confirmando, também, que foram respondidas todas as minhas dúvidas e me foi dado o tempo necessário para tomar a decisão de participar deste estudo. Sendo assim, atesto que li todas as informações explicitadas acima e escolhi voluntariamente participar deste estudo.

Uma cópia deste formulário de consentimento ficou sob minha guarda.

Local e data _____

Nome do participante

Assinatura do participante

Enf. Doutorando Jeferson Ventura

Prof^a. Dr^a. Enf^a Giovana Calcagno Gomes

APÊNDICE C

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEH
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR MIGUEL RIET CORRÊA JR.
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA

Declaração

Declaramos para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como responsável pelo desenvolvimento de pesquisas na Instituição tomamos conhecimento do projeto: **“ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHERES USUÁRIAS DE CRACK NA MATERNIDADE E CENTRO OBSTÉTRICO: Representações sociais dos enfermeiros”**, coordenado pelo(a) **Profa. Dra. Giovana Calcagno Gomes** e cumprimos os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Declaramos, também, que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto e autorizamos a sua execução nos termos propostos, desde de que aprovado pelo CEPs.

Rio Grande, 05 de junho de 2018



Profa. MSc. Marilice Magroski Gomes da Costa
Gerente de Ensino e Pesquisa

APÊNDICE D

CEPAS/FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 113/2018

CEPAS 51/2018

Processo: 23116.005133/2018-16

CAAE: 90845618.3.0000.5324

Título da Pesquisa: Assistência de enfermagem a mulheres usuárias de crack na maternidade e centro obstétrico: Representações sociais dos enfermeiros

Pesquisador Responsável: Jeferson Ventura

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 96/2018, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto: "**Assistência de enfermagem a mulheres usuárias de crack na maternidade e centro obstétrico: Representações sociais dos enfermeiros**".

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório final de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: 31/12/2018.

Após aprovação, os modelos de autorizações e ou solicitações apresentados no projeto devem ser re-enviados ao Comitê de Ética em Pesquisa devidamente assinados.

Rio Grande, RS, 09 de julho de 2018.

Prof^ª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG