



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR**  
**SUPERINTENDÊNCIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE**  
**CONTEMPORÂNEA**  
**MESTRADO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA**

**MARCELO DE FREITAS GIMBA**

**(RE) CONSTRUINDO LAÇOS E PROJETOS:  
MULHERES USUÁRIAS DE CRACK, RELAÇÕES  
FAMILIARES E VULNERABILIDADES**

Salvador

2013

**MARCELO DE FREITAS GIMBA**

**(RE) CONSTRUINDO LAÇOS E PROJETOS:  
MULHERES USUÁRIAS DE CRACK, RELAÇÕES  
FAMILIARES E VULNERABILIDADES**

Dissertação apresentada à Universidade Católica do Salvador como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Família na Sociedade Contemporânea.

Orientadora: Profa. Dra. Vanessa Ribeiro  
Simon Cavalcanti

Salvador,  
2013

UCSAL. Sistema de Bibliotecas

G493 Gimba, Marcelo de Freitas.  
(RE) CONSTRUINDO LAÇOS E PROJETOS: mulheres usuárias  
de crack, relações familiares e vulnerabilidades/ Marcelo de Freitas  
Gimba. – Salvador, 2013.  
134f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica do Salvador.  
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em  
Família na Sociedade Contemporânea.  
Orientação: Profa. Dra. Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti.

1. Mulheres - Usuárias de Crack 2. Famílias 3. Relações  
familiares - Vulnerabilidades 4. Violência I. Título.

CDU 316.356.2-055.2

**TERMO DE APROVAÇÃO**

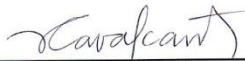
**MARCELO DE FREITAS GIMBA**

**(RE) CONSTRUINDO LAÇOS E PROJETOS: mulheres usuárias de crack, relações familiares e vulnerabilidades.**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 29 de julho de 2013.

Banca Examinadora:



Dr(a). Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti  
**Orientador (a)**



Dr(a). Lúcia Vaz de Campos Moreira  
**(UCSal)**



Dr(a). Giancarlo Petri -  
**(UCSal)**



Dr. (a) Carlos Alberto Costa Gomes  
**(UNIFACS)**

Aos meus pais que sempre estiveram comigo, apoiando, balizando, norteando o meu caminho, obrigado por existirem e proporcionarem estes momentos felizes.

Aos meus irmãos amigos e amigos irmãos por dividirem os momentos dessa caminhada.

À minha amada esposa, pelo apoio incondicional e por ser a minha companheira de jornada.

Aos meus filhos Heitor e Clara, que me fazem sentir a intensidade do amor, meu combustível e motivadores de tudo.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao começar a escrever esses agradecimentos, veio à minha mente tudo que se passou e ainda está passando, ao longo desta trajetória, que é curta e longa. A primeira coisa que lembrei foi quando comecei a pedir a Professora Dra. Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti, hoje a minha orientadora, sugestões no meu projeto de pesquisa, sempre com muita boa vontade e solícita, estava pronta a me ajudar. Agradeço por estender a mão e aceitar o desafio de me orientar no momento difícil e delicado de transição, serei sempre grato.

À Professora Dra. Lúcia Vaz de Campos Moreira, pela forma atenciosa que me acolheu e a paciência diante das minhas limitações, impulsionando a minha permanência no mestrado.

Ao Professor Dr. Giancarlo Petrini, pela sábia intervenção através de orientações significativas, propiciando que eu saísse de uma situação conturbada e assentasse meus pés em solo firme, para começar a dar os meus primeiros passos no mundo acadêmico.

Ao Professor Dr. Carlos Alberto da Costa Gomes, por compartilhar seus conhecimentos ao aceitar o convite para participar da minha banca examinadora.

À todo corpo docente que contribuiu para enriquecer os nossos conhecimentos.

Aos colegas que dividiram comigo momentos de dúvidas e ansiedades.

Aos funcionários que sempre estiveram prontos a nos ajudar.

Ao Marcos Cezar, amigo que teve uma grande parcela de contribuição nessa conquista.

À Sr.<sup>a</sup> Julia Damiana de Souza Nascimento, Diretora Técnica do Centro de Tratamento Vilaserena, por me franquear a possibilidade das entrevistas.

Ao Sr. Pablo Sauce, psicólogo, coordenador de tratamento de dependência química da Clínica Espaço Halos, pela entrevista concedida.

Às mulheres usuárias de *crack* que de forma solícita e franca contribuíram para a concretização deste trabalho.

A todos aqueles que de forma anônima colaboraram para esse momento e, também àqueles que nessa hora acabamos esquecendo de registrar, mas que tiveram uma importante parcela de contribuição.

GIMBA, Marcelo de Freitas. **(RE)CONSTRUINDO LAÇOS E PROJETOS**: mulheres usuárias de *crack*, relações familiares e vulnerabilidades. 134 f. Dissertação (Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea) Universidade Católica do Salvador (UCSAL), 2013.

## RESUMO

Inserido na linha de pesquisa Família e Sociedade, este trabalho versa sobre o uso de *crack* por mulheres na contemporaneidade. O recorte histórico-geográfico está matizado pelo ano de 2013 com residentes na Região Metropolitana de Salvador, Bahia. Através de aproximação qualitativa com base em entrevistas em profundidade. Sabe-se que as vulnerabilidades são agravadas com este elemento (uso de *crack*) e interfere de forma significativa nas relações familiares e sociais, incidindo diretamente nas relações intergeracionais e projetos de vida. Mães-filhas que, por influência da droga, deixam de ter capacidade para serem cuidadoras e mantenedoras; filhos e filhas que não conhecem pais/mães e pouco convivem com suas progenitoras; avós que avocam as atividades de cuidar, prover e proteger os netos. Ademais, assumem as responsabilidades dessas usuárias, quando não as colocam para fora de casa diante ao desespero de terem seus bens dilapidados e a integridade física ameaçada. Ainda, por causa da pedra, essas mulheres, submetem-se a venda do corpo que, na vivência do *crack*, tem uma característica própria e cometem alguns crimes, tais como abortos e pequenos furtos. Isto posto, esta dissertação de mestrado tem como objetivo analisar as relações familiares pertinentes e suas vulnerabilidades. Foi elaborado por meio de revisão historiográfica e de pesquisa de campo em dois Centros de Tratamento para Dependentes Químicos, na região metropolitana de Salvador, e participaram das entrevistas: dois profissionais que trabalham com dependentes químicos e cinco usuárias de *crack*, de classes média e alta. Como instrumentos da pesquisa foram utilizados dois tipos de questionários, um para os profissionais e outro para as usuárias de *crack*, construídos especificamente para este trabalho, com escopo de analisar a farmacologia do *crack* e sua manifestação no organismo da mulher, as violências sofridas e estigmas, as relações familiares e políticas públicas desenvolvidas para esse grupo peculiar. Os principais resultados revelam que essas mulheres estão mais sujeitas às doenças sexualmente transmissíveis (DSTS/AIDS), à gestação indesejada ou não planejadas, às violências físicas e morais, à práticas de delitos, a terem seus corpos transformados em moeda de troca, à impossibilidade de criar vínculos trabalhistas, à ruptura dos laços familiares do que as mulheres não usuárias de *crack*.

**Palavras-chave:** Mulheres. Famílias. *Crack*. Vulnerabilidades. Violências.



GIMBA, Marcelo de Freitas. **(RE) BUILDING TIES AND PROJECTS:** women *crack* cocaine users, family relationships and vulnerabilities. 134 f. Dissertation (Master in Family in Contemporary Society) Universidade Católica do Salvador (UCSAL), 2013.

### **ABSTRACT**

Inserted in the research line “Family and Society”, this work is about the use of *crack* cocaine by women nowadays. The geographic-historical delimitation is divided by the year of 2013 with people that live in the Metropolitan Region of Salvador, Bahia. Through the qualitative approach based on depth interviews, it is known that the vulnerabilities are exacerbated by this element and interfere significantly in family and social relationships, focusing directly on intergenerational relationships and life projects. Mothers-daughters, who, under the influence of drugs, are no longer able to be caregivers and maintainers; sons and daughters who do not know fathers / mothers and almost not live with their progenitor; grandmothers that arrogate the activities of caring, providing and protecting their grandchildren. Moreover, take on the responsibilities of those users, if not expelled from home on despair of having their goods dilapidated and physical integrity in danger. Still, because of the *crack* cocaine, these women undergo selling the body that, in the *crack* cocaine experience, has a unique characteristic, and commit some crimes, such as shoplifting and abortions. Therefore, this master’s dissertation has as a purpose the analyze of the relevant family relationships and their vulnerabilities. It was prepared by means of historiographical revision and field research in two Dependency Drug Treatment centers, in the metropolitan region of Salvador, and participated in the interviews: professionals working with addicts and *crack* cocaine users, from the middle and the upper classes. As research instruments were used two types of questionnaires, one for the professionals and one for the *crack* cocaine users, specifically built for this job, with scope to analyze the pharmacology of *crack* cocaine and its manifestation in the woman body, the stigmas and violence suffered, family relationships and public policies developed for this unique group. The main results show that these women are more likely to contract the sexually transmitted diseases (STDs / AIDS), to have an unwanted or unplanned pregnancy, to suffer physical and moral violence, to practice some crimes, to have their bodies turned into trading currency, to the impossibility of creating linkages labor, to the rupture of family ties.

**Keywords:** Women .Families. *Crack* cocaine. Vulnerabilities. Violences.

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>14</b>
1.1 A PRIMEIRA IMPRESSÃO.....	14
<b>2 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
2.1 AS PRIMEIRAS PEDRAS: DAS BARREIRAS ÀS CONSTRUÇÕES DE INSTRUMENTOS DE APROXIMAÇÃO.....	18
2.2 MOTIVAÇÕES PESSOAIS.....	21
2.3 CAMINHO A PERCORRER.....	26
<b>3 GÊNEROS, GERAÇÕES E DROGAS: O CRACK E SEUS EFEITOS.....</b>	<b>28</b>
3.1 RELAÇÕES INTERGERACIONAIS: FAMÍLIA E MATERNIDADE .....	29
3.2 REPRODUÇÃO E SEXUALIDADES DAS USUÁRIAS DE CRACK: VIOLÊNCIAS, MEDOS E DOENÇAS.....	37
3.3 FILHOS DA PEDRA: MATERNIDADE SEM MATERNAGEM .....	49
3.3.1 Gravidez e afetividade: laços ou rupturas .....	51
3.3.2 Efeitos nos Organismos da Mulher e do Feto .....	58
3.3.3 Gravidez Precoce: medo e abandono .....	61
<b>4 POLÍTICAS PÚBLICAS E A SUA DUPLA FACE: INTERNAMENTO COMO     POSSIBILIDADE .....</b>	<b>64</b>
4.1 PERCURSO HISTÓRICO E PRINCIPAIS AÇÕES NO BRASIL .....	65
4.2 ABORDAGEM JURÍDICO-INSTITUCIONAL: PRÁTICAS E MARCO LEGAL ..	68
4.3 EM BUSCA DE RESPOSTA: A QUESTÃO DO INTERNAMENTO .....	77
<b>5 REDUÇÃO DE DANOS: INSTRUMENTOS PARA UMA SAÍDA .....</b>	<b>83</b>
5.1 MARCO INICIAL E APLICAÇÃO DA REDUÇÃO DE DANOS.....	84
5.2 PROGRAMAS E INSTITUIÇÕES PROMOTORAS DA REDUÇÃO DE DANOS EM SALVADOR.....	86
5.3 CONSULTÓRIO DE RUA E INSTITUIÇÕES: PARCERIAS E PROJETOS ....	89
<b>6 PESQUISA DE CAMPO: NARRATIVA E REALIDADES.....</b>	<b>93</b>
6.1 APROXIMAÇÕES METODOLÓGICAS: MAPEANDO E OUVINDO SUAS VOZES.....	93

6.2 PARA ALÉM DO <i>CRACK</i> : SUAS VIDAS, SUAS TRAJETÓRIAS.....	97
6.3 DESVENDANDO VIDAS: SAIR DO LUGAR COMUM.....	108
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>118</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>130</b>
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	130
APÊNDICE B - ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS NA ÁREA DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA ( <i>CRACK</i> ).....	131
APÊNDICE C - ENTREVISTA COM PACIENTES NA ÁREA DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA ( <i>CRACK</i> ).....	133

## LISTA DE SIGLAS

AADS	Ações Afirmativas em Direito e Saúde
ABORDA	Associação Brasileira de Redutores de Danos
ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARD-FC/UFBA	Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti/ Universidade Federal da Bahia
AVC	Acidentes Vasculares Cerebrais
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CETAD	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CF	Constituição Federal
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CR	Consultório de Rua
CRP-SP	Conselho Regional de Psicologia de São Paulo
CTI's/UTI's	Centros e Unidades de Tratamento Intensivo
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DISE	Divisão de Investigação sobre Entorpecentes
DSTS	Doenças Sexualmente Transmitidas
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EUA	Estados Unidos da América
FUNAD	Fundo Nacional Antidrogas
HCFMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP
HSM	Homens que fazem Sexo com Homens
IPq-HCFMUSP	Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
GM	Gabinete do Ministro
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
MS	Ministério da Saúde
NA	Narcóticos Anônimos
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NIDA	<i>National Institute of Drug Abuse</i>
OBID	Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OEDT	Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
OM	Organização Militar
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
ONG	Organização Não Governamental

PCMSO	Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional
PCR	Projetos de Consultório de Rua
PEAD	Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas
PIEC	Plano Integrado de Enfrentamento ao <i>Crack</i> e outras Drogas
PL	Projeto de Lei
PNUD	Plano das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PO	Ponto de Observação
PPRA	Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais
PRD	Programa de Redução de Danos
PVC	Programa de Volta para Casa
RD	Redução de Danos
REDUC	Rede Brasileira de Redução de Danos
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SAF	Síndrome Alcoólica Fetal
SJCDH	Secretaria da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos
SENAD	Secretaria Nacional Anti-Drogas
SMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SNC	Sistema Nervoso Central
SPAS	Substâncias Psicoativas
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUPRAD	Superintendência de Prevenção e Acolhimento aos Usuários de Drogas e Apoio Familiar
TEIA	Trabalho de Emancipação pela Infância e Adolescência
UDIS	Usuários de Drogas Injetáveis
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNIAD/Unifesp	Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas da Universidade Federal de São Paulo
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNODC	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>
USP	Universidade de São Paulo

## **LISTA DE MAPA**

Mapa 01	Consultórios de Rua	91
---------	---------------------	----

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1	Quadro Comparativo de Morbidade entre as Doenças	41
Quadro 2	Caracterização das Usuárias entrevistadas	94

# 1 APRESENTAÇÃO

## No Meio do Caminho

*No meio do caminho tinha uma pedra  
Tinha uma pedra no meio do caminho  
Tinha uma pedra  
No meio do caminho tinha uma pedra.  
Nunca me esquecerei desse acontecimento  
Na vida de minhas retinas tão fatigadas.  
Nunca me esquecerei que no meio do caminho  
Tinha uma pedra  
Tinha uma pedra no meio do caminho  
No meio do caminho tinha uma pedra.*

*Carlos Drummond de Andrade*

### 1.1 A PRIMEIRA IMPRESSÃO

Quando comecei a construção deste trabalho, não tinha conhecimento prévio sobre o tema, mas tinha o desejo e o desafio de tentar obter algumas respostas, tais como: O que faz uma pessoa buscar soluções no uso de drogas? Por que usar *crack*, sendo uma droga com poder destrutivo tão intenso?

Nunca participei de estudos na área da dependência química, nem na área da Sociologia e Antropologia. Meu ponto de observação (PO) é distinto: sou militar do Exército Brasileiro, com formação jurídica, natural do Rio de Janeiro, mas estava residindo em Campo Grande-MS quando de minha vinda para Salvador-BA, em 17 de fevereiro de 2010. Foi em decorrência do dinamismo peculiar da profissão que surgiram questões e observações sobre a sociedade na qual estamos inseridos, que exige que conheçamos as características e particularidades de cada parte do país, nos proporcionando e exigindo uma vivência de âmbito nacional, para caso seja necessário, possamos atuar com a maior celeridade e eficiência no cumprimento dos deveres constitucionais, legais e regulamentares.

Como deveres constitucionais, a Constituição Federal de 05 de outubro de 1988, traz no Artigo 142.

Art. 142 As Forças Armadas, constituídas pela Marinha, pelo Exército e pela Aeronáutica, são instituições nacionais permanentes e regulares,

organizadas com base na hierarquia e na disciplina, sob a autoridade suprema do Presidente da República, e destinam-se à defesa da Pátria, à garantia dos poderes constitucionais e, por iniciativa de qualquer destes, da lei e da ordem.

Como deveres legais, a Lei Complementar 97 de 09 de junho de 1999, traz no seu Artigo 17-A:

Art. 17-A Cabe ao Exército, além de outras ações pertinentes, como atribuições subsidiárias particulares:

I – contribuir para a formulação e condução de políticas nacionais que digam respeito ao Poder Militar Terrestre;

II – cooperar com órgãos públicos federais, estaduais e municipais e, excepcionalmente, com empresas privadas, na execução de obras e serviços de engenharia, sendo os recursos advindos do órgão solicitante;

III – cooperar com órgãos federais, quando se fizer necessário, na repressão aos delitos de repercussão nacional e internacional, no território nacional, na forma de apoio logístico, de inteligência, de comunicações e de instrução.

O Regulamento de Movimentação para Oficiais e Praças do Exército (R-50), traz nos seus Artigos 3º e 27:

Art 3º. O militar está sujeito, como decorrência dos deveres e das obrigações da atividade militar, a servir em qualquer parte do país ou no exterior.

Art 27. A movimentação de oficiais deve assegurar-lhe, no que for exequível, vivência profissional de âmbito nacional.

No primeiro dia de trabalho, ao deslocar-me para a minha Organização Militar (OM), já na região soteropolitana, cruzei a chamada “cracolândia”, por sinal a atravesso todos os dias: A impressão era de adentrar ao inferno de Dante<sup>1</sup>, cruzando um território de mortos vivos<sup>2</sup>, zumbis... De repente parece que estou sendo apelativo ou exagerado, mas foi o meu real sentimento: tristeza, impotência e indignação pela sensação de indiferença e omissão, tanto de cidadãos comuns, quanto a minha própria, dos poderes públicos os quais estão tão próximos, tais como: Fórum Ruy Barbosa, sede do Ministério Público estadual, Quartel General do

---

<sup>1</sup>O **Inferno** é a primeira parte da "Divina Comédia" de Dante Alighieri, sendo as outras duas o Purgatório e o Paraíso. Está dividido em trinta e quatro Cantos (uma divisão de longas poesias), possuindo um canto a mais que as outras duas partes, que serve de introdução ao poema. A viagem de Dante é uma alegoria através do que é essencialmente o conceito medieval de Inferno, guiada pelo poeta romano Virgílio. No poema, o inferno é descrito com nove Círculos de sofrimento localizados dentro da Terra. Foi escrito no início do século XIV. Os mais variados pintores de todos os tempos criaram ilustrações sobre esta obra, se destacando Botticelli, Gustave Doré e Dalí.

<sup>2</sup> Morto-vivo relaciona-se ao indivíduo com aspecto de moribundo, semi-morto, apático, sem ânimo ou capacidade de reação.



Exército, Academia da Polícia Civil, Reitoria da Universidade Católica de Salvador, entre outros.

Assim, nasceu o interesse em desenvolver esta pesquisa, sobretudo no sentido de compreender melhor o que estava acontecendo, tentar entender as razões pelas quais uma pessoa se permite descer degraus absurdamente íngremes com armadilhas a toda volta, difíceis de descer e muito mais difícil de retornar. Talvez a minha pretensão seja inatingível, haja vista, que as explicações para o uso de Substâncias Psicoativas (SPAs) são várias: a oportunidade surge e a pessoa experimenta; pode ser visto como algo excitante e ousado, principalmente, por parte dos jovens<sup>3</sup>; com intuito de modificar o que sentimos; pela influência de colegas e amigos (pressão de grupo); amenizar sentimentos de solidão, de inadequação, baixa auto-estima ou falta de confiança, assim seguem as diversas motivações. Desvendar os mistérios íntimos da subjetividade é uma tarefa bem complexa.

É sempre difícil precisar a causa de um fenômeno. O sábio necessita de toda espécie de observações e de experiência para resolver uma única destas questões. Ora, de todos os fenômenos, as volições humanas são os mais complexos. Vê-se, portanto o que podem velar estes juízos improvisados que, com base em algumas informações recolhidas à pressa, pretendem marcar uma origem definida para cada caso particular. Logo que se crê ter descoberto entre os antecedentes da vítima alguns destes fatos que são em geral considerados como conduzidos ao desespero, julga-se inútil procurar mais [...] (DURKHEIM, 1973, p.481).

---

<sup>3</sup> Ver Juventude, juventudes: o que nos une e o que separa. Coordenação de ABRAMOVAY, Miriam e CASTRO, Mary Garcia - Brasília: UNESCO, 2006.

## 2 INTRODUÇÃO

Ao começar a tecer os meus objetivos e a cunhar as primeiras páginas ocorreram construções e desconstruções. Não conhecia ninguém em Salvador-BA, a minha situação era similar a de Alba Zaluar em sua pesquisa na cidade de Deus, no Rio de Janeiro - RJ:

Você não conhece ninguém que lhe possa indicar os caminhos e prestar-lhe as informações de que necessita para mover-se sem riscos desnecessários. Você nem sabe muito bem onde procurar o que tem em mente. (ZALUAR, 2000, p.9)

Neste momento da pesquisa, estava com a mente alimentada com as informações da mídia. Assim mesmo parti em direção, sem bússola e sem mapa, na ideia de pelo menos começar a abrir uma trilha, com esperança de torná-la estrada e que o caminho me fizesse, pois não sabia fazer o caminho. Ao longo deste percurso, descobri que me encontrava na contramão do que se espera de uma investigação de mestrado. Envolvido com as representações sociais, onde a nossa capacidade de senso crítico fica turvada e o senso comum se distancia.

Na realidade, a observação das representações sociais é algo natural em múltiplas ocasiões. Elas circulam nos discursos, são trazidas pelas palavras e veiculadas em mensagens e imagens midiáticas, cristalizadas em condutas e em organizações materiais e especiais. (JODELET, 2001, p.17)

Eis aqui uma das diretrizes de minha dissertação, compreender e analisar uma representação social da contemporaneidade repleta de tensões e sombras. Por isso, ainda valho-me da autora, mencionando que:

[...] uma primeira caracterização da representação social, sobre a qual a comunidade científica está de acordo: é a forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber de **senso comum ou ainda ingênuo, natural**, esta forma de conhecimento científico. Entretanto, é tida como um objeto de estudo tão legítimo quanto este, devido à sua importância na vida social e à elucidação possibilitadora dos processos cognitivos e das interações sociais. (JODELET, 2001, p.18). (grifos meus)

Ao bordar o tema *crack*, podemos observar que existem, nesse cadinho, vários grupos de pessoas que fazem uso de tal Substância Psicoativa (SPA). Os

homens usam *crack* até em maior percentual que as mulheres e praticam mais crimes na vivência do *crack*, segundo pesquisa que veremos mais a frente. Como observamos também, nas cidades, nas ruas e nas praças, também crianças e adolescentes estão envolvidos com *crack*, sem eira nem beira, perambulando sem destino, o que requer políticas públicas que tenham como “[...] desafios mais importantes para o futuro, em âmbito público e privado, a construção de políticas comprometidas com o direito de oportunidades”. (CAVALCANTI, 2005, p. 96). No entanto, os caracteres distintivos e motivadores para realizar esta pesquisa não englobam estas categorias, haja vista que a delimitação recai sobre mulheres usuárias de *crack*. A partir delas, de suas trajetórias e de suas experiências busco, devido as suas idiossincrasias, por serem, a meu ver, o elo fundamental da família, perpassando pelos matizes desta, ora filha, ora companheira e ora mãe, ou vivenciando todas essas fases concomitantemente.

## 2.1 AS PRIMEIRAS PEDRAS: DAS BARREIRAS ÀS CONSTRUÇÕES DE INSTRUMENTOS DE APROXIMAÇÃO

Inicialmente, a minha pesquisa seria embasada no estudo qualitativo com as mulheres usuárias de *crack*, moradoras ou permanentes das cracolândias das Regiões do Pelourinho, da Praça da Piedade e próximo ao Palácio da Justiça (Fórum Ruy Barbosa), na Rua da Independência, pois para mim era apenas aquele grupo de mulheres de rua, abandonadas, sem objetivos e oportunidades que usavam *crack* e sofriam as suas mazelas. Diante do quadro de informações que eu possuía, tanto de impressões captadas de minhas observações, da mídia e também de pesquisas publicadas (posteriormente mencionadas no levantamento bibliográfico), esse universo seria a delimitação do objeto proposto. Assim, considero importante seguir as orientações de Durkheim:

[...] o estudioso não pode tomar como objeto das suas investigações os grupos de fatos já constituídos a que correspondem as palavras da língua corrente. É obrigado a constituir ele próprio os grupos que pretende estudar, a fim de lhes conferir homogeneidade e a especificidade que lhes são necessárias para poderem ser tratados cientificamente. (DURKHEIM, 1973, p. 467).

Justamente, nesse intercâmbio entre teoria e realidade, se construiu a possibilidade de pesquisa levantando em consideração viabilidade e justificativa como militar, minha inserção em espaços públicos seria de estranhamento e, talvez não conseguisse realmente aproximação necessária para “entrar” nesse grupo.

Neste sentido, a filosofia durkheimiana retomada como basilar, me proporcionou certo cuidado e objetividade no que se refere à pesquisa de campo.

[...] Assim, aquele que se deixa conduzir pela acepção recebida corre o risco de distinguir o que deve ser confundido ou de confundir o que deve ser distinguido, de desconhecer, portanto o verdadeiro parentesco das coisas entre si e, por conseguinte, de se enganar sobre a natureza destas. (DURKHEIM, 1973, p. 467).

Destarte, sendo norteado pelos pensamentos de Durkheim e diante da situação de estar sozinho em um ambiente completamente distinto, percebi que poucas mulheres seriam voluntárias a prestar depoimentos sobre as suas experiências de vidas, como também, temeriam colocar as suas seguranças em jogo com medo de represálias dos traficantes, ficando, desta feita, a pesquisa comprometida. O estranhamento e a acessibilidade seriam complicados e não lograria alcançar o maior objetivo dessa dissertação: dar espaços e voz a essas mulheres.

Perante as dificuldades e perseguindo a ideia de ineditismo, com intuito de contribuir em expandir o conhecimento, procurei nos Centros de Tratamentos e Clínicas Especializadas em Dependência Química, na Região Metropolitana de Salvador, mulheres que eu pudesse entrevistar e responder as minhas inquietações. Assim, através de contato inicial e permissão de visita nestas duas clínicas, informei que estava realizando uma pesquisa de mestrado (ver Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Apêndice A; Apêndice B e C, que tinha como tema as mulheres usuárias de *crack* e suas relações familiares.

Primeiro, conversei com a diretora técnica de uma das clínicas e expus o meu interesse, informei que todos os dados eram sigilosos e, depois de vencer a etapa formal, a entrevistei. Após este contato prévio, ela me flanqueou o acesso às quatro internas, as quais tinham sido avisadas por esta diretora sobre meu objeto de estudo. Fomos para uma sala reservada para a entrevista, entreguei e orientei sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Participar em Pesquisa e depois

o questionário. O primeiro contato foi muito interessante, nunca havia realizado nada parecido: estava ali pronto para entrevistar e gravar falas, percepções e trajetórias de pessoas sobre algo tão intenso e íntimo.

No desenrolar das entrevistas, essas mulheres foram relatando detalhes tão fortes e chocantes, que para as pessoas afastadas deste universo, seria difícil conceber e imaginar a possibilidade de tais comportamentos e experiências vivenciadas por estes seres humanos, que estão transcritos ao longo desta dissertação. Ao término da última pergunta, todas as mulheres, sem exceção, se emocionaram ao comentar sobre suas relações familiares e projetos para o futuro. Durante as respostas ao questionário, percebi que tinham um bom nível de escolaridade e poder aquisitivo, indicam novamente a “contramão” na qual estava inserido meu objeto-sujeito. Afinal, em todas as pesquisas que havia lido e nos noticiários publicados, tanto na mídia televisiva como escrita, esse grupo não aparecia. As sombras eram femininas e as relações iam além do consumo/dependência: suas famílias estavam presentes nas diversas representações. Portanto, resolvi estabelecer um grupo específico, ou melhor, subgrupo das mulheres usuárias de *crack* com grau de escolaridade médio ou superior e pertencentes às classes média e alta, com idade acima de 18 anos.

Após esta entrevista, tentei outras, e fui indicado pela diretora acima a procurar um grupo de Narcóticos Anônimos (NA). Quando cheguei, a pessoa que ela havia me indicado não se encontrava, mas pude realizar uma conversa com uma usuária de *crack*, que estava “limpa” há dois anos. Ressaltou que naquele dia não poderia conceder a entrevista, pois estava coordenando a reunião, devido a falta do responsável. Tentei marcar para uma nova data e trocamos telefones, mas ela não atendeu as minhas diversas ligações.

O contato com a outra clínica foi por intermédio da diretora técnica da primeira clínica. Liguei e agendei para fazer a entrevista, a diretora não se encontrava, mas ao chegar nesta segunda clínica, todos os funcionários e a usuária estavam sabendo e me esperando, tendo uma excelente receptividade.

Desta forma, acreditando que cada grupo social tem uma tendência peculiar que não se pode explicar nem através da constituição orgânica-psíquica dos indivíduos nem através da natureza do meio físico (DURKHEIM, 1973), me perguntei

qual seria a melhor relação a travar com objeto/sujeito a ser estudado, cujo posicionamento não é unânime, como podemos observar abaixo:

Uma das mais tradicionais premissas das Ciências Sociais é uma distância mínima que garanta ao investigador condições de objetividade em seu trabalho. Afirma-se ser preciso que o pesquisador veja com os imparciais a realidade. Uma das possíveis decorrência deste raciocínio seria a valorização de métodos quantitativos que seriam “por natureza” mais neutros e científicos.

Sem dúvida essas premissas ou dogmas não são partilhados por toda a comunidade acadêmica. A noção de que existe um envolvimento inevitável com o objeto de estudo e de que isso não constitui um defeito ou imperfeição já foi clara e precisamente enunciada. (VELHO, 2004, p.123).

Manter-se isento, voltado aos dados é um exercício difícil e complicado, pois acabamos nos envolvendo emocionalmente, conforme Velho (2004, p. 123-124):

A antropologia, embora sem exclusividade, tradicionalmente identificou-se com os métodos de pesquisa ditos qualitativos. A observação participante, a entrevista aberta, o contato direto, pessoal, com o universo investigado constituem sua marca. ... a ideia de tentar pôr-se no lugar do outro e de captar vivências e experiências particulares exige um mergulho em profundidade difícil de ser precisado e delimitado em termos de tempo. Trata-se de problema complexo, pois envolve as questões de distância social e distância psicológica. (grifos meus)

## 2.2 MOTIVAÇÕES PESSOAIS

A alavanca que me impulsionou a querer realizar esta pesquisa, não foi apenas obter dados estatísticos, e, sim a subjetividade, percebendo que são pessoas que amam e que odeiam; que têm rostos e nomes; são filhas, amantes e mães.

Voltando a alguns parágrafos acima, ao término do meu dia de expediente, retornei pela mesma “cracolândia”. Ao descer pela ladeira do Bangalô, no encontro com a Rua do Gravatá, avistei uma mulher que estava encostada em um poste. Na realidade não sei determinar a sua idade. Sei que estava grávida, com expressão de dor e de desespero. Aquela imagem ficou entranhada em minha mente. Pensei como seria a sua relação com seus pais, com seu parceiro e filhos, as doenças as quais esteve e estava sujeita, as violências sofridas e praticadas para sobreviver no contexto do *crack*.

O que mais me inquieta, independentemente da classe social e grau de escolaridade, exceção se estiver com alguma incapacidade psíquica, que elas sabem que estão renunciando a uma vida social e familiar. Têm conhecimento dos resultados, ou seja, assumem o risco. “A intenção é algo de demasiado íntimo para poder ser atingido do exterior, a não ser por aproximações grosseiras” (DURKHEIM, 1973, p. 468). Aqui, novamente recupero a metodologia positiva de Durkheim.

Apenas para exemplificar os casos das usuárias que têm conhecimento do possível resultado e assim mesmo o praticam, tomo emprestado conceitos do Direito Penal, buscando as interfaces com as ciências sociais, a fim de fazer uma analogia com dolo eventual e culpa consciente, ambos possuem suas definições bem parecidas, com fronteiras bem tênues:

Ocorre o dolo eventual quando o sujeito assume o risco de produzir o resultado, isto é, admite e aceita o risco de produzi-lo. Ele não quer o resultado, pois se assim fosse haveria dolo direto. Ele antevê o resultado e age. A vontade não se dirige ao resultado (o agente não quer o evento), mas sim à conduta, prevendo que esta pode produzir aquele. Percebe que é possível causar o resultado e, não obstante, realiza o comportamento. Entre desistir da conduta e causar o resultado, prefere que este se produza. (JESUS, 1999, p.287).

Na culpa consciente o resultado é previsto pelo sujeito, que espera levemente que não ocorra ou que possa evitá-lo. A culpa consciente contém um dado importante: a confiança de que o resultado não venha a produzir-se, que se assenta na crença em sua habilidade na realização da conduta ou na presença de uma circunstância impeditiva. (JESUS, 1999, p. 299).

É importante destacar, que vejo a dependência química como uma doença, necessitando de políticas públicas de saúde e educação e não políticas repressivas. É oportuno que não esqueçamos que praticamos de forma geral, diariamente, condutas que sabemos das possibilidades dos resultados e continuamos tendo as mesmas ações ou omissões, por exemplo, o motorista incauto que atravessa um cruzamento em alta velocidade com o sinal fechado. Os hipertensos que deveriam controlar o peso, reduzir a ingestão de sal (cloreto de sódio), em contrapartida aumentar a ingestão de potássio, reduzir ou abandonar a ingestão de álcool e praticar regularmente exercícios físicos. Nas relações sexuais, tanto homo quanto heterossexuais, o uso de preservativo, e tantas outras medidas que deveríamos trabalhar de forma preventiva ou pró-ativas. Na seara familiar, abraçar nossos entes queridos, dizer palavras de carinho, dar atenção antes que não haja mais tempo.

Com uma delimitação mais específica, o objeto de estudo está matizado por sujeitos do sexo feminino, interconectando categorias sociais e representações de gênero, classe, territórios, etnia/raça, bem como as relações familiares expressas e construídas através da intergeracionalidade.

Neste sentido, pressupõe-se que o fazer científico – com destaque à base metodológica inserida nessa dissertação – esteja pautado na ciência que se constroi “contra o senso comum e, para isso, dispõe de três actos epistemológicos fundamentais: a ruptura, a construção e a constatação” (SANTOS, 2001, p. 33). A organização deste trabalho estará justamente estruturada por essa sequência, procurando quebrar com os estereótipos, estigmas e marcas já presentes, no senso comum, sobre e entre as usuárias de *crack*. Valendo-me de revisão de literatura interdisciplinar, com ênfase nas Ciências Sociais e Humanas e em investigações recentes. A desconstrução torna-se válida como recurso, pois a construção e a constatação serão realizadas a partir da pesquisa de campo com usuárias e profissionais que acompanham e auxiliam nos processos de internamento.

Pode-se observar mais a frente, que as mulheres que compreendem esse grupo de estudo, de classes média e alta, tiveram em sua origem familiar acesso a recursos e oportunidades como estudo e trabalho, mas que o envolvimento com drogas, principalmente o *crack*, as levaram a conhecer uma outra realidade, a qual provoca o rompimento de seus vínculos anteriores de família, amigos, escola, trabalho. Fazendo com que vivam exclusivamente os riscos em busca da droga.

A questão é que ao disseminar-se o uso de drogas por diferentes segmentos da sociedade, especificamente, em famílias de elites e camada média, criou-se uma situação nova. Não se tratava mais de confirmar os estereótipos a respeito das camadas de baixa renda, mas de explicar mudanças de atitudes e comportamento dos filhos, netos, sobrinhos, pessoas próximas do mesmo segmento social. A ameaça vem muito mais de uma mudança global que se manifesta em várias dimensões da vida, com conflito e desencontro dentro das famílias e das escolas. Portanto, não estamos falando de uma sociedade de pequena escala, tribal ou camponesa, mas de um mundo metropolitano na sociedade industrial de grandes números e extrema diversidade. (VELHO, 1999, p. 26).



Na entrevista abaixo, tomo emprestado dados da pesquisa realizada por Nonticuri (2010, p. 70), percebendo o retrato da mulher quando passa a viver exclusivamente para o *crack*<sup>4</sup>:

Aí ela chega com a cara assim, bochecha pra dentro, toda seca, amarela, ela envelhece 15 anos em duas noites. Ela chegou um dia que a gente não conhecia, a cara dela... ela saiu bem gordinha, chegou chupadona, os dedos tudo machucado, horrível, a boca queimada.

A questão da violência praticada e/ou sofrida pela usuária de *crack* ajuda a (re)pensar como o uso de *crack*, além de provocar a transformação física, também pode trazer no seu bojo a violência moral, psicológica, institucional, que se traduz na exclusão social e no abandono.

O impacto do uso de *crack* na família é muito sofrido em razão da violências praticadas pelas usuárias contra todos: desde pequenos furtos de objetos da sua residência, abandono dos filhos e filhas, ausência da possibilidade de dialogar, que nessa tentativa responde agressivamente gerando uma impotência familiar. Diante de tal situação, perdem os seus referenciais e o sentido de aliança e, como resultado desse comportamento, a convivência afetiva e social fica comprometida e enfraquecida pela quebra de valores e de padrões compartilhados.

Desta feita, observa-se que o crescimento do consumo e das questões relacionadas ao uso do *crack* constituem, atualmente, um grande desafio para a implementação de políticas de atenção aos casos de usuárias envolvidas com as drogas, conforme a exposição de Tarcísio Andrade, referente à carência social:

Diante da acentuada vulnerabilidade social e das carências no campo da saúde, educação e segurança pública das populações menos favorecidas, sobretudo daquelas vivendo nas periferias das cidades grandes e de médio porte, em particular das pessoas que fazem uso de drogas ilícitas, uma política de Estado que integrasse a atenção a todas estas deficiências seria, sem dúvida, um elemento importante na resolução do problema. Com este propósito, foram concebidos o Plano Emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas (PEAD) e o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas - Plano Crack. (ANDRADE, 2011, p. 6).

---

<sup>4</sup> Essa imagem também foi representada pela sétima arte com: Eu, Cristiane F. - 13 anos drogada e prostituída. Com a Direção de ULI EDEL, no ano de 1981, com 138 minutos.

Apesar desta pesquisa estar pautada nas mulheres acima aventadas, pertencentes às classes média e alta; com grau de escolaridade médio e superior e com possibilidade de internação para tratamento, traçaremos comparações, pois existem similaridades neste complexo mundo das drogas e há muitas linhas que se cruzam.

Uma investigação científica só pode portanto atingir o seu fim se debruçar sobre fatos comparáveis, e tem tanto mais hipóteses de o conseguir quando certificar de ter reunido todos os fatos que podem ser comparados. (DURKHEIM, 1973, p. 467)

Neste contexto, o surgimento e o aumento rápido da utilização do *crack* desde o final do século passado ampliam a gravidade deste dilema, dilatando e agravando as condições de vulnerabilidade para as parcelas mais carentes da população. Em Salvador, o consumo cresceu na população de rua, devido ao completo abandono, conforme noticiado nos jornais:

A cena é cada vez mais degradante, entre adolescentes, adultos e até mesmo idosos moradores de Rua de Salvador, principalmente os que perambulam entre a região da Calçada (cidade baixa) e o Farol da Barra, incluindo o Centro Histórico. Quase impossível apontar algum deles que não faz uso de crack, a droga cuja circulação cresceu 140% este ano na capital baiana, atingindo várias camadas sociais, segundo o Departamento de Tóxicos e Entorpecentes. (A TARDE, 13/12/2008)

Em Salvador, de 2006 a 2009, 5.618 novos usuários passaram a ser atendidos pelo Programa de Redução de Danos da Universidade Federal da Bahia, um dos principais centros de estudos sobre o assunto. O alvo da pesquisa foi a população de rua e se refere só aos que aceitaram começar um processo para abandonar o vício. Para se ter uma ideia do problema, em 2006, só 26% dos novos usuários de drogas atendidos eram consumidores de crack. Em 2009, a proporção pulou para 34% (O GLOBO, 06/02/10)

Assim confirmando a necessidade de políticas para essa população, a fim de que possam ter oportunidades de viver de forma digna. Milton Júlio Carvalho Filho ressalta que cada sociedade “fabrica seus próprios desviantes”, classificando em sociedades antropofágicas ou antropoêmicas, de acordo como lidam com essas pessoas:

Engolindo-os, incluindo-os e tornando-os seus ou vomitando-os, conservando-os fora da sociedade, excluindo-os, comparando essas sociedades, assim, com os processos de canibalismo e bulimia. Considera, assim, que o mundo moderno tanto ingere quanto ejeta; é excludente e includente. (DANTAS; CARVALHO, 2012, p. 91)

A justiça social é a bandeira que precisa ser desfraldada e foi predominantemente estabelecida nas representações organizativas dos últimos decênios. Para transformar um mundo fragmentado e baseado em relações de poder sem cair nas armadilhas do fetichismo, devemos interpretá-lo à luz da esperança na ação revolucionária. (CAVALCANTI, 2005, p.105)

### 2.3 CAMINHO A PERCORRER

Diante do caminho realizado por este pesquisador, através de pesquisas de campo e revisão literária, o presente estudo visa trazer conhecimentos que contribuam para um desenvolvimento crítico e uma visão mais próxima da realidade, sobre um tema que está cada vez mais constante em nossas vidas, tangenciando, de alguma forma, cada um de nós. Desta forma, por razões metodológicas, dividimos esta obra em seis capítulos.

O primeiro capítulo trata da impressão que o pesquisador teve, na visão de cidadão comum, ao ter contato com o futuro objeto de estudo, principalmente, da omissão dos poderes públicos e da sociedade civil, fala da profissão de militar que impele as mudanças constantes de cidades. O segundo traz as motivações do autor, as primeiras barreiras encontradas para um pesquisador iniciante e recém chegado numa cidade diferente e as razões de alteração do objeto de provocação. O terceiro discorre sobre o *crack* e seus efeitos nas usuárias; perpassando pela reprodução e sexualidade das usuárias de *crack*; suas relações intergeracionais, comentando sobre laços e rupturas e, ainda, abordaremos a violência, a estigmatização, medos e abandono na contemporaneidade dessas mulheres. O quarto, versa sobre as Políticas Públicas e a sua dupla face, aventando a possibilidade do internamento compulsório, comentando posicionamentos sobre pontos polêmicos os quais mobiliza grande parte da sociedade, com sua visão histórica, legislação e a sua concretização. No quinto capítulo, discute-se a Redução de Danos,

“trata-se de ações que visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica provocados ou secundários ao uso/abuso de drogas sem necessariamente requerer a redução de consumo de tais substâncias. Tais ações se orientam por três princípios básicos: o pragmatismo, a tolerância e a diversidade” (ANDRADE, 2004, p.87),

Com a sua conceituação, seu marco histórico, a sua aplicação de forma geral, em Salvador, comentaremos sobre consultório de rua e as relações familiares. O sexto capítulo traz a pesquisa realizada com as usuárias de *crack* e suas idiossincrasias.

Torna-se necessário fazermos alguns esclarecimentos, antes de adentrarmos ao objeto desta dissertação, com escopo de nortear o nosso estudo, delineando as balizas estruturais, baseando-se em pesquisa de campo e revisão literária.

As mulheres foram escolhidas de forma aleatória, seguindo critério de inclusão estabelecido previamente pelo roteiro e da perspectiva de estarem em fase de internação. A viabilidade se deve pelo contato inicial com duas instituições da Região metropolitana de Salvador. Todas são residentes em Salvador, definindo território de moradia e tentando uniformizar as condições de socialização, relações intergeracionais na família e possibilidades de desenvolver políticas públicas para esse público. Outras categorias também entram na amostragem para complementar a caracterização dos sujeitos pesquisados (usuárias e profissionais). Deste modo, a classe social – através da coleta realizada – foi definida como predominantemente média ou alta, possuindo grau de escolaridade a partir do médio incompleto ou completo e superior. A faixa etária foi delimitada levando-se em conta somente as de maioridade, portanto, a partir dos dezoito anos e que espontaneamente aderissem ao termo de consentimento prévio.

### 3 GÊNEROS, GERAÇÕES E DROGAS: O CRACK E SEUS EFEITOS

*A família é a mais antiga das sociedades, e também a única natural; mesmo assim, os filhos só se sujeitam ao pai enquanto necessitam dele para se conservar, e, finda a precisão, desprende-se o laço natural; isentos os filhos da obediência devida ao pai, isento este dos cuidados que requer a infância, todos ficam independentes. Se continuam a viver unidos, não é natural, mas sim voluntariamente, é só por convenção a própria família se mantém.*

*J.J.R. Do Contrato Social*

Nos estudos sociológicos e jurídicos, a categoria família ocupou espaço relevante a partir dos anos 60, por conta da complexidade, das mudanças e, sobretudo, das novas dinâmicas e configurações que se instalam na contemporaneidade. Não existe certeza quanto à origem da palavra família, há quem afirme que, etimologicamente, venha do latim *fames* (“fome”) e há abordagens que direcionam para um derivativo do termo *famulus* (“servente”). Destarte, consideram que o conceito de família era usado para fazer referência ao conjunto de escravos e criados como propriedade de um só homem (CASTRO, 2010). A ideia de pertencimento esteve vinculada e reforça as construções teóricas, sem deixar de contar com as aproximações de três verbos: cuidar, proteger e prover.

Neste sentido, a família pode ser considerada fruto das relações sociais e participa diretamente nessas relações, sendo ora protagonista e ora espectadora. É influenciada em diversos contextos, ou seja, político, econômico e cultural. (PETRINI, 2005)

A família é a primeira estrutura que sustenta e suporta este vínculo de solidariedade intergeracional em relação ao cuidado da vida. É um microcosmo humano que reflete o macrocosmo da humanidade. Nela ocorre a ontogênese de cada ser humano que existe, de um modo absolutamente único e singular. Toda vida humana baseia-se literalmente nesta frágil linha que representa a liberdade de seus progenitores, da misteriosa improbabilidade de seu encontro, da boa vontade que eles tenham para realizar um projeto de vida comum, de sua disponibilidade para aceitar incondicionalmente a enfermidade, a dor, a frustração, o sacrifício, juntamente com a satisfação e a alegria de uma vida realizada em comunhão (COURT, 2005, p.23).

Dentro do contexto plural que vivemos atualmente, a família tem seu desenho estrutural da composição de seus membros, bem heterogêneo, tendo a sua flexibilidade alargada. Com escopo de exemplificar, temos alguns arranjos familiares que compõem a nova realidade, tais como: casamentos, uniões estáveis, famílias recompostas, monoparentais, nucleares, binucleares, homoafetivas e família geradas por meio de processos artificiais (PEREIRA, 2010). Logo, como fazem parte do organismo social e possuem a capacidade de adaptação às novas exigências humanas, podemos nomear essa capacidade de adaptação das famílias de plasticidade social.

Nesta plasticidade social existem as formações que considero anômalas e fragilizadas, sobretudo, por fatores diversos como, por exemplo, as mulheres usuárias de *crack* que, no contexto familiar, tendem a romper com os vínculos familiares tanto numa relação com os ascendentes como descendentes e colaterais, inaugurando ou continuando um círculo onde não sabemos onde iniciou ou terminará.

Destarte, objetivo desse capítulo é mostrar como uso do *crack* interfere na vida e na interação familiar, trazendo o adoecimento de uma instituição social, que é a família.

### 3.1 RELAÇÕES INTERGERACIONAIS: FAMÍLIA E MATERNIDADE

Traçando um paralelo entre a família e o corpo humano, cujo corpo é a família e seus órgãos são os seus integrantes, quando um desses componentes adocece, logo o corpo torna-se doentio.

[...] o adoecer não está vinculado apenas ao doente e a doença em si; há inúmeros aspectos que cercam o trinômio doença/família/cuidado, nas suas particularidades, como os físicos, os emocionais, os psicológicos, os financeiros e os sexuais, dentre outros [...] (SANTOS, 2010, p. 21).

Aqui cabe justificar porque tracei um paralelo entre o uso de *crack* e adoecimento. Ancorado em Durkheim (2008), podemos assinalar que por si só o sofrimento não pode ser considerado doença, pois há graves diáteses que são

inodoras, enquanto há insignificantes perturbações, que causam verdadeiras dores, continua dizendo que há doenças que trazem prazer e, ainda, que há fatos normais, puramente fisiológicos que trazem intensas dores, como o parto. Questiona, será que a doença é como os fatos que afetam as nossas possibilidades de sobrevivências? Ele concorda que a doença tem como consequência o enfraquecimento do organismo.

No entanto, não se pode concluir que sempre o enfraquecimento é uma doença, ele cita como exemplo a velhice e a infância, pois o velho e a criança estão mais sujeitos as causas de destruição. Desta maneira, seguindo o mesmo pensamento de Durkheim (2008, p. 74), considerarei: “normais aos fatos que apresentam às formas mais gerais e daremos aos outros o nome de mórbidos ou de patológico”. Portanto, como o uso de *crack* não constitui a normalidade, chamarei de doença.

Todavia, a forma de adoecimento pode ser resultado de atitude desregrada do corpo, fatores motivadores externos, exógenos<sup>5</sup>, que trará consequências diretas para um ou vários órgãos (integrante(s)), ou inverso esse órgão ou órgãos que trarão os problemas ao corpo, devido a fatores motivadores endógenos<sup>6</sup>. Desta forma, independente da ordem de adoecimento esse corpo precisará de tratamento.

É importante enfatizar que na etiologia de doenças e fatos nunca existe apenas um único causador. E é consideravelmente difícil definir qual o causador mais importante e quais são irrelevantes, o que geralmente são temas polêmicos no meio científico. Atualmente nas ciências da saúde se segue o modelo biopsicossocial que considera todas as doenças com origens simultaneamente biológicas, psicológicas e sociais sendo necessário uma atuação multiprofissional para efetivamente combater a doença, dando preferência para a prevenção primária. Por exemplo, para o desenvolvimento de um câncer (tumor), existem fatores biológicos (predisposição genética, reação a toxinas, displasias), fatores psicológicos (comportamentos de risco, estresse prejudicial a saúde, dependência psicológica em substâncias cancerígenas [...]) e fatores sociais (reforço social para o uso de álcool, tabaco e outras drogas, trabalhos insalubres[...]). E apenas fazer o tratamento médico não vai resolver o problema a longo prazo (MINAYO, 1988, p. 62).

---

<sup>5</sup> São fatores determinantes que dizem respeito ao ambiente, como ambiente biológico, ambiente físico e comportamentais, esses são os psicossociais: relacionados à personalidade do indivíduo e Hábitos e estilos de vida: sexualidade, étnicos (relacionados à cultura) e adquiridos. (PORTAL EDUCAÇÃO, 2013)

<sup>6</sup> São fatores determinantes que são inerentes ao organismo e estabelecem a receptividade do indivíduo, como a herança genética que determinam maior ou menor suscetibilidade das pessoas em adquirir doenças, como a anatomia e fisiologia do organismo humano e o estilo de vida (ibidem).

As mulheres usuárias de *crack* constituem um grupo distinto, como as acometidas com câncer de mama, exigindo uma atenção específica e multifacetada, com o comprometimento de todos os envolvidos.

As transformações em uma estrutura familiar, oriundas da constatação da severidade da doença [...] contribuem para que se processem inúmeras mudanças no comportamento e na psique dos seus membros. É necessário englobar os fenômenos dentro dos seus contextos, possibilitando criar um laço de pertencimento do indivíduo adoecido com o seu grupo familiar, evitando as lacunas e as contradições, bastante frequentes durante essa fase tão crítica. Por outro lado, é igualmente importante, que os profissionais de saúde envolvidos no processo da doença, tenham consciência do papel que desempenharão em todas as etapas da enfermidade e, se habilitem para lidar com todas elas, auxiliando a família a transpô-las. Para que isso se realize de uma maneira harmônica, necessário se faz à compreensão de uma nova postura diante da doença e do doente, com a finalidade da realização de parceria, ou seja, da interação entre o doente, a família e os profissionais de saúde. Com essa visão, e nesse contexto, é mister que todas as partes estejam motivadas, para que se possa de fato ouvir as narrativas atentando para a subjetividade presente, não se limitando apenas às queixas clínicas. (SANTOS, 2010, p. 22)

Outrossim, muitas vezes, o diagnóstico é tardio porque as famílias tentam com fórmulas paliativas, como presentear seus entes com produtos descartáveis determinados pela sociedade de consumo<sup>7</sup>, sanar problemas intergeracionais crônicos tornando as relações afetivas em relações de trocas de conveniências, mascarando ou maquiando aquele sintoma recidivo, ou seja, “varrendo a sujeira para baixo do tapete”.

Pode-se, então, compreender por que a fúria consumista prossegue. Doravante, o consumo funciona como doping ou como estímulo para a existência, às vezes, como paliativo, despiste em relação a tudo que não vai bem em nossa vida. Felizmente nem tudo se resume ao consumo. A maioria dos homens e mulheres entregam-se à esfera profissional, o trabalho, a cultura, como instrumento de realização em si. (LIPOVETSKY, 2005, p. 21-22).

Consoante Petrini, esses matizes na vida contemporânea acabam por sinalizar que passamos a ser dependentes do mercado:

O mercado coloniza o mundo da vida, reduzindo não somente os espaços da gratuidade, tudo calculando em função da conveniência e da utilidade, mas restringindo a própria abertura da razão, que passou a ignorar a

---

<sup>7</sup> A diferença entre o consumo e o consumismo é que no consumo as pessoas adquirem somente aquilo que lhes é necessário para sobrevivência. Já no consumismo a pessoa gasta tudo aquilo que tem em produtos supérfluos, que muitas vezes não é o melhor para ela, porém é o que ela tem curiosidade de experimentar devido às propagandas na TV e ao apelo dos produtos de marca.



busca da felicidade e dos significados, aplicando-se à busca da felicidade e dos significados, aplicando-se produção do lucro e do poder. (PETRINI, 2005, p. 40)

Nessa relação efêmera, “os vínculos de pertença que ligam os pais aos filhos, ficam mais frouxos” resultado trazido pelas trocas de interesses e individualização extrema. De acordo, ainda, com a abordagem sociológica apresentada por Petrini (2005, p. 46), tal processo acaba gerando possíveis lugares de violência, refletindo a lacuna entre as gerações e a falta de um projeto comum.

Nesse contexto de vínculos frágeis, de imediatismo:

Viver o presente é o que importa e dessa forma acontece o abandono do sentido histórico, ou seja, o passado e o futuro são colocados entre parênteses, desvalorizados. O futuro se manifesta como algo ameaçador e incerto, logo o presente é o que existe para o qual se vive, protegendo-o, reciclando-o (NONTICURI, 2010, p. 28).

Abnegação, submissão a um compromisso mais elevado, etc., são apenas nomes um tanto patéticos para o compromisso simbólico, para a autoridade simbólica do ideal do eu. Em lugar da integração de uma lei propriamente dita, temos uma multiplicidade de regras a serem seguidas: regras para ter sucesso, regras de adaptação – o sujeito narcísico só conhece “regras do jogo social” que lhe permitam manipular os outros ao mesmo tempo em que se mantém distante de um compromisso sério (ZIZEK, 1992, p. 71).

O espaço criado no âmbito familiar pela ausência ou omissão resultante da interação fugaz entre as gerações, abre possibilidade para a droga, e o *crack* tendo um efeito quase que imediato de seis a dez segundos, depois de inalado, pode tornar-se uma droga de predileção, apesar de duração curta de 10 a 15 minutos, exigindo o uso mais frequente para vencer a fissura<sup>8</sup>.

Neste contexto, a importância da usuária de *crack* na composição familiar é significativa, pois ela assume vários personagens nessa relação intergeracional, ora é vítima, ora é vitimizadora da família<sup>9</sup>; ora é filha, ora é mãe e ora é parceira, contribuindo, sobremaneira, para a perpetuação dos problemas advindos do uso e dependência pertencentes ao *crack*, com destaque aos vínculos familiares.

---

<sup>8</sup> Segundo o *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), a fissura refere-se a um desejo intenso de consumir uma substância psicoativa, associado à intenção de repetir a experiência dos seus efeitos, sendo, geralmente, acompanhada de alterações de humor, do comportamento e da cognição.

<sup>9</sup> Apropriando-me de uma expressão utilizada por Giancarlo Petrini, durante o meu exame de qualificação em 25 de abril de 2013.

Quando o uso da droga se torna contumaz, a pessoa deixa de sentir prazer em outros aspectos da vida, como o convívio com parentes e amigos, valorizando o “espírito de fraternidade” (Declaração Universal dos Direitos Humanos - DUDH, 1948). Toda a dinâmica familiar e social é afetada por esse comportamento, fragilizando os relacionamentos (CNJ, 2011, p.9), fazendo com que os usuários, especialmente as usuárias entrem em um processo de autodestruição e seus estilhaços atinjam aqueles que as rodeiam, perdendo a noção de tempo e espaço, como assinala Petrini, referindo-se ao modismo.

Inaugura-se um tempo separado de suas origens e de seu destino: homens e mulheres sem raízes e sem metas, a não ser a fruição dos bens que a modernidade oferece, numa nova edição do *carpe diem*. (PETRINI, 2005, p. 35)

Muitas vezes, o uso da droga é uma transferência de relação de aprisionamento resultado da dificuldade do(a) usuário (a) de cessar com os laços de dependência familiar, principalmente da mãe, forjados ao longo da vida, podendo ser resultado de saída forçada precocemente de casa ou de forma tardia, conforme relatou o Psicólogo P.S, de um dos Centros de Tratamento de dependentes químicos<sup>10</sup>.

Essa ruptura, por tantas vezes, pode ser traumática. Traz sequelas, como podemos observar na pesquisa abaixo, cuja droga tem uma parcela significativa para a saída de casa, conforme a entrevista:

Minha mãe me expulsou de casa quando eu tinha 17 anos, ela não aguentava mais, olhou para mim e falou: ‘Adriana, você está acabada, está magra, não faz nada na vida’, e me colocou para fora de casa. Fui morar com um ex-namorado meu. A gente arrumou um emprego e começamos a trabalhar aí mataram ele e eu pedi para voltar para casa da minha mãe. (CA21 *apud* NAPPO, 2004, p.39).

Outros fatores contribuem para a quebra de elos, como abandono decorrente de falecimento e violências domésticas. (NAPPO, 2004)

Com o desmoronamento das vigas de sustentação familiar, abrem-se espaços para valorização dos grupos, facilitando a entrada e aponderamento da vida dessas mulheres.

---

<sup>10</sup> Mais adiante, no capítulo 6 - Pesquisa, abordaremos em detalhes as falas de usuárias e profissionais que acompanham os tratamentos.

A notável coincidência da ascensão da sociedade com o declínio da família indica claramente que o que ocorreu na verdade foi a absorção da família por grupos sociais correspondentes. A igualdade dos membros desses grupos, longe de ser uma igualdade entre pares, lembra muito mais a igualdade dos membros da família ante o poder despótico do chefe da casa. (ARENDR, 2009, p. 49)

A ausência do pai contribui significativamente para a entrada da mulher como do homem no uso do *crack*, isto não quer dizer que nos lares que são administrados pelas mães, os filhos estão fadados a entrarem no mundo da droga. No entanto, a maioria das mulheres que usa *crack*, não teve a figura paterna, havendo carência afetiva e a falta de segurança que um pai pode trazer, sendo ratificadas nas palavras de Petrini (2010, p.18):

Os filhos constroem sua identidade em relação ao pai e a mãe. Na ausência do pai, a mãe fica sobrecarregada de tarefas simbólicas e educativas. Elas deverão acolher e punir, dar afeto e indicar regras. Além da dificuldade a combinar exigências educativas diferentes e até mesmo opostas, essa situação leva ao predomínio do código simbólico materno na relação com os filhos, perdendo-se a dialética positiva entre códigos simbólicos masculinos e femininos.

Continua Petrini ressaltando a importância da relação entre filhos, mães e pais:

A paternidade, a maternidade e a filiação têm uma constituição relacional. A paternidade é feita de qualidades relacionais, mais que de qualidades e traços individuais. Por isso, pode-se afirmar que o pai é um símbolo que tem significado somente num preciso contexto de relações familiares. Onde este contexto é combatido ou desfeito, a função paterna e o símbolo do pai não têm lugar. Quando o simbolismo do pai perde valor e os pais ficam invisíveis, distantes ou ignorados, inevitavelmente as relações constitutivas, nas quais eles têm uma objetiva participação, sofrem alterações com consequências relevantes. Essa ausência pode ser interpretada como conquista para uma mais plena emancipação, mas pode também contribuir para surgimento de situações problemáticas, especialmente nas novas gerações. (PETRINI, 2010, p.19)

Estas observações serão confirmadas na pesquisa realizada por este pesquisador, que se encontra no Capítulo 6.

É comum a usuária, no propósito de satisfazer às pressões da fissura, provocar prejuízos para a própria família, desviando bens particulares e, também, os que guarnecem a casa para a compra da pedra:

Eu morava em casa, peguei a televisão da minha mãe para vender e outras coisas. Ela me pôs na rua. Ela não queria ficar comigo em casa, porque quando tinha vontade de fumar eu pegava roupa, sapato, tênis e vendia tudo. Saí de casa com 14 anos. (YC23 *apud* NAPPO, 2004, p. 40).

Essas mulheres possuem diversos motivos, reais ou imaginários, para saírem de casa de forma precoce. Um por serem vítimas e/ou praticantes de violência, tanto físicas como morais, outras por se envolverem afetivamente e acabam engravidando. E, ainda, aquelas que foram expulsas pelos familiares, os quais não suportam mais as condições deixadas como legado pelo *crack*.

O impacto do uso de crack na família é muito sofrido em razão da violência praticada pelo usuário contra “quem vier pela frente”, pequenos furtos de objetos da sua residência. A ausência da possibilidade de dialogar com o usuário de crack, que a essa tentativa responde agressivamente gera uma impotência familiar diante de tal situação. Entendem a necessidade de pedir ajuda, mas enquanto ela não chega, relatam outras atitudes como: bater ou desistir (NONTICURI, 2010, p. 73).

A pesquisa de Nonticuri demonstra que a relação da usuária de *crack* com a família é cercada de sentimentos ambivalentes, como: vontade de ajudar, desespero, raiva, medo, tolerância, impotência diante da droga.

Quando ela chega em casa se tu vai fala alguma coisa, ela sai brigando, discutindo, ela não se toca. Principalmente com meu outro irmão de Porto Alegre, vai demolir ela a pau, porque ela chega braba, discutindo porque eu não tava fazendo, porque eu não vou fazer mais, porque eu quero me internar, mas não procura nada também. Acho que se ela fizesse um tratamento, com remédio e tudo acho que ela pararia, mas ela não procura, ela nunca fez tratamento. Até porque a minha mãe largou ela de mão, largou, ela fez tudo para internar, disse que ia e fugiu e não foi. Ela tem 22 anos, minha mãe disse que se tu quiser tu vai lá e procura. Ela é bem louca. Ela pára um monte de tempo e depois volta. (AC24 *apud* NONTICURI, 2010, p. 73-74)

Existem muitos casos em que os familiares não compreendem que o *crack* é uma doença, interpretando a dependência química como “sem-vergonhice”, porque o usuário chora, a família perdoa e começa tudo de novo.

Quem no caso assim só vê, por janela, sabe da vizinha, do marido da fulana, do filho da sicrana, é uma coisa. Agora quem vive na pele é outra, porque assim, chega uma hora que realmente tu estoura, tem vontade de pegar um pedaço de pau e largar no chão. Só que assim, o próprio psiquiatra disse que tu não pode te deixar levar, porque muito eles são, não é cínico, é que o lado sujo deles te magoa, te machuca, tu ta com raiva, tu já ta sofrendo e aquilo acaba te doendo mais ainda quando tu vê chora na tua frente, pedindo pelo amor de deus, dizendo

que não vai fazer mais. Aí tu acaba e ajuda ou empresta uma bicicleta como ela disse, porque o que acontece, como tem uns que realmente sofrem com aquela doença e perdem totalmente o controle dependendo da parte do teu organismo que já atingiu, tem outros que se prevalecem, que existe também um pouco de sem-vergonhice. Porque tem uns, que como ela disse, tem uns que vem oferecer, tem outros que vão procurar. Eu to sabendo que tô saindo daqui que tô louca pra fumar. Se eu tenho que vender, vou pegar o que é meu, agora eu sei que eu vou chegar lá, vou chorar, vão me perdoar, eu vou pegar da minha mãe, do meu irmão, da tia, da vó, aí dá vontade de pegar um pedaço de pau e dar por cima. (PH18 *apud* NONTICURI, 2010, p. 74)

Além da incompreensão dos familiares de seu estado doentio, é comum, na estruturação familiar, a violência contra a mulher no sentido das relações de gênero pela dominação e desqualificação das mulheres, logo propicia e naturaliza as desigualdades de poder nas relações afetivas, conjugais e/ou íntimas, dificultando a abordagem de questões relativas à sexualidade, fidelidade e proteção (BARBOSA, 1999). De igual modo naturalizam a violência, sobretudo a sexual, contra as mulheres, cujos corpos passam a ser tomados como objetos do desejo masculino.

Devido a situação peculiar das usuárias de *crack*, muitas sofreram violências sexuais na infância ou adolescência dentro de seus próprios lares (OLIVEIRA, 2007). No contexto do *crack*, acabam engravidando e geralmente por não atentarem para os cuidados nas relações sexuais ou por seus parceiros, pagantes, exigirem o não uso do preservativo. Possibilita-se desta forma, a transmissão de doenças e gravidez. Este é um dos fatores também conflituosos das relações familiares que após serem reveladas tais informações muitas são postas para fora de casa pelos familiares.

Quando essas mulheres saem de casa, suas vulnerabilidades se transformam e potencializam, como na sua relação com parceiros, com prostituição, com a gravidez sob o uso do *crack*, com prejuízos ao feto, violência doméstica, risco de matar ou morrer em condições violentas, infecção por DSTs e AIDS e outras.

### 3.2 REPRODUÇÃO E SEXUALIDADES DAS USUÁRIAS DE CRACK: VIOLÊNCIAS, MEDOS E DOENÇAS.

*Estava sem dinheiro, tava pirada sobre uma coisa que soube da minha mãe..., tomei uma lata de cerveja, dessa lata de cerveja..pedi a uma amiga da minha mãe R\$ 5,00, fui para boca comprei uma pedra, fiquei no lixão fumando.. depois troquei o tênis, celular, o relógio, tudo que podia trocar.. depois, fiquei com uns caras lá favela, aí chegou um menino, que tinha uns de 14 anos com uma arma..., eles ficarão metendo um de cada vez, não tinha como sair de lá, ele estava armado.. não lembro quantos eram, fiz sexo com todos... (R24)*

Os direitos reprodutivos correspondem ao conjunto dos direitos básicos relacionados ao livre exercício da sexualidade e da reprodução humana, circulando no universo dos direitos civis e políticos, quando se referem a liberdade, autonomia, integridade etc. e aos direitos econômicos, sociais e culturais quando se referem às políticas do Estado. Esse conceito compreende o acesso a um serviço de saúde que assegure informação, educação e meios, tanto para o controle da natalidade, quanto para a procriação sem riscos para a saúde (PIOVESAN, 1998).

Tanto no nível internacional quanto no Brasil existem legislações que arrimam os direitos reprodutivos e a sexualidade. A fim de exemplo nós temos: a Conferência Internacional do Cairo 1994, Egito, a Constituição Federal do Brasil e legislações infraconstitucionais. Demonstrando que há um rico arcabouço legislativo, todavia, o que nos falta são Políticas Públicas condizentes e adequadas à população, mormente, à parcela carente.

A Constituição Federal de 1988, no que se refere a planejamento familiar e a Plataforma de Cairo, refletem a mobilização e as demandas dos movimentos de mulheres, gerando consequências concretas, principalmente, no perfil dos serviços oferecidos ou gerenciados pelo Estado.

O destaque para a Conferência do Cairo é devido à construção da linguagem dos direitos sexuais e reprodutivos, sem condicionamentos religiosos, com a ampliação dos sujeitos de direito, incluindo nessas relações da vida reprodutiva e sexual: os adolescentes, as mulheres solteiras, os homens e as pessoas da 3ª idade, rompendo com a linguagem das políticas demográficas.

Por conseguinte, a história dos direitos sexuais e direitos reprodutivos está atrelada ao movimento de mulheres e ao movimento homossexual. Inicialmente como uma articulação crítica às políticas de controle social e ao gerenciamento da sexualidade (BUGLIONE, 2001). As mulheres começaram a se mobilizar em busca de seus direitos de igualdade, que tem como referencial os homens, ou seja, reivindicavam o direito de votar e de se educarem. “As vozes femininas clamam em favor da conscientização contrária a exploração comercial da mulher como símbolo e objeto sexual” (CAVALCANTI, 2005, p. 84).

Seguindo essa construção, podemos trazer as contribuições de Buglione (2001), quando assevera que para a efetiva constituição da cidadania é preciso o reconhecimento do sujeito como tal. Não basta buscar o espaço da cidadania centrada ou explicada por duas referências definidas: voto/educação, como as demandas iniciais da Revolução Francesa. Era necessário abordar as ideias e saberes justificantes e legitimadores das desigualdades, o que começou a ter força com o movimento de mulheres nos séculos XIX e XX, principalmente na década de 70.

As fronteiras são deslocadas e os temas que vinham nas diretrizes desde os anos 70 como reflexo direto ou indireto das reivindicações do movimento feminista e feminino tomam lugar não mais como solicitações de grupos isolados, mas, sobretudo como ações concretas e que indicam a construção de um novo mapa social e a criação de *networks*. Dentro dessa perspectiva, um tema é o divisor de águas e que impõe outro ritmo aos avanços conquistados pelo movimento de mulheres no Brasil: violência contra a mulher (física e psicológica) e a exploração exacerbada da mulher-objeto (através do tráfico, indústria do sexo e imprensa) não permitem mais nenhum tipo de silenciamento. (CAVALCANTI, 2005, p. 85-86)

O movimento feminista representou o rompimento do processo social de construção da opressão do feminino. Logo se percebe que, em praticamente todos os países, os organismos encarregados das políticas públicas para as mulheres são resultados de pressões, negociações e alianças promovidas pelos movimentos feministas e por organizações não governamentais feministas. Entretanto, cabe pontuar que a relação entre os movimentos feministas e o Estado não é pacífica, pois está permeada pelos conflitos de interesses. Estes conflitos encontram-se nas diversas reivindicações dos movimentos para o Estado, como tem sido o caso das reivindicações relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos – uma das questões

mais polêmicas que tem lidado com a influência da religião na tomada das decisões estatais que definem as políticas sexuais e reprodutivas. (MIRANDA, 2010).

Nos anos 80 e 90, houve um significativo crescimento da pesquisa e reflexão sobre a sexualidade e a experiência sexual, fator que influenciou a observação sobre sexualidade foi o crescente interesse internacional em torno de temas como população, saúde reprodutiva de mulheres e homens (BUGLIONE, 2001). A conquista pelo gerenciamento da reprodução (pílula anticoncepcional) contribuiu diretamente para separar a relação sexual da reprodução, alterando significativamente, ou refletindo significativamente, nas relações sociais. Outro destaque é a pandemia do HIV/AIDS que interagiu, em grande parte, com a construção de agendas em torno dos interesses feministas, gays e lésbicos (BARBOSA; PARKER, 1999).

Estes movimentos indicam uma mudança nas práticas sexuais e a sua desvinculação da identidade sexual, seguindo a lógica das categorizações sociais e pensando a sexualidade por uma perspectiva de construção social: daí o direito à livre orientação sexual.

Ao passar dos tempos à tendência dos fatos é de sofrerem acomodações, sendo ressignificados, essa mudança de perspectiva pode ocasionar negligências ou imprudências, acarretando falsa impressão que os fatores motivadores daquelas doenças foram controlados ou extintos. No entanto, aquela mesma doença, pode voltar por outras vias, onde se permite acesso a portas anteriormente não valoradas.

Ao observar a dinâmica do HIV/AIDS, ao longo de sua evolução, reconhecem-se três fases distintas em termos de risco para a infecção pelo HIV: a primeira fase, até 1986, quando a transmissão pela via sexual era a mais importante, sendo, naquele momento, as parcerias com homens que fazem sexo com homens (HSH) e homens transfundidos as mais frequentes. Nesse período era também relevante a transmissão pela transfusão sanguínea. A segunda fase, do fim da década de 80 ao início da década de 90, em que o uso de drogas injetáveis aparece como uma importante forma de infecção pelo HIV, particularmente na Região Sudeste do país; e a terceira fase, do início dos anos 90 até o início dos anos 2000, que apresentou nítido predomínio da prática heterossexual como forma de transmissão do HIV para as mulheres (SANTOS, 2009).



Agora, depois quase trinta anos, concomitantemente as usuárias de *crack*, os homens que fazem sexo com homens voltaram a ser atingidos pela doença "A cara da epidemia mudou, as pessoas não morrem mais, mas a principal população a ser afetada voltou a ser a de homens que fazem sexo com homens", devido a voltarem a se descuidar no uso de preservativos. (GIRARD, 2013, p.10)

Desta forma, com as mudanças nas práticas sexuais e a introdução do *crack* no Brasil a relação sexual desprotegida das usuárias de *crack* passou a ser uma das maiores portas de entrada das DSTs/AIDS, depois que os Usuários de Drogas Injetáveis (UDIs) migraram para o *Crack*, que era naquela época a maior responsável pela transmissão das DSTs/AIDS. Nessa esteira, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID/UNIFESP, realizou uma pesquisa na qual traçou uma correlação entre o uso de *crack* e o desenvolvimento de comportamento de risco para a infecção de DST/HIV/AIDS, com 150 mulheres usuárias de *crack* de São Paulo e São José do Rio Preto. Os resultados obtidos revelam que 80% das entrevistadas tiveram a primeira experiência sexual antes dos 15 anos de idade, sendo que metade da amostra teve sua iniciação antes dos 14 anos.

[...] engravidei aos 15 anos, do meu namorado que também fumava maconha. (P30)

Estava meio louca quando engravidei, tinha 16 anos, foi numa festinha com colegas que tinha muita cocaína rolando. (L35)

Constata-se um dado alarmante: 17% da iniciação foi por estupro, revelando o nível de violência que essas mulheres estão envoltas. Das entrevistadas, 72% referiram não saber que teriam de se proteger nas relações sexuais, indicando baixo conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis; entretanto, o percentual dessas mulheres que relataram ter usado preservativo na primeira relação sexual é muito baixo: 7%. Essas mulheres iniciaram de forma precoce o uso de *crack*, geralmente por influência do companheiro. Citam o álcool e a maconha como substâncias de uso obrigatório associado ao *crack*. (BRASIL, 2004).

Esses dados são relevantes para que possamos atentar para a saúde das mulheres, compreendendo que a vulnerabilidade delas, na faixa etária entre 10 aos 24 anos, está na saúde sexual e reprodutiva, podemos confirmar com os dados do quadro comparativo de morbidade entre as doenças. Observa-se que o maior índice de mortalidade feminina está atrelado ao fator reprodução/

sexualidade, vindo a demonstrar a necessidade de se criar estratégias de políticas públicas, de cuidados a atenção, a esse grupo. Até porque, umas das maiores vulnerabilidades das mulheres usuárias de *crack*, está umbilicalmente ligada à sexualidade: Como gravidez indesejada; pré-natal, parto e cuidados com a criança; DSTs/AIDS e violências.

**Quadro 1 - Comparativo de Morbidade entre as Doenças**

Sexo Feminino	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 24 anos	Total	%
<b>1- Gravidez parto puerpério</b>	<b>36.565</b>	<b>706.552</b>	<b>915.086</b>	<b>1.658.203</b>	<b>24,53</b>
<b>2- Doenças do aparelho geniturinário</b>	<b>10.756</b>	<b>38.495</b>	<b>57.003</b>	<b>106.254</b>	<b>4,95</b>
3- Doenças do aparelho respiratório	34.963	32.882	32.262	100.107	4,66
4- Doenças do aparelho digestivo	13.966	23.243	36.615	73.824	3,44
5- Algumas doenças infecciosas e Parasitárias	20.240	20.321	20.892	61.453	2,86
6- Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	12.436	12.805	12.786	38.027	1,77
7- Doenças do aparelho circulatório	3.103	7.379	13.465	23.947	1,11
8- Neoplasias (tumores )	4.590	6.430	10.427	21.447	0,99
9- Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	5.614	5.992	6.758	18.364	0,85
10- Transtornos mentais e Comportamentais	748	4.841	9.658	15.247	0,71
11-Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	2.797	5.316	7.081	15.194	0,7
12- Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4.169	4.399	4.962	13.530	0,63
13- Total	149.947	868.655	1.126.995	2.145.597	

Fonte: DATASUS/TABNET/MS, 2010

Conforme pesquisa realizada por este pesquisador (Quadro 2), percebemos que todas as entrevistadas começaram a usar drogas por interferência afetiva, companheiro ou colega e antes dos 18 anos de idade.

“Comecei a beber álcool com os colegas aos 13 anos, maconha aos 14 anos, cocaína aos 16 anos e crack aos 20”. (P30).

Ademais, a experimentação de um tipo não invalida ou amedronta para outras; ao contrário, a intensidade e a potência são buscas constantes e esse relato se confirma em outras passagens, como por exemplo:

Eu comecei no álcool, usei ecstasy, maconha, cocaína e agora estou no crack, espero conseguir me livrar dela. Esse final de semana não resisti, acabei recaindo, estava limpa há 1 ano, fui pra casa e me tranquei no quarto, fumei crack de sexta a segunda, até não aguentar mais [...]. (R24)

Além do fator sexualidade e reprodução, sofrem ainda a fissura e ausência de condições financeiras, impulsionando a usuária a seguir em direção de situações desalentadoras: no caso do homem, de forma geral, para furtos, roubos, tráfico, ocasionalmente a venda do corpo, enquanto ao segmento feminino, na sua maioria, para troca do corpo pela pedra, de quando em quando faz pequenos furtos.

Esta troca do corpo pela pedra ou dinheiro, valora-se diferentemente as mulheres e o produto por elas oferecido, pois uma gama de elementos entra na formação do valor e, conseqüentemente, do preço (RUSSO, 2007). Uma mera troca de serviços por dinheiro, como, à primeira vista, poderia parecer, torna-se complexa, de modo a não ser possível dizer exatamente o que se troca. Há inúmeros valores que compõem a relação. Se deste modo não fosse, identidades e relações não seriam construídas e a prostituição não teria sentido senão unicamente como parte de um mercado específico: o do sexo.

Não se trata apenas de uma medição econômica, pois não é possível quantificar o sexo (ou o dispêndio de energia das mulheres dentro de uma relação sexual), transformando-o em um montante de dinheiro. Toma-se um instrumento quantitativo para medir elementos qualitativos.

É preciso ressaltar que, atualmente, o dinheiro é o mediador das relações de prostituição, mas nem sempre foi como tal (RUSSO, 2007). A prostituição, ao longo dos tempos e sociedades distintas, já esteve ligada a práticas de rituais sagrados, sendo inclusive por elas determinadas. Deste modo, urge não esquecer que é apenas com o advento do capitalismo que prostituição e dinheiro se ligam de maneira fundamental. O dinheiro, com sua peculiar indiferença, torna-se medida de valor e preço para a prostituição.

Quando dois elementos aparentemente tão diferentes, como dinheiro e sexo, se encontram, há a transformação das relações, as quais tomam

novos contornos e formas. O dinheiro não modifica somente a prostituição, mas toda a realidade a sua volta. É, ao mesmo tempo, causa e consequência da sociedade moderna e da metrópole que se instauram sob o signo do capitalismo. (RUSSO, 2007, p.5)

Concomitantemente, estudos de Nappo (2004, p.89) traçam uma linha divisória entre as mulheres que se prostituem por droga das profissionais do sexo, que realizam programas sexuais como forma de sobrevivência, colocando as últimas em vantagem em relação aos cuidados para a realização de sexo seguro. O número de parceiros é menor; são mais conscientes das DSTs/AIDS e insistem no uso de preservativos com seus clientes, além da negociação para que o sexo seja pago de forma adequada, estabelecem vínculos com outras prostitutas, trocando informações sobre regras de sobrevivências na rua, escolha de parceiros, sexo seguro, etc.; sujeitando-se, assim, menos à violência; e apresentam maior possibilidades de realização de higiene entre um programa e outro.

Ao vivenciar a prostituição, a mulher se insere em uma relação comercial; o sexo é percebido como um produto a ser negociado. Nesse sentido, a prostituição remete a uma profissão, uma vez que exige qualificações específicas, remete a um mercado particular e se concretiza a partir do pagamento por um serviço prestado (RUSSO, 2007, p. 7).

Outrossim, as mulheres que se submetem à prática de sexo por drogas realizam uma prostituição “solitária”, isoladas de qualquer grupo que possa protegê-las; têm maior número de parceiros; e relatam inconsistência no uso de preservativo. (NAPPO et al., 2012)

Aparentemente semelhantes, mas com significativas diferenças, irmãs siamesas, mas com as faces voltadas para lados opostos, a venda do corpo por dinheiro para sobrevivência e para a aquisição do *crack*, possui regras e vivências peculiares, segundo os pesquisadores Nappo et al. (2004) que analisaram o *crack* diante das regras de mercado<sup>11</sup>, oferecendo subsídios para um entendimento mais

---

<sup>11</sup> Em economia, a Lei da Oferta e Procura, também chamada de Lei da Oferta e da Demanda, é a lei que estabelece a relação entre a demanda de um produto - isto é, a procura - e a quantidade que é oferecida, a oferta. A partir dela, é possível descrever o comportamento preponderante dos consumidores na aquisição de bens e serviços em determinados períodos, em função de quantidades e preços. Nos períodos em que a oferta de um determinado produto excede muito à procura, seu preço tende a cair. Já em períodos nos quais a demanda passa a superar a oferta, a tendência é o aumento do preço. A estabilização da relação entre a oferta e a procura leva, em primeira análise, a uma estabilização do preço. Uma possível concorrência, por exemplo, pode desequilibrar essas relações, provocando alterações de preço.

amplo da questão da troca do corpo por *crack* ou por dinheiro para comprá-lo. Entenderam que o comércio do *crack* não segue o princípio da procura e da oferta; pelo contrário, está enquadrado em uma economia “inelástica”, ou seja, apesar do aumento do preço do *crack*, a demanda pela droga não diminui.

Destarte, a combinação de desespero pelo *crack* e o comércio do corpo pode ser muito perigosa, tornando o comércio desigual de forças, o freguês determina a forma de negociação, impondo, muitas vezes, que a usuária de *crack*, que está na fissura, não use preservativo e a obriga a realizar formas variadas de sexo e paga pelo serviço quantias ínfimas, obrigando-a a realizar um maior número de programas para alcançar a quantia necessária para aquisição da droga (NONTICURI, 2010). Essa combinação desumana potencializa o risco de DSTs/AIDS, perpetuando a doença, gerando um círculo vicioso, podendo também, contaminar aquele “cliente”, que por sorte, ainda não esteja infectado pela doença.

A prática de trocar sexo por *crack*, como estratégia principal, utilizada por mulheres para obtenção da droga, é relatado por uma usuária a qual descreve essa preferência:

É só se prostituindo, é o jeito que a mulher consegue crack. A gente sai na rua pra isso. Acaba de fumar já pensa no programa pra conseguir mais grana. Faz programa e pensa em fumar... é assim a nossa vida. (AM37 *apud* NAPPO et al.,2004, p.51)

A prática de venda do corpo é incentivada pelos traficantes, sendo ele, na maioria das vezes, seu primeiro “cliente”, condição imposta a elas para aquisição da droga. Essa imposição funciona como escravização do corpo e da alma, “uma servidão voluntária e não forçada” com o escopo de adquirir o *crack*. Neste sentido, torna-se inevitável fazer uma analogia ao pensamento de LA BOÉTIE (2009, p. 30), segundo a qual o ser humano se submete a dependências de todos os tipos, em certos momentos aos tiranos em outros as drogas:

Por enquanto, gostaria somente de entender como tantos homens, tantos burgos, tantas cidades e tantas nações suportam às vezes um tirano só, que não tem mais poder que o que lhe dão, que só pode prejudicá-los enquanto quiserem suportá-lo, e que só pode fazer-lhes mal se eles preferirem tolerá-lo a contradizê-lo. Coisa realmente admirável, porém tão comum que deve causar mais lástima que espanto, ver um milhão de homens servir miseravelmente e dobrar a cabeça sob o jugo, não que sejam obrigados a isso por uma força que se imponha, mas porque ficam fascinados e por assim dizer enfeitizados somente pelo nome de um, que

não deveriam temer, pois ele é um só, nem amar, pois é desumano e cruel com todos.

A fissura e a tolerância à droga que se estabelece no decurso do consumo, levam-nas ao aumento do uso e à conseqüente exposição à situação de risco para sua obtenção, principalmente, quando a troca do corpo por droga é exercida. Para exemplificar segue a declaração da usuária:

Durante a fissura eu faço qualquer coisa para conseguir dinheiro, sem o crack é que eu não fico. Não dá para controlar, não tem quem segura. Se eu estiver num quarto eu arrebento tudo, mas saio para fumar. (ZG19 *apud* NAPPO, 2004, p.53)

Para a venda do corpo muitas não têm coragem, precisam do *crack* para encorajar, e para conseguir o *crack* necessitam vender o corpo, tornando-se um círculo sem saída.

A vida de crack é um jogo de relações de poder no qual quem tem a droga tem a autoridade para controlar e manipular outros. E é nesse contexto de poder e manipulação que favores sexuais são trocados por crack. (NAPPO, 2012, p. 569)

Não há recusa por parte dessas mulheres em realizar sexo vaginal. Acreditam ser menos traumáticos e mais fáceis. Uma usuária comenta sobre essa modalidade: “De preferência papai e mamãe pra não desgastar muito, uma coisa rápida e básica” (RP29 *apud* NAPPO, 2004, p.67)

As informações sobre sexo oral são tratadas com nojo, mas na maioria das vezes tal tipo é considerado mais adequado devido às limitações de local. Também existe relato de que até a situação física do cliente que, muitas vezes é usuário de *crack*, e quando faz uso da droga tem dificuldades de ereção.

O sexo anal é a modalidade mais repudiada pelas mulheres, no entanto é mais solicitada pelos clientes (NAPPO, 2004). A autora descreve a avaliação que essas usuárias fazem a respeito dessa prática: consideram-na traumática, podendo causar dano físico, dor e desconforto. Pesa, além do mais, o fato do sexo ser realizado com um desconhecido, que possivelmente não terá nenhum cuidado com essa usuária. Porém, da mesma forma que no caso anterior, realizam-no diante da

insistência do cliente em razão da necessidade do dinheiro, além do fato de que algumas vezes são ameaçadas caso se recusem a fazê-lo.

Na cidade de São Paulo, conforme identificado por Oliveira (2008, p.668), vem surgindo uma nova prostituição, a chamada “compulsória”, onde os maridos “cedem” as esposas para os traficantes ou a outros homens em troca da pedra ou dinheiro visando o *crack*. Essas mulheres são meras mercadorias, não auferem nenhuma vantagem, apesar de serem na maioria das vezes também usuárias de *crack*. Elas “contentam-se em viver como nasceram e não pensam que têm outros bens e outros direitos a não ser os que encontraram. Chegam finalmente a persuadir-se de que a condição de seu nascimento é a natural” (LA BOÉTIE, 2009, p. 43), ou ainda como expresso em pesquisa sociológica, “as necessidades limitam os sonhos”. (ABRAMOVAY; CASTRO, 2005, p. 57)

A família está sujeita a fatores externos os quais interferem na sua redefinição. Quando alguém da família começa a fazer uso do *crack*, esta começa ser redesenhada, adquirindo características patológicas. As pessoas começam viver em função da aquisição da pedra. Portanto, “o mercado passa a ser fonte de satisfação, nele concentram-se, agora, as esperanças de realização individual” (PETRINI, 2005, p. 35).

Nesta nova dinâmica de mercado, cuja mulher é coisificada, o entrelaçamento de amor, sexualidade e fecundidade que tradicionalmente, constitui núcleo do matrimônio e da família, será rompido (PETRINI, 2005).

Não obstante, quando as famílias gozam de relacionamentos sadios (PETRINI, 2007) que apesar de estar presente no casal certa atitude a avaliar a convivência, a conjugalidade tende a superar a relação mercantil, abrindo espaço para relações de gratuidade. Deste modo, o vínculo conjugal, no momento da sua constituição, acolhe o outro envolvendo os aspectos marcados pela diferença sexual, aspectos psicológicos, formação escolar e profissional, a religião, os gostos peculiares.

O uso do *crack* desfaz os vínculos conjugais, pois a maioria daqueles que fazem uso perde, no momento da ânsia, a capacidade de distinguir as suas condutas, assim, a mulher dependente do *crack*, naquele instante que sente a necessidade de saciar o seu apetite, sai do estado da razão, a pedra passa a ser a

sua motivação para viver e sobreviver. Nesta oportunidade age de forma imprudente e irresponsável sem capacidade de mensurar as suas atitudes, como se estivesse no estado selvagem e no estado da barbárie, praticando sexo em série ou em grupos, não tendo, a capacidade de identificar o suposto pai, numa eventual gravidez, criando geração sem pais, que nos permite a realizar uma analogia, aproximando do texto seguinte:

Em todas as formas de famílias por grupos, não se pode saber com certeza quem é o pai de uma criança, mas sabe-se quem é a mãe. Muito embora ela chame seus filhos a todos da família comum e tenha para com eles deveres maternais, a verdade é que sabe distinguir seus próprios filhos dos demais. É claro, portanto, que, em toda a parte onde subsiste o casamento por grupos, a descendência só pode ser estabelecida do lado materno e, portanto, reconhece-se apenas a linhagem feminina. De fato é isso que ocorre com todos os povos que se encontram no estado selvagem e no estado inferior da barbárie. (ENGELS, 2012, p.49).

De modo geral, quase todas as formas de violência são iniciadas com contribuição ou participação direta de alguém próximo, conhecido (SILVA, 2010). Onde o nível de confiança é alto, destarte, a mulher inicia o uso de *crack* por influência de alguém ligado afetivamente (companheiro, amigo, etc.) que lhe doe à droga, sem que seja necessária a compra da substância ou a realização de algum ato ilícito para conseguir dinheiro para obtê-la nesse primeiro momento. Amor, companheirismo ou mesmo medo foram às razões alegadas para não recusar o uso da droga quando oferecida por essa pessoa (NAPPO et al., 2004).

Podemos confirmar as informações acima, com o depoimento de uma usuária, entrevistada por este pesquisador:

[...] eu só bebia álcool, aí tinha um colega que morava perto da minha casa, ele sempre insistia para eu fumar maconha, eu dizia que não, mas teve um dia que bateu curiosidade, acabei fumando e gostando. Foi com ele também a cocaína, ele sempre no início me dava de graça, depois me vendia. Agora, o crack não foi com ele, por que ele tinha morrido. (P30).

O consumo do *crack* traz a reboque inúmeros modos e lócus de violência, sobretudo devido ao comportamento autodestrutivo dessas mulheres que são excluídas ou se excluem no meio social.

No poder público, muitas vezes, os profissionais investidos do compromisso social exarcebam dos seus deveres implícitos e explícitos, violando os direitos do



ser humano, através de discriminações (violência moral), agressões (violência física) e omissões (ausência de política de saúde, educação e outras) que considero uma das maiores impropriedades praticadas contra uma pessoa, já que a responsabilização é mais complexa e improvável.

E na seara do uso e consumo, propriamente dito, abrange a violência física, sexual, incluindo entre outras formas: o estupro, o abuso sexual, a prostituição forçada perpetrada pelos traficantes, “clientes” e até mesmo companheiros.

A violência emudece as pessoas, quebra o discurso. Se a comunicação, o diálogo, são expressões características dos seres humanos, a violência é capaz de tirar alguns sujeitos da posição de humanidade e alocá-los na posição de objeto. (ABRAMOVAY, 2002, p. 21)

Já em âmbito familiar, existe uma relação paradoxal entre agressor e agredido. Um dos grandes desajustes praticados pelas usuárias é o abandono dos filhos, furto dos entes familiares e hostilidade contra as pessoas quando da afeição pelo *crack*. Por outro lado, sofrem preconceito e desistência dos familiares, devido ao desgaste que a situação acarreta e outras configurações de violência doméstica.

A violência não é só aflição física, é algo que paira sobre os indivíduos como uma espécie de sentimento de insegurança, que diz respeito à opinião coletiva, não se confunde com medo, o qual é de âmbito pessoal, está dentro das pessoas que se consideram possíveis vítimas de violências, essas mulheres vivendo no contexto do *crack* sentem os dois, medo e insegurança. (ABRAMOVAY, 2002)

Nessa esteira, quanto à questão das violências contra a mulher, é importante observar que muitas vezes são ensinamentos realizados desde a infância, exigindo do menino este tipo de comportamento como instrumento de resolução de conflitos.

Embora o álcool, as drogas ilegais e o ciúme sejam apontados como principais fatores que desencadeiam a violência doméstica, a raiz do problema está na maneira como a sociedade valoriza o papel masculino nas relações de gênero (FARIAS CAVALCANTI, 2010, p. 56).

A violência, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), pode ser classificada em três modalidades: (a) violência interpessoal, (b) violência contra si

mesmo e (c) violência coletiva<sup>12</sup>. A esta classificação podemos incluir outras duas espécies: a violência social e a violência urbana.

A violência foi por muito tempo tolerada, dentro de um cenário permeado de preconceito e intolerância, banalizando a vida da mulher. Porém, hodiernamente, ainda existem focos destes atos de covardia.

Enquanto fenômeno estritamente humano, a violência não pode ser percebida fora de um determinado quadro histórico-cultural. Como as normas de conduta variam do ponto de vista cultural e histórico a depender do grupo que está sendo analisado, atos considerados violentos por determinadas culturas não são assim percebidos por outras. Durante muito tempo, por exemplo, os castigos físicos infligidos a crianças e negros foram considerados normais. Assim também ocorria com a violência contra a mulher, que era considerada, até recentemente, como corriqueira e natural nas relações familiares em virtude do poder que o homem detinha sobre a mulher em face do pátrio poder e do casamento. (FARIAS CAVALCANTI, 2010, p. 28)

### 3.3 FILHOS DA PEDRA: MATERNIDADE SEM MATERNAGEM

#### RESULTADO POSITIVO!

*“A emoção foi tanta, que desatei a chorar enquanto ele (marido) repetia feliz da vida, “Estamos grávidos amor, estamos grávidos!” Logo em seguida, liguei pra mãe aos prantos... “Manhê, estou grávida!”*

*A emoção também tomou conta da minha mãe, que do outro lado da linha dizia... “Não chora minha filha que isto é notícia boa, que bom que você está grávida”. Então liguei pro celular do pai e disse... “Pai! Tenho um presente de aniversário pra você, pai... estou grávida, pai!” Meu pai ficou muito feliz e me disse, “Que bom minha filha, agora é só ficar tranquila, não chore, agora o que você precisa é só ficar tranquila e se cuidar”. Meu marido também ligou para irmã e para a mãe dele e contou a novidade. Depois, liguei para todos meus irmãos casados, para Ana, o Alexandre e o Marcos. Todos ficaram muito felizes com a notícia. Nossa! Quanta emoção...*

*Mas eu ainda não conseguia acreditar que estava grávida... Acho que repeti umas 100 vezes em voz alta “Ai, ai... Eu não acredito...”*

*Meu marido vibrava e dizia... “Conseguimos, conseguimos!” fazendo a dança do Homer Simpson... foi o máximo ver a felicidade dele. Foram momentos que ficarão para sempre impressos em nossa memória”. (Anônimos)*

<sup>12</sup> A violência interpessoal pode ser física ou psicológica, ocorre no espaço público ou privado. São vítimas crianças, jovens, adultos e idosos. Dentre as várias modalidades desta violência destacam-se a violência entre jovens; a violência doméstica, a violência praticada contra criança e adolescente e a violência sexual. A violência contra si mesma é outra forma de violência muito comum em todo mundo. Calcula-se que, em 2000, em todo mundo, umas 815 mil pessoas cometeram suicídio – cerca de uma pessoa a cada 40 segundos – o que causa 13ª causa de mortalidade. A violência coletiva em suas múltiplas formas, recebe uma grande atenção pública. Conflitos violentos entre nações e grupos, terrorismo de Estado ou de grupos, estupro como arma de guerra, guerras de gangues, tudo isso ocorre diariamente em muitas partes do mundo.

*“Eu tenho 9 filhos e estou esperando o décimo. Conheci um cara no ponto, aí aconteceu. Quando eu fui ver, já não descia mais a menstruação e eu estou grávida de novo. É... a criança é de um programa, eu nem sei quem é o cara, eu não vi mais, ele sumiu. Eu vou ser a mãe dele e o pai é Deus.” (NAPPO, 2004, p.36)*

São numerosas as crianças fruto de circunstâncias que se repetem mais vezes que as nossas mentes podem imaginar e, provavelmente, morrerão sem ter jamais conhecido o olhar daquela que as colocaram no mundo (sua mãe). As que conseguirem crescer e sobreviver, alguns anos mais tarde, se tiverem oportunidades de reencontrá-las, descobrirão uma estranha: aquela que lhes deu à luz. Desta feita, essas mulheres usuárias de *crack* desenvolvem, apenas, o estado fisiológico momentâneo, a maternidade.

Segundo Badinter (1985), no livro “Um amor conquistado: o Mito do Amor Materno”, o sentimento de maternagem foi sendo construído ao longo do tempo. Durante o século XVIII, na França, havia um costume das mães entregarem seus bebês às amas mercenárias porque se considerava a amamentação um gesto de primitivismo animal. As mais ricas contratavam amas mercenárias para morarem nas suas casas e as mais pobres enviavam seus bebês recém-nascidos às amas mercenárias. Muitos bebês morriam já no precário transporte feito em carroças com outros bebês. Estas amas trabalhavam no campo do dia inteiro e deixavam os bebês fortemente enfaixados e pendurados para não serem incomodados pelos animais. Conforme a região, até 80% dos bebês morriam até os quatro anos de idade quando voltavam para casa de suas mães. As mães logo contratavam uma governanta, depois um preceptor para seguir para o internato de onde saíam para o casamento. O governo francês percebeu a falta de crianças e fez uma campanha imensa para mudar a maternagem, desenvolvendo o tipo de mãe dedicada-devotada, sacrificando a própria existência, que vemos hoje.

Se é indiscutível que uma criança não pode sobreviver e desenvolver-se sem uma atenção e cuidados maternos, não é certo que todas as mães humanas sejam predestinadas a oferecer-lhe esse amor de que ela necessita. Não parece existir nenhuma harmonia preestabelecida nem interação necessária entre as exigências da criança e as respostas da mãe.

Nesse domínio, cada mulher é um caso particular. Algumas sabem compreender, outras menos, e outras ainda nada compreendem. E talvez aí esteja o mal metafísico, uma das causas essenciais da infelicidade humana. Mas será possível pensar em fugir desse mal negando sua existência? (BADINTER, 1985, p. 17)

A importância dessas duas palavras que aparentemente têm o mesmo significado, apesar de serem indissociáveis e andarem juntas, possuem distinções bem próprias. A maternidade é um processo biológico de transformar-se em mãe, podemos dizer que são laços sanguíneos que une mãe e filho, uma condição física, nem sempre uma opção. Por outro lado, a maternagem não está arrimada na condição biológica, mas vinculada à afetividade, ao sentimento de cuidar, é sempre uma escolha, mesmo que posterior, uma decisão de dedicação por amor. (PALOMBO, 2011).

### **3.3.1 Gravidez e afetividade: laços ou rupturas**

A forma de olhar fatos semelhantes vai depender do contexto vivenciado: pode-se ter explosões de alegria ou mergulhar em intensas tristezas ou indiferenças. O *crack* é considerado um divisor de águas, entre emoções positivas e negativas, mesmo existindo muitos outros fatores que irão estabelecer diferenças entre uma gravidez desejada de uma rejeitada ou não planejada. Por exemplo, a gravidez de uma pessoa acometida de doença grave, gravidez fruto de estupro, ou um número elevado de filhos, etc. A notícia de “Positivo” pode ecoar de distintas perspectivas para a mulher ou para o casal/parceiros, gerando sentimentos de arrependimento e raiva, como dificuldades domésticas e financeiras e até problemas emocionais. Portanto, não podemos considerar a gravidez como um evento isolado na vida de uma mulher, sendo necessária uma readaptação dos mecanismos corporais como também a uma readaptação psicológica. (THOMAZ, 2005).

Muito antes de seu nascimento e ainda no ambiente intra-uterino, tem início a formação do vínculo entre a futura mãe e seu futuro filho. Trata-se de um processo de comunicação tão complexo quanto sutil e que torna possível esta troca íntima e profunda. O vínculo é de importância vital para o feto, pois precisa se sentir desejado e amado para propiciar a continuação harmoniosa e saudável de seu desenvolvimento. A formação do vínculo não é automática e nem imediata, pelo contrário, é gradativa e, portanto, necessita de tempo, compreensão e amor para que possa existir e funcionar adequadamente. (RICO, 2011)

A ligação afetiva é o vínculo que uma pessoa ou animal forma com outro indivíduo específico, sendo a formação das primeiras relações entre mãe e bebê os protótipos de todas as relações sociais futuras (BIAGGIO, 2007). Para construção dessa assertiva sobre vínculos, uma abordagem relacionada à teoria da ligação afetiva foi desenvolvida por Bowlby como sendo:

Um modo de conceituar a propensão dos seres humanos a estabelecerem fortes vínculos afetivos com alguns outros, e de explicar as múltiplas formas de consternação emocional e perturbação da personalidade, incluindo ansiedade, raiva, depressão e desligamento emocional, a que a separação e perda involuntária dão origem. (BOWLBY, 2006, p. 167).

À medida que vai evoluindo e crescendo, o feto torna-se capaz de registrar e de dar significado às emoções e sentimentos maternos. É quando, então, começa a se formar sua personalidade, o que ocorre por volta do terceiro trimestre de gestação. (RICO, 2011).

Assim, a gestante que rejeita seu filho tem a capacidade de repassar esses sentimentos de rejeição para ele, construindo uma qualidade de vínculo diferente da mãe que o deseja, pois não é apenas uma comunicação biológica. (THOMAZ, 2005)

Nos casos de filhos desejados, a natureza do relacionamento dos pais com o bebê é marcada pelo mundo mental das representações, pelo imaginário e subjetivo. Antes da existência do bebê real nos braços da mãe, existe o bebê imaginário e o contexto pré-natal influi e interfere no desenvolvimento desse ser. Esse é formado a partir das fantasias, dos sonhos, das brincadeiras de boneca e dos modelos de ser mãe. (THOMAZ, 2005)

Por outro lado, os caminhos nem sempre são os desejáveis e os melhores. Aquelas mulheres que entram no mundo do *crack* acabam estabelecendo um nível de comprometimento muito intenso com a pedra, que impede a formação de vínculos e/ou provoca interrupção e/ou a ruptura de laços de afetividade, criando uma espécie de “servidão consentida”, como podemos citar um caso de intenso desespero:

Grávida de sete meses, foi submetida a uma cesariana de urgência, porque havia introduzido um fio elétrico pela vagina para interromper a gravidez. Ela dizia que não largaria a droga para cuidar do filho, por isso não desejava tê-lo. (ZERO HORA – RS, 03/12/2008)

Em pesquisa realizada por Nappo (2004), em uma amostra com quarenta e nove mulheres usuária de *crack*, apenas quinze entrevistadas revelaram viver com um companheiro. As demais viviam sozinhas, com a família de origem ou com amigos. Os filhos, em geral, são oriundos de paternidades distintas, o que dificulta ainda mais a vida dessas crianças e a construção permanente de laços e vínculos. Quando o apoio vem do lado paterno, este se limita apenas ao seu filho, ficando os demais sem auxílio. A maioria das entrevistadas contou não estar com os filhos ou, pelo menos, não com todos. Quase sempre, essas crianças são entregues à família de origem ou outros parentes para o provimento e atenção primordial. A droga, a ausência de condições financeiras e ainda, para algumas, a falta de afeto que sentem por essa(s) criança(s) indesejada(s) são os motivos que justificam essa prática de abandono.

Segundo Dartiu Xavier da Silveira<sup>13</sup>, psiquiatra da Unifesp, em depoimento para a Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD), comentando a relação de dependência e sofrimento das mães usuárias de *crack*:

O que caracteriza a dependência é a incapacidade de ter um controle. Então, é como se ela ficasse à mercê de uma força maior do que a própria vontade dela. É um sofrimento muito grande. Não são mães desnaturadas, não são mães que não se preocupam com isso, mas são mães que estão em um nível de sofrimento impensável e que não conseguem sair disso. É por isso que a gente precisa ajudar essas mães e não condená-las.

Há casos de mulheres que vão para o hospital sem saberem que estão dando à luz, segundo Dora Martins, juíza da Vara Central da Infância de São Paulo – SP<sup>14</sup>, conforme relato de uma parturiente: “Usei *crack* até eu ganhar neném. No dia em que ele nasceu eu estava bem louca de droga”.

Nesse cenário onde o *crack*<sup>15</sup> é o “personagem principal”, encarnando um ser que possui “tentáculos multifacetados”, conseguindo tangenciar e interferir na

---

<sup>13</sup> UNIDADE DE PESQUISA EM ÁLCOOL E DROGAS. **Mães usuárias de crack se tornam um novo problema de saúde pública no Brasil.** Disponível em < <http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/index.php/artigos/16706-maes-usuarias-de-crack-se-tornam-um-novo-problema-de-saude-publica-no-brasil>.> acesso em 25/05/13

<sup>14</sup> Ibidem

<sup>15</sup> Cabe aqui lembrar que utilizo essa expressão com sentido metafórico, o crack é uma substância obtida a partir da mistura da pasta-base de coca ou cocaína refinada (feita com folhas da planta *Erythroxylum coca*), com bicarbonato de sódio e água. Quando aquecido a mais de 100°C, o composto passa por um processo de decantação, em que as substâncias líquidas e sólidas são separadas. O resfriamento da porção sólida gera a pedra de crack, que concentra os princípios ativos

dinâmica familiar e social, afetando tanto as relações afetivas quanto os organismos das pessoas, contribuindo para redesenhar as famílias. A ruptura é individual e familiar, conclamando, inclusive, a um olhar mais específico para esse grupo pelas agendas de políticas públicas próprias.

O *crack* se apodera da mente e do corpo e para os dependentes, passa a só existir a droga. Passam a não ter condições de cuidar da criança, de acalantar, de prestar e oferecer cuidados básicos. Os filhos do *crack* ficam entregues à própria sorte ou às mãos de familiares próximos que assumem a responsabilidade por eles. Muitos perambulam pelas ruas, vão para instituições ou ficam sob a guarda<sup>16</sup> de alguém da família.

Existem muitos casos de mães que trocam seus filhos por cesta básica, o que é ainda pior, muitas vezes, o escambo pode ser feito pelo *crack*, entregando-os a traficantes ou serem vendidos virando moedas de barganha<sup>17</sup>. Ocorrem casos das mães que carregam a culpa pela morte de seus filhos por usarem *crack* durante os nove meses de gravidez. Não são poucas as situações que elas se arrependem e tentam resgatar seus filhos, da casa dos compradores. Mas, em vez de berço, essas crianças, na maioria das vezes, ganham no lugar de colo, desprezo. O problema do *crack* envolvendo crianças tem crescido a ponto de mudar a composição da população dos abrigos. Normalmente, as crianças que eram levadas para os abrigos eram filhos de prostitutas ou alcoólatras. Hoje, chegam muitas por causa do *crack*

Apenas para ilustração, cito algumas cidades que são destacadas por informações sobre as crianças que foram abandonadas por causa do *crack*. Em São José do Rio Preto, cidade do interior de São Paulo, segundo estimativa do promotor da Vara da Infância e Juventude de São José do Rio Preto, Cláudio Santos de

---

da cocaína, ou seja, é um produto inanimado sem poder volitivo, quem produz e utiliza somos nós dotados de razão, vontades e desejos. Colocar as responsabilidades sobre algo que não se manifesta é no mínimo leviano.

<sup>16</sup> A guarda destina-se a regularizar a posse de fato da criança ou de adolescente (ECA, art. 33, § 1º, início), mas já como simples situação de fato, mostra-se hábil a gerar vínculo jurídico que só será destruído por decisão judicial, em benefício do menor – criança ou adolescente. Já, judicialmente deferida, a guarda será uma forma de colocação em família substituta, como se fosse uma família natural, de maneira duradoura (ECA, art. 33, § 1º, início), ou será, liminarmente ou incidentalmente, concedida nos procedimentos de tutela ou adoção (ECA, art. 33, § 1º, fim) ou, ainda, atenderá, excepcionalmente e fora dos casos de tutela e adoção, situações peculiares ou suprirá a falta dos pais ou responsável, podendo ser deferido o direito de representação para a prática de certos atos (ECA, art. 33, § 2º). (VENOSA, 2003. p. 329-332)

<sup>17</sup> Informação obtida durante entrevista realizada por este pesquisador em 12/04/13.

Moraes, o *crack* é responsável por cerca de 80% das crianças abandonadas pelos pais e que hoje estão abrigadas no programa Trabalho de Emancipação pela Infância e Adolescência (Teia), o que corresponde a 130 menores. Parte deles já foi encaminhada para adoção<sup>18</sup>. Nos últimos dois anos, por determinação do juiz da Vara da Infância e da Juventude, o Teia acolheu 168 crianças e adolescentes que viviam em situação de risco dentro de suas próprias casas. (BERTI, 2010)

Em Fortaleza – CE, o abrigo Tia Júlia possui 80 crianças abrigadas, sendo que 60% delas são praticamente órfãos do *crack*. Segundo a coordenadora do abrigo, Luíza Helena Paiva muitas delas foram abandonadas em hospitais ou nas ruas. Já em outro abrigo na capital Cearense, chamado de Casa Abrigo, das 82 crianças, 17 foram abandonadas pelos pais viciados em *crack*. (BERTI, 2010)

Em Salvador, o número da população de rua é de 3.500 pessoas, dessas 10% são menores e pelo menos 50% usa *crack*, segundo o Secretário Municipal de Promoção Social e Combate a Pobreza, Maurício Trindade. (CORREIO DA BAHIA, 17/03/2013) Acredita-se que seja em torno de 175 menores viciados em *crack* vivendo espalhados nas ruas na capital baiana. (CORREIO BAHIA, 17/03/2013).

Ainda sob interferência do *crack*, as mulheres usuárias de *crack* diante do desespero de constatar que estão grávidas acabam optando, muitas vezes, por realizar aborto. Desta feita, podemos observar o depoimento de uma das usuárias entrevistada, ela já havia realizado dois abortos, um aos quinze anos e outro aos dezoito anos de idade. Todos de pais diferentes, sendo também os dois usuários de *crack*.

Na minha primeira gravidez, eu tinha 15 anos, peguei com meu namorado que usava drogas, ele que me apresentou o crack, mas nessa época eu ainda não usava, sabia fazer tudo..cortar a lata... colocar a cinza, aí eu nem sabia que estava grávida..a menstruação parou... falei para a minha mãe [...] ela me pegou e tiramos [...] sangrei quase um mês [...] foi horrível [...]

Na segunda vez, eu tinha dezoito anos e foi com outro namorado, também usuário de drogas [...] ele estava cheio de crack [...] quando estávamos transando ele disse: vou te colocar um filho meu [...] acabei engravidando, também tirei. (R24)

---

<sup>18</sup> Adoção é o processo afetivo e legal por meio do qual uma criança passa a ser filho de um adulto ou de um casal, cujos pais morreram ou são desconhecidos, ou, não sendo esse o caso, não podem ou não querem assumir o desempenho das suas funções parentais, ou são, pela autoridade competente, considerados indignos para tal. (VENOSA, 2003, p. 315-316).



Além desses casos das usuárias de *crack* ocorrem outros tipos de abortos: podendo ser nos casos em que se verifica má-formação congênita; clandestinos; causados por medicamentos; violência ou de forma espontânea. Com isso, muitas brasileiras sofrem pela falta de amparo nos serviços públicos de saúde. Apesar da falta de assistência governamental, a gestação é interrompida independentemente de leis que as proibam ou de punição por parte do Judiciário.

Segundo dados da organização não governamental que cuida do direito das mulheres Ações Afirmativas em Direito e Saúde (AADS Brasil), em parceria com o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), denominada “A magnitude do aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e socioculturais”, um milhão de abortos são realizados todos os anos. A pesquisa foi realizada em 2007 e esse número é contestado por segmentos contra o aborto. O estudo aponta que a curetagem<sup>19</sup> é o segundo procedimento obstétrico mais realizado na rede pública. (BRASIL, 2008)

Além da constatação da prestação do serviço médico inadequado e até mesmo irregular, o tema gera um amplo debate moral, colocando como contraponto o direito absoluto da vida do feto e a autonomia da mulher em relação ao próprio corpo.

A legislação penal brasileira só autoriza a prática do aborto em casos: de estupro; nos casos que não há outro meio para salvar a vida da mãe e segundo a Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54 (ADPF) nos casos de interrupção da gravidez de feto anencéfalo<sup>20</sup>, considerada de alto risco porque o feto fica em posição anormal e há o perigo de acúmulo de líquido no útero, descolamento de placenta e hemorragia. E não há perspectivas de longa sobrevivência para o feto que, em muitos casos, morre durante a gestação. Dados globais indicam que a incidência de anencefalia é de em média um em cada 10 mil gestações, mas - por razões não totalmente compreendidas - o Brasil é um dos países com o maior

---

<sup>19</sup> A **curetagem** consiste em um procedimento médico que pode ser realizado em situações distintas, sendo as mais conhecidas no caso de remoção de material placentário ou endometrial da cavidade uterina, ou para coletar material para análise patológica. (MELDAU, 2013)

<sup>20</sup> A anencefalia consiste em uma má-formação rara do tubo neural que ocorre entre o 16º e o 26º dia de gestação e se caracteriza pela ausência parcial do encéfalo e da calota craniana. A causa mais comum é, supostamente, a deficiência de nutrientes, entre eles o ácido fólico. Também diante da falta de vitaminas, há dificuldade na formação do tubo neural.

número de casos. A prevenção é feita com a ingestão de ácido fólico antes da gestação, o que reduz consideravelmente os riscos. (BBC BRASIL, 27/05/13)

A matéria sobre aborto está disciplinada pelos artigos 124 a 128 do Código Penal e na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 54 (ADPF), tipificando seis situações. No Brasil, o ato é classificado como crime contra a pessoa, diferentemente do que ocorre em alguns países que o classificam como crime contra a saúde ou contra a família. A lei brasileira prevê pena de um a dez anos de reclusão para a gestante que recorre a essa solução.

Art. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque:

Pena - detenção, de um a três anos.

Art. 125 - Provocar aborto, sem o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de três a dez anos.

Art. 126 - Provocar aborto com o consentimento da gestante:

Pena - reclusão, de um a quatro anos.

Parágrafo único. Aplica-se a pena do artigo anterior, se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou debil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência

Art. 127 - As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço, se, em consequência do aborto ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas, se, por qualquer dessas causas, lhe sobrevém a morte.

Art. 128 - Não se pune o aborto praticado por médico:

I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante;

II - se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

Após ultrapassar algumas pedras do caminho, se a criança consegue nascer com saúde e ambientar-se em uma família nesse contexto do *crack*, teremos agora um outro grande desafio: a tarefa de educar, considerado um ponto de discussão entre educadores, pais e psicólogos.

É fato que os pais das gerações mais novas foram levados a rever escalas de valores pela vivência de conflitos e contradições entre a maneira como foram criados e a realidade atual, quando passam a ter a tarefa de educar os filhos. Observa-se que eles exacerbam características negativas da educação recebida ou acirram a rigidez e o autoritarismo anteriormente muito presentes, fazendo uma análise muitas vezes descontextualizada do passado. Os pais passam, então, a buscar incessantemente respostas que possam resolver suas dúvidas e se depararem com uma diversidade de informações, baseadas em pontos de vista teóricos diferentes. (CARVALHO & MOREIRA, 2008, p. 35)

O uso do *crack* além de afetar a vida das famílias nas áreas afetiva e cognitiva, criando obstáculos, muitas vezes, intransponíveis, traz também sequelas nos seus organismos.

### 3.3.2 Efeitos nos Organismos da Mulher e do Feto

Essas mulheres que fazem uso de cocaína/*crack* podem ter seus metabolismos alterados e provocar a ausência da menstruação (amenorréia) ou modificar seu ciclo menstrual e disfunção na fase lútea, prejudicar a produção de leite materno (galactorréia), além de causar infertilidade. Ademais, independentemente da dose utilizada, ter aumento nos níveis sanguíneos do hormônio luteinizante<sup>21</sup> e estão vulneráveis as doenças sexualmente transmissíveis, como a AIDS e a hepatite.

Segundo pesquisa realizada por Morimura et. al (2006), estima-se que 50% da população vivendo com HIV / AIDS em todo mundo sejam mulheres. O baixo nível de instrução, os costumes e as normas sexuais impostas às mulheres, assim como a falta de oportunidades econômicas e de controle nos relacionamentos colaboram com a vulnerabilidade feminina para a infecção. Continua a pesquisadora afirmando que a América Latina ocupa o quarto lugar em adultos contaminados, onde existe uma predominância da transmissão sexual (90% dos casos novos) nas populações de comportamento de risco (usuários de drogas injetáveis e homem que faz sexo com homem) e 1,4 milhões de indivíduos vivem com HIV/AIDS, dos quais 30% são mulheres. O Brasil se situa entre os quatro países do mundo com o maior número de casos de AIDS notificados.

A transmissão materno-infantil do HIV durante a gravidez e, sobretudo durante o parto pode provocar danos vultosos para o bebê por ocorrer num momento de maturação do sistema imunológico. Atualmente, estima-se que a prevalência de infecção entre as gestantes no Brasil esteja entre 0,5% e 1%. Em

---

<sup>21</sup> Substância diretamente responsável pela ovulação. Mesmo assim, há estudos com animais que, além de corroborarem esses dados, também demonstram diferenças entre os sexos no que se refere à resposta à cocaína no eixo hipotálamo-hipofisário-adrenal. Essa instância hormonal tem função primordial nas respostas aos estressores socioculturais (externos) e psicológicos (internos) e aparece alterada com grande frequência em pessoas com transtornos psiquiátricos.

relação à prevenção da transmissão materno-infantil do HIV, é sabido que fazer o diagnóstico da infecção, neste período, possibilita a utilização de medidas preventivas que, quando bem aplicadas podem reduzir drasticamente as taxas de transmissão. (MORIMURA, 2006)

Geralmente, a usuária de *crack* dedica a sua vida na busca e uso desta substância, negligenciando a saúde e a vida, especialmente a fase pré-natal. A realização do pré-natal representa papel fundamental em termos de prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante.

Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação. Permite identificar doenças que já estavam presentes no organismo, porém, evoluindo de forma silenciosa, como a hipertensão arterial, diabetes, doenças do coração, anemias, doenças transmissíveis pelo sangue de mãe para filho, como a AIDS e a sífilis.

Esses problemas podem causar o parto precoce, o aborto e até trazer consequências mais sérias para a mãe ou para o seu bebê. Seu diagnóstico permite medidas de tratamento que evitam maior prejuízo à mulher, não só durante a gestação, mas por toda sua vida; detecta problemas fetais, como más formações. Quando em fases iniciais permitem o tratamento intraútero que proporciona ao recém-nascido uma vida normal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000)

É imperioso observar que, nos três primeiros dias, após o nascimento existe um fator complicador que deve ser olhado com cautela, a chamada síndrome da abstinência<sup>22</sup>. Os sintomas principais são: sucção deficiente, problema na amamentação, irritabilidade, hipertonia, bocejos e espirros. Além disso, para a criança crescer saudável é importante ser introduzida amamentação, até porque irá trabalhar a área afetiva da criança, sendo desejável, e as mães devem ser estimuladas a fazê-la. No entanto, teremos que observar, pois há exceções, nos

---

<sup>22</sup> A síndrome de abstinência pode ser definida como um conjunto de sinais e sintomas de desconforto físico e psíquico que aparecem quando o consumo de substância psicoativa é reduzido ou interrompido. No caso da cocaína, quadro de abstinência é composto eminentemente por sintomas psíquicos, entre os quais se destacam a disforia, anedonia e a fissura pela droga.

casos das mulheres contaminadas por alguma doença que possam impossibilitar essa prática, como a AIDS. (MOREIRA, 2012).

Faz-se necessário ressaltar que o consumo de cocaína/*crack* no período perinatal, intervalo que vai da vigésima segunda semana de gestação ao sétimo dia de nascimento, está associado a maior risco de complicações, como deslocamento prematuro da placenta, sofrimento fetal com presença de mecônio, ruptura precoce da bolsa amniótica, baixa estatura e baixo peso ao nascer, além de anormalidade geniturinária e da parede abdominal. Esses efeitos ocorrem independentemente do uso de outras substâncias psicoativas e ainda, as crianças exposta a cocaína/*crack* no período intrauterino apresentam chances duas vezes maior de se situar abaixo do percentil<sup>23</sup> 10 da curva de crescimento, quando chegarem aos sete anos de idade. (MOREIRA, 2012)

Visando reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde materna, em setembro de 2000, foi realizada em Nova York uma reunião com líderes de 191 países membros das Nações Unidas, estabelecendo Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) com uma série de compromissos. Conforme o Plano das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

Uma pesquisa realizada na Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP (Universidade de São Paulo), em parceria com o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP (HCFMRP), pela farmacêutica Marcela Nogueira Rabelo Alves, resultou em um método capaz de detectar a presença de *crack* e cocaína nas primeiras fezes (mecônio) após o nascimento do bebê que se acumula no organismo da criança a partir da décima segunda semana de gestação. A escolha pelo mecônio foi à busca de uma alternativa menos invasiva do que a extração de sangue ou líquido amniótico.

Pôde constatar por meio da comparação entre o questionário feito e a conclusão de análise das amostras que, a maioria das usuárias quando grávidas não deixam de utilizar drogas e dificilmente informam ao médico sobre o uso de quaisquer tipos destas substâncias. Segundo a pesquisadora, houve questionários

---

<sup>23</sup> As curvas de percentis são médias de medições rigorosas de milhares de crianças, em várias idades.

em que a mãe negava o uso, mas análise mostrava um resultado positivo para o uso de *crack* ou cocaína (ALVES, 2009).

### 3.3.3 Gravidez Precoce: medo e abandono

Se a gravidez modifica os rumos da vida da mulher, com todas suas transformações, as adolescentes sentem com maior intensidade, e, principalmente, se forem usuárias de SPAs.

Moreira et al. (2008) ao investigarem os conflitos vivenciados pelas adolescentes que descobrem estarem grávidas, detectaram que esse momento de vida é visto pelas jovens como algo indesejado, associado ao medo de enfrentar tal situação perante a família e/ou companheiro. Tal dificuldade encontra-se fortemente amplificada nas camadas economicamente menos favorecidas (FONTES, 2010).

A entrevista realizada por Nappo, ilustra o fato da gravidez ser um momento de transformação para muitas adolescentes:

Eu acabei casando com 14 anos. Meu marido veio para São Paulo e vim junto. Não deu certo e eu tive que voltar para minha cidade, mas não consegui viver com meus pais, na minha casa. Abandonei tudo e vim para cá, tentei emprego, não consegui, fui morar com umas amigas e comecei a conhecer drogas nesse momento. (YK22 *apud* Nappo 2004, p.38)

Em pesquisa desenvolvida por Moreira (2012) foi constatado que fatores econômicos e sociais interferem substancialmente na gravidez da adolescência. Mitsuhiro (2007) e Chalem (2007) acompanharam mil adolescentes de uma maternidade pública de São Paulo e observaram que 82% delas não haviam planejado a gravidez, 76% não faziam uso de nenhum método contraceptivo, 60% abandonaram a escola, 90% estavam desempregadas e 92% encontrava-se em situação financeira dependente. Quanto à saúde mental das gestantes, 29% da amostra apresentava algum tipo de transtorno psiquiátrico, sendo que 13% delas apresentavam depressão; 10% transtorno de estresse pós-traumático; e 6%, ansiedade.

A prostituição entre essas adolescentes é comum como meio para conseguir a substância, dificultando muitas vezes, a elas, saberem quem é o pai da criança,

criando um “eclipse da figura paterna” (PETRINI, 2005, p.47) e formando uma sociedade sem pais, eu acrescento e sem mães, passando a ser um grupo social órfão (MITSCHERLICH, 1970 *apud* PETRINI, 2005). O uso de *crack* acaba potencializando a falta de planejamento e de organização, típica da adolescência (MOREIRA, 2012).

Esses elementos podem estar relacionados a problemas familiares, evasão escolar, falta de capacitação profissional e desemprego, bem como a questões relativas à estrutura da personalidade. Há, portanto, desvinculação afetiva com o bebê que irá nascer, ocasionando falência múltipla na vida social e emocional dessas adolescentes, bem como o comprometimento de seu papel de mãe.

Em outra pesquisa realizada por Moreira (2012), através de teste de fios de cabelo das mil adolescentes entrevistadas na maternidade, verificou-se que 2% usaram cocaína no último trimestre da gravidez e estima-se que 0,4% do total o fizeram na forma de *crack*. Ainda sobre essa amostra, o uso de maconha e cocaína/*crack* no último trimestre da gravidez está diretamente relacionado à idade inferior a catorze anos, história de três ou mais parceiros sexuais ao longo da vida e maior probabilidade de transtornos psiquiátricos associados – transtorno bipolar, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno somatoforme<sup>24</sup>.

A mulher grávida usuária de *crack* apresenta maior vulnerabilidade<sup>25</sup> em todas as esferas de sua vida. Nesse sentido, vale ressaltar a importância de se desenvolver políticas de saúde para mulheres grávidas, e com cuidado maior para as adolescentes, incluindo certamente essa demanda específica, denominada gravidez associada ao uso de *crack*. (MOREIRA, 2012)

Desse modo, a equipe de tratamento para dependência química deve ser interdisciplinar, preferencialmente com a presença de um profissional que possa

---

<sup>24</sup> Os transtornos somatoformes caracterizam-se por queixas físicas que não podem ser totalmente explicadas por uma condição médica geral ou outro transtorno psiquiátrico. Compreendem um grupo bastante heterogêneo do ponto de vista psicopatológico e etiológico, uma vez que, o critério básico para seu agrupamento no DSM-IV é a presença de queixas físicas como principal sintoma, resultando em busca incessante por atendimento médico. A primeira preocupação diagnóstica deve ser a exclusão de doenças orgânicas, ou seja, qualquer condição médica não considerada neurológica ou psiquiátrica. Nesses transtornos, os sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes. (IPq-HCFMUSP, 2013)

<sup>25</sup> Característica que implica no risco do usuário de *crack* em apresentar agravos de todas as ordens decorrentes do uso da droga. Diversos elementos interferem na vulnerabilidade do usuário, tais como: Gênero, idade, vínculo com instituições, escolaridade, comorbidades, delitos, situações de conflito com a lei e conflito com tráfico. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

coordenar o caso, a fim de integrá-la da melhor maneira com a equipe responsável pelo pré-natal.

Segundo Nappo et al. (2012), a internação parece ser o procedimento mais adequado. Primeiramente, porque garante a pronta abstinência, interrompendo um padrão de consumo que impedia a paciente se voltar para sua gestação. Sem o risco da gestante retornar ao consumo, a família pode ficar mais tranquila para ser orientada e sensibilizada pela equipe para os problemas da paciente. Em segundo lugar, a internação não apenas garante a abstinência e a integridade do feto, mas também oferece uma oportunidade para elaboração do plano conjunto de tratamento envolvendo a equipe de saúde, a paciente e seus familiares.

Numa perspectiva social, nesse universo, nos revela outro quadro que impacta não apenas pelas estatísticas, mas pela falta de expectativa de futuro que gera. Como resultado da ineficácia ou inexistência de políticas preventivas suficientes de combate ao *crack*, a cada ano aumenta o número de mulheres dependentes dessa droga que têm filhos. Não há, no entanto, alternativas concretas oferecidas pelo poder público de recuperação para as mães e seus filhos.



## 4 POLÍTICAS PÚBLICAS E A SUA DUPLA FACE: INTERNAMENTO COMO POSSIBILIDADE

“Uma vez, governava a distante cidade de Wirani um Rei, que era poderoso e sábio. E era temido por seu poder e amado por sua sabedoria.

Ora, no coração daquela cidade havia um poço cuja água era fria e cristalina, e dela bebiam todos os habitantes, até mesmo o Rei e seus cortesãos; porque não havia outro poço.

Uma noite, quando todos dormiam, uma feiticeira entrou na cidade e verteu no poço sete gotas de um líquido estranho e disse: ‘Doravante, quem beber desta água ficará louco’.

Na manhã seguinte, todos os habitantes, menos o Rei e seu lorde Camarista, beberam da água do poço e ficaram loucos, tal como a feiticeira tinha predito.

E durante aquele dia, os habitantes, nas ruas estreitas e nos mercados, não faziam senão sussurrar, uns aos outros: ‘O Rei está louco. Nosso Rei e seu Lorde Camarista perderam a razão. Naturalmente não podemos ser governados por um Rei louco. Precisamos destroná-lo’.

Naquela noite, o Rei mandou que enchessem com água do poço uma taça dourada. E quando Iha trouxeram, dela bebeu copiosamente, e deu a beber ao seu Lorde Camarista.

E houve grande regozijo naquela distante cidade de Wirani, porque o Rei e o Lorde Camarista tinham recuperado a razão.” (GIBRAN, 2003, p. 25).

Eclodiu na década de noventa, no Brasil, inicialmente em São Paulo, o uso de *crack*, importado dos guetos dos Estados Unidos da América (EUA). Fruto das mazelas sociais, como ausência de moradias, saneamento básico, saúde e, principalmente, educação. Criou-se, desta feita, um ambiente propício para germinar, brotar e crescer, espalhando-se pelas cidades brasileiras como se fosse “fogo em capim seco”. Portanto, hoje nos deparamos com mais um grande problema social: os usuários e usuárias de *crack*, mobilizando vários ramos das ciências conforme já relatado anteriormente, possibilitando olhares com diferentes vieses, não havendo consenso entre os especialistas na abordagem desse fato social, mormente, quanto ao internamento compulsório.

A discussão tomou maior vulto diante dos internamentos compulsórios dos dependentes de *crack* no Rio de Janeiro e em São Paulo, trazendo a tona debates com várias justificativas pessoais e sociais. As argumentações favoráveis asseveram que a internação compulsória se dá pelo fato que os usuários de *crack* são

gravemente dependentes, ávidos e compulsivos. Aqueles que atingem esse padrão se voltam completamente para o consumo da droga em detrimento dos outros campos de suas vidas, expõem-se facilmente a contextos violentos e corre um risco de morte considerável, sem nunca cogitarem a possibilidade da mudança. Os governantes justificam que essa é uma questão de saúde pública e não penal.

Por outro lado, os especialistas contrários à internação compulsória, afirmam que ela não recupera nem 5 % dos internados, e garantem que é um fracasso como modelo do internamento para os dependentes químicos. Argumentam, ainda, que a internação compulsória expõe o caráter repressivo do recolhimento. No entanto, são favoráveis ao tratamento ambulatorial ou via Centros de Atenção Psicossocial (CAPS-AD), de álcool e drogas, ainda que apresentem dados não tão superiores. Mas acreditam que podem oferecer melhores perspectivas para os dependes de *crack* (NASSIF, 2012)

Para alcançarmos as razões das divergências e os pontos de inflexão inerente à internação no Brasil, como os fatores que fomentaram a dinâmica das políticas sanitárias e de segregação de distintos grupos, perpassando pelo modelo hospitalocêntrico até a chegar aos dias atuais. Podemos considerar de suma importância mergulhar nos fatores históricos, no percurso institucional e na linha cronológica que construíram e desconstruíram o arcabouço legislativo. Tal procedimento é necessário para depois darmos continuidade na polêmica que encerram a temática do internamento compulsório das usuárias de *crack*.

#### 4.1 PERCURSO HISTÓRICO E PRINCIPAIS AÇÕES NO BRASIL

Ao longo do traçado histórico da humanidade, verificamos que a segregação e a dominação de grupos por outros grupos, que não se encaixam nos perfis ideológicos estabelecidos, é uma realidade constante. Transformam-se as suas configurações através dos ciclos temporais, travestindo-se, por tantas vezes, por meio de ações humanitárias e por vários outros estímulos de intolerâncias e desrespeitos, “lobos em pele de cordeiros”.

A higiene pública começou a ser controlada e ditada pela criação da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, em 1829, tendo assim a

medicina fazendo parte da estrutura do Estado. Em 1852, com a criação do Hospício Imperador Dom Pedro II, teve o marco inicial da institucionalização da loucura no Brasil. E, após quase três décadas, em 1879, houve a criação da cadeira de Clínica Psiquiátrica nas faculdades de medicina do Rio de Janeiro e Bahia, com a promulgação do Decreto nº 7247 de 19 de abril de 1879. (MARTINS, 2012)

O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. É, sobretudo este movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2005)

A experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio é inspiradora, e revela a possibilidade de ruptura com os antigos paradigmas, como, por exemplo, na Colônia Juliano Moreira, enorme asilo com mais de 2.000 internos no início dos anos 80, no Rio de Janeiro. Passam a surgir às primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência. (BRASIL, 2005)

O final da década de 80 surgiu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo, e iniciou-se um processo de intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes, respectivamente nos anos de 1987 e 1989. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, são implantados, no município de Santos, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionavam 24 horas, foram criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível. (BRASIL, 2005)

Com a Constituição de 1988, é criado o SUS – Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal, sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde”. (BRASIL, 2005)

O Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), intitulado projeto Delgado, deu entrada no Congresso Nacional no ano de 1989, que propôs a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É nesta década, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Somente no ano de 2001, após doze anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. Redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda sua promulgação impõe novo impulso e ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

É no contexto da promulgação e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade.

Neste mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa “De Volta para

Casa<sup>26</sup>”. Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, e é traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos. Importante esclarecer que a internação (voluntária, involuntária ou compulsória), só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

Quanto à internação voluntária, a pessoa que solicita deve assinar sua admissão, mas o término da internação deve ser assinado pela pessoa ou pelo médico que está acompanhando.

Sobre a internação involuntária que poderá ser feita por solicitação de familiar ou responsável legal ao médico assistente, e, no prazo de setenta e duas horas, comunicará ao Ministério Público.

A internação compulsória pode ser determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Ademais, pesquisas científicas para fins diagnósticos/terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

#### 4.2 ABORDAGEM JURÍDICO-INSTITUCIONAL: PRÁTICAS E MARCO LEGAL

A estruturação de uma nação é estabelecida e embasada pelo conjunto legislativo que correspondem os anseios daquela população, num determinado período e num certo contexto histórico. Desta forma, perceberemos como é vista a doença mental no Brasil e seus recursos terapêuticos, de forma cronologicamente crescente.

---

<sup>26</sup> O objetivo do Programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação, no valor aproximado 110 dólares aos seus beneficiários. Para receber o auxílio-reabilitação do Programa De Volta para Casa, a pessoa deve ser egressa de Hospital Psiquiátrico ou de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, e ter indicação para inclusão em programa municipal de reintegração social. (BRASIL, 2005)

Pode se ver que o Decreto nº 1.132 de 1903 procurou reorganizar a assistência a alienados, e diz no seu artigo 1º:

Art. 1º O indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados.

Em 1923, houve a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), a maior força no ideário eugênico e xenofóbicos, buscando, inclusive, a esterilização humana em alguns casos.

Muito mais do que um fenômeno isolado, portanto, o surgimento da LBHM concretizava um *front* a mais, integrado a diversos movimentos nacionalistas que eclodiram no país nas décadas de 1910 e 1920, representando um influente eixo discursivo do movimento sanitarista, com ênfase no modelo eugênico-moral. (CARVALHO, 1999, p.3)

O Decreto nº 24.559 de 1934, dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos. Desta feita podemos verificar em seu artigo 1º:

Art. 1º A Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental terá por fim:  
a) Proporcionar aos psicopatas tratamento e proteção legal;  
b) dá amparo médico e social, não só aos predispostos a doenças mentais como também aos egressos dos estabelecimentos psiquiátricos;  
c) concorrer para a realização da higiene psíquica em geral e da profilaxia das psicopatias em especial.

O Decreto nº 891 de 1938, permite que os toxicômanos ou intoxicados habituais sejam submetidos a internação obrigatória ou facultativa, por tempo determinado ou não, no seu artigo 29:

Artigo 29 Os toxicômanos ou os intoxicados habituais, por entorpecentes, por inebriantes em geral ou bebidas alcoólicas, são passíveis de internação obrigatória ou facultativa por tempo determinado ou não.

§ 1º A internação obrigatória se dará, nos casos de toxicomania por entorpecentes ou nos outros casos, quando provada a necessidade de tratamento adequado ao enfermo, ou for conveniente à ordem pública. Essa internação se verificará mediante representação da autoridade policial ou a requerimento do Ministério Público, só se tornando efetiva após decisão judicial.

§ 2º A internação obrigatória por determinação do Juiz se dará ainda nos seguinte; casos:

a) condenação por embriaguez habitual;  
b) impronúncia ou absolvição, em virtude de derimente do artigo 27, § 4º, da Consolidação das Leis Penais, fundada em doença ou estado mental resultante do abuso de qualquer das substâncias enumeradas nos arts. 1º e 29 desta lei.

§ 3º A internação facultativa se dará quando provada a conveniência de tratamento hospitalar, a requerimento do interessado, de seus representantes legais, cônjuge ou parente até o 4º grau colateral inclusive.

§ 4º Nos casos urgentes poderá ser feita pela polícia a prévia e imediata internação fundada no laudo do exame, embora sumário, efetuado por dois médicos idôneos, instaurando-se a seguir o processo judicial, na forma do § 1º deste artigo, dentro do prazo máximo de cinco dias, contados a partir da internação.

§ 5º A internação prévia poderá também ser ordenada pelo juiz competente, quando os peritos, por ele nomeados, a considerarem necessária a observação médico legal.

A lei 6.368 de 1976 dispôs sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinavam dependência física ou psíquica.

Art. 10. O tratamento sob regime de internação hospitalar será obrigatório quando o quadro clínico do dependente ou a natureza de suas manifestações psicopatológicas assim o exigirem.

§1º Quando verificada a desnecessidade de internação, o dependente será submetido a tratamento em regime extra-hospitalar, com assistência do serviço social competente.

§2º Os estabelecimentos hospitalares e clínicas, oficiais ou particulares, que receberem dependentes para tratamento, encaminharão à repartição competente, até o dia 10 de cada mês, mapa estatístico dos casos atendidos durante o mês anterior, com a indicação do código da doença, segundo a classificação aprovada pela Organização Mundial de Saúde, dispensada a menção do nome do paciente.

O Projeto de lei nº 3.657 de 1989, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. O qual pretendia a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamentando, também, a internação psiquiátrica compulsória. Tratava em seu artigo 1º:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

A Lei nº 10.216, de 2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, ou seja disciplina na atualidade as internações psiquiátricas no Brasil, marcando a chamada Reforma Psiquiátrica. Traz em seu artigo 1º:

Art.1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

A Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, institui o Código Civil, no seu artigo 1767:

Art. 1.767. Estão sujeitos a curatela:  
(...)  
III - os deficientes mentais, os ébrios habituais e os viciados em tóxicos.

A Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes, nos seus artigos 28 e 45:

Art. 28. Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas:

(...)

§ 7º O juiz determinará ao Poder Público que coloque à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado.

Art. 45. É isento de pena o agente que, em razão da dependência, ou sob o efeito, proveniente de caso fortuito ou força maior, de droga, era, ao tempo da ação ou da omissão, qualquer que tenha sido a infração penal praticada, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Parágrafo único. Quando absolver o agente, reconhecendo, por força pericial, que este apresentava, à época do fato previsto neste artigo, as condições referidas no caput deste artigo, poderá determinar o juiz, na sentença, o seu encaminhamento para tratamento médico adequado.

O Decreto Nº 7.179, de 20 de maio de 2010, trata do Plano de enfrentamento do *crack*:

Art. 1º Fica instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas.

§ 1º As ações do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas deverão ser executadas de forma descentralizada e integrada, por meio da conjugação de esforços entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, observadas a intersetorialidade, a



interdisciplinaridade, a integralidade, a participação da sociedade civil e o controle social.

§ 2º O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas tem como fundamento a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas.

O Projeto de lei nº 7663/2010, Em 04/06/2013, encontrava-se à Mesa Diretora da Câmara dos Deputados, se aprovado ele acrescenta e altera dispositivos à Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, dispor sobre a obrigatoriedade da classificação das drogas, introduzir circunstâncias qualificadoras dos crimes previstos nos Artigos. 33 a 37, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas. Esse Projeto de Lei (PL) propõe as seguintes alterações:

- a) O texto propõe o aumento das penas para porte de drogas para consumo próprio e tráfico;
- b) O PL também prioriza as internações involuntárias como forma de tratamento aos dependentes de drogas e preconiza “programas de atenção que visam à abstinência”. Prevê a exclusão do usuário dos programas de reinserção caso haja suspeita de uso de drogas;
- c) prevê a criação de um sistema paralelo ao Sistema Único de Saúde (SUS) para atendimento de usuários, com internações prolongadas em comunidades terapêuticas religiosas;
- d) estabelece uma nova classificação das drogas com base na sua capacidade de causar dependência. Na prática, significa que se alguém for pego com crack receberá uma pena muito maior de quem for pego com outra droga;
- e) Cria um sistema de notificação de usuários de drogas, sem especificar a finalidade deste cadastro, medida que pode aprofundar o preconceito já sofrido por essa minoria;
- f) prevê que os professores deverão denunciar alunos com suspeita de uso, inclusive para fins penais; e
- g) incentiva a política de Redução de Danos

O Governo Federal criou o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack*, em 2011, com previsão de investimento de R\$ 4 bilhões até 2014<sup>27</sup>. Para poder dar mobilidade a esse plano, trabalhará em quatro setores: Saúde, Educação, Assistência Social e Segurança Pública. Compartilhando essa responsabilidade com

---

<sup>27</sup> Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/plano-integrado/conceito-dos-eixos>, acessado em 09/06/13.

os Estados e Municípios. Dentro desse planejamento atuará com três eixos: Cuidado, Prevenção e Segurança Pública.

Tem como meta, no eixo Cuidado, criar 2462 leitos de enfermarias especializadas para tratar de casos de dependência até 2014, mais de 300 Consultórios na Rua, nos Municípios com mais de 100 mil habitantes e serão criados 175 unidades de Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad) que serão espalhadas por todo País os quais funcionarão 24 horas, por sete dias da semana<sup>28</sup>.

Já no eixo Prevenção será dividida entre três bases – Escola, Comunidade e Comunicação com a sociedade.

Com a Segurança Pública, as ações policiais serão integradas às ações de saúde e assistência social e irão se concentrar em duas frentes: nas fronteiras e nas áreas de uso de drogas, nos centros consumidores

Através do Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011, o Governo Federal criou a Rede de Atenção Psicossocial. Dentre os seus compromissos ela deverá atender as pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, *crack* e outras drogas. Para tanto, esta Rede de Atendimento será estruturada da seguinte forma: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização, Estratégias de Reabilitação Psicossocial.

Dentro de Atenção Básica em Saúde, temos os seguintes componentes: Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Consultório de Rua, Apoio aos Serviços do componente, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência e Cultura.

Enquanto a Atenção Psicossocial é composta por Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades, abaixo discriminadas:

- Os Centros de Atenção Psicossocial I (CAPS I) têm como objetivo atender as pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de *crack*,

---

<sup>28</sup> Ibidem.

álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes;

- Os Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II) buscam atender as pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes;
- Os Centros de Atenção Psicossocial III (CAPS III) visam atender as pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes;
- Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) atendem adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes;
- Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD III) atendem adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes;
- Os Centros de Atenção Psicossocial i (CAPS i) atendem crianças e adolescentes com prioridade para sofrimento e transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de *crack*, álcool e outras

drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.<sup>29</sup>

Já a atenção Hospitalar busca os usuários com Transtornos Mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas, com internações de curta duração, até a estabilidade clínica do usuário.

Em relação as Estratégias de Desinstitucionalização são elaborados projetos que visam a garantir às pessoas com transtorno mental, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, almejando sua progressiva inclusão social.

Uma dessas estratégias é o Programa de Volta para Casa (PVC) que vem a ser uma política pública de reabilitação e inclusão social que busca fortalecer o processo de desinstitucionalização. Foi instituído pela Lei 10.708 de 31 de julho de 2003, que prevê um auxílio reabilitação de caráter indenizatório para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência. Toda pessoa com mais de dois anos ininterruptos tem direito ao PVC. (BRASIL, 2011)

Nessa esteira de compartilhamento de responsabilidades, os Estados e Municípios, elaboraram seus planos de enfrentamento ao *crack*, buscando soluções adequadas às suas realidades e aos objetivos. Portanto, a fim de descentralizar e dividir compromissos, os governos estaduais ficaram incumbidos de desenvolver planos de combate a droga. Desta feita, o Governo da Bahia lançou em 11 de janeiro de 2012, o Plano Viver sem Drogas, que define políticas de prevenção ao uso de drogas. Serão abertas três frentes de trabalho: prevenção, conscientização e na reinserção social. Essa ação integra o programa Pacto pela Vida e contará com investimentos de R\$ 42 milhões. (BAHIA, 2012)

O Plano está dividido em quatro eixos. O primeiro é a ampliação da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), para enfrentamento ao abuso de *crack* e outras drogas. O segundo eixo são as comunidades terapêuticas, que também terão os recursos ampliados a fim de aumentar as vagas para atender aos usuários de *crack* e outras drogas. (BAHIA, 2012)

---

<sup>29</sup> Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/plano-integrado/conceito-dos-eixos>, acessado em 09/06/13.

O terceiro é a integração e qualificação das redes de assistência social, ensino público estadual, segurança pública e justiça, para a prevenção e reinserção social de usuários, com ações nas áreas de Comunicação, Educação, Esporte e Cultura, através de parceria com a sociedade civil.

Por último, o apoio aos familiares que convivem com esta realidade também é um dos principais objetivos da iniciativa. Para isso, será priorizada a criação de uma rede de atendimento para atuar de forma mais sistematizada no acolhimento, tratamento e reinserção de usuários. (BAHIA, 2012)

As Comunidades Terapêuticas no Brasil, com o passar dos tempos, muitas delas passaram a ter profissionais especializados, médicos, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, etc., que foram incluindo novas técnicas ao repertório terapêutico. Mas o que difere as Comunidades Terapêuticas das outras formas e ambientes de tratamento é a abordagem comunitária como instrumento primário e facilitador do crescimento e da mudança individual. Enquanto existem instituições com bom padrão de serviços e organização, noutras predominam o aspecto negativos, como por exemplo, o fundamentalismo religioso, a exploração de trabalho sob a égide do conceito da “laborterapia”, a gestão por grupos focados no lucro ou por indivíduos com mentes pouco sadias. (DAMAS, 2013)

Estima-se que em algumas regiões do Brasil, até 80% das pessoas com transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias realizem tratamento em Comunidades Terapêuticas. No entanto, existem obstáculos ao bom funcionamento das comunidades terapêuticas, como, por exemplo, o interesse financeiro e a busca de lucro, quando estes se mostram acima da motivação e do comprometimento de fazer um bom trabalho. (DAMAS, 2013)

Em suma, constata-se que, paralelamente à política atual de fechamento de leitos psiquiátricos, existe uma política pública de incentivo aos leitos em comunidades terapêuticas, que merecem atenção, devido a grande relevância do problema das drogas na atualidade.

O governo paulista inovou ao lançar, em 09 de maio de 2013, “o Cartão Recomeço”, que terá um custo de R\$ 4 milhões mensais e validade de 180 dias, o qual não poderá ser renovado. Tem como objetivo o pagamento de clínicas especializadas para recuperação de usuários de drogas maiores de 18 anos. O

cartão terá um crédito de R\$ 1.350 mensais para o pagamento dos abrigos e unidades terapêuticas. As famílias dos viciados poderão escolher em que unidade eles serão internados. O benefício começará a ser distribuído em 60 dias. (TATIANA, 2013)

Após passarmos pela historicidade do internamento, do percurso institucional e da cronologia legislativa encetaremos na polêmica que englobam a temática do internamento compulsório das usuárias de *crack*.

#### 4.3 EM BUSCA DE RESPOSTA: A QUESTÃO DO INTERNAMENTO

Os fatos históricos oscilam, dependem da convergência de alguns fatores para ressurgirem com uma nova roupagem, mas com a mesma essência. Para tanto, buscamos perpassar por alguns dados históricos, a estrutura jurídica que se foi desenhando ao passar dos tempos e ações institucionais para evidenciar a imprescindibilidade de confrontarmos o passado com presente e, a partir da constatação, produzir novas possibilidades para mudar a nossa situação atual.

Observamos que alguns fatos acontecidos outrora podem repetir-se com uma nova maquiagem, por isso que devemos nos acautelar. Percebemos que o nazismo, almejando a eugenia, nutrido de idéias discriminatórias está (re) conquistando adeptos, conforme entrevista concedida por Adriana Dias para Débora Lopes da Revista Vice On-Line:

São jovens que têm graves problemas familiares e de sociabilização, e eles procuram nesses grupos a resposta por que eles não dão certo na vida. Nos grupos, é dito que eles não dão certo porque alguém já ocupou o lugar que seria deles. Isso é uma grande preocupação da antropologia. O neonazista acredita que existe um lugar natural para a raça branca que é a liderança sobre as outras raças. A mídia, segundo o neonazista, é toda judaica, pois construiu um perfil de um negro quase herói no Brasil – porque ele vence no esporte, na música. Então é preciso destruir o judeu e o negro — é preciso eliminar a ameaça nordestina para que o natural, que seria o lugar do jovem ariano, se recupere. É uma paranóia construída atrás da outra. (LOPES, 2013)

Todavia, entre esse dois episódios, o nazismo e neonazismo, foram desenvolvidos mecanismos com intuito de frear ou inibir o ressurgimento dessas

práticas, uma delas foi à criação da Organização das Nações Unidas (ONU), tendo como um de seus pilares os Direitos Humanos.

Nessa mesma direção, na Idade Média, apontado no livro de Michel Foucault, *“A História da Loucura na Idade Clássica”*, aconteceu o alijamento de grupos sociais, como desempregados, mendigos, e outros por serem etiquetados como “loucos”.

No Brasil, também tivemos esse momento de segregação, em 1852, com a criação do Hospício Imperador Dom Pedro II, teve o marco inicial da institucionalização da loucura no Brasil, anos depois, vieram as denúncias de violências nos manicômios e da mercantilização da loucura.

Portanto, geralmente após as grandes crises são criadas respostas à sociedade. Desta feita, começou a formação de política antimanicomial no Brasil, culminado com a lei nº 10.216, de 2001, dispondo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais que redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Agora com o surgimento do *crack*, as bandeiras favoráveis ao isolamento voltaram a tremular com muitos simpatizantes, através de legitimação de poderes da União. Deste modo, devemos olhar com ponderação, analisando os pontos positivos e negativos, não adotando posturas maniqueístas e ideológicas extremadas do “a favor” ou “contra”.

Sabemos que os resultados dos tratamentos ainda são incipientes, e contraditórios, às vezes temos a sensação de uma disputa de cabo de guerra, onde grupos de opiniões divergentes puxam para lados opostos, e na realidade deveriam está na mesma direção, conforme a lei da física: forças em sentido contrário se anulam no mesmo sentido se somam. Claro que a discussão ajuda ao crescimento e ao aperfeiçoamento de percepções. No entanto, o temeroso é o posicionamento oportunista e parcial da alguns grupos. Assim, quem acaba perdendo é sociedade como um todo.

O ponto mais complexo é saber qual o momento da internação, quem deve e se devem ser internado, pois não devemos colocar todos no mesmo “saco”, pois cada tratamento deve ser individualizado e analisado por profissionais

especializados e não por pessoas com vícios de conhecimento, contaminados pelo senso comum, ou pior, com objetivos mercantilistas.

Deste modo, definir o modelo mais adequado para os indivíduos usuários/dependentes vai depender do seu grau de comprometimento com a droga, pois existem aqueles que são apenas usuários, ou seja, uso de forma esporádica, num contexto recreativo, no caso do *crack* é mais difícil existir este tipo de usuário.

O modelo ambulatorial, conforme Silveira 2012 *apud* (NASSIF, 2012) seria o mais eficaz na maioria dos casos, sendo acompanhado por uma equipe multidisciplinar, “onde o paciente aprende a se manter abstinente convivendo em sociedade”.

Observa-se a existência de um grande número que não consegue a abstinência, nesse caso pode-se pensar em política de Redução de Danos, visando uma diminuição da frequência de uso, diminuindo as vivências nos contextos de risco. Pois o objetivo que norteia a saúde pública é que esse usuário possa retornar a sua vida diária, com seus afazeres normais.

A pena de morte existe no Brasil, apenas em casos especiais e como medida extrema, conforme o “art 5º XLVII - não haverá penas: a) de morte, salvo em caso de guerra declarada, nos termos do art. 84, XIX;” buscando uma similaridade, o que quero dizer que a internação compulsória existe e deve ser utilizada, mas em caso que requer uma intervenção imediata, com escopo de salvar a vida daquela pessoa, ao contrário da pena de morte, colocando a salvo do risco de morte.

No mesmo lado da corda, a psicóloga (CAPPONI *apud* LOCCOMAN, 2012), esclarece que apesar da dependência do *crack* ser de 0,05%, São Paulo, ou seja, bem inferior aos dependentes da álcool que se encontra no patamar dos 12% dos paulistanos, ainda sim, está sendo tratado em todo Brasil, nos últimos anos, como epidemia<sup>30</sup>, com intuito de justificar a internação compulsória.

Agora no outro extremo, existem os que consideram o internamento compulsório eficaz e, que a política de Redução de Danos não é adequada para o

---

<sup>30</sup> O termo "epidemia", proveniente do grego (epi, sobre, e demos, povo), designa o aparecimento súbito de uma doença infecciosa que se propaga durante um determinado período de tempo por uma determinada zona geográfica, afetando um número significativo de pessoas.



*crack*. Tendo a necessidade de mais tempo para a internação, aproximadamente, de seis meses a um ano.

[...] Cabe considerar aqui que modelos preventivos de abordagem, **do tipo redução de danos, parecem apresentar pouco resultado nessa população de usuários**. Medidas como cachimbos descartáveis ou outras estratégias que se baseiam predominantemente na manutenção de uso seguro - bastante aceitáveis em outras modalidades de uso de substância - não apresentam eficácia comprovada em usuários de *crack*. (grifo nosso) (KESSLER, 2008, p.97)

[...] partindo inicialmente de ambiente psiquiátrico localizado em hospital geral e se estendendo para um modelo de atendimento baseado em comunidades terapêuticas fechadas ou com alto grau de intensidade de tratamento. (KESSLER, 2008, p.97)

Neste diapasão, o novo modelo hospitalar, cada vez mais em vigor, está voltado, sobretudo para o manejo de crises agudas e para a desintoxicação. A duração média preconizada é de duas a quatro semanas, tempo minimamente desejável para que os usuários possam ser avaliados quanto à presença de dependência e de outras comorbidades, para que participem de atividades capazes de motivá-los para o tratamento e para que a família possa ser localizada, ouvida, orientada e sensibilizada, com o intuito de se elaborar um plano de tratamento minimamente eficaz. (MOREIRA, 2012).

A sobriedade ao abordar a questão é de suma importância, primeiro não confundir usuário com dependente, e nem tão pouco com traficante, pois na tentativa de fragilizar um lado e draconizar o outro, pode, e muito, dificultar ou talvez, impedir um desenvolvimento de melhores mecanismos de apoio.

Não se está aqui a defender a maior severidade penal com o usuário ou, ao reverso, o abrandamento absoluto com os atos de traficantes, o que se quer é revelar as minúcias legais que forjam lentamente um quadro excludente que se inicia na realidade social e é repassada para a legislação. (BIZZOTO, 2010, p.13)

O discurso médico-sanitário (estereótipo da dependência) e o discurso político-jurídico (estereótipo da criminalidade). Ambos proliferam a ideologia de diferenciação entre consumidor-doente e traficante-delinquente, mantendo na contemporaneidade o padrão e a dinâmica das leis penais, processuais penais e executivas no campo dos entorpecentes. (CARVALHO, 2010, p.295)

Assim, o sucesso desta iniciativa, como qualquer intervenção médica responsável, depende do acerto entre a medida usada e as necessidades do

paciente. Qualquer atividade de atenção e reinserção social exigem a observância de princípios legais, como o respeito ao dependente de drogas ou álcool, a definição de projeto terapêutico individualizado e o atendimento, ao doente e a seus familiares, por equipes multiprofissionais (cf. art. 22, da lei 11.343/06). São raríssimos os casos de adictos ativos que conseguiram se libertarem sem o auxílio da família ou de terceiros, o que não significa que todos precisem de internação. Esta alternativa, de caráter extremo, deve ser sopesada por equipe profissional habilitada, de acordo com o grau de dependência do paciente, com a gravidade dos transtornos que ele apresenta suas peculiaridades socioculturais, o nível de comprometimento familiar na busca da cura, a insuficiência de medidas anteriores menos agressivas etc.

A existência de um doloroso problema, contudo, não pode servir para justificar e encobrir equívocos. É fundamental que a construção dos instrumentos legais esteja pautada pelas garantias constitucionais. Os valores da dignidade humana e da igualdade concreta precisam ser utilizados para desvelar os sentidos linguísticos e simbólicos que tanto auxiliam na manutenção da inércia social. (BIZZOTO, 2010, p.3)

Por isso que devemos nos desvestir de paixões, pois a internação é, quase sempre, invocada pela família como o primeiro e único recurso para saída da crise gerada pelo comportamento de um de seus membros. E, no entanto, o tratamento somático e psicossocial bem realizado, no plano doméstico ou ambulatorial, é capaz de inibir o uso das drogas lícitas ou ilícitas, manejarem a fissura, orientar sobre as possíveis recaídas e recuperar pessoas.

Em outro olhar, há casos que a internação é a única ou última possibilidade para um tratamento eficaz. Muitos são inaptos para aquilatar a própria dependência e a nocividade de seu comportamento. E, mesmo quando alcançam esse entendimento, não aceitam qualquer tipo de ajuda. Atribuem a ideia de intervenção alheia, mormente sob a forma de internação, a desvarios de quem a sugere. A insistência nesta tecla potencializa a agressividade dos dependentes e gera episódios agudos de crise. Paralelamente, a desorientação dos familiares desemboca, quase sempre, na resposta igualmente violenta (berço de grandes tragédias familiares), na omissão (o doente recebe o anátema de “caso perdido”) ou na busca desesperada pela internação compulsória, tábua de salvação idealizada para o dependente e demais pessoas que com ele convivem.

Para os dependentes químicos, principalmente, as(os) usuárias (os) de *crack* a postura refratária ao tratamento e a resistência integra o quadro da doença. Por isso, dependendo do caso o internamento compulsório ou involuntário, pode ser considerado uma possibilidade. Mas esse tratamento deverá ser efetuado, com intuito tirar a usuária da crise compulsiva, e não prolongar o tratamento, pois a dependente de *crack* deverá aderir ao tratamento, senão estará fadado ao insucesso.

No cotejo entre os direitos constitucionais do cidadão e a imperiosa necessidade de tratamento, a legislação permite que o juiz, com auxílio firmado por médicos peritos, possibilite ou imponha a internação. É o que alguns denominam “justiça terapêutica”.

Agora, transformar as políticas públicas, já previstas na legislação positivada, em exequíveis, demandam algumas dificuldades para sua efetivação. A primeira delas diz respeito às vagas nos estabelecimentos públicos adequados ao tratamento. As redes dos serviços de saúde pública têm obrigação legal de desenvolver programas de atenção aos usuários e dependentes de drogas, seja de forma direta, seja de forma indireta, destinando recursos às entidades da sociedade civil que não tenham fins lucrativos e que atuem neste setor. Todavia, há evidente negligência no cumprimento desta obrigação, o que redundava em permanente carência de vagas para internação. Mesmo havendo determinação judicial, não são curtos os períodos de espera dos que necessitam de tratamento.

Em razão disso, cresce o número de decisões obrigando o poder público a custear internações em serviços da rede privada de atendimento. Algumas dessas entidades recebem recursos de órgão federal (Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD) e se obrigam a prestar assistência gratuita a quem necessita. Além das vagas, os estabelecimentos devem estar devidamente aparelhados para receberem as pessoas, a fim de não criarem amontoados de doentes, precisando de atendimento. Outra situação é o acompanhamento por profissionais devidamente habilitados em lidar com esse público, pois as exigências são bem específicas.

## 5 REDUÇÃO DE DANOS: INSTRUMENTOS PARA UMA SAÍDA

"(...) ela se deitou sobre o balanço, apoiada sobre o estômago e com os pés no chão. Andava em pequenos círculos, torcendo as correntes do balanço o quanto podia. Levantava então seus pés do chão, fazendo com que as correntes do balanço se desdobrassem, numa grande velocidade, o que fazia com que ela girasse sobre si mesma

(...) No momento em que as correntes do balanço se desdobravam, a cabeça dela (...) passava a poucos centímetros dos pés de ferro do balanço (...) Eu poderia ter dito para ela parar de brincar, mas, obviamente, ela estava se divertindo muito com a brincadeira e gostando da sensação de ficar tonta (talvez próxima à de intoxicar-se?) (...) Assim, eu preferi dizer-lhe para dobrar bem a cabeça de modo que, quando ela rodasse, a mantivesse a uma margem segura dos pés do balanço.

(...)Havia uma clara decisão a ser tomada - proibição ou redução do dano, ou seja, proibir, o que não teria grande sucesso em se tratando de uma atividade prazerosa, ou reconhecer o valor da atividade para ela e tentar reduzir os riscos daí decorrentes e, com isso, prevenir o dano." (Pat O'Hare – "Redução de danos: alguns princípios e a ação prática", ano)

Ao conceituar Redução de Danos (RD), podemos verter o olhar de duas formas, uma de maneira ampla e outra de maneira mais estrita. A de forma estrita pode assim ser entendida:

"uma política de saúde cujos princípios e práticas, sem condicionar à abstinência, têm como objetivos reduzir os danos e os riscos relacionados ao uso de drogas, pautados no protagonismo da população alvo, no respeito ao indivíduo e no direito deste às suas drogas de consumo." (ANDRADE, 2011, p.3)

De acordo com o *Medical Subject Headings (MeSH) da United State National Library of Medicine*, "*Harm Reduction*" (termo introduzido no MeSH em 2003) ou Redução do Dano, no seu conceito mais amplo é "a aplicação de métodos projetados para reduzir o risco do dano associado a certos comportamentos, sem diminuição na frequência daqueles comportamentos".(IMESC/INFOdrogas, 2012, p.1)

Agora para a *International Harm Reduction Association (2010)*, "Redução de Danos se refere a políticas, programas e práticas que visam primeiramente reduzir as consequências adversas para a saúde, sociais e econômicas do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente reduzir o seu consumo. Redução de danos

beneficia pessoas que usam drogas, suas famílias e a comunidade". (IMESC/INFOdrogas, 2012, p.1))

Frequentemente, os termos Redução do Risco ou Redução do Dano são usados como sinônimos. O risco se relaciona à possibilidade de que um evento possa ocorrer, o dano deve ser visto como a ocorrência do próprio evento. Desse enfoque, evitar o dano seria uma atitude mais pragmática do que evitar o risco (nem sempre ocorre necessariamente um dano, em uma situação onde há risco). (IMESC/INFOdrogas, 2012)

## 5.1 MARCO INICIAL E APLICAÇÃO DA REDUÇÃO DE DANOS

O marco inicial da Redução de Danos (RD) foi uma decisão, sobre opiáceos a fim de auxiliar no tratamento de dependentes de ópio, tomada na Inglaterra, em 1926, sendo este o primeiro passo na direção da construção de uma estratégia de redução de danos. Foi considerado como primeiro passo porque foi naquele momento da história moderna que se viu a dependência de drogas de outra perspectiva que tratava a dependência como situação complexa devendo ser abordada através de estratégias múltiplas e particulares. (VALÉRIO, 2010)

Com as doenças Hepatite B e AIDS, sendo transmitidas através de seringas compartilhadas por usuários de drogas injetáveis, que foi retomado o movimento de revisão na maneira de enfrentar o uso de drogas, por volta dos anos 80.

O primeiro programa de troca de seringas ocorreu na Holanda em 1984, que desenvolveu uma estratégia sistematizada de redução de danos, isto é, através da instrução dos usuários de drogas de como se prevenir de doenças ao usar drogas e da troca de seringas apoiada pelo governo, e logo depois se espalhou pelo resto do continente europeu. Foi um meio de controlar as epidemias, de Hepatite B e a AIDS, em um grupo até então marginalizado - o dos usuários de drogas, principalmente injetáveis. (VALÉRIO, 2010)

Nesta esteira, a Redução de Danos (RD) evoluiu através de uma política contrária ao modelo higienista vigente. A fim de propiciar, aos usuários de drogas, espaço para se organizar e reivindicar seus direitos. A força política da RD se

intensificou, ainda mais, ao longo dos anos 90 com as conferências mundiais de Redutores de Danos, realizadas anualmente em diversos países.

Na contramão da política de Redução de Danos, foi criada no Brasil, em 1998, a Secretaria Nacional Anti-Drogas (SENAD), ligada diretamente ao gabinete militar e adotando uma abordagem baseada na guerra às drogas proposta pelo governo estadunidense em 1989, em uma convenção sobre entorpecentes realizada pela ONU. Antes da criação da SENAD, a Redução de Danos no Brasil não teve muito espaço frente à política orientada para a abstinência como único caminho e que objetivava a erradicação das drogas.

No entanto, alguns setores como a coordenação nacional DST/AIDS já buscavam uma organização maior a fim de implantar programas de RD no país desde 1989, mas somente em 1995, em Salvador (BA) que foi efetivamente implantado o primeiro Programa de Redução de Danos (PRD) do país, que passou então a realizar a troca de seringas para usuários de drogas injetáveis. (VALÉRIO, 2010)

A partir daí a RD veio crescendo com o apoio do Ministério da Saúde e pela crescente organização dos redutores de danos e usuários de drogas em movimentos políticos, desembocando na constituição das Associações Municipais e Estaduais de Redutores de Danos, além da constituição da formação da ABORDA (Associação Brasileira de Redutores de Danos) e a REDUC (Rede Brasileira de Redução de Danos) que vêm intervindo intensamente no sentido de construir uma força política capaz de enfrentar os saberes constituídos, alterando a dinâmica das redes de poder e assim também a realidade dos usuários. (ANDRADE, 2011)

As ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, estão reguladas pela Portaria nº 1.028 de 1º de julho de 2005.

Art. 1º Determinar que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria.

Art. 2º Definir que a redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, desenvolva-se por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo.

## 5.2 PROGRAMAS E INSTITUIÇÕES PROMOTORAS DA REDUÇÃO DE DANOS EM SALVADOR

(...) Pintam-se as drogas ilícitas como a representação do demônio, atribui-se a elas poderes e efeitos para além de suas possibilidades farmacológicas, e difunde-se que elas são todas terrivelmente iguais em suas capacidades de causar dependência.”

**“O consumo de drogas reproduz o mito de Adão e Eva**, onde agora a maçã que os faz expulsos do paraíso é a droga ilícita, às vezes um cigarro de maconha parcialmente utilizado. Experimentar um cigarro de maconha se constitui um ato cujas vicissitudes não se pode prever, é verdade, mas que na maioria das vezes não volta a se repetir ou, se acontece, é de forma temporária e sem maiores repercussões na vida pessoal. (ANDRADE, 2004, p. 4-5)

A Redução de Danos, hodiernamente constitui uma estratégia de saúde pública, sendo apoiada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e outros organismos das Nações Unidas. Ao contextualizar a importância dessa estratégia, Bucher (1995, p. 28), defende que “é inconcebível deter-se na prevenção às drogas, esperando alcançar resultados, enquanto danos maiores advindos do seu uso se espalham rapidamente”.

Contudo, seus resultados têm despertado entendimentos ainda mais abrangentes do que RD significa e pode significar, dando origem a uma noção de Redução de Danos Ampliada.

[...],ou seja, uma ação que busca a interface com os diversos setores (judicial, educacional, saúde, entre outros) e com uma lógica que possa ser aplicada nas diferentes demandas sociais, e não apenas na saúde. (VINADÉ apud CONTE, 2004, p.69).

O Ministério da Saúde assegura que a Redução de Danos desenvolvida entre Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) mostra-se eficaz e, portanto, em condições de ser ampliada junto a usuários de outras drogas, tais como álcool, *crack*, tabaco, tanto no tocante à disponibilização de insumos para uso seguro, quanto no fortalecimento do protagonismo, desses consumidores, para a realização de ações entre pares e sua participação na formulação de políticas públicas, estratégias de comunicação e elaboração de materiais educativos (SENAD/CEBRID, 2005).

Há necessidade de ressaltar que as abordagens são distintas, enquanto com usuários não dependentes de drogas a RD vai agir, principalmente, no sentido de evidenciar os riscos presentes no uso e orientar o usuário para minimizar tanto os danos físicos quanto os danos sociais relacionados ao uso de drogas. Em contrapartida, com usuários dependentes a situação torna-se mais complicada: trata-se de usuários que não têm controle sobre o uso da substância. Desta maneira, a ação deve ser orientada no sentido de restabelecer o controle do sujeito sobre uso de drogas, bem como auxiliar na formulação de uma eventual demanda de tratamento. (ANDRADE, 2011)

As usuárias e usuários de *crack* têm características próprias, com suas singularidades e complexidades. As vulnerabilidades afloram em níveis significativos, à vista disso é necessário exemplificar: No momento do uso do *crack* é primordial a substituição da lata por cachimbo, devido à temperatura que a lata atinge, provoca queimaduras nos lábios e nas pontas dos dedos, e ainda, o usuário acaba absorvendo parte do metal da lata, prejudicando seu Sistema Nervoso Central (SNC).

Outro caso, relevante é a fissura que vem a ser um desejo escravizante, cujos usuários e usuárias de *crack* vendem seus corpos em troca da pedra, conseqüentemente a distribuição de preservativos, a fim de reduzir os riscos de DST/AIDS, é de suma importância. Por outro lado, diferentemente dos Usuários de Drogas Injetáveis (UDIs), que a seringa poderia ser reutilizada pelo próprio usuário, a demanda por preservativo é muito alta, haja vista que no contexto do *crack*, o número de relações sexuais é excessivo (durante a dissertação comento o assunto), e nem sempre eles/elas fazem uso deste dispositivo de segurança, acabam vendendo por preços irrisórios ou desconsiderando a sua importância, por ignorância ou por força da exigência do parceiro. Portanto, nessas circunstâncias, é imperiosa a presença do Redutor de Danos, investindo na conscientização e educação dessa população.

[...] Na minha experiência, pude perceber que o apreço em relação ao meu trabalho, assim como o respeito à minha pessoa são mais efetivos em campos onde a vulnerabilidade social é maior. Quando se trata de usuários de *crack*, é necessário ressaltar a falta de assistência do Estado sofrida por eles. Há uma negação de direitos relacionados à saúde, educação, moradia, entre tantos outros. Com base nisto, acredito que a figura do redutor de danos, somente por quebrar essa lógica de desassistência, já ganha o respeito e a consideração dessas pessoas. (CRUZ, 2011, p.4)



É importante destacar que a Redução de Danos, não é tratamento, “quer dizer, pode ser entendida como uma prática que visa a possibilitar o direito de escolha e a responsabilidade da pessoa diante da sua vida” (CONTE et al, 2004, p. 62) não trabalhando na causa, e sim nos efeitos. Destarte, não centra sua atenção na doença. No caso do *crack*, devem ser concomitantes as formas de tratamento previstas na Rede de Atenção Psicossocial.

Os Redutores são profissionais que trabalham com Redução de Danos, munidos de informações e insumos de acordo com a realidade do local a ser visitado, atuam através da divisão do território em áreas, as quais possuem características próprias, normalmente à tarde, pois as pessoas que se tem como objetivo estão dormindo na parte da manhã, tendo em vista que à noite devido as situações de vulnerabilidade passam acordadas. Os redutores são identificados através da camisa e crachás da Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti/Universidade Federal da Bahia (ARD-FC/UFBA). (CRUZ, 2011).

Os locais de abordagens são bem distintos uns dos outros, podem ser ao relento, em lugares com grande circulação de pessoas, relativamente limpos ou com as condições de higiene bem precárias.

Como a predominância de rotularmos a todos estabelecendo estigmas, os usuários de drogas, ao contrário do que se pensa, não tem um perfil ou tipo físico específico, assim como não estão, todos, em conflito com a lei. (CRUZ, 2011). Eles são diferentes entre si, e até mesmo quando se trata de uma mesma categoria, a exemplo, prostituição, há divergências substanciais no que se refere ao perfil das profissionais do sexo, ao nível de escolaridade, ao cuidado com o corpo e higiene básica, entre outros fatores. Quanto ao tráfico de drogas também são diferentes uns dos outros, sendo que uns são comandados por mulheres, outros por jovens rapazes; ficando muitas vezes difícil distinguir quem está no comando. Perceber esta diferença auxilia o redutor de danos a realizar um trabalho mais individualizado, percebendo as reais demandas do campo e das pessoas que ali se encontram.

Ao começar desenvolver seu trabalho como redutora, Cruz tinha o olhar do senso comum, acabou reconstruindo a sua percepção:

Antes de começar o meu trabalho na ARD-FC, acreditava que a Redução de Danos consistia unicamente na troca de seringas utilizadas para injetar cocaína na veia. Porém, com a aproximação teórica e prática do campo,

assim como ao ouvir as histórias dos redutores antigos, eu pude modificar algumas impressões errôneas que eu tinha. Logo de início, obtive a informação de que a realidade de uso das ruas do Centro Histórico não envolve mais o uso de drogas injetáveis, mas que o que prevalece é o uso de crack. Passei a entender que até mesmo essa transição do uso da cocaína injetada, conhecida como “pico”, para o uso do crack pode ser encarada como uma redução nos danos à saúde. Isso porque o uso do crack é menos invasivo e não envolve riscos em relação à transmissão do HIV pela sua forma de uso em si; apesar de ser um fator que pode vir a propiciar a prática de sexo não seguro, mas o mesmo já ocorria com os injetáveis. (CRUZ, 2011, p. 8)

A Redução de Danos tem como um dos pontos cruciais, o respeito pelo usuário de drogas, estabelecendo como princípio:

Os princípios de RD também se constituem referência importante para o trabalho comunitário em geral. O respeito pelo direito dos usuários de drogas às suas práticas pelas suas condições de vida e pela cultura dos ambientes onde vivem é o princípio que pode também conferir a eficácia desejada à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST), gravidez precoce, violência, crianças vivendo nas ruas e outros problemas sociais. Medidas que tomem como ponto de partida às condições de vida, as dificuldades e possibilidades de cada uma destas populações – portanto em sintonia com os princípios de RD – estarão muito mais propensas ao sucesso do que aquelas adotadas verticalmente no sentido de fazer desaparecer cada um destes problemas sociais. Estas últimas têm sido as práticas predominantes em países capitalistas e com princípios de cidadania incipientes, onde a miséria social, mais que consequência da concentração de renda, é vista sobretudo pelos que nela não estão incluídos como determinante dos males que atingem a todos (ANDRADE, 2004, p.10-11).

### 5.3 CONSULTÓRIO DE RUA E INSTITUIÇÕES: PARCERIAS E PROJETOS

O Consultório de Rua (CR) é Parte integrante do Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas (PIEC), instituído pelo Decreto Presidencial nº 7179 de 20 de maio de 2010, o qual constitui importante dispositivo público componente da rede de atenção substitutiva em saúde mental. Tendo como escopo atender pessoas em estado de vulnerabilidade, crianças e adolescentes em situação de risco e fragilidade social, através da atuação de uma equipe profissional multidisciplinar formada por médicos, psicólogos, assistentes sociais, pedagogos e redutores de danos, este é o principal objetivo, que utiliza como suporte um ambulatório móvel que vai até os locais onde se concentra o público-alvo do projeto. E, como a sua principal característica, oferecer cuidados no próprio espaço da rua,

preservando o respeito ao contexto sócio-cultural da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A inspiração veio quando Nery Filho, no início dos anos 90, então doutorando de Sociologia, em Paris, conheceu a ONG Médicos do Mundo, organização francesa formada por profissionais de saúde que atendem pessoas em situação de vulnerabilidade social, como moradores de rua e profissionais do sexo, através de um ônibus equipado como clínica. (OLIVEIRA, 2009)

No conjunto dos moradores de rua insere-se um sem números de usuários de substâncias psicoativas, que ocupam o espaço público como uma forma de habitar o universo mais próximo da rede de sociabilidade em torno do consumo de drogas. Muitos não foram para a rua com o propósito de usar, mas, estando no contexto da rua, passam a utilizar drogas como meio de inserção no grupo de rua, visto a desagregação familiar e social que já ocorreu. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

No final da década de 90, houve renovação do centro histórico, onde vieram os turistas, com eles os moradores de rua atraídos pela possibilidade de receber pequenas contribuições e esmolas. Dentre esses subgrupos, as crianças e adolescentes constituem uma parcela importante dos excluídos sociais. Convivendo em lares impregnados de violências concretas e subjetivas, inúmeras crianças saem às ruas em busca do alívio das tensões familiares ou de ajuda financeira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Coincidiu com a chegada do *crack*, provocando o aumento da gravidade dos riscos e vulnerabilidade observados no dia a dia dos meninos e meninas, para manter o uso compulsivo da droga.

A Secretaria de Trabalho e Desenvolvimento Social do município buscou uma forma mais adequada de solucionar o problema das crianças, sem a alternativa de retirada compulsória dessa população. A partir deste contexto histórico foi feita uma parceria com o CETAD/UFBA, com a disponibilização de recursos que puseram em prática o Consultório de Rua, na tentativa de uma aproximação e abordagem mais flexível e adequada a este público específico. (OLIVEIRA, 2009).

No decorrer dos oito anos seguintes houve apoio do Ministério da Saúde, Secretaria Nacional Sobre Drogas - SENAD, Secretaria de Combate à Pobreza e Secretaria do Trabalho e Ação Social do Governo do Estado da Bahia (OLIVEIRA,

2009). Desde a experiência inaugural do primeiro Consultório de Rua de Salvador, esse projeto vem sofrendo ajustes conforme a dinâmica das exigências específicas do público alvo, ou seja, da população com vulnerabilidades sociais.

Em maio de 2004 o Consultório de Rua foi implantado no primeiro CAPS AD de Salvador, seguindo até dezembro de 2006. Diante ao grave cenário do uso de álcool e outras drogas por parte de uma população historicamente excluída, que tem a “rua” como seu lugar de existência em várias fases de sua vida, o Ministério da Saúde ampliou as ações de enfrentamento com a implantação de 35 Consultórios de Rua, em 31 cidades brasileiras, abrangendo todas as regiões, conforme mapeamento na figura abaixo:

**Mapa 01 – Consultórios de rua**



Fonte: Ministério da Saúde, 2010.

Durante a supervisão realizada pela Aliança de Redução de Danos, Serviço de Extensão Permanente da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA nos 14 Projetos de Consultório de Rua do SUS (PCR), financiados pelo Ministério da Saúde (MS) no ano de 2010, foram detectadas dificuldades:

1. falta do conhecimento necessário à abordagem da população alvo pelas equipes 2. dificuldades jurídicas e administrativas para a contratação de redutores de danos, comprometendo as atividades de campo, 3. falta de repasses dos recursos recebidos do MS ao projeto por alguns gestores municipais; 4. falta do veículo necessário às ações de campo, fundamental para o deslocamento da equipe e para a condução dos usuários com necessidade de encaminhamento a outros serviços de saúde e 5. falta de materiais para o trabalho de campo” (ANDRADE, 2011, p.6).

Para o Ministério da Saúde, o Projeto de Consultório de Rua do SUS (PCR) para ter êxito, dependerá que a equipe se identifique com a causa, com o modelo de atenção focado no sujeito, ademais dependerá do apoio do município, ou seja, vontade política e acima de tudo com práticas humanizadas à população em situação de rua.

## 6 PESQUISA DE CAMPO: NARRATIVA E REALIDADES

Não são as más ervas que sufocam o grão, é a negligência do cultivador.

Confúcio

Após delinear, nas linhas acima, a problemática do *crack*, com suas interferências na mulher, na família e na sociedade, passaremos a abordar, neste capítulo, os depoimentos das vivências de cada mulher com seus reflexos e experiências.

Destarte, para este capítulo deve-se retomar os princípios norteadores dessa dissertação e adentrar agora na abordagem metodológica e resultados das análises das entrevistas realizadas com usuárias de *crack* e cuidadores de instituições de internamento. Vale aqui lembrar que o objetivo é analisar as relações familiares e identificar as vulnerabilidades das usuárias de *crack* de Salvador, colhendo relatos de suas experiências em relação ao uso. Buscou-se, sobremaneira, traçar o perfil sociodemográfico e padrões de uso das dependentes em *crack*, conhecendo melhor essa população, entrando em contato com o real, o vivido, a subjetividade, capturando o fenômeno como uma representação que se dá no cotidiano daquelas que estão inseridas por ele. Para atingir este desiderato, estabeleceu-se como objetivos específicos: investigar como as mulheres iniciam o uso do *crack*; identificar e demonstrar as violências e estigmas sofridos pelas mulheres usuárias de *crack*; analisar a farmacologia e as reações do *crack* no organismo da mulher e do feto; identificar as Políticas Públicas desenvolvidas para tratar essas mulheres e conhecer as relações familiares no contexto do *crack*.

### 6.1 APROXIMAÇÕES METODOLÓGICAS: MAPEANDO E OUVINDO SUAS VOZES

Participaram do estudo, de forma espontânea, mulheres usuárias/ dependentes de *crack*, sendo quatro internas em dois Centros de tratamento para

dependentes químicos, na Região Metropolitana de Salvador, e uma no pós-tratamento, tendo os perfis conforme quadro a seguir:

**Quadro 2 – Caracterização das Usuárias entrevistadas**

DADOS	IDENTIFICAÇÃO				
	R(24)	P(30)	L(35)	R(41)	J(54)
Tempo de internamento	48 dias	30 dias	48 dias	05 dias	42 dias
Quantas vezes foi internada	1 vez	2 vezes	1 vez	4 vezes	1 vez
Idade (em anos)	24	30	35	41	54
Grau de Escolaridade	Médio incomp.	Médio completo	Médio	Médio	Superior
Classe Social	Média	Média Alta	Média	Média	Alta
Estado civil	Solteira	União estável	Solteira	Casada	Separada
Filhos	Não	01	03	03	02
Tempo de uso de crack	04 anos	11 anos	1 ano	08 anos	03 meses
Droga de entrada	Álcool	Álcool	Cocaína	Cocaína	Maconha
Processo de internamento	Voluntário	Voluntário	Voluntário	Voluntário	Compulsório <sup>31</sup>
Sofreu violência	Sim	Sim	Sim	Não	Não
Sentiu discriminada	Sim (amigos)	Sim	Sim (filho)	Sim (família)	Não
Prática de atos ilícitos	Sim	Não	Sim	Não	Não
Prática de aborto	02 Abortos	Não	Não	Não	Não
Teve recaída	Sim	Várias	Não	03 Vezes	Não
Recebe visitas	Sim	Sim	Sim	Não	Sim

Fonte: Elaboração própria, 2013

Portanto, as usuárias são de classes média e alta, com grau de escolaridade entre médio e superior, idades entre 24 e 54 anos, estado civil variáveis, o tempo de uso da droga com nuances entre três meses a onze anos. Além dessas mulheres foram entrevistados dois profissionais que lidam com dependentes químicos.

A primeira entrevistada foi a R(24), que tem 24 anos, é solteira, sem filhos, não obstante praticou dois abortos, usa *crack* há quatro anos, começou a usar *crack* com o namorado e pertence a classe média. Vive com a mãe, contudo, não tem bom relacionamento com ela. Possui ensino médio incompleto. Já praticou furto para consumir o *crack* e vendeu o corpo em troca e foi estuprada nesse contexto.

<sup>31</sup>Durante a entrevista, relatou que havia sido internada voluntariamente. No entanto, segundo a Diretora Técnica do Centro de Tratamento ela foi internada compulsoriamente, devido ao fato de ter colocado em torno de dez traficantes dentro de casa. Uma das características dos usuários de droga é mentir ou dissimular, conforme a Diretora Técnica (J. D. S. N., 2013).

A segunda foi R(41), tem 41 anos, casada, possui três filhos, usa *crack* há oito anos. Foi introduzida pelo marido, pertence à classe média, vive com marido e a filha, os outros dois filhos já casaram. Possui ensino médio incompleto, fuma escondido da filha, o marido encontra-se “limpo”, permite que ela fume em casa enquanto a filha está na faculdade, dá R\$ 30,00 (trinta reais) por dia para ela comprar o *crack*, mas quando ele dorme, ela compra mais *crack* escondida. Conforme relato da usuária, ela não quer receber visitas porque não quer que ninguém a veja naquela situação.

A terceira foi J(54), tem 54 anos, separada, possui dois filhos, uma está no Rio de Janeiro e o outro saiu de casa quando descobriu que ela estava usando *crack*, é usuária recente (cerca de 3 meses), porém fuma maconha há 20 anos. Começou com o namorado na faculdade, pertence à classe alta, formada em Psicologia, exercia a profissão como psicóloga de crianças.

A quarta foi L(35), tem 35 anos, solteira, possui três filhos, um está com o pai na Argentina. Segundo consta é guarda compartilhada; o outro está com sua mãe e o terceiro ela perdeu a guarda. Pertence à classe média, possui ensino médio completo, ficou presa por seis anos, por tráfico internacional de drogas, na Espanha. Levou um tiro no rosto e com isso perdeu a visão de um dos olhos, já apanhou de um traficante, pois queria que ela tivesse relação sexual com um dos auxiliares dele. É usuária de *crack* há um ano.

A quinta foi a P(30), tem 30 anos, união estável, mas ela e o companheiro moram com a mãe dela, uma vez que tentaram morar sozinhos e o companheiro vendeu tudo de casa. Ele também é viciado, tem um filho que está na responsabilidade da avó materna. O filho é de um relacionamento anterior. Pertence à classe média alta, possui ensino médio completo, esta internação é voluntária, segundo ela começou a usar *crack* para emagrecer e tornou-se usuária há 11 anos. Teve várias recaídas.

Os roteiros de entrevista foram construídos especificamente para o fim da pesquisa que nos propomos, através de um conjunto de questões básicas formuladas a todas as entrevistadas (ver Apêndice B e C), sendo que o roteiro do Apêndice “B” foi elaborado para entrevistar os profissionais que atuam nas clínicas para dependentes químicos e o roteiro do Apêndice “C” foi aplicado nas usuárias de *crack*, de modo a permitir comparabilidade de respostas (JODELET, 2001). Outros



tópicos e questões foram aprofundados durante a entrevista de acordo com o discurso das entrevistadas, a fim de aumentar a compreensão do problema em investigação.

O roteiro de entrevista direcionado aos profissionais que atuam nas clínicas para dependentes químicos e às usuárias de *crack*, com perguntas abertas e algumas questões previamente padronizadas. Para profissionais que atuam nas clínicas para dependentes químicos (Apêndice B), continha os seguintes tópicos: nome da Instituição, função do profissional, qual é a demanda de atendimento de usuárias de *crack*, qual é o perfil da usuária da Instituição, qual é o processo de internamento, se existe algum quadro de violência sofrido por essas mulheres, envolvimento com atos ilícitos, se apresentam algum sintoma de doenças sexualmente transmitidas (DST/AIDS), casos de aborto associado ao *crack*, como classificam a dependência do *crack*, como é feito o tratamento (com a família/individual/grupo), como é feito o trabalho de reinserção social dessas dependentes, qual o índice de recaídas, a opinião sobre o Internamento Compulsório, a opinião sobre Redução de Danos. Para as usuárias de *crack*, o roteiro (Apêndice C) continha os seguintes tópicos: dados sociodemográficos, história de uso de *crack*, relações familiares e acompanhamento de familiares durante o internamento, quadro de violências, doenças sexualmente transmitidas, casos de aborto associado ao *crack*, envolvimento com atos ilícitos, processo de internamento, casos de discriminação. Algumas indagações consideradas mais polêmicas foram reiteradas ao longo da entrevista, de forma a testar a credibilidade das respostas das pesquisadas.

A realização das entrevistas com os participantes, tanto com os profissionais quanto as usuárias foram feitas após obtenção dos consentimentos prévios de participação na pesquisa, depois de terem sido esclarecidos os objetivos e detalhes da pesquisa. Nela o entrevistador procurou identificar, com a maior profundidade possível, a visão dos entrevistados sobre as questões colocadas, buscando objetividade em seu trabalho com o intuito de maior imparcialidade (VELHO, 2004). As entrevistas foram gravadas com a concordância prévia dos profissionais que atuam nas clínicas para dependentes químicos e as mulheres usuárias de *crack*, levando em média cerca de 50 minutos e marcando a confidencialidade e sigilo de dados que pudessem identificá-los de qualquer maneira. Ocorreram em local

apropriado para esse tipo de intervenção no Centro de Tratamento para Dependentes Químicos, onde as mulheres estavam internadas.

As entrevistas com as usuárias foram identificadas com um código alfanumérico, utilizando a letra inicial do nome da entrevistada e sua idade (exemplo: R24). Para os profissionais que atuam nas clínicas para dependentes químicos foi adotado as letras iniciais dos nomes (exemplo: P.S). Os relatos das entrevistadas são transcritos no decorrer da dissertação e destacados do texto, compondo vozes expressões de indivíduos que enfrentam ou enfrentaram situações de vulnerabilidades e de rupturas nos laços familiares.

Para a análise das entrevistas, foi adotado os seguintes passos: leituras das entrevistas, de modo a entrar em contato com o material; preparação do instrumento, desmembrando e agrupando das entrevistas de acordo com os tópicos e questões, e, a partir da análise desse conteúdo, procedeu-se à categorização dessa informação, identificando-se tipos de comportamento diferentes e semelhantes entre as entrevistadas; e tratamento dos resultados, que permitiu colocar em destaque as informações obtidas, por meio de operações simples. A partir daí foram feitas inferências, interpretações e hipóteses em relação ao tema investigado (MINAYO, 1993).

## 6.2 PARA ALÉM DO *CRACK*: SUAS VIDAS, SUAS TRAJETÓRIAS

A coleta de dados e a escuta dessas integrantes do mundo do *crack* revelam para além das drogas, vidas desfeitas, sem rumo, de experimentação desde a juventude, de múltiplas violências e violações. Por isso mesmo, os resultados dessa pesquisa de mestrado se traduzem não somente nas transcrições, mas nas problematizações e lacunas que existem quanto à temática. Para as mulheres, o *crack* pode ser um “convite”, mas transforma suas vidas, relações familiares e as mantém em um estado de letargia, de falta de confiança na construção de um futuro, de fortalecimento de afetos e vivências com entes familiares e amigos. As transforma em indivíduos em constante tratamento, conforme observa-se a seguir:

Segundo a assistente social J. D. S. N. que coordena o corpo técnico do Centro de Recuperação, onde foram realizadas quatro entrevistas, a mesma informou que nos últimos cinco anos a demanda de *crack* vem crescendo de forma assustadora: “por exemplo, dos 36 residentes hoje (abril de 2013), 20 são usuários de *crack*, sendo 17 homens e 3 mulheres. Desse grupo, temos: médico, delegado, advogado e tantos outros profissionais”.

Um relato que chamou atenção do P. S<sup>32</sup> foi um caso *sui generis* de “um médico que começou usar o *crack* para provar que dominaria a droga. Acabou sendo dominado e hoje está internado para tratamento”.

Os dados foram coletados entre cinco mulheres usuárias de *crack* internadas em dois Centros para tratamento de dependentes químicos, na Região Metropolitana de Salvador. Apesar da análise dos dados ter demonstrado que o comportamento identificado entre essas mulheres era semelhante, notam-se algumas características que devem ser salientadas. Ademais, vale ressaltar que em uma pesquisa ampliada e mais diversificada geograficamente também poderia haver outros resultados e detalhes, não sendo neste momento do Mestrado a oportunidade de aprofundamento de tal assertiva.

### **Classe Social**

Podemos observar que o *crack* atingiu a todos os grupos sociais, independente de idade, profissão, poder econômico, estado civil e sexo. Assim, torna-se temeroso afirmar que é uma droga dos pobres. Como relatam as entrevistadas:

“Moro numa casa com vários quartos, tem piscina, no bairro nobre de Salvador, vaga para vários carros na garagem, coloquei dez traficantes dentro de casa, não pago nada pela pedra.” (J54)

“Quando eu quero a pedra saio, vou à boca e compro, esqueço de tudo, não penso em nada, antes eu não sabia comprar, pedia para um taxista, ele ia à boca e me cobrava R\$ 20,00 por pedra, sendo que cada uma saía por R\$ 5,00” (L35)

“[...] meu avô quando morreu deixou dois apartamentos, vivo de renda dos aluguéis”. (L.35)

---

<sup>32</sup> Psicólogo, coordenador do programa de desintoxicação de uma Clínica privada em Salvador – BA e entrevistado em Abril de 2013.

“Minha família é dona de restaurantes e de uma rede de hotéis, não tenho dificuldade financeira”. (P.30)

## Idade

Não se verifica uma faixa etária predominante. Perpassando dos 24 anos aos 54 anos de idade, ou seja, engajando mulheres com diferença de até 30 anos de idade da mais jovem a mais velha. Esse dado não está de acordo com o que se esperaria de mulheres envolvidas com drogas, isto é, majoritariamente jovens. Apesar da amostra não ser representativa, insere um perfil inusitado quando nos deparamos com mulher com mais de 50 anos, com família constituída, com bom poder aquisitivo e grau de escolaridade médio e superior.

## Escolaridade e Trabalho

Para surpresa deste pesquisador que esperava encontrar uma amostra de mulheres constituída de jovens e de baixa escolaridade, como aquelas que deram origem a esta investigação, nas ruas soteropolitanas, e as representadas na mídia de circulação geral. Verifica-se que a maioria possui ensino médio e uma com curso superior. Contrariando as pesquisas encontradas nos bancos de dados e notícias veiculadas na mídia. *“Sou formada em psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) a quase 20 anos.” (J54)*

As entrevistadas revelaram não trabalhar e o principal motivo alegado para essa situação é o uso de *crack*. As ausências constantes do trabalho, os furtos que começam a praticar no local, a total falta de disposição para o trabalho, inteiramente minadas pela droga (*crack*), impedem-nas de dar sequência a um emprego fixo.

[...] nesse salão que eu trabalhava, tinha uma perfumaria, já estava sem dinheiro aí eu peguei [...] aí filmaram... aí foram bater lá no salão, só que tinha várias coisas escondidas dentro do armário, que eu fui em loja em loja pegando, inclusive da loja da minha sogra, tinha bermuda [...], ela depois descobriu...era para fazer jogo [...] (R24)

[...] eu tinha um consultório particular de psicologia, atendia crianças, quando comecei a usar o crack, perdi a vontade de atender e também perdi os clientes. (J54)

[...] interessante que com a cocaína eu conseguia trabalhar, inclusive eu ia para o final da loja e cheirava a minha carreirinha e voltava, mas com o crack não dá, quando começamos, vamos até a exaustão. (L35)

### **Tempo de uso de *crack***

A cronologia do uso do *crack* independe da idade, visto que nessa dinâmica de uso, existem múltiplos determinantes. Um deles, quando será o seu primeiro contato. Desta feita, o que vai determinar o momento de iniciação no *crack* será a forma de ser apresentada e sua predisposição para seu uso. Portanto, vamos constatar nas entrevistas realizadas, que a mulher mais velha (R.54) é que tinha menos tempo de uso, três meses; a que tinha mais tempo era (P.30) com cerca de onze anos.

### **Custos**

Aparentemente o custo do uso do *crack* é baixo, graças às pedras terem preços relativos acessíveis, varia de R\$ 5,00 a 10,00. Existe um adágio popular que afirma que “*de grão em grão a galinha enche o papo*”, fazendo uma interpretação a *contra senso*. Destarte, depois de inserida no mundo do *crack*, a fim de vencer a sensação da fissura (já trabalhada em capítulos anteriores), que através de declarações das entrevistadas, usam até a exaustão, isto quer dizer, dois a três dias consecutivos. Tal fato exige um capital expressivo, haja vista que o uso do *crack* demanda uma quantidade significativa de pedras.

“[...] eu era dona de um restaurante, perdi tudo para o crack, para manter o vício nós fazemos tudo, ainda não precisei vender o corpo para manter a dependência da droga”. (R41)

[...] o que tiver a gente gasta, um dia estava com R\$ 800,00, gastei tudo. Eu e meu companheiro perdemos duas motos e um carro por causa do crack. Ele vendeu tudo dentro de casa, minha mãe pegou a gente e levou para casa. Eu estou internada aqui e ele está no outro Centro de Recuperação de Dependência Química. (P.30)

[...] coloquei dez traficantes dentro da minha casa, assim tenho pedra à vontade, mas também não tenho casa. (J.54)

### **O corpo como acesso à pedra**

Em pesquisas realizadas nos bancos de dados e livros, depreende-se que essa prática é comum entre usuárias de *crack*, conforme já mencionado no capítulo 3. No entanto, nesta investigação de campo, duas afirmaram que venderam o corpo: uma de forma direta e outra de forma velada. As outras três negaram, dizendo que tinham dignidade e que não chegaram a este ponto. Mas, através dos depoimentos,

nas entrelinhas, acredito que existem possibilidades dessa atividade, até porque são estimuladas a essa prática por outras colegas e também por quem vende a droga a elas, que na grande maioria das vezes, impõe o sexo como condição para que elas consigam a droga. Ademais, a fronteira entre drogas e prostituição é sabida que é tênue e mascarada. Também há que se considerar que o fato de não declarem que se prostituíam, não significa que não usassem o sexo como troca (conforme P30, em relato logo a seguir).

[...] estava sem dinheiro, tava pirada sobre uma coisa que soube da minha mãe [...], tomei uma lata de cerveja, dessa lata de cerveja..pedi a uma amiga da minha mãe R\$ 5,00, fui para boca comprei uma pedra, fiquei no lixão fumando.. depois troquei o tênis, celular, o relógio, tudo que podia trocar.. depois, fiquei com uns caras lá da favela, aí chegou um menino, que tinha uns 14 anos com uma arma[...], eles ficaram metendo um de cada vez, não tinha como sair de lá, ele estava armado[...] não lembro quantos eram, fiz sexo com todos [...] (R24)

[...] nunca faltou nada para mim, minha mãe não me controlava financeiramente, tinha um cartão, comprava crack para mim e meus colegas. Teve um momento que começou a dificultar, aí fui morar com um cara, ele pagava tudo para mim, só que eu tinha que fazer sexo com ele. (P.30)

Em outra entrevista, uma usuária narrou que não venderia, uma vez que era a última coisa que lhe restava era a dignidade:

[...] já passei muitas coisas nesta vida.., já levei tiro.., fui presa por tráfico..., perdi o respeito do meu filho...além de nunca ter precisado vender o corpo.. sempre tive dinheiro..quando acabava a pedra eu ia no caixinha e pegava dinheiro...guardava meu cartão no sutiã (L35)

Consoante a entrevista com o Psicólogo P.S, sobre a venda do corpo, ele tece o seguinte comentário:

[...] a venda do corpo traz violações de sua dignidade, trocando ou vendendo muitas vezes o que pouco lhe resta 'a sua alma', elas não querem trocar o corpo, só fazem quando não há mais jeito: a fissura domina. (P.S, 2013)

## **Violências**

A violência neste domínio atinge vários matizes que, por vezes, é desconhecida ou ignorada por nós, tais como estupros coletivos citado no depoimento de (R24) acima e várias outras formas de violência.

A violência é consequência do meio onde ele está, no contexto da própria “boca”, há diversas formas de violência quando se perde a dignidade. Na venda do corpo para aquisição do crack, não existe diferença de sexo, pois elas vendem também para outras mulheres, é para quem pagar, ou seja, quem paga leva, nessa situação muitas mulheres pagantes agredem a usuária, a fim que faça o que elas desejam.

Outra forma de violência é quando elas tentam agredir indiretamente as pessoas que as amam, objetivando que se sintam culpadas, devido acreditarem que são responsáveis pela situação que se encontram, principalmente pais e parceiros. (P.S.)

Assevera esse psicólogo que a baixa autoestima reinante entre essas mulheres deturpa sua percepção de violência, somente sendo reconhecida quando há um dano grave que impeça de fazer programas sexuais. Geralmente, elas apresentam lábios feridos, mãos queimadas e emagrecimento abrupto. Todo estigma que carregam em decorrência do estilo de vida que desenvolveram por obra da droga aumenta sentimentos, comportamentos e percepções negativas de si próprias, agravando a culpa e a vergonha.

No relato de uma usuária falou que: *“recebi uma paulada na cabeça chegou abrir um corte profundo, por causa que queria roubar a pedra de mim, só fui acordar no hospital”* (P30)

Uma outra usuária narrou que sofreu violência física e psicológica:

A física foi quando o traficante queria que eu “transasse” com um comparsa dele, como eu tinha dinheiro não quis me submeter a ordem dele, me deu um tapa na cara e mandou sair da favela. (L35)

A psicológica foi um namorado que arrumei na praia “surfistinha”, garoto novo fui para casa dele, ele me trancou no quarto, me deixou presa por duas semanas, queria que eu entregasse meu cartão para ele. (L35)

### **Discriminação**

A discriminação, o preconceito e estigmatização no mundo dessas mulheres é uma constante, o momento que elas mais se ressentem é quando vem da família, principalmente, dos filhos. As perguntas de origem eram: O que faz uma pessoa buscar respostas no uso de drogas? Por que usar *crack*, sendo uma droga com poder destrutivo tão intenso? A resposta à pergunta: se já se sentiram discriminadas por fazer uso de *crack*? Demonstra a seguir, um campo de vulnerabilidade imenso nas relações familiares e intergeracionais.

“sim, pelo meu filho de 17 anos, ele não quer me ver nem falar comigo.” (L35);

“sim, minha filha que tem 21 anos, ela não aceita, faz psicologia.” (R41);

“sim, meu filho que tem 17 anos, quando descobriu saiu de casa, foi morar com colega. (J54)

“sim, meu filho de 14 anos, chora todos os dias pedindo que pare com isso.” (P.30)

“sim, por um grupo de colegas, dizendo ‘olha ali já vem a sacizeira’, foi horrível”. (R24)

### Forma de uso e Internamento

Faz-se necessário pontuar quando P.S afirma, abaixo, que no contexto do *crack* o “uso é utilitário”, tem como implicação o interesse particular, buscando a satisfação pessoal no sentido egoístico. Distinguindo-se de “Utilitarismo”<sup>33</sup>, de Jeremy Bentham e Stuart Mill, visto que esta doutrina objetiva alcançar o maior valor da existência humana, a felicidade, não no sentido meramente individual, mas no aspecto coletivo.

Portanto, segundo o Psicólogo P.S, o uso de *crack*, é utilitário, ou seja, os usuários estão próximos um do outro com o propósito de troca de favores ou pedra, diferentemente de outras drogas, como o álcool, que serve como socialização.

[...] “meu marido como ex-dependente, ele é meu herói, sabe como é doído a fissura, ele permite que eu fume, ele me dá R\$ 30,00, todos os dias, vou lá na boca compro tudo e vou para casa fumar no banheiro de casa, enquanto a minha filha não chega da faculdade....., mas eu gosto mesmo de ir para a favela sentar a minha bunda no tijolo, com a minha lata e fumar com aquelas pessoas” (R41)

Eu gosto de usar com um grupo, tem uma casa velha, a gente se reúne, e vamos fumando, tem uma mulher que chamo de tia, deve ter uns 60 anos, fica eu e ela de mulher, o resto é tudo homem. (P.30)

### Internamento

Na entrevista com as cinco usuárias, três se posicionaram favoráveis ao internamento compulsório, dizendo que elas não conseguiam pensar em outra coisa,

<sup>33</sup> Doutrina segundo a qual o objetivo da vida é "a maior felicidade para o maior número de pessoas". O que quer que traga esta felicidade tem "utilidade". Qualquer coisa que seja um obstáculo a essa felicidade é inútil. Os utilitaristas afirmavam que o sinal mais definido de felicidade é o prazer. Essa ideia foi desenvolvida pela primeira vez pelo filósofo inglês Jeremy Bentham. (Dicionário online de Português. Disponível em: < <http://www.dicio.com.br/utilitarismo/> > acesso em: 22/05/13)



somente no *crack*. Conforme declaração de duas delas: “É droga do diabo” (L35), “é do demônio” (R41).

Uma delas (P.30), quando foi internada involuntariamente, contou que fugiu no primeiro dia, saltou muro e foi embora.

Os dois profissionais entrevistados disseram que concordam com internamento compulsório, apenas em último caso, quando estão correndo risco de morte. A (J54), que é psicóloga, e está internada como usuária, se posicionou contrária à internação compulsória. No entanto, após as entrevistas quando estava conversando com a Sr<sup>a</sup> J. D. S. N. relatou que (J54) havia sido internada compulsoriamente, em consequência de estar correndo riscos de morte: “a casa dela foi lacrada, em razão de ter virado ponto de venda de drogas, num bairro de classe média alta de Salvador e está sendo ameaçada pelos traficantes”.

Seguindo ainda essa entrevista e relato, recomenda-se que o tempo ideal para internamento é por volta de 60 dias, mas geralmente os planos pagam apenas 45 dias, depois disso passa a ser chamado de acompanhamento pós-tratamento (J.D.S.N.) Por outro lado, o Psicólogo (P. S.) afirma que o ideal são 15 dias, considerando ser o suficiente para a desintoxicação. Depois o usuário deve aderir voluntariamente ao tratamento.

Na entrevista com (L35) relatou a sua experiência, neste caso, considero uma exceção. Ela pode enxergar seu estado precário de saúde física, psicológica e social, conseguiu ter a capacidade de pedir socorro:

[...] agradeço ao crack, cheguei ao fundo do poço, só assim consegui perceber, estava suja, na rua, com roupa que não sabia de quem era, as minhas tinham sido trocadas, já fui presa por tráfico internacional de cocaína, já levei tiro no olho, mas nada é tão arrasador que o crack, não aguento mais...vou parar..quero recuperar o respeito da minha mãe, do meu filho ..por isso que vim para cá, pedi a minha mãe, tem que ser hoje..” (L35)

### **Início do uso do *Crack***

A maioria das entrevistadas cita o álcool e a maconha como drogas de entrada, apenas uma alegou que não suportava o álcool nem o cheiro da maconha, sendo a droga de entrada a cocaína. Geralmente, até chegar ao *crack* a forma é gradual, álcool, maconha, cocaína e *crack*. Das cinco mulheres que entrevistei, pude constatar que quatro tiveram o início do uso de drogas com o namorado ou

companheiro, apenas uma começou a usar através de influência do colega. Isso demonstra que os relacionamentos têm uma importância significativa na formação de nossas condutas, principalmente, nos momentos de construção das personalidades ou de fragilidades emocionais.

O psicólogo (P.S), durante a realização da entrevista, asseverou: “a ‘droga’ de entrada das dependentes químicas, em geral, é o parceiro”.

[...] comecei a usar maconha com meu namorado na faculdade, ele me ofereceu, foi a primeira vez que fiz uso, fumei por 20 anos, e agora estou no crack a três meses. (J54)

[...] comecei com meu namorado a usar maconha, quando tinha 15 anos, em Itacaré, e o crack com meu ex-companheiro, que conheci nos Narcóticos Anônimos, mas já sabia tudo, cortar a lata, colocar a cinza [...] (R24)

[...] nunca gostei de beber e o cheiro da maconha me enjoa, quando cheirava cocaína, bebia com gatorade, pois a coca dá muita sede, por isso que quando o pessoal cheira coca bebe também [...] depois a coca não fazia mais efeito e aí meu namorado apresentou a crack [...] (L35)

[...] tinha um menino que morava perto da minha casa sempre me chamava para fumar maconha, o álcool foi com a galera tinha 13 anos, sempre dizia não, de repente me bateu curiosidade experimentei, foi com ele também a cocaína, ele depois vendia para mim, acabaram matando ele. O crack comecei porque diziam que emagrecia, sempre tive trauma com a minha barriga, inclusive fiz lipo. (P30)

[...] comecei com meu atual marido, ele era dependente de cocaína, a minha intenção era o fazer parar de usar, acabei me viciando, o crack foi com ele também. Agora ele está limpo. (R41)

## Recaídas

No contexto das drogas, principalmente, o do *crack*, as recaídas não podem ser consideradas como fracassos, por fazer parte dos incidentes do processo de tratamento, claro que o desejável é que o dependente se mantenha “limpo” sempre, lembrando que é uma vigilância constante, a questão é não desistir.

O distanciamento do contexto social do *crack* torna-se importantíssimo, por certo um dos motivos que levam à recaída de uso são as chamadas “pistas ambientais” a ele associadas, como o local e amigos de consumo.

Das cinco usuárias, três declararam que tiveram recaídas, inclusive (R41) manifestou que foi a sua terceira recaída, enquanto (P30) narrou que era a segunda.

No momento da entrevista, elas estavam internadas com os seguintes tempos de internamento: (P30) 30 dias; (L35) 48 dias; (R41) 5 dias; (J54) 42 dias. Sendo (R24) ficou internada 48 dias, agora está no pós-tratamento.

### **Sexualidade e doenças**

No universo estudado não houve notícias de DST/AIDS, uma usuária relata que foi muita sorte não estar doente, já que as relações dela sempre foram desprotegidas, ela descobriu que não tinha doença quando entrou no Centro de Tratamento para Dependentes Químicos, visto que teve de realizar uma bateria de exames.

As outras usuárias relataram que passaram a usar preservativos, com medo de adquirir doenças e engravidar novamente, aqui devemos ter cuidado na análise, sendo um ponto que envolve sexualidade e intimidade, a verdade pode ser omitida. Uma vez que diferencia do outro grupo de mulheres usuárias de *crack*, que tem como características não usarem preservativos, principalmente, por escolha ou imposição dos parceiros ou clientes, retratando o grande risco de transmissão de doenças e gravidez indesejada ou não programada.

### **Filhos**

Nesse grupo de entrevistadas verificou-se terem em média dois filhos, sendo que uma das entrevistadas cometeu dois abortos. Apenas uma das entrevistadas revela viver com o pai dos filhos e os filhos, as demais vivem sozinhas ou com a família de origem. Os filhos, em geral, são provenientes de pais diferentes. Uma delas perdeu a guarda de um dos filhos.

Quando a família ou a própria adolescente permitem que a criança nasça, vamos constatar que a primeira maternidade ocorre muito cedo, com isso será delegada a responsabilidade para alguém da família, principalmente avós. Conforme declarações abaixo:

#### **a) Aborto e Primeira Gravidez**

“Na minha primeira gravidez, eu tinha 15 anos, peguei com meu namorado que usava drogas, ele que me apresentou o crack, mas nessa época eu ainda não usava, sabia fazer tudo..cortar a lata..colocar a cinza, aí eu nem sabia que estava grávida[...] a menstruação parou..falei para a minha mãe[...] ela me pegou e tiramos[...] angrei quase um mês..foi horrível[...]

Na segunda vez, eu tinha dezoito anos e foi com outro namorado, também usuário de drogas[...] ele estava cheio de crack[...] quando estávamos transando ele disse: vou te colocar um filho meu[...] acabei engravidando, também tirei.” (R24)

#### **b) Primeira Gravidez**

Engravidei com 15 anos do meu namorado, nessa idade já usava álcool e maconha. Eu e meu filho moramos com a minha mãe. (P30)

Meu primeiro filho eu tinha 17 anos, peguei com outro usuário, eu só queria usar droga, minha mãe não deixou tirar[...] eu nem olhava para ele, não tinha uma relação de mãe e filho[...] não sabia nem o que era isso. Os outros dois estão com os pais, um na Argentina, e outro aqui em Salvador, este eu perdi a guarda, devido à droga. (L35)

### **Relação com os familiares**

Duas das entrevistadas relatam que apesar de ter uma boa condição financeira, nunca tiveram uma boa relação com a mãe e que nem conheceram os pais.

Eu detesto a minha mãe, ela nunca me deu carinho [...] ela quando engravidou de mim também usava drogas e meu pai também, quem sempre me deu apoio foram meus avós, ela tem seus problemas e acho que ainda usa drogas. (R24)

Sempre achei que a minha mãe não gostasse de mim, ficou marcado... eu tinha por volta dos 14 anos [...] ela estava no quarto dela lendo deitada na cama, abri a porta e perguntei quem era meu pai..ela não fez nenhum movimento [...] apenas perguntou falta alguma coisa para você? Agora me deixa ler meu livro e feche a porta por causa do ar condicionado. (L35)

Outra entrevistada durante as perguntas afirmava que tinha uma boa relação com a mãe e se dizia muito “arteira” quando criança, e no momento que pedi para explicar melhor, como era o convívio, ela informou que não morava com a mãe, tendo vista que morava com os avós, declarando:

Quando pedia para morar com ela dizia que se me tirasse dos meus avós eles iriam morrer... mas quando eu era pequena quem cuidava de mim era os empregados. Depois que minha mãe se casou novamente, teve uma outra filha, dizia que eu não podia ir morar com ela para evitar confusão, então ela nunca me criou [...] (P30)

### **Reconquista da Família**

É importante notar que no depoimento daquelas usuárias que possuem filhos e família, o esteio e objetivo de melhorar estão arrimados no resgate do respeito e amor dessas pessoas, no entanto é uma via perigosa, caso isso não

aconteça poderá cair como uma bomba, podendo provocar a recaída dessas usuárias. No depoimento das usuárias vamos confirmar:

Tenho um filho de 14 anos, ele é tudo para mim, sempre quando uso a pedra, tento fazer tudo para ele não perceber, mas ele percebe e fica chorando, pedindo 'mãe não faça mais isso', é o motivo de eu estar aqui, não posso perder o amor do meu filho. (P30)

[...] estou aqui a 48 dias, é para resgatar o amor do meu filho de 17 anos e da minha mãe, eu nunca fui mãe, quem sempre cuidou do meu filho foi a minha mãe, quero poder ter esse direito, ele nem vem me visitar aqui na clínica, também não quero que me veja assim..sou vaidosa. (L35)

Eu sempre achei que a minha mãe não gostasse de mim, mas ela vem me visitar sempre, estou aqui a 48 dias, mas agora com crack, descobri que ela me ama, quando fui presa na Espanha, ela dormia no sofá, esperando que eu abrisse a porta de casa, e entrasse, fez isso durante 6 anos, não foi a minha mãe que se afastou de mim, foi a droga que me afastou de todos, agora cheguei ao fundo do poço, graças ao crack, percebi que não há como descer mais ...meu filho não veio..também não quero..mas com o tempo ele vai me perdoar, tenho que resgatar minha autoestima. (L35)

Faço uso de crack a oito anos, essa é a terceira recaída, não sei a razão, mas me sinto frágil emocionalmente, desde a morte do meu filho mais velho... é uma ferida que não fecha. Consegui criar os outros três filhos sem problemas, acredito não ter afetado o amor nem o respeito... Mas de um tempo para cá.. as brigas com a minha filha caçula têm aumentado e ela tem jogado na minha cara que sou usuária de crack...isso dói muito, sinto que estou perdendo o respeito e o amor, tenho que parar enquanto há tempo.(R41)

A minha filha está no Rio de Janeiro, vai ser artista.. o meu filho quando descobriu que eu estava usando crack saiu de casa, está morando com um amigo. Quero melhorar... Vou vender a minha casa e morar com meu filho no interior (J54)

### 6.3 DESVENDANDO VIDAS: SAIR DO LUGAR COMUM

O uso do *crack* tem uma aparente segregação de usuários, apenas pobres e miseráveis, algumas reportagens e pesquisas, servem para endossar essa imagem social, mas percebi na pesquisa que o uso do *crack* passou a ser “democrático”, atingido a todos, inclusive pessoas de várias faixas etárias e graus de escolaridade.

Não é por ser a unidade da pedra mais barata, que vai limitar a quem consome. Aquele que possuir maior poder aquisitivo poderá comprar mais pedras com menor esforço e, talvez, adiar algumas consequências resultantes do seu uso, como a venda do corpo. Deste modo passa a ser arriscado afirmar que é uma droga dos pobres.

Em entrevista feita com o Antônio Nery, para revista Muito, publicada em 23/05/2010 afirma que a classe média e os universitários sabem dos males causados pelo *crack*, por isso não usariam:

[...] a classe média, os adolescentes, também sabem disso. As pessoas usam droga pelo prazer que a droga promove, ou para suprir alguma necessidade subjetiva. E o *crack* é uma droga monstruosa que supre necessidades monstruosas. E quem disse que a classe média tem faltas monstruosas para serem suprimidas?  
(MENDONÇA, 2010)

Um outro problema social é o número de pessoas desempregadas por causa da dependência química, mormente o *crack*, que aumentam o custo estatal, por certo essas pessoas não possuem condições físicas nem psicológicas para laborar, ficam imergidas no mundo do *crack*. Mas, esse grupo de mulheres, que é objeto de meu estudo, tem um suporte econômico, onde podem, por certo tempo, se manter financeiramente, até que ocorra desgaste e/ou ruptura familiar, passando essas pessoas a engrossarem as fileiras do exército de “zumbis” vagando pelas ruas.

Não se pode precisar o momento etário ou psicológico que essas pessoas irão acessar o *crack*. Neste caso existe uma amplitude etária, podendo ser de criança ao idoso, ficando difícil estabelecer um perfil. As decisões volitivas é um enigma que, muitas vezes, as pessoas detentoras da capacidade de exercer essas ações não sabem o porquê do caminho trilhado, se perguntam: por que tomei essa decisão? Por que fiz isso, não era do meu perfil?

O valor unitário da pedra é baixo, mas o custo do vício é muito alto. Em uma sociedade capitalista que tem como essência o preço, a mercantilização e a coisificação, as relações passam a ter uma importância pecuniária. “Todos têm um preço”, refiro-me às condições e premissas que nos levam a aceitar ou não ofertas que a vida nos traz. Em cada época e lugar existiu ou existem formas de moedas para estabelecer o valor simbólico que aquele objeto, atividade ou comportamento representa.

Inicialmente as usuárias adquirem o *crack* através das moedas convencionais, mas em determinado momento, as formas de negociação vão se alterando, em virtude do intenso consumo que é característico do contexto do *crack*: fumar até a exaustão. Esse processo provoca o desgaste financeiro acarretando outras formas de escambo. Começam a se desfazer de objetos domésticos e depois realizam pequenos furtos, nessa escalada de deterioração de valores e com o

surgimento da fissura, essas mulheres acabam culminando na prostituição. Entre as mulheres chamadas “profissionais do sexo” e as usuárias de *crack*, que se prostituem em busca de qualquer quantia ou pedra, existem diferenças: as primeiras vendem o corpo por necessidades econômicas, as usuárias para saciar um desejo imediato, a fissura.

Essas mulheres praticam e sofrem violências na vivência do *crack*, tanto física como moral. Perpetrando, muitas vezes, um suicídio da dignidade e terminando com a autoestima. Buscam agredir as pessoas que as amam com suas ações de autodestruição, desenvolvendo sensações de responsabilização por aquele quadro que elas se encontram. As ofensas físicas são muito comuns, até porque os outros ou as outras usuárias tentam roubar a pedra, resultando em lutas corporais e até mortes.

A carga discriminatória para aquelas pessoas que usam *crack* é maior do que aqueles dependentes de outras drogas, por ter sido estigmatizada como a droga dos pobres, miseráveis e sacizeiras<sup>34</sup>. Como também, no âmbito familiar traz a desarmonia, corroendo as relações afetivas e a situação financeira.

Em razão à discriminação, essas mulheres objeto do meu estudo, querendo se esconder do estigma, fazem uso do *crack* de forma clandestina, em lugares fechados ou em casa quando algum parente se ausenta. Ao contrário do que aparenta, o *crack* não é uma droga de socialização, como o álcool. Uma das características do uso do *crack* é a forma utilitária, buscam a troca de algo: de favores ou da pedra, numa visão micro do capitalismo. Consoante (P.S.)

No grupo pesquisado (ver quadro 2), a maioria se diz favorável ao internamento compulsório; no entanto, a forma de seus internamentos foi voluntária. É importante ressaltar, que por causa do poder aquisitivo, elas foram internadas em Centros de internamento particular não experimentando a realidade vivida nos centros públicos, onde geralmente faltam recursos humanos, instalações e equipamentos adequados.

---

<sup>34</sup> Gíria popular em Salvador (BA) que define as pessoas viciadas em crack ou usuário de drogas pesadas, em geral. Para fumar a pedra de crack é preciso ter uma espécie de cachimbo improvisado o que remete ao personagem Saci-Pererê do folclore brasileiro. Disponível em: < <http://www.dicionarioinformal.com.br/sacizeiro/>. Acesso em: 26/06/13

O tempo de internação varia conforme o estado de comprometimento da usuária e, também a linha de tratamento seguida pelo profissional responsável pelos cuidados. A Sr<sup>a</sup> J. D. S. N. segue o entendimento que são necessários 60 (sessenta) dias, enquanto o Sr. P.S acredita que bastam quinze dias para a desintoxicação. Lembrando que após esse período o tratamento continua e a vigilância deve ser permanente, contando sobremaneira com a família como cuidadora-observadora. A conscientização é fundamental para o sucesso desse recurso terapêutico. As reuniões com os Narcóticos Anônimos (NA), são sugeridas pelos profissionais e, neste caso, os pacientes podem trocar experiências com outros usuários, seguindo algumas orientações e normas de conduta.

Percebe-se que as relações familiares dessas mulheres são frágeis, não havendo, por vezes entre mãe e filha vínculo positivos de afetividade. Ao confrontar as declarações das entrevistadas, observa-se a ausência paterna que é um dado relevante. Por outro lado, é pertinente observar que não é a ausência ou presença do genitor que será determinante para o uso ou não de Substância Psicoativa (SPAs), mas funciona como importante peça nessa engrenagem.

O começo do uso de drogas - seja álcool, maconha e cocaína -, geralmente é por influência de pessoas próximas, como parceiros e amigos. Quanto ao início do uso do *crack* pode-se observar que existem distintos fatores motivadores relatados pelas usuárias.

A sexualidade das usuárias de *crack* é um dos pontos mais sensíveis dessa conjuntura, se irradia para diversas fases da vida dessas mulheres e transborda para outras pessoas ligadas a elas por diferentes circunstâncias, por exemplo: a) gravidez, normalmente indesejada, podendo ter como resultados: abortos; abandono dos filhos em abrigos ou orfanatos; entrega dos filhos aos parentes. Essas proles, com frequência, são de paternidades distintas; b) doenças DST/AIDS, sofrem as consequências e muitas das vezes o óbito, pode transmitir para a prole e para os parceiros, servindo de hospedeira e multiplicadora das doenças; c) violências, como estupros e destruição da autoestima.

Diante de tantos elementos deletérios, a usuária de *crack*, quando contemplada e inserida numa atmosfera familiar, busca um bálsamo para amenizar o sofrimento e a possibilidade de poder voltar a viver, encarnando muitas das vezes, a figura da última trincheira. Destarte, a família é *lócus* da prevenção, da atenção e



recuperação, por conseguinte tem um destaque expressivo no patrocínio do resgate dessas mulheres, que tem como alvo reaver o respeito e o amor dos entes que elas magoaram. É um trabalho conjunto, já que terá momentos intercalados de harmonia e recaídas. Desta feita, os integrantes, dessa família, devem ter acompanhamento de profissionais especializados, uma vez que um integrante adoece por uso de *crack* essa família também adoece.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Mande notícias do mundo de lá  
Diz quem fica  
Me dê um abraço, venha me apertar  
Tô chegando  
Coisa que gosto é poder partir  
Sem ter planos  
Melhor ainda é poder voltar  
Quando quero*

*Todos os dias é um vai-e-vem  
A vida se repete na estação  
Tem gente que chega pra ficar  
Tem gente que vai pra nunca mais  
Tem gente que vem e quer voltar  
Tem gente que vai e quer ficar  
Tem gente que veio só olhar  
Tem gente a sorrir e a chorar  
E assim, chegar e partir*

*São só dois lados  
Da mesma viagem  
O trem que chega  
É o mesmo trem da partida  
A hora do encontro  
É também de despedida  
A plataforma dessa estação  
É a vida desse meu lugar  
É a vida desse meu lugar  
É a vida.  
(Encontros e Despedidas – Maria Rita)*

Uma criação humana e inerte com a capacidade de desmoronar sonhos e projetos, impactando violentamente no seio social e familiar. Não podemos dizer que “a criatura se virou contra o criador”, pois ela não tem vontade, nem movimento, e sim traz ilusões e euforias efêmeras e, logo atrelado, o desespero com seus efeitos deletérios, tanto físico como psíquico. Venceu as fronteiras do corriqueiro conhecimento que tínhamos referente às suas irmãs alucinógenas, como a maconha ou de sua matriz a cocaína. Devemos sair da janela e começar a dar nossos passos em direção à busca de soluções, retirando os véus das vaidades adquiridas ao longo dos tempos, com a velha mania de querer saber de quase tudo (Raul Seixas). Porque o conhecimento e sua disseminação também são atos de proteção e cuidado que estão ao alcance de todos. O comprometimento da sociedade é de suma importância, pois o uso do *crack* é fruto das mazelas sociais.

Buscamos nesse trabalho dar rosto às pessoas que vivem essas experiências, mostrando que são vítimas e vitimizadoras das relações familiares e sociais, provocando quebra de laços que tecem as redes de convivência. Objetivamos também, identificar como as políticas públicas e ações contribuem para minorar as vulnerabilidades das mulheres usuárias de *crack*, através da prevenção, tratamento, reinserção social e redução de danos. Afinal, anteriormente, os usuários sempre eram identificados como do sexo masculino e jovens. Mas este perfil foi logo modificado com a entrada das mulheres que passaram também a eleger o *crack* como droga preferencial. Estas criaram uma cultura diferenciada de uso em relação aos homens, praticando a prostituição como meio de obtenção da droga e redimensionando as tensões e as violências sofridas e existentes dentro das redes familiares.

A droga sempre permeou as sociedades vestindo vários personagens como panaceia nos tempos de Freud, desde anestésico para cirurgias a bebidas dos deuses e, também, produto de sustentação de economias de países periféricos. No entanto, a “epidemia” do *crack* tem sua importância, obrigando a sociedade civil e política a volver os olhos para a questão do uso de drogas, inicialmente com foco no *crack*, sem deixar de perceber que vinham também a reboque as outras drogas como a maconha, o álcool, o cigarro, a cocaína. Mostrando o quanto as políticas de saúde, educação, segurança pública, assistência social, estão aquém das necessidades da população. Colocando em risco a vida de crianças, adolescentes e jovens. Desafiando o Estado e a sociedade civil a encontrar alternativas para enfrentar esse flagelo, através de políticas públicas que envolvam uma discussão coletiva e uma proposta de ação comprometida com todos os segmentos.

Um aspecto importante a ressaltar é sobre o início de uso de drogas pelas mulheres. Pelas mãos de companheiros, de pessoas que estavam vinculadas e tinham relacionamento. Elas, em sua maioria, estão ligadas à afetividade, visto que através da pesquisa constatei que os companheiros ou amigos incentivaram e contribuíram nas suas introduções no contexto das drogas. No entanto, o *crack* é utilizado após a usuária já ter adquirido muitas vezes, a dependência química de outras drogas, como o álcool, a maconha e a cocaína. Em nenhum relato coletado nesta pesquisa, as usuárias de *crack* revelavam terem sido introduzidas diretamente ao *crack*. Havia histórico e experimentações anteriores de outras drogas. Considero

um dado relevante no caminho da prevenção do uso *crack*, uma vez que o foco da prevenção deve passar primeiramente pelas outras drogas, através da educação. Aqui faz-se necessário refletir e agir com multireferencialidade e ação ampliada e não focalizada como foram as últimas campanhas governamentais.

A relação familiar das usuárias de *crack*, observadas e analisadas através das entrevistas, revela-se paradoxal. Percebe-se que os laços de afetividade eram tênues ou desfeitos, com predominante ausência paterna, situação que serviu de senha para a entrada na seara das drogas e, posteriormente, a progressão, ou melhor, a regressão para o uso do *crack*. Por outro lado, a mola propulsora para alavancar a saída desse contexto é o desejo de resgatar o respeito e amor dessas pessoas que elas fizeram sofrer, principalmente, os filhos e a mãe. Em abordagens horizontais e verticais, as famílias e os afetos estiveram conectados.

Quando essas mulheres estão inseridas na vivência do *crack*, ficam sujeitas a todo tipo de violência e estigmatização, independentemente da classe social, é uma forma de uniformização rasteira dos seres humanos. A fim da aquisição da pedra, elas dependendo das condições financeiras que se encontram, submetem-se a prática de sexo inseguro transformando-as em grupo importante de risco em relação às DST/AIDS. O risco em relação às DST/AIDS é alto, porém não ocorre devido ao uso de *crack*, mas está associado ao comportamento sexual de alto risco, por isso que, segundo os simpatizantes, se justifica a política de Redução de Danos.

Associado ao risco das DST/AIDS, tem a gravidez não planejada e, geralmente indesejada. Nesse quadro de debate sobre Direitos Sexuais e Reprodutivos vem atrelado, muitas vezes o aborto - que não sendo autorizado por lei e em virtude da carência financeira - será feito de forma clandestina em lugares insalubres e com instrumentos inadequados e sem condições de higiene, provocando muitas mortes e sequelas. Caso essas usuárias resolvam ter a criança, por ter descuidado do prazo menos arriscado para o aborto ou resolvido ver “o que vai dar”, nessa fase que deveria haver o pré-natal, elas negligenciam gerando crianças desnutridas e com diversos outros problemas de saúde. Ao nascer muitas dessas crianças serão ignoradas, poderão ser assumidas pelos familiares, poderão ser encaminhadas para abrigos e com sorte para adoção.

Em relação às políticas públicas sobre drogas a situação é complexa e exige mais do que uma primeira aproximação através de pesquisa em nível de mestrado,

uma vez que exige o envolvimento de todos os segmentos sociais e um mapeamento ampliado. São várias instituições ligadas e interligadas. Não apenas tangenciando uma a outra, mas apresentando-se em ciclos concêntricos, que circundarão a pessoa humana. O uso de drogas, e principalmente, o *crack* são reflexos da ponta do grande iceberg social. A ausência de moradia adequada à habitação humana, é um dos grandes flagelos sociais que contribuem, sobremaneira, para o pânico social. Pois muitas daquelas pessoas que estão fazendo a rua de moradia, não tiveram a droga como fator motivador para estarem na sarjeta.

Outro fator independente de situação financeira é a afetividade, o respeito, a tolerância aos entes integrantes da família. No momento que esses sentimentos são sonogados das pessoas, poderão abrir fendas para todos os tipos de distúrbios, como se fosse uma língua vencendo o tecido muscular, expondo as vísceras do corpo social.

Uma questão polêmica que causa “queda de braços” entre os especialistas na área de drogas é, sem dúvida, o internamento compulsório. Ao longo da pesquisa percebe-se que há bandeiras para os dois lados, contra e a favor. Acredito que a solução não seja adotar nenhum partido, e sim, analisar cada caso concreto. Pontuou-se, na pesquisa, que na história houve casos de higienismo e eugenia como ação e, também a mercantilização do internamento no Brasil, demonstrando maior cuidado na aproximação com a temática abordagem sobre tal procedimento.

Espero que não sejam circunstanciais essas ações humanitárias de internamento, haja vista a proximidade dos grandes eventos mundiais que ocorrerão nessas capitais promovedoras desses internamentos. E, não é incomum a industrialização das mazelas sociais, por exemplo, a “indústria da seca” que através do sofrimento de muitos cidadãos poucos auferem lucros. Por isso, que existem especialistas cobrando ética nessas decisões de segregação humana.

Quanto ao programa de Redução de Danos, não podemos confundir os seus objetivos, ele não é tratamento. Como o próprio nome do programa retrata: Redução de Danos, ele almeja reduzir as sequelas do uso de substâncias Psicoativas, respeitando a volitividade do usuário. É de grande importância, pois muitas drogas têm como carga negativa as comorbidades, por exemplo, DST/AIDS. Por outro lado, apesar de que o *crack* tem adstrito ao seu uso um cardápio de mazelas significativas, a Redução de Danos não é tão eficaz, pois a característica da usuária

e usuário é fumar até a exaustão, a fim de saciar a fissura, e com esse intento fazem qualquer coisa para conseguir a pedra, desde roubo a venda do corpo por várias vezes, quantas forem necessárias, além de venderem os preservativos e os cachimbos a eles distribuídos.

Esta pesquisa teve como farol buscar algumas respostas para inquietações que começaram como leigo e cidadão, observador de uma realidade que matiza as cores e as sombras de uma capital como Salvador. A minha perspectiva de olhar alterou-se, mas os sentimentos não. Ao longo das leituras e das entrevistas, percebi o quanto somos dependentes de um sorriso, de um afago, de um abraço, de um beijo na testa. Com certeza deixo várias lacunas que não foram respondidas, nem sequer citadas, tendo em vista a complexidade do tema em estudo.

Portanto, recomenda-se, a realização de novos estudos na perspectiva de investigar outros aspectos relacionados à visibilidade do consumo de drogas por mulheres, ressaltando a importância da multiplicidade de ações para o enfrentamento deste fenômeno e salientando, ainda, a necessidade de integralidade das atividades realizadas, sobretudo, em distintos contextos assistenciais.

## REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G. **Juventude, juventudes: o que nos une e o que separa**. Brasília: UNESCO, 2006.

ABRAMOVAY, M.; GRACAS, M. **Violências nas escolas**. Brasília: UNESCO, 2002. 400p.

ABRAMOVAY, M.; CASTRO, M. G. **Juventude no Brasil: vulnerabilidades negativas e positivas, desafiando enfoques de políticas públicas**. In: Família, sociedade e subjetividade: uma perspectiva multidisciplinar. PETRINI, João Carlos; CAVALCANTI, Vanessa Ribeiro Simon (org.). Petrópolis: Vozes, 2005.

ALVES, C. F. O. et al. **Uma breve história da reforma psiquiátrica. A brief history of the psychiatric reform**. NEUROBIOLOGIA, v.72 (1) jan./mar., 2009

ANDRADE, T. M. **Redução de danos: um novo paradigma?** In: Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. Salvador: EDUFBA, 2004.

ANDRADE, T. M. **Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil**. Ciência e saúde coletiva. Rio de Janeiro. v.16, n.12, Dec. 2011

ARENDT, H. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o Mito do Amor Materno**. Nova Fronteira. Rio de Janeiro: 1985.

BAHIA. **Plano Viver sem Drogas investe na reinserção social de dependentes**. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3359:plano-viver-sem-drogas-investe-na-reinsercao-social-de-dependentes&catid=47:saladeimprensa&Itemid=24](http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3359:plano-viver-sem-drogas-investe-na-reinsercao-social-de-dependentes&catid=47:saladeimprensa&Itemid=24)> Acesso em: 10 jun. 2013.

BARBOSA, R. M.; PARKER, R. **Sexualidade pelo Averso – Direitos, Identidades e Poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999. p. 09 – 12.

Um ano após decisão do STF, aborto de anencéfalos esbarra em entraves. **BBC BRASIL online**. 27 abr. 2013. Disponível em: <<http://noticias.bol.uol.com.br/ultimas-noticias/brasil/2013/05/27/um-ano-apos-decisao-do-stf-aborto-de-anencefalos-esbarra-em-entraves.htm>> Acesso em: 27 mai. 2013.

BERTI, M. **Crack é a causa do abandono de 80% das crianças**. Diarioweb. Cidades. São Jose do Rio Preto: 10 Jan. 2010. Disponível em: <<http://www.diarioweb.com.br/novoportal/Noticias/Cidades/3875,,Crack+e+a+causa+do+abandono+de+80+das+criancas+.aspx>> Acesso em: 23 maio13

BIAGGIO, A.M.B. **Psicologia do desenvolvimento**. 19. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

BIZZOTTO, A.; RODRIGUES, A. B.; QUEIROZ, P. **Comentários Críticos à Lei de Drogas**. Rio de Janeiro: Lumes Júris, 2010.

BOWLBY, J. **Formação e Rompimento dos Laços Afetivos**. São Paulo: Martins Fontes: 4. ed. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. LEI nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 9 abr. 2006. Seção 1, p. 2. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10216-6-abril-2001-364458-publicacaooriginal-1-pl.html>> Acesso em: 23 maio 2013

BRASIL. LEI nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 28 out. 2006. Seção 1, p. 2. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm)> Acesso em: 23 maio 2013

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. DECRETO nº 1.132, de 22 de Dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 24 dez. 1903. Seção 1, p. 5853. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>> Acesso em: 23 maio 2013.

BRASIL. DECRETO nº 2040, de 21 de outubro de 1996. Aprova o Regulamento de Movimentação para Oficiais e Praças do Exército (R -50). Brasília, DF. 21 out. 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1996/D2040.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1996/D2040.htm)>. Acesso em: 23 maio 2013.

BRASIL. DECRETO nº 24.559, de 3 de Julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 14 jun. 1934. Seção 1, p. 14254. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 23 maio 2013.



BRASIL. DECRETO nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 20 maio 2010. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm)>. Acesso em: 23 maio 2013.

BRASIL. DECRETO nº 7.247, de 19 de Abril de 1879. Reforma o ensino primário e secundário no município da Côrte e o superior em todo o Império. Coleção de Leis do Império do Brasil - 1879, p.196, v.1, pt. II. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-7247-19-abril-1879-547933-publicacaooriginal-62862-pe.html>>. Acesso em: 23 maio 2013.

BRASIL. DECRETO nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 28 jun. 2010. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 23 maio 2013.

BRASIL. DECRETO-LEI nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Aprova o Código Penal**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm)>. Acesso em: 23 maio 2013.

BRASIL. DECRETO-LEI nº 891, de 25 de novembro de 1938. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Texto - Publicação Original no Diário Oficial da União - Seção 1 - 28/11/1938, Página 23843. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1930-1939/decreto-lei-891-25-novembro-1938-349873-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso em: 23 maio 2013.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 10. Jan. 2002. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/l10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm)>. Acesso em: 23 maio 2013.

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 9. Jun. 1999. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.708.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.708.htm)>. Acesso em: 23 maio 2013.

BRASIL. Lei Complementar nº 97, de 9 de Junho de 1999. Dispõe sobre as normas gerais para a organização, o preparo e o emprego das Forças Armadas. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 9. Jun. 1999. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/Lcp97.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp97.htm)>. Acesso em: 23 maio 2013.

BRASIL. LEI nº 6.368, de 21 de Outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Texto -

Publicação Original no Diário Oficial da União – S.1 - 22/10/1976, P. 14039.

Disponível em:

< <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6368-21-outubro-1976-357249-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 23 maio 2013.

BRASIL. LEI nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Institui o Estatuto da Criança e do Adolescente, dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente.

Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)>. Acesso em: 23 maio 2013.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial.** Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=925#](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=925#)>. Acesso em: 09/06/13

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Magnitude do Aborto no Brasil. Aspectos Epidemiológicos e Sócio-Culturais. Abortamento Previsto em lei em situações de violência sexual.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Portaria nº 1028/GM, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1028.htm>>. Acesso em: 23 maio 2013.

Relatório Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas.** DUARTE, P. C. A. V.; STEMPLIUK, V. A.; BARROSO, L. P. (Org.). Brasília: SENAD, IME USP, 2009. 364 p.

BUCHER, R. **Prevenindo contra as drogas e DST/AIDS: cartilha do educador.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1995. 28 p.

BUGLIONE, S. Reprodução e sexualidade: uma questão de justiça. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 6, n. 49, 1 fev. 2001. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/1855>>. Acesso em: 18 maio 2013

CARVALHO A. M. A.; MOREIRA, L. V. C., (Org.) **Família e educação: olhares da psicologia.** São Paulo: Paulinas, 2008.

CARVALHO, A. M. T. Trabalho e higiene mental: processo de produção discursiva do campo no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos.** Rio de Janeiro: v. 6, n. 1. Mar./Jun. 1999. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59701999000200007>> Acesso em: 10/06/13.

CARVALHO, S. **A política Criminal de Drogas no Brasil**. Rio de Janeiro. RJ: Editora Lumes Júris, 2010.

CASTRO, C . A. D. **A Evolução da Família e seus Direitos**. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/58507/1/A-EVOLUCAO-DA-FAMILIA-E-SEUS-DIREITOS/pagina1.html#ixzz1ISucPpAM>> Acesso em: 27/04/13.

CAVALCANTI, S. V. de F.. **VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, Análise da lei “Maria da Penha”, nº 11340/06**. 3. ed. Salvador: jusPODVM, 2010.

CAVALCANTI, V. R. S. **A contramão da Exclusão, pobreza e trabalho – Visibilidade da condição feminina**. In: Família, sociedade e subjetividade: uma perspectiva multidisciplinar. PETRINI, J. C.; CAVALCANTI, V. R. S.; (org.). Petrópolis: Vozes, 2005.

CETAD OBSERVA. **Consultório de Rua: origem e trajetória**. Disponível em: <<http://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/ConsultoriodeRua>> Acesso em: 25/03/2013.

CHALEN, F. Gravidez na adolescência: perfil sociodemográfico e comportamentais de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.1, Jan. 2007.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Cartilha Sobre o Crack, 4ª Composição**. 2011. 22 p.

CONTE, Marta. et al. Redução de Danos e Saúde Mental na perspectiva da Atenção Básica. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre, v. 18, n. 1, jan-jun, 2004

COURT, P. M. **Família e sociedade contemporâneas**. In: PETRINI, J. Carlos; CAVALCANTI, V. R. S. (Org.). Família, sociedade e subjetividades: uma perspectiva multidisciplinar. Petrópolis: Vozes, 2005.

CRACK, É POSSÍVEL VENCER. **A Droga composição e ação no organismo**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/a-droga/composicao-e-acao-no-organismo>> Acesso em: 18/04/13.

CRUZ, C. C.. **Redução de Danos no Contexto do Centro Histórico de Salvador – BA. Relato da Experiência de uma Estudante de Psicologia**. Disponível em: <[http://www.encontro2011.abrapso.org.br/trabalho/view?ID\\_TRABALHO=446](http://www.encontro2011.abrapso.org.br/trabalho/view?ID_TRABALHO=446)> Acesso em: 24 mar. 13.

DAMAS, F. B. Comunidades Terapêuticas no Brasil: Expansão, Institucionalização e Relevância Social. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**. Florianópolis, v. 6, n. 1, 2013. p. 50-65

DANTAS, M.T.A & CARVALHO Filho, M. J. (Orgs). **Prisões numa abordagem interdisciplinar**. Salvador, EDUFBA, 2012 . 219 p.

DURKHEIM, E. **As Regras do Método Sociológico**. Tradução: Pietro Nasseti. São Paulo: Martin Claret Ltda, 2008.

DURKHEIM, E. **O Suicídio: Estudo Sociológico**. Tradução: Luz Cary, Margarida Garrido e J. Vasconcelos Esteves. São Paulo. Victor Civita, 1973.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família da propriedade privada e do Estado**. 4. ed. São Paulo: Centauro, 2012.

FONTES, J. A. Gravidez na adolescência e família: visão multidisciplinar. 2010. 197 f. Dissertação (Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea). Universidade Católica do Salvador. 2010.

FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva. 2004.

GIBRAN, Khalil. **O louco**. São Paulo: Editora Aquariana. 2003.

GIRARDI, Giovana. **30 anos depois, vírus HIV ainda desafia saúde pública**. Disponível em: <http://noticias.bol.uol.com.br/ultimas-noticias/ciencia/2013/05/21/30-anos-depois-virus-hiv-ainda-desafia-saude-publica.htm>> Acesso em: 22 maio 2013

IMESC / INFO drogas 1999-2012. Disponível em: < <http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/redu%C3%A7%C3%A3o.htm>> Acesso em: 22 mar. 2013.

INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. 2011. Ambulatório de Transtornos Somatoformes (SOMA). Disponível em:< [http://ipqhc.org.br/pag\\_detalhe.php?categ=Hospital&id=285](http://ipqhc.org.br/pag_detalhe.php?categ=Hospital&id=285)> Acesso em: 06 mar. 2013.

JESUS, Damásio E. Título da Obra. Parte Geral. V.1. 23 ed. rev. São Paulo: Saraiva, 1999.

JODELET, D. **Representações sociais: um domínio em expansão. As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

ALCÂNTARA, D. **Consumo de crack cresce 140% em Salvador**. JORNAL A TARDE, 13/12/2008. Disponível em: < <http://atarde.uol.com.br/noticias/1030155>> Acesso em: 13 maio 2013.

KESSLER, Felix; PECHANASKY, Flavio. **Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade**. Rev. psiquiatria do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, v. 30, n. 2. 2008, p. 96-98. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082008000300003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082008000300003&script=sci_arttext) Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul> Acesso em: 05 mar. 13.

LA BOÉTIE, E. **Discurso da servidão voluntária**. São Paulo: Martin Claret, 2009.

LIPOVETSKY, G. **Metamorfoses da cultura liberal: ética, mídia, empresa.** Porto Alegre: Sulina, 2005.

LOCCOMAN, L. **A polêmica da internação compulsória** Disponível em: <[http://www2.uol.com.br/vivermente/artigos/a\\_polemica\\_da\\_internacao\\_compulsoria.html](http://www2.uol.com.br/vivermente/artigos/a_polemica_da_internacao_compulsoria.html)> Acesso em: 21 mar. 13.

LOPES, D. **O perfil do neonazista brasileiro - uma entrevista com a pesquisadora Adriana Dias.** Revista Vice. Disponível em: <<http://www.advivo.com.br/blog/luisnassif/pesquisadora-faz-mapeamento-do-neonazismo-no-brasil>>. Acesso em: 23 maio 2013

**Mães usuárias de crack se tornam um novo problema de saúde pública no Brasil.** Disponível em: <<http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/index.php/artigos/16706-maes-usuarias-de-crack-se-tornam-um-novo-problema-de-saude-publica-no-brasil>> Acesso em: 25 maio 2013.

MARTINS, G. P. C. AMARAL, M. C. M. Representações da Loucura no Brasil: Medicalização e visão do Internamento em Lima Barreto. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 46, n. 2, p. 295-313, Out. 2012. Disponível em: <[www.periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/.../24204](http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/.../24204)> Acesso em: 06 mar. 2013.

MELDAU, D. C. **Curetagem.** InfoEscola. Navegando e Aprendendo. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/medicina/curetagem/>> Acesso 27 maio 2013.

MENDONÇA, T. **A questão das drogas no Brasil.** Revista Muito, n. 131, 03 out. 10. Disponível em: <[http://salvadorناسoladope.blogspot.com.br/2011\\_05\\_01\\_archive.html](http://salvadorناسoladope.blogspot.com.br/2011_05_01_archive.html)> Acesso em: 31 maio 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec-Alnasca, 1993. 269 p.

MINAYO, M.C.S. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, 1988, p.363-381. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1988000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1988000400003&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 27 mar. 13.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde. Texto preliminar destinado à consulta pública.** Brasília. DF, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Biblioteca Virtual em Saúde. Dicas em Saúde. **Assistência pré-natal.** Out. 2005. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/dicas/90prenatal.html>> Acesso em: 21 maio 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II**

**Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS.** Brasília. DF: Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ, 2010, 48 p.

MIRANDA, Cynthia Mara. Os movimentos feministas e a construção de espaços institucionais para a garantia dos direitos das mulheres no Brasil. Disponível em: < [http://www.ufrgs.br/nucleomulher/arquivos/os%20movimentos%20feministas\\_cynthia.pdf](http://www.ufrgs.br/nucleomulher/arquivos/os%20movimentos%20feministas_cynthia.pdf)>. Acesso em: 23 maio 2013.

MITSUHIRO. S.S. **Prevalence of cocaine and marijuana use in the last trimester of adolescent pregnancy: sócio-demographic, psychosocial and behavioral characteristic.** Addictive Behaviors. v.32, n. 2, 2007, p. 392-397

MOREIRA, T. M. M. et al. **Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez.** Rev. Esc. Enferm. USP. São Paulo. v. 42, n. 2, p.312-320, jun. 2008.

MOREIRA, M. M.; MITSUHIRO S. S. ; Ribeiro, M. **Avaliação e conduta em situações específicas.** In: RIBEIRO, M; LARANJEIRA, R. (Org). Tratamento do Usuário de crack. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 549.

MORIMURA, M. C. R. et al. **Freqüência de testagem rápida para o HIV durante a admissão para o parto em puérperas no Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP.** Rev. Bras. Saúde Materna Infantil. v. 6, suppl.1, p. 69-76, 2006. Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292006000500010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292006000500010&script=sci_arttext)>. Acesso em: 26 maio 2013.

NAPPO, S. A. **Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS / pesquisadora principal.** São Paulo: CEBRID. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2004.

NAPPO, S. A.; Sanches, Z.A.D.M; Ribeiro, L.A. **Troca de sexo por crack.** In RIBEIRO, M ; LARANJEIRA, R. (Org). Tratamento do Usuário de crack. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

NASSIF, M.I. **Para Dartiu Xavier, ações na “cracolândia” são hipócritas.** Carta Maior. Disponível em: <<http://coletivodar.org/2012/01/para-dartiu-xavier-acoes-na-cracolandia-sao-hipocritas/>> Acesso em: 04/04/13.

NONTICURI, A. R. **As vivências de adolescentes e jovens com o crack e suas relações com as Políticas Sociais Protetoras neste contexto.** Porto Alegre: 2010.

**Consumo de crack cresce sem controle no Brasil.** GLOBO. Política. 06 fev. 2010. Disponível em: < <http://oglobo.globo.com/politica/consumo-de-crack-cresce-sem-controle-no-brasil-3057188#ixzz2U2LdbGNK> >. Acesso em: 22 mai 2013

O'HARE, P. **Redução de danos: alguns princípios e a ação prática.** in: Mesquita F e Bastos FI (org.). Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos. São Paulo: Hucitec, 1994.

OLIVEIRA, J.F; PAIVA, M.S; VALENTE, C.M.L. A interferência do contexto assistencial na visibilidade do consumo de drogas por mulheres. **Revista Latino - Americana de Enfermagem**. v. 15, n.2, p. 247-252. Mar.-Abr.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, Ago. 2008.

OLIVEIRA, M.G.P.N. **Consultório de rua: relato de uma experiência**. 151f. 2009. Dissertação (mestrado). Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, Bahia. 2009.

PALOMBO, R. MATERNIDADE X MATERNAGEM. Disponível em: <<http://descobrimdoamaternagem.blogspot.com.br/2011/08/maternidade-x-maternagem.html>>. Acesso em: 28 maio 2013.

PEREIRA, R.C, Estatuto da Família legítima novas formações familiares, Folha de S. Paulo, 22/11/ 10.

PETRINI, Giancarlo. Introdução. (IN) O Pai na Sociedade Contemporânea. Lucia Vaz de Campos Moreira; Giancarlo Petrini; Francisco de Barros Barbosa (orgs) – BAURU, SP: EDUC, 2010

PETRINI, João Carlos. Políticas Sociais Dirigidas à Família. (IN) Família, gênero e gerações: desafios para as políticas sociais. Ângela Borges e Mary Castro (Org). São Paulo-SP: Paulinas, 2007.

PETRINI, J. C.; CAVALCANTI, V. R. S. (Org) **Família, sociedade e subjetividade: uma perspectiva multidisciplinar**. Petrópolis: Vozes, 2005.

PIOVESAN, Flávia. **Temas atuais de direitos humanos**. São Paulo: Limonad, 1998. p. 168.

**Relatório da Conferência Internacional sobre população e Desenvolvimento**. PLATAFORMA DE CAIRO.1994.

PORTAL EDUCAÇÃO. Fatores determinantes da Doença: Endógenos e Exógenos. 16 abr. 2013. Disponível em: <<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/44133/fatores-determinantes-da-doenca-endogenos-e-exogenos#ixzz2RfFAJV6G>> Acesso em: 27 abr.13

DELGADO, P. Projeto de lei 3657/1989. Transformado na Lei Ordinária 10216/2001. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.

PROJETO DE LEI 7663/2010. Altera as Leis nºs 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de

1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nºs 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.

Disponível em: <

<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=483808>

> Acesso: 25 maio 2013

RICO, A. M. M. S. **A origem do vínculo mãe-bebê**. Disponível em:

<<http://guiadobebe.uol.com.br/a-origem-do-vinculo-mae-bebe/>> Acesso em: 25 maio 13.

ROCHA, G. Pelourinho também tem sua Cracolândia. **Folha de São Paulo – on-line**. 06/11/2011. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1002031-pelourinho-tambem-tem-sua-cracolandia.shtml>> Acesso em: 17 abril 2013.

ROMANINI, M.; ROSO, A. Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação? **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília, v.32, n.1, 2012.

Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932012000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000100007)> . Acesso em: 18 abr. 2013.

ROUSSEAU, J. J. **Do Contrato Social**. Tradução: Pietro Nassetti. 3. Ed. São Paulo: Martin Claret Ltda, 2011.

RUSSO, G. No labirinto da prostituição: o dinheiro e seus aspectos simbólicos.

**Caderno CRH**. Salvador, v. 20, n.51, Set./Dez. 2007. Disponível em: <

<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-49792007000300009> >. Acesso em: 19 maio 2013.

SANTOS, B.S. **Ruptura e Reencontro**. In: Introdução a uma ciência pós-moderna. Lisboa: Afrontamento, 2001, p. 33-50.

SANTOS, N.J.S. et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.25, s.2, 2009. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009001400014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400014)> Acesso em: 14 abr. 2013

SANTOS, S. G. A. Dores no Corpo/Dores na Alma: uma reflexão sobre a experiência corporal e familiar de mulheres mastectomizadas. 2010. 194 f. Dissertação (mestrado em família na sociedade contemporânea). Universidade Católica do Salvador

II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2005. SENAD/CEBRID.

SILVA, S. G., Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher.

**Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília, v.30, n.3, Set. 2010. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932010000300009&script=sci_arttext)

[98932010000300009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932010000300009&script=sci_arttext)> Acesso em: 20 abr. 2013.



SILVEIRA, D. X. Programa contra crack foi feito com dado de 4 Estados. Disponível em < <http://atarde.uol.com.br/brasil/materias/1465161-programa-contrack-foi-feito-com-dado-de-4-estados> > Acesso em 18/ abr. 2013.

SOUSA R. Holocausto. **Brasil Escola**. Disponível em: < <http://www.brasilecola.com/historiag/holocausto.htm> > Acesso em: 07 jun. 2013

TATIANA, Santiago. Cartão para tratamento de usuário de crack custará R\$ 4 milhões mensais. 09 maio 2013. **G1 on-line**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2013/05/cartao-para-tratamento-de-usuario-de-crack-custara-r-4-milhoes-mensais.html>>. Acesso em: 09 maio 2013.

THOMAZ, A.C.P. et al. Relações afetivas entre mães e recém-nascidos a termo e pré-termo: variáveis sociais e perinatais. Estudos de Psicologia(Natal), v.10, n. 1, Jan./Abr. 2005. Disponível em : < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2005000100016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2005000100016&script=sci_arttext)>. Acesso em: 25 maio 2013.

Mães usuárias de crack se tornam um novo problema de saúde pública no Brasil. **UNIDADE DE PESQUISA EM ÁLCOOL E DROGAS**. Disponível em:< <http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/index.php/artigos/16706-maes-usuarias-de-crack-se-tornam-um-novo-problema-de-saude-publica-no-brasil>> Acesso em: 25 maio 2013.

World Drug Report 2012. **United Nations Office On Drugs And Crime**. Disponível em: < [www.unodc.org/documents/southerncone//Topics\\_drugs/WDR/2012/WDR\\_2012\\_References\\_to\\_Brazil\\_PRT.pdf](http://www.unodc.org/documents/southerncone//Topics_drugs/WDR/2012/WDR_2012_References_to_Brazil_PRT.pdf)>. Acesso em:09 abr. 2013

Utilitarismo. **Dicionário on-line de português**. Disponível em: < <http://www.dicio.com.br/utilitarismo/>> Acesso em: 02/06/13.

VALÉRIO, A. L. R. (Mal) dita liberdade e cidadania: a redução de danos em questão. 2010. 117 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania). Universidade Católica do Salvador

VELHO, G. **Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea**. 7. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

VELHO, G. **Projeto e Metamorfose: Antropologia das Sociedades Complexas**. Rio de Janeiro: ZAHAR, 1994.

VENOSA, Sílvio de Salvo. **Direito Civil: direito de família**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2003. – (Coleção direito civil; v.6)

CONTE, M. et al. Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. Harm reduction and mental health in the primary. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre. v. 18, n. 1, Jan./Jun. 2004, p. 59-77. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim\\_saude\\_v18n1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_saude_v18n1.pdf)>. Acesso em: 26 maio 2013.

ZALUAR, A. **“Os antropólogos e os pobres: Introdução metodológica e afetiva. A máquina e a revolta. As organizações populares e o significado da pobreza.** São Paulo: Brasiliense. 2000.

ZERO HORA – RS. **Os filhos do crack.** 03 dez. 2008. Disponível em: <<http://www.antidrogas.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=863>> Acesso em: 22 maio 2013.

ZIZEK, Slavoj. **Eles não sabem o que fazem: o sublime objeto da ideologia.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda., 1992.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**TÍTULO:** (RE) CONSTRUINDO LAÇOS E PROJETOS: Mulheres usuárias de *crack*, relações familiares e vulnerabilidades.

**INVESTIGADOR:** MARCELO DE FREITAS GIMBA

**OBJETIVO:** Pesquisar sobre a atuação das mulheres usuárias de *crack* em Salvador e sua vulnerabilidades.

**PROCEDIMENTOS :** Entrevista feita a partir de roteiro e gravada com consentimento.

**RISCOS E BENEFÍCIOS:** O método de pesquisa não cria qualquer risco, na qual a razão risco benefício tende fortemente para o seu benefício. Ao participar da pesquisa, estará contribuindo para aumentar nossa compreensão acerca do uso de *crack* pelas mulheres e suas vulnerabilidades.

**CONFIDENCIALIDADE:** As informações prestadas fundamentarão dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador – UCSAL. Outros trabalhos científicos podem ser derivados desta pesquisa, mas em qualquer circunstância, sua identidade será mantida em sigilo, caso seja sua opção.

**DIREITO DE RECUSAR OU DESISTIR DA PARTICIPAÇÃO:** Sua participação nesta pesquisa é voluntária, podendo recusar-se a dela participar. Se mudar de ideia a respeito da sua participação após o início da pesquisa, poderá deixá-la. Negar-se a participar ou interromper sua participação não trará nenhuma consequência.

#### QUESTÕES

Em caso de dúvidas, por favor, sinta-se à vontade. Se no futuro tiver perguntas a fazer, entre em contato com o investigador pelo número 71-8178-5754.

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura da participante

Autorizo a divulgação de meu nome

Não autorizo a divulgação do meu nome

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura do investigador

APÊNDICE B - ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS NA ÁREA DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA (*CRACK*)

DATA \_\_\_\_\_; INÍCIO \_\_\_\_\_; FIM \_\_\_\_\_

1) INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2) FUNÇÃO DO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_

3) QUAL É A DEMANDA DE ATENDIMENTOS DE USUÁRIAS DE *CRACK*?

a) DIAS \_\_\_\_\_

4) QUAL É O PERFIL DA USUÁRIA DE *CRACK* NESTA INSTITUIÇÃO ?

a) Idade \_\_\_\_\_

b) Grau de Escolaridade \_\_\_\_\_

c) Raça \_\_\_\_\_

d) Classe Social \_\_\_\_\_

e) Tipo de Residência ( se moram em casa ou rua) \_\_\_\_\_

f) Estado Civil / vivem com companheiro \_\_\_\_\_

g) Filhos \_\_\_\_\_

h) Caso tenham filhos, ele(s) moram com ela \_\_\_\_\_

i) Houve caso de perda da Guarda dos filhos \_\_\_\_\_

h) Quanto tempo faz uso do *crack* \_\_\_\_\_

i) Qual foi a droga de início \_\_\_\_\_

5) QUAL FOI O PROCESSO DE INTERNAMENTO (voluntário, involuntário ou compulsório)?  
\_\_\_\_\_.

6) EXISTE ALGUM QUADRO DE VIOLÊNCIA SOFRIDO POR ESSAS MULHERES?  
\_\_\_\_\_

7) ALGUM ENVOLVIMENTO COM ATOS ILÍCITOS? \_\_\_\_\_

8) APRESENTAM ALGUM SINTOMA DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMITIDAS (DST/AIDS) ?

---

9) ALGUM RELATO DE ABORTO PRATICADO ASSOCIADO AO CRACK?

---

10) EM RELAÇÃO A OUTRAS DEPENDÊNCIAS (QUÍMICAS) COMO PODE CLASSIFICAR A DEPENDÊNCIA DO CRACK?

---

11) COMO É FEITO TRATAMENTO (COM A FAMÍLIA/INDIVIDUAL/GRUPO)

---

12) COMO É REALIZADO O TRABALHO DE REINCERSÃO SOCIAL DESSAS DEPENDENTES?

---

13) QUAL É ÍNDICE DE RECAÍDAS?

---

14) QUAL É A SUA OPINIÃO SOBRE O INTERNAMENTO COMPULSÓRIO?

---

15) QUAL A SUA OPINIÃO SOBRE REDUÇÃO DE DANOS?

---

16) ALGO A MAIS A ACRESCENTAR?

---

*Obrigado!*

APÊNDICE C - ENTREVISTA COM PACIENTES NA ÁREA DE DEPENDÊNCIA  
QUÍMICA (*CRACK*)

DATA \_\_\_\_\_; INÍCIO \_\_\_\_\_; FIM \_\_\_\_\_

1) INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2) QUANTO TEMPO ESTÁ INTERNADA?

a) DIAS \_\_\_\_\_

3) QUANTAS VEZES JÁ FOI INTERNADA?  
\_\_\_\_\_

4) QUAL É O PERFIL DA PACIENTE?

a) Idade \_\_\_\_\_

b) Grau de Escolaridade \_\_\_\_\_

c) Raça \_\_\_\_\_

d) Classe Social \_\_\_\_\_

e) Tipo de Residência ( se moram em casa ou rua) \_\_\_\_\_

f) Estado Civil / vivem com companheiro \_\_\_\_\_

g) Filhos \_\_\_\_\_

h) Caso tenha filho(s) eles mora (m) com você \_\_\_\_\_

i) Houve caso de perda da Guarda dos filhos \_\_\_\_\_

h) Quanto tempo faz uso do *crack* \_\_\_\_\_

i) Qual foi a substância inicial \_\_\_\_\_

5) QUAL FOI O PROCESSO DE INTERNAMENTO (voluntário, involuntário ou compulsório)?  
\_\_\_\_\_

6) RECEBE VISITAS E ACOMPANHAMENTO DE FAMILIARES?  
\_\_\_\_\_

7) JÁ SOFREU ALGUMA VIOLÊNCIA FÍSICA OU PSICOLÓGICA?  
\_\_\_\_\_

8) CASO POSITIVO QUEM PRATICOU?  
\_\_\_\_\_

9) JÁ SE SENTIU DISCRIMINADA POR FAZER USO DE *CRACK*?  
\_\_\_\_\_

10) JÁ SE ENVOLVEU COM ALGUM ATO ILÍCITO DEVIDO AO *CRACK*?  
\_\_\_\_\_

11) JÁ APRESENTOU ALGUM SINTOMA DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMITIDAS (DST/AIDS), RELACIONADO AO *CRACK*, (NÃO USO DE PRESERVATIVO) ?  
\_\_\_\_\_

12) JÁ PRATICOU ABORTO ASSOCIADO AO *CRACK*?  
\_\_\_\_\_

13) CASO TENHA USADO OUTRA DROGA (QUAL?), EM RELAÇÃO ÀS DEPENDÊNCIAS (QUÍMICAS) COMO PODE CLASSIFICAR A DEPENDÊNCIA DO *CRACK*?

---

14) JÁ TRABALHOU?

---

15) JÁ TEVE ALGUMA RECAÍDA?

---

16) QUAL É A SUA OPINIÃO SOBRE O INTERNAMENTO COMPULSÓRIO?

---

17) EM RELAÇÃO À FAMÍLIA (ascendentes e descendentes quando houver), gostaria de registrar sua experiência até o momento? O que poderia mencionar sobre ser “mulher” e usuária de substâncias?

---

18) ALGO MAIS A COMENTAR?

---