



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SÔNIA REGINA MARANGONI

CONTEXTOS DE EXCLUSÃO SOCIAL E VULNERABILIDADE DE MULHERES
USUÁRIAS DE DROGAS NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL

MARINGÁ

2011

SÔNIA REGINA MARANGONI

**CONTEXTOS DE EXCLUSÃO SOCIAL E VULNERABILIDADE DE MULHERES
USUÁRIAS DE DROGAS NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Magda Lúcia Félix de Oliveira

MARINGÁ

2011

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

| | |
|------|--|
| M311 | <p>Marangoni, Sônia Regina Contextos de exclusão social e vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas no ciclo gravídico puerperal / Sônia Regina Marangoni. -- Maringá: [s.n.], 2011. 149 f. : il.</p> <p>Orientador : Prof^a Dr^a Magda Lúcia Félix de Oliveira. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá.</p> <p>1. Cocaína (Drogas)- Vulnerabilidade - Mulheres. 2. Crack (Drogas) - Vulnerabilidade - Mulheres. 4. Gestantes - Drogas. 5. saúde da mulher. I. TÍTULO</p> <p>CDD 21. ed. 610.73</p> |
|------|--|

SÔNIA REGINA MARANGONI

**CONTEXTOS DE EXCLUSÃO SOCIAL E VULNERABILIDADE DE MULHERES
USUÁRIAS DE DROGAS NO CICLOGRAVÍDICO PUERPERAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Magda Lúcia Félix de Oliveira
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Prof^ª. Dr^ª. Fátima Büchele
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Prof^ª. Dr^ª. Sandra Marisa Pellosso
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Ao meu amado filho, Vinícius,
fonte de força e grande inspiração, sinal de que para Deus tudo é possível.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que permitiu vencer mais essa etapa de minha vida pessoal e profissional.

À minha mãe, Maria, que me ensinou que quando acreditamos em um sonho e colocamos nas mãos de Deus, tudo é possível, cuja maior herança é seus princípios éticos, amor a Deus e ao próximo.

Ao meu pai, Raul, que Deus lhe conceda a graça do descanso eterno. (*In memoriam*)

Ao meu irmão, Edson, cujo tempo acalma a dor de sua ausência, mais jamais fará com que nos esqueçamos de dele. (*In memoriam*)

Às minhas irmãs, Edna e Lissandra, mulheres fortes e batalhadoras, que sempre me apoiam e torcem por mim.

Aos meus amigos, Jéssica e Maycon, por terem me apoiado, e por me ajudar nas horas de angústias.

À equipe do Centro de Controle de Intoxicações de Maringá e do Serviço de Pronto-socorro do Hospital Universitário Regional de Maringá, pelo apoio oferecido.

À equipe da divisão de internamento do Hospital Universitário Regional de Maringá, pelo incentivo e por compreenderem minhas ausências no trabalho.

Às mulheres que participaram desse estudo, por me receberem em seus domicílios em momentos de tamanha vulnerabilidade.

A todos que direta ou indiretamente, participaram dessa conquista!

Especialmente à minha orientadora, Prof^a Dr^a Magda, que sempre esteve presente em minha vida profissional, compartilhando seus conhecimentos com tanta humildade e dedicação. Fonte de inspiração e orgulho, para mim e todos os que têm o prazer de conviver ao seu lado. Agradeço a Deus, por ter-me colocado em meu caminho e me sinto lisonjeada de ter sido mais uma de suas “filhas”. Magda, você tem o dom nato de ensinar, corrigir, acalantar e transformar as pessoas.

Não me dêem fórmulas certas,
Porque eu não espero acertar sempre.
Não me mostre o que esperam de mim,
Porque vou seguir meu coração!
Não me façam ser o que não sou,
Não me convidem a ser igual,
Porque sinceramente sou diferente!
Não sei amar pela metade,
Não sei viver de mentiras,
Não sei voar com os pés no chão.
Sou sempre eu mesma,
Mas com certeza
Não serei a mesma para SEMPRE!

(Clarice Lispector)

MARANGONI, S.R. **Contextos de exclusão social e vulnerabilidade de mulheres no ciclo gravídico puerperal**. 2011. 149 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Universidade Estadual de Maringá, 2010.

RESUMO

A produção, o tráfico e o uso das drogas são uma ameaça à segurança e à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Verifica-se nos últimos anos o crescimento do uso de drogas entre mulheres em idade fértil, ocasionando desafios para a intervenção nos agravos decorrentes da relação droga de abuso e saúde materno-infantil. A urgência pela droga e a falta de condições financeiras levam-nas a participarem de atividades ilícitas, como tráfico de drogas, roubo e prostituição, em troca de drogas ou de dinheiro para comprá-las e sob efeito das drogas têm dificuldades em negociar a prática de sexo seguro, submetendo-se ao risco de gravidez indesejada ou não-planejada. O presente estudo tem por objetivo avaliar contextos de vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas de abuso no ciclo gravídico puerperal. Utilizando-se o referencial analítico da vulnerabilidade foi realizado estudo de caráter descritivo e retrospectivo de uma série de casos de 12 mulheres usuárias de drogas de abuso no ciclo gravídico puerperal, provenientes de três municípios da região Noroeste do Paraná, cujos casos foram notificados ao Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá, nos anos de 2008 a 2010. Como fonte de dados, foram utilizadas as fichas epidemiológicas de Ocorrência Toxicológica, e os prontuários hospitalares das mulheres. Os instrumentos para coleta de dados foram um roteiro para entrevista semiestruturada, aplicado durante visita domiciliar, e um diário de campo. Os dados foram categorizados de acordo com os três planos analíticos de vulnerabilidade - Individual, Social e Programático e analisados por conteúdo temático. A maioria das mulheres se declarou da raça/cor parda (58,3%); estava em período reprodutivo - faixa etária entre 17 e 33 anos; convivia em regime de união estável (58,3%); não tinha o nível de escolaridade compatível com a idade e nem tinha renda fixa (75%); sobrevivia com a pensão alimentícia dos filhos ou auxílio governamental do Programa Bolsa Família. O número de gestação/mulher variou entre duas e 11 gestações, mas 66,7% das mulheres relataram mais de três gestações. Todas iniciaram o uso de drogas na adolescência e apresentavam comportamento aditivo. Utilizaram múltiplas drogas de abuso durante a gestação, sendo o *crack* a mais frequente (10 – 83,3%), seguida do álcool (5 - 41,7%), e da maconha (3 -25%). Ao longo da vida, tabaco e álcool

foram as drogas de iniciação, seguidas da maconha, primeira droga ilícita utilizada por dez mulheres (83,3%). Como fatores desencadeantes para o uso de drogas, destacaram-se a influência dos amigos (10), dos familiares (9), dos companheiros (8), e a presença das drogas na comunidade de convivência. No plano individual, os elementos de vulnerabilidade encontrados referem-se ao gênero, idade, situação conjugal, escolaridade, situação ocupacional, renda e raça/cor da mulher. No plano social, referem-se às situações vivenciadas pelas mulheres na família - o comportamento aditivo, distúrbios psiquiátricos, conflitos, violência física, psicológica e sexual; e conflitos com a Justiça – tráfico de drogas, outros delitos, prisão, prostituição e homicídio. No plano programático, encontrou-se a baixa acessibilidade a serviços de saúde, para realização de pré-natal e tratamento para dependência química; a inexistência de vínculo com profissionais; e baixa resolutividade e autonomia nas questões de planejamento reprodutivo e redução de danos no uso de drogas.

Palavras-chave: Vulnerabilidade. Cocaína *crack*. Gestantes. Saúde da Mulher.

MARANGONI, S.R. **Contexts of social exclusion and vulnerability of pregnant women in pregnancy puerperal cycle.** 2011. 149 f. Dissertation (Master's in Nursing)–State University of Maringá, Maringá, 2011.

ABSTRACT

The production, trafficking and use of drugs are a threat to safety and health of individuals, families, and communities. An increased use of drugs among women of childbearing age has been observed in recent years, causing challenges for intervention in respect of damages resulting from the relationship between abused drug and maternal and child health. The urgency for the drug and the lack of financial conditions lead them to engage in illicit activities, such as drug trafficking, theft and prostitution, in exchange for drugs or money to purchase them, and under the influence of drugs, they have difficulty negotiating the practice of safe sex, submitting to the risk of unwanted or unplanned pregnancy. This study aimed to evaluate contexts of vulnerability of women bearing abused drugs during the puerperal cycle. By using the analytical reference of the vulnerability, it was performed a descriptive and retrospective study of a case series of 12 women bearing abused drugs in the puerperal cycle, from three municipalities of Northwestern Paraná State, whose cases were reported to the Center for Intoxication Control of the University Hospital of Maringá, in the years from 2008 to 2010. As a data source, it was used the epidemiological records of Toxicological Occurrence and the hospital charts of the women. The tools used to collect the data were a script for a semi-structured interview, applied during home visits, and a field diary. The data were categorized according to the three analytical levels of vulnerability – Individual, Social, and Programmatic, and analyzed by thematic content. Most women said belonged to the race/color mulatto (58.3%), at childbearing age –between 17 and 33 years; lived in a common-law marriage (58.3%), had education incompatible with their age and had no fixed income (75%); survived with the alimony of children or government support of the Family Grant Program. The number of pregnancy/woman ranged between two and 11, but 66.7% reported more than three pregnancies. All of them started using drugs during the adolescence and had an addictive behavior. They used multiple abused drugs during pregnancy, crack being the most frequent (10 – 83.3%), followed by alcohol (5 – 41.7%), and marijuana (3 - 25%). Throughout their lives, tobacco and alcohol were the drugs of initiation, followed by marijuana, the first illicit drug used by ten women (83.3%). As triggering factors for the use

of drugs, stood out the influence of friends (10), relatives (9), companions (8), and the presence of drugs in their community. At individual level, the elements of vulnerability found refer to gender, age, marital status, education, occupation, income, and race/color of the woman. At social level, refer to situations experienced by women in the family – the addictive behavior, psychiatric disorders, conflicts, physical violence, psychological and sexual abuse; and conflict with the law – drug trafficking, other crimes, prison, prostitution and murder. At programmatic level, it was found the low access to health services to carry out the prenatal care and treatments for chemical dependency; the lack of bond with professionals; and low resolution and autonomy in matters of reproductive planning and harm reduction in the use of drugs.

Keywords: Vulnerability. Crack Cocaine. Pregnant Women. Women Health.

MARANGONI, S.R. **Contextos de exclusión social y vulnerabilidad de las mujeres embarazadas en el ciclo de embarazo y puerperio.** 2011. 149 f. Disertación (Maestría en Enfermería)–Universidad Estatal de Maringá, 2011.

RESUMEN

La producción, el tráfico y el uso de las drogas son una amenaza a la seguridad y a la salud de los individuos, de las familias y de las comunidades. Se verifica en los últimos años el crecimiento del uso de drogas entre mujeres en edad fértil, ocasionando retos para la intervención en los agravios provenientes de la relación droga de abuso y salud materno-infantil. La urgencia por la droga y la falta de condiciones financieras las llevan a participar de actividades ilícitas, como tráfico de drogas, robo y prostitución, a cambio de drogas o de dinero para comprarlas, y, bajo efecto de las drogas, tienen dificultades en negociar la práctica de sexo seguro, sometiéndose al riesgo de embarazo indeseado o no planeado. El presente estudio tiene como objetivo evaluar contextos de vulnerabilidad de mujeres usuarias de drogas de abuso en el ciclo gravídico puerperal. Utilizándose el referencial analítico de la vulnerabilidad fue realizado estudio de carácter descriptivo y retrospectivo de un grupo de casos de 12 mujeres usuarias de drogas de abuso en el ciclo gravídico puerperal, provenientes de tres municipios de la región Noroeste de Paraná, cuyos casos fueron notificadas al Centro de Control de Intoxicaciones del Hospital Universitario Regional de Maringá, en los años de 2008 a 2010. Como fuente de datos fueron utilizados las fichas epidemiológicas de Incidencia Toxicológica, y los prontuarios hospitalarios de las mujeres. Los instrumentos para colecta de datos fueron un itinerario para entrevista semi estructurada, aplicada durante visita domiciliar, y un diario de campo. Los datos fueron categorizados de acuerdo con los tres planes analíticos de vulnerabilidad - Individual, Social y Programático y analizados por contenido temático. La mayoría de las mujeres se declaró de la raza/color pardo (el 58,3%), estaba en período reproductivo – edad entre 17 y 33 años, convivía en régimen de unión estable (el 58,3%), no tenía el nivel de escolaridad compatible con la edad, y no tenían renta fija (el 75%), sobrevivían con la pensión alimenticia de los hijos o ayuda gubernamental del Programa Bolsa Familia. El número de gestación/mujer varió entre dos y once gestaciones, pero el 66,7% de las mujeres relataron más de tres gestaciones. Todas iniciaron el uso de drogas en la adolescencia y presentaban comportamiento adictivo. Utilizaron múltiples drogas de abuso durante la gestación, siendo el *crack* la más frecuente (10 – el 83,3%), seguida del alcohol (5

– el 41,7%), y de la marihuana (3 – el 25%). A lo largo de la vida, tabaco y alcohol fueron las drogas de iniciación, seguidas de la marihuana, primera droga ilícita utilizada por diez mujeres (el 83,3%). Como factores desencadenantes para el uso de drogas se destacaron la influencia de los amigos (10), de los familiares (9), de los compañeros (8), y la presencia de las drogas en la comunidad de convivencia. En el plan individual, los elementos de vulnerabilidad encontrados se refieren al género, edad, situación conyugal, escolaridad, situación ocupacional, renta y raza/color de la mujer. En el plan social, se refieren a las situaciones presenciadas por las mujeres en la familia - el comportamiento adictivo, disturbios psiquiátricos, conflictos, violencia física, psicológica y sexual; y conflictos con la Justicia – tráfico de drogas, otros delitos, prisión, prostitución y homicidio. En el plan programático, se encontró la baja accesibilidad a servicios de salud, para realización de pre natal y tratamiento para dependencia química; la inexistencia de vínculo con profesionales; y baja disposición para solucionar y autonomía en las cuestiones de planificación reproductivo y reducción de daños en el uso de drogas.

Palabras clave: Vulnerabilidad. Cocaína *Crack*. Gestantes. Salud de la Mujer.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|----------|--|----|
| Quadro 1 | Classificação das drogas de abuso, segundo atividade no sistema nervoso central | 22 |
| Figura 1 | Alterações maternas e fetais em decorrência do uso cocaína alcalinizada <i>crack</i> | 24 |
| Figura 2 | Definição da população em estudo. Maringá – PR, 2011 | 35 |
| Quadro 2 | Mulheres excluídas do estudo. Maringá – PR, 2011 | 36 |

ARTIGO 3

| | | |
|----------|--|-----|
| Quadro 1 | Plano analítico individual e contextos de vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas de abuso na gestação. Maringá, maio a julho, 2011 | 88 |
| Quadro 2 | Plano analítico social e contextos de vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas de abuso na gestação. Maringá, maio a julho, 2011 | 92 |
| Quadro 3 | Plano analítico programático e contextos de vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas de abuso na gestação. Maringá, maio a julho, 2011 | 96 |
| Figura 1 | Contextos de exclusão e vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas | 100 |

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

| | | |
|----------|---|----|
| Tabela 1 | Distribuição das gestantes usuárias de drogas de abuso, segundo características socio-demográficas. CCI/HUM, Maringá – Paraná, 2011 ... | 50 |
| Tabela 2 | Distribuição das gestantes, segundo as circunstâncias da internação. CCI/HUM, Maringá – Paraná, 2011 | 53 |
| Tabela 3 | Distribuição das gestantes usuárias de drogas de abuso, segundo variáveis obstétricas. CCI/HUM, Maringá – Paraná, 2011 | 56 |

ARTIGO 2

| | | |
|----------|--|----|
| Tabela 1 | Distribuição das mulheres usuárias drogas de abuso na gestação, segundo padrão de utilização das drogas. CCI/HUM, Maringá – Paraná, 2011 | 69 |
|----------|--|----|

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|---|
| ACCR | Acolhimento Com Classificação de Risco. |
| AMELD | Aleitamento Materno Exclusivo Livre Demanda. |
| Anvisa | Agência Nacional de Vigilância Sanitária. |
| Bireme | Biblioteca Virtual em Saúde |
| BLH | Banco de Leite Humano |
| CAPS`ad | Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas |
| CCI | Centro de Controle de Intoxicações. |
| CDC | Centers for Disease Control and Prevention. |
| Cebrid | Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. |
| Comad | Conselho Municipal de Políticas Sobre Drogas. |
| Copep | Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. |
| CRAS | Centro de Referência de Assistência Social. |
| Cremsp | Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. |
| CTG | Cardiotógrafia. |
| DE | Diagnóstico de Enfermagem. |
| DPP | Descolamento Prematuro de Placenta. |
| DST | Doenças Sexualmente Transmissíveis. |
| EMLD | Epísio Médio Lateral Direita. |
| ESF | Estratégia Saúde da Família. |
| HIV | Human immunodeficiency vírus. |
| HUM | Hospital Universitário Regional de Maringá. |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. |
| IG | Idade Gestacional. |
| ITU | Infecção do Trato Urinário. |
| LA | Líquido Amniótico. |
| LM | Leite Materno. |
| MS | Ministério da Saúde. |
| NEAD | Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein. |
| OMS | Organização Mundial de Saúde. |
| ONU | Organização das Nações Unidas. |
| OT | Ocorrência Toxicológica. |

| | |
|---------|---|
| PA | Ponto Atendimento |
| PC | Parto Cesárea. |
| PHPN | Programa de Humanização no Pré-natal e no Nascimento |
| PN | Parto Normal. |
| RCIU | Retardo de Crescimento Intra-uterino. |
| RN | Recém-nascido. |
| RPM | Ruptura Prematura das Membranas. |
| RS | Regional de Saúde. |
| SAE | Sistematização da Assistência de Enfermagem. |
| SASC | Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania. |
| SINITOX | Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. |
| SNC | Sistema Nervoso Central. |
| SPP | Serviço de Prontuário de Pacientes. |
| SUS | Sistema Único de Saúde. |
| TCLE | Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento. |
| THC | Tetra-Hydrocannabinol. |
| TPP | Trabalho de Parto Prematuro. |
| UBS | Unidade Básica de Saúde. |
| UNODC | Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crimes. |
| USG | Ultrassonografia |
| UTI | Unidade de Terapia Intensiva. |
| VD | Visita Domiciliar |

SUMÁRIO

| | | |
|-----|---|-----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 17 |
| 1.1 | DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO | 17 |
| 1.2 | USO DE DROGAS DE ABUSO E SAÚDE PÚBLICA | 18 |
| 1.3 | INFLUÊNCIA DO USO DE DROGAS DE ABUSO NA SAÚDE DA MULHER | 20 |
| 1.4 | CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE PARA O USO DE DROGAS | 27 |
| 2 | OBJETIVOS | 31 |
| 2.1 | OBJETIVO GERAL | 31 |
| 2.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 31 |
| 3 | MATERIAL E MÉTODOS | 32 |
| 3.1 | TIPO DE ESTUDO | 32 |
| 3.2 | LOCAL DO ESTUDO | 32 |
| 3.3 | SUJEITOS DO ESTUDO | 33 |
| 3.4 | FONTES E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS | 37 |
| 3.5 | PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS | 39 |
| 3.6 | ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS | 41 |
| 3.7 | ASPECTOS ÉTICOS | 42 |
| 4 | RESULTADOS | 43 |
| 4.1 | ARTIGO 1 – MULHERES USUÁRIAS DE DROGAS DE ABUSO NA GRAVIDEZ: CARACTERIZAÇÃO DE UMA SÉRIE DE CASOS | 44 |
| 4.2 | ARTIGO 2 – FATORES DESENCADEANTES DO USO DE DROGAS DE ABUSO EM MULHERES | 63 |
| 4.3 | ARTIGO 3 – CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE EM MULHERES USUÁRIAS DE DROGAS DE ABUSO | 82 |
| 4.4 | ARTIGO 4 – USO DE CRACK POR GRANDE MULTÍPARA EM VULNERABILIDADE SOCIAL: HISTÓRIA DE VIDA | 104 |
| 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 117 |
| | REFERÊNCIAS | 119 |
| | APÊNDICES | 127 |
| | ANEXOS | 143 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O cenário epidemiológico brasileiro mostra a expansão do consumo de drogas psicoativas, especialmente o álcool, a cocaína, utilizada na forma de pó e nas formas impuras da pasta base, *crack*, merla e outros preparados para uso fumado. As substâncias inaladas - cola de sapateiro, *thinner*, que se associam com a situação de extrema vulnerabilidade social de crianças, adolescentes e jovens, especialmente em situação de rua. Finalmente, as modernas drogas sintéticas do tipo anfetamínicas, como o *ecstasy*, aparecem com o uso crescente nos segmentos urbanos jovens (BRASIL, 2009a).

Tal cenário torna o consumo de drogas um problema de saúde pública, pois o uso indevido tem ocasionado aumento de ocorrências sociais indesejáveis, como crises familiares, violências, e internações hospitalares evitáveis, aumentando a taxa de ocupação de leitos hospitalares e contribuindo para a sobrecarga do Sistema Único de Saúde (SUS) (ANDRADE, 2004; MARQUES, 2005; BALLANI; OLIVEIRA, 2007).

Agravando este quadro, nos últimos anos houve um crescimento do uso de drogas em mulheres em idade fértil, gerando novos desafios médico-sociais para a relação uso de drogas e saúde materno-infantil. Em decorrência do uso habitual das drogas e com o avanço da dependência, e a falta de condições financeiras para adquiri-las, podem levar as usuárias às atividades ilícitas ou praticar sexo em troca de drogas ou de dinheiro, submetendo-se ao risco de gravidez indesejada, de infecção pelo HIV/Aids ou pelo vírus da hepatite B e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) (ZILBERMAN et al., 2003; YAMAGUCHI et al., 2008; NAPPO et al., 2010).

No âmbito familiar, o abandono escolar, mentiras recorrentes, roubos, violência e a gravidez indesejada são relatos frequentes (YAMAGUCHI et al., 2008; NAPPO et al., 2010). Gestantes usuárias de drogas realizam número menor de consultas no pré-natal e apresentam maior incidência de complicações clínicas e obstétricas. A hospitalização por intercorrências no ciclo gravídico puerperal é 17 vezes maior entre gestantes usuárias de droga que vivem em situação de rua, expostas aos riscos da marginalidade, e na exclusão social (RODRIGUES; NAKANO, 2007).

Entre os anos 2000 e 2009, o número de mulheres usuárias de *crack* aumentou em Minas Gerais, observado pelo crescimento de 79,5% da quantidade de mulheres que buscava tratamento para a dependência dessa droga e pelo aumento de 76% no volume de mulheres internadas em unidades do SUS por consumo de substâncias psicotrópicas, como *crack* e cocaína (FONSECA, 2010).

Também, estudo com mulheres envolvidas com sexo comercial no Estado de São Paulo, revelou que 23% delas possuíam idade inferior a 20 anos e aquelas envolvidas com o uso de drogas ilícitas, em especial o *crack*, apresentavam maior dificuldade para se proteger das DST e da Aids por meio do uso de preservativos (PASSOS, 2007).

Nestes cenários, torna-se relevante sensibilizar os enfermeiros e demais profissionais de enfermagem quanto à importância da prestação de assistência à saúde integral, humanizada e qualificada às mulheres usuárias de drogas, visando à promoção e à proteção da saúde, à prevenção de agravos, ao diagnóstico e ao tratamento precoce e à reinserção social (BRASIL, 2004). Entretanto, poucos estudos brasileiros têm relatado os fatores desencadeantes, o padrão de consumo de drogas de abuso por mulheres e os contextos para a continuidade do comportamento aditivo durante gestação, parto e puerpério.

1.2 USO DE DROGAS DE ABUSO E SAÚDE PÚBLICA

O fenômeno das drogas constitui um dos problemas sociais mais sérios e de difícil solução para governos de todo o mundo. A produção, o tráfico e o uso das drogas constituem uma ameaça à segurança e à saúde dos indivíduos, das famílias, das comunidades e abala a integridade da sociedade (GELBCKE; PADILHA, 2004; BÜCHELE; COELHO; LINDNER, 2009).

O consumo de álcool, tabaco e outras drogas estão presentes em todos os países do mundo. Mais da metade da população das Américas e da Europa já experimentou álcool alguma vez na vida e um quarto é tabagista, e aproximadamente 11,2% da população brasileira vivem nas maiores cidades do país. O consumo de drogas ilícitas atinge 4,2% da população mundial, e a maconha é a mais consumida (144 milhões de pessoas), seguida pela cocaína (14 milhões) e opiáceos (13,5 milhões), sendo 9 milhões de usuários de heroína (MARQUES, 2005; MARQUES et al., 2008).

A idade média de início de consumo de tabaco está entre 13 e 14 anos. O uso das demais drogas entre os adolescentes declina com a idade, o que não acontece com o tabaco; estima-se que 60% daqueles que experimentam tabaco por mais de seis semanas continuarão utilizando por mais 30 anos, e entre 30% a 50% das pessoas tornam-se dependentes após a iniciação (MARQUES et al., 2008).

Por esta razão, o abuso do álcool e do tabaco são formas de dependência que recebem maior atenção dos pesquisadores. Características como gênero, etnia, idade, ocupação, grau de instrução e estado civil influenciam o uso nocivo de álcool, bem como o desenvolvimento da dependência alcoólica (MARQUES, 2005; MARQUES et al., 2008).

A cocaína ressurgiu em nosso cotidiano nos últimos 30 anos. Desde lá, novos padrões de consumo e apresentações da substância foram introduzidos no mercado, atingindo todos os estratos sociais. A cocaína em pó e a alcalinizada/*crack* são consumidas por 0,3% da população mundial e a maior parte dos usuários concentra-se nas Américas (70%) (LARANJEIRA et al., 2003).

Estudo realizado em 2001, com o objetivo de estimar a prevalência do uso de drogas e o uso não-médico de medicamentos psicotrópicos em 107 maiores cidades do Brasil, constatou que o uso na vida de álcool foi de 68,7%; do tabaco, 41,1%; da maconha, 6,9%; da cocaína, 2,3%; os solventes tiveram taxa de uso de 5,8%; os estimulantes, 1,5%; e os benzodiazepínicos, 3,3% (GALDURÓZ et al., 2005).

Corroborando estes achados, estudo domiciliar com 7.939 pessoas em todo o país, realizado em 2005, constatou que um terço da população brasileira masculina entre 12 e 17 anos já se submeteu a tratamento para dependência de droga. Dentre os entrevistados, 7,8% das jovens relataram, também, já terem sido abordados por pessoas querendo vender droga para eles (CARLINI et al., 2006).

A magnitude social e sanitária de problemas vinculados ao uso indevido de drogas verificados nos últimos anos tornou-os mais um desafio emergente para saúde pública no país. Diante do quadro caracterizado como “alarmante” pela mídia e por diversas organizações sociais, o Ministério da Saúde tem reafirmado estratégias de promoção à saúde, e estabelecido estratégias específicas de prevenção do uso de drogas e de assistência e reabilitação de usuários de drogas, com ênfase na redução de danos e na reinserção social (GELBCKE; PADILHA, 2004).

As implicações sociais do uso de drogas de abuso apontam para o urgente incremento de políticas públicas e o desenvolvimento de estratégias de intervenção para o controle, com

ações de enfrentamento envolvendo equipes multidisciplinares e abordagem intersetorial (PASSOS, 2007; BÜCHELE; COELHO; LINDNER, 2009).

1.3 INFLUÊNCIA DO USO DE DROGAS DE ABUSO NA SAÚDE DA MULHER

O uso de drogas de ilícitas avançou pelo universo feminino, assim como já havia ocorrido com o tabaco e o álcool. O número de mulheres internadas por dependência tem aumentado; anteriormente a procura por assistência estava mais associada aos homens, porém estas diferenças têm diminuído nos últimos anos. Além disso, a dependência atinge todas as classes sociais, e algumas mulheres que nunca procuraram ajuda médica e/ou as que ingressaram em clínicas particulares de reabilitação estão escondidas dessa estatística (ZILBERMAN et al., 2001, 2003).

Com isso, em diversos momentos da assistência pré-natal é possível que o profissional de saúde detecte o consumo de substâncias psicoativas durante a gestação. O diagnóstico precoce favorece a intervenção e cria possibilidades de acesso a serviços especializados de tratamento e alternativas de enfrentamento ao uso de drogas de abuso na gestação, evitando complicações maternas e neonatais (LARANJEIRA et al., 2003; CALEY; KRAMER; ROBINSO, 2005).

Apesar de não haver números confiáveis sobre o uso de drogas na gestação, há evidências de que as mulheres têm tendência a não relatar o consumo de drogas, em especial álcool, tabaco e cocaína. Isso torna ainda mais importante a investigação sobre o uso de drogas pela equipe de saúde de modo empático, direto e detalhado (LARANJEIRA et al., 2003)

Drogas de abuso são substâncias com capacidade de modificar o sistema fisiológico, utilizadas com ou sem intenção de beneficiar o organismo receptor. São diferentes dos fármacos, substâncias de estrutura química definida, capaz de modificar o sistema fisiológico em benefício do organismo receptor (OGA, 2008; CARLINI et al., 2010).

O termo droga teve origem na palavra *droog*, do holandês antigo, que significa folha seca, pois quase todos os medicamentos eram feitos à base de vegetais. Atualmente, a medicina define droga como qualquer substância capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento (CARLINI et al., 2010).

Diversos campos do saber científico adotam definições dos termos *uso*, *abuso* e *dependência de drogas*. Em termos gerais, quando relacionados ao consumo de drogas, os termos implicam na necessidade de repetidas doses, para se sentir bem ou para evitar sensações ruins. A dependência é uma doença que se manifesta como um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais, e psicológicos que indicam que a pessoa perdeu o controle do uso da substância a despeito das consequências adversas, passando a caracterizar um estado disfuncional (SOUZA; ARECO; SILVEIRA FILHO, 2005; BRASIL, 2010b).

Abuso de drogas é definido como padrão desajustado de uso, indicado pela continuação desse uso, mesmo que o usuário reconheça a existência de um problema social, ocupacional, psicológico ou físico. O termo é utilizado para designar o uso, particularmente, em relação às drogas ilícitas (BRASIL, 2010b).

As drogas de abuso são classificadas, quanto ao *status* legal das substâncias, de acordo com a comercialização, em lícitas e ilícitas. As drogas lícitas possuem permissão do Estado para serem comercializadas e consumidas, com ou sem receita médica, contendo substâncias psicoativas cuja produção, comercialização e uso não são criminalizados. As drogas lícitas são representadas principalmente pelo álcool, tabaco, cafeína, plantas alucinógenas e por medicamentos psicoativos (BRASIL, 2010b; CARLINI et al., 2010).

As drogas ilícitas não podem ser comercializadas com a anuência do Estado. São substâncias psicoativas cuja produção ou venda são passíveis de criminalização e repressão. São usadas por 4,2% da população mundial, e as principais drogas desse grupo utilizadas no Brasil são a maconha, a cocaína em pó e alcalinizada e os solventes (BRASIL, 2010b; CARLINI et al., 2010).

Esta divisão, eminentemente legal, tornou-se cultural, e passa a idéia de que as drogas lícitas são seguras e as ilícitas perigosas. No entanto, o álcool e o tabaco são as substâncias que mais causam mortes passíveis de prevenção no mundo. Desse modo, não se trata de absolver, minimizar ou criminalizar as substâncias, todas trazem prejuízos que devem ser considerados, independentemente do *status* de lícitas ou ilícitas (LARANJEIRA et al., 2003; CARLINI et al., 2010).

As drogas também podem ser classificadas conforme o mecanismo de ações ou efeito que elas causam no sistema nervoso central (SNC), pois elas atuam alterando o psiquismo, na forma de sentir, de pensar e de agir. As alterações do psiquismo dependem do tipo de droga ingerida, elas são divididas em três grupos: depressoras, estimulantes e perturbadoras (alucinógenas) do SNC (CARLINI et al., 2010).

Depressoras de ação central ou psicolépticas são substâncias capazes de diminuir a atividade cerebral. Pessoas sob o efeito destas substâncias tornam-se sonolentas, desatentas e desconcentradas. Estimulantes centrais ou psicoanalépticos são substâncias capazes de aumentar a atividade cerebral, com conseqüente aumento da vigília, da atenção, aceleração do pensamento e euforia. As drogas perturbadoras, alucinógenas ou psicodislépticas são aquelas relacionadas à produção de quadros de alucinação ou ilusão, geralmente de natureza visual. (CARLINI et al., 2010). (Quadro 1)

| | |
|--|---|
| Drogas depressoras da atividade do SNC. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Álcool. ✓ Soníferos ou hipnóticos - barbitúricos e alguns benzodiazepínicos. ✓ Ansiolíticos - diazepam, lorazepam. ✓ Opiáceos ou narcóticos - morfina, heroína, codeína, meperidina. ✓ Inalantes ou solventes - colas, tintas, removedores etc. |
| Drogas estimulantes da atividade do SNC. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Anorexígenos. ✓ Cocaína, <i>crack</i> ou merla. ✓ Cafeína. |
| Drogas perturbadoras da atividade do SNC. | <p>De origem natural (reino vegetal e reino funghi)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mescalina (do cacto mexicano). ✓ THC - delta-9-tetrahydrocannabinol (da maconha). ✓ Psilocibina (de certos cogumelos). ✓ Lírio (trombeteira, zabumba ou saia-branca). <p>De origem sintética</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ LSD-25. ✓ Ecstasy. ✓ Anticolinérgicos (Artane®, Bentyl®). |

Quadro1 – Classificação das drogas de abuso, segundo atividade no sistema nervoso central.
Fonte: Adaptado de Carlini et al. (2010).

As complicações do uso de drogas não se restringem apenas à gestante, mas também ao feto, pois a maioria dessas ultrapassam a barreira placentária e hematoencefálica sem metabolização prévia, atuando principalmente sobre SNC do feto, e causando déficits cognitivos ao recém-nascido (RN) (LARANJEIRA et al., 2003; YAMAGUCHI et al., 2008).

O monóxido de carbono e a nicotina, produtos derivados do tabaco, passam facilmente a barreira placentária e apresenta alta afinidade pela hemoglobina do feto, impedindo que esta se ligue ao oxigênio, favorecendo a hipóxia fetal. A nicotina reduz a síntese de prostaciclina, determinando vasoconstrição e o aumento da resistência vascular. Além disso, a placenta de mulheres tabagistas apresenta sinais de hipoperfusão, acarretando maior incidência de abortos

espontâneos; retardo de crescimento intra-uterino (RCIU), descolamento prematuro de placenta (DPP), ruptura prematura das membranas (RPM), e síndrome de morte súbita, esses efeitos estão relacionados com o número de cigarros consumidos ao dia. A nicotina pode reduzir a produção láctea e alterar o sabor do leite, por isso, recomenda-se uso criterioso durante a amamentação. Além disso, filhos de pais fumantes apresentam três vezes a probabilidade de desencadear doenças respiratórias do que de pais não-fumantes (BACHA; REZENDE, 2004; YAMAGUCHI et al., 2008; BRASIL, 2010c; CARLINI et al., 2010).

A intoxicação alcoólica aguda provoca o aumento da acidez gástrica simultaneamente à diminuição dos reflexos protetores das vias aéreas. Essa associação expõe a gestante a um grande risco de aspiração pulmonar do conteúdo gástrico, visto que na gestação ocorre retardo do esvaziamento gástrico (YAMAGUCHI et al., 2008).

A intoxicação crônica pelo álcool ou o consumo de bebidas alcoólicas durante a gestação pode trazer consequências para a gestante e o RN. Aproximadamente $\frac{1}{3}$ dos RN de mães dependentes do álcool que fizeram uso excessivo durante a gravidez são afetados pela “síndrome fetal alcoólica” e apresentam sinais similares à síndrome de abstinência alcoólica - tremores, irritabilidade, apresentam dificuldade na amamentação e dormem pouco. Além disso, podem apresentar restrição do crescimento fetal, cardiopatias e atraso de desenvolvimento neuropsicomotor. Isso acontece porque o etanol cruza livremente a barreira placentária e hematoencefálica e os efeitos são doses dependentes e os riscos são maiores no primeiro trimestre da gestação (BACHA; REZENDE, 2004; CARLINI et al., 2010).

A cocaína, cujo cloridrato, pode ser consumida de várias formas - aspirado na forma de pó, endovenoso dissolvido em água, sob a forma de base (pedra *crack* ou pasta merla) e fumada -, atravessa rapidamente a barreira placentária sem sofrer metabolização, agindo diretamente na vasculatura fetal, determinando vasoconstrição e malformações fetais. Como o fluxo sanguíneo uterino não é auto-regulado, a sua diminuição provoca insuficiência útero placentária, hipóxia e acidose fetal (YAMAGUCHI et al., 2008; CARLINI et al., 2010) (Figura 1).

As alterações maternas em decorrência do uso da cocaína são evidentes: vasoconstrição, hipertensão, isquemia cardíaca, infarto do miocárdio e cerebral e efeitos cardiotóxico direto, levando à morte súbita. A diminuição do fluxo sanguíneo uteroplacentário pode levar ao abortamento espontâneo, trabalho de parto prematuro (TPP), DPP, RCIU, síndrome da morte súbita do recém-nato, pelos efeitos da droga no centro respiratório, e ao risco de enterocolite necrotizante (BACHA; REZENDE, 2004; YAMAGUCHI et al., 2008) (Figura 1).

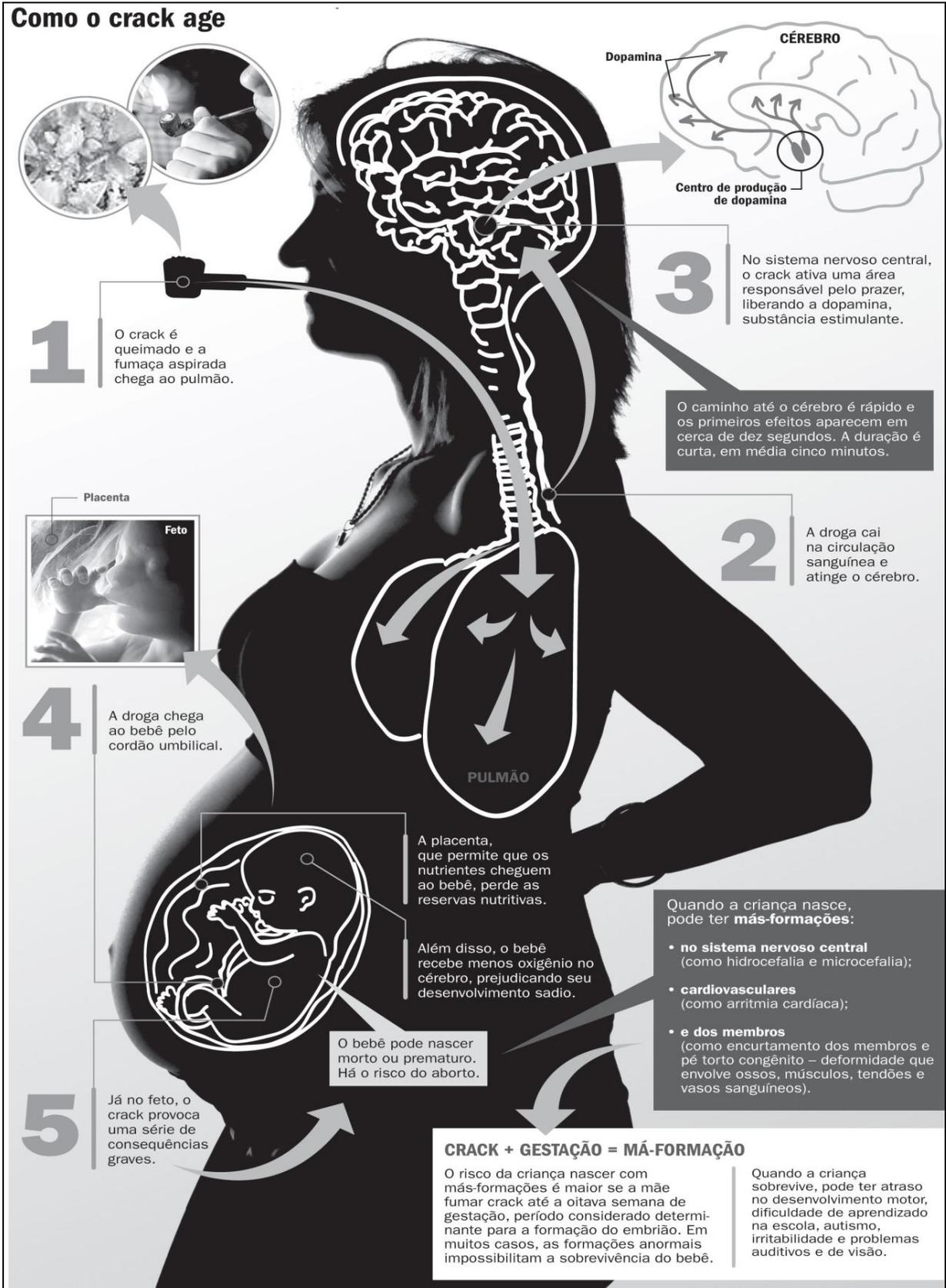


Figura 1 – Alterações maternas e fetais em decorrência do uso cocaína alcalinizada *crack*.
 Fonte: Guedes (2010).

Além disso, confere ao RN grande vulnerabilidade biológica. Os sintomas observados nos RN são neurológicos - ansiedade, choro, hiperatividade, hipertonia, tremores, febre e convulsão; gastrintestinais - diarreia, vômitos e regurgitação; e respiratórios – apnéia, congestão nasal, secreção excessiva (BACHA; REZENDE, 2004; YAMAGUCHI et al., 2008) (Figura 1)

O delta-9-tetra-hydrocannabinol (THC), princípio ativo da maconha, é altamente lipossolúvel e atravessa facilmente a barreira placentária. Aparentemente, diminui a perfusão útero placentária prejudicando o crescimento fetal e o retardo da maturação do SNC, e o aumento dos níveis plasmáticos de norepinefrina, provocando distúrbios neurocomportamentais. Na gestante, a inalação aguda da maconha determina descarga simpática, como taquicardia e ansiedade, enquanto o uso crônico pode provocar letargia, irritabilidade, e alterações no sistema respiratório, como bronquite crônica e infecções de repetição (YAMAGUCHI et al., 2008).

Não há evidências de teratogenicidade do metabólito da maconha, no entanto, o THC é eliminado pela urina durante semanas. A maconha é a droga ilícita mais frequentemente utilizada na gestação, com incidência variando entre 10% e 27%, e sua utilização conjunta com outras drogas torna difícil a identificação dos efeitos diretos dela sobre o feto (BACHA; REZENDE, 2004; YAMAGUCHI et al., 2008).

O uso de maconha, cocaína e heroína no puerpério pode resultar em concentração suficientemente alta no leite para provocar sintomas de abstinência. A cocaína é detectável no leite materno por 24 a 36h depois do uso. Assim, recomenda-se que as nutrizes não utilizem tais substâncias, ou avaliação do risco do uso da droga *versus* o benefício da amamentação para orientar sobre o desmame ou a manutenção da amamentação (TAMEZ, 2005; BRASIL, 2010c).

Quanto às comorbidades psiquiátricas, estudo realizado na Austrália com 879 binômios, encontrou índice de 45%, em que a depressão representou 79% dos casos e a ansiedade 20%. Além disso, o grupo tinha baixos indicadores de cuidados pré-natal, quando comparado às gestantes sem comorbidades, a depressão pós-parto afetava quase a metade das puérperas usuárias de drogas (OEI et al., 2009).

O ciclo gravídico puerperal é o período que compreende a gestação, o parto e o puerpério, configurando-se um período que envolve transformações profundas na mulher nos aspectos físico, psíquico e sociais. A morbimortalidade materna e perinatal continuam muito elevadas no Brasil, incompatíveis com o atual nível de desenvolvimento econômico e social do país, porque a maioria das mortes e complicações que surge no ciclo gravídico puerperal é

passível de prevenção (REZENDE; MONTENEGRO, 2001; BACHA; REZENDE, 2004; CORRÊA et al., 2004).

A gestação é um fenômeno fisiológico e sua evolução se dá, na maioria das vezes, sem intercorrências. Uma pequena parcela de gestantes, por características específicas ou por comorbidades, apresenta maior probabilidade de terem uma evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mulher. A essa parcela dá-se a denominação de gestantes de alto risco (BRASIL, 2010a).

Durante a evolução da gestação, ocorre um estado contínuo de adaptação, visando proporcionar um ambiente favorável ao feto e atender às suas necessidades de crescimento. A gestante está sujeita a uma série de alterações bioquímicas funcionais e anatômicas, com readaptações que envolvem todo seu organismo. No decorrer da gestação, alguns órgãos atingem seus limites funcionais, podendo fazer despontar ou agravar quadros patológicos (BACHA; REZENDE, 2004; CORRÊA et al., 2004).

A gravidez e o parto são eventos físicos e sociais que integram a vivência reprodutiva feminina. Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher, que também envolve parceiros, famílias e comunidade de convivência, com forte potencial positivo e enriquecedor para todos que dela participam. Os profissionais de saúde são coadjuvantes deste processo e desempenham papel importante, pois têm a oportunidade de colocar seus conhecimentos a serviço do bem-estar da mulher e do recém-nascido e de seus familiares (BRASIL, 2001).

Promover a maternidade segura é compromisso do Ministério da Saúde (MS) e de todos os profissionais de saúde. Além de garantir o pré-natal e a humanização do atendimento, entre outras ações, é preciso dedicar atenção especial às gestantes dependentes química, uma vez que elas apresentam maior probabilidade de desenvolverem intercorrências clínicas e doenças obstétricas decorrentes do uso de drogas de abuso na gestação, tendo em vista que elas apresentam marcador ou fator de risco gestacional presente anterior a gravidez – uso de drogas de abuso (BRASIL, 2010a).

Portanto, é fundamental para a humanização do trabalho de parto das gestantes dependente química a captura precoce na atenção básica pela Estratégia Saúde da Família visando à redução das intercorrências e o preparo adequado da gestante na perspectiva de redução de danos. Esse preparo deve ser iniciado precocemente, durante o pré-natal, requerendo esforço dos profissionais da rede básica de saúde. A sensibilização e motivação destes profissionais para a captação e acolhimento da gestante e seu companheiro nos serviços de saúde favorece o preparo da gestante para o parto e o puerpério (BRASIL, 2001).

1.4 CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE PARA O USO DE DROGAS

A expressão vulnerabilidade começou a ser difundida após a publicação, nos Estados Unidos da América, do texto *Aids in the world* de Mann, Tarantola e Nette (1992), e tem sido utilizada para substituir o conceito clássico de fatores de risco, pois articula fatores sociais, culturais, biológicos e epidemiológicos, cuja interação amplia ou reduz a proteção de um indivíduo a um determinado agravo ou dano à saúde (GUILHEM; AZEVEDO, 2008). Originário da área de Direitos Humanos, vulnerabilidade designa, em sua origem, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção e/ou garantia dos seus direitos de cidadania (AYRES et al., 2006).

Do ponto de vista sanitário, vulnerabilidade é a consequência de fatores do grupo social que influem negativamente na capacidade que as pessoas têm de exercer controle sobre sua própria saúde, ou seja, é o conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de uma pessoa frente a uma determinada doença ou dano e substitui o conceito clássico de fatores de risco (AYRES et al., 2006; GUILHEM; AZEVEDO, 2008). O termo vulnerabilidade é comumente empregado para designar a suscetibilidade da pessoa a problemas e danos de saúde.

Apesar de conter a idéia de risco, cabe a distinção entre vulnerabilidade e risco. A vulnerabilidade expressa os potenciais de adoecimento, de não-adoecimento e de enfrentamento, relacionados a todo e cada indivíduo. Já o sentido de risco, central nos estudos epidemiológicos, conecta-se à idéia de identificação de pessoas e de características que as colocam sob maior ou menor risco de exposição a eventos de saúde/doença, com comprometimento de ordem física, psicológica e/ou social, integrando, a probabilidade e as chances de grupos populacionais de adoecerem e morrerem por algum agravo de saúde (BERTOLOZZI et al., 2009).

A exposição a agravos de saúde resulta de aspectos individuais e de contextos ou condições coletivas que produzem maior suscetibilidade aos agravos e morte e, simultaneamente, à possibilidade e aos recursos para o seu enfrentamento. Dessa forma, para a interpretação do processo saúde-doença, considera-se que o risco indica probabilidades e a vulnerabilidade é um indicador da iniquidade e da desigualdade social. A vulnerabilidade antecede ao risco e determina os diferentes contextos que favorecem a infecção, o adoecimento e a morte (BERTOLOZZI et al., 2009).

Há várias fontes de vulnerabilidade, porém é possível estabelecer duas formas básicas as quais os indivíduos estão sujeitos: *vulnerabilidade extrínseca* – ocasionada por circunstâncias externas, como pobreza, baixa escolaridade ou carência de recursos; e *vulnerabilidade intrínseca* – ocasionadas por características do próprio indivíduo, como, déficit intelectual, doença mental, e até mesmo os extremos de idade – idosos e crianças. Frequentemente, as pessoas vulneráveis intrinsecamente também são extrinsecamente vulneráveis, pois geralmente não têm poder e, provavelmente, vivem na pobreza e sem acesso à educação (ROGERS; BALLANTYNE, 2008).

Para avaliar a vulnerabilidade de pessoas e grupos sociais a determinados agravos, o referencial teórico e metodológico mais utilizado foi desenvolvido por Mann, Tarantola e Nette (1992), que definiram três planos interdependentes de determinação da maior ou menor vulnerabilidade de indivíduos e de coletividades ao adoecimento pelo agravo que estiver sendo estudado: o comportamento pessoal, ou *vulnerabilidade individual*; o contexto social, ou *vulnerabilidade social*; e as ações governamentais para enfrentar o agravo, ou *vulnerabilidade programática*.

O componente individual considera o conhecimento acerca do agravo e a existência de comportamentos que oportunizam a ocorrência do mesmo. Deve-se compreender que os comportamentos não são determinados apenas pela ação voluntária da pessoa, mas especialmente, pela sua capacidade de incorporar, ou de aplicar o conhecimento que possui, transformando o comportamento que a torna suscetível ao agravo, a fim de evitá-lo (MANN; TARANTOLA; NETTE, 1992).

O componente social considera que a obtenção de informações, as possibilidades de metabolizar essas informações e o poder de incorporá-las a mudanças práticas não depende só dos indivíduos, mas de aspectos como acesso a meios de comunicação, grau de escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais (MANN; TARANTOLA; NETTE, 1992).

No componente programático, é levado em conta o acesso aos serviços de saúde, à forma de organização dos serviços, ao vínculo que os usuários dos serviços possuem com o profissional, o acolhimento do usuário pelo serviço, as ações preconizadas para a prevenção e o controle do agravo e os recursos sociais existentes na área de abrangência do serviço de saúde. Ou seja, os recursos sociais que o indivíduo necessita visando evitar sua exposição e garantir sua proteção de danos, e que estes sejam disponibilizados de modo efetivo e democrático. Quanto maior for o grau de esforços governamentais e a qualidade de compromisso de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado relativo aos

agravos de saúde, maiores serão as chances de fortalecimento dos indivíduos e grupos sociais (MANN; TARANTOLA; NETTE, 1992).

O referencial da vulnerabilidade pode ser empregado para compreender a “epidemia” do uso de drogas por mulheres e estabelecer ações de enfrentamento, sendo analisados os três componentes interligados: o individual, referente às características demográficas e econômicas, aos comportamentos e às práticas adotadas pelas mulheres; o social, relacionado à estrutura social de suas vidas; e o programático, associado à capacidade de resposta das instituições públicas às necessidades desse grupo social. Assim, vulnerabilidade expressaria a síntese de contextos que suscetibilizam as mulheres aos potenciais de adoecimento e não-adoecimento, à aproximação inicial e à continuidade do uso de drogas de abuso (SANT`ANNA; AERTS; LOPES, 2005).

Por contexto, entendem-se as condições ambientais ou espaços psicológicos onde vivem essas mulheres. Tais condições fornecem os elementos ou constituintes que qualificam a experiência e, por conseguinte, as escolhas. Estes contextos e seus constituintes estão presentes em experiências que caracterizam a trajetória do abuso de drogas, isto é, aproximação inicial (o que levou ao consumo), envolvimento (como o uso foi se tornando habitual), dependência (quando e como foi percebida), motivações para tratamento (o que levou a procurar), e manutenção ou não da abstinência (fatores identificados como associados a uma ou outra experiência) (VAILLANT, 1997; RIGOTTO; GOMES, 2002).

Entre os contextos gerais de vulnerabilidade ao uso de drogas por mulheres e as suas consequências sociais, pode-se citar:

Gênero - no que se refere ao processo saúde e doença, as mulheres são menos privilegiada que os homens. Quando medido o estado de saúde pelo número médio de dias de hospitalização (excluído o parto), da incapacidade de trabalho e do consumo de medicamentos, as mulheres aparecem adoecendo mais ao longo de todas as idades da vida. O consumo de drogas pode associar-se, ainda, à troca de sexo por drogas, abuso sexual e violência física, que implica no aumento de riscos.

Idade - usuários jovens e adultos jovens apresentam o uso de drogas frequentemente associado a processos disruptivos em relação à sua vida social e a impulsividade característica desta fase do ciclo vital pode implicar em agravos relativos ao consumo.

Escolaridade - baixa escolaridade implica, entre outros aspectos, em menor inserção no mercado formal e menor disponibilidade financeira.

Vínculo com instituições como família, escola e inserção no trabalho formal ou informal - pessoas que mantêm uma rede de apoio familiar e social e vinculações formais no

mercado de trabalho têm mais recursos de acesso ao cuidado, bem como maior alcance a fatores de proteção.

Comorbidades - comorbidades psiquiátricas como transtornos de humor ou quadros psicóticos implicam frequentemente em iniciação ao uso de drogas e ao pior prognóstico em avaliações prospectivas.

Delito e situações de conflito com a lei - situações de conflitos com a justiça, de ilegalidade, especialmente associação com tráfico, implicam numa maior exposição à violência e às consequências sociais do uso de drogas.

Conflitos com tráfico - contextos de dependência com os fornecedores, em especial as dívidas com tráfico, implicam em maior vulnerabilidade das usuárias (BRASIL, 2010d).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar contextos de vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas de abuso no ciclo gravídico puerperal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar o perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres usuárias de drogas.

Identificar os fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso das mulheres usuárias de drogas.

Operacionalizar os planos analíticos de vulnerabilidade para compreensão da continuidade do uso de drogas por mulheres no ciclo gravídico puerperal.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de caráter descritivo e retrospectivo, com a construção prévia de uma série de casos de mulheres usuárias de drogas de abuso no ciclo gravídico puerperal e utilização do referencial teórico e metodológico da categoria analítica da vulnerabilidade (MANN; TARANTOLA; NETTE, 1992).

Estudo com série de casos é um tipo de investigação utilizado para descrever características da saúde humana, empregado a um grupo de dez ou mais pessoas com um agravo de saúde em particular, sendo comum a análise retrospectiva da vida do indivíduo (FLETCHER; FLETCHER; WAGNER, 2007).

O estudo descritivo e retrospectivo analisa um determinado dado, acontecimento ou fenômeno, olhando para trás, geralmente pelo levantamento documental e visa descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 1991; CERVO; BERVIAN; SILVA, 2006).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado nos municípios de Maringá, Paiçandu e Sarandi, situados no Noroeste do Paraná. Estes municípios fazem parte de um processo de conurbação entre três áreas fronteiriças, caracterizadas pela expansão da marcha urbana do polo metropolitano de Maringá sobre os municípios limítrofes, Sarandi e Paiçandu, a Leste e Oeste, respectivamente.

O município de Maringá é sede da 15ª Regional de Saúde (RS) e conta com uma população estimada de 357.077 habitantes, em uma área territorial de 488 km²; Sarandi possui uma população estimada de 82.847 habitantes em uma área de 103 km²; e Paiçandu com de 35.936 habitantes em uma área de 171 km². A população dos três municípios é de 475.860 habitantes (BRASIL, 2010b).

Os casos investigados são originários do Hospital Universitário Regional de Maringá - HUM, após cadastro no Centro de Controle de Intoxicações do Hospital - CCI/HUM.

O HUM é um órgão da Universidade Estadual de Maringá, caracterizado como instituição de caráter público, credenciado ao SUS, e atende a população de Maringá e região Noroeste do Paraná. Em razão de sua finalidade e capacidade operacional ativa, classifica-se como hospital de ensino, de médio porte e de alta complexidade.

A Unidade de Pronto Atendimento do HUM é referência 24h/dia para o atendimento em Ginecologia e Obstetrícia aos municípios pertencentes à 15^a RS, e atende no sistema de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR). A unidade de internação de Ginecologia e Obstetrícia é composta por 15 leitos hospitalares, e 12 deles estão credenciados como referência às gestações de alto risco.

A equipe de enfermagem do HUM, composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem distribuídos em cinco turnos de trabalho – dois diurnos e três noturnos -, possui um diferencial quanto aos cuidados prestados. Eles estão embasados em método científico desenvolvido como forma de organizar o trabalho da equipe, por meio da distribuição dos cuidados em etapas inter-relacionadas do Processo de Enfermagem, denominado Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

O CCI/HUM é um serviço de assessoria na área de urgência toxicológica, em regime de plantão permanente, atendendo solicitações de informação para auxílio diagnóstico e conduta para acidentes toxicológicos de profissionais de saúde e da população em geral, principalmente da região Noroeste do Paraná. Uma de suas funções no sistema de saúde é a vigilância epidemiológica das intoxicações, visto que o cadastro, a investigação e o monitoramento contínuo dos casos possibilitam estabelecer relações causais das ocorrências e a formulação de ações de prevenção e controle das mesmas.

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram mulheres com histórico de uso de drogas de abuso no ciclo gravídico puerperal, internadas no HUM no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2010, cadastradas no CCI/HUM e residentes nos municípios de Maringá, Sarandi e Paiçandu – Paraná.

Apesar de o registro de casos procedentes de 11 municípios da 15ª RS, a opção pela constituição da série de casos com mulheres residentes nos municípios de Maringá e cidades circunvizinhas procurou atender à dimensão dada ao estudo, pois em uma das fases da coleta de dados foi realizada a localização dos domicílios e visita domiciliar.

Para o presente estudo, foi adotado o critério de internação utilizado nos centros de assistência toxicológica brasileiros, que considera internados os indivíduos que permanecem em tratamento médico-hospitalar por período mínimo de 12h, em unidade hospitalar de internação ou de atenção às urgências.

No período estabelecido para o estudo, foram registradas no CCI/HUM 36 mulheres com diagnóstico médico secundário e/ou registro na evolução do enfermeiro, de intoxicação aguda ou crônica, por drogas de abuso na gestação.

Foram excluídas *a priori* 16 mulheres do total das notificações. Dez residentes fora dos municípios estabelecidos para o estudo; e três casos em que as mulheres foram notificadas repetidamente (duas retornaram grávidas novamente e uma havia internado com intercorrência clínica, na mesma gravidez). Além disso, duas mulheres se encontravam em situação de rua, segundo informação dos familiares; e uma, cujos dados de identificação estavam incompletos, fatores que favoreceram a exclusão destas mulheres, tendo em vista que impossibilitavam a realização da entrevista (Figura 2).

Foram incluídas, inicialmente, 20 mulheres na série de casos: 16 residentes no município de Maringá, três no município de Sarandi e uma no município de Paiçandu. Aconteceram sete perdas (35% dos casos iniciais): em seis casos os endereços informados eram inexistentes e uma mulher encontrava-se presa, segundo informações de familiares (Figura 2).

Seis mulheres informaram residir no município de Maringá e uma em Sarandi na ocasião do internamento no HUM. Buscou-se auxílio no sistema de prontuário *on line* do Hospital para verificar a existência de novos endereços e telefones, no entanto, apesar de haver casos onde as mulheres retornaram ao serviço, na maioria delas, os dados eram inexistentes no sistema ou informaram endereços inexistentes (Quadro 2).

Houve apenas uma recusa, a gestante residente em Maringá, foi atendida no HUM durante a adolescência - em 2008, e ao realizar contato telefônico, verificou-se que ela não residia mais com a família, havia saído de casa para morar com “amigos”. Sua mãe forneceu seu telefone, no entanto, após contato, ela se recusou a participar da pesquisa (Quadro2).

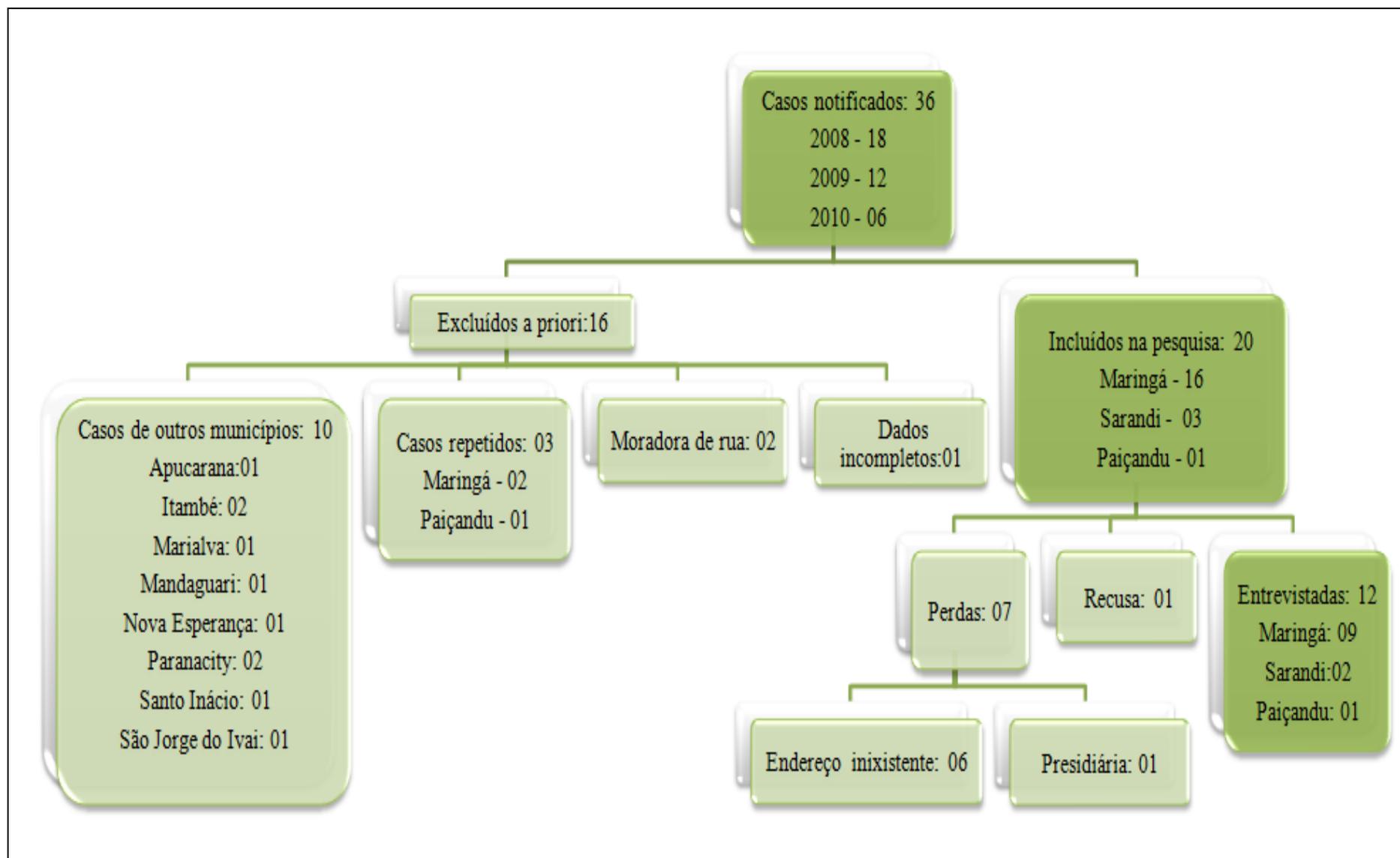


Figura 2 – Definição da população em estudo. Maringá – PR, 2011.

| Motivo | Iniciais | Idade | Escolaridade | Ocupação | Situação conjugal | Cidade | Paridade | Motivo da internação | Desfecho | Drogas utilizadas |
|----------------------|----------|-------|------------------------|--------------|-------------------|---------|-------------|-----------------------------------|-----------------------|--|
| Perdas | | | | | | | | | | |
| Endereço inexistente | RCZ | 22 | 8ª série | Do lar | União estável | Maringá | 2ª gestação | PN em via pública IG 34s4d | Tratamento obstétrico | (1ª) tabaco (2ª) álcool (3ª) maconha (4ª) crack |
| Endereço inexistente | CFS | 43 | 5ª série | Desempregada | Solteira | Maringá | Ignorada | Agressão física IG ignorada | Tratamento clínico | (1ª) álcool (2ª) crack |
| Endereço inexistente | ALC | 19 | 4ª série | Do lar | Solteira | Maringá | 3ª gestação | TPP + Pielonefrite IG 32s5d | PC | (1ª) tabaco (2ª) álcool (3ª) maconha (4ª) crack |
| Endereço inexistente | EAS | 21 | 3ª série | Do lar | Solteira | Maringá | 3ª gestação | TPP + RCIU + RPM IG 36 | PN | (1ª) tabaco (2ª) álcool (3ª) crack |
| Endereço inexistente | MFS | 23 | Ignorada | Do lar | Ignorada | Maringá | Ignorada | Etilismo IG 12s | Tratamento clínico | (1ª) álcool |
| Endereço inexistente | EMR | 18 | 6ª série | Do lar | União estável | Sarandi | 1ª gestação | TP IG 38s4d | PC | (1ª) tabaco (2ª) álcool (3ª) maconha |
| Presidiária | NCS | 31 | 3º Superior incompleto | Desempregada | Casada | Maringá | 2ª gestação | TP IG 39s5d | PC | (1ª) tabaco (2ª) crack |
| Recusa 01 | | | | | | | | | | |
| | FVS | 16 | 8ª série | Estudante | Solteira | Maringá | 1ª gestação | Sangramento vaginal | Tratamento clínico | (1ª) álcool |

Nota: Parto normal (PN) e parto cesariana (PC).

Quadro 2 – Mulheres excluídas do estudo. Maringá – PR, 2011

Das 12 mulheres efetivamente incluídas na série de casos, nove residiam em Maringá (75%), duas em Sarandi (16,6%) e uma em Paiçandu (8,4%). Os casos foram numerados, optando pelas iniciais das entrevistadas para identificá-las, e foram descritos em ordem numérica, de acordo com a sequência em que foram realizadas as entrevistas, uma vez que a operacionalização das mesmas baseou-se na localização da residência das mulheres (APÊNDICE A)

3.4 FONTES E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Como fontes de dados, foram utilizadas as fichas epidemiológicas de Ocorrência Toxicológica (Ficha OT), arquivadas no CCI/HUM, e os prontuários hospitalares de internação das mulheres, arquivados no Serviço de Prontuário de Pacientes (SPP/HUM). Os instrumentos para coleta de dados foram um roteiro para entrevista semiestruturada, elaborado pelas pesquisadoras, e um diário de campo.

A Ficha OT é um instrumento de registro de todos os casos de intoxicação, com modelo padronizado nacionalmente. No CCI/HUM é utilizada uma ficha OT para Álcool e outras Drogas de Abuso de conteúdo ampliado, que fornece dados de identificação do intoxicado, da ocorrência toxicológica, do tratamento indicado e o tratamento realizado, da evolução clínica e o desfecho do caso (ANEXO A).

O prontuário do paciente é composto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do indivíduo e a assistência a ele prestada. Possui ainda caráter legal, sigiloso e científico, o que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada (TEIXEIRA, 2005).

O prontuário hospitalar do HUM é de caráter multiprofissional, reúne os diversos elos da evolução clínica do paciente, com a ação de enfermeiros, médicos, nutricionistas, assistentes social, psicólogos, técnicos de enfermagem, além de estudantes de graduação e pós-graduação de diversas áreas da saúde. Um conjunto de profissionais atuantes, com responsabilidade individual e coletiva, mantendo um relacionamento horizontal com o paciente, com o registro da sua atuação em um único documento – o prontuário hospitalar multiprofissional.

O roteiro de entrevista foi composto por quatro blocos temáticos:

Bloco I - Caracterização da Mulher – composto por dez questões que abordam dados de identificação – iniciais; idade; raça/cor; situação conjugal; escolaridade; situação ocupacional; religião; drogas lícitas e ilícitas que utilizou, idade que iniciou e o que motivou o uso; drogas utilizadas atualmente e frequência.

Bloco II - Caracterização Familiar - composto por cinco perguntas enumeradas de 11 a 15, que abordam a composição familiar; história de drogadição na família; comorbidades apresentadas; a presença de conflitos familiares e as situações de violência vivenciadas na família.

Bloco III - Indicadores Sociais e de Saúde da Família – compreendem as questões enumeradas de 16 a 28, onde são abordados situações de moradia; renda familiar; infraestrutura domiciliar; meios de comunicação utilizados; acesso a serviços de saúde; serviços de saúde e serviços públicos utilizados, atendimento de saúde no último ano; controle de natalidade; tratamento para desintoxicação; distúrbios psiquiátricos; situações de conflitos com a justiça vivenciada por ela e pela família (tráfico de drogas, outros delitos, prisão, violência, troca de sexo por drogas e homicídio); e participação em grupos de apoio e redes sociais.

Bloco IV - Internação no HUM – com as perguntas 29 a 35, relacionadas ao período de internação, número de gestações, e aspectos relacionados ao motivo e descrição da internação, dado referente ao RN, e da alta hospitalar (APÊNDICE B).

O roteiro de entrevista foi submetido à apreciação da banca examinadora da qualificação e à avaliação de adequação aos objetivos e conteúdo por três profissionais de saúde: uma psicóloga, com especialização em Saúde Mental e experiência na área de Toxicologia; uma enfermeira da área materno-infantil do HUM, com mestrado em Ciências da Saúde; e uma docente, com titulação de doutora em Saúde da Mulher.

Após adequações de estrutura e conteúdo, foi realizado o teste piloto do roteiro de entrevista, que propiciou um *feedback* sobre a redação, a clareza e objetividade das questões/itens temáticos, ou seja, se as respostas seriam compatíveis com o que se desejava levantar. Baseado na estimativa do tempo necessário para aplicá-lo, foi necessário ajustar o conteúdo e a configuração do roteiro, que na versão final contém 35 questões.

O diário de campo foi utilizado com a finalidade de registrar observações do entrevistador, nele buscou-se registrar dados inerentes à pesquisa sob a ótica da pesquisadora (APÊNDICE C).

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de análise documental e de entrevista domiciliar, entre os meses de março a julho de 2011.

Na análise documental, busca-se identificar informações factuais nos documentos a partir de questões de interesse referente ao agravo pesquisado. O uso de documentos em pesquisa permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social e favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros (CELLARD, 2008).

A entrevista é o procedimento mais usual de trabalho de campo e também uma forma de interação social, na qual o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais, ou seja, uma forma de diálogo, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação (MINAYO, 2004).

A escolha pela visita domiciliar deu-se porque esta técnica de abordagem reúne pelo menos três tecnologias: a observação, indicando a atenção aos detalhes e aos fatos e relatos apresentados; a entrevista, implicando o diálogo com finalidade da coleta de dados específicos; e o relato oral ou história, espaço onde o indivíduo revela fatos de sua vida, dentro dos limites e da liberdade que lhe foi concedido (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

Durante a entrevista, foram abordados ainda outros aspectos inerentes à pesquisa e temas trazidos pelas próprias entrevistadas. Esta é uma das principais vantagens da entrevista semiestruturada, pois permite que assuntos não-eleitos previamente sejam investigados, à medida que emergem o que enriquece o relato e, conseqüentemente, a possibilidade de compreensão do tema em suas múltiplas dimensões (SMITH; EATOUGH, 2006).

A investigação dos casos ocorreu em três momentos distintos: primeiramente cumprindo os critérios de inclusão e exclusão, foi realizada consulta das fichas OT do CCI/HUM, selecionados os casos e coletados os dados cadastrais e de identificação das intoxicadas, da ocorrência toxicológica, do tratamento realizado, da evolução clínica e do desfecho do caso.

Posteriormente, foram acessados os prontuários hospitalares de internação e averiguada a história obstétrica e perinatal, com ênfase no período em que as mulheres foram notificadas por uso de drogas de abuso na gestação no CCI/HUM, visto que algumas foram internadas mais de uma vez no Hospital.

Por tratar-se de uma pesquisa com dados retrospectivos, foram confrontados os dados telefônicos e os endereços das mulheres constantes na Ficha OT e nos prontuários hospitalares, visando obter dados mais fidedignos. Após este procedimento, foi realizado contato telefônico com as mulheres, ou seus familiares, com a finalidade de explicar os objetivos da pesquisa e agendar a VD para a realização da entrevista.

Naqueles casos que houve impossibilidade de contatar as mulheres por via telefônica, o próximo passo foi o levantamento dos endereços via *internet* pelo *Google Maps*. Nesta fase, foi possível detectar que havia endereços inexistentes ou incompletos.

Em maio de 2011, de posse dos mapas dos prováveis endereços, iniciou-se o processo de VD e de entrevistas. Buscou-se “regionalizar” as visitas, organizando-as de acordo com endereços próximos, visando à agilidade do processo, à economia de tempo e à redução dos gastos.

Durante o processo de VD para as 20 mulheres selecionadas para o estudo, foram percorridos 21 bairros do município de Maringá, três de Sarandi e um de Paiçandu, porém as 12 entrevistas efetivamente realizadas ocorreram em nove bairros de Maringá, dois de Sarandi e um de Paiçandu.

A aplicação do roteiro de entrevista foi realizada pela pesquisadora, visando à interação com as mulheres e a uniformização dos registros. Os dados foram coletados por meio de um único encontro com cada participante, e as entrevistas foram individuais.

Cada entrevista, com duração aproximada de 60 min, foi gravada na sua totalidade em mídia digital, com permissão das entrevistadas, que tomaram ciência dos objetivos do projeto e confirmaram sua participação assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Na maioria das VD realizadas, houve boa receptividade à pesquisadora pelas mulheres e suas famílias. Todas as entrevistas foram realizadas em âmbito familiar e, em alguns casos, havia a presença de familiares no transcorrer da pesquisa, o que dificultou a abordagem de questões relacionadas ao uso de drogas e situações de conflitos com a Justiça, violência familiar, entre outros itens. Nestes casos, procurou-se retomar as perguntas quando o familiar se ausentava, visando manter a privacidade da entrevistada.

Ao final de cada entrevista, foram registradas no diário de campo impressões sobre o contexto familiar e as condições socio-demográficas e comportamentais das mulheres, anexadas ao roteiro de entrevista.

3.6 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados quantitativos foram inseridos em uma planilha digital e submetidos à análise descritiva no *Software Epi Info*.

Os depoimentos emitidos nas entrevistas foram transcritos literalmente e categorizados por meio da análise de conteúdo temática (MINAYO, 2010). Foi feita uma primeira leitura flutuante das entrevistas, com o intuito de ganhar familiaridade com o discurso das entrevistadas, e posteriormente, os relatos foram lidos, com o intuito de identificar e evidenciar os aspectos definidos para o estudo, bem como os temas recorrentes. Os núcleos de sentido evidenciados, cuja presença ou frequência apresentaram significado para o objetivo analítico do estudo, foram agrupados em categorias temáticas.

Para ilustrar o contexto de exclusão e vulnerabilidade, foi apresentada a história de vida de uma das mulheres da série de casos, narrada e interpretada por quem a vivenciou, entendendo que as experiências pessoais relatadas auxiliam na avaliação de hipóteses, e possibilita acesso de dados que normalmente escapariam das metodologias (MACRAE, 2004; SILVA et al., 2007).

Posteriormente, todos os dados foram analisados de acordo com o referencial analítico de Mann, Tarantola e Netter (1992), nos planos de vulnerabilidade individual, social e programático. Nesse processo, utilizando instrumentos da análise de conteúdo, foi possível agrupá-los em oito categorias/contextos interpretativos.

No plano individual, os contextos encontrados relacionam-se a aspectos **socioeconômicos** - gênero, idade, situação conjugal, situação ocupacional, renda, escolaridade, e raça/cor da mulher; e ao **padrão de abuso de drogas** – drogas na vida, início do uso, comorbidades, considerados fatores comportamentais adicionais para a compreensão da vulnerabilidade individual.

No plano social, os contextos encontrados estão relacionados às **situações vivenciadas na família** – comportamento aditivo, transtorno mental, conflitos e violência física psicológica e social; a **indicadores sociais desfavoráveis** – condições de moradia e meios de comunicação; e **conflitos recorrentes com a Justiça** – tráfico de drogas, outros delitos, prisão, troca de sexo por drogas e homicídios na família.

No plano programático, os contextos encontrados referiam-se à **acessibilidade a serviços de saúde** – tipo de serviços utilizados, atendimento no último ano, realização de pré-natal e tratamento para dependência química; ao **vínculo com profissionais de saúde** –

psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistente social e equipe da assistência pré-natal; e à questões relacionadas à **resolutividade e autonomia** das mulheres – planejamento reprodutivo, multiparidade e enfrentamento ao uso de drogas.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá, sendo aprovado sob Parecer nº 065/2011 (ANEXO B)

Foi solicitada a liberação para utilização dos dados das fichas OT e dos prontuários hospitalares das mulheres, com a consequente dispensa, nesta etapa, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

Em todas as entrevistas foi apresentado o TCLE, informando os objetivos da pesquisa e a liberdade de desistir da participação em qualquer momento da entrevista, assegurado o sigilo quanto às informações prestadas e ao anonimato sempre que os resultados da pesquisa fossem divulgados. Todas as entrevistadas assinaram o TCLE em duas vias; uma via permaneceu com a pesquisadora e a outra foi entregue à entrevistada. Havia uma adolescente entre as entrevistadas, sendo solicitada ao responsável a assinatura do TCLE (APÊNDICE D).

Considerando que usuárias de drogas de abuso inserem-se na categoria de indivíduos particularmente vulneráveis, sob a perspectiva da sociedade e das normas éticas para pesquisa, estudos com essa população pressupõe maior cuidado para garantia da preservação de privacidade e anonimato. Além do TCLE, que funcionou como um mecanismo de proteção dos interesses e direitos das participantes da pesquisa. A pesquisadora não buscou confirmar a autenticidade dos fatos narrados, por meio de perguntas recorrentes, respeitando o direito à confidencialidade das informações (ROGERS; BALLANTYNE, 2008; MAcRAE, 2004).

4 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa serão apresentados na forma de quatro artigos científicos intitulados:

- Mulheres usuárias de drogas de abuso na gravidez: caracterização de uma série de casos.
- Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres.
- Contextos de vulnerabilidade em mulheres usuárias de drogas de abuso.
- Uso de *crack* por grande múltipara em vulnerabilidade social: história de vida.

4.1 ARTIGO 1

**MULHERES USUÁRIAS DE DROGAS DE ABUSO NA GRAVIDEZ:
CARACTERIZAÇÃO DE UMA SÉRIE DE CASOS¹**

**WOMEN USERS OF ABUSED DRUGS DURING PREGNANCY:
CHARACTERIZATION OF A SERIES OF CASES**

**MUJERES USUARIAS DE DROGAS DE ABUSO EN EL EMBARAZO:
CARACTERIZACIÓN DE UN GRUPO DE CASOS**

RESUMO

O objetivo foi caracterizar o perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres usuárias de drogas de abuso na gestação. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, cuja técnica de abordagem foi análise documental de fichas de ocorrência toxicológica e prontuários de 32 mulheres notificadas a um centro de informação e assistência toxicológica do Paraná, entre 2008 e 2010. Os dados foram submetidos à estatística descritiva. A maioria encontrava-se entre 15 e 24 anos (59,4%), estava entre a primeira e a terceira gestações, não realizou pré-natal, tinha baixa escolaridade, sem atividade profissional remunerada (93,8%) e convivia em união estável (50%). O tabaco foi utilizado por 27 mulheres (84,4%), o *crack*, por 24 (75%), e álcool, por 23 (71,7%). Além do uso habitual de drogas de abuso, destacaram-se como fatores de risco anteriores à gestação a gravidez na adolescência, situação conjugal insegura e baixa escolaridade. Quanto aos riscos durante a gestação, destacaram-se problemas clínico-obstétricos associados ao comportamento aditivo. O perfil sociodemográfico corrobora com a literatura, porém a multiparidade, o baixo vínculo à assistência pré-natal, o poliuso de drogas e o alto número de intercorrências indicam que houve dificuldades dos serviços de saúde em acessá-las, resultando em aumento do período de internação, utilização de leitos neonatológicos e óbito neonatal.

Palavras-chave: Perfil de Saúde. Gestantes. Estudos de casos. Comportamento Aditivo. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias.

ABSTRACT

This study characterized the sociodemographic and obstetric profile of women users of abused drugs during pregnancy. This is a descriptive and exploratory study, whose approach technique was the document analysis of records of toxicological occurrence and medical charts of 32 women referred to a center for information and toxicological assistance of Paraná State, between 2008 and 2010. The data were subjected to descriptive statistics. Most women had between 15 and 24 years (59.4%), between the first and third gestation, without prenatal care, poorly educated, without paid occupation (93.8%), and were in a common-law marriage

¹ O presente artigo é resultado parcial da Dissertação *Contextos de Exclusão Social e de Vulnerabilidade de Mulheres Usuárias de Drogas no Ciclo Gravídico Puerperal*, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (PSE/UEM).

(50%). Tobacco was used by 27 women (84.4%), crack by 24 (75%), and alcohol by 23 (71.7%). Besides the habitual use of abusive drugs, it also stood out as risk factors before the pregnancy: teenage pregnancy, insecure marital status, and low education. As for the risks during the pregnancy, the most important clinical-obstetric problems were associated with addictive behavior. The sociodemographic profile corroborated the literature, but the multiparity, the low attachment to prenatal care, the multiuse of drugs, and the high number of complications, have indicated problems of health services to reach these women, resulting in an prolonged stay length, increased use of neonatal beds, and neonatal death.

Keywords: Health Profile. Pregnant Women. Case Studies. Addictive behavior. Disorders related to the use of drugs.

RESUMEN

El objetivo fue caracterizar el perfil socio demográfico y obstétrico de mujeres usuarias de drogas de abuso en el embarazo. Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio, cuya técnica de abordaje fue el análisis documental de fichas de incidencia toxicológica y prontuarios de 32 mujeres notificadas a un centro de información y asistencia toxicológica de Paraná, entre 2008 y 2010. Los datos fueron sometidos a la estadística descriptiva. La mayoría se encontraba entre 15 y 24 años (el 59,4%), estaba entre la primera y la tercera gestaciones, no realizó pre-natal, tenían baja escolaridad, sin actividad profesional remunerada (el 93,8%) y convivía en unión estable (el 50%). El tabaco fue utilizado por 27 mujeres (el 84,4%), el *crack*, por 24 (el 75%), el alcohol, por 23 (el 71,7%). Además del uso habitual de drogas de abuso, se destacaron como factores de riesgo anteriores a la gestación el embarazo en la adolescencia, situación conyugal insegura y baja escolaridad. Cuanto a los riesgos durante la gestación, se destacaron problemas clínico-obstétricos asociados al comportamiento adictivo. El perfil socio demográfico corrobora con la literatura, pero la multi-paridad, el bajo vínculo a la asistencia pre-natal, el poli uso de drogas y el alto número de inter-correncias, indican que hubo dificultades de los servicios de salud en accederlas, resultando en aumento del período de internación, utilización de lechos neonatológicos y óbito neonatal.

Palabras clave: Perfil de Salud. Gestantes. Estudios de casos. Comportamiento Adictivo. Trastornos Relacionados al Uso de Substancias.

INTRODUÇÃO

Problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas de abuso são mais comuns em homens, o que tem direcionado o planejamento e as intervenções sociais e de saúde, principalmente, às necessidades masculinas, desconsiderando diferenças entre os sexos, sejam elas fisiológicas, psicológicas ou sociais (OLIVEIRA; PAIVA; VALENTE, 2006).

Mudanças no papel social da mulher e maior disponibilidade de drogas na sociedade trouxeram como consequências a diminuição da razão entre os sexos, especialmente entre os mais jovens, com a queda da idade do início do uso de substâncias maior entre as mulheres. Usuárias de drogas de abuso constituem um grupo diferenciado, com características e

necessidades próprias, tanto no que se refere ao diagnóstico quanto ao tratamento e prevenção (ZILBERMAN et al., 2001, 2003; YAMAGUCHI et al., 2008).

Estudo realizado na última década apontou que 51% de mulheres em idade reprodutiva já tinham utilizado álcool, 29% tabaco, 7% maconha e 1% cocaína e que 8% das mulheres tinham utilizado alguma substância psicoativa no último mês. Mulheres usuárias de drogas apresentavam maior prevalência de comorbidades psiquiátricas (YAMAGUCHI et al., 2008).

Oliveira e Nappo (2008) observaram a tendência entre indivíduos que passaram da fase compulsiva do uso de drogas para padrões controlados, como forma de auto-regulação do próprio usuário. Este padrão acontece, geralmente, nos denominados pontos de virada (*turning points*), que são eventos significativos de vida que tendem a favorecer a interrupção do consumo, sendo relevante detectar momentos do curso de vida dos indivíduos em que dispositivos de saúde, sociais e culturais, que não os tratamentos formais, existam como apoiadores da alteração da relação de exclusividade com a droga.

A falta de acompanhamento por equipe de saúde durante a gestação, a alimentação inadequada, a ausência de suporte familiar e a continuidade do consumo de drogas na gestação levam ao nascimento de crianças prematuras, com baixo peso e outras complicações neonatais (RODRIGUES; NAKANO, 2007; YAMAGUCHI et al., 2008).

O enfermeiro, como integrante da equipe de saúde e como coordenador da equipe de enfermagem, está qualificado para realização do acolhimento das gestantes usuárias de drogas de abuso e deve preparar a equipe de enfermagem e os agentes comunitários de saúde para o enfrentamento deste fenômeno na comunidade, visando à promoção da assistência à saúde e à redução de danos.

Há vários fatores geradores de risco gestacional, e alguns deles podem estar presentes antes da ocorrência da gravidez. São considerados marcadores e fatores de risco presentes antes da gravidez: história reprodutiva anterior e condições clínicas pré-existent; características individuais da gestante e condições socio-demográficas desfavoráveis – idade ≤ 15 ou ≥ 35 anos, altura, peso, situação conjugal insegura, conflitos familiares, baixa escolaridade, condições ambientais desfavoráveis, exposição a riscos ocupacionais e a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse, e dependência de drogas lícitas ou ilícitas (BRASIL, 2010).

Estudo realizado com mil adolescentes grávidas admitidas em um hospital do Estado de São Paulo, em trabalho de parto e/ou para curetagem uterina, revelou um perfil comportamental do uso de drogas durante a gestação: 173 adolescentes fumavam em média cinco cigarros/dia (17,3%), variando de um a 50; 266 adolescentes admitiram ter ingerido

bebida alcoólica pelo menos em uma ocasião durante a gestação (26,6%), e 28 delas, de forma abusiva (2,8%); e 17 admitiram ter usado maconha e cocaína em pó, durante a gestação (1,7%) (CHALEM et al., 2007).

De muitas maneiras, mulheres usuárias de drogas ilícitas estão escondidas da sociedade, por usar uma droga ilegal e pela criminalização social a ela relacionada, ou pelo estigma de questões inerentes ao “feminino”, como a maternidade, o cuidado dos filhos e da família e a continuidade do uso de drogas na gravidez. Elas podem ser encontradas em serviços especializados no tratamento de dependência química, onde são internados para recuperação ou por "overdose"; em delegacias de polícia, cadeias e nos presídios, onde se encontram pelos crimes relacionados às drogas; e em hospitais, em consequência de violência, ou para cuidados de saúde pelas drogas ou outras condições a elas relacionadas (comorbidades) (ZILBERMAN et al., 2001, 2003).

Considerando que o fenômeno “drogas de abuso” em mulheres tem sido influenciado pelos processos econômico, social e cultural das diferentes sociedades, torna-se necessário conhecer o perfil sociodemográfico dessas mulheres “escondidas da sociedade”, como forma de subsidiar e apoiar o desenvolvimento de ações de saúde, em particular da Enfermagem, que acolham e vinculem este subgrupo populacional (WRIGHT; CHISMAN, 2004).

Conhecer o padrão de utilização, a trajetória do uso das drogas, o estágio da dependência e os fatores interferentes pode ser uma ferramenta eficaz, para o entendimento desse fenômeno, e visa estabelecer estratégias de intervenção com maiores chances de sucesso (SANCHEZ; NAPPO, 2002).

Chama atenção a pouca modificação no comportamento das usuárias de drogas durante a gestação, pois a gravidez não foi fator suficiente para que elas abandonassem a droga. Embora o uso de drogas de abuso seja considerado como pouco influenciável pela intervenção dos serviços de saúde, visto que se relaciona a múltiplos fatores sociais, gestantes usuárias de drogas são menos assistidas nos serviços de pré-natal, quando se oportunizaria a orientação para a abstinência ou para a redução de danos, e apresentam maior incidência de complicações na gestação.

Frente a estes aspectos, o objetivo deste estudo é caracterizar o perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres usuárias de drogas de abuso na gestação, entendendo o uso de drogas lícitas ou ilícitas como fator de risco gestacional anterior à gestação e a gravidez como um ponto de virada (*turning points*) (OLIVEIRA; NAPPO, 2008; BRASIL, 2010).

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com dados retrospectivos de uma série de casos de mulheres usuárias de drogas de abuso, utilizando como técnica de abordagem do objeto a análise documental.

Estudo com série de casos é um tipo de investigação utilizado para descrever características da saúde humana, empregado para um grupo de dez ou mais pessoas, com agravo de saúde em particular, sendo comum a análise retrospectiva da vida do indivíduo (FLETCHER; FLETCHER; WAGNER, 2007).

O uso de documentos em pesquisa permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social e favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros (CELLARD, 2008).

Foram incluídas na série de casos, mulheres com diagnóstico médico secundário e/ou registro na evolução do enfermeiro de intoxicação aguda ou crônica por drogas de abuso na gestação, residentes em municípios pertencentes a 15ª Regional de Saúde (RS) – Paraná e notificadas ao Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá – CCI/HUM, entre janeiro de 2008 a dezembro de 2010. No banco de dados do CCI/HUM foram encontrados 32 casos.

O município de Maringá é a terceira maior cidade do Estado do Paraná, com uma população estimada de 357.077 habitantes, e Sarandi, município do entorno de Maringá, possui 82.847 habitantes, com características de cidades de grande porte, o que justificaria o maior número de mulheres oriundas destas cidades. No entanto, a ocorrência de casos nos municípios de pequeno porte da região Noroeste do Paraná - Itambé possui apenas 5.979 habitantes e Paranacity, 10.250 habitantes -, apontam a tendência da interiorização da oferta e do consumo de drogas de abuso (IBGE, 2011; SANTOS, 2011).

Como fontes de dados, foram utilizadas as fichas epidemiológicas de Ocorrência Toxicológica - OT, um instrumento de registro de todos os casos de intoxicação atendidos no CCI/HUM, das quais foram coletados dados de identificação da mulher e do evento toxicológico; e o prontuário hospitalar das mulheres, onde foi possível obter pelo histórico do enfermeiro e registros médicos, a história reprodutiva da mulher e os marcadores e fatores de risco presentes anteriormente à gestação, informações obstétricas e perinatais relacionadas à gravidez atual, e as condições ou complicações que surgiram no decorrer da gestação.

Foram estudadas as características individuais e socio-demográficas das mulheres (faixa etária, situação conjugal, escolaridade, situação ocupacional, e o município de residência); o padrão de utilização das drogas; as circunstâncias da internação (motivo e período da internação, evolução e desfecho clínico); e as características obstétricas e neonatais (número de gestações, número de consultas de pré-natal, idade gestacional, via do parto, condições obstétricas e complicações que surgiram no decorrer da gestação).

Os dados, coletados nos meses de março e abril de 2011, foram inseridos em uma planilha digital, gerenciados e analisados pelo *software Epi Info*, e submetidos à estatística descritiva. Realizaram-se medidas de localização central - média, mediana e/ou moda, para as variáveis: casos/ano, idade, escolaridade, período de internação, número de gestação, associação dos fatores de risco na gravidez atual.

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá e aprovado sob Parecer nº 065/2011. Por se tratar de dados secundários, foi solicitado dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 32 mulheres usuárias de drogas de abuso no ciclo gravídico puerperal, apenas uma foi admitida no puerpério imediato: o parto via vaginal, ocorreu em via pública, com idade gestacional de 34 semanas e quatro dias. Vinte e cinco (78,1%) foram internadas na Unidade de Ginecologia e Obstetrícia e sete (21,9%) na unidade de Pronto Atendimento do HUM.

A relação casos/ano variou de cinco a 15 casos, com média de 11 casos por ano. Eram procedentes de 11 dos 30 municípios da área de abrangência da 15ª RS (36,7%), mas o município de Maringá teve o maior número de notificações, com 18 casos (56,2%), seguido de Sarandi, com três (9,5%), e Itambé e Paranacity, com dois casos (6,2%), cada um.

O incremento de usuários de drogas em cidades de pequeno porte pode estar associado às estratégias de criminosos para aumentar o mercado consumidor, e um reflexo das ações de repressão nos grandes centros. À medida que aumenta a pressão e o combate dos pontos de tráfico nos municípios de grande porte, o “tráfico” procura outros locais para distribuição, onde a repressão é menor. Porém, os pequenos municípios estão despreparados para enfrentar o fenômeno em curto ou médio prazo, pois faltam conselhos municipais antidrogas e centros de tratamento e recuperação para atender aos usuários (SANTOS, 2011).

A idade das mulheres variou de 16 a 42 anos, mas a maioria se encontrava na faixa etária de 16 a 24 anos (59,4%). A média de idade foi 24,5 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das gestantes usuárias de drogas de abuso, segundo características socio-demográficas. CCI/HUM, Maringá – Paraná, 2011.

| Variáveis | Descrição | N | % |
|--------------------------------------|-------------------|----------|----------|
| Faixa etária (anos) | 16 a 19 | 8 | 25,0 |
| | 20 a 24 | 11 | 34,4 |
| | 25 a 29 | 6 | 18,7 |
| | ≥ 30 | 7 | 21,9 |
| Situação conjugal | União estável | 16 | 50,0 |
| | Solteira | 13 | 40,6 |
| | Casada | 3 | 9,4 |
| Escolaridade (anos estudados) | Nenhum | 1 | 3,1 |
| | 1 a 3 | 5 | 15,6 |
| | 4 a 7 | 15 | 47,0 |
| | 8 a 11 | 5 | 15,6 |
| | 12 e + | 1 | 3,1 |
| | Ignorada | 5 | 15,6 |
| Situação ocupacional | Do lar | 18 | 56,3 |
| | Desempregada* | 12 | 37,5 |
| | Trabalho informal | 1 | 3,1 |
| | Estudante | 1 | 3,1 |

* Nota: situação de rua (6), presidiária (2).

Oito casos de gravidez aconteceram na adolescência. A maternidade durante a adolescência restringe às opções educacionais e profissionais da mulher, contribuindo para a manutenção de condições socioeconômicas de carência. As adolescentes que não conseguem completar os estudos terão como consequência vidas de depressão econômica, com risco aumentado de exposição à prostituição e à marginalidade em decorrência da drogadição (PELLOSO; CARVALHO; VALSECCHI, 2002; NAPPO et al., 2010)

Dentre os marcadores e fatores de risco gestacionais anteriores à gravidez destaca-se a situação conjugal insegura (BRASIL, 2010). Como condição agregada à idade da gestante, a série de casos caracteriza-se por mulheres solteiras ou que vivem em regime de união estável, com relacionamento conjugal informal e rotativo, consideradas chefes de suas famílias (Tabela 1).

Entre 1998-2008, a participação das mulheres no mercado de trabalho cresceu 5,2%, o percentual de mulheres, que trabalham no Brasil, é superior a países europeus. Todavia,

44,7% das crianças e adolescentes vivem com uma renda familiar *per capita* de meio salário mínimo e 18,5% com $\frac{1}{4}$ de salário mínimo, em extremas condições de pobreza (IBGE, 2009). As famílias chefiadas por mulheres são mais vulneráveis e têm piores indicadores de acesso ao conhecimento e ao trabalho. Predominam, nesse grupo, famílias em que o chefe não se encontra ocupado e, quando ocupado, se encontra no setor informal (BARROS; CARVALHO; FRANCO, 2006).

Dentre as 27 mulheres que informaram o grau de escolaridade (84,4%), nenhuma tinha o nível de escolaridade compatível com a idade; a moda encontrada foi a quinta série do Ensino Fundamental (5). A maioria delas frequentou a escola por um período de quatro a sete anos e apenas uma informou que ainda frequentava a escola. (Tabela 1).

Estudos realizados com jovens e adolescentes revelaram que a frequência regular à escola é fator de proteção para o uso de drogas de abuso, pois a evasão escolar e a baixa escolaridade dos jovens foram determinantes na continuidade do uso de drogas (BALLANI; OLIVEIRA, 2007; BRUSAMARELLO et al., 2010)

Aliado à baixa escolaridade, a situação ocupacional das mulheres apontou que 30 delas não exerciam nenhuma atividade profissional remunerada (93,8%): 18 gestantes se declararam como do lar e 12 como desempregadas. Dentre as gestantes desempregadas, duas estavam privadas da liberdade civil, cumprindo pena por envolvimento com o tráfico de drogas, e seis encontravam-se em situação de rua, ou em trânsito na rua, no momento da internação (Tabela 1).

O álcool e outras drogas fazem parte da realidade das ruas, seja como alternativa para minimizar a fome e o frio, seja como elemento de socialização entre os membros dos grupos de rua, sendo considerado como uma das dimensões culturais que compõem o estilo de vida da população de rua. Além das dificuldades inerentes à situação de rua, observa-se que os serviços de saúde não estão preparados para o acolhimento dessa população, incluindo mulheres grávidas, em especial adolescentes, que não contam com acolhimento adequado nos locais de atendimento (COSTA, 2005).

A condição socioeconômica desfavorável se associa a condições inadequadas de moradia, ausência ou baixa escolaridade, subemprego ou desemprego e a outras condições, que associadas à pobreza contribuem para o aumento da violência, e participação, direta ou indireta, no tráfico e na criminalidade (MARÍN-LEÓN et al., 2007).

As drogas, fatores de risco gestacional presentes antes da gravidez, foram utilizadas pelas mulheres em comportamento sequencial aditivo, e o padrão de utilização iniciou-se pelas drogas “pouco nocivas”, tabaco e álcool, seguido das drogas ilícitas (BRASIL, 2010; SELEGHIM et al., 2011).

Em relação ao padrão de utilização das drogas de abuso, a análise apontou que a primeira droga lícita consumida foi o tabaco, em 25 casos (78,1%), e o álcool em seis (18,7%). A maconha foi apontada por 17 gestantes (53,1%) como a primeira droga ilícita, e apenas quatro relataram uso de cocaína em pó como droga inicial (12,5%). Apenas uma gestante apontou o *crack* como a primeira e única droga utilizada, porém o *crack* foi a droga ilícita mais utilizada durante a gestação - 24 mulheres (75%).

Em relação às drogas usadas ao longo da vida, o tabaco era utilizado por 27 mulheres (84,4%), o *crack* por 24 (75%), o álcool por 23 (71,7%), a maconha por 17 (53,1%) e a cocaína em pó por quatro (12,5%).

O tabaco, o *crack* e o álcool, drogas mais frequentes na população estudada, atravessam facilmente a barreira placentária, como consequência para a gestante, há maior incidência de descolamento prematuro de placenta (DPP), ruptura prematura de membranas (RPM) e retardo de crescimento intra-uterino (RCIU). Além disso, o princípio ativo da maconha, o tetra-hidrocanabinol – THC é altamente lipossolúvel, atravessa facilmente a barreira placentária ocasionando alterações materno-fetais (BRADY, 2007; YAMAGUCHI et al., 2008).

A cocaína, cujo cloridrato pode ser consumido de várias formas - aspirado na forma de pó; endovenoso dissolvido em água; sob a forma de base (pedra *crack* ou pasta merla), fumada em cachimbos, atravessa rapidamente a barreira placentária sem sofrer metabolização, agindo diretamente na vasculatura fetal, determinando vasoconstrição e malformações fetais (CARLINI et al., 2010; YAMAGUCHI et al., 2008).

A idade da mulher e o tipo de droga utilizada são apontados como fatores demarcadores de diferenças entre mulheres usuárias de drogas. De modo geral, as adolescentes além de consumir bebida alcoólica, fazem uso de drogas ilícitas como maconha, cocaína e *crack*, enquanto as mulheres adultas preferem cigarro, álcool e medicamentos, especialmente os anorexígenos e tranquilizantes (OLIVEIRA; NASCIMENTO; PAIVA, 2007; SELEGHIM et al., 2011).

Estudo realizado com usuários de *crack* apontou o tabaco e o álcool como as drogas lícitas de primeiro uso, e na sequência a maconha, já consumida durante a adolescência. Há associação entre o uso de certas substâncias, idade do usuário, ambiente de convivência, condições socioeconômicas e a influência do tráfico, que no caso do Brasil, teve papel determinante na imposição de algumas drogas (SANCHEZ; NAPPO, 2002; SELEGHIM et al., 2011).

Estima-se que 10% das mulheres norte-americanas, que utilizaram cocaína em pó e/ou alcalinizada durante a gravidez, apresentaram intercorrências na gestação, como parto

premature, DPP, e outras complicações perinatais, favorecendo as internações hospitalares (YAMAGUCHI et al., 2008).

Gestantes que não procuraram cuidados pré-natais têm maior risco de continuar o uso de drogas na gestação. Estudo realizado por meio de teste biológico de detecção de drogas na urina em 50 parturientes, que não receberam cuidados no pré-natal, revelou 52% de exames positivos para cocaína, 14% para opioides, 8% para maconha (tetra-hidrocanabinol) e anfetaminas. Das 26 amostras positivas para cocaína, seis (23%) também foram positivas para opiáceos e quatro (15%) positivas para as anfetaminas (BIRNBACH et al., 2001).

As circunstâncias da internação foram categorizadas pelos critérios estabelecidos para determinação dos fatores de risco da gravidez (BRASIL, 2010) e apontou que 18 gestantes, ao serem admitidas no HUM, apresentavam complicações que permitiam classificá-las como gestantes de alto risco (56,2%). Dentre elas, dez gestantes apresentavam doenças obstétricas na gravidez atual (31,2%) - sete estavam em TPP (21,8%) e três com óbito fetal (9,4%); e três apresentavam intercorrências clínicas (9,4%) - infecção do trato urinário (ITU). Cinco gestantes foram internadas por causas externas/violência (15,7%) - duas vítimas de violência doméstica, duas politraumatizada, e uma com intoxicação alcoólica aguda. (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das gestantes, segundo as circunstâncias da internação. CCI/HUM, Maringá – Paraná, 2011.

| Variáveis | Descrição | N | % |
|-------------------------------------|--------------------------------------|----------|----------|
| Motivo da internação | Trabalho de parto | 13 | 40,6 |
| | Intercorrências clínicas/obstétricas | 13 | 40,6 |
| | Causas externas/violência | 5 | 15,7 |
| | Puerpério imediato | 1 | 3,1 |
| Evolução da internação | Parto | 19 | 59,3 |
| | Tratamento ginecológico/obstétrico | 9 | 28,1 |
| | Tratamento cirúrgico/ortopédico | 4 | 12,6 |
| Via do parto | Cesariana | 12 | 63,1 |
| | Vaginal | 7 | 36,9 |
| Período de internação (dias) | até 1 | 4 | 12,6 |
| | 2 a 3 | 14 | 43,7 |
| | 4 a 7 | 9 | 28,1 |
| | ≥ a 8 | 5 | 15,6 |
| Saída/Desfecho clínico | Alta hospitalar/cura | 31 | 96,9 |
| | Transferência | 1 | 3,1 |

Em relação à evolução da internação, nove gestantes fizeram tratamento ginecológico/obstétrico; e quatro foram submetidas a tratamento cirúrgico/ortopédico. Em 19 gestantes ocorreu a interrupção da gestação (Tabela 2).

A determinação da via de parto e o momento ideal para este evento nas gestações são dilemas vivenciados pelo médico ou enfermeiro obstetra e a decisão é influenciada pela avaliação da gestante e da vitalidade fetal. A gravidez de risco não é sinônimo de cesariana, pois em muitas situações é possível a indução do trabalho de parto visando ao parto natural, ou aguardar o seu início espontâneo (BRASIL, 2010).

Dos 19 partos ocorridos, sete gestantes chegaram em trabalho de parto efetivo e evoluíram para parto vaginal, e para seis delas o parto ocorreu prematuramente. O método escolhido para interrupção das demais gestações foi o parto cesariana (63,1%) (Tabela 2).

O Brasil é um dos países com maior ocorrência de cesarianas no mundo, embora a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleça que a taxa deva permanecer entre 10 a 15% do total de partos hospitalares e não deva ultrapassar 30% das gestações de risco; estatísticas do Paraná indicam que no ano de 2004 o índice foi 49% de parto cesariana. Este método, embora indicado nas gestações de alto risco, é considerado pela OMS, como uma das práticas mais frequentes e com indicação inadequada de interrupção da gestação (CAMPANA; PELLOSO, 2007).

A alta hospitalar a puérperas que realizaram parto vaginal, sem anormalidades observadas nos binômios mãe e filho, pode ser concedida em 24h, e naquelas submetidas ao parto cirúrgico, em 48h (BRASIL, 2001). Porém, o período de internação encontrado na série de casos foi superior, uma vez que variou de um a 13 dias. A média de hospitalização foi de 4,2 dias e a moda foi três dias, para dez casos (Tabela 2).

Nos casos onde ocorreu um período longo de internação, buscou-se verificar o motivo da internação. Das nove mulheres que permaneceram hospitalizadas por até sete dias, seis eram puérperas e duas fizeram tratamento clínico para ITU; e para cinco mulheres que ultrapassaram oito dias de internação (15,6%), quatro estavam no puerpério e uma em tratamento clínico/obstétrico para TPP/ITU.

Vários fatores tornam a ITU uma relevante complicação do período gestacional, agravando tanto o prognóstico materno quanto o prognóstico perinatal. Durante muitos anos, a gestação foi vista como fator predisponente a todas as formas de ITU. Hoje, sabe-se que a gravidez, como evento isolado, não é responsável pela maior incidência; as mudanças anatômicas e fisiológicas impostas ao trato urinário pela gravidez predispõem à

transformação de mulheres assintomáticas em gestantes com ITU sintomáticas (DUARTE et al., 2008).

De forma geral, as complicações maternas das ITU são secundárias ao dano tecidual causado por endotoxinas bacterianas, ocorrendo principalmente nos quadros de pielonefrite. Dentre as complicações perinatais, destacam-se o trabalho de parto e parto prematuros, recém-nascidos de baixo peso, ruptura prematura de membranas, RCIU, e óbito perinatal. Gestações complicadas por infecção urinária estão associadas também ao aumento de mortalidade fetal (DUARTE et al., 2008).

Na alta hospitalar, todas receberam encaminhamento às unidades básicas de saúde. Apenas em um caso o desfecho foi a transferência hospitalar - uma gestante de 24 anos, moradora de rua, politraumatizada, que retomou ao hospital de origem para tratamento da dependência química por *crack* (Tabela 2).

O acompanhamento da equipe de saúde é de extrema importância, pois, sabe-se que é difícil para a puérpera dependente química manter sua identidade materna, pois os efeitos das drogas podem influenciar no seu comportamento e na habilidade de realizar atividades de vida diárias, com ela e com o recém-nascido. Quando saem em busca da droga, muitas deixam os filhos sozinhos por longos períodos. Além disso, muitas apresentam dificuldade em desempenhar tarefas maternas, pois tiveram pouco contato positivo com suas mães, cresceram em ambiente familiar conflituoso, e não têm a presença cotidiana de um companheiro (ROLDÁN; GALERA; O'BRIEN, 2005).

Deve-se considerar, na alta hospitalar de mulheres usuárias de drogas, o encaminhamento para ações de planejamento reprodutivo, uma vez que a maioria delas pratica sexo sem proteção, mantêm comportamento aditivo no puerpério e apresentam vários fatores de risco para gravidez indesejada e multiparidade. A equipe de saúde deve atuar com estratégias de aconselhamento e redução de danos com vistas ao planejamento familiar/reprodutivo, tendo em vista que estas ações, assim como o pré-natal, fazem parte dos principais cuidados à saúde sob responsabilidade dos municípios (BRASIL, 2004).

O número de gestação/mulher variou entre uma e oito gestações, e a moda foram duas gestações, em 11 gestantes. Destacam-se duas gestantes, com idade inferior a 30 anos e histórico de oito gestações; uma delas era moradora de rua, evidenciando ausência de acesso ao planejamento reprodutivo (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das gestantes usuárias de drogas de abuso, segundo variáveis obstétricas. CCI/HUM, Maringá – Paraná, 2011.

| Variáveis | Descrição | N | % |
|------------------------------------|-----------|----|------|
| Gestação/Mulher | Primeira | 6 | 18,7 |
| | 2 a 3 | 14 | 43,7 |
| | 4 a 5 | 8 | 25,0 |
| | ≥ a 6 | 2 | 6,3 |
| | Ignorado | 2 | 6,3 |
| Idade gestacional (semanas) | ≤ 13 | 6 | 18,7 |
| | 14 a 21 | 2 | 6,3 |
| | 22 a 27 | 1 | 3,1 |
| | 28 a 31 | - | - |
| | 32 a 36 | 8 | 25,5 |
| | 37 a 41 | 13 | 40,6 |
| | Ignorada | 2 | 6,3 |
| Consulta pré-natal | Nenhuma | 21 | 65,6 |
| | 1 a 3 | 8 | 25,0 |
| | 4 a 6 | 2 | 6,3 |
| | ≥ a 7 | 1 | 3,1 |

Os cuidados a gestantes dependentes de álcool e outras drogas é complexo e exige competências técnicas e psicossociais dos profissionais de saúde. A principal barreira no acompanhamento das mulheres dependentes é o preconceito e, quando estão grávidas, esse preconceito se multiplica, por isso elas tendem em não relatar o consumo de drogas durante a gestação (LARANJEIRA et al., 2003; ZILBERMAN et al., 2001, 2003).

Como gestantes usuárias de drogas de abuso, elas procuram menos assistência pré-natal e têm tendência em não relatar o consumo, em especial de álcool, tabaco e cocaína, há dificuldades em estimar-se a idade gestacional (IG) precisa (LARANJEIRA et al., 2003).

Considerando que 21 mulheres não realizaram nenhuma consulta pré-natal (65,6%), dificultando a estimativa da idade gestacional (IG) precisa, verificou-se que 30 gestantes estavam entre a sétima e a 41ª semana gestacional. A maioria delas encontrava-se entre a 32ª e 41ª semana gestacional aproximadamente (Tabela 3).

O cálculo da IG foi realizado pelas características dos recém-nascidos (RN), através do *Capurro*. Dentre os seis prematuros (31,5%), a IG variou de 32ª semana e cinco dias e a 36ª semana e um dia, e 13 RN foram consideradas a termo (68,4%), com IG entre a 37ª a 41ª semana gestacional.

A avaliação da IG do RN por meio do *Capurro* é baseada nos aspectos físicos que amadurecem com o avançar da idade fetal, como a firmeza progressiva do pavilhão da orelha,

volume crescente do tecido mamário, diminuição dos pelos finos e imaturos de lanugem sobre o dorso e diminuição da opacidade da pele; os sinais são avaliados durante o primeiro dia de vida e são atribuídos pontos, onde o valor cumulativo correlaciona-se com a IG e essa correlação geralmente é precisa, podendo definir se a gestação era a termo ou pré-termo (EGEWARTH; PIRES; GUARDIOLA, 2002).

Gravidez pré-termo é aquela cuja IG se encontra entre 22^a (ou 154 dias) e 37^a semanas (ou 259 dias), e se associa a fatores maternos ou obstétricos (partos prematuros anteriores, gestação múltipla, RPM, polidrâmnio, ITU, infecções vaginais) ou fatores comportamentais (tabagismo, alcoolismo e outras drogas de abuso), hábitos alimentares inadequados, traumatismos, alterações fetais e placentárias e condições socioeconômica adversas que favoreçam as complicações (BRASIL, 2010).

Embora a prevenção da prematuridade continue sendo um desafio para a Obstetrícia, alguns resultados têm sido obtido por meio da identificação e tratamento de infecções genitais e do trato urinário no pré-natal, encontradas em 9,4% das gestantes estudadas (BRASIL, 2010).

Apenas uma gestante atendeu ao número de consultas pré-natal preconizado, e era acompanhada no ambulatório de Gestação de Alto Risco do HUM. Onze mulheres realizaram consultas no decorrer da gestação (34,4%), oito delas realizaram duas consultas médicas em serviços de urgências, relacionadas às intercorrências na gravidez. (Tabela 3)

O calendário estabelecido pelo Programa de Humanização no Pré-natal e no Nascimento (PHPN) prevê a realização de consultas mensais até 33^a semanas, quinzenais da 34^a a 38^a semanas, e semanais da 39^a a 40^a semana e a cada três dias após a 40^a semana, com limite máximo de até 42 semanas. Gestantes sem fatores de risco devem realizar no mínimo seis consultas no decorrer da gestação. Os fatores de risco presentes antes da gestação e as complicações que podem surgir no decorrer da gestação, deverão ser identificados no pré-natal, as gestantes deverão ser encaminhadas a atendimento adequado à sua situação (PARANÁ, 2001; BRASIL 2010).

Durante a internação, quatro gestantes apresentaram sinais e sintomas compatíveis com síndrome de abstinência, porém não se pode afirmar que as demais estavam abstinentes de drogas ou haviam desenvolvido estratégias de manutenção de padrões continuados de uso de drogas em níveis mais moderados, considerando a duração da internação e o tempo médio da “janela” do uso de drogas para apresentação de sinais clínicos da abstinência. Foi identificado um caso de tentativa de suicídio, em gestante no primeiro trimestre da gestação,

com produto saneante (hipoclorito de sódio), e a mulher foi diagnosticada com transtorno de ansiedade e depressão.

O peso dos recém-nascidos em nove casos foi inferior a 2.500 gr, e o índice de Ápgar, foi de 05/08 em 10%, sendo valores considerados bons e indicativos de ausência de asfixia no neonato quando apresentam um *score* de 8 a 10. A diminuição do fluxo placentário é um dos principais fatores do baixo peso ao nascer e é considerado um indicador da qualidade da assistência à saúde reprodutiva da mulher, pois os fatores causais são passíveis de controle na presença de atenção adequada à mulher em idade fértil, e esta intimamente relacionada à mortalidade infantil (YAMAGUCHI et al., 2008). Os sintomas de abstinência, principalmente a combinação hiporeatividade/hipoglicemia, foram apresentados por nove dos recém-natos, cinco necessitaram de UTI neonatal, e um evoluiu em óbito neonatal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria das mulheres se encontrava em idade reprodutiva, na faixa etária de 15 a 24 anos, com nível de escolaridade abaixo do esperado para a idade, e estava fora do mercado de trabalho, corroborando com os dados da literatura que associa o uso de drogas com pobreza, situações de extrema vulnerabilidade e exclusão social.

Este perfil sociodemográfico é compatível com a literatura sobre o tema, porém algumas características da série de casos, como a multiparidade, o baixo vínculo à assistência pré-natal, o poliuso de drogas durante a gestação e o alto número de intercorrências clínico-obstétricas indicam que houve dificuldade do serviço de saúde em acessá-las, resultando em aumento do período de internação, utilização de leitos neonatológicos e óbito neonatal.

As consequências do uso abusivo de álcool e outras drogas nem sempre são bem dimensionadas pela população pelas atitudes ambivalentes e o estigma associado ao uso e à usuária, presente em diversas culturas e classes sociais, evidenciados neste estudo pela ausência de pré-natal e pela dificuldade do serviço em acessar as gestantes usuárias de drogas.

Considerando que a gravidez é um evento significativo de vida que tende a favorecer a interrupção do consumo de drogas, os serviços de saúde de pré-natal deveriam atuar como apoiadores da alteração da relação de exclusividade com a droga, incentivando estratégias de abstinência ou de manutenção de padrões em níveis mais moderados.

Quanto às drogas utilizadas durante a gravidez, evidenciou-se a existência do comportamento aditivo sequencial na vida das gestantes, destacando o tabaco, a cocaína na forma alcalinizada – *crack*, a bebida alcoólica e a maconha. Com a diversidade de drogas no

mercado e a expansão e complexidade que envolve o consumo no universo feminino, há necessidade de atuar para impedir esta trajetória do uso de drogas neste grupo, com ênfase nas mulheres em idade reprodutiva, tendo em vista as complicações reveladas nos binômios mãe e filho.

Em relação aos fatores de risco anteriores à gestação, além do uso habitual de drogas de abuso, destacou-se gravidez na adolescência, situação conjugal insegura e baixa escolaridade. Em relação aos riscos durante a gravidez, destacaram-se problemas clínico-obstétricos associadas ao uso de drogas de abuso.

A alta paridade foi considerada característica marcante, principalmente por se tratar de uma população relativamente jovem, em fase reprodutiva, e o uso de drogas na adolescência associado à gravidez indesejada ou não-planejada. Este resultado evidencia a necessidade de estratégias que visem ao planejamento reprodutivo e familiar.

Vale salientar a necessidade de sensibilizar a equipe de saúde no sentido de notificar a ocorrência toxicológica aguda ou crônica e a importância de serviços de referência e contrarreferência visando à redução de danos após a alta hospitalar. Houve três casos em que as gestantes foram notificadas em duas circunstâncias distintas, e em dois deles, as usuárias retornaram ao hospital, grávidas novamente.

Embora se reconheça as limitações deste estudo, tendo em vista que os dados foram coletados por meio de análise documental, os achados permitiram visualizar o impacto do fenômeno na população feminina em idade reprodutiva e os problemas relacionados à saúde materno-infantil.

Acredita-se que a detecção precoce deste fenômeno, por profissionais da estratégia saúde da família, permitirá que as mulheres sejam acolhidas no sistema e favorecerá o reconhecimento da gestação como um ponto de virada para facilitar a adesão e o tratamento da dependência química, minimizando as complicações obstétricas, promovendo a redução de danos e qualidade de vida à mãe e ao recém-nascido.

REFERÊNCIAS

BALLANI, T. S. L.; OLIVEIRA, M. L. F. Uso de drogas de abuso e evento sentinela: construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 488-94, 2007.

BARROS, R. P.; CARVALHO, M.; FRANCO, S. **Pobreza multidimensional**. Rio de Janeiro: IPEA, 2006. (Texto para discussão, 1227).

BIRNBACH, D. J. et al. Identification of polysubstance abuse in the parturient. **British Journal of Anaesthesia**, Oxford, v. 87, n. 3, p. 488-490, 2001.

BRADY, K. Toward optimal health: discusses challenges of substance abuse in women conversation with the experts. **Journal of Women's Health**, Virginia, v. 16, n. 2, p. 163-167, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília, DF, 2010. (Serie A. Normas e manuais técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada a mulher. Brasília, DF, 2001.

BRUSAMARELLO, T. et al. Papel da família e da escola na prevenção do uso de drogas pelo adolescente estudante. **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 766-773, 2010.

CAMPANA, H. R.; PELLOSO, S. M. Levantamento dos partos cesárea realizados em um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 1, p. 51-63, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a04.htm>> Acesso em: 15 nov. 2011.

CARLINI, E. A. et al. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**. 5. ed. Brasília, DF: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Cebrid; Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – Senad, 2010. Leitura recomendada para alunos a partir do 7º ano do ensino fundamental.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Tradução de Ana Cristina Nasser. Petrópolis, RJ: Vozes. 2008. p. 295-315.

CHALEM, E. et al. Gravidez na adolescência: perfil sócio demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 177-186, 2007.

COSTA, A. P. M. População em situação de rua: contextualização e caracterização. **Revista Virtual Textos & Contextos**, Porto Alegre, ano 4, n. 4, 2005. Não paginado.

DUARTE, G. et al. Infecção urinária na gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia & Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 93-100, 2008.

EGEWARTH, C.; PIRES, F. D. A.; GUARDIOLA, A. Avaliação da idade gestacional de recém-nascidos pré-termo através do exame neurológico e das escalas neonatais e obstétrica. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 60, n. 3, p. 755-759, 2002.

FLETCHER, R. T. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H. **Epidemiologia clinica**: aspectos fundamentais. Barcelona: Elsevier Masson, 2007.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE cidades@**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidades>>. Acesso em: 17 out. 2011.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios (Pnad). **Síntese de indicadores sociais 2009**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/>>. Acesso em: 20 nov. 2011.

LARANJEIRA, R. et al. (Coord.). **Usuários de substâncias psicoativas**: abordagem, diagnóstico e tratamento. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Associação Médica Brasileira. 2003.

MARÍN-LEÓN, L. et al. Percepção dos problemas da comunidade: influência de fatores sócio-demográficos e de saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1089-1097, 2007

NAPPO, S. et al. O Crack em São Paulo, 20 anos depois: consciência alterada, o universo paralelo das drogas. **Scientific American Brasil**, São Paulo, v. 8, n. 38, 2010. Edição especial.

OLIVEIRA, J. F.; NASCIMENTO, E. R.; PAIVA, M. S. Especificidades de usuários(as) de drogas visando uma assistência baseada na heterogeneidade. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 694-698, 2007.

OLIVEIRA, J. F.; PAIVA, M. S.; VALENTE, C. L. M. Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 473-481, 2006.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 664-671, 2008.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Natural é o parto normal**: pré natal, parto e puerpério. 2. ed. Curitiba: SESA, 2001.

PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; VALSECCHI, E. A. S. S. O vivenciar da gravidez na adolescência. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 24, n. 3, p. 775-781, 2002.

RODRIGUES D. T., NAKANO A. M. S. Violência doméstica e abuso de drogas na gestação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 1, n. 60, p. 77-80, 2007.

ROLDÁN, M. C. B.; GALERA, S. A. F.; O'BRIEN, B. Percepção do papel materno das mulheres que vivem no contexto da droga e da violência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, p. 1118-1126, 2005. Número especial.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; NAPPO, S. A. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 420-430, 2002.

SANTOS, E. Tráfico de drogas avança para as pequenas cidades. **Diários dos Campos**, Ponta Grossa, 20 mar. 2011. Disponível em: <<http://www.diariodoscamos.com.br/policia/noticias/40269/?noticia=trafico-de-drogas-avanca-para-as-pequenas-cidades>>. Acesso em: 04 nov. 2011.

SELEGHIM, M. R. et al. Vínculo familiar de usuarios de crack atendidos en una unidad de emergencia psiquiátrica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, [09 pantallas], 2011. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 29 out. 2011.

YAMAGUCHI, E. T. et al. Drogas de abuso e gravidez. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, p. 44-47, 2008. Supl. 1.

WRIGHT, M. G. M.; CHISMAN, A. M. A saúde internacional, o fenômeno das drogas e a profissão de enfermagem na América Latina. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 264-271, 2004.

ZILBERMAN, M. L. et al. Drug-dependent women: demographic and clinical characteristics in a Brazilian sample. **Substance Use Misuse**, New York, v. 36, n. 8, p. 1111-1127, 2001.

ZILBERMAN, M. L. et al. Gender differences in treatment-seeking brazilian drug-dependent individuals. **Substance Abuse**, Virginia, v. 24, n. 1, p. 17-25, 2003.

4.2 ARTIGO 2

**FATORES DESENCADEANTES DO USO DE DROGAS
DE ABUSO EM MULHERES¹****TRIGGERING FACTORS FOR THE USE OF ABUSED DRUGS IN WOMEN****FACTORES DESENCADEANTES DEL USO DE DROGAS DE ABUSO EN
MUJERES****RESUMO**

O objetivo deste estudo é identificar e discutir fatores desencadeantes do uso de drogas no ciclo gravídico puerperal. Estudo qualitativo de caráter descritivo com 12 mulheres provenientes de três municípios do Paraná, notificadas a um centro de assistência toxicológica nos anos 2008 a 2010. Os dados foram coletados da ficha de Ocorrência Toxicológica dos prontuários, e do roteiro para entrevista semiestruturado aplicado durante visita domiciliar e analisados por conteúdo temático. A maioria era da raça/cor parda, estava entre 17 e 33 anos e convivia em união estável. Os fatores desencadeantes do uso de drogas estavam relacionados às características individuais das mulheres e aspectos socioculturais vivenciados na comunidade de convivência. Destacaram-se a faixa etária precoce, baixa escolaridade, baixa inserção no mercado de trabalho, conflitos intrafamiliares e o uso e tráfico de drogas pelos companheiros e parentes. Verificaram-se vínculo afetivo fraco e conflituoso, com dinâmica familiar inadequada. Amigos, familiares e companheiros favoreceram o comportamento aditivo.

Palavras-chave: Causalidade. Comportamento Aditivo. Drogas Ilícitas. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

This study identified and discussed the triggering factors for the use of abused drugs in pregnancy puerperal cycle. This is a descriptive qualitative study with 12 women from three municipalities of Paraná State, referred to a center for toxicological assistance in the years of 2008 to 2010. Data were collected from the record of toxicological occurrence of the medical charts, and from the script for semi-structured interview applied during home visits and analyzed by thematic content. Most was of the race/color brown, between 17 and 33 years and living in common-law marriage. The triggering factors for the use of drugs were related to the individual characteristics of women and sociocultural factors experienced in the community. Highlighted the younger age groups, low education, low participation in labor market, family conflicts, and the use and trafficking of drugs by spouses and relatives. It was verified a weak

¹ O presente artigo é resultado parcial da dissertação *Contextos de Exclusão Social e de Vulnerabilidade de Mulheres Usuárias de Drogas no Ciclo Gravídico Puerperal*, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (PSE/UEM).

and conflicting emotional bond, with inadequate family dynamics. Friends, relatives, and spouses have favored the addictive behavior.

Keywords: Causality. Addictive behavior. Illicit Drugs. Disorders related to the abusive use of drugs. Women Health.

RESUMEN

El objetivo de identificar y discutir factores desencadenantes del uso de drogas en el ciclo gravídico puerperal. Estudio cualitativo de carácter descriptivo con 12 mujeres provenientes de tres municipios de Paraná, notificadas a un centro de asistencia toxicológica en los años 2008 a 2010. Los datos fueron colectados de la ficha de Incidencia Toxicológica, de los prontuarios, y del itinerario para entrevista semi-estructurado aplicada durante visita domiciliar y analizados por contenido temático. La mayoría era de la raza/color pardo, estaba entre 17 y 33 años y convivía en unión estable. Los factores desencadenantes del uso de drogas estaban relacionados a las características individuales de las mujeres y aspectos socio-culturales presenciados en la comunidad de convivencia. Se destacaron la edad precoz, baja escolaridad, baja inserción en el mercado de laboral, conflictos intrafamiliares y el uso y tráfico de drogas por los compañeros y familiares. Se verificaron vínculo afectivo débil y conflictos, con dinámica familiar inadecuada. Amigos, familiares y compañeros favorecieron el comportamiento adictivo.

Palabras clave: Causalidad. Comportamiento Adictivo. Drogas Ilícitas. Trastornos Relacionados al Uso de Sustancias. Salud de la Mujer.

INTRODUÇÃO

O consumo de drogas é uma prática humana milenar e universal nas diversas sociedades, as drogas eram utilizadas com fins religiosos, culturais e medicinais. Porém, a partir do século XX, o consumo se transformou em preocupação social e sanitária mundial, em função da alta frequência e dos danos sociais relacionados ao uso e ao comércio ilegal/tráfico. Poucos fenômenos sociais acarretam mais custos com Justiça e Saúde, dificuldades familiares e notícias na mídia mundial como o consumo abusivo de drogas (TAVARES; BÉRIA; LIMA, 2001; PRATTA; SANTOS, 2006).

Mas o que diferencia o uso das drogas no passado e no presente, é que elas deixaram de ser um elemento de integração, um fator de coesão em nível social e emocional como eram vistos nas sociedades antigas, e atualmente o consumo ocorre de forma individualizada e abusiva. Além disso, há enorme quantidade de substâncias no mercado, facilidade de aquisição, elementos que contribuem para a disseminação e iniciação ao consumo (PRATTA; SANTOS 2006; ROEHRS; LENARDT; MAFTUM, 2008).

Em âmbito geral, as drogas de abuso são classificadas, quanto ao *status* legal das substâncias, em lícitas e ilícitas. As drogas lícitas possuem permissão do Estado para serem comercializadas e consumidas, contendo substâncias psicoativas, cuja produção,

comercialização e uso não são criminalizados, representadas principalmente pelo álcool, tabaco e medicamentos. Enquanto as drogas ilícitas não podem ser comercializadas e a produção e venda são passíveis de criminalização e repressão. As mais utilizadas são a maconha, a cocaína em pó ou alcalinizada e a heroína (BRASIL, 2010; CARLINI et al., 2010).

Elas também podem ser classificadas conforme o mecanismo de ação ou efeito que causam no sistema nervoso central (SNC), em depressoras - lentificam ou diminuem a atividade cerebral; em estimulantes - aumentam a vigília e a atenção, aceleram o pensamento e causam euforia; e em perturbadoras – causam alucinações geralmente de natureza visual (CARLINI et al., 2010).

Historicamente, problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas eram mais comuns entre os homens, porém as mudanças no papel social da mulher têm determinado a diminuição dessa diferença, especificamente entre as mais jovens. Atualmente, nota-se que a dependência acomete subgrupos com características heterogêneas (ZILBERMAN et al., 2001, 2003).

Outro aspecto relacionado ao aumento do consumo na população feminina são os estímulos dados às drogas lícitas como álcool, tabaco e anorexígenos pelos meios de comunicação que tendem a veicular o consumo associado à beleza, sedução, sucesso profissional e riqueza. Haja vista que o apelo psicológico da mídia acaba influenciando de forma negativa as adolescentes (PRATTA; SANTOS, 2006; MARTINS; PILLON, 2008).

Outro fator relevante é que em muitos casos, o uso de tabaco e de álcool inicia-se precocemente no ambiente familiar ou entre grupos de amigos. As representações sociais que levam à adesão ou à condenação do uso de drogas dependem do contexto sociocultural e familiar que a mulher esteja inserida, pois os significados atribuídos ao uso diferem de grupo para outro, dentro da sociedade, inclusive nas famílias (ROEHRS; LENARDT; MAFTUM, 2008; BRUSAMARELLO, 2011).

Consequentemente, verifica-se que a morbimortalidade associada ao uso de álcool encontra-se acentuada entre as mulheres, que apresentam taxas mais elevadas de cirrose hepática que os homens; provavelmente, ações hormonais contribuem de forma atenuante no dano hepático causado pelo álcool. Além disso, hipertensão arterial, anemia, desnutrição, úlceras gastrintestinais, cardiopatias e transtornos psiquiátricos avançam mais rápido entre as mulheres (ZILBERMAN et al. 2001, 2003).

Há hipóteses que drogas como a cocaína, a maconha, os tranquilizantes e estimulantes tenham efeitos mais prejudiciais em mulheres. No entanto, a maioria das pesquisas realizadas

para o estabelecimento de evidências clínicas dos efeitos da longevidade do abuso de drogas se concentra no grupo de homens (ZILBERMAN et al., 2001, 2003; PINSKY; JUNDI, 2008).

Por outro lado, nos últimos anos tem-se observado o aumento substancial do número de mulheres usuárias de álcool e outras drogas de abuso admitidas em hospitais da rede pública, com intercorrências clínicas, cirúrgicas e obstétricas decorrentes do comportamento aditivo. As restrições legais existentes no Brasil fazem que, apenas durante a internação, a equipe de saúde seja informada da situação de dependência, principalmente por meio de crises de abstinência ou de atitudes características do uso de drogas – “fissura”, aparência desleixada e emagrecimento.

Considerando que o fenômeno drogas de abuso em mulheres tem sido influenciado pelos processos econômico, social e cultural de diferentes sociedades, conhecer os fatores desencadeantes do uso abusivo de drogas por essas usuárias “escondidas da sociedade”, contribui para direcionar ações de saúde para o binômio mãe/filho, principalmente sob a ótica das políticas públicas que acolham e vinculem este subgrupo populacional (WRIGHT; CHISMAN, 2004).

Como fatores desencadeantes para o uso de drogas entendem-se aqueles que ocorrem antes do uso indevido e estão associados, estatisticamente, a um aumento da probabilidade da iniciação e continuidade ao abuso de drogas. Esses fatores estão relacionados com diferentes contextos sociais, como a família, os pares, a escola, a comunidade de convivência e a mídia (SCHENKER; MINAYO, 2005).

Por outro lado, tem sido descrito mudança de comportamento de usuários de drogas nos denominados pontos de virada (*turning points*), eventos significativos de vida que tendem a favorecer a interrupção do consumo, como tendência entre indivíduos que passaram da fase compulsiva do uso de drogas para padrões controlados, como forma de auto-regulação do próprio usuário (OLIVEIRA; NAPPO, 2008). A gravidez e a experiência da maternidade deveriam ser um ponto de virada, com conseqüente diminuição ou abstinência de drogas.

Neste contexto, delineou-se o presente estudo com o objetivo de identificar e discutir fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso por mulheres, no ciclo gravídico puerperal.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter descritivo, a partir de dados retrospectivos de uma série de casos de mulheres usuárias de drogas de abuso, hospitalizadas durante a gestação.

Participaram do estudo 12 mulheres, com registro médico ou do enfermeiro de intoxicação aguda ou crônica por drogas de abuso na gestação incluídas na série de casos. Eram residentes em três municípios da região Noroeste do Paraná – Maringá, Sarandi e Paçandu, e foram notificadas ao Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá (CCI/HUM) no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2010.

A escolha dos três municípios, que fazem parte de um processo de conurbação do polo metropolitano de Maringá, procurou atender à dimensão dada ao estudo e à conveniência da investigadora, uma vez que a coleta de dados empíricos ocorreu por meio de visita domiciliar.

Os dados foram coletados da ficha epidemiológica de Ocorrência Toxicológica (OT) do CCI/HUM, dos prontuários hospitalares de internação das mulheres, e de um roteiro para entrevista semiestruturada.

Da ficha OT - um instrumento de registro de todos os casos de intoxicação com modelo padronizado nacionalmente - foram coletados os dados de identificação do intoxicado, da ocorrência toxicológica, do tratamento realizado, da evolução clínica e do desfecho do caso, e dos prontuários das internações hospitalares, dados sobre as intercorrências clínico-obstétricas que desencadearam a internação e do tratamento recebido.

O roteiro para entrevista semiestruturada foi composto por quatro eixos temáticos - Caracterização da mulher, Caracterização familiar, Indicadores sociais e de saúde da família e Dados da internação. No presente estudo foi utilizado parte do roteiro, enfatizando os dados sociodemográficos da mulher e os fatores socioculturais ligados à família - as drogas utilizadas, o comportamento aditivo, as comorbidades diagnosticadas, as situações de conflitos familiares e com a Justiça.

Os dados foram coletados pelas pesquisadoras nos meses de março e julho de 2011, em dois momentos distintos: análise documental, com coleta de dados das Fichas OT e dos prontuários hospitalares das mulheres; e entrevista domiciliar, por meio de um único encontro com cada participante, quando se obteve a narrativa de fatos e acontecimentos relevantes no histórico de vida das mulheres que favoreceram ao uso das drogas de abuso.

A entrevista foi individual, teve duração de média de 60 min, e foi gravada, na sua totalidade, em mídia digital, o que possibilitou a transcrição na íntegra. Os casos foram enumerados e estão descritos de acordo com a ordem que foram realizadas as entrevistas, com as iniciais das entrevistadas para identificá-las.

Os depoimentos foram analisados por meio da análise de conteúdo (MINAYO, 2010) e agrupados em duas categorias temáticas: fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso e situações excludentes vivenciadas ao longo da vida.

O estudo foi submetido à avaliação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá e aprovado com o Parecer 065/2011. As entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização das mulheres e do uso de drogas

A idade das mulheres variou entre 17 e 33 anos, com média de 25,7 anos. Sete se declararam da raça/cor parda, cinco eram solteiras e sete conviviam com companheiros em união estável. Nenhuma tinha o nível de escolaridade compatível com a idade, a maioria estava quatro anos abaixo do nível de escolaridade esperado.

A análise da situação ocupacional apontou que nenhuma das entrevistadas exercia atividade econômica remunerada no momento da entrevista - dez se declararam como do lar e duas estavam “em situação de rua”. Nove mulheres não tinham renda fixa, sobreviviam com a pensão alimentícia dos filhos ou auxílio governamental do Programa Bolsa Família.

O motivo principal da internação foi trabalho de parto e lesões originárias de violências. No decorrer da internação, informaram à equipe médica ou de enfermagem sobre o comportamento aditivo, ou apresentaram sinais e sintomas compatíveis com abstinência de drogas, e foram diagnosticadas com intoxicação crônica por drogas de abuso.

O *crack* foi a droga ilícita frequentemente utilizada durante a gestação, citada por oito mulheres. Três mulheres informaram a utilização de múltiplas drogas durante a gestação - Caso 8/RAC - maconha + *crack*; Caso 9/RCSP - álcool e *crack*; e Caso 12/SP - álcool + maconha + *crack*.

Todas iniciaram o uso de drogas na adolescência, entre 12 e 18 anos; a maioria antes de completar 15 anos de idade. Quatro informaram a iniciação do uso de múltiplas drogas aos 12 anos (Tabela 1).

Em relação ao padrão de utilização das drogas de abuso, individualmente o tabaco foi a primeira droga utilizada por todas as mulheres. Tabaco e álcool foram as drogas de iniciação para oito casos, concomitantemente, na adolescência (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das mulheres usuárias drogas de abuso na gestação, segundo padrão de utilização das drogas. Maringá – Paraná, 2011.

| Variáveis | Descrição | N | % |
|---------------------------------|------------------------|----|------|
| Início do uso (anos) | 12 a 15 | 9 | 75,0 |
| | 16 a 18 | 3 | 25,0 |
| Drogas lícitas na vida* | Tabaco | 12 | 100 |
| | Álcool | 9 | 75,0 |
| Drogas ilícitas na vida* | Maconha | 10 | 83,3 |
| | <i>Crack</i> | 10 | 83,3 |
| | Cocaína em pó | 3 | 25,0 |
| Comorbidades | Psiquiátrica e clinica | 6 | 50,0 |
| | Psiquiátrica | 5 | 41,7 |
| | Clinica | 1 | 8,3 |

* Foram emitidas mais de uma resposta.

Com relação às drogas ilícitas, a maconha foi a primeira droga utilizada. Se a mulher não aderiu ao uso da bebida alcoólica, ela apareceu como a segunda droga de escolha por quatro delas, sendo que dez mulheres a utilizaram ao longo da vida. A cocaína em pó foi utilizada por três mulheres, que, na sequência, aderiram à forma fumada/*crack*. Dez mulheres informaram utilizar *crack* durante toda a gestação (Tabela 1).

Em relação às drogas usadas ao longo da vida, as mulheres apresentaram forte comportamento aditivo: o tabaco era utilizado por todas; o *crack* e a maconha por dez; a bebida alcoólica por nove; e a cocaína em pó por três (Tabela 1).

Com relação às comorbidades físicas e psiquiátricas, as 12 mulheres indicaram problemas de saúde relacionados ao uso de drogas. Embora não realizassem tratamento psiquiátrico, 11 mulheres já apresentaram transtornos mentais leves, e sete informaram tratamento de problemas clínicos que acreditavam estar relacionados ao uso de drogas (Tabela 1).

Entre as comorbidades psiquiátricas, destacaram-se a alteração do humor (7), ansiedade (3), e sinais de abstinência e sintomas de depressivos. As comorbidades físicas foram problemas respiratórios (4) e doenças sexualmente transmissíveis (3). A prática sexual sem proteção foi relatada por oito entrevistadas, e três relataram usar esporadicamente o preservativo.

Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso

No presente estudo foram considerados como fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso: o gênero, a idade, a baixa escolaridade, a ausência de vínculo empregatício, além da presença da droga na comunidade de convivência, a influência de amigos, familiares consanguíneos e do companheiro (atual ou do passado).

Mudanças no paradigma social da mulher e maior disponibilidade de drogas de abuso na sociedade trouxeram como consequências à diminuição da razão entre os sexos, especificamente entre os mais jovens, com a queda da idade do início do uso de substâncias maior entre as mulheres. Usuárias de drogas de abuso constituem um grupo diferenciado, com características e necessidades próprias, tanto no que se refere ao diagnóstico quanto ao tratamento e estratégias de prevenção (ZILBERMAN et al., 2001, 2003; YAMAGUCHI et al., 2008).

Na série de casos estudada, a maioria das mulheres já consumia múltiplas drogas em idades inferiores há 15 anos, algumas ainda crianças. O início do uso de drogas geralmente ocorre na adolescência, fase do ciclo vital marcada por profundas mudanças de ordem física e psíquica, que tornam os adolescentes mais vulneráveis às violências, às doenças sexualmente transmissíveis e a “ritos de passagem” de iniciação às drogas (PIKO, 2000; BRUSAMARELLO et al., 2011; SELEGHIM et al., 2011).

Dez mulheres informaram utilizar *crack* durante toda a gestação. Pelas suas especificidades psicofarmacológicas, o padrão predominante de uso de *crack* é o de tipo *binge*, ou seja, o usuário tende a usá-lo excessivamente por horas ou mesmo dias continuamente, alternando dias sem uso (OLIVEIRA; NAPPO, 2008). A grande maioria das mulheres investigadas, embora grávidas, apresentava um padrão de consumo compulsivo de drogas, especialmente de *crack*.

Sabe-se que o uso de drogas se estabelece a partir das dinâmicas das relações entre sujeito, droga e contexto de vida, sendo possível pensar o fenômeno como ligado às experiências vividas na estrutura familiar, nas relações interpessoais e sociais (SCHENKER; MINAYO, 2005; MARTINS; PILLON, 2008; BRUSAMARELLO et al., 2011).

A principal questão a ser enfrentada não é a droga em si, mas a relação que os indivíduos estabelecem com ela, que influencia e é influenciada fortemente pelo universo de interações, em um fenômeno heterogêneo que envolve a vida privada e escolhas pessoais, sendo por vezes difícil circunscrevê-lo (SCHENKER; MINAYO, 2005).

O grupo de mulheres analisado é semelhante ao que tem sido descrito na literatura sobre usuários de drogas: jovens, em fase economicamente ativa e reprodutiva, porém sem vínculo empregatício e com baixo poder aquisitivo; e nível de escolaridade incompatível para idade, conformando o ciclo vicioso da repetência e da evasão escolar (BALLANI; OLIVEIRA, 2007; SELEGHIM et al., 2011). Porém, tem o marcador de uma escolha pessoal: elas “negaram” a maternidade em detrimento à continuidade do uso de drogas. Estabeleceram uma relação de exclusividade com a droga, seja por opção ou por falta de acesso ao apoio de serviços de saúde ou sociais, em um momento singular e culturalmente intermediado por valores de doação e abnegação.

O principal motivo alegado para a iniciação ao uso de drogas foi a presença das drogas lícitas ou ilícitas na comunidade de convivência. A iniciação ao uso de drogas é multifatorial e seu desencadeamento não está vinculado unicamente apenas à experimentação, mas à necessidade que o indivíduo tem de manter sua consciência alterada, em um processo onde fatores individuais, familiares e sociais adversos se combinam de forma a aumentar a probabilidade da continuidade disfuncional do uso (BRUSAMARELLO et al., 2011).

As mulheres relataram ter sido influenciada por uma ou mais pessoas do convívio diário - amigos, companheiros, e familiares. Destacou-se, a influência dos amigos, que conheceram “na rua”, longe do ambiente familiar – oito casos-, e no ambiente escolar – dois casos.

Saia de casa para ir à escola... matava aula para ir com amigos no rio... lá a gente fumava e bebia [...] ai comecei usar a maconha e o crack [...] conheci um rapaz no bar (o atual companheiro) ele usava maconha, crack, bebia e fumava [...] (então) [...] voltei usar drogas [...] engravidei (perdeu a guarda da filha) minha mãe mandou embora de casa [...] fiquei morando na rua [...] grávida [...] (Caso 5/FPSX – uso de múltiplas drogas aos 14 anos)

Comecei usando cigarro e bebida alcoólica [...] (influenciada) por amigos na rua [...] em seguida, comecei usar crack [...] na rua [...] meu irmão gêmeo, também é usuário [...] (O companheiro) é etilista e usa crack [...] (Caso 2/LMN - uso de drogas lícitas aos 14 anos e ilícitas aos 15 anos)

A representação social de que a influência dos amigos usuários desencadeia o início do consumo pelos adolescentes, relatado pela maioria das respondentes da pesquisa, corrobora a literatura, ao apontar que um adolescente cujos melhores amigos demonstram tolerância, aprovação ou consomem drogas, será mais facilmente levado a experimentar, do que aquele cujos amigos evitam e não estão de acordo com seu uso (OLIVEIRA; NAPPO, 2008; SCHENKER; MINAYO, 2005).

Logo, notou-se que as mulheres iniciaram o uso de drogas na adolescência, quando estavam mais vulneráveis às influências externas, e isso ocorreu, principalmente, em situações distantes dos modelos de funcionamento do adulto, ou seja, “na rua”.

Também, a iniciação e a manutenção do uso de drogas podem acontecer pela precariedade de políticas sociais e de empoderamento. A escola excluiu, quando deveria cumprir seu papel no ensino, pois uma das primeiras consequências do uso de drogas é a evasão ou a queda do rendimento escolar. Ou seja, constatam-se também falhas nas políticas educacionais que embora tivessem por obrigação acolher estes adolescentes, não há estruturas físicas e humanas suficientes para o acolhimento. A prevenção deve ser realizada nas escolas, por ser esse o local que, idealmente, todos os jovens frequentam, contudo ela ocorre em longo prazo (GOLDANI, 2002).

Os amigos, do convívio diário, da rua ou do ambiente escolar, foram os principais indicados como indutores na busca de novas experiências, incluindo o uso de drogas. No entanto, a supervalorização da influência dos amigos, das “más companhias”, pode decorrer de certa desresponsabilização ou negação de problemas intrafamiliares relacionados às drogas (SCHENKER; MINAYO, 2005).

Verificou-se que os companheiros de uniões únicas ou diversas exerceram influência significativa sobre a vida de oito mulheres, que afirmaram que as relações amorosas as influenciaram ao uso de drogas ilícitas. Tiveram filhos destes relacionamentos, e quatro delas ainda mantinham relação conjugal com os mesmos.

(Aos 14 anos) [...] fui morar comum homem mais velho [...] (ele) usava e vendia drogas [...] iniciei o uso de maconha, cocaína e crack (devido este relacionamento) [...] minha mãe e meus três irmãos, também se envolveram com uso e tráfico [...] fui presa cinco vezes [...] em todas, estava grávida [...] (saíra há uma semana da prisão) (Caso 12/SP – uso de múltiplas drogas aos 14 anos)

Comecei fumando[...] influenciada por amigos [...] achava bonito fumar [...] (amiga) saíamos, aí comecei beber [...] era tímida, me achava feia [...] as drogas faziam me soltar [...] ficava mais comunicativa [...] passeia usar maconha, cocaína e crack, e conheci um rapaz [...] (o atual companheiro) ele era envolvido com uso e tráfico de drogas [...] (com quem) [...] trocava sexo por drogas [...] (Caso 4/AAG - uso de drogas lícitas 17 anos e ilícitas aos 20 anos)

Em relação ao papel dos familiares na aproximação inicial ao uso de drogas, os pais foram citados em cinco circunstâncias pelas mulheres, os irmãos por três e primos em uma. No entanto, quando questionadas sobre a presença de familiares usuários de drogas, lícitas ou

ilícitas, todas afirmaram forte comportamento aditivo nas famílias, caracterizado pela presença de múltiplas drogas, principalmente álcool, tabaco e *crack*.

Meus pais [...] irmão [...] usavam drogas injetáveis [...] morreram de Aids [...] (usavam múltiplas drogas) ela estava doente [...] (mãe) mandava buscar a droga [...] (irmãos e primos) usuários de crack [...] várias confusão [...] brigam [...] por causa das drogas [...] (primo) é paraplégico [...] (Caso 6/SCT – uso de múltiplas drogas aos 12 anos)

Quanto às drogas ilícitas, a maconha foi citada por seis mulheres, e a cocaína em pó, por quatro; no entanto, o *crack*, foi a droga ilícita mais frequente nas famílias, presente em dez delas.

(Atualmente) fico na rua [...] (morando) em construção abandonada [...] (teve cinco filhos) nenhum mora comigo [...] (três estão com familiares) dois não sei, dei (a desconhecidos), venho ver de vez em quando (visitar a filha) [...] uso maconha e crack [...] diariamente [...] faço programas [...] (Caso 6/SCT – uso de múltiplas drogas aos 12 anos).

No contexto familiar das 12 mulheres havia, além do comportamento aditivo dos familiares, atitudes permissivas e estimuladoras do consumo por membros da família, na figura dos pais, irmãos, tios, primos e companheiros.

Eu fumava, bebia... meu pai, irmãos [...] primos e amigos também [...] (moram no Estado de São Paulo) depois comecei maconha e crack [...] lá todos usam [...] vendem [...] (Caso 3/TRM – uso de drogas lícitas aos 12 e ilícitas aos 15 anos)

Os irmãos fumam [...] meu pai bebia [...] ficava agressivo [...] foi assassinado no Paraguai (não quis falar sobre o assunto) fui presa várias vezes [...] estava com duas ou três pedras [...] perdi a guarda do primeiro filho [...] na última vez, estava grávida [...] (Caso 7/MTS – uso de droga lícitas aos 12 anos e ilícitas aos 16 anos)

Embora o consumo de drogas pelos pais esteja relacionado à maior risco dos filhos se tornarem usuários, tendo em vista que o comportamento lhes “serve de modelo”, é a atitude permissiva que mais pesa na equação. A família tem papel decisivo na criação de condições relacionadas, tanto ao uso abusivo quanto aos fatores de proteção, e durante a abordagem deste fenômeno, ela deve ser vista na sua integralidade (SCHENKER; MINAYO, 2003).

A presença das drogas no ambiente familiar favoreceu às relações interpessoais conflituosas. Apesar delas não identificarem o conflito familiar como fator desencadeante do

uso de drogas, a maioria vivenciou várias circunstâncias conflituosas ao longo da vida familiar, destacando as violências físicas e psicológicas, relatadas por 11 delas.

Oito entrevistadas relataram que havia conflitos entre os pais, e cinco delas vivenciou estas situações de violência desde a infância. Ao relatarem a frequência dos conflitos, apenas duas mulheres relataram que os conflitos eram pouca frequentes.

Seis mulheres sofreram violência sexual, duas delas em âmbito familiar. Uma na infância, violentada aos dez anos, pelo padrasto; a outra, durante a adolescência, cujo agressor, mesmo sem laços familiares, residia com a família. Ela sofreu queimaduras com “bitucas de cigarro”, agressões físicas, seguida de abuso sexual. As demais sofreram abuso sexual na rua, geralmente, sob efeito de drogas, segundo as entrevistadas.

São separados [...] (os pais) tinha vários conflitos [...] desde pequena [...] eles bebiam [...] (falava sobre prostituição) eu e minhas amigas saíamos [...] com uns caras na rua [...] (Caso 3/TRM – uso de drogas lícitas aos 12 e ilícitas aos 15 anos)

Sempre bebia [...] (o pai) minha mãe foi embora [...] eu tinha oito meses [...] mora com a minha avó [...] acho que ela usava drogas [...] (mãe) morreu com HIV [...] eu sai de casa [...] (falava sobre prostituição) praticava para usar drogas [...] tive que tratar [...] HPV [...] (Caso 4/AAG - uso de drogas lícitas 17 anos e ilícitas aos 20 anos)

Tinha drogas disponível em casa [...] (conflitos) [...] quando meu irmão entrava em abstinência [...] (violência sexual) um rapaz, que morava com a gente [...] me queimou com bitucas de cigarro [...] depois ele me agrediu, violentou [...] (Caso 12/SP – uso de múltiplas drogas aos 14 anos)

A violência sexual é fenômeno universal que atinge, indistintamente, todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas, e sua verdadeira incidência é desconhecida. Acredita-se que ela seja uma das condições de maior subnotificação e subregistro em todo o mundo e apesar de ocorrer em várias faixas etárias, a maioria dos registros aponta para a predominância desse crime entre crianças e adolescentes, podendo resultar em maior risco de prostituição na vida adulta e de gravidez na adolescência (DREZETT et al., 2001).

Além disso, a incidência de maus tratos verbais e físicos e de abuso sexual no interior das residências são considerados fatores desencadeante para o uso de drogas. A violência doméstica e as situações conflitantes no âmbito familiar são experiências frequentes no cotidiano das famílias com histórico de drogadição, e na maioria dos casos de violência praticadas no domicílio o agressor estava alcoolizado (NOTO et al., 2004; MILANI; LOUREIRO, 2008).

Neste contexto, a família pode ser um fator de risco ou de proteção para o uso de substâncias psicoativas. O conflito entre os pais é um dos fatores de risco mais relevantes, pois expõe as crianças e os adolescentes à hostilidade, à crítica destrutiva e à raiva (SCHENKER; MINAYO, 2005; SELEGHIM et al., 2011). A configuração de um ambiente favorável à adoção de comportamentos prejudiciais à saúde pelos jovens, como o consumo de substâncias psicoativas, é influenciada por uma série de fatores, sendo a família um dos mais importantes.

Situações excludentes vivenciadas ao longo da vida

Em relação às situações excludentes vivenciadas pelas mulheres ao longo da vida, no presente estudo, foram considerados os seguintes elementos como predisponentes a exclusão social: o padrão de utilização das drogas, os conflitos familiares, os relacionamentos amorosos, vivência em situação de rua, conflitos com a Justiça (tráfico de drogas e outro delitos) e a prática da prostituição. Além disso, verifica-se que apesar da existência de programas governamentais locais: assistenciais, educacionais e de saúde voltadas à população, estes não atendem à demanda gerada pelo fenômeno das drogas.

Contudo, a persistência no uso de drogas, apesar dos riscos individuais e sociais aos quais os usuários estão expostos, articula-se com questões econômicas e políticas macroestruturais. Ao estudar o uso de drogas não estamos lidando com uma categoria homogênea, mas com uma diversidade de modos de vida e de representações sociais distintas (PAIS, 1999). A droga apenas colabora ou facilita a dependência. É necessário analisar quais as condições que favorecem o uso, quais as necessidades supridas pelo consumo e quais os fatores que motivam o seu uso (ZILBERMAN et al., 2001, 2003).

Nove mulheres abandonaram a família na adolescência e passaram grande parte de suas vidas em situação de rua.

Sofri abuso sexual [...] (pelo padrasto, aos 10 anos) [...] primos usam crack [...] comecei usar [...] (múltiplas drogas) com o primeiro marido [...] (moravam) em três pessoas [...] saía com os caras [...] vendia (pertences da casa) [...] roubava na rua [...] para usar drogas [...] (Caso 8/RAC – uso de múltiplas drogas aos 13 anos)

Viver em situação de rua tinha forte significado nas falas das mulheres, sempre relacionando a vivência de exclusão a problemas familiares e à família. Independente da qualidade das relações, o apoio familiar seria um dos principais recursos externos das

mulheres para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, enquanto trava uma luta contra a doença, pois a gênese do consumo de drogas deu-se durante a fase de maiores conflitos pessoal e carência de relacionamentos de um indivíduo – a adolescência.

Meus pais brigavam (alcoólatras), sai de casa com 16 anos [...] não tinha onde ir [...] ficava na rua [...] (foi quando) iniciei a maconha [...] influenciada por amigos [...] me sentia feia e triste (Caso 1/REO - uso de drogas lícitas aos 14 anos e ilícitas aos 17 anos)

(Aos 24 anos) vivia na rua [...] (abrigava-se) clinica abandonada [...] fazia programa [...] conheci um rapaz [...] (o companheiro) fumava [...] usava crack [...] comecei usar [...] engravidei [...] (o filho) dei com quatro dias [...] (eles praticavam) pequenos furtos [...] vendia droga [...] para poder consumir [...] fomos presos (Caso 9/RCSP – uso de drogas lícitas aos 16 anos e ilícitas ao 17 anos)

O envolvimento com o tráfico de drogas e com traficantes favoreceu a prática de venda de sexo por drogas em nove mulheres. A “prostituição” era praticada principalmente como forma de garantir o uso habitual de drogas e/ou de ganhar dinheiro para mantê-la.

Os companheiros representaram um forte elo para a aproximação inicial e para a manutenção do padrão de exclusividade com a droga, evoluindo para o envolvimento com o tráfico de drogas e conflitos com a Justiça. O tráfico de drogas já havia sido realizado por oito mulheres, e outros delitos na rua e no ambiente familiar por sete. Cinco mulheres relataram ter sido presas, por envolvimento com tráfico de drogas, em várias circunstância.

O primeiro marido e o meu irmão [...] usuários [...] vendia [...] (influenciaram) maconha e crack [...] (companheiro) foi preso, morreu na cadeia [...] eu também fui presa [...] três vezes [...] (a pena) dois, quatro e oito meses [...] (Caso 11/EPB- uso de drogas lícitas aos 14 anos e ilícitas aos 20 anos)

O envolvimento precoce com as drogas, a situação de rua e o compartilhamento do uso de drogas com o próprio companheiro favoreceram a prática da troca de sexo por drogas/“prostituição”, ao envolvimento com o tráfico de drogas e com traficantes, à prisão, à exclusão em todos os níveis.

A exclusão social implica numa dinâmica de privação por falta de acesso aos sistemas sociais básicos, como família, moradia, trabalho formal ou informal, saúde, dentre outros. É o processo que se impõe à vida do indivíduo que estabelece uma relação de risco com algum

tipo de droga, cuja fronteira para a exclusão é delimitada pelo início dos problemas sociais (EPELE, 2010; RAUP; ADORNO, 2011; SELEGHIM et al., 2011).

Das sete mulheres que viviam em regime de união estável, cinco relataram violência doméstica praticada por companheiros, que também eram usuários de drogas.

Ele fuma [...] quando bebe é agressivo [...] ciumento [...] já me bateu várias vezes [...] (companheiro) perdi o neném [...] (pai) [...] também era etilista [...] agressivo [...] quando tem dinheiro, bebe todo dia [...] sempre teve brigas em casa [...] (Caso 10/RJO – uso de drogas licitas aos 18 anos)

Em relação à paridade, as mulheres tiveram entre um e dez filhos vivos, com média de quatro. No entanto, quando questionadas sobre o número de filhos sob sua tutela, oito mulheres tinham a custódia de apenas dois filhos, os demais, foram entregues para doação a desconhecidos ou a familiares - avós e/ou tios. Destacam-se dois casos: uma mulher teve cinco filhos e não tinha nenhum sob sua tutela, e outra, teve dez filhos e perdeu a guarda definitiva de sete em decorrência do uso de drogas.

Documento de organização não-governamental que atende gestantes em situação de vulnerabilidade em Maringá – PR revela que elas têm menos de 30 anos, mas já têm entre quatro e cinco filhos e que apesar de passarem pela experiência da gestação, nunca desempenharam a maternidade. Já usaram todo tipo de drogas e trocaram experiência da maternidade pelo *crack*; falam com naturalidade sobre a dependência química e emocionadas relatam que buscam forças para tratar a dependência (AMARAL, 2011).

A falta de um modelo assistencial ou de proteção governamental às adolescentes, que têm seus pais trabalhando fora de casa ou convivem em famílias frágeis para enfrentar situações adversas, também são indicadores para a continuidade do uso de drogas (BALLANI; OLIVEIRA, 2007). Na maioria das vezes, a família não possui estrutura para o enfrentamento do problema. Verifica-se o desconhecimento da rede assistencial do Sistema Único de Saúde, revelado pela carência de acesso aos serviços, nos quais as usuárias e sua família podem receber alternativas de tratamento e reinserção social.

Embora o uso de drogas de abuso seja considerado como pouco influenciável pela intervenção dos serviços de saúde, visto que se relaciona a múltiplos fatores sociais, gestantes usuárias de drogas são menos assistidas por serviços de pré-natal, quando se oportunizaria a orientação para a abstinência ou para a redução de danos, e apresentam maior incidência de complicações na gestação.

A falta de acompanhamento por equipe de saúde durante a gestação, incluindo o direito à assistência de enfermagem qualificada, a alimentação inadequada, a ausência de suporte familiar e a continuidade do consumo de drogas na gestação levam ao nascimento de crianças prematuras, com baixo peso e outras complicações neonatais (RODRIGUES; NAKANO, 2007; YAMAGUCHI et al., 2008).

Excluídas da sociedade, as mulheres adotam a postura da venda do corpo para obtenção de recursos para adquiri-las; sob efeito da droga estão destituídas de poder de negociação da prática de sexo seguro, geram filhos indesejáveis, com chances reduzidas de uma vida diferente dos pais (NAPPO et al., 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria das mulheres da série de casos se declarou da raça/cor parda (58,3%), estava em período reprodutivo - faixa etária entre 17 e 33 anos, convivia em regime de união estável, sem renda fixa, e com nível de escolaridade incompatível com a idade, com características semelhantes ao que se tem descrito na literatura.

O *crack* foi a droga de uso mais frequente pelas gestantes durante a gravidez, reconhecida pelo alto poder viciante e pelo emergente papel na desestruturação de vidas e de famílias, além dos efeitos nocivos para a saúde materno-infantil.

O estudo apontou que os fatores desencadeantes do uso de drogas lícitas e ilícitas e a continuidade do comportamento aditivo durante a gestação estavam relacionados em menor grau às características individuais das mulheres e mais positivamente a aspectos socioculturais e psicossociais da sua vida na família e na comunidade de convivência. Fatores microssociais, envolvendo determinantes familiares, escolares e grupais, que se sabe estarem relacionados ao consumo de drogas, foram apontados por todas as mulheres.

Destacaram-se como fatores individuais: a faixa etária precoce no início ao uso das drogas, aliada à baixa escolaridade e evasão escolar, e à baixa inserção no mercado de trabalho. Mas, se forem considerados como fatores pessoais a evolução do indivíduo da idade da pré-adolescência à jovem, as características de personalidade, atitudes com relação à saúde e consumo de drogas e as motivações pessoais, no grupo estudado pareceu não estarem presentes.

Verificou-se que os vínculos primários e afetivos das mulheres podem ser categorizados como fracos, por relações conflituosas e dinâmicas familiares inadequadas, e

que a atitude da família e dos companheiros favoreceram ao comportamento aditivo na vida destas mulheres.

O baixo vínculo paternal e os conflitos intrafamiliares, representados pela presença de violências física e psicológica ainda na infância e a manutenção em maior ou menor grau na idade adulta, e relações amorosas com companheiros que faziam uso e realizavam tráfico de drogas foram determinantes para o uso, mas também para continuidade e exclusão social das mulheres. A longevidade do uso das drogas determina, cada vez mais, um padrão de exclusividade com elas.

Além disso, o envolvimento precoce com as drogas favoreceu a prática da venda de sexo por drogas e o envolvimento com tráfico de drogas e com pequenos traficantes para o fácil acesso às drogas, gerando uma cascata de acontecimentos com relação direta entre si. A prisão decorrente desses acontecimentos, que aconteceram em vários momentos ao longo da vida das mulheres, e a multiparidade, com entrega espontânea ou compulsória dos filhos para adoção, podem ser determinantes para a negação da gravidez atual, pela baixa auto-estima consequente dos acontecimentos, pela baixa vinculação anterior à maternidade ou, até, por uma “cultura” do grupo de mulheres usuárias de compromisso maior com o grupo de usuários.

Apesar das limitações deste estudo, os dados obtidos por meio desta pesquisa podem ser utilizados como estratégia para o planejamento de propostas preventivas ao uso indevido de drogas, uma vez que foram levantados os fatores desencadeantes do uso de drogas, em uma população sabidamente dependente.

Um dos caminhos em âmbito preventivo, a nível educacional e de saúde, seria promover debates sobre o tema com distintas abordagens, experiências e reflexões além das variadas proposições de caminhos para a inclusão social. Tais estratégias favorecem a probabilidade de reais mudanças das condições juvenis e as participações em movimentos sociais que abram espaços para uma mudança de paradigma.

REFERÊNCIAS

AMARAL, T. Mulheres “trocam” a maternidade pelo crack. **O Diário.com**, Maringá, 17 ago. 2011. Disponível em: <<http://www.odiario.com/maringa/noticia/468561/mulheres-trocam-a-maternidade-pelo-crack/>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

BALLANI, T. S. L.; OLIVEIRA, M. L. F. Uso de drogas de abuso e evento sentinela: construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 488-494, 2007.

- BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Glossário de álcool e drogas**. 2. ed. Tradução e notas: J. M. Bertolote. Brasília, DF, 2010.
- BRUSAMARELLO, T. et al. Papel da família e da escola na prevenção do uso de drogas pelo adolescente estudante. **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 766-773, 2010.
- CARLINI, E. A. et al. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**. 5. ed. Brasília, DF: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Cebrid; Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – Senad, 2010. Leitura recomendada para alunos a partir do 7º ano do ensino fundamental.
- DREZETT, J. et al. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 5, p. 413-419, 2001.
- EPELE, M. **Sujetar por la herida**: una etnografía sobre drogas, pobreza y salud. Buenos Aires: Paidós. 2010.
- GOLDANI, A. M. Família, gênero e políticas: famílias brasileiras nos anos 90 e seus desafios como fator de proteção. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Campinas, v. 19, n. 1, p. 29-48, 2002.
- MARTINS, M. C.; PILLON, S. C. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1112-1120, 2008.
- MILANI, R. G.; LOUREIRO, S. R. A. Famílias e violência doméstica: condições psicossociais pós ações do conselho tutelar. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 28, n. 1, p. 50-67, 2008.
- MINAYO, M. C. S. Organizadora. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 24. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- NAPPO, S. et al. O Crack em São Paulo, 20 anos depois: consciência alterada, o universo paralelo das drogas. **Scientific American Brasil**, São Paulo, v. 8, n. 38, 2010. Edição especial.
- NOTO, A. R. et al. Violência domiciliar associada ao consumo de bebidas alcoólicas: um levantamento no Estado de São Paulo. **Jornal Brasileiro de Dependências Químicas**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 9-17, 2004.
- OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 664-71, 2008.
- PAIS, J. M. (Org.). **Traços e riscos de vida juvenis**. Porto: Ambar, 1999.
- PIKO, B. Perceived social support from parents and peers: which is the stronger predictor of adolescent substance use? **Substance Use Misuse**, New York, v. 35, n. 4, p. 617-630, 2000.

- PINSKY, I.; JUNDI, S. A. R. J. E. O impacto da publicidade de bebidas alcoólicas sobre o consumo entre jovens: revisão da literatura internacional. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 362-374, 2008.
- PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 11, n. 3, p. 315-322, 2006.
- RAUP, L. M.; ADORNO, R. C. F. Jovens em situação de rua e usos de crack: um estudo etnográfico em duas cidades. **Revista Brasileira Adolescência e Conflitualidade**, São Paulo, n. 4, p. 52-67, 2011.
- RODRIGUES, D. T.; NAKANO, A. M. S. Violência doméstica e abuso de drogas na gestação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 1, n. 60, p. 77-80, 2007.
- ROEHRS, H.; LENARDT, M. H.; MAFTUM, M. A. Práticas culturais familiares e o uso de drogas psicoativas pelos adolescentes: reflexão teórica. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 353-357, 2008.
- SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 299-306, 2003.
- SCHENKER M.; MINAYO M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 707-717, 2005.
- SELEGHIM, M. R. et al. Vínculo familiar de usuarios de crack atendidos en una unidad de emergencia psiquiátrica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, [09 pantallas], 2011. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 29 out. 2011.
- TAVARES, B. F.; BÉRIA, J. U.; LIMA, M. S. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 150-158, 2001.
- YAMAGUCHI, E. T. et al. Drogas de abuso e gravidez. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, p. 44-47, 2008. Supl. 1.
- WRIGHT, M. G. M.; CHISMAN, A. M. A saúde internacional, o fenômeno das drogas e a profissão de enfermagem na América Latina. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 264-271, 2004.
- ZILBERMAN, M. L. et al. Drug-dependent women: demographic and clinical characteristics in a Brazilian sample. **Substance Use Misuse**, New York, v. 36, n. 8, p. 1111-1127, 2001.
- ZILBERMAN, M. L. et al. Gender differences in treatment-seeking brazilian drug-dependent individuals. **Substance Abuse**, Virginia, v. 24, n. 1, p. 17-25, 2003.

4.3 ARTIGO 3

**CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE EM MULHERES
USUÁRIAS DE DROGAS DE ABUSO¹**

CONTEXTS OF VULNERABILITY IN WOMEN USERS OF ABUSED DRUGS

**CONTEXTO DE VULNERABILIDAD DE MUJERES
USUARIAS DE DROGAS DE ABUSO**

RESUMO

Trata-se de um estudo retrospectivo de caráter descritivo de uma série de casos de 12 mulheres que utilizaram drogas de abuso durante a gestação, provenientes de três municípios do Paraná – Brasil, entre 2008 e 2010, com objetivo de operacionalizar planos analíticos de vulnerabilidade para compreensão do uso de drogas por mulheres. Os dados foram analisados por conteúdo temático e apresentados de acordo com os planos individual, social e programático. As gestantes eram usuárias de múltiplas drogas, estavam em período reprodutivo, entre 17 e 33 anos e iniciaram o uso das drogas na adolescência. A maioria se declarou da raça/cor parda e convivia em regime de união estável, apresentavam nível de escolaridade incompatível com a idade, e nenhuma exercia atividade econômica remunerada. O tabaco e o álcool foram as drogas de iniciação, e o *crack*, a droga ilícita mais frequente durante a gestação (83,3%). No plano individual, os elementos de vulnerabilidade encontrados referem-se ao gênero, idade, situação conjugal, escolaridade, situação ocupacional, renda e raça/cor da mulher. No plano social, referem-se às situações vivenciadas pelas mulheres na família - o comportamento aditivo, distúrbios psiquiátricos, conflitos, violência física, psicológica e sexual; e conflitos com a Justiça – tráfico de drogas, outros delitos, prisão, prostituição e homicídio. No plano programático, encontrou-se a baixa acessibilidade a serviços de saúde, para realização de pré-natal e tratamento para dependência química; a inexistência de vínculo com profissionais; e baixa resolutividade e autonomia nas questões de planejamento reprodutivo e redução de danos no uso de drogas.

Palavras-chave: Vulnerabilidade. Drogas Ilícitas. Cocaína *Crack*. Gestantes. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

This was a retrospective descriptive study of a case series of 12 women that used abused drugs during pregnancy, from three municipalities of Paraná State – Brazil, between 200 and 2010, with the aim to operationalize analytical plans of vulnerability to understand the use of drugs by women. Data were analyzed by thematic content and presented according to individual, social, and programmatic levels. Pregnant women were users of multiple drugs,

¹ O presente artigo é resultado parcial da dissertação *Contextos de Exclusão Social e de Vulnerabilidade de Mulheres Usuárias de Drogas no Ciclo Gravídico Puerperal*, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá (PSE/UEM).

within the childbearing age, between 17 and 33 years, and started using drugs during adolescence. Most of them were of the race/color brown, and were living in common-law marriage, with education level incompatible with age, and none of them exercised any gainful economic activity. Tobacco and alcohol were drugs of initiation, and the crack, the most frequent illicit drug during gestation (83.3%). At the individual level, the vulnerability levels found refer to gender, age, marital status, education, occupation, income, and race/color of women. At the social level, refer to situations lived by women within the family – the addictive behavior, psychiatric disorders, conflicts, physical violence, psychological and sexual abuse, and conflicts with the law – drug trafficking, other crimes, prison, prostitution and murder. At the programmatic level, it was found low access to health services to perform prenatal care and for treating their chemical dependence; the lack of bond with professionals; and low resolution and autonomy in issues of reproductive planning and harm reduction in the use of drugs.

Keywords: Vulnerability. Illicit Drugs. Crack Cocaine. Pregnant Women. Disorders related to the use of drugs. Women Health.

RESUMEN

Se trata de un estudio retrospectivo de carácter descriptivo de un grupo de casos de 12 mujeres que utilizaron drogas de abuso durante la gestación, provenientes de tres municipios de Paraná – Brasil, entre 2008 y 2010, con objetivo de realización de planes analíticos de vulnerabilidad para comprensión del uso de drogas por mujeres. Los datos fueron analizados por contenido temático y presentados de acuerdo con los planes individual, social y programático. Las gestantes eran usuarias de múltiples drogas, estaban en período reproductivo, entre 17 y 33 años e iniciaron el uso das drogas en la adolescencia. La mayoría se declaró de la raza/color pardo y convivía en régimen de unión estable, presentaban nivel de escolaridad incompatible con la edad, y ninguna de ellas ejercía actividad económica remunerada. El tabaco y el alcohol fueron a las drogas de iniciación, y el *crack*, la droga ilícita más frecuente durante la gestación (el 83,3%). En el plan individual, los elementos de vulnerabilidad encontrados se refieren al género, edad, situación conyugal, escolaridad, situación ocupacional, renta y raza/color de la mujer. En el plan social, se refieren a las situaciones presenciadas por las mujeres en la familia - el comportamiento adictivo, disturbios psiquiátricos, conflictos, violencia física, psicológica y sexual; y conflictos con la Justicia – tráfico de drogas, otros delitos, prisión, prostitución y homicidio. En el plan programático, se encontró la baja accesibilidad a servicios de salud, para realización de pre natal y tratamiento para dependencia química; la inexistencia de vínculo con profesionales; y baja capacidad para la toma de decisión y autonomía en las cuestiones de planificación reproductivo y reducción de daños en el uso de drogas.

Palabras clave: Vulnerabilidad. Drogas Ilícitas. Cocaína *Crack*. Gestantes. Trastornos Relacionados al Uso de Sustancias. Salud de la Mujer.

INTRODUÇÃO

A expressão vulnerabilidade começou a ser difundida após a publicação, nos Estados Unidos da América, do texto *Aids in the world* de Mann, Tarantola e Netter (1992), e tem sido utilizada para substituir o conceito clássico de fatores de risco, pois articula fatores sociais, culturais, biológicos e epidemiológicos, cuja interação amplia ou reduz a proteção de um

indivíduo a um determinado agravo ou dano à saúde (GUILHEM; AZEVEDO, 2008). Originário da área de Direitos Humanos, o termo vulnerabilidade designa, em sua origem, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção e/ou garantia dos seus direitos de cidadania (AYRES et al., 2006).

Mann, Tarantola e Netter (1992) definem três planos interdependentes para determinação de maior ou menor vulnerabilidade de grupos sociais ao adoecimento: o comportamento pessoal, ou *vulnerabilidade individual*; o contexto social, ou *vulnerabilidade social*; e as ações governamentais para enfrentar o agravo, ou *vulnerabilidade programática*.

O componente individual considera o conhecimento sobre o agravo e a existência de comportamentos que oportunizam a ocorrência do mesmo. O componente social considera que a obtenção de informações e o poder de incorporá-las a mudanças práticas não dependem só dos indivíduos, mas de aspectos como acesso a meios de comunicação, escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais (MANN; TARANTOLA; NETTE, 1992; AYRES et al., 2006).

No componente programático, considera-se que os recursos sociais de que os indivíduos necessitam para não se expor e para se proteger de determinado agravo sejam disponibilizados de modo efetivo e democrático, é fundamental a existência de esforços governamentais e recursos sociais voltados nessa direção (MANN; TARANTOLA; NETTE, 1992; AYRES et al., 2006).

A análise da vulnerabilidade pode ser útil para o entendimento da disseminação das drogas no segmento feminino, uma vez que esta ocorre no cruzamento de comportamentos e vivências individuais e subjetivas ligadas a questões como sexualidade, preconceitos, liberdade e morte, permeadas por relações desiguais de gênero e de poder (BÜCHELE; COELHO; LINDNER, 2009; OLIVEIRA; PAIVA, 2007).

Por muito tempo a dependência química foi considerada uma doença masculina, pois aspectos socioculturais proporcionavam mais acesso masculino às drogas. Atualmente, o consumo de múltiplas drogas é indiscriminado entre mulheres e homens, adultos e adolescentes. Também se acreditava que o uso de drogas era mais intenso nas classes econômicas de baixa renda, porém, a utilização de drogas como o *crack* já ocorre em todas as classes sociais (ISSLER et al., 2011).

As mulheres trouxeram mudanças na cultura do uso de drogas, principalmente em relação ao aspecto comportamental. Excluídas da sociedade, elas adotam a postura da venda do corpo para obtenção de recursos para adquiri-las; sob efeito da droga estão destituídas de

poder de negociação da prática de sexo seguro; geram filhos indesejáveis, com chances reduzidas de uma vida diferente dos pais (NAPPO et al., 2010).

De muitas maneiras, mulheres usuárias de drogas ilícitas estão escondidas da sociedade, por usar uma droga ilegal e pela criminalidade a ela relacionada, e pelas questões inerentes ao “feminino”, como a maternidade, o cuidado dos filhos e da família e a continuidade do uso de drogas na gravidez, ficando, assim, difícil acessá-las no cotidiano e suas vidas. Essas mulheres podem ser encontradas em serviços especializados no tratamento de dependência química, em delegacias de polícia e presídios, e em hospitais, em consequência de violências ou para cuidados de saúde pelas drogas ou outras condições a elas relacionadas (comorbidades) (ZILBERMAN et al., 2001, 2003).

No Brasil, estudos que correlacionam vulnerabilidade, consumo de drogas de abuso e gravidez são incipientes, embora sejam relatadas pouca ou nenhuma modificação no comportamento das gestantes em relação ao uso de drogas durante a gestação. Estudo realizado em 2001 com o objetivo de estimar a prevalência do uso de droga nas 107 maiores cidades do Brasil constatou que a prevalência do alcoolismo na população feminina foi de 5,7% (GALDURÓZ et al., 2005).

Este artigo discute a vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas que mantiveram a conduta do consumo de múltiplas drogas durante a gravidez; tem por pressuposto que as condutas praticadas pelas mulheres que utilizam álcool e outras drogas estão norteadas por construções socioculturais que determinam papéis e comportamentos para homens e mulheres em distintas sociedades, e seu objetivo é operacionalizar os planos analíticos de vulnerabilidade para compreensão da continuidade do uso de drogas por mulheres no ciclo gravídico puerperal.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo de caráter descritivo e exploratório utilizando como referencial teórico os planos analíticos de vulnerabilidade (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1992), e o delineamento em uma série de casos. Como técnicas para abordagem do objeto foram utilizadas a análise documental e a entrevista.

Foram incluídas na série de casos, 12 mulheres com diagnóstico médico secundário e/ou registro na evolução do enfermeiro de intoxicação aguda ou crônica por drogas de abuso na gestação, e eram provenientes de três municípios da região Noroeste do Paraná – Maringá, Sarandi e Paiçandu. As intoxicações foram registradas entre janeiro de 2008 a dezembro de

2010 no Centro de Controle de Intoxicação do Hospital Universitário Regional de Maringá (CCI/HUM), durante a internação hospitalar das mulheres.

A escolha dos três municípios, que fazem parte de um processo de conurbação do polo metropolitano de Maringá, procurou atender à dimensão dada ao estudo e à conveniência da investigadora, uma vez que a coleta de dados empíricos ocorreu por meio de visita domiciliar.

A relação de casos/ano variou de dois a cinco casos, com média de quatro. O município de Maringá foi o responsável pelo maior número de notificações, com nove casos (75%), seguido de Sarandi, com dois (16,7%) e Paiçandu com um caso (8,3%), respectivamente.

Como fonte de dados foram utilizadas as fichas epidemiológicas de Ocorrência Toxicológica (OT), arquivadas no CCI/HUM, e os prontuários hospitalares das mulheres. Desses documentos, foram coletados dados referentes ao diagnóstico primário da internação e confrontados os dados cadastrais e de identificação das mulheres.

Foi construído um roteiro para entrevista semiestruturada que, após avaliação de conteúdo e teste piloto, foi aplicado durante visita domiciliar (VD), quando se obteve a maioria dos dados da pesquisa.

O roteiro de entrevista semiestruturada era composto por quatro eixos temáticos - Caracterização da mulher, Caracterização familiar, Indicadores sociais e de saúde e Descrição da Internação.

A coleta de dados ocorreu nos meses de março a julho de 2011, após a análise documental das Fichas OT e dos prontuários hospitalares das mulheres; aconteceram as entrevistas domiciliares, por meio de um único encontro com cada participante, quando se obteve a narrativa de fatos e acontecimentos relevantes no histórico de vida das mulheres que favoreceram ao uso das drogas de abuso.

A entrevista foi individual, teve duração de média de 60 min, e foi gravado na sua totalidade em mídia digital, o que possibilitou a transcrição na íntegra e permitiu a distribuição dos elementos e contextos de vulnerabilidade.

Os dados foram analisados de acordo com o referencial analítico de Mann, Tarantola e Netter (1992), nos planos de vulnerabilidade individual, social e programático. Nesse processo, utilizando instrumentos da análise de conteúdo, foi possível agrupá-los em oito categorias/contextos interpretativos.

No plano individual, os contextos encontrados relacionam-se a aspectos **socioeconômicos** - gênero, idade, situação conjugal, situação ocupacional, renda, escolaridade, e raça/cor da mulher; e ao **padrão de abuso de drogas** - drogas na vida, início

do uso, comorbidades, considerados fatores comportamentais adicionais para a compreensão da vulnerabilidade individual.

No plano social, os contextos encontrados relacionam as **situações vivenciadas na família** – comportamento aditivo, transtorno mental, conflitos e violência física psicológica e social; a **indicadores sociais desfavoráveis** – condições de moradia e meios de comunicação; e **conflitos recorrentes com a Justiça** – tráfico de drogas, outros delitos, prisão, troca de sexo por drogas e homicídios na família.

No plano programático, os contextos encontrados referiam-se à **acessibilidade a serviços de saúde** – tipo de serviços utilizados, atendimento no último ano, realização de pré-natal e tratamento para dependência química; ao **vínculo com profissionais de saúde** – psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistente social e equipe da assistência pré-natal; e às questões relacionadas à **resolutividade e autonomia** das mulheres – planejamento reprodutivo, multiparidade e enfrentamento ao uso de drogas.

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, aprovado sob Parecer 065/2011. As entrevistadas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O diagnóstico primário das 12 gestantes investigadas compreendeu o trabalho de parto em sete casos; intercorrências clínicas e obstétricas - dois casos de infecção do trato urinário; e um óbito fetal, de causa indeterminada; e causas externas/violência durante a gestação - acidente de trânsito e agressão física. Dez foram internadas no Setor de Ginecologia e Obstetrícia e duas na unidade de Pronto Atendimento.

No decorrer da internação, as mulheres apresentaram características do uso de drogas – “fissura”, aparência desleixada e emagrecimento - ou sinais de abstinência, e tiveram diagnóstico médico secundário e/ou registro na evolução do enfermeiro de intoxicação por drogas de abuso, quando o caso foi notificado ao CCI/HUM.

As mulheres usuárias de drogas de abuso investigadas neste estudo foram consideradas política e socialmente fragilizadas porque consumiam múltiplas drogas, fizeram a “escolha pessoal” de continuar o uso de drogas no decorrer da gestação, e mantiveram-se “invisíveis” aos olhos da sociedade e dos profissionais de saúde. Para Palma e Mattos (2001), existe vulnerabilidade quando ocorre desinteresse do indivíduo em relação a situações de

perigo, falta de acesso a serviços e/ ou informações, e falta de autoconfiança para sustentar ou implementar mudanças no próprio comportamento.

A identificação da vulnerabilidade neste grupo populacional específico servirá para avaliar a susceptibilidade e as condições de resposta em relação ao uso de drogas de abuso durante a gestação, parto e puerpério, estabelecida na síntese dos planos individual, social e programático, associados ao individual e à coletividade (AYRES et al., 2006).

Contextos de Vulnerabilidade Individual

No plano individual, os elementos de vulnerabilidade encontrados relacionam-se ao gênero, idade, situação conjugal, situação ocupacional, renda, escolaridade, e raça/cor da mulher. O padrão de abuso de drogas – drogas na vida, início do uso, comorbidades, são fatores adicionais para a compreensão da vulnerabilidade individual (Quadro 1).

| Plano analítico | Vulnerabilidade | |
|-------------------|-----------------------|---|
| | Elementos analisados | Contextos de vulnerabilidade |
| | Socioeconômico | |
| | Gênero | ✓ Condição da mulher na sociedade. |
| | Idade | ✓ Adultas e jovens, em período reprodutivo. |
| | Situação conjugal | ✓ Solteiras ou união estável. |
| | Situação ocupacional | ✓ Nenhuma exercia atividade econômica remunerada, e duas “em situação de rua”. |
| | Renda | ✓ Sem renda fixa - sobrevive com pensão dos filhos ou Programa Bolsa Família. |
| | Escolaridade | ✓ Baixa escolaridade, quatro anos abaixo do esperado para a idade. |
| Individual | Raça/cor | ✓ Maioria se declarou da raça/cor parda. |
| | Uso de drogas | |
| | Drogas na vida | ✓ Drogas de iniciação – tabaco e álcool. Primeira droga ilícita – maconha. Droga utilizada na gestação – <i>Crack</i> . |
| | Início do uso drogas | ✓ Entre 12 e 18 anos. |
| | Comorbidades | ✓ Transtornos mentais leves e problemas clínicos relacionados ao uso de drogas. |

Quadro 1 – Plano analítico individual e contextos de vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas de abuso na gestação. Maringá, maio a julho, 2011.

Em toda a sociedade, há diferenças entre os papéis sociais desempenhados por homens e mulheres. Tais diferenças se expressam de forma desfavorável às mulheres, que resultam em desigualdades de gênero que as prejudicam e constituem fatores estruturantes da vulnerabilidade feminina. As desigualdades entre os gêneros estruturam diferentes graus de discriminação das mulheres, excluem da participação em dimensões fundamentais da vida em

sociedade e restringem sua liberdade no exercício pleno dos seus direitos fundamentais (GUILHEM; AZEVEDO, 2008).

A relação de gênero é norteadada pelas diferenças biológicas, geralmente transformadas em desigualdades que tornam o sexo feminino vulnerável ao uso de drogas e à exclusão social. A exclusão atinge a mulher de várias formas, pelas vias do trabalho, da cultura, da etnia, da idade, da raça, sendo difícil atribuí-las a um aspecto específico, uma vez que ela combina vários elementos.

Sabe-se que essa desigualdade tem produzido historicamente a submissão e a inferiorização da mulher, parcela importante de mulheres permanecem excluídas do poder de decisão na vida pública e privada. Recebem baixos salários e inferiores aos dos homens para os mesmos trabalhos, são atingidas pela violência cotidiana, doméstica e sexual. O uso invisível de drogas, presente na vida e no cotidiano de muitas dessas mulheres, pode estar associado a este contexto, marcado pelo preconceito, estigma, discriminação e exclusão (SILVA; VARGENS, 2009).

Em Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo (2001), a Organização Pan-Americana da Saúde, aponta que os múltiplos papéis desempenhados pela mulher na sociedade contribuem para o aumento significativo da incidência de transtornos mentais e comportamentais. Estas continuam com o fardo da responsabilidade, associado com os papéis de esposas, mães, educadoras e cuidadoras, mas tornam-se ao mesmo tempo uma parte cada vez mais essencial da mão-de-obra e, frequentemente, constitui-se na principal fonte de renda familiar. Além das pressões impostas às mulheres pela expansão de seus papéis, muitas vezes em conflito, elas são vítimas de discriminação sexual, concomitante à pobreza, ao excesso de trabalho e à violência doméstica e sexual (SANTOS, 2009).

A idade das mulheres do presente estudo revelou que elas eram adultas jovens, entre 17 e 33 anos, em período reprodutivo. Porém, todas iniciaram o uso de drogas na adolescência, entre 12 e 18 anos; a maioria antes de completar 15 anos de idade. Quatro informaram a iniciação do uso de múltiplas drogas aos 12 anos.

Embora a maioria fosse multípara, sete mulheres conviviam em regime de união estável e as demais eram solteiras, apontando a possível ausência de companheiro fixo para algumas delas. Famílias chefiadas por mulheres têm piores indicadores de acesso ao conhecimento e ao trabalho, geralmente o chefe não se encontra ocupado e, quando ocupado, se encontra no setor informal (BARROS; CARVALHO; FRANCO, 2006).

Ao longo da última década, observa-se a manutenção da tendência de aumento na proporção de famílias chefiadas por mulheres, que passou de 19,7%, em 1993, a 28,8%, em

2006. Tal tendência vem sendo acompanhada com atenção por pesquisadoras do tema, posto ser um dado que, por um lado, aponta para contextos de precarização da vida e do trabalho feminino e, por outro, revela também sobre processos de (des)empoderamento das mulheres. Trata-se, portanto, de um importante indicador de desigualdade de gênero (BARROS; CARVALHO; FRANCO, 2006).

A análise da situação ocupacional apontou que nenhuma das entrevistadas exercia atividade econômica remunerada no momento da entrevista - se declararam como do lar ou “em situação de rua”. Nove mulheres não informaram renda e sobreviviam com a pensão alimentícia dos filhos ou auxílio governamental do Programa Bolsa Família. Quase todas informaram algum momento da vida em “situação de rua” ou em trânsito pela rua, quando a situação de passar o dia e a noite na rua se alternava com períodos em abrigos e na casa de familiares.

A população em situação de rua é um grupo heterogêneo que vive em condição de pobreza absoluta, utilizando a rua como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente. Essas pessoas apresentam interrupção de vínculos familiares e comunitários, além de passarem a viver um processo de desfiliação social: exclusão, vidas marcadas por perdas, desqualificação social e perda de referências (EPELE, 2010; RAUP; ADORNO, 2011).

Quanto ao grau de escolaridade, elas frequentaram a escola por um período médio de cinco anos, e nenhuma tinha o nível de escolaridade compatível com a idade; uma era analfabeta funcional, pois nunca frequentou a escola. A frequência regular à escola é considerada fator de proteção para o uso de drogas de abuso, pois a evasão escolar e a baixa escolaridade dos jovens são determinantes na continuidade do uso de drogas. (BALLANI; OLIVEIRA, 2007; BRUSAMARELLO et al., 2010)

Sete mulheres se declararam da raça/cor parda. Num quadro global de gravíssimas desigualdades sociais, já amplamente reconhecido em nosso país, evidencia-se uma nítida hierarquia que tem, no topo, os homens brancos (não negros) e que vai descendo para as mulheres brancas, homens negros (e pardos) e mulheres negras (e pardas) (QUADROS, 2004).

São inúmeras as desigualdades decorrentes de questões étnico-raciais. No Brasil, na saúde estas desigualdades se refletem nos dados que corroboram a redução da expectativa de vida da população negra, tanto pelas taxas de morte materna e infantil como pela violência e pelo uso de drogas vivenciadas de forma mais intensa pelos grupos populacionais de negros e pardos (BRASÍL, 2011a).

O grupo de mulheres analisado é semelhante ao que tem sido descrito na literatura sobre usuários de drogas: jovens, em fase economicamente ativa e reprodutiva, porém sem vínculo empregatício e com baixo poder aquisitivo, nível de escolaridade incompatível para idade, e baixos vínculos familiares e sociais (BALLANI; OLIVEIRA, 2007; SELEGHIM et al., 2011).

Ao enumerarem as drogas conforme a sequência de utilização ao longo da vida, as mulheres afirmaram que o tabaco e o álcool foram as drogas de iniciação, concomitantemente, na adolescência. Individualmente, o tabaco foi a primeira droga utilizada por todas as mulheres.

Com relação às drogas ilícitas, a maconha foi a primeira droga utilizada. Se a mulher não aderiu ao uso da bebida alcoólica, ela apareceu como a segunda droga de escolha por quatro delas, no entanto, dez mulheres a utilizaram ao longo da vida. A cocaína em pó foi utilizada por três mulheres que, na sequência aderiram à forma fumada do *crack*. Dez mulheres informaram ter utilizado *crack* durante a gestação.

Em relação às drogas usadas ao longo da vida, as mulheres apresentaram forte comportamento aditivo: o tabaco era utilizado por 12 mulheres, o *crack* e a maconha por dez, a bebida alcoólica por nove, e a cocaína em pó por três.

Com relação às comorbidades físicas e psiquiátricas, verificou-se que as 12 mulheres apresentavam problemas de saúde relacionados ao uso de drogas. Embora não realizassem tratamento psiquiátrico, 11 mulheres já apresentaram transtornos mentais leves, e sete realizaram tratamento de problemas clínicos, que acreditavam estar relacionados ao uso de drogas. A prática sexual sem proteção era realizada por oito entrevistadas, e três utilizavam preservativo esporadicamente.

Em relação à paridade, as mulheres tiveram entre um e dez filhos vivos, com média de quatro. No entanto, quando questionadas sobre o número de filhos sob sua tutela, oito mulheres tinham a custódia de apenas dois filhos, os demais, foram entregues para doação a desconhecidos ou a familiares - avós e/ou tios. Destacam-se dois casos: uma mulher teve cinco filhos e não tinha nenhum sob sua tutela, e outra, teve dez filhos e perdeu a guarda definitiva de sete em decorrência do uso de drogas.

Documento de organização não-governamental que atende gestantes em situação de vulnerabilidade em Maringá-Pr evidencia que elas estão abaixo de 30 anos, tiveram entre quatro e cinco filhos, passaram pela experiência da gestação, porém, nunca exerceram a maternidade. As mulheres falaram com naturalidade sobre a dependência química, relatando o

uso de vários tipos de drogas e que trocaram a experiência da maternidade pelo *crack*, alegaram que buscam forças para tratar a dependência química (AMARAL, 2011).

Contextos de Vulnerabilidade Social

A vulnerabilidade social confunde-se com a individual no grupo estudado, uma vez que ela é determinada pelo contexto social onde as mulheres estão inseridas e a vulnerabilidade individual não será diminuída se as mulheres não perceberem os riscos intrinsecamente ligado às drogas (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1992). No âmbito do presente estudo, o contexto social compreende a influência exercida pelo grupo no qual a mulher vive e as relações socioculturais vivenciadas no ambiente e na família, uma vez que eles estão interligados.

No plano social, os elementos de vulnerabilidade das mulheres investigadas são as situações vivenciadas na família, indicadores sociais desfavoráveis, e conflitos recorrentes com a Justiça. (Quadro 2).

| Plano analítico | Vulnerabilidade | |
|-----------------|--------------------------------|---|
| | Elementos analisados | Contextos de vulnerabilidade |
| | Situações na família | |
| | Comportamento aditivo | ✓ Presente em todas as famílias. |
| | Distúrbios psiquiátricos | ✓ Presença de distúrbios leves e graves, em 11 famílias. |
| | Conflitos | ✓ Presentes em todas as famílias. |
| | Violência física | ✓ Presente em 11 famílias. |
| | Violência psicológica | ✓ Presente em 11 famílias. |
| Social | Violência sexual | ✓ Vivenciado por seis mulheres. |
| | Indicadores sociais | |
| | Condições de moradia | ✓ Higiene ruim. Ausência de rede de esgoto, pavimentação. Casas de madeira. |
| | Meio de comunicação | ✓ Televisão, rádio e aparelho celular. |
| | Conflitos com a Justiça | |
| | Tráfico | ✓ Vivenciado por oito mulheres. |
| | Outros delitos | ✓ Vivenciado por sete mulheres. |
| | Prisão | ✓ Vivenciado por cinco mulheres. |
| | Prostituição | ✓ Vivenciado por nove mulheres. |
| | Homicídio | ✓ Presente na família de três mulheres. |

Quadro 2 – Plano analítico social e contextos de vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas de abuso na gestação. Maringá, maio a julho, 2011.

Como fatores desencadeantes para o uso de drogas entendem-se aqueles que ocorrem antes do uso indevido e estão associados, estatisticamente, ao aumento da probabilidade do abuso de drogas. Esses fatores estão relacionados com diferentes contextos sociais, como a família, os pares, a escola, a comunidade de convivência e a mídia (SCHENKER; MINAYO, 2005).

Evidenciou-se que no contexto familiar das 12 mulheres tinham o comportamento aditivo, caracterizado pela presença de múltiplas drogas, e que havia atitude permissiva e ao mesmo tempo estimuladora do consumo, na figura dos pais, irmãos, tios, primos e dos companheiros.

Embora o consumo de drogas pelos pais esteja relacionado ao maior risco dos filhos se tornarem usuários, tendo em vista que o comportamento lhes “serve de modelo”, é a atitude permissiva que mais pesa na equação. A família tem o papel decisivo na criação de condições relacionadas, tanto ao uso abusivo quanto aos fatores de proteção, e durante a abordagem deste fenômeno, ela deve ser vista na sua integralidade (SCHENKER; MINAYO, 2003).

Havia usuários de tabaco e álcool na família de todas as mulheres que compõe a amostra. A maconha estava presente em seis, e a cocaína em pó, em quatro. Todavia, o *crack* foi a droga ilícita mais frequente, entre os familiares, citado por dez mulheres.

Verificou-se que em 11 das famílias, havia presença de distúrbios psiquiátricos, leves e graves, relacionados ao uso de drogas, caracterizado principalmente por alterações do humor e agressividade (10), sinais de abstinência (8), depressão (2) e psicoses (2). Vale salientar que em duas famílias havia a presença do HIV. Em uma delas, o uso de drogas injetáveis, acarretou na contaminação pelo vírus, dos pais e do irmão, e na outra, da mãe, seguido da morte pela Aids.

Todas as mulheres vivenciaram vários conflitos familiares, ao longo da vida, na maioria das vezes relacionadas ao uso de drogas ou em decorrência do envolvimento de pelo menos um membro da família no tráfico de drogas. No tocante à frequência dos conflitos, em apenas duas famílias, eles aconteciam com menos frequência. A bebida alcoólica foi citada como fator agravante em diversos casos.

A situação opressiva vivida por muitas mulheres, que não raro se silenciam por causa do medo ou vergonha, ou até mesmo por achar “natural” determinadas atitudes dos parceiros, tais como: manifestações de ciúmes, deveres sexuais, desqualificação, não-reconhecimento do trabalho doméstico, entre outros. Este silêncio foi vivenciado pelas mulheres desta série de casos, que, mesmo após a violência, não denunciaram o agressor.

O marido ou o parceiro íntimo é o principal responsável pela violência doméstica, em sua maior parte com agressão física, e, mesmo com percentuais alarmantes, pode-se inferir que os índices de violência contra mulheres estejam subnotificados. Estima-se que os registros não representem mais do que 5 a 10% da incidência real. O ciúme desponta como a principal causa aparente da violência, assim como o alcoolismo ou estar alcoolizado no momento da agressão, “razões” que se destacam, em respostas espontâneas sobre o que acreditam ter causado a violência sofrida, superando em larga escala as demais “razões” (SEGATO, 2003).

Os conflitos são tidos como resultantes das desigualdades de valor e poder nessas relações. Essas situações não são estruturais de um indivíduo ou de uma dinâmica familiar, mas dependentes de aspectos processuais de como as relações são construídas e da cultura vigente. Isso permite desenvolver um modelo de explicação, em que, mesmo partindo do comportamento individual, amplia-se a compreensão da violência como produto das relações conjugais, do contexto comunitário e das relações sociais mais amplas (SCHRAIBER et al.; 2010).

Dentre as violências vivenciadas ao longo da vida, destacaram-se a física e psicológica, em 11 famílias, elas eram praticadas, na maioria das ocasiões - oito casos, pelos pais, e foram vivenciadas por cinco mulheres, desde a infância.

Seis mulheres sofreram violência sexual, duas delas em âmbito familiar. Uma na infância, violentada aos dez anos, pelo padrasto; a outra, durante a adolescência, cujo agressor, mesmo sem laços familiares, residia coma a família. Ela sofreu queimaduras com “bitucas de cigarro”, agressões físicas, seguida de abuso sexual. As demais sofreram abuso sexual na rua, geralmente, sob efeito de drogas, segundo as entrevistadas.

Vários textos abordam a relação entre violência intrafamiliar e uso de drogas. A violência física, psicológica e a presença de abuso sexual são considerados fatores desencadeantes para o uso de substâncias. Há relatos de adolescentes que saíram de casa, a fim de evitar situações aversivas na família, elas acabaram se envolvendo em relações afetivas e/ou “mas companhias” que lhes serviram de modelo para iniciação do uso de drogas. Além disso, a coerção familiar também tem influência, pois a interação entre os membros das famílias dos usuários parecem ser mais disfuncionais, na sua dinâmica e nas suas peculiaridades (NOTO et al., 2004; MILANI; LOUREIRO, 2008; BRUSAMARELLO et al., 2010; SELEGHIM et al., 2011).

Nesta série de casos, o contexto familiar das mulheres se mostrou marcado por eventos de desestruturação, tais como uso de drogas, histórico de tentativa de suicídio e transtorno mental na família e conflitos familiares frequentes, além da violência, presente em todas as suas formas.

Em relação aos indicadores sociais, verificou-se que as condições de moradia das mulheres eram regulares - em sete não havia rede de esgoto, em três era difícil o acesso por rua sem pavimentação e apenas três moradias eram de madeira. Porém, as condições higiênicas, na maioria delas, eram ruins, com impressão de desleixo e abandono. Em duas delas, havia aparência de pontos de distribuição de drogas, pois as entrevistas foram realizadas do lado externo da casa por opção da entrevistada. Além disso, duas mulheres estavam em processo de ruptura com os laços familiares, viviam em trânsito na rua, retornando ao convívio familiar esporadicamente.

Verificou-se que nove mulheres tinham acesso aos principais meios de comunicação, televisão e rádio, e sete mulheres possuíam aparelho celular. No entanto, as informações veiculadas nos meios de comunicação nem sempre vão de encontro com a prevenção do uso de drogas, há ainda outros aspectos como a escolha de programas, o interesse pelo tema e o nível de compreensão individual sobre o conteúdo informado.

Em relação aos conflitos com a Justiça, verificou-se que as drogas favoreceram os atos infracionais, que foram frequentes na vida das mulheres e seus familiares. Os conflitos foram divididos em várias categorias e procurou-se identificar os indivíduos envolvidos - a mulher, o companheiro e/ou outros membros da família.

Evidenciou-se, em relação ao tráfico de substâncias e outros delitos, que as mulheres e seus parceiros íntimos estavam envolvidos concomitantemente, no entanto, as mulheres foram as principais vítimas de violência em decorrência da drogadição/tráfico de drogas. Os delitos foram praticados na rua ou no ambiente familiar, com intuito de obter recursos para manter o vício.

Cinco mulheres foram presas por envolvimento com tráfico de drogas, elas atuavam como mulas (usadas pelos traficantes para transportar drogas), em média, elas foram detidas, três vezes. Houve outros membros da família presos – parceiros, irmãos, pais, primos. Apenas no histórico de três mulheres não havia casos de detenção na família. Três mulheres vivenciaram mortes em decorrência do envolvimento com tráfico de drogas ou com traficantes - pai, tio, primo e amigo, foram as principais vítimas.

A troca de sexo por dinheiro ou por drogas foi praticada por nove mulheres ao longo da vida, como fonte de renda e/ou forma de ganhar dinheiro para manter a dependência.

O envolvimento precoce com as drogas, a situação de rua e o compartilhamento do uso de drogas com o próprio companheiro favoreceram a prática da troca de sexo por drogas/“prostituição”, ao envolvimento com o tráfico de drogas e com traficantes, à prisão, à exclusão em todos os níveis. A exclusão social implica numa dinâmica de privação por falta de acesso aos sistemas sociais básicos, como família, moradia, trabalho formal ou informal, saúde,

dentre outros. É o processo que se impõe à vida do indivíduo que estabelece uma relação de risco com algum tipo de droga, cuja fronteira para a exclusão é delimitada pelo início dos problemas sociais (EPELE, 2010; RAUP; ADORNO, 2011; SELEGHIM et al., 2011).

Quando o uso de drogas ocorre precocemente, também existe uma chance maior do envolvimento em atos infracionais, pois as drogas deixam as usuárias mais vulneráveis a comportamentos de risco, à prática de infrações e conflitos com a Justiça. No entanto, é difícil determinar com precisão onexo causal entre drogas e atos violentos, o *status* legal das drogas e as complicações que envolvem tráfico e Leis que o reprimem, as influências do meio e as características individuais dos usuários das substâncias, a prevalência e as correlações precisas entre violência e uso de drogas (BALLANI; OLIVEIRA, 2007; MARTINS; PILLON, 2008).

Contextos de Vulnerabilidade Programática

No plano programático, os elementos de vulnerabilidade encontrados referem-se à acessibilidade a serviços de saúde – tipo de serviços utilizados, atendimento no último ano, realização de pré-natal e tratamento para dependência química; ao vínculo com profissionais de saúde – psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistência social; e a questões relacionadas à resolutividade e autonomia – planejamento reprodutivo, multiparidade e uso de drogas (Quadro 3).

| Plano analítico | Vulnerabilidade | |
|---------------------|---|---|
| | Elementos analisados | Contextos de vulnerabilidade |
| | Acessibilidade a serviços de saúde | |
| | Tipo de serviço | ✓ Exclusivamente público. |
| | Atendimento no último ano | ✓ Sim, para 11 mulheres. |
| | Realização de pré-natal | ✓ Baixa adesão à consulta pré-natal. |
| | Tratamento para dependência química | ✓ Ausente. |
| Programático | Vínculo com profissionais | |
| | Psiquiatra e psicólogo | ✓ Vínculo ausente. |
| | Enfermeiro | ✓ Vínculo baixo. |
| | Assistente social | ✓ Vínculo presente. |
| | Assistência pré-natal | ✓ Vínculo deficitário e/ou inexistente. |
| | Resolutividade/autonomia | |
| | Planejamento reprodutivo | ✓ Inexistente para dez. |
| | Multiparidade | ✓ Presente em oito mulheres (≥ 3). |
| | Uso de drogas | ✓ Mantém comportamento aditivo na gravidez. |

Quadro 3 – Plano analítico programático e contextos de vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas de abuso na gestação. Maringá, maio a julho, 2011.

A vulnerabilidade programática refere-se às ações governamentais ou de políticas públicas voltada à população em análise, a fim de evitar a exposição e garantir a proteção de danos. Quanto maior o compromisso, a gerência e o monitoramento dos programas nacionais, regionais ou locais relativos ao agravo, maiores serão as chances de canalizar os recursos sociais existentes e a identificação da necessidade de novos investimentos, fortalecendo a população frente ao agravo (BURIOLA, 2009).

Quanto à acessibilidade ao serviço de saúde, os serviços de saúde utilizados foram exclusivamente público. No último ano, 11 mulheres indicaram atendimento em serviços de saúde - oito delas procuraram assistência em Unidades Básicas de Saúde (UBS) pelas intercorrências na gestação.

Sete mulheres procuraram atendimento hospitalar, dentre elas, seis eram gestantes em trabalho de parto - três realizaram parto via vaginal e três, partos cesariana; e uma que internou por pneumonia e duas buscaram assistência em pronto atendimento, com problemas clínicos. Portanto, as mulheres só se tornaram visíveis ao sistema de saúde em situações de urgências.

Dentre as oito gestantes, apenas três realizou acompanhamento pré-natal - encaminhadas pelo Conselho Tutelar e/ou serviço social, ou seja, não houve adesão espontânea de nenhuma delas. Por outro lado, o serviço de saúde também não conseguiu estabelecer vínculo com as mulheres quando elas apresentaram intercorrências na gestação e foram às UBS.

A organização dos serviços de saúde e a assistência integral aos usuários do SUS se caracteriza pela assimilação das práticas preventivas e assistenciais. Assim, o usuário do sistema não precisa necessariamente dirigir-se a unidades de saúde para receber assistência, uma vez que a ESF está capacitada para executar ações de busca ativa na comunidade adscrita, mediante visita domiciliar, e o acompanhamento ambulatorial dos principais agravos na comunidade, dentre eles a dependência química, principalmente quando associada à gestação. Pois o princípio da integralidade prevê que as atividades de educação em saúde estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais da ESF (ALVES, 2005).

No que tange o tratamento para dependência química, quatro já haviam sido avaliadas no Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e Drogas (CAPSad), no puerpério e por determinação judicial, porém nenhuma delas aderiu ao tratamento. Duas mulheres já realizaram tratamento em comunidades terapêuticas, na fase inicial do consumo de drogas, e após curto período de abstinência, voltaram utilizar drogas.

Oliveira e Nappo (2008) observaram a tendência entre indivíduos que passaram da fase compulsiva do uso de drogas para padrões controlados, com formas de auto-regulação do próprio usuário. Este padrão acontece, geralmente, nos denominados pontos de virada (*turning points*), que são eventos significativos de vida que tendem a favorecer a interrupção do consumo, sendo relevante detectar momentos do curso de vida dos indivíduos em que dispositivos de saúde, sociais e culturais, que não os tratamentos formais, existam como apoiadores da alteração da relação de exclusividade com a droga.

Em relação ao vínculo com profissionais de saúde - nenhuma das mulheres estava em acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico. Apenas uma foi acompanhada no domicílio pelo enfermeiro, que agendou procedimento de laqueadura e administrou anticoncepcional injetável, porém, não havia data prevista para o procedimento, embora esta mulher relate 11 gestações aos 32 anos de idade.

As 12 mulheres que compõe a mostra apresentam extrema vulnerabilidade social - estavam cadastradas no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e são beneficiárias do Programa Bolsa Família, geralmente única fonte de renda fixa da mulher.

O CRAS atua como a principal porta de entrada do Sistema Único de Assistência Social, é responsável pela organização e oferta de serviços da Proteção Social Básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social, atua ofertando Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família, com um trabalho de caráter continuado que visa fortalecer a função protetiva das famílias, prevenindo a ruptura de vínculos, promovendo o acesso e usufruto de direitos e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2011b).

O vínculo na assistência pré-natal caracterizou-se como deficitário e/ou inexistente, as mulheres grávidas no último ano repetiram o comportamento do passado, e apenas uma havia realizado acompanhamento pré-natal. Além dos riscos relacionados à ausência de consulta pré-natal, a ausência de vínculo dificulta as ações educativas sobre os direitos de planejamento reprodutivo.

Quanto à resolutividade à autonomia, verificou-se que seis mulheres apontaram relação com o planejamento reprodutivo - três utilizam contraceptivo oral e duas multíparas realizaram laqueadura tubária em 2011, por indicação de órgãos públicos. A adoção da terminologia Planejamento Reprodutivo surgiu em 2009, em substituição a Planejamento Familiar, conforme orientação do Ministério da Saúde, no contexto da ampliação dos direitos sexuais e reprodutivo da mulher (BRASÍL, 2011a).

Porém, observou-se baixa resolutividade e autonomia, uma vez que oito mulheres estavam grávidas no ultimo ano, e a gravidez não foi planejada, sendo considerada indesejada.

Quatro mulheres não utilizam nenhum método contraceptivo, alegando serem solteiras e não ter parceiro sexual fixo.

A falta de planejamento reprodutivo favoreceu a multiparidade encontrada na população. O número de gestação/mulher variou entre a 2^a e 11^a gestação, a moda foram duas gestações, representada por quatro mulheres. No entanto, oito mulheres tiveram acima de três gestações. Além disso, a população analisada encontra-se na fase reprodutiva, conseqüentemente, estão sujeitas a nova gravidez.

Em duas delas, ambas com idade inferior a 33 anos, uma teve oito gestações – perdeu a guarda dos seis primeiros filhos e era moradora de rua até recentemente; e outra teve 11 gestações, os quatro primeiros filhos morreram entre 21 dias e um ano e cinco meses, seguido de um aborto. Histórias que se repetem entre as usuárias.

Em relação à manutenção do uso de drogas, nove mulheres admitiram utilizar múltiplas drogas no momento da entrevista. O tabaco permaneceu como a droga mais frequente, utilizado por oito mulheres, seguido do álcool, por seis, da maconha e do *crack*, por quatro. Três mulheres relataram estarem abstinentes de drogas ilícitas há aproximadamente um ano, no entanto, só uma delas obtém ajuda de redes sociais de apoio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As questões relativas ao uso abusivo de drogas e a co-participação das famílias levantadas no presente artigo estão em consonância com a literatura. A família pode ser fator de risco ou de proteção para o uso de drogas de abuso. Mas o presente estudo evidenciou ambiente de risco: famílias, que mantêm cultura “aditiva”, conflitos com a justiça, violência intrafamiliar, e vivências de situações sociais de crime e abuso.

Os resultados do presente estudo apontam para a necessidade de estratégias preventivas voltadas ao ambiente familiar que visem à captura precoce dos usuários de drogas visando quebrar o ciclo vicioso na vida das famílias que vivem circunstâncias de vulnerabilidade nos planos individual, social e programático. Acredita-se que tais ações tragam benefícios fundamentais à mulher, no plano individual, a sua família e aos “novos” membros, inibindo que perpetuem as situações vivenciadas pelas famílias em seus ciclos de vida.

Os elementos para a continuidade do uso de drogas, por meio de combinação dos contextos de vulnerabilidade que favorecem esta situação, estão descritos esquematicamente na Figura 1.



Figura 1 – Contextos de exclusão e vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas.

Porém, a vulnerabilidade não é uma condição permanente, tem caráter dinâmico; os contextos podem ser minimizados ou revertidos. A melhoria das condições de saúde destas mulheres depende do êxito das ações de saúde desenvolvidas nas UBS e nos Núcleos de Apoio Psicossocial, porta de entrada no Sistema, e as ações devem ser executadas por uma equipe multiprofissional.

A ausência de um modelo assistencial ou de proteção governamental às adolescentes que têm seus pais trabalhando fora de casa, à fragilidade das famílias, principalmente as de baixa renda, em enfrentar as questões relacionadas ao uso de drogas favorecem a exposição às drogas. Além disso, fazer cumprir as políticas públicas vigentes sobre o tema no que tange à legislação sobre a produção, comercialização e uso das drogas de abuso.

Em relação à saúde pública é fundamental que a equipe multiprofissional e os gerentes locais conheçam a situação epidemiológica da comunidade, a demanda local e as condições de vida da população, no momento da organização das ações básicas, avaliando se elas responderão às necessidades regionais, principalmente nos estratos sociais mais baixos.

Vale lembrar que se trata de uma população jovem, em fase reprodutiva, com baixa escolaridade e poder aquisitivo, que se encontram socioeconomicamente desestruturadas, sem formação profissional e que elas passaram a maior parte de suas vidas expostas à violência, às drogas e à prostituição, perpetuando as situações vivenciadas no ambiente familiar em seus ciclos de vida.

Portanto, é importante salientar que a atuação nos planos individual, social e programático deveria ser trabalhada sob a perspectiva de redução de danos e reinserção social. As usuárias e suas famílias podem ser acolhidas e vinculadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad), em ambulatórios, comunidades terapêuticas e hospital-dia, dentre outros dispositivos de atenção à saúde, no entanto, percebeu-se que entre as mulheres há desconhecimento e medo da culpabilização da rede assistencial do SUS.

Tais constatações evidenciam a importância da participação efetiva do enfermeiro na promoção à saúde, com ações educativas para a saúde da família, pois pela atuação conjunta profissional-família e da articulação com as políticas públicas intersetoriais de ação social, educação, trabalho, justiça, esporte, direitos humanos, moradia, serão realizadas a detecção precoce e imediata dos casos, importantes aliados no enfrentamento da questão das drogas.

Para alcançarmos um sistema de saúde equânime para todos os brasileiros, é urgente a implementação de políticas e programas que atendam às especificidades desse segmento populacional.

A principal limitação do estudo foi perceber que o grupo estudado não vê o uso de drogas como uma doença, portanto deixaram de buscar assistência à saúde, tendo em vista que perderam o domínio da própria vida em detrimento do uso de drogas. Por outro lado, as políticas públicas também se mostraram falhas.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2004/2005.

AMARAL, T. Mulheres “trocam” a maternidade pelo crack. **O Diário.com**, Maringá, 17 ago. 2011. Disponível em: <<http://www.odiarario.com/maringa/noticia/468561/mulheres-trocam-a-maternidade-pelo-crack/>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 375-417.

BALLANI, T. S. L.; OLIVEIRA, M. L. F. Uso de drogas de abuso e evento sentinela: construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 488-94, 2007.

BARROS, R. P.; CARVALHO, M.; FRANCO, S. **Pobreza multidimensional**. Rio de Janeiro: IPEA, 2006. (Texto para discussão, 1227).

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Governo Federal. Governo do Distrito Federal (GDF). **Populações vulneráveis e saúde da mulher**. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/>>. Acesso em: 11 nov. 2011a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS). **Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)**. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaobasica/cras>>. Acesso em: 10 nov. 2011b.

BÜCHELE, F.; COELHO, E. B. S.; LINDNER, S. R. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 267-273, 2009.

BURIOLA, A. A. **Vulnerabilidade de famílias de agricultores convivendo com Hexaclorociclohexano - BHC: um desafio para o cuidado à saúde**. 2009. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2009.

BRUSAMARELLO, T. et al. Papel da família e da escola na prevenção do uso de drogas pelo adolescente estudante. **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 766-773, 2010.

EPELE, M. **Sujetar por la herida: una etnografía sobre drogas, pobreza y salud**. Buenos Aires: Paidós, 2010.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, p. 888-895, 2005. Número especial.

GUILHEM, D.; AZEVEDO, A. F. Bioética e gênero: moralidades e vulnerabilidade feminina no contexto da AIDS. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 16, n. 2, p. 229-240, 2008.

ISSLER, D. et al. **Cartilha sobre o crack**. 2011. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br>>. Acesso em: 07 nov. 2011.

MANN, J. M.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. **Aids in the world**. Cambridge: Harvard University Press, 1992.

MARTINS, M. C.; PILLON, S. C. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1112-1120, 2008.

MILANI, R. G.; LOUREIRO, S. R. Famílias e violência doméstica: condições psicossociais pós ações do conselho tutelar. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 28, n. 1, p. 50-67, 2008.

NAPPO, S. et al. O Crack em São Paulo, 20 anos depois: consciência alterada, o universo paralelo das drogas. **Scientific American Brasil**, São Paulo, v. 8, n. 38, 2010. Edição especial.

NOTO, A. R. et al. Violência domiciliar associada ao consumo de bebidas alcoólicas: um levantamento no Estado de São Paulo. **Jornal Brasileiro de Dependências Químicas**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 9-17, 2004.

- OLIVEIRA, J. F.; PAIVA, M. S. Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao HIV/Aids em uma perspectiva de gênero. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 625-631, 2007.
- OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 664-71, 2008.
- PALMA, A.; MATTOS, U. A. O. Contribuições da ciência pós-normal à saúde pública e a questão da vulnerabilidade social. **Historia, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 567-590, 2001.
- QUADROS, W. Gênero e raça na desigualdade social brasileira recente. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 18, n. 50, p. 95-117, 2004.
- RAUP, L. M.; ADORNO, R. C. F. Jovens em situação de rua e usos de crack: um estudo etnográfico em duas cidades. **Revista Brasileira Adolescência e Conflitualidade**, São Paulo, n. 4, p. 52-67, 2011.
- SANTOS, A. M. C. C. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciência, Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1177-1182, 2009.
- SEGATO, R. L. **Las estructuras elementares de la violencia**. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2003.
- SCHENKER M.; MINAYO M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência, Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 707-717, 2005.
- SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciência, Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 299-306, 2003.
- SCHRAIBER, L. B. et al. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 658-666, 2010.
- SELEGHIM, M. R. et al. Vínculo familiar de usuarios de crack atendidos en una unidad de emergencia psiquiátrica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, [09 pantallas], 2011. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 29 out. 2011.
- SILVA, C. M.; VARGENS O. M. C. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 401-406, 2009.
- ZILBERMAN, M. L. et al - Drug-dependent women: demographic and clinical characteristics in a Brazilian sample. **Substance Use Misuse**, New York, v. 36, n. 8, p. 1111-1127, 2001.
- ZILBERMAN, M. L. et al. Gender differences in treatment-seeking brazilian drug-dependent individuals. **Substance Abuse**, Virginia, v. 24, n. 1, p. 17-25, 2003.

4.4 ARTIGO 4

**USO DE CRACK POR GRANDE MULTÍPARA EM VULNERABILIDADE SOCIAL:
HISTÓRIA DE VIDA**

**USE OF CRACK BY A GREAT GRAND-MULTIPAROUS SOCIALLY
VULNERABLE WOMAN: A LIFE HISTORY**

**USO DE CRACK POR GRAN MULTÍPARA EN VULNERABILIDAD SOCIAL:
HISTORIA DE VIDA**

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva, com o objetivo de descrever a história de vida de EPB, mulher de 32 anos, grande múltipara (11 gestações), e usuária disfuncional de drogas de abuso há 18 anos, e verificar os pontos com significações importantes para a manutenção do uso de drogas ao longo de sua vida, o que permite classificá-la como vulnerável socialmente. Foi realizada análise da ficha epidemiológica de ocorrência toxicológica de EPB, arquivada em um centro de informação e assistência toxicológica da região Noroeste do Paraná, e utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada. O depoimento, fornecido às autoras durante visita domiciliar, foi gravado em mídia digital, analisado por meio da análise de conteúdo e agrupado em duas categorias. Dentre as situações vivenciadas na história de vida, destacaram-se a baixa escolaridade de EPB, o comportamento aditivo, a multiparidade e os múltiplos parceiros, os conflitos no núcleo familiar e a violência doméstica, e o envolvimento com o tráfico de drogas e conflitos com a Justiça. A história de vida revelou que o relato colhido foi a “produção de si mesmo”, que EPB, enquanto a pessoa humana elaborou e apresentou.

Palavras-chave: Comportamento Aditivo. Relações Familiares. Vulnerabilidade. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. História Biopatográfica.

ABSTRACT

This is a qualitative and descriptive study, aiming at describing EPB's life history; she is a 32 year-old, great multiparous woman (11 pregnancies) and a dysfunctional user of abusive drugs for 18 years; we also aimed at verifying the important significant aspects which made her keep using drugs during her life, allowing us to classify EBF as a socially vulnerable person. An analysis of EBF's epidemiological form of toxicological occurrence, filed at a Toxicological Information and Assistance Center in the northwest of Parana (Brazil), was carried out. A semi-structured interview guide was used as well. EBF's report, delivered to the authors during a home visit, was recorded in digital media, analyzed by means of content analysis and grouped into two categories. Among the life experiences mentioned by EBF, we highlight her low education level, her addictive behavior, the multiparity, her multiple sexual partners, family conflicts, domestic violence, drug trafficking involvement and trouble with the Law. EBF's life history revealed that the report collected through the interview was the “production of oneself”, which she, as a human being, created and presented.

Keywords: Addictive behavior. Family relations. Vulnerability. Disorders related to the abusive use of drugs. Biopathographical History.

RESUMEN

Se trata de una investigación cualitativa y descriptiva, con el objetivo de describir la historia de vida de EPB, mujer de 32 años, gran múltipara (11 gestaciones), y usuaria disfuncional de drogas hace 18 años; verificar los puntos con significaciones importantes para el mantenimiento del uso de drogas a lo largo de su vida, lo que nos permite clasificarla como vulnerable socialmente. Fue realizado un análisis de la ficha epidemiológica de ocurrencia toxicológica de EPB, archivada en un centro de información y asistencia toxicológica de la región Noroeste de Paraná, fue utilizado un guión de entrevista semiestructurada. El relato dado a las autoras durante la visita domiciliar fue grabado en medio digital, analizado por medio del análisis de contenido y agrupado en dos categorías. Entre las situaciones vividas en la historia de vida, se destacaron la baja escolaridad de EPB, la conducta adictiva, la multiparidad y los múltiples compañeros, los conflictos en el núcleo familiar y la violencia doméstica además del involucramiento con el tráfico de drogas y conflictos con la Justicia. La historia de vida reveló que el relato fue la “producción de sí misma”, que EPB, como persona humana, elaboró y se presentó.

Palabras clave: Conducta Adictiva. Relaciones Familiares. Vulnerabilidad. Trastornos Relacionados al uso de Sustancias. Historia Biopatográfica.

INTRODUÇÃO

O consumo disfuncional de drogas é considerado um problema social e de saúde pública, pois o uso abusivo de substâncias psicoativas favorece às intercorrências indesejáveis, como crises familiares, atos violentos - acidentes, homicídios, suicídios, agressão física, e internações hospitalares evitáveis, aumentando a taxa de ocupação dos leitos hospitalares e contribuindo para a sobrecarga do Sistema Único de Saúde (BALLANI; OLIVEIRA, 2007; BRASIL, 2010). O cenário epidemiológico brasileiro mostra a expansão do consumo de drogas de abuso na população feminina, especialmente álcool e cocaína, utilizada na forma de pó ou nas formas impuras da pasta base (*crack* e *merla*).

São apontadas associações entre o uso de drogas e o empobrecimento, o isolamento social, a falta de moradia e a situação de rua, a violência doméstica, o comportamento autodestrutivo, comorbidades psiquiátricas e obstétricas e multiparidade. Gestantes usuárias de drogas têm baixa adesão à assistência pré-natal e apresentam maior incidência à complicações obstétricas e ginecológicas e, apesar de números pouco confiáveis sobre o uso de drogas psicoativas em grávidas, sabe-se que elas têm tendência em não relatar o consumo de drogas, especialmente álcool e cocaína (MARQUES, 2005; BRASIL, 2009).

O consumo de drogas durante a gravidez está associado a complicações materna e infantil. A maioria delas ultrapassa as barreiras placentária e hematoencefálica sem sofrer metabolização, atuando principalmente sobre sistema nervoso central do feto, ocasionando hipoxemia, acidose fetal, síndrome da morte súbita do recém-nascido, e déficits cognitivos.

Como o fluxo sanguíneo uterino não é auto-regulado, sua diminuição provoca insuficiência uteroplacentária e pode ocasionar retardo de crescimento intra-uterino, trabalho de parto prematuro, descolamento prematuro de placenta, ruptura prematura de membranas, baixo peso ao nascer e aborto espontâneo. Os efeitos também estão presentes durante o puerpério, haja vista que as drogas passam para o lactente por meio do leite materno e variam de acordo com a dose e o padrão de utilização (LARANJEIRA et al., 2003; BACHA; REZENDE, 2004; RODRIGUES; NAKANO, 2007; YAMAGUCHI et al., 2008).

As mulheres trouxeram mudanças na cultura do uso das drogas, principalmente em relação ao comportamento sexual. A falta de condições financeiras pode levá-las a participar de atividades ilícitas e à prática sexual sem proteção, em troca de drogas ou dinheiro, submetendo-se ao risco de gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis (NAPPO et al., 2010; NEAD, 2011). Geralmente, não têm uma gravidez saudável, pois as drogas de abuso levam-nas ao descaso com sua saúde e à banalização das complicações gestacionais, porém poucos estudos brasileiros têm associado os efeitos das drogas de abuso no ciclo gravídico puerperal e os fatores de vulnerabilidade (OLIVEIRA; ZAMBRONE, 2006; YAMAGUCHI et al., 2008; NAPPO et al., 2010).

Na família, a situação das usuárias se complica proporcionalmente ao avanço da dependência. Com a ruptura psicossocial, passam a utilizar-se de manobras ilícitas com a família, que fica sob pressão e responde como um grupo ameaçado em sua autonomia, ou vive um estado de co-dependência do uso de drogas do membro familiar. A ruptura do vínculo familiar, inevitável para algumas mulheres, levam-nas a viver em situação de rua, expostas aos riscos da marginalidade e da exclusão social, caracterizadas como situações de vulnerabilidade social extrema (YAMAGUCHI et al., 2008; NAPPO et al., 2010; SCHAURICH; FREITAS, 2011).

Estudo realizado em Pelotas-RS demonstrou que gestantes usuárias de substâncias psicoativas e sem trabalho remunerado têm um risco duas vezes maior de não realizar um pré-natal adequado. Para as grandes múltiparas, o risco foi três vezes maior. A paridade mostrou-se fortemente associada com o desfecho, indicando que para a grande múltipara, aumentaram as chances de realização de um pré-natal inadequado em cerca de cinco vezes (RASIA; ALBERNAZ, 2008).

A ação sobre o fenômeno das drogas é considerado um desafio aos profissionais da saúde no país, e o Ministério da Saúde traçou estratégias de promoção, prevenção, assistência e reabilitação dos usuários, com ênfase na reabilitação e reinserção sócio/familiar. A intervenção na família com comportamento aditivo requer a utilização de modelos que

permitam a concepção de cuidados e o planejamento das intervenções centradas nas famílias co-dependentes nos diferentes ciclos de vida (BÜCHELE; COELHO; LINDNER, 2009; FIGUEIREDO; MARTINS, 2010).

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi descrever a história de vida EPB, uma mulher de 32 anos, grande múltipara (11 gestações), e usuária disfuncional de drogas de abuso há 18 anos e verificar pontos com significações importantes para a manutenção do uso de drogas ao longo de sua vida, o que permite classificá-la como vulnerável socialmente.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo com caráter descritivo, realizado a partir do relato da história de vida de uma mulher com uso disfuncional de drogas de abuso, cuja intoxicação crônica foi notificada ao Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá (CCI/HUM) no ano 2009. A notificação foi realizada durante sua internação na Unidade Obstétrica do HUM, no pós-parto natural imediato, com o preenchimento da Ficha Epidemiológica de Ocorrência Toxicológica – Ficha OT.

A Ficha OT é um instrumento de registro de todos os casos de intoxicação, com modelo padronizado nacionalmente, que fornece dados de identificação do intoxicado, da ocorrência toxicológica, o atendimento prestado, o tratamento realizado, a evolução clínica e o desfecho do caso. No CCI/HUM é utilizada uma ficha OT para Álcool e outras Drogas de Abuso de conteúdo ampliado, com objetivo de facilitar o acompanhamento do caso, a implementação de medidas preventivas e a vigilância dos eventos toxicológicos.

A história de vida é verificada durante uma entrevista, e é relatada e interpretada por quem a vivenciou; o pesquisador escuta o que o sujeito tem a dizer sobre si mesmo e o que acredita que seja importante sobre sua vida, sem juízo de valor. Não confirma a autenticidade dos fatos, pois o importante é o ponto de vista de quem está narrando a história. Pela metodologia de história de vida é possível ter acesso à cultura, ao meio social, a valores e ideologias que o indivíduo elegeu. As experiências pessoais relatadas auxiliam na avaliação de teorias e hipóteses, indicando novos caminhos de investigações, pois possibilita acesso de dados que normalmente escapariam de metodologias mais generalistas (MAcRAE, 2004; SILVA et al., 2007; FIGUEIREDO; MARTINS, 2010).

Os dados foram coletados da Ficha OT e do depoimento fornecido às autoras e, ocorreu em duas etapas: (1) a análise documental de dados da Ficha OT, para identificação e caracterização clínica de EPB; e (2) a realização de entrevista, durante visita domiciliar,

quando se obteve a maioria dos dados, uma vez que foram considerados fatos e acontecimentos relevantes no histórico da vida familiar da entrevistada.

A visita domiciliar reúne pelo menos três tecnologias: a observação - atenção aos detalhes dos fatos apresentados durante a visita; a entrevista – pelo diálogo com objetivos e finalidade definida; e a possibilidade do relato oral da entrevistada - um espaço onde ela revela fatos de sua vida dentro dos limites e da liberdade concedida (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

O roteiro de entrevista semiestruturado era composto por três eixos temáticos - Caracterização da mulher, Caracterização familiar e Indicadores sociais e de saúde. No presente estudo utilizou-se parte do roteiro, enfatizando o comportamento aditivo, o núcleo familiar, as drogas utilizadas, as situações de conflitos familiares e com a justiça.

As respostas foram coletadas sob a ótica da entrevistada e permitiu-se que acrescentasse conteúdos além dos questionados. O relato foi obtido em maio de 2011, teve duração de 60 min e foi gravado em mídia digital, o que possibilitou a transcrição do depoimento na íntegra.

O depoimento foi analisado por meio da análise de conteúdo (MINAYO, 2010) e agrupado em duas categorias temáticas: Núcleo familiar: trajetória de vida marcada pela morte dos filhos e Uso de drogas de abuso: trajetória de vida marcada por conflitos familiares e com a Justiça.

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá e aprovado com o Parecer 065/2011, e a entrevistada assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O presente artigo é resultado parcial do projeto de pesquisa desenvolvido em um Programa de Pós-graduação em Enfermagem intitulado “Contextos de exclusão social e de vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas no ciclo gravídico puerperal”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização de EPB

A história de vida que descrevemos é de uma mulher de 32 anos, usuária disfuncional de drogas de abuso há 18 anos, com padrão de poliuso - tabaco, álcool, maconha e *crack*, com a sequência de uso de drogas: aos 14 anos, tabaco e álcool; e aos 20 anos, maconha e *crack*. A usuária é residente em um município de pequeno porte da região Noroeste do Paraná é de

raça/cor parda, com situação conjugal de união estável – com o mesmo parceiro há seis anos, com baixa escolaridade – segunda série do Ensino Fundamental, e situação ocupacional indefinida, mas afirmou ser “*diarista*” e que realiza trabalhos domésticos esporadicamente para sua mãe. Não pratica nenhuma crença religiosa.

A renda familiar de cinco pessoas é subsidiada pelo companheiro, que trabalha na construção civil informalmente, como pedreiro, e varia entre um a três salários mínimos. Habitam numa casa de alvenaria com dois compartimentos, alugada, com fossa séptica, energia elétrica, água encanada, geladeira, chuveiro elétrico, que “*está queimado*”, e fogão a gás. Os meios de comunicação utilizados são a televisão e o rádio.

Os dados obstétricos informam multiparidade. Teve 11 gestações, que culminaram em dez partos naturais e um aborto, que aparentemente ocorreu entre o segundo e terceiro trimestre gestacional, pois EPB não fez acompanhamento pré-natal e acredita que “*estava (grávida) de uns seis ou sete meses*”, impossibilitando definir a idade gestacional.

O acesso aos serviços de saúde é exclusivamente público e os serviços utilizados pela família são a unidade básica de saúde e o pronto atendimento em situações de urgência. Eles recebem suporte do Centro de Referência de Assistência Social – CRAS e os filhos frequentam o sistema público de ensino.

Núcleo familiar: trajetória de vida marcada pela morte dos filhos

Sabe-se que, quanto maior o número de experiências desfavoráveis na infância e na adolescência, maior a proporção de problemas psicossociais na vida adulta, e que a gravidez na adolescência, na maioria das vezes, está relacionada às experiências desfavoráveis na infância, tais como abuso emocional, físico e sexual, exposição a conflitos familiares e à violência doméstica, abandono escolar, abuso de substâncias psicoativas, doença psiquiátricas, co-dependência, comportamento aditivo e criminalidade na família (RODRIGUES; NAKANO, 2007).

Ao solicitar que falasse sobre sua família, EPB iniciou o relato mencionando sobre os dois relacionamentos fixos que teve, comentou que “*o primeiro marido morreu na cadeia [...]*” e que convive conjugalmente há seis anos com o atual companheiro (36 anos), trabalhador do mercado informal, “*é pedreiro, mas tudo que ganha, gasta na rua [...]*”.

Em relação aos filhos, iniciou afirmando

Eu tinha 14 anos quando engravidei pela primeira vez [...] é para falar dos que morreram também? [...] (então) foram dez filhos [...] quatro morreu [...] ah, tive um aborto também.

O primeiro filho faleceu com 1 a 5m por “*problema cardíaco*”. No ano seguinte teve outro filho, “*ele morreu com 21 dias*”, também com “*problema cardíaco*”, ao realizar “*cateterismo*”. Seu terceiro filho nasceu prematuramente “*era pequenininho*”, segundo ela,

Fui orientada no hospital a dar banho quente, e (ao preparar o banho) tinha deixado ele na cama [...] quando retornei (ao quarto) com canecão de água quente, trombei na minha irmã caçula [...] a água (quente) caiu sobre o bebê (que) morreu com uns dois meses [...], (em decorrência das queimaduras).

O quarto filho tinha 1 a 5m quando morreu, em decorrência de “*problema cardíaco* [...] *ele também fazia tratamento em Curitiba [...] minha mãe que levava eles*”. A mãe de EPB, presente à entrevista, apontou as fotografias das crianças em quadros dependurados na parede.

Na quinta gestação, “*tive um aborto [...]*”, não realizou pré-natal e não soube informar a idade gestacional do aborto, “*acho que estava de uns seis ou sete meses*”.

Ah! [...] ai, tive um aborto [...] era para ser o quinto filho [...] estava chovendo [...] subi no pé de goiaba [...] escorreguei [...] cai de barriga no chão [...] perdi o neném, não sei de quantos meses [...] não fiz pré natal [...] acho que estava de uns seis ou sete meses.

Aos 22 anos nasceu sua quinta filha, “*eu já usava drogas*”. Ela tem atualmente dez anos, frequenta a escola pública na quarta série do Ensino Fundamental, “*ela mora com a avó desde que nasceu*”. O sexto filho, com sete anos, está no primeiro ano do Ensino Fundamental, e reside com EPB.

O sétimo filho, seis anos, “*não vai na escola... também mora comigo... fica o tempo todo na rua [...]*”. Recentemente foi encontrado alcoolizado em via pública e apreendido pela Polícia Militar.

O Conselho tutelar levou [...] está no abrigo para menores [...] faz três meses [...] nem sei como ele está [...] não tive coragem de ir visitar...

A oitava filha tem quatro anos, “*também mora comigo... ela está na creche pública*”. Os outros dois filhos “*moram com minha mãe desde que nasceram...*”, por ordem judicial. A

menina tem dois anos e o lactente, três meses. “*Nasceu prematuro [...] no Hospital Metropolitano [...] cheguei ganhando... não fiz pré natal*”.

Os outros dois [...] eles moram com a avó (mãe dela) desde que nasceram [...] o Conselho (Tutelar) levou [...] O de três meses nasceu prematuro [...] no corredor do (Hospital) Metropolitano [...] foi transferido para a UTI do HU. Ficou na incubadora uns quatro dias [...] o Conselho Tutelar deu ele [...] tá morando com a avó desde a alta [...] por causa das drogas [...]

Apesar de ter relatado que frequentava a unidade de saúde, EPB não realizava controle de natalidade e conseqüentemente teve várias gravidez (11), nas quais, não realizou acompanhamento pré-natal. Disse que após a alta hospitalar do último parto, a enfermeira da unidade básica de saúde veio à casa de sua mãe, “*colheu exames, aplicou anticoncepcional e deixou o nome agendado para fazer laqueadura*”.

Informou manter relações extraconjugais sem utilização de preservativo. Negou prostituição.

Prostituição não [...] fico com os velhos tontos na praça [...] depois tomo dinheiro deles [...] Meu marido é negro [...] só a menina de 4 anos é dele...(apontou para menina) os outros são de homens diferentes [...] pode ver são todos loirinhos e de olhos azuis [...] ele é um tonto [...] todo mundo vê, ele nem percebe [...]ou finge. Ele também fica no bar [...] fica com a mulherada [...] gasta todo dinheiro com elas e com bebida.

Uso de drogas de abuso: trajetória de vida marcada por conflitos familiares e com a Justiça

A complexidade de fatores que gera o início do uso de drogas e o desenvolvimento da dependência sofre influências de situações vivenciadas na história de vida do indivíduo. Um familiar, um amigo ou colega do usuário que age como facilitador da dependência, cujas ações tendem a perpetuar a dependência, retardando o processo de recuperação, levando ao prejuízo psicológico e social (BRASIL, 2010).

Ao solicitar que falasse como iniciou o uso de drogas e os fatores motivadores, EPB relatou ter iniciado o uso de drogas lícitas, “*cigarro e bebida alcoólica*”, na adolescência, aos 14 anos, porém afirmou “*não gosto de beber*”. O uso das drogas ilícitas ocorreu na sequência, ao final da adolescência, segundo ela “*aos 20 anos... eu usava maconha e crack*”. O irmão era usuário de “*maconha e crack*”, e o primeiro companheiro, com quem vivia desde os 14

anos, “*envolvido com roubo e tráfico (de drogas)*”. Foi preso e morreu na prisão “*com tumor na cabeça*”; não recorda bem a data, pois “*as drogas me deixam esquecida*”.

EPB relata que atualmente é tabagista, fuma em média “*uns dois pacotes de cigarros por dia [...] beber é difícil*”, utiliza “*maconha e crack*” diariamente e o companheiro “*é alcoolista*”.

Minha mãe é fumante [...] ela e o marido bebiam [...] comecei fumar e tomar bebida alcoólica com 14 anos [...] não gosto de beber [...] meu irmão já usava maconha e crack [...] ele e meu marido estavam envolvido com roubo e tráfico. Aos 20 anos [...] eu usava maconha e crack também [...] meu primeiro marido (com quem vivia desde os 14 anos) [...] envolvido com tráfico (de drogas) [...] tava preso quando morreu. Meu (atual) marido é alcoolista [...] eu fumo, uns dois pacotes de cigarro por dia [...]beber é difícil [...] não gosto de beber [...] uso maconha e crack também [...] diariamente.

Ao abordar o uso de drogas no ambiente familiar, relatou uso de drogas lícitas e ilícitas e situações de conflitos familiares e com a justiça “*minha mãe e o marido dela, eram alcoolista [...] brigavam muito [...] bebeu durante vários anos, depois parou [...] ela cuida das crianças [...] não bebe, ela vai na igreja [...] ainda é fumante*”. O irmão, mora com a mãe “*ele usa maconha e crack*”, A irmã é tabagista e etilista “*social*”.

Há alguns meses, o irmão “*estava envolvido com roubo e tráfico*”.

Os traficantes entraram em casa [...] deram tiros [...] quase mataram ele [...] conseguiu fugir. Ficou com medo [...] parou com o tráfico [...] ainda usa crack [...]

Relatou sofrer violência doméstica, o atual companheiro “*é agressivo, tem alteração do humor [...] principalmente quando alcoolizado [...]*”. É etilista crônico.

Gasta todo dinheiro na rua [...] em bares, com mulher e bebida [...] não ajuda em casa [...] o aluguel está atrasado [...] a luz e a água estão para ser cortadas [...] é um sem vergonha. Não ligo [...] saio com outros homens [...] ele é um tonto, nem percebe [...] ou finge que não sabe.

Já sofreu violência física na rua “*fui agredida, espancada, mordida [...]*”. Negou abuso sexual.

Já fui agredida, espancada, mordida, na rua [...] cheguei na casa da minha mãe toda machucada [...] sangrando [...] suja, com a roupa rasgada [...] violentada não [...]

A violência contra a mulher é uma transgressão de direitos humanos das mais praticadas e menos reconhecidas no mundo. O termo violência doméstica tem sido fortemente relacionado com a violência contra a mulher, e em termos gerais, é o abuso físico, sexual e/ou emocional de um indivíduo dentro da família. Atrelado à violência encontra-se o abuso de substâncias, relação que se torna evidente nos estudos que mostram que as mulheres usuárias de drogas, são as mais propensas a sofrerem violência, podendo ocorrer entre familiares, parceiro ou conhecidos (RODRIGUES; NAKANO, 2007).

Os conflitos com a justiça foram vivenciados na vida familiar, o irmão “foi preso” o primeiro companheiro “morreu na cadeia”, e ela, também, já foi presa “na mesma época [...] eu também tava presa”, por mais de uma circunstância “já fui presa três veze [...] as penas foram de dois, quatro e oito meses [...] a última foi em 1999 [...]”. Negou casos de homicídios na história familiar.

O padrão de consumo de drogas é uma questão central na vida do usuário, pois a medida que não há o controle sobre o consumo as consequências começam a invadir e afetar outras áreas de sua vida, nota-se uma piora na qualidade de vida e na quantidade de relacionamentos, acarretando no estreitamento da convivência social (LARANJEIRA et al., 2003).

Revelou que, recentemente, o filho de seis anos foi encontrado alcoolizado em via pública, ele já estava sendo acompanhado pelo Conselho tutelar desde o início de 2011, pelas faltas recorrentes na escola. Na ocasião da visita se encontrava no abrigo para menores, pois:

Foi encontrado na frente do bar [...] bêbado [...] saiu na TV [...] no jornal está no abrigo para menores [...] hoje vamos falar com a promotora (de Justiça) [...] vamos ver o que ela vai fazer [...] ninguém consegue segurar ele em casa [...] anda em Maringá e Sarandi sozinho, conhece tudo [...] os vizinhos não gostam dele [...] fala que ele pega as coisas [...] rouba na rua [...]

Afirmou nunca ter realizado tratamento para desintoxicação “tentei parar de fuma [...]. fiquei uns sete ou oito dias sem cigarro, depois voltei [...] as outras drogas (maconha e crack), nunca parei [...] uso diariamente [...] bebida eu não gosto muito [...] uso de vez em quanto [...]”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreendendo os principais pontos que apresentaram significações importantes para a iniciação e manutenção do uso de drogas de abuso ao longo vida de EPB, em seu relato foram observados vários eventos desfavoráveis no ambiente familiar, que podem ter atuado como fator indutor, dentre eles destacam-se o comportamento aditivo da família e a cultura familiar de uso de drogas. Ficou evidente, em suas falas, que suas relações conjugais e familiares tiveram relação direta com o início e continuidade de forma disfuncional do uso de drogas lícitas e ilícitas.

O ambiente intrafamiliar, além de favorecer, os membros da família atuaram como incentivadores para manutenção do uso de drogas. Os conflitos familiares, histórias de violência física e psicológica possibilitaram caracterizar a existência de violência doméstica. No núcleo familiar e na rua, os conflitos e violência estiveram presentes ao longo dos anos, na maioria das vezes, o fator desencadeante foi o uso e o tráfico de drogas e tem se perpetuado nos diferentes ciclos de sua vida.

Associado ao uso de drogas, a primeira gravidez ocorreu na adolescência, aos 14 anos, e dez gestações posteriores até os 31 anos, que a classifica como grande múltipara, mas também estabelece sua condição de vulnerável socialmente: a morte dos quatro primeiros filhos antes de dois anos de vida, a ocorrência de um aborto, a presença constante do Conselho Tutelar em sua vida e a separação judicial dos filhos.

Ao longo da história materna, os relatos evidenciaram a manutenção de baixo vínculo afetivo com os filhos e, dentre os seis vivos, três residem com a avó materna desde o nascimento, por ordem judicial. O comportamento aditivo desde a adolescência implicou na perda da guarda definitiva de três filhos e na perda provisória da guarda do filho de seis anos, que se encontrava em um abrigo para menores.

Embora EPB apresentasse várias características que permitisse lhe caracterizar como vulnerável política e socialmente, verificou-se a ausência de estratégias governamentais em nível educacional, assistencial, e de saúde que pudessem atuar sobre os fatores desencadeantes do uso de drogas e as situações excludentes vivenciados ao longo de sua vida, uma vez que ela permaneceu invisível ao sistema.

A história de vida revelou que, por mais individual que seja uma história, o relato colhido foi a “produção de si mesma” de EPB enquanto pessoa humana, que ela elaborou e apresentou. Ao relatar os fatos ocorridos na história de vida apresentada, captou-se o contexto

peçoal e familiar e os processos por ela vivenciados, que está intimamente ligada à conjuntura social onde EPB se encontra inserida.

Apesar de as limitações do estudo, a partir da singularidade do relato, foi possível verificar a existência de deficiências no acolhimento e vínculo aos que mais necessitam dos serviços de saúde. O estudo permite afirmar que ao reconhecer o contexto sociocultural no qual o indivíduo está inserido, é possível verificar os fatores de risco que permeiam o contexto familiar, um passo fundamental para se estabelecer estratégias de atuação das equipes da estratégia saúde família, frente ao indivíduo/família em situação de vulnerabilidade.

Ao final da entrevista, EPB foi entregue um folder explicativo sobre os problemas relacionados ao uso das drogas e como evitá-las e uma lista contendo o nome das entidades, onde o dependente químico pode procurar ajuda, composta por redes de apoio e comunidades terapêuticas que prestam assistência multiprofissional ao dependente, na tentativa de conscientizá-la sobre o problema.

Espera-se com este estudo que ele possa auxiliar na construção de estratégias que visem ao empoderamento das usuárias de drogas de abuso, tornando-as visíveis ao sistema.

REFERÊNCIAS

BACHA, C. A.; REZENDE, C. A. L. **Puerpério fisiológico**: noções práticas de obstetrícia. 13. ed. Belo Horizonte: Editora Médica – Coopmed, 2004.

BALLANI, T. S. L.; OLIVEIRA, M. L. F. Uso de drogas de abuso e evento sentinela: construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 488-94, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPES/Saúde Mental. **Plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e drogas – PEAD 2009/2011**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Glossário de álcool e drogas**. 2. ed. Tradução e notas: J. M. Bertolote. Brasília, DF, 2010.

BÜCHELE, F.; COELHO, E. B. S.; LINDNER, S. R. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 267-273, 2009.

FIGUEIREDO, M. H. J. S.; MARTINS, M. M. F. S. Avaliação familiar: do modelo Calgary de avaliação da família aos focos a prática de enfermagem. **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 9, n.3, p. 552-559, 2010.

- LARANJEIRA, R. et al. (Coord.). **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Associação Médica Brasileira, 2003.
- LOPES, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 241-247, 2008.
- MAcRAE, E. Abordagens qualitativas na compreensão do uso de psicoativos. In: TAVARES, L. A. et al. (Org.). **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: Edufba, 2004. p. 27-48.
- MARQUES, F. **Caminhos da prevenção: estudos de Cebrid ajudam a distinguir mito e realidade no panorama do uso de drogas no Brasil**. 2005. Pesquisa Fapesp.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 24. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- NAPPO, S. et al. O Crack em São Paulo, 20 anos depois: consciência alterada, o universo paralelo das drogas. **Scientific American Brasil**, São Paulo, v. 8, n. 38, 2010. Edição especial.
- NEAD-Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein. **Álcool e drogas sem distorção**. 2011. Disponível em: <<http://www.einstein.br/alcooledrogas>>. Acesso em: 15 jun. 2011.
- OLIVEIRA, M. L. F.; ZAMBRONE, F. A. D. Vulnerabilidade e intoxicação por agrotóxicos em agricultores familiares do Paraná. **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 5, p. 99-106, 2006. Supl.
- RASIA, I. C. R. B.; ALBERNAZ, E. Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 4, p. 401-410, 2008.
- RODRIGUES D. T.; NAKANO A. M. S. Violência doméstica e abuso de drogas na gestação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 1, n. 60, p.77-80, 2007.
- SCHAURICH, D.; FREITAS, H. M. B. O referencial de vulnerabilidade ao HIV/Aids aplicada às famílias: um exercício reflexivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 989-995, 2011.
- SILVA, A. P. et al. “Conte-me sua história”: reflexões sobre o método de História de Vida. **Mosaico: Estudos em Psicologia**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 25-35, 2007.
- YAMAGUCHI, E. T. et al. Drogas de abuso e gravidez. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 44-47, 2008.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de drogas de abuso no ciclo gravídico puerperal é um fenômeno complexo que merece ser estudado em sua diversidade, e a abordagem multidimensional deste problema de saúde torna-se importante ferramenta para a prevenção e aplicação de medidas efetivas e específicas a esta população. Os resultados do presente estudo foram apresentados em quatro propostas de artigos científicos que buscam articular a complexidade do fenômeno uso de drogas de abuso, e vulnerabilidade e exclusão social de mulheres que utilizaram drogas durante a gestação.

A maioria das mulheres investigadas no presente estudo se declarou da raça/cor parda (58,3%); estava em período reprodutivo - faixa etária entre 17 e 33 anos; convivia em regime de união estável (58,3%); não tinha o nível de escolaridade compatível com a idade e nem tinha renda fixa (75%); sobrevivia com a pensão alimentícia dos filhos ou auxílio governamental do Programa Bolsa Família.

O número de gestação/mulher variou entre duas e 11 gestações, mas 66,7% das mulheres relataram mais de três gestações.

Todas iniciaram o uso de drogas na adolescência e apresentavam comportamento aditivo. Ao longo da vida, tabaco e álcool foram as drogas de iniciação, seguidas da maconha, primeira droga ilícita utilizada por dez mulheres (83,3%).

As mulheres utilizaram múltiplas drogas de abuso durante a gestação, sendo o *crack* a mais frequente (8 - 66,7%), seguida do álcool (5 - 41,7%), e da maconha (3 - 25%). Chama atenção a manutenção do comportamento aditivo durante a gestação. Elas “optaram” pela invisibilidade aos olhos da sociedade e dos profissionais de saúde, agravando a relação drogas de abuso e saúde materna infantil.

O estudo apontou que os fatores desencadeantes do uso de drogas na vida das mulheres estavam relacionados às características individuais, à presença da droga na comunidade e fatores socioculturais e psicossociais, relacionados às famílias. Destacaram-se: a influência dos amigos (10), dos familiares (9), dos companheiros (8), e a presença das drogas na comunidade de convivência. Além disso, sabe-se que filhos de pais dependentes de álcool e/ou drogas apresentam maiores riscos de se tornarem dependentes. Portanto, tanto os fatores ambientais como genéticos contribuíram para o uso disfuncional de drogas de abuso.

A operacionalização do conceito de vulnerabilidade contribuiu para a compreensão do fenômeno e possibilitou visualizar diversos problemas que as drogas têm causado no universo feminino, revelado nos contextos encontrados nos planos individual, social e programático.

No plano individual, os elementos de vulnerabilidade encontrados relacionam-se ao gênero, idade, situação conjugal, escolaridade, situação ocupacional, renda e raça/cor da mulher.

No plano social, referem-se às situações vivenciadas pelas mulheres na família - o comportamento aditivo, distúrbios psiquiátricos, conflitos, violência física, psicológica e sexual; e conflitos com a Justiça – tráfico de drogas, outros delitos, prisão, prostituição e homicídio.

No plano programático, encontrou-se a baixa acessibilidade a serviços de saúde, para realização de pré-natal e tratamento para dependência química; a inexistência de vínculo com profissionais; e baixa resolutividade e autonomia nas questões de planejamento reprodutivo e redução de danos no uso de drogas.

O estudo permitiu avançar nos contextos de vida de 12 mulheres que estão em fase reprodutiva e nunca realizaram tratamento efetivo para a dependência química. Elas passaram pela experiência da gestação sem a experiência da maternidade, e foram “deixando” seus filhos ao longo da vida convivendo com as drogas de abuso, pois, além da marginalização e da ruptura social, algumas atravessaram o processo de ruptura dos laços familiares.

Os achados deste estudo sugerem que a atuação dos profissionais de saúde na prevenção, adesão ao tratamento e reinserção social de mulheres usuárias de drogas necessitam ser fortalecidos. Por outro lado, as mulheres usuárias de drogas de abuso, também necessitam ser fortalecidas, visando ao empoderamento frente aos contextos de vulnerabilidade discutidos.

Embora se reconheçam os limites deste estudo, os resultados encontrados podem ser utilizados na elaboração de propostas para reduzir o uso de drogas na população feminina e o número de gestantes usuárias de múltiplas drogas que dão entradas nos serviços hospitalares, sem ter realizada uma consulta de pré-natal, visando garantir à mulher o direito de vivenciar a experiência da maternidade.

A problemática do uso abusivo de drogas sob a ótica de gênero é um tema que necessita ser discutido em diversos campos do saber, pois o consumo de drogas vem atingindo mulheres de várias camadas sociais. Estudos sob diferentes óticas, a fim de compreender a questão das drogas na sociedade, devem ser realizados para construção de estratégias preventivas nos diferentes ciclos da vida.

REFERÊNCIAS

- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2004/2005.
- AMARAL, T. Mulheres “trocam” a maternidade pelo crack. **O Diário.com**, Maringá, 17 ago. 2011. Disponível em: <<http://www.odiarario.com/maringa/noticia/468561/mulheres-trocam-a-maternidade-pelo-crack/>>. Acesso em: 10 nov. 2011.
- ANDRADE, T. **Jovens usuários de drogas com e sob risco de HIV**: lições de um programa de redução de danos. São Paulo: Saber Viver, 2004. p. 45-46.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G.W.S et. al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 375-417.
- BACHA, C. A.; REZENDE, C. A. L. **Puerpério fisiológico**: noções práticas de obstetrícia. 13. ed. Belo Horizonte: Editora Médica – Coopmed, 2004.
- BALLANI, T. S. L.; OLIVEIRA, M. L. F. Uso de drogas de abuso e evento sentinela: construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 488-94, 2007.
- BARROS, R. P.; CARVALHO, M.; FRANCO, S. **Pobreza multidimensional**. Rio de Janeiro: IPEA, 2006. (Texto para discussão, 1227).
- BERTOLOZZI M.R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 1326-1330, 2009.
- BIRNBACH, D. J. et al. Identification of polysubstance abuse in the parturient. **British Journal of Anaesthesia**, Oxford, v. 87, n. 3, p. 488-490, 2001.
- BRADY, K. Toward optimal health: discusses challenges of substance abuse in women conversation with the experts. **Journal of Women’s Health**, Virginia, v. 16, n. 2, p. 163-167, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada a mulher. Brasília, DF, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPES/Saúde Mental. **Plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e drogas – PEAD 2009/2011**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico/Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2010a. (Serie A. Normas e manuais técnicos).

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Glossário de álcool e drogas**. 2. ed. Tradução e notas: J. M. Bertolote. Brasília, DF, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. 2. ed. Brasília, DF, 2010c. (Série A. Normas e manuais técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Abordagens terapêuticas a usuários de cocaína/crack no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2010d.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Governo Federal. Governo do Distrito Federal (GDF). **Populações vulneráveis e saúde da mulher**. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/>>. Acesso em: 11 nov. 2011a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS). **Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)**. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaobasica/cras>>. Acesso em: 10 nov. 2011b.

BRUSAMARELLO, T. et al. Papel da família e da escola na prevenção do uso de drogas pelo adolescente estudante. **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 9, n. 4, p. 766-773, 2010.

BÜCHELE, F.; COELHO, E. B. S.; LINDNER, S. R. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 267-273, 2009.

BURIOLA, A. A. **Vulnerabilidade de famílias de agricultores convivendo com Hexaclorociclohexano - BHC**: um desafio para o cuidado à saúde. 2009. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2009.

CALEY, L. M; KRAMER, C.; ROBINSON, L. K. Fetal alcohol spectrum disorder. **Journal of the School Nursing**, Silver Spring, v. 21, n. 3, p. 139-46, 2005.

CAMPANA, H. C. R.; PELLOSO, S. M. Levantamento dos partos cesárea realizados em um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 1, p. 51-63, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a04.htm>> Acesso em: 15 nov. 2011.

CARLINI, E. A. et. al. (Coord.). **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: Cebrid; Unifesp, 2006.

CARLINI, E. A. et al. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**. 5. ed. Brasília, DF: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Cebrid; Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – Senad, 2010. Leitura recomendada para alunos a partir do 7º ano do ensino fundamental.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Tradução de Ana Cristina Nasser. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p. 295-315.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Prentice Hall Brasil, 2006.

CHALEM, E. et al. Gravidez na adolescência: perfil sócio demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 177-186, 2007.

CORRÊA, E. J. et al. **Noções práticas de obstetrícia**. 13. ed. Belo Horizonte. Editora Médica – Coopmed, 2004.

COSTA, A. P. M. População em situação de rua: contextualização e caracterização. **Revista Virtual Textos & Contextos**, Porto Alegre, ano 4, n. 4, 2005. Não paginado.

DUARTE, G. et al. Infecção urinária na gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia & Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 93-100, 2008.

DREZETT, J. et al. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 5, p. 413-419, 2001.

EGEWARTH, C.; PIRES, F. D. A.; GUARDIOLA, A. Avaliação da idade gestacional de recém-nascidos pré-termo através do exame neurológico e das escalas neonatais e obstétrica. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 60, n. 3, p. 755-759, 2002.

EPELE, M. **Sujetar por la herida: una etnografía sobre drogas, pobreza y salud**. Buenos Aires: Paidós. 2010.

FIGUEIREDO, M. H. J. S.; MARTINS, M. M. F. S. Avaliação familiar: do modelo Calgary de avaliação da família aos focos a prática de enfermagem. **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 3, n. 9, p. 552-559, 2010.

FONSECA, R. Uso de crack aumenta entre mulheres de Minas Gerais. **Jornal Hoje em Dia**, Belo Horizonte, 14 mar. 2010. Disponível em: <<http://noticias.r7.com/saude/noticias/uso-de-crack-aumenta-entre-mulheres-de-minas-gerais-20100314.html>>. Acesso em: 20 out. 2011.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H. **Epidemiologia clínica: aspectos fundamentais**. Barcelona: Elsevier Masson, 2007.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, p. 888-895, 2005. Número especial.

GELBCKE, F. L.; PADILHA, M. I. C. S. O fenômeno das drogas no contexto da promoção a saúde. **Texto & Contexto em Enfermagem**, Santa Catarina, v. 13, n. 2, p. 272-279, 2004.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GOLDANI, A. M. Família, gênero e políticas: famílias brasileiras nos anos 90 e seus desafios como fator de proteção. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Campinas, v. 19, n. 1, p. 29-48, 2002.

GUEDES, C. Saúde investiga mortes de bebês de usuárias de crack. **O Diário Online**, Maringá, 30 maio 2010. Disponível em: <<http://maringa.odiarario.com/maringa/noticia/304525/saude-investiga-mortes-de-bebes-de-usuarias-de-crack/>>. Acesso em: 08 nov. 2011.

GUILHEM, D.; AZEVEDO, A. F. Bioética e gênero: moralidades e vulnerabilidade feminina no contexto da AIDS, **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 16, n. 2, p. 229-240, 2008.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidades>>. Acesso em: 17 out. 2011.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios (Pnad). **Síntese de indicadores sociais 2009**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/>>. Acesso em: 20 nov. 2011.

ISSLER, D. et al. **Cartilha sobre o crack**. 2011. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br>>. Acesso em: 07 nov. 2011.

LARANJEIRA, R. et al. (Coord.). **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Associação Médica Brasileira, 2003.

LOPES, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 241-247, 2008.

LUIS, M. A. V.; LUNETTA, A. C. F. Álcool e outras drogas: levantamento preliminar sobre a pesquisa produzida no Brasil pela enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, p. 1219-1230, 2005. Número especial.

MAcRAE, E. Abordagens qualitativas na compreensão do uso de psicoativos. In: TAVARES, L. A. et al. (Org.). **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: Edufba, 2004. p. 27-48.

MANN, J. M.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. **Aids in the world**. Cambridge: Harvard University Press, 1992.

MARÍN-LEÓN, L. et al. Percepção dos problemas da comunidade: influência de fatores sócio-demográficos e de saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1089-1097, 2007.

MARQUES, A. C. P. R. et al. **Abordagem geral do usuário de substância com potencial de abuso**: projeto diretriz. Curitiba: Associação Brasileira de Psiquiatria; Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina, 2008.

MARQUES, F. **Caminhos da prevenção**: estudos de Cebrid ajudam a distinguir mito e realidade no panorama do uso de drogas no Brasil. 2005. Pesquisa Fapesp.

MARTINS, M. C.; PILLON, S. C. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1112-1120, 2008.

MILANI, R. G.; LOUREIRO, S. R. Famílias e violência doméstica: condições psicossociais pós ações do conselho tutelar. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 28, n. 1, p. 50-67, 2008.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 24. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec. 2004.

NAPPO, S. et al. O Crack em São Paulo, 20 anos depois: consciência alterada, o universo paralelo das drogas. **Scientific American Brasil**, São Paulo, v. 8, n. 38, 2010. Edição especial.

NEAD-Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein. **Álcool e drogas sem distorção**. Disponível em: <<http://www.einstein.br/alcooledrogas>>. Acesso em: 15 jun. 2011.

NOTO, A. R. et al. Violência domiciliar associada ao consumo de bebidas alcoólicas: um levantamento no Estado de São Paulo. **Jornal Brasileiro de Dependências Químicas**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 9-17, 2004.

OEI, J. L. et al. Short-term outcomes of mothers and newborn infants with comorbid psychiatric disorders and drugs dependency. **Australian New Zealand Journal of Psychiatry**, Carlton, v. 23, n. 4, p. 323-331, 2009.

OGA, S. **Fundamentos de toxicologia**. 3. ed. São Paulo: Atheneu. 2008.

OLIVEIRA, J. F.; NASCIMENTO, E. R.; PAIVA, M. S. Especificidades de usuários(as) de drogas visando uma assistência baseada na heterogeneidade. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 694-698, 2007.

OLIVEIRA, J. F.; PAIVA, M. S.; VALENTE, C. L. M. Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 473-481, 2006.

OLIVEIRA, J. F.; PAIVA, M. S. Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao HIV/Aids em uma perspectiva de gênero. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 625-631, 2007.

- OLIVEIRA, L. G; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 664-671, 2008.
- OLIVEIRA, M. L. F.; ZAMBRONE, F. A. D. Vulnerabilidade e intoxicação por agrotóxicos em agricultores familiares do Paraná. **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 5, p. 99-106, 2006. Supl.
- PALMA, A.; MATTOS, U. A. O. Contribuições da ciência pós-normal à saúde pública e a questão da vulnerabilidade social. **Historia, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 567-590, 2001.
- PAIS, J. M. (Org.). **Traços e riscos de vida juvenis**. Porto: Ambar, 1999.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Natural é o parto normal: pré natal, parto e puerpério**. 2. ed. Curitiba: SESA, 2001.
- PASSOS, A. et al. Hepatite B entre mulheres profissionais do sexo em Ribeirão Preto - São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 517-524, 2007.
- PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; VALSECCHI, E. A. S. S. O vivenciar da gravidez na adolescência. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 24, n. 3, p. 775-781, 2002.
- PIKO, B. Perceived social support from parents and peers: which is the stronger predictor of adolescent substance use? **Substance Use Misuse**, New York, v. 35, n. 4, p. 617-630, 2000.
- PINSKY, I.; JUNDI, S. A. R. J. E. O impacto da publicidade de bebidas alcoólicas sobre o consumo entre jovens: revisão da literatura internacional. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 362-374, 2008.
- PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 11, n. 3, p. 315-322, 2006.
- QUADROS, W. Gênero e raça na desigualdade social brasileira recente. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 18, n. 50, p. 95-117, 2004.
- RASIA, I. C. R. B.; ALBERNAZ, E. Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 4, p. 401-410, 2008.
- RAUP, L. M.; ADORNO, R. C. F. Jovens em situação de rua e usos de crack: um estudo etnográfico em duas cidades. **Revista Brasileira Adolescência e Conflitualidade**, São Paulo, n. 4, p. 52-67, 2011.
- REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- RIGOTTO, S. D.; WILLIAM, B. Gomes Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 18, n. 1, p. 95-106, 2002.

RODRIGUES D. T.; NAKANO A. M. S. Violência doméstica e abuso de drogas na gestação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 1, n. 60, p. 77-80, 2007.

ROEHRS, H.; LENARDT, M. H.; MAFTUM, M. A. Práticas culturais familiares e o uso de drogas psicoativas pelos adolescentes: reflexão teórica. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 353-357, 2008.

ROGERS, W.; BALLANTYNE, A. Populações especiais: vulnerabilidade e proteção. **RECIIS**, Rio de Janeiro, v. 2, p. 31-41, 2008. Supl. 1.

ROLDÁN, M. C. B.; GALERA, S. A. F.; O'BRIEN, B. Percepção do papel materno das mulheres que vivem no contexto da droga e da violência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, p. 1118-1126, 2005. Número especial.

SANCHEZ, Z. V. D. M.; NAPPO, S. A. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 420-430, 2002.

SANT'ANNA, A.; AERTS, D.; LOPES, M. J. Homicídios entre adolescentes no Sul do Brasil: situações de vulnerabilidade segundo seus familiares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 120-129, 2005.

SANTOS, E. Tráfico de drogas avança para as pequenas cidades. **Diários dos Campos**, Ponta Grossa, 20 mar. 2011 Disponível em: <<http://www.diariodoscamos.com.br/policia/noticias/40269/?noticia=trafico-de-drogas-avanca-para-as-pequenas-cidades>>. Acesso em: 04 nov. 2011.

SANTOS, A. M. C. C. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciência, Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1177-1182, 2009.

SCHAURICH, D.; FREITAS, H. M. B. O referencial de vulnerabilidade ao HIV/Aids aplicada às famílias: um exercício reflexivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 989-995, 2011.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciência, Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 299-306, 2003.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência, Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 707-717, 2005.

SCHRAIBER, L. B. et al. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 658-666, 2010.

SEGATO, R. L. **Las estructuras elementares de la violencia**. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2003.

SELEGHIM, M. R. et al. Vínculo familiar de usuarios de crack atendidos en una unidad de emergencia psiquiátrica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, [09 pantallas], 2011. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 29 out. 2011.

SILVA, A. P. et al. “Conte-me sua história”: reflexões sobre o método de História de Vida. **Mosaico: Estudos em Psicologia**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 25-35, 2007.

SILVA, C. M.; VARGENS O. M. C. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 401-406, 2009

SMITH, J. A.; EATHOUGH, V. Interpretative phenomenological analysis. In: HAMMOND, S.; FIFE-SHAW, C.; SMITH, J. A. **Research methods in psychology**. London: Sage, 2006. p. 322-341.

SOUZA, D. P. O; ARECO, K. N.; SILVEIRA FILHO, D. X. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 585-592, 2005.

TAMEZ, R. N. Amamentação e uso de drogas. In: CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação: bases científicas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2005. p. 246-266.

TAVARES, B. F.; BÉRIA, J. U.; LIMA, M. S. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 150-158, 2001.

TEIXEIRA, J. Atualidades do prontuário. **Notícias Hospitalares**, São Paulo, ano 4, n. 46, p. 38-39, 2005.

VAILLANT, G. E. What can long-term follow-up teach us about relapse and prevention of relapse in addiction? **British Journal of Addiction**, Oxfordshire, n. 83, p. 1147-1157, 1988.

YAMAGUCHI, E. T. et al. Drogas de abuso e gravidez. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 35, p. 44-47, 2008. Supl. 1.

WRIGHT, M. G. M.; CHISMAN, A. M. A saúde internacional, o fenômeno das drogas e a profissão de enfermagem na América Latina. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 264-271, 2004.

ZILBERMAN, M. L. et al. Drug-dependent women: demographic and clinical characteristics in a Brazilian sample. **Substance Use Misuse**, New York, v. 36, n. 8, p. 1111-1127, 2001.

ZILBERMAN, M. L. et al. Gender differences in treatment-seeking brazilian drug-dependent individuals. **Substance Abuse**, Virginia, v. 24, n. 1, p. 17-25, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Casos Entrevistados

Caso 1 – REO, 30 anos.

Raça/cor branca, solteira, paridade GIIPIA0, escolaridade 4ª série do Ensino Fundamental, com situação ocupacional - balconista desempregada desde 2008, religião católica não praticante, residente em Maringá. Iniciou uso de tabaco e etanol aos 14 anos, “*meus pais brigavam muito devido alcoolismo*” e acabaram se separando “*o que me motivou sair de casa aos 16 anos*”, na ocasião “*não tinha onde ir, fui morar na rua, onde permaneci por dois anos*”. Nesta ocasião, aos 17 anos, “*iniciei uso de maconha, influenciada por amigos, me sentia feia e triste*”, não tinha endereço fixo, “*ficava perambulando na rua de um lado pro outro, às vezes ia à casa de amigos, outras vezes na casa da minha irmã*”. Atualmente é tabagista (7 cigarros/dia) e “*bebo socialmente aos fins de semana*”. REO em 13/04/2008, aos 27 anos, deu entrada no HUM às 02h01min, GIIPI IG 20s, sem relato de pré-natal, vítima de atropelamento, com odor etílico, politraumatizada, com FCC em cotovelo e fratura E + clavícula E + trauma coxa/fêmur/joelho D (antecedente de trauma local há 8 anos) refere que “*estava saindo do trabalho, quando atravessava a rua fui atropelada por um carro*”. Às 22h do dia 14 evoluiu com piora do padrão respiratório, avaliado pela clínica médica, medicada e encaminhada à sala de Emergência, instalado máscara de Venturi 35%. No transcorrer na internação foi avaliada pela GO, realizou USG obstétrica gestação tópica, única, IG 23s, 1d. Imobilizada a fratura e recebeu alta dia 17 às 10h30min com encaminhamento ao ambulatório da ortopedia do HUM. REO tem a guarda dos dois filhos, divide a casa com a família de sua irmã mais velha, está desempregada, “*não tenho renda fixa*”, sobrevive com a pensão do filho mais novo e está cadastrada no Programa Bolsa Família, “*minha renda mensal é de meio salário mínimo... não consegui voltar trabalhar depois do acidente... fiquei com problema na perna*”. Contou que “*após a alta fui acompanhada pelo ambulatório de ortopedia*” porém, refere que “*fiquei com sequela na perna direita... esta mais curta que a outra... estou em acompanhamento na UBS*” da vila Morangueira.

Caso 2 - LMN, 24 anos.

Raça/cor parda, situação conjugal em regime de união estável, paridade GIICIA0, cursou 8ª série do Ensino Fundamental, religião católica não praticante, residente em Maringá em “situação de rua”. Iniciou uso de tabaco e etanol por volta dos 14 anos, “*influenciado por amigos na rua*”, em seguida começou utilizar *crack* e atualmente relatou a familiares estar usando *oxy*. Seu irmão gêmeo “*também é usuário de drogas*” ilícitas. LMN, aos 22 anos, deu entrada no HUM em 14/07/2008 às 05h05min encaminhada de ambulância, GIICIA0 IG 40s, sem pré-natal, com queixa de dor baixo ventre e perda de LA à meia hora. Após avaliação médica, foi diagnosticado bolsa rota e indicado PC por LA meconial às 06h08min (RN masculino, APGAR 08/09, apresentando acrocianose, fez uso de oxigênio inalatório, peso 3.145g, recebeu AMELD após resultado de sorologias), puerpério fisiológico. Foi acompanhada pelo serviço social hospitalar. Recebeu alta em 17/07/2008 após a notificação ao conselho tutelar. Atualmente, LMN é etilista, tabagista, usuária de maconha, cocaína *crack* e *oxy*, “*fico de três a quatro dias sem retornar para casa*”, o marido vai procurá-la na rua, em casas abandonadas e/ou na praça da igreja “*troca sexo por drogas*”. Seu companheiro, com quem vive há quatro anos “*é etilista e usuário de crack*”, mais, segundo ela, “*consegue manter o vínculo no emprego*”, no mercado informal, mesmo utilizando as drogas. Moram de

favores na casa da sogra, “*passo maior parte do tempo na rua*”, quando retornam para casa, eles ficam na maioria das vezes na parte externa da casa onde foi improvisada uma varanda na altura do muro, cercada por móvel e cortina, “*quando chego de madrugada... ficamos deitados no colchão no chão até o dia amanhecer*” esperando “*passar o efeito da drogas*” durante o dia “*entro... saio novamente...*”. Frequentemente “*brigamos*”, o marido é etilista “*tem alteração do humor...*” a situação piora porque “*fico a maior parte do tempo na rua... utilizando drogas*”, ela admite “*envolvimento sexual extraconjugal... quando volto para casa tenho que tomar banho... deixo a roupa suja jogada no chão... mecho nas panelas...para fazer comida... não lavo nada... fica bagunçado*”. Ela também tem “*alteração do humor*”, mais geralmente “*fico na rua e só retorno para casa quando já passou efeito das drogas*”, os cunhados estão todos bravos com ela, pois “*acham que eles colocam em risco a vida das pessoas da casa*” a idosa e menor que residem na casa, eles querem que a sogra de 73 anos saia da casa alugada em seu nome, pois “*não aceitam a sua presença*” então, “*quando chego da rua fico no puxadinho*”, pois se a sogra mudar “*não temos para onde ir*”. A família do companheiro acredita que “*só terão paz quando os traficantes ou a polícia matar eles...*”. Seus dois filhos, ambos de pais diferentes, estão sob a tutela do avô materno “*empresário*” em Maringá.

Caso 3 – TRM, 17 anos.

Raça/cor: branca, do lar, solteira, paridade GIICIA0, escolaridade 6ª série do Ensino Fundamental, católica, não praticante. Iniciou uso de tabaco e etanol aos 12 anos, “*influenciada por amigos e familiares paternos*”, com quem vive desde a infância e tem maior contato atualmente. Aos 15 anos iniciou uso de drogas ilícitas maconha e *crack*, também por influência de amigos e dos familiares paternos - pai, irmãos e primos. Atualmente, mantém uso de tabaco e etanol. Recentemente, estava morando com pai em Jundiá-SP, relatou que “*lá todos usam drogas*”. TRM, aos 16 anos, foi encaminhada de Paiçandu ao ambulatório de gestação de alto risco do HUM, GIPOA0 IG 35s1d, por drogadição na gestação, havia realizado uma consulta de pré-natal em Jundiá. TRM apresentava leucorreia amarelada e ITU, realizou tratamento ambulatorial. Após dar início no pré-natal, realizou quatro consultas no ambulatório de alto risco. Em 06/05/2010, TRM deu entrada no PA HUM, GIPOA0 IG 40s 2d, com dor tipo cólica em baixo ventre, permaneceu em observação, em pródromo de trabalho de parto, sendo liberada após 12h. Retornou em 08/05/2010, GIPOA0 IG 40s 4d, de ambulância, acompanhada pela mãe, com dor em baixo ventre e perda de tampão mucoso, apresentando agitação psicomotora, recusando o exame físico. Após avaliação médica foi indicado PC às 12h55min (RN masculino, APGAR 09/09, peso 3.805 g, em AMELD). Puerpério fisiológico permaneceu internada por seis dias, por necessidade do RN realizar fototerapia. No decorrer da internação foi acompanhada pelo serviço social, psicologia e conselho tutelar. Recebeu alta hospitalar sob responsabilidade de sua mãe em 13/05/2010. Prefere morar com o pai. Relatou que “*o pai e seus familiares são todos envolvidos com uso e tráfico de drogas*” ela só retorna para casa quando “*a coisa está feia por lá*”. Acredita que “*que esta grávida de aproximadamente quatro semanas*”. O TCLE foi assinado pela mãe da entrevistada e pela adolescente.

Caso 4 – AAG, 32 anos

Raça/cor branca, situação conjugal em regime de união estável, trabalha no mercado informal como manicure, em licença maternidade sem remuneração, paridade GIIP0CIIA0,

escolaridade 2º ano do Ensino Médio, católica, não praticante. Iniciou uso de tabaco aos 17 anos *“influenciada por amigos... achava bonito ver eles fumar”*. Aos 20 começou utilizar drogas ilícitas - maconha, cocaína e crack, *“influenciada pelo atual marido”* que *“era envolvido com uso e tráfico de drogas”*, com quem *“trocava sexo por drogas”* e pela cunhada. Na sequência passou associar etanol, *“era muito tímida, me achava feia e as drogas faziam me soltar e ficar mais comunicativa”*. AAG 30 anos, deu entrada no HUM em 20/04/2009 às 18h15min, GIIP0CI IG 16s4d, com queixa de dor lombar há 5h, seguido de diminuição do volume urinário, febre não aferida. Giordano + à D. Diagnosticado ITU/pielonefrite e anemia ferropriva, fez uso de antibioticoterapia e exames laboratoriais. Foi acompanhada pelo serviço social hospitalar, recebeu alta em 26/04/2009 com encaminhamento ao ambulatório de gestação de alto risco, porém, não compareceu à consulta. AAG relata que estava em *“uso pesado (de crack) havia usado 30 pedras, (e) vinha apresentando febre há dois dias, fui ao posto de saúde (Zona Norte), mais devido a fissura, sai de alta... a pedido”*. Voltou apresentar febre, retornou ao Z. Norte e foi encaminhada ao PA/HUM, onde *“permaneci por dois dias... fugi”*. Voltou a apresentar febre, foi quando retornou ao HUM e permaneceu internada entre os dias 20 a 26/04/2009. Nesta época, *“foi quando mais utilizava drogas... ficava mais de três dias sem tomar banho... a casa fedida... usava crack o tempo todo”*. Morava no mesmo quintal da avó, porém em decorrência do uso de drogas, sua família *“não dava apoio”*. Depois da alta, *“não fiz pré-natal... usei drogas durante toda gestação”*. Teve PC, *“em outro hospital”*, não foi acompanhada pelo conselho tutelar, *“sai de alta com uma amiga”*. Manteve AM por quatro meses, *“até ser denunciada pela avó ao Conselho Tutelar”*, pois *“saía usar drogas e deixava a filha sozinha na casa... perdi a guarda... ficou sob a tutela da minha irmã”*. Atualmente é tabagista (20 cigarros/dia) e faz uso de maconha *“raramente... quando estou estressada ou com dificuldade para dormir... ela melhora a insônia...”*. AAG estava 11º puerpério por cesariana, amamentando, foi informada sobre os riscos da associação droga/aleitamento materno. Ao final da entrevista, sua irmã chegou para visitá-la, enquanto buscava sua filha, que estava com a vizinha, a irmã disse que *“eles ainda estão envolvidos com tráfico e consumo de drogas... a situação esta encoberta, devido pressão do Conselho Tutelar... nada mudou! Tudo esta como antes!”*

Caso 5 – FPSX, 19 anos.

Raça/cor parda, situação conjugal em regime de união estável, do lar, paridade GIPIIAO, escolaridade 6ª série do Ensino Fundamental, evangélica, residente em Maringá. Iniciou uso de drogas lícitas aos 14 anos, tabaco seguido de etanol, *“saía de casa para ir à escola... matava aula para ir com amigos no rio tomar banho e brincar, lá nós fumávamos e tomávamos bebida alcoólica”*. Neste mesmo período, começou utilizar *“maconha e crack”*. Aos 16 anos esteve internada em duas ocasiões, em uma *“comunidade terapêutica”* e após a última internação, conheceu seu *“atual marido”* em um bar, *“ele também era usuário de maconha, bebida alcoólica, fumava e usava crack”*, então *“voltei usar drogas”* e acabou sendo *“expulsa de casa”* pela mãe, ambos *“ficamos morando na rua”*, foi quando *“fiquei grávida pela primeira vez... não fiz pré-natal... ficava na rua usando drogas”*. FPSX 17 anos, deu entrada no HUM em 03/09/2008 encaminhada pelo SAMU, GIP0C0A0 IG37s6d em situação de rua, relatando uso de crack durante toda a noite, com dor em baixo ventre tipo cólica, evoluiu para PN com epísio médio lateral direito (EMLD) às 13h30min, relatou que *“não realizou pré-natal, por preguiça”* (RN sexo feminino, APGAR 09/10, peso 2.480 g, contra-indicado AM), colheu sorologia rápida para HIV (negativo), sua cunhada ficou de acompanhante durante a internação, foi indicado aleitamento artificial, porém, refere ter *“amamentado escondido”*. Foi acompanhada pelo serviço social hospitalar e recebeu alta

acompanhada da mãe e do Conselho Tutelar. Atualmente não tem mais a tutela da criança, que está com a sua irmã e a avó pelo “*uso compulsivo de drogas*”. Em 18/09/2009, foi notificada novamente ao CCI a internação de FPSX 18 anos, drogadita, GIIPIC0A0 IG desconhecida, com dor baixo ventre. Ao exame foi diagnosticado TPP + RPM, evoluiu às 17h31min para PN com EMLD (RN sexo masculino, APGAR 07/09, peso 2.040 g, ficou em terapia semi-intensiva, contraindicado AM pelo uso de *crack*). Referindo ter realizado “*uma consulta aos seis meses de gravidez... fiz exames e ultrassom... não busquei os resultados*”. Foi acompanhamento pelo serviço social e Conselho Tutelar, recebeu alta acompanhada da sogra. O RN ficou internado no semi-intensivo e após a alta hospitalar, mantém a guarda do filho. Realizado VD em 24/05/2011, FPSX estava no quintal e brincava de motoquinha com seu filho, explicado sobre a pesquisa, após assinar o TCLE, respondeu as perguntas normalmente, exceto as situações de conflitos com a lei, manteve superficialidade nas respostas e a observação contínua de familiares, principalmente do marido. Observado no decorrer da VD o aspecto da região cefálica da criança (menino), aparentemente, abaixo do normal para idade, porém, a família paterna também apresenta características semelhantes. Atualmente, FPSX reside com companheiro e filho na casa da sogra, a renda familiar e a aposentadoria de sogra (um salário mínimo), “*não uso drogas... meu cunhado usa... eu e meu marido não*”.

Caso 6 – SCT, 25anos.

Raça/cor branca, solteira, paridade GVPIVCIA0, escolaridade 3ª série Ensino Fundamental, não pratica nenhuma religião, residente em Maringá, “em trânsito na rua”. Iniciou uso de drogas lícitas e ilícitas aos 12 anos de idade, tabaco, álcool, maconha e *crack*, “*todas ao mesmo tempo*”. Os pais eram usuários de drogas e ambos “*morreram de Aids*”, utilizavam “*drogas injetáveis*”, provável fonte de “*contaminação pelo vírus*”, além de outras drogas. Quando a mãe estava doente, “*mandava buscar a droga para ela*”, os irmãos e o primo “*são usuários de crack... eles sempre se metem em confusão... brigam... por causa das drogas... o primo é paraplégico...*” eles atuaram “*influenciando o uso*”. SCT 23 anos, deu entrada no HUM em 30/09/2009 às 09h28min, GVPIIICIA0, IG 24s2d, encaminhada da ESF Mandacaru, com queixa de dor lombar, Giordano + à D, colheu exames laboratoriais e realizou USG obstétrico. Diagnosticado ITU/Pielonefrite, permaneceu hospitalizada em uso de antibioticoterapia por três dias, recebeu alta com encaminhamento para UBS para acompanhamento de pré-natal e uso de medicamentos. O parto foi realizado na Santa Casa, não tem a guarda da filha que reside “*com a tia desde 30 dias de vida*”. Há registro de dois partos anteriores no HUM: em 11/04/2003, sem consulta de pré-natal, GIPI IG 38s2d, evoluiu PN com EMLD, às 19h07min (RN masculino, APGAR 10/10, peso 2.265 g), colheu sorologias, e contraindicado AM. E a segunda internação ocorreu em 03/06/2004, GIPIIA0 IG 38s, sem pré-natal, “em péssimas condições de higiene e recusava exame médico”, às 20h25min, evoluiu PN no leito, (RN feminino, APGAR 09/10, peso 2.065 g), colheu sorologias. Puerpério fisiológico, porém apresentava-se bastante agressiva, gritando pelo corredor, jogou chá no chão do quarto. Foi acompanhada pelo serviço social hospitalar e comunicado ao conselho tutelar, pois estava em situação de rua, na alta, não levou cartão de vacina do RN. Realizado entrevista em 30/05/2011 o endereço do prontuário é de sua tia, “*passo maior parte do tempo morando na rua... em construção abandonada... nenhum filho mora comigo*” dois “*estão com o primeiro marido... um com a tia... as outras duas crianças não sei... dei para desconhecidos...*”. SCT “*apareço de vez em quando... para visitar a filha*” sob sua tutela tia, “*uso maconha e crack diariamente*”.

Caso 7 - MTS, 21 anos.

Raça/cor parda, do lar, solteira, com parceiro fixo, cursou 5ª série Ensino Fundamental, evangélica praticante, paridade GIVPVC0A0, residente em Maringá. Iniciou uso de tabaco com 12 anos, *“influenciada por amigos da escola”* e aos 16 anos *“comecei utilizar maconha... via os outros usarem na rua... deu vontade de experimentar”*. Aos 17 anos *“usava maconha e crack diariamente... quando não tinha dinheiro... os amigos tinham drogas para usar”*. Foi presa *“várias vezes por vender crack”*. O pai era etilista, *“era agressivo... foi assassinado no Paraguay...”* e os irmãos são tabagistas. MTS 18 anos, deu entrada no HUM em 10/03/2008 às 19h, GIIPIC0A0, IG 39s3d, com dor em baixo ventre + perda de tampão mucoso, colo pérvio 7 cm em TP, colhido sorologias. Relatando que *“sai da prisão há uma semana”*, e encontrava-se em *“situação de rua”*, e não realizou pré-natal. Evoluiu PN às 19h32min sem epísio (RN feminino, APGAR 09/10, peso 2.630 g, em aleitamento artificial, até resultado de sorologias). Recebeu alta em 12/03/08 com acompanhamento do serviço social. MTS já havia tido o primeiro filho no HUM em 15/11/2005, quando chegou em TPP sem pré-natal, GIPO IG 34s, com dor baixo ventre, colo pérvio 4-5 cm, evoluiu PN às 03h09min (RN masculino, APGAR 09/10, peso 2.925 g, recebeu AM após resultado de sorologias), não havia relato em prontuário, na época, do uso de drogas, porém, MTS relatou que *“utilizava maconha”* neste período, a guarda da criança *“foi dada para avó”*. Recentemente teve duas gestações, uma criança nasceu na Santa Casa no final de 2009, e a outra no HUM, em 21/12/2010 quando deu entrada no PA às 19h46min, trazida pelo SAMU GIVPIIC0A0, IG 37s1d em período expulsivo, o PN ocorreu no PA (RN masculino, APGAR 09/10, peso 3.045 g, recebeu AM após resultado de sorologias), puerpério fisiológico, *“não relatou uso de drogas”*. Realizado VD em 31/05/2011, e após assinar o TCLE, respondeu algumas perguntas com superficialidade, ela mora no pátio da igreja e o pastor nos observando. Ela ficou *“andando”* no pátio com o filho menor no carrinho e fumou no decorrer de toda a entrevista. Atualmente, é tabagista (60 cigarros/dia), as *“outras drogas parei de usar... quando mudei no fundo da igreja... hoje nem saio de casa, só quando vou encontrar os pais de meus dois filhos... ele não pode vir aqui... o pastor não deixa... pois não somos casados”*. MTS tem quatro filhos, três residem com ela e frequentam a creche municipal, ela sobrevive com a pensão dos mesmos.

Caso 8 – RAC, 23 anos.

Raça/cor branca, do lar, situação conjugal em regime de união estável, paridade GVP0CIVAI, escolaridade 4ª série Ensino Fundamental, religião católica não praticante, residente em Maringá. Aos 10 anos *“sofri abuso sexual”* pelo padrasto. Os primos são usuários de *crack*, *“iniciei uso de tabaco, maconha e cocaína crack aos 13 anos... influenciada pelo primeiro marido”*, com quem viveu por nove anos, *“nós morávamos em três pessoas na casa... eu, meu marido e o dono da casa... saia com os caras... vendia as coisas de casa... roubava na rua... para usar drogas”*. RAC 20 anos, deu entrada no HUM em 07/03/2008 às 07h25min GIVP0CIIAI, IG 41s, sem pré-natal, relatando *“queda da carroça”* há 48h com trauma abdominal, não procurou assistência médica, evoluiu com dor e sangramento vaginal. Após avaliação médica foi indicado PC por SFA oligodrômio severo (RN feminino, APGAR 09/10, peso 2.400 g em AMA pela drogadição), colheu sorologias, recebeu alta hospitalar em 10/03/2008, *“foi para Lar preservação da vida”*, onde permaneceu por aproximadamente quatro meses com a criança, porém, *“fui expulsa...”* em decorrência *“de uma briga... acharam que eu estava com drogas na casa”*, na ocasião foram encaminhadas à Vara da Infância e o

Juiz “*passou a tutela para ex-sogra*”. RAC havia sido internada no HUM em outras duas circunstâncias, a primeira em 18/04/2003 GIPAC0A0 41s, gestante 15 anos, menor acompanhada da sogra, sem pré-natal, indicado PC por LA meconial (RN masculino, APGAR 08/09, peso 2.935 g, recebeu AMELD, realizou fototerapia). Puerpério fisiológico, sem relato de drogadição, recebeu alta hospitalar em 23/04/2003. Na segunda internação em 30/01/2006 GIPOC0A0 IG 38s5d havia anotação de “usuária de maconha e crack, sem pré-natal”, com queixa de dor tipo cólica em baixo ventre e perda tampão mucoso, indicado PC às 16h05min 01/02/2006 (RN feminino, APGAR 05/09 com uso de oxigênio terapia com melhora, peso 2.790 g, contraindicado AM). Recebeu alta hospitalar em 04/02/2006. Após a notificação em 2008 RAC foi internada no HUM, mais duas vezes, porém em nenhuma das circunstâncias foi notificada ao CCI, em 07/08/2009; ela estava grávida de aproximada de 12 semanas GVP0C0A0 IG, sem pré-natal, onde foi diagnosticado aborto retido infectado evoluiu com quadro de PNM ficou na UTIA em ventilação mecânica, recebeu alta em 19/08/2009, nesta ocasião havia relato em prontuário de drogadição. Em 06/01/2011 RCA foi atendida em consulta no PA, GVP0C0A0 com IG desconhecida, sem pré-natal, com queixas urinárias, consultou com ginecologista e foi solicitada a avaliação do serviço social, onde afirmou que “*esta há dez meses sem uso de drogas*”, foi agendado pré-natal no ambulatório de gestação de risco para o dia 20 e solicitado sorologias, porém, ela retornou com dor lombar apresentando Giordano + e crise asmática em 12/01/2011 e permaneceu internada por dois dias IG 9s5d com diagnóstico de ITU/Pielonefrite, recebeu alta com antibioticoterapia via oral. Voltou internar em março de 2011 por quatro dias na GO. Havia registro de quatro consultas de pré-natal no prontuário do ambulatório, pela persistência da Assistente Social para que ela compareça às consultas. Ela retornou em 01/06/2011 ao ambulatório após tratamento de Pielonefrite com IG 30s1d, registro de dependência química prévia, sem relato de uso no momento. RCA tinha três filhos, nenhum sob sua tutela, estava grávida e disse “*estou há um ano sem utilizar nenhuma droga*”, se “*casou novamente*” e o atual companheiro “*não deixa... ele cuida de mim*”. Realizado VD em 31/05/2011 foi recepcionada pelo companheiro de RCA que após me identificar foi chamá-la, a entrevista foi realizada em um banco na calçada da casa, não convidou para entrar na casa. Ela respondeu algumas perguntas com restrições, quando marido estava próximo, negou uso de qualquer espécie de drogas (lícitas/ilícitas), demonstrou-se ansiosa durante a entrevista e o local onde moravam, parecia “*ponto de distribuição*” a apresentava aspecto de abandonada, com carros velhos na frente. O companheiro sempre vinha observar sobre o que conversávamos, quando ele chegava, ela desviava um pouco sobre o assunto abordado. Em 08/08/2011 RAC aos 23 anos, GVP0C0A0 IG 40s2d deu entrada no PA HUM com ofício da promotoria pública solicitando que fosse realizado PC seguido de laqueadura tubária, tendo em vista que duas filhas moram com avó paterna e um filho com a avó paterna e alegando vulnerabilidade social. RAC foi internada no setor GO e após o caso ser analisado pela superintendência foi realizado PC + laqueadura tubária em 11/08/2011 às 08h41min (RN feminino, APGAR 08/09, peso 2.430 g, em AMLD), puerpério fisiológico, negou drogadição.

Caso 9 – RCSP, 33 anos.

Raça/cor parda, do lar, situação conjugal em regime de união estável, paridade GVIIIPV0A0, analfabeta funcional “*sei ler e escrever, aprendi em casa*”, foi batizada na religião católica, mais atualmente é praticante da doutrina espírita – AMEM, residente em Maringá. Aos 16 anos “*iniciei uso de cigarro e bebida alcoólica*”, aos 17 anos “*utilizava maconha*”. Com 24 anos “*vivia na rua, fazendo programa, foi quando conheci meu marido e começamos namorar*” o que acabou “*influenciando no uso de crack*”. Atualmente “*estou há*

dois anos e cinco meses sem usar drogas”, após ter iniciado grupo de ajuda AMEM. RCSP, 30 anos, deu entrada no HUM em 30/12/2008 às 02h27min em péssimas condições de higiene, encaminhada pelo SAMU, GVIPIVC0A0 IG ignorada, sem pré-natal, com história de tabagismo, etilismo e uso de *crack*. Diagnosticado TP + BR com LA meconial, colo pérvio 7 cm, evoluiu PN sem epísio às 02h38min (RN feminino, APGAR 08/10, peso 2.650 g), confusa, agitada, com baixa afetividade e vínculo com RN. Colheu sorologias e contraindicado AM pela drogadição. Recebeu alta em 1º/01/09, foi comunicado o serviço social hospitalar e Conselho Tutelar. Relato anterior em prontuário data de 14/04/2007, quando havia realizado PN em via pública, RCSP relatou que *“mora em uma clínica abandonada....”* eles, *“praticavam pequenos furtos...”*, na ocasião foi notificado ao Conselho Tutelar e Vara da Infância. Teve mais duas, gestações após a notificação ao CCI/HUM, uma em 2009, quando relatou ter *“parado de usar drogas”* e a última gestação ocorreu em dezembro de 2010; na ocasião realizou parto cesariana e laqueadura tubária. Dos oito filhos gerados por ela, *“três doei na maternidade.. um mora com pai.. quatro moram comigo”*, porém sua mãe relatou na primeira VD que *“apenas as duas filhas mais novas moram com ela”*. RCSP acredita que *“Deus me libertou... estou aproximadamente há dois anos sem usar drogas...”*. Porém, *“estou preocupada com meu marido... ele largou o emprego.... voltou usar drogas”*, quer que ele se interne para tratar da dependência. Fornecidas informações sobre locais públicos em que eles devem procurar assistência.

Caso 10 – RJO, 23 anos.

Raça/cor parda, do lar, situação conjugal em regime de união estável, paridade GVIPIIIC0AII, cursou 8ª série do Ensino Fundamental, religião católica não praticante, Residente em Sarandi. Iniciou uso de tabaco e etanol aos 18 anos, concomitantemente. O companheiro *“fuma... e quando bebe é agressivo...ele é ciumento... já me agrediu várias vezes... perdi o neném”* o pai, *“era etilista... agressivo... mais influenciou”*. Atualmente é tabagista (7 cigarros/dia) e utiliza bebida alcoólica *“socialmente... em festas aos fins de semana”*, pois *“estou grávida... tenho evitado fumar e beber”*. Nega uso de drogas ilícitas. RJO 22 anos, deu entrada no HUM em 14/11/2010 trazida pelo SAMU, GIVPIIIC0A IG de aproximadamente sete semanas, vítima de agressão física pelo companheiro em clube dançante, seguida de aborto espontâneo, foi liberada após 24h. RJO e o companheiro tinham brigado, *“sai com amigos, fomos dançar... havíamos bebido um pouco... meu marido chegou por volta das 03:00h... me bateu... deu murros na cabeça e socos”*. Foi chamado o SAMU e encaminhado ao PA do HUM, *“quando a polícia chegou ele havia fugido”*. No hospital realizou exames, teste de gravidez/USG, RX da cabeça e às 08h começou apresentar sangramento vaginal evoluindo com aborto, *“ficamos um tempo separados... acabamos voltando... sempre brigamos, ele é muito ciumento... não deixa eu trabalhar fora”*. O companheiro é tabagista e etilista e *“quando bebe, fica ciumento e agressivo”*, estão juntos há quatro anos *“a situação piora com uso da bebida... tem alteração do humor... se torna agressivo”*, impedindo o convívio em sociedade, pois *“se saímos... acabamos brigando... então nos limitamos ao convívio familiar.... naquele dia havíamos brigado então aproveitei para sair”*. RJO tem três filhos de outros relacionamentos, dos quais um mora com o pai, *“meu marido quer um filho... estou tentando engravidar”*, após atendimento no HUM teve outro aborto espontâneo de oito semanas em janeiro de 2011 e refere estar grávida de 12 semanas e ter iniciado pré-natal na UBS do Jardim Verão. Foi realizado VD em 14/06/2011 às 09h05min sem contato telefônico prévio, pois os números indicados a operadora informava que não existia, rua de difícil acesso, casa de alvenaria, com dois cômodos, varanda grande cheia de entulhos, ela e os dois filhos estavam dormindo, fui recebida pelo filho de 9 anos. Ao

abordá-la concordou em participar da pesquisa, porém, não quis receber dentro de casa “*estava muito bagunçada*. Os dois filhos ficaram brincando na rua no transcorrer da entrevista. RJO negou uso na vida pessoal ou familiar de drogas ilícitas e apesar de ter sido agredida várias vezes pelo atual companheiro nunca se utilizou da Lei Maria da Penha, uma mulher jovem, bonita, em regular condições de higiene, com várias cáries dentárias. Ao final da entrevista disse “*adorei ter alguém para poder conversar*”.

Caso 11 - EPB, 32 anos.

Raça/cor parda, do lar, situação conjugal em regime de união estável, paridade GXIPXAI, cursou 3ª série Ensino Fundamental, não pratica nenhuma religião, residente em Sarandi. Iniciou uso de tabaco e etanol aos 14 anos, porém, “*não gosto de beber*”. Aos 20 anos seu “*irmão e o primeiro marido eram usuários de drogas e envolvido com tráfico*” atuaram “*influenciando no uso de maconha e crack... meu primeiro marido foi preso e morreu na cadeia... de tumor na cabeça*”. E “*na mesma época... (ela) também estava presa*”, por mais de uma circunstância “*três vezes... as penas foram de dois, quatro e oito meses... a última foi em 1999*”. EPB 29 anos, deu entrada no HUM, encaminhada do hospital Metropolitano de Sarandi-PR, em 02/02/2009 às 08h34min, em TP, sem pré-natal, GXPVIIC0AI IG 41s1d, com dor baixo ventre tipo cólica e sangramento vaginal, colo pérvio 10 cm, período expulsivo, evoluiu PN às 08h45min no corredor, com laceração grau I (RN feminino, APGAR 08/09/2009, com acrocianose, fez uso de oxigênio inalatório e foi aquecido, com melhora, peso 2.410 g, fez fototerapia três dias), colhido sorologias, contraindicado AM pela drogadição. Foi acompanhada pelo serviço social hospitalar, comunicado Conselho Tutelar do município de referencia e à Vara da Infância a criança reside com a avó desde o nascimento. Recebeu alta em 06/09/2009. Já havia internado anteriormente no HUM, em 18/09/2005, GVIIIPVIAI IG 33s5d, evoluiu PN no PA às 22h50min (RN masculino, sem índice de APGAR, peso 2.650 g) colhido sorologias e contraindicado AM pelo uso de *crack*. Nesta ocasião também foi acompanhada pelo serviço social hospitalar, pelo Conselho Tutelar do município de referência e à Vara da Infância. Recentemente, o filho aos seis anos de idade foi encontrado alcoolizado em via pública, o caso divulgado nos meios de comunicação e encontra-se sobre guarda do Conselho Tutelar; “*está no abrigo para menores... não fui visitar... não sei o que fazer... ninguém consegue segurar ele em casa... ele anda Maringá e Sarandi sozinho, conhece tudo... os vizinhos não gostam dele... dizem que ele pega as coisas*” ela estava muito ansiosa no dia da VD (14/06/2011), pois ela e o companheiro tinham audiência às 16h, para definir guarda do menor. EPB relatou que os seus quatro primeiro filhos morreram antes dos dois anos de vida, três por “*problema cardíaco*”, e um nascido prematuramente em decorrência de “*queimaduras... com água quente do banho*”. Dos seis filhos vivos, três moram com sua mãe, inclusive um lactente/masculino, que nasceu prematuro em 08/03/2011, os quais ela não demonstrou nenhum sinal de afeição e/ou preocupação, no transcorrer da entrevista realizada na casa de sua mãe, apenas três filhos moram com ela, dos quais um não frequenta a escola e é considerado menor infrator, aos seis anos de vida. Atualmente, EPB relata ser tabagista (40 cigarros/dia), e utilizar “*maconha e crack diariamente*”.

Caso 12 - SP, 30 anos.

Raça/cor parda, solteira, do lar - ex-presidiária, paridade GVPIVC0AII, cursou 5ª série Ensino Fundamental, religião católica não praticante, residente em Maringá. Iniciou uso de

tabaco aos 12 anos, aos 14 anos *“fui morar comum homem mais velho... pai dos meus dois primeiros filhos... ele era usuário de drogas... e traficante... foi quando iniciei uso de maconha, cocaína e crack”*. Aos 15 anos *“comecei associar bebida alcoólica”*. Por este relacionamento, *“minha mãe e meus três irmãos, também se envolveram com uso e tráfico de drogas”* no mesmo período. Todos têm passagem pela polícia. Atualmente, é tabagista (20 cigarros/dia), tem utilizado bebida alcoólica *“socialmente... aos fins de semana”* utiliza maconha *“às vezes”*, e relata *“parei de usar crack há nove meses... estava presa”*, porém, *“quando recebia visitas... eles levavam drogas na prisão”*. SP 28 anos, deu entrada no HUM em 28/04/2009 às 17h21min GVPIIC0AI, IG 15s, com ultrassonografia constatando óbito fetal, com história de dor tipo cólica há 15 dias, sem perda vaginal, apresentando sudorese, calafrios noturnos e polaciúria há uma semana. Colo amolecido, posterior, fechado, realizado exame especular constatado presença de leucorreia esbranquiçada. Histórico de uso de *crack* no início da gestação, tendo parado há quatro meses pela prisão, manteve uso de tabaco, álcool, maconha e cocaína. Foi induzido trabalho de parto, expulsou o feto às 00h50min (feto masculino com 155 g, com odor fétido), encaminhado (feto/placenta) para anátomo-patológico. No dia 29/04 às 13h SP foi encaminhada ao centro cirúrgico para curetagem após abortamento sob anestesia raquidiana. Foi acompanhada durante internação pela polícia civil e permaneceu algemada no leito. Familiares vieram ao hospital na tentativa de visitá-la, foi orientado pela policial da escolta a buscar liberação no setor de carceragem primeiro. Recebeu alta hospitalar em 29/04, à noite, com antibioticoterapia e orientações, saiu com escolta policial à 9ª SBP de Maringá. Foi realizado VD em 13/05/2011, o endereço da Ficha OT era da 9ª SPB, o telefone fixo operadora informa que não existe e o celular não atende. Tentado contato no mês de maio sem sucesso. Em 01/06/2011 após pesquisa no SPP constatado que SP havia retornado ao PA/HUM para consulta obstétrica – gestante/presidiária, e em 03/01/2011 com queixa de ingurgitamento mamário, quando foi possível localizar seu endereço atual. Realizado VD em 27/07/2011, SP refere *“fui presa em cinco vezes... em todas estava grávida”* a última prisão em decorrência do *“envolvimento com tráfico”* de drogas *“sai há uma semana”*, durante o tempo que permaneceu na prisão estava grávida, teve parto normal em 19/12/2011, realizou apenas uma consulta de pré-natal, *“ainda estou respondendo processo”*, em decorrência do tráfico de drogas e das prisões *“perdi a guarda provisória dos dois filhos menores... a menina de cinco anos e o menino de sete meses... estão morando com avó paterna em Campo Mourão”*. Na delegacia *“fui agredida por policiais... quando tive o aborto”*. SP respondeu a entrevista no quintal de sua casa, colocou cadeira no quintal nos fundos da casa, apresentava várias tatuagens pelo corpo, se contradisse durante a entrevista sobre a guarda dos filhos, primeiramente disse ter a guarda de todos os filhos, depois admitiu que dois deles estão sob tutela da avó paterna. Sua casa tinha aspecto de *“ponto de distribuição”* de drogas.

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista

| ROTEIRO PARA ENTREVISTA | | | | | |
|---|------|-------|--------------|-----------|-------------------------|
| Município: Maringá () Sarandi() Paçandu () Data: ___/___/ 201, às ___ h. Nº do Prontuário: _____ Entrevista: _____ Período de internação ___/___/20___ a ___/___/20___. | | | | | |
| BLOCO I - CARACTERIZAÇÃO DA MULHER | | | | | |
| 1) Iniciais _____ DN ___/___/___ Idade: _____ | | | | | |
| 2) Raça/cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> _____ | | | | | |
| 3) Situação Conjugal: <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> _____ | | | | | |
| 4) Escolaridade/anos: <input type="checkbox"/> sem instrução <input type="checkbox"/> analfabeto funcional <input type="checkbox"/> 1 a 3 <input type="checkbox"/> 04 a 06 <input type="checkbox"/> 8 a 11 <input type="checkbox"/> 12 e mais | | | | | |
| 5) Situação ocupacional: Profissão _____ <input type="checkbox"/> Trabalho Formal <input type="checkbox"/> Trabalho Informal <input type="checkbox"/> Desempregada <input type="checkbox"/> Do lar | | | | | |
| 6) Religião: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não pratica <input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> _____ | | | | | |
| 7) Drogas que utilizou(enumerar): <input type="checkbox"/> Nicotina _____ <input type="checkbox"/> Etanol _____ <input type="checkbox"/> Maconha _____ <input type="checkbox"/> Cocaína _____ <input type="checkbox"/> Crack _____ <input type="checkbox"/> Inalantes _____ <input type="checkbox"/> Solventes _____ <input type="checkbox"/> _____ | | | | | |
| 8) Idade que iniciou uso: Droga lícita: _____ Droga ilícita: _____ | | | | | |
| 9) O que motivou? _____ Quem influenciou? _____ | | | | | |
| 10) Utiliza drogas atualmente? Frequência? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Nicotina _____ <input type="checkbox"/> Etanol _____ <input type="checkbox"/> Maconha _____ <input type="checkbox"/> Cocaína _____ <input type="checkbox"/> Crack _____ <input type="checkbox"/> Inalante _____ <input type="checkbox"/> Solvente _____ <input type="checkbox"/> _____ | | | | | |
| BLOCO II- CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR | | | | | |
| 11) Composição Familiar: | | | | | |
| Membros | Sexo | Idade | Escolaridade | Profissão | Reside com Entrevistada |
| Cônjuge: | | | | | |
| Filho (a): | | | | | |
| Filho (a): | | | | | |
| Filho (a): | | | | | |

12) Drogadição na família? Sim Não

Quem? _____

Drogas? _____

13) Comorbidade (s) na família:

Distúrbios psiquiátricos: Alterações do humor Quadro psicótico _____

Comorbidades clínicas: DST HIV/AIDS Hepatite _____ _____

14) Conflitos familiares/Frequência: Sim Não

Raramente Frequentemente - Quais? _____

15) Situações de violência vivenciadas pela família:

Violência infantil Violência entre os pais Violência física Violência

Psicológica Abuso sexual Prostituição _____

BLOCO III - INDICADORES SOCIAIS E DE SAÚDE

16) Situação de moradia: Alvenaria Madeira _____

Própria Alugada Financiada Cedida _____

17) Renda familiar (salário mínimo):

Sem renda fixa Até um salário 1-3 3-5 5-10 Acima de 10

Programa Social do governo (Bolsa Família) _____ _____

18) Infraestrutura domiciliar: Fossa séptica Rede de esgoto Eletricidade

Água encanada Geladeira Chuveiro elétrico Fogão a gás _____

19) Meios de comunicação utilizados: Internet Jornal Revista Televisão

Rádio Satélite Telefone Fixo Celular _____

20) Acesso a serviços de saúde:

Exclusivamente Público (SUS) Plano de Saúde Público e Privado _____

21) Serviço de saúde que utiliza:

UBS _____ PA _____ Hospital _____ CAPSad _____

22) Serviços públicos utilizados:

A. Saúde A. Social A. Psicológica (CAPS/CAPSad)

Educação Creche Transporte (ambulância, SAMU)

23) Atendimento em serviço de saúde no último ano (mulher):

Sim. Por quê? _____ Não

24) Controle de Natalidade:

Parceiro fixo: Sim Não. Por quê? _____

Anticoncepcional: Sim. Qual? _____ Não. Por quê? _____

Uso de preservativo Sim/frequência: _____ Não. Por quê? _____

25) Tratamento para desintoxicação?

Sim, Quando? _____ Local? _____ Circunstância? _____

Não, por quê? _____

Tentou parar sem ajuda? _____

26) Comorbidade(s):

Psiquiátricas: Alterações do humor Quadro psicótico _____

Clínicas: DST HIV/Aids Hepatite _____ _____

27) Situações de conflito com a Justiça: (1) Pessoal (2) Parceiro (3) Familiar

➤ Tráfico Sim () Por quê? _____ Não

➤ Delito Sim () Por quê? _____ Não

➤ Prisão Sim () Por quê? _____ Não

➤ Violência Sim () Por quê? _____ Não

➤ Troca de sexo por drogas e/ou prostituição Sim () Por quê? _____ Não

➤ Homicídio Sim () Por quê? _____

Não

28) Grupos de apoio e redes sociais?

AA Narcóticos Anônimos Amigos APAE Igreja _____

BLOCO IV - INTERNAÇÃO NO HUM

29) Motivo da Internação? Clínico _____ Cirúrgico _____

Aborto Parto Normal Parto Cesárea _____

30) Descrição da internação: G ___ P ___ C ___ A ___ IG ___ Pré-natal: _____

Procedência: _____

Acompanhante: _____

Sinais\Sintomas: _____

Intercorrências: _____

PARTO: HUM Sim Não _____

PN PC

31) Acompanhamento pelo:

* Serviço Social Sim Não * Serviço Psicologia Sim Não

* Conselho Tutelar Sim Não * Psiquiatria Sim Não

32) Tipo de aleitamento: AMELD Tempo: _____ AMM A. Artificial

33) Alta com recém-nascido: Sim Não _____

34) Tutela da criança?

Sim, (tem auxílio nos cuidados) _____

Não, (tutor) _____

35) Outra gravidez após a notificação CCI/HUM?

Sim. Quando? _____

Não

Paridade: _____ Primeiro (a) filho(a) aos _____ anos.

APÊNDICE D

Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada: **Contextos de Exclusão Social e Vulnerabilidade de Mulheres Usuárias de Drogas no Ciclo Gravídico Puerperal**, que faz parte do curso de Pós-graduação em Enfermagem Universidade Estadual de Maringá – PSE/UEM e é orientada pela Prof^a Dr^a Magda Lúcia Félix de Oliveira, da UEM. Os objetivos da pesquisa são: avaliar contextos de vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas de abuso no ciclo gravídico puerperal; caracterizar o perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres usuárias de drogas; identificar os fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso das mulheres usuárias de drogas; e operacionalizar os planos analíticos de vulnerabilidade para compreensão da continuidade do uso de drogas por mulheres no ciclo gravídico puerperal. Para isto, a sua participação é muito importante, para que os objetivos sejam alcançados. Sua participação será na forma de um questionário elaborado pela pesquisadora, que será **gravado em mídia digital**. Informamos que os dados obtidos serão mantidos em total sigilo, sem sua identificação em nenhum momento no decorrer da pesquisa, e caso sentir-se constrangida com alguma pergunta, tem liberdade para não respondê-la. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa (ou ao seu filho). Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade, e que os dados gravados serão apagados após transcritos para análise. Esperamos com este estudo levantar dados que auxiliem na elaboração de metas a serem alcançadas pela política pública de saúde voltada às mulheres usuárias de drogas. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta neste documento. Este termo será preenchido em duas vias de igual teor, e uma delas será entregue a você.

Eu,.....declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar **VOLUNTARIAMENTE** da pesquisa coordenada pela Prof^a Dr^a Magda Lúcia Félix de Oliveira.

_____/_____/2011.

Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu, Sônia Regina Marangoni, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra nominada.

_____/_____/2011.

Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo:

Orientadora: Dr^a Magda Lúcia Félix de Oliveira E-mail: micoleao@wnet.com

Mestranda: Sônia Regina Marangoni. E-mail: Sonia.marangoni@yahoo.com.br

Celular. (44) 88259001 (44) 99494036

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:
Copep/UEM

Universidade Estadual de Maringá.

Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.

Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM.

CEP 87020-900. Maringá-PR. Tel: (44) 3261-4444

E-mail: copep@uem.br

ANEXOS

ANEXO A - Ficha de Ocorrência Toxicológica – OT

FICHA DE NOTIFICAÇÃO E DE ATENDIMENTO
CENTROS DE ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA

RG: _____

INTOXICAÇÃO ALCOÓLICA / OUTRAS DROGAS DE ABUSO

CENTRO: _____ NÚMERO: _____ DATA: ____/____/____ HORA: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Vítima: Humana Animal Informação
 Idade: |__| |__| |H| |D| |M| |A| Sexo: Masc. Fem. Ignorado Gestante: 1º Trim. 2º Trim. 3º Trim. Trim. Desc.
 Data de Nascimento: |__| |__| |__| |__| Não Não se aplica Ignorado
 Espécie (se Animal): _____
 Peso: |__| |__| |__| |__| Kg Profissão/Ocupacional: _____
 Endereço: _____ Telefone: _____
 UF: _____ Município: _____ Bairro: _____ CEP: _____
 Cartão SUS: _____ Nome da mãe (se menor): _____

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome: _____ UF: _____ Município: _____
 Instituição: _____ Bairro: _____
 Endereço: _____ Tel: _____ Ramal: _____
 Categoria: Próprio Médico Parente Enfermeiro Ign. Outro Prof. Saúde: _____ Outro: _____

| ATENDIMENTO | | TIPO DE OCORRÊNCIA | CIRCUNSTÂNCIA | |
|---|---------------------------------------|--|--|--|
| TELEFÔNICO | HOSPITALAR | | | |
| <input type="checkbox"/> Hosp./Clínicas | <input type="checkbox"/> PS | <input type="checkbox"/> Intoxicação | <input type="checkbox"/> Acidente Individual | <input type="checkbox"/> Abstinência |
| <input type="checkbox"/> CS/UBS | <input type="checkbox"/> Enfermaria | <input type="checkbox"/> Exposição | <input type="checkbox"/> Acidente Coletivo | <input type="checkbox"/> Abuso |
| <input type="checkbox"/> Consult./Ambul. | <input type="checkbox"/> Ambulatório | <input type="checkbox"/> Reação Adversa | <input type="checkbox"/> Acidente Ambiental | <input type="checkbox"/> Ingestão de Alimentos |
| <input type="checkbox"/> Local Trabalho | <input type="checkbox"/> UTI | <input type="checkbox"/> Diagnóstico Diferencial | <input type="checkbox"/> Ocupacional | <input type="checkbox"/> Tent. Suicídio |
| <input type="checkbox"/> Outros CIT | <input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Uso Terapêutico | <input type="checkbox"/> Tent. Aborto |
| <input type="checkbox"/> Outros Serv. Públicos: | | <input type="checkbox"/> Ignorada | <input type="checkbox"/> Prescr. Médica Inadequada | <input type="checkbox"/> Violência/Homicídio |
| <input type="checkbox"/> Residência | | | <input type="checkbox"/> Erro de Administração | <input type="checkbox"/> Uso Indevido |
| <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | | <input type="checkbox"/> Auto Medicação | <input type="checkbox"/> Ignorada |
| <input type="checkbox"/> Ignorado | | | | <input type="checkbox"/> Outra: _____ |

| EXPOSIÇÃO | | |
|--|---|--|
| ZONA | VIA | TIPO SUPERVISÃO |
| <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Outra: _____ <input type="checkbox"/> Ignorada | <input type="checkbox"/> Oral | <input type="checkbox"/> Aguda - única |
| <input type="checkbox"/> LOCAL | <input type="checkbox"/> Cutânea | <input type="checkbox"/> Aguda - repetida |
| <input type="checkbox"/> Residência | <input type="checkbox"/> Respiratória | <input type="checkbox"/> Crônica |
| <input type="checkbox"/> Amb. Trabalho | <input type="checkbox"/> Parenteral | <input type="checkbox"/> Aguda sobre crônica |
| <input type="checkbox"/> Trajeto de Trabalho | <input type="checkbox"/> Nasal | <input type="checkbox"/> Ignorada |
| <input type="checkbox"/> Serviço de Saúde | <input type="checkbox"/> Ocular | |
| UF: _____ | <input type="checkbox"/> Retal | Tempo decorrido da exposição: |
| Município: _____ | <input type="checkbox"/> Vaginal | __ __ N H D M A |
| Bairro: _____ | <input type="checkbox"/> Mordedura/Picada | Duração da exposição: |
| Endereço: _____ | <input type="checkbox"/> Ignorada | __ __ N H D M A |
| | <input type="checkbox"/> Outra: _____ | |

AGENTE TÓXICO

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 01 Medicamentos | <input type="checkbox"/> 06 Domissanitários | <input type="checkbox"/> 11 Plantas | <input type="checkbox"/> 16 Outros An. Peç./Venenosos |
| <input type="checkbox"/> 02 Agrotóxicos/Usos Agrícola | <input type="checkbox"/> 07 Cosméticos | <input type="checkbox"/> 12 Alimentos | <input type="checkbox"/> 17 Animais Não Peçonhentos |
| <input type="checkbox"/> 03 Agrotóxicos/Usos Doméstico | <input type="checkbox"/> 08 Produtos Quím. Industriais | <input type="checkbox"/> 13 An. Peçonhentos/Serpentes | <input type="checkbox"/> 99 Desconhecido |
| <input type="checkbox"/> 04 Produtos Veterinários | <input type="checkbox"/> 09 Metais | <input type="checkbox"/> 14 An. Peçonhentos/Aranhas | <input type="checkbox"/> 88 Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> 05 Raticidas | <input type="checkbox"/> 10 Drogas de Abuso | <input type="checkbox"/> 15 An. Peçonhentos/Escorpiões | |

NOME COMERCIAL/ESPÉCIE _____ DOSE/QUANTIDADE _____ CLASSIFICAÇÃO _____ CLANDESTINO Sim Não

A - Tratamento Inicial

B - Tratamento Proposto

C - Tratamento Realizado

| | A | B | C | | A | B | C | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nenhum | <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Carvão Ativado |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Observação Clínica | <input type="checkbox"/> 14 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Catárticos |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tratamento Sintomático | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diurese Forçada |
| <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tratamento de Suporte | <input type="checkbox"/> 16 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hemodiálise |
| <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Descontam. Cutânea/Mucosa | <input type="checkbox"/> 17 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hemoperfusão |
| <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Descontaminação Ocular | <input type="checkbox"/> 18 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Exsanguíneo Transfusão |
| <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diluição | <input type="checkbox"/> 19 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Retirada Endoscópica |
| <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Demulcentes | <input type="checkbox"/> 20 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Intervenção Cirúrgica |
| <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Neutralização | <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Antídoto: _____ |
| <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Emese | <input type="checkbox"/> 22 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soro: _____ |
| <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lavagem Gástrica | <input type="checkbox"/> 88 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Outro: _____ |
| <input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lavagem Intestinal | <input type="checkbox"/> 99 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ignorado |

RESUMO (SUPERVISÃO)

Manifestação Clínica: 1 SIM 2 NÃO 9 IGNORADA

Internação: 1 SIM 2 NÃO 9 IGNORADA

Análise Toxicológica: 1 SIM 2 NÃO 9 IGNORADA Especificar: _____

Evolução: 1 CURA 2 CURA NÃO CONFIRMADA 3 SEQÜELA 4 ÓBITO 5 ÓBITO OUTRA CAUSA

8 OUTRO: _____ 9 IGNORADA

Diagnóstico Definitivo: _____ C.I.D. 10: _____

AValiação (SUPERVISÃO)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Nenhum | <input type="checkbox"/> 3 Envenenamento Não Excluído | <input type="checkbox"/> 5 Envenenamento Moderado |
| <input type="checkbox"/> 2 Provavelmente Não Tóxico | <input type="checkbox"/> 4 Envenenamento Leve | <input type="checkbox"/> 6 Envenenamento Grave |

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

Nome

Assinatura

RESPONSÁVEL PELA REVISÃO

Nome

Assinatura



Universidade Estadual de Maringá
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DE MARINGÁ
 CENTRO DE CONTROLE DE INTOXICAÇÕES



**PROTOCOLO COMPLEMENTAR DE INTOXICAÇÃO ALCOÓLICA/
 OUTRAS DROGAS DE ABUSO**

DATA: ____/____/____

PLANTONISTA: _____

| | |
|------|--------------|
| Nome | Escolaridade |
|------|--------------|

APRESENTAÇÃO DO AGENTE TÓXICO

| | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Líquido | <input type="checkbox"/> Pó | <input type="checkbox"/> Sólido |
| <input type="checkbox"/> Cigarro | <input type="checkbox"/> Pasta | <input type="checkbox"/> Ignorado |
| <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | |

DADOS DA INTOXICAÇÃO

| | |
|--|---|
| DATA DA INGESTÃO OU ENTRADA NO PS ____/____/____ | TIPO DE USO <input type="checkbox"/> AGUDO <input type="checkbox"/> CRÔNICO <input type="checkbox"/> INDETERMINADO <input type="checkbox"/> IGNORADO |
| HORÁRIO DE ENTRADA NO PS ____:____ hs. | |

DESCREVER AS CIRCUNSTÂNCIAS DA INTOXICAÇÃO (Como aconteceu, onde, uso de outras drogas de abuso)

TIPO DE OCORRÊNCIA (se houve trauma ou violência)

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acidente | <input type="checkbox"/> Violência (agressão, crimes) | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| Tipo de veículo: _____ | Local: _____ | Local: _____ |
| Nº de Vítimas: _____ | Nº de vítimas: _____ | Nº de vítimas: _____ |
| Nº de óbitos: _____ | Nº de óbitos: _____ | Nº de óbitos: _____ |

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS

| | | | |
|----------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| DOSAGEM ALCOÓLICA | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM | Horário de coleta: ____:____ hs. |
| OUTROS EXAMES: _____ | | | |

ANEXO B – Parecer COPEP



Fundação Universidade Estadual de Maringá
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

CAAE N°. 0040.0.093.000-11

PARECER N°. 065/2011

| | |
|--|--|
| Pesquisadora Responsável: Magda Lúcia Félix de Oliveira | |
| Centro/Departamento: CCS/Departamento de Enfermagem | |
| Título do projeto: Contextos de exclusão social e vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas no ciclo gravídico puerperal | |
| Considerações: | |
| <p>Trata-se de protocolo de pesquisa de área temática III, de caráter acadêmico (Projeto de Mestrado) com o objetivo geral de avaliar os contextos de vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas de abuso no ciclo gravídico puerperal.</p> <p>O protocolo apresenta revisão teórica satisfatória, justificando-se pela produção de conhecimento científico que consolide ações de enfermagem baseadas na prática educativa e que obtenham conhecimento sobre a importância de executarem as medidas necessárias sobre o uso de drogas e as implicações no ciclo gravídico puerperal.</p> <p>A metodologia utilizada no estudo será de caráter descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa dos dados. Este estudo será realizado em Maringá, Paiçandu e Sarandi. Os casos investigados serão originários do Hospital Universitário Regional de Maringá – HUM, cadastrados no Centro de Controle de Intoxicações do CCI/HUM. Para tanto, a população deste estudo será composta por 30 mulheres usuárias de drogas de abuso, no ciclo gravídico puerperal, internadas no HUM entre os meses de janeiro de 2008 a dezembro de 2010, cadastradas no CCI/HUM e residentes nos municípios de Maringá, Sarandi e Paiçandu. Será adotado o critério de internação utilizado para cadastro no CCI/HUM, que considera internado o paciente que permanece em tratamento médico-hospitalar por 12 horas ou mais. As fontes de dados serão as fichas de Ocorrência Toxicológica (OT) e os prontuários das mulheres arquivados no Serviço de Prontuários de Pacientes – SPP/HUM.</p> <p>A coleta de dados será realizada por meio de análise documental e pela aplicação de roteiro com questões abertas e fechadas e a entrevista familiar. A investigação dos casos será desenvolvida em três momentos: a compilação dos dados da Ficha OT, o levantamento dos dados obstétricos do prontuário e a entrevista. As mulheres serão contatadas por telefone ou pessoalmente. Tal conduta já é prevista na rotina dos serviços em questão. Os dados serão inseridos no Epi Info, software de domínio público, como também o referencial analítico de Mann <i>et al.</i></p> <p>O cronograma de execução foi apresentado, prevendo uma duração total do estudo de 18 meses, de julho de 2010 a dezembro de 2011. A coleta de dados será de março a junho de 2011.</p> <p>O orçamento do estudo, totalizando R\$ 1.910,00, segue com informação de que será subsidiado pelos próprios pesquisadores.</p> <p>O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está redigido na forma de convite à participação no estudo e contempla as garantias fundamentais estabelecidas pela norma ética vigente.</p> <p>Foi apresentado documento de autorização do HUM.</p> <p>Face ao exposto, considerando o processo de apreciação ética do protocolo à luz das normativas fixadas pela Res. 196/96-CNS e complementares, este comitê se manifesta por aprovar o protocolo em tela.</p> | |
| SITUAÇÃO: APROVADO | |
| CONEP: (X) para registro () para análise e parecer | Data: 11/03/2011 |
| Relatório Final para Comitê: () Não (X) Sim | Data: dezembro de 2011 |
| O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução n°. 196/96 e complementares do CNS/MS, na 212ª reunião do COPEP em 11/3/2011. |  Prof. Dra. Ieda Harumi Higarashi Presidente do COPEP |

ANEXO C – Solicitação ACT



Universidade Estadual de Maringá
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DE MARINGÁ
 CENTRO DE ASSESSORIA TÉCNICA-CIENTÍFICA



Solicitação nº 291/2010-ATC

Encaminhamos ao Diretor **Superintendente** para ciência e deliberação quanto ao solicitado.

Requerente/Proponente: **Sônia Regina Marangoni**

Projeto de Pesquisa: "**Contexto de Exclusão Social e Vulnerabilidade de Mulheres Usuárias de Drogas no Ciclo Gravídico Puerperal**"

Docente Orientador: **Profa. Magda Lúcia Félix de Oliveira**

PARECER FAVORÁVEL) SIM () NÃO

Prof. Dr. José Carlos Amador
 Superintendente - HUM

Enf.ª Franna Vicente Gomes
 Assinatura e Carimbo

A solicitação será encaminhada a **COREA** e à **Superintendência do HUM**, e autorizado. O seu efeito está condicionado à aprovação do Comitê Permanente de Ética Envolvendo Seres Humanos. Após aprovação deverá retornar ao Centro de Assessoria Técnica Científica para liberação e agendamento prévio ao setor de interesse do requerente.



Universidade Estadual de Maringá
 Hospital Universitário Regional de Maringá
 Centro de Assessoria Técnica Científica



Solicitação: 291/2010 - ATC

Encaminhamos a pesquisadora (s): **Sônia Regina Marangoni**

Projeto de Pesquisa: "**Contexto de Exclusão Social e Vulnerabilidade de Mulheres Usuárias de Drogas no Ciclo Gravídico Puerperal**"

Local: **CCI/SPP**

Orientadora: **Magda Lucia Felix de Oliveira**

Período: 08/04/2011 a 07/07/2011

Maringá, 08 de abril de 2011

Carimbo e Assinatura
 Projeto de pesquisa autorizado pela COPEP

Carimbo
 Hospital Universitário Regional de Maringá
 Centro de Assessoria Técnica-Científica