



Escola de
Enfermagem



DAIANI MODERNEL XAVIER

**REPERCUSSÕES DO USO DE CRACK PARA A GESTANTE/PUÉRPERA, O
RECÉM-NASCIDO E A FAMÍLIA**

**RIO GRANDE
2014**

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

**REPERCUSSÕES DO USO DE CRACK PARA A GESTANTE/PUÉRPERA, O
RECÉM-NASCIDO E A FAMÍLIA**

DAIANI MODERNEL XAVIER

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologias de Enfermagem/Saúde a indivíduos e grupos sociais.

Orientadora: Dr^a Giovana Calcagno
Gomes

RIO GRANDE
2014

X3r Xavier, Daiani Modernel.
 Repercussões do uso de crack para a
 gestante/puérpera, o recém-nascido e a família / Daiani
 Modernel Xavier. – 2014.
 125 f.

 Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio
 Grande – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

 Orientadora: Dra. Giovana Calcagno Gomes.

 1. Enfermagem. 2. Gestantes. 3. Período Pós-Parto 4.
 Recém-nascido. 5. Família. 6. Cocaína crack. I. Gomes, Giovana
 Calcagno. II. Título.

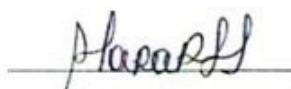
CDU 616-083

Catálogo na fonte: Bibliotecário Clériston Ribeiro Ramos CRB10/1889


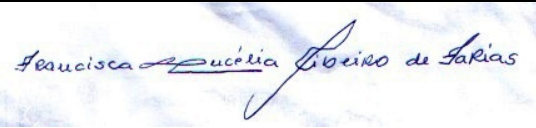
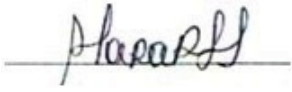

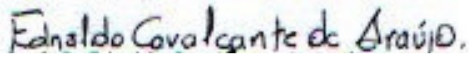
DAIANI MODERNEL XAVIER

**REPERCUSSÕES DO USO DE CRACK PARA A GESTANTE/PUÉRPERA, O
RECÉM-NASCIDO E A FAMÍLIA**

Esta dissertação/tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Mestre em Enfermagem**, aprovada na sua versão final em 06/03/2014, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Coordenadora do Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem FURG

BANCA EXAMINADORA
 Dra. Giovana Calcagno Gomes – Presidente (FURG)
 Dra. Francisca Lucélia Ribeiro de Farias – Membro Externo (UNIFOR)
 Dra. Mara Regina Santos da Silva – Membro Interno (FURG)
 Dra. Silvana Sidney Costa Santos – Suplente Interno (FURG)
 Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo – Suplente Externo (UFPE)

XAVIER, Daiani Modernel. **Repercussões do uso de crack para a gestante/puérpera, o recém-nascido e a família.** 2014. 125 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS.

Este estudo objetivou conhecer as repercussões de uso do crack para a gestante/puérpera, recém-nascidos e familiares. Pesquisa exploratória, descritiva com abordagem qualitativa. A coleta dos dados foi realizada no primeiro semestre de 2014. Integraram a produção de dados oito gestantes e dez puérperas dependentes de crack, com seus respectivos familiares e dez prontuários de recém-nascidos. Os dados foram produzidos por entrevistas semiestruturadas com gestantes/puérperas dependentes de crack, familiares e análise dos prontuários dos recém-nascidos. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo. Evidenciou-se que as gestantes/puérperas dependentes de crack iniciam seu uso por influência de amigos e vizinhos e, muitas vezes, engravidam por realizarem sexo sem proteção. Quando grávidas muitas não realizam o pré-natal. Em relação ao parto algumas têm parto normal e sem dificuldades, apresentando sintomas de abstinência ao crack no hospital antes do parto. Outras descobrem no hospital que possuem infecções sexualmente transmissíveis. Referiram que com o uso de crack ficam emagrecidas e perdem os hábitos de higiene. Na busca por diminuir o consumo de crack procuram substituí-lo por outras substâncias psicoativas, sendo a principal o álcool por acharem menos nocivo para o bebê. As puérperas dependentes de crack referiram como facilidade para o cuidado o fato da criança chorar pouco; o apoio da família, de vizinhos e de amigos. Como dificuldades para o cuidado elencaram a abstinência da droga que as leva a não se apegarem à criança; a recomendação da não amamentação; a falta de apoio familiar; a vigilância dos profissionais do Conselho Tutelar. Como expectativas para o futuro referiram querer parar com o uso da droga; submeterem-se a tratamento; readquirirem a guarda dos filhos, reestruturarem a família e abandonarem a prostituição. Quanto às repercussões do uso de crack na gestação para o recém-nascido evidenciou-se a prematuridade, necessidade do uso de tecnologias de cuidado, ocorrência de abortos e mortes após o nascimento; malformações congênitas; contra-indicação da amamentação, levando à necessidade da criança ser alimentada com leites artificiais; abandono materno, institucionalização e adoção do recém-nascido. Em relação às repercussões do uso de crack da gestante/puérpera para a família cuidadora, constataram-se como dificuldades para o cuidado a mudança no seu modo de ser, à medida que mente, rouba e torna-se agressiva. Como facilidades para cuidar da gestante/puérpera dependente de crack referiram o apoio familiar, de amigos e vizinhos; sua vontade para se tratar; o acesso aos serviços de saúde e a fé em Deus. A problemática do uso de crack exige dos profissionais da saúde/enfermeiros preparo para o enfrentamento. Espera-se que a pesquisa contribua para a reflexão e conscientização acerca da temática e a tomada de decisão de cada profissional, identificando e aplicando intervenções terapêuticas eficazes e eficientes para a gestante/puérpera dependente de crack, a criança e a família cuidadora.

Descritores: Gestantes. Período Pós-Parto. Cocaína crack. Recém-nascido. Família. Enfermagem.

XAVIER, Daiani Modernel. **Repercussions of crack use of pregnant/puerperae, the newborn and the family.** 2014. 125 f. Dissertation (Master's in Nursing) - Nursing School. Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande, RS.

This study aimed to know the repercussions of crack use for pregnant/puerperae, newborns and families. Exploratory, descriptive qualitative research. Data collection was performed in the first half of 2014. Have integrated the production of datas eight pregnant and ten puerperae crack dependents, with respectives families and ten records of newborns. The data were produced by semistructured interviews with pregnant/ puerperae crack dependents, families and analyzing the charts of newborns. The data were subjected to content analysis. It was evidenced that the pregnant/ puerperae crack dependents begin your use by the influence of friends and neighbors and, often, become pregnant by performing unprotected sex. When pregnant many do not realize prenatal. For childbirth some have normal childbirth and without difficulties, and symptoms of abstinence to the crack in the hospital before childbirth. Others discover in the hospital that have sexually transmitted infections. Reported that with the use of crack become emaciated and lose hygiene habits. In the quest to decrease the consumption of crack seek to replace it with other psychoactive substances, being the main the alcohol because they find less harmful to the baby. The puerperae crack dependents reported as facility to the care if the child crying little; support from family, neighbors and friends. As difficulties to care revealed the abstinence of the drug that leads to not to cling to the child; the recommendation of not breastfeeding; the lack of family support; the surveillance of professionals Tutelary Council. As expectations for the future mentioned wanting to stop with the use of the drug; submit to treatment; regain custody of the children, restructure the family and abandon prostitution. Concerning the repercussions of crack use in the gestation for the newborn evidenced the prematurity, need to use care technologies, occurrence of abortions and deaths after birth; congenital malformations; contraindication to breastfeeding, leading to the child's need to be fed with artificial milk; infant abandonment, institutionalization and adoption of the newborn. Regarding the repercussions of crack use in pregnant / puerperae for family caregivers, were verified as difficulties to care for the change in their mode of being, as it lies, steals and becomes aggressive. As facilities to care for pregnant / puerperae crack dependent reported the family support, friends and neighbors; your willingness to treat; the access to health services and faith in God. The problem of crack use requires of the health professionals of the health / nurses prepared to confront. It is hoped that the research will contribute to the reflection and awareness of the thematic and the decision making of each professional, identifying and applying effective and efficient therapeutic interventions for pregnant/ puerperae dependent on crack, the child and the family caregiver.

Descriptors: Pregnant women. Postpartum Period. Infant, Newborn. Family. Cocaína Crack. Nursing.

XAVIER, Daiani Modernel. **Repercusiones del uso de crack para la gestante/puerpera, el recién nacidos y la familia.** 2014. 125 f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande, RS.

Este estudio objetivó conocer las repercusiones de uso del crack para gestantes/ puerperas, recién nacidos y familiares. Investigación exploratoria, descriptiva con enfoque cualitativo. La recolección de los datos se llevó a cabo en el primer semestre de 2014. Integraron la producción de datos ocho gestantes y diez puerperas dependientes de crack, con sus respectivos familiares y diez registros de recién nacidos. Los datos fueron producidos mediante entrevistas semiestructuradas con gestantes/puerperas dependientes de crack, familiares y análisis de los registros de los recién nacidos. Los datos fueron sometidos a análisis de contenido. Fue evidente que las gestantes/ puerperas dependientes de crack comienzan su uso por influencia de amigos y vecinos y, con frecuencia, embarazan por realizaren sexo sin protección. Cuando embarazadas muchas no realizan el prenatal. Para el parto algunas tienen parto normal y sin dificultades, apresentando síntomas de abstinencia al crack en el hospital antes del parto. Otras descubren en el hospital que poseen infecciones de transmisión sexual. Referiran que con el uso de crack fican adelgazadas y perden los hábitos de higiene. En la búsqueda para reducir el consumo de crack buscan sustituirlo por otras sustancias psicoactivas, siendo el principal el alcohol por creeren ser menos perjudicial para el bebé. Las puerperas dependientes de crack reportaran como facilidades para el cuidado el facto del niño llorar poco; el apoyo de la familia, de vecinos y de amigos. Como dificultades para cuidar eligieron la abstinencia de la droga que lleva a no teneren afecto al niño; la recomendación de no amamantar; la falta de apoyo familiar; la vigilancia de Consejo Tutelar. Como expectativas para el futuro reportaran querer dejar de usar la droga; someterse a tratamiento; de recuperar la custodia de los hijos, reestructuraren la familia y abandonaren la prostitución. Cuanto a las repercusiones del uso de crack en la gestación para el recién nacido se presentaron la prematuridad, necesidad del uso de tecnologías de cuidado, aparición de abortos y muertes tras el nacimiento; malformaciones congénitas; contraindicación de la amamantamiento, lo que lleva a la necesidad del niño de ser alimentado con leches artificiales; abandono materno, institucionalización y adopción del recién nacido. Con respecto a las repercusiones del uso de crack de la gestante/ puerpera para la familia cuidadora, se constató como dificultades para el cuidado la el cambio en su forma de ser, a medida que mente, roba y se vuelve agresiva. Como facilidades para cuidar de la gestante/puerpera dependiente de crack referieron el apoyo familiar, de amigos y vecinos; su disposición al trataminto; el acceso a los servicios de salud y la fe en Dios. El problema del uso de crack requiere profesionales de la salud /enfermeros preparados para el enfrentamiento. Se espera que la investigación contribuya a la reflexión y concientización de la cuestión y la toma de decisiones de cada profesional, identificando y aplicando de intervenciones terapéuticas eficaces y eficientes a la gestante/puerpera dependientes de crack, el niño y la familia cuidadora.

Descriptor: Mujeres embarazadas. Período de Postparto. Recién Nacido. Familia. Cocaína crack. Enfermería.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Objetivo	14
1.2 Justificativa	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 Crack: aspectos históricos e sociais	15
2.2 Repercussão do uso do crack para a gestante	18
2.3 Repercussão do uso do crack para o recém-nascido	20
2.4 Repercussão do uso do crack para a família	21
2.5 Atuação dos enfermeiros frente à dependência química por Crack	23
3 METODOLOGIA	27
3.1 Tipo do estudo	27
3.2 Local do estudo	28
3.3 Participantes do estudo	29
3.4 Instrumentos e técnicas de coleta dos dados	30
3.5 Análise dos dados	31
3.6 Aspectos éticos	33
4 RESULTADOS	35
4.1 Repercussões do uso de crack para a gestante/puérpera	35
4.2 Repercussões do uso de crack para o recém-nascido de gestantes puérperas dependentes de crack	61
4.3 Repercussões do uso de crack para a família da gestante/puérpera	69
5 DISCUSSÃO	88
CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS	112
APÊNDICE A	122
APÊNDICE B	123
APÊNDICE C	124
ANEXO 1	125

1 INTRODUÇÃO

O avanço do consumo do crack vem trazendo à sociedade uma série de transtornos. O crack, substância psicoativa, surgiu no início da década de 1980, a partir da mistura de cloridrato de cocaína com água e bicarbonato de sódio, além de diversas substâncias tóxicas como gasolina e querosene. Trata-se de uma forma de cocaína que se disseminou no Brasil, oficialmente a partir de 1989 e promove intoxicação pulmonar (BRASIL, 2009a). Além dos problemas respiratórios pela inspiração de partículas sólidas, sua ação estimulante leva à perda de apetite, falta de sono e agitação motora, desnutrição, desidratação e gastrite. Podem ser ainda observados sintomas físicos como rachadura nos lábios, cortes e queimaduras nos dedos das mãos e, às vezes, no nariz, além de ficar o usuário mais exposto ao risco social e de doenças (BERNARDES-FILHO et al., 2013).

O crack tem sido considerado uma epidemia, apresentando-se como problemática para toda a sociedade. A gravidade de suas consequências para usuários, famílias e sociedade em geral, vem exigindo dos governos/governantes e dos profissionais de diversas áreas, como saúde e educação, políticas e estratégias que deem suporte a atuação frente a esta problemática (SANDERS-BUELL et al., 2010).

Crianças cujas mães são dependentes de crack internam no hospital vítimas de violência física e negligência. Ao conversar com os trabalhadores de uma Unidade de Pediatria verificou-se que esta é uma realidade frequente e que tem causado a perda do pátrio poder das responsáveis. O consumo indiscriminado de crack e outras substâncias psicoativas apresentam-se como grave problema de Saúde Pública, causando transtornos aos usuários, à família e à sociedade em geral, mobilizando o sistema de saúde, sendo um problema de difícil solução (SELEGHIM et al., 2011).

Com o avanço do uso de substâncias psicoativas, cada vez mais potentes, percebe-se que esse problema vem trazendo à população transtornos, como o aumento da violência, da criminalidade e da prostituição, dentre outros. O uso de cocaína na América do Sul e Central permanece em níveis mais elevados do que a média global. O Brasil tem o maior número de usuários de cocaína na América do Sul, sendo a dependência do crack um problema de saúde pública (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2013).

Dados de 2005 estimavam em 380 mil o número de usuários, provavelmente dependentes do crack no Brasil. Inicialmente, o uso da droga era restrito a São Paulo espalhando-se por centros urbanos de todas as regiões. Não se sabe exatamente o número de usuários de crack no Brasil. Segundo o Ministério da Saúde (2010), o Centro Brasileiro de Informações sobre Substâncias Psicotrópicas (CEBRID) realizou pesquisa em 108 cidades. Descreveu que 0,1% da população fumou crack, nos 12 meses anteriores à pesquisa. No mesmo período, 2,6% tinha fumado maconha, 1,2% utilizado solvente, 0,7% usado cocaína, enquanto 49,8% das pessoas consumiram álcool (BRASIL, 2010b).

Em 2010, estimava-se que o número de usuários de crack no Brasil estava em torno de 1,2 milhões e a idade média para início do uso da droga era de 13 anos (BRASIL, 2009b). Neste contexto, constatam-se grande número de mulheres dependentes, muitas gestantes. O uso de crack está associado à relação sexual desprotegida e a não realização do pré-natal não procuram acompanhamento de saúde específico e não fazem pré-natal, negligenciando a própria saúde e a do bebê (METSCH et al., 2009).

Estudo que buscou verificar a heterogeneidade dos dependentes de substâncias psicoativas com vistas à adequação da assistência verificou que as mulheres dependentes formam um grupo diferenciado tanto no que diz respeito ao diagnóstico como ao tratamento (MARANGONI, OLIVEIRA, 2012). Este fato torna-se evidente frente à possibilidade de uma gravidez e as consequências desse hábito para o bebê e para a mãe.

Apesar dos esforços concentrados pelas equipes de saúde no acompanhamento de gestantes dependentes de crack, o estudo sobre a avaliação da família de uma gestante dependente de crack mostrou que essas puérperas são resistentes em aderir ao tratamento e aos programas de auxílio psicossocial direcionados a gestantes em situações de vulnerabilidades (SILVA, MACHADO, SILVA, 2011). Gestantes dependentes de crack referiram situações de dificuldades econômicas extremas agravadas pelo isolamento social e pela falta de relações sociais de apoio e de confiança, o que torna a vivência da gravidez mais difícil (DANIULAITYTE, CARLSON, 2011).

Estudo acerca do uso de crack na gravidez constatou que a maioria das mulheres grávidas eram solteiras, ficaram grávidas três ou mais vezes e relataram ter trocado sexo por dinheiro ou substâncias psicoativas. Essa situação sugere

ligação entre a gravidez não planejada e exposição pré-natal à cocaína (COSTA et al., 2012). O uso de crack ou outras formas de administração da cocaína está relacionado a graves efeitos adversos maternos. Evidencia risco aumentado de descolamento prematuro de placenta, líquido amniótico meconial, ruptura prematura de membranas ovulares, anomalias de trato geniturinário e baixo peso ao nascimento (MARTINS-COSTA et al., 2013).

A cardiotoxicidade da cocaína está aumentada na gestação, associada a maiores níveis de metabólitos ativos da droga na circulação materna. Pacientes dependentes que desenvolvem hipertensão durante a gestação devem ser investigadas para pré-eclâmpsia e intoxicação aguda. Ambas intercorrências apresentam sintomas semelhantes, sendo diagnósticos diferenciais (MARTINS-COSTA et al., 2013; MESSIAH, LIPSHULTZ, MILLER, 2011). Assim, os bebês sofrem os efeitos da dependência vício já nas primeiras horas de vida podendo apresentar quadro de irritabilidade, sudorese, hipertonia (aumento do tônus muscular, o que deixa a criança mais contraída) e dificuldade nos ciclos de sono e vigília. Todos esses sinais são medidos para ver se o recém-nascido precisa de medicação (CREANGA et al., 2012; CHIRIBOGA et al., 2009).

Estudo acerca do uso de substâncias psicoativas na gestação e seus efeitos no recém-nascido descreveu que a exposição à droga e as taxas de síndrome de abstinência neonatal aumentou significativamente entre 2000 e 2008 no mundo. A proporção de síndrome de abstinência neonatal diagnosticada em recém-nascidos expostos ao crack e opiáceos durante a gestação aumentou de 26,4% em 2000 para 41,7% em 2008. Comparados com os recém-nascidos não expostos à droga estes apresentaram menor peso ao nascer, maior tempo de internação após o nascimento, maior propensão à prematuridade, problemas de alimentação e condições respiratórias afetadas (CREANGA et al., 2012).

O uso materno de crack foi associado com considerável morbidade neonatal. Este fato reforça a necessidade da captação das gestantes dependentes de crack e de equipes multiprofissionais aptas a realizar o pré-natal dessas mulheres durante a gravidez (CREANGA et al., 2012). Crianças de mulheres que usam crack durante a gestação já nascem dependentes da droga e com sequelas causadas pelo uso desta durante a gestação evidenciando o fenômeno conhecido como *crack babies* (THOMPSON et al., 2009).

O uso de crack durante a gestação pode desencadear abortos espontâneos, prematuridade, diminuição no crescimento do feto e outras alterações perinatais. Além disso, aqueles que nascem vivos podem apresentar retardo mental ou outros transtornos mentais e comportamentais que trarão sérias consequências para suas vidas (THOMPSON et al., 2009).

Quando os recém-nascidos são expostos ao crack durante a gestação, sua adaptação ao meio extrauterino se torna mais difícil, podendo serem irritáveis, trêmulos, difíceis de consolar, frágeis, hiperexcitáveis e apresentarem dificuldade de manter um padrão de vigília de forma suave e sequencial (CREANGA et al., 2012). Pode ocorrer, também, alteração no processo de apego mãe/filho principalmente em estabelecer o contato olho a olho, podendo ocorrer tanto pelo filho, por excesso de choro e irritabilidade, ou pela mãe sentindo-se cansada e rejeitada. Em alguns casos esse processo se torna tão difícil pelos sentimentos de incompetência, culpa ou depressão que pode levar a mãe a maltratar o filho ou negligenciá-lo (CREANGA et al., 2012).

O tratamento aos filhos de dependentes de crack muitas vezes é seguido de outra complicação: o abandono, pois em muitos casos, as mães preferem deixar os filhos para a adoção. Em outros casos perdem a guarda do filho devido a atos de negligência ou violência física perpetrados durante surtos de abstinência da droga ou sua busca pela substância psicoativa (MARQUES et al., 2012).

Os recém-nascidos que foram expostos ao crack ainda na gestação apresentam logo nas primeiras 48 horas de vida alterações neurológicas e comportamentais provocadas pela exposição prolongada. Essas crianças não são dependentes e os danos do uso de crack durante a gestação podem ser minimizados. No início se pensava que esses bebês teriam malformações e problemas graves, mas, verificou-se que as alterações são no neurocomportamento. Eles são mais irritáveis e têm dificuldade para se alimentar, mas conforme o estímulo e o tratamento é possível reverter essa situação que é temporária, sendo necessário tratamento adequado e acompanhamento periódico (CHIRIBOGA et al., 2009).

O cuidado à dependente de crack pode ser impactante para a família por se tratar de doença que apresenta relação com a morte, criminalidade e forte estigma social. Cuidar de uma gestante dependente de crack significa mudança na rotina,

dedicação e requer preparo, tanto emocional, quanto físico, causando alteração na dinâmica familiar (MOREIRA, MITSUHIRO, RIBEIRO, 2012).

A atuação da família na prevenção ao uso indevido de substâncias psicoativas, na recuperação e reinserção social do dependente químico é importante. No entanto, o cuidado ao familiar dependente pode tornar os cuidadores co-dependentes, revelando-se parceiro indissociável do dependente químico que deve ser chamado a participar do tratamento, pois constitui um recurso importante pelo poder que exerce sobre o conjunto de relações nas quais o usuário de substâncias psicoativas é o elemento central (MARQUES et al., 2012).

O uso de crack pode causar, também, mudanças acentuadas na interação do indivíduo com familiares, afetando as relações sociais (PRATTA, SANTOS, 2009). Desse modo, além dos aspectos econômicos que podem interferir na dinâmica familiar e no processo de readaptações a um novo modo de se relacionar com o dependente químico (BRASIL, 2009a).

Quando o uso de crack por um membro é descoberto alguns familiares podem adoecer, ou seja, o usuário está doente e precisa de ajuda, e a família também, principalmente se a dependente está grávida (BERNARDY, OLIVEIRA, 2010). Nesses casos o familiar cuidador necessita ser instrumentalizado pelos profissionais da saúde para compreender a doença, adquirir habilidades e competências para o cuidado direto da dependente grávida e depois de seu bebê e suas necessidades. Para auxiliar a família a desempenhar seu papel frente ao usuário de crack é necessário que os profissionais da saúde conheçam e aprendam formas de auxiliá-las a minimizar o impacto de ter que cuidar de um dependente químico.

O Brasil precisa adotar programas específicos para tratamento de gestantes dependentes de substâncias psicoativas e recém-nascidos exigindo cuidados especiais. Pouco se sabe sobre os possíveis reflexos da droga na infância e adolescência dessas crianças, tampouco se elas são mais suscetíveis ao uso de entorpecentes. Essa nova realidade exige esforços dos profissionais da saúde no sentido de atuar frente a estas mulheres e crianças realizando a prevenção, detecção precoce dos casos e tratamento adequado com vistas à reabilitação da díade mãe e bebê e prevenção das complicações do uso de crack na gestação e no bebê.

Para que esses programas e tratamentos sejam eficazes é necessário que os profissionais da saúde, conheçam o processo de viver de forma a implementar

ações efetivas no sentido de auxiliá-las neste momento tão especial de suas vidas. O enfermeiro como agente educador em saúde, poderá contribuir na orientação da família para a prestação dos cuidados à gestante dependente de crack e à criança. Nessa questão, é imprescindível que esses profissionais atuem considerando a família, como parte integrante e indissolúvel da prática de enfermagem, junto às dependentes de crack.

Neste contexto, a questão que norteia este estudo é: quais as repercussões do uso de crack para a gestante/puérpera, o recém-nascido e a família? Para dar resposta a esta questão o objetivo deste estudo é conhecer as repercussões de uso do crack para a gestante/puérpera, o recém-nascido e a família. O conhecimento acerca dessas repercussões poderá indicar formas adequadas de intervenção, possibilitando um cuidado de enfermagem efetivo e humanizado a esta clientela uma vez que este não é só um problema para a mãe dependente e sua família, mas também de toda a sociedade. Além disso, este estudo poderá contribuir para estudos futuros na área de Enfermagem e Saúde Mental, subsidiando novas intervenções.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para dar sustentação a esta proposta, a seguinte revisão de literatura aborda aspectos referentes ao crack: Aspectos Históricos e Sociais; Repercussão do uso do crack para a gestante/puérpera; Repercussão do uso do crack para o recém-nascido; Repercussão do uso do crack para a família e Atuação dos enfermeiros frente à dependência química por crack.

2.1 Crack: aspectos históricos e sociais

Crack é uma substância ilícita que surgiu entre 1984 e 1985, em bairros pobres e marginalizados de Los Angeles, Nova York e Miami. Era obtido a partir de um processo caseiro e utilizado em grupos, em casas abandonadas e precárias, chamadas *crack houses*. Resulta da dissolução de cloridrato de cocaína em água e adição de uma base, normalmente bicarbonato de sódio que aquecida forma pedaços de cristais e pó do tipo cocaína, as quais evaporam a baixas temperaturas, tornando-se adequados para fumar (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012).

A denominação crack é uma onomatopéia e se refere ao som produzido pelo teor de água quando ferve e a quebra de sons ouvidos quando os pedaços da pedra de crack são aquecidos. Seus efeitos intensos e de curta duração podem ser sentidos quase que imediatamente após seu uso, motivando o usuário a utilizar nova dose (BERNARDES-FILHO et al., 2013).

Em geral, os usuários de crack são jovens, usuários de cocaína refinada atraídos pelo baixo preço da substância, usuários de maconha e poliusuários, que o adicionaram a seu padrão de consumo, e, ainda, indivíduos que adotaram o crack como primeira substância. Após o advento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), usuários de cocaína por via intravenosa, geralmente mais velhos, também optaram pelo crack em busca de vias de administração mais seguras, sem diminuição da intensidade dos efeitos. O baixo preço também atraiu novos consumidores, de extratos sociais mais baixos, que pagavam por dose consumida. O consumo de cocaína e de seus derivados nos Estados Unidos se alastrou, tornando esse país o maior mercado consumidor por décadas (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012).

As informações sobre o crack no Brasil são geralmente provenientes da imprensa ou de órgãos policiais. As apreensões dessa substância realizadas pela Polícia Federal tiveram início a partir das décadas de 1990, aumentando em 166 vezes no período de 1993 a 1997. Algumas evidências enfatizam para o surgimento da substância em bairros da zona leste de São Paulo/SP, para, em seguida, alcançar a região da estação da Luz, conhecida como “Cracolândia”, no centro da cidade. Depois disso, o consumo espalhou-se para vários outros pontos da cidade em decorrência do ambiente e da exclusão social e da repressão política no centro (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012).

A primeira investigação sobre o consumo de crack no Brasil foi realizada por Nappo et al., (1994) em um estudo etnográfico realizado no município de São Paulo, envolvendo 25 usuários vivendo na comunidade, cujo perfil era: homens, com menos de 30 anos, desempregados, com baixa escolaridade e poder aquisitivo, provenientes de famílias desestruturadas. O aparecimento da substância e a popularização do consumo tiveram início a partir de 1989.

Em outro estudo, Nappo et al., (2001) revelam os motivos dos usuários para o consumo do crack. Argumentou que, em meados de 1990, a sensação de prazer era a justificativa da maioria dos consumidores da droga. No final da mesma década, porém, o consumo era estimulado por compulsão, dependência ou como forma de lidar com problemas familiares ou frustrações, o pensamento do usuário se reduzia ao consumo do crack, em detrimento do sono, comida, afeto e senso de responsabilidade. Além disso, atingia usuários de todas as classes sociais, que consideravam os serviços de atendimento públicos insuficientes e inadequados para as suas necessidades.

Dois levantamentos domiciliares (2001 e 2005) realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) mostraram que o consumo dessa substância psicoativa quase dobrou. Os dados também revelaram índices crescentes do consumo por região do Brasil: comparativamente, de 2001 até o levantamento realizado em 2005, a Região Sul passou de 0,5 para 1,1%, tendo o maior consumo, seguido da região nordeste, com 0,8%. Não houve relatos de uso de crack no Norte, no entanto, essa foi a região com maior uso de merla (1,0%), outra forma de cocaína fumada (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS, 2006).

Os estimulantes, como cocaína, crack e anfetaminas, também, estão envolvidos com frequência nos episódios de agressão reduzindo o controle dos impulsos e aumentando os pensamentos paranóicos (IYALOMHE, 2009). Assim, é válido lembrar que muitos usuários de crack se tornam agressivos devido ao efeito da droga ou pela falta da mesma. Com isso, o convívio familiar com estes dependentes se torna dificultado gerando agressões físicas aos seus familiares quando não conseguem adquirir meios de consumir a substância psicoativa.

Uma questão a ser levantada, de extrema relevância para entendermos a dependência psicológica causada pela substância psicoativa, são aquelas relacionadas à diminuição da autoestima que está diretamente ligada à perda do auto-respeito, sentimentos de vazio, solidão, angústia e depressão, o que poderia sugerir a redução dos interesses, a deterioração dos cuidados consigo mesmo, a perda de vínculos sociais e ao envolvimento com atividades criminosas (CRAWFORD et al., 2012).

O dependente de crack é um dos dependentes químicos mais propensos a desenvolver atividades agressivas contra ele mesmo, contra a família e a sociedade, uma vez que esta droga é tão poderosa que em segundos chega ao sistema nervoso central causando diversas alterações físicas e psíquicas (JOHNSON et al., 2013). Observa-se que o dependente dessa substância é um indivíduo perturbado e que necessita de ajuda e auxílio para enfrentar esta situação dolorosa que é a dependência química.

Estudo revelou que a influência pelo aumento do consumo da substância psicoativa possa estar associada à carência de políticas públicas específicas para o crack e usuários, entre eles as gestantes/puérperas, apesar da demanda por tratamento ser a que mais cresceu entre as substâncias psicoativas ilícitas. Desse modo, enquanto os agentes de saúde aguardam o desaparecimento espontâneo desse grupo, surgem novas facetas desse modo de consumo, como a associação entre o uso de crack e a infecção pelo HIV e a violência contra e entre os usuários (CARVALHO, SEIBEL, 2009).

2.2 Repercussão do uso do crack para a gestante/puérpera

As mulheres caracterizam-se como um grupo de dependentes de crack que apresentam comportamento sexual vulnerável, devido aos múltiplos parceiros, prostituição e uso inconsistente dos preservativos e outros insumos para as práticas de sexo mais seguras, como meio para obter renda para o sustento do vício. Estas apresentam, também, maior prevalência de padrão *Bing* de consumo que é um padrão de consumo intenso, contínuo e repetitivo de uso de crack (CHAVES et al., 2011). Esse comportamento pode levar à gravidez, na maioria das vezes, não planejada.

A gestante/puérpera dependente química de crack apresenta mudança no quadro comportamental, evidenciado por atitudes de agressividade, ansiedade, agitação e hostilidade, podendo provocar dependência psicológica, abalando a estrutura social do indivíduo. Além disso, essas apresentam problemas no relacionamento familiar, com a justiça, no trabalho, e, em casos extremos, alguns são levados, inclusive, à morte (SILVA, MACHADO, SILVA, 2011).

O estigma e as consequências do crack na vida da gestante caracterizam-se como estressantes. Devido ao seu uso, participam da prostituição, roubo e tráfico, podendo propiciar o convívio com pessoas violentas. Como resultado do envolvimento com o crack, grande parte das mulheres são abusadas sexualmente e testemunharam violência contra os outros em seu ambiente social (DANIULAITYTE, CARLSON, 2011).

Estudo acerca do estresse entre mulheres dependentes de crack revelou que a maioria delas pertence à classe social menos favorecida e não possui emprego fixo. Convive com a pobreza e com o desemprego, mantém relações sexuais desprotegidas e não é atendida pelos serviços de saúde mental (DANIULAITYTE, CARLSON, 2011).

A prevalência do HIV entre dependentes de crack é alta, devido à ligação entre o uso de crack e comportamentos sexuais de risco que promovem a transmissão da doença HIV e a progressão de outras infecções sexualmente transmissíveis (BAUM, 2009; TIMPSON, 2010). Estudo documenta um terço das mulheres infectadas pelo HIV e internadas em dois hospitais públicos, relataram fazer uso de crack (METSCH et al., 2009).

O padrão de consumo de substâncias psicoativas é uma questão central na vida da dependente. Ao se tornar dependente da substância psicoativa esta perde o controle sobre o consumo e como consequência outras áreas de sua vida são afetadas, havendo uma piora na qualidade de vida, acarretando o estreitamento da convivência social (MARANGONI, OLIVEIRA, 2012).

A dependente de crack utiliza diversas estratégias para obter o crack e/ou o dinheiro para comprá-la, incluindo fazer parte de atividades ilícitas. Apresenta-se como uma pessoa manipuladora, que mente e é dissimulada, apresentando mudança de comportamento e de personalidade e perda da confiança das pessoas de seu círculo social (CHAVES et al., 2011).

É comum frequentarem lugares violentos e fugirem da polícia, pois devido à dependência do crack se endividam com traficantes e temem por suas vidas caso não paguem suas dívidas no tempo estabelecido. Em decorrência, passam a trocar seus pertences pessoais e familiares por crack, a roubar para a compra da droga e a se prostituírem, mesmo estando grávidas (CHAVES et al., 2011).

Estudo com gestantes dependentes de crack internadas em uma unidade psiquiátrica revelou que o roubo foi relatado por 41,2%, a experiência de prisão por 24,7%, a prostituição por dinheiro para a compra da droga por 44,7% e o abandono de casa por 38,8%. Além disso, 15,3% foram positivas para o HIV, 5,9% para Papilomavírus Humano (HPV), 1,2% para Vírus da Hepatite C (HCV) e 8,2% para a Sífilis. Diante dessa situação, percebem-se comportamentos de risco para doenças sexualmente transmissíveis, bem como altas taxas de HIV e sífilis materna. Esse fato mostra a necessidade de serem desenvolvidos programas de prevenção dessas doenças nessa população de dependentes de crack e de intervenção junto às mulheres infectadas, com vistas a evitar as consequências dessas doenças tanto para essas mulheres como para os recém-nascidos nos casos de gravidez (COSTA, SOIBELMAN, ZANCHET, 2012).

O consumo de crack está associado, ainda, a uma ampla gama de complicações obstétricas, incluindo retardo de crescimento intrauterino, parto prematuro, descolamento prematuro da placenta, passagem de mecônio intrauterino, síndrome de abstinência neonatal e morte fetal e neonatal. Esses riscos podem estar relacionados com a exposição repetida do feto à droga (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2012).

O consumo do crack pela puérpera se torna frequentemente associado com o pré-natal inadequado e outras complicações de saúde físicas, tais como a má nutrição e desleixo da higiene corporal. Além disso, as sequelas psicológicas e sociais, incluindo violência, dificuldades financeiras e moradia precária, podem interferir na vivência da gravidez. Complicações maternas ocasionadas pelo uso de crack durante a gravidez incluem, ruptura uterina, arritmias cardíacas, ruptura hepática, exacerbação do sistema simpático, como hipertensão, taquicardia, arritmias, isquemia cerebral ou infarto e morte (SILVA, MACHADO, SILVA, 2011).

2.3 Repercussão do uso do crack para o recém-nascido

O termo "*crack baby*" foi introduzido para descrever as crianças expostas à cocaína antes do nascimento (THOMPSON et al., 2009). A exposição ao crack e outras substâncias psicoativas pela gestante aumentou significativamente as taxas de síndrome de abstinência neonatal, diagnosticado no pré-natal e em recém-nascidos de 26,4% em 2000 para 41,7% em 2008. Recém-nascidos expostos a substâncias psicoativas apresentaram em média menor peso ao nascer, maior tempo de internação hospitalar após o nascimento e maior propensão a nascer prematuros, ter problemas alimentares e respiratórios (CREANGA et al., 2012).

O uso materno de substâncias psicoativas ilícitas como o crack está associado com considerável morbidade neonatal. De acordo com as diretrizes atuais, reforça-se a necessidade de preparo dos profissionais da saúde que atendem estas mulheres grávidas a fim de minimizar o uso de analgésicos opióides durante a gravidez (CREANGA et al., 2012).

O exame físico em crianças de mães dependentes de crack mostrou que o trato respiratório da criança se torna umas das partes do corpo mais afetadas. Revelou, também, o uso de músculos acessórios para a respiração, hipoventilação e chiado bilateral nos pulmões. Quanto aos sinais vitais verificou-se a presença de taquicardia e taquipneia nos recém-nascidos dessas mulheres (PAPASEIT et al., 2011).

Além disso, nos recém-nascidos, a exposição pré-natal ao crack e a cocaína atravessam a barreira hematoencefálica atingindo concentrações cerebrais que podem ocasionar malformação cerebral, alterações no crescimento cerebral e no desenvolvimento cortical, causando desordens na diferenciação e na migração

neuronal. Os efeitos neurocomportamentais do crack e da cocaína são inúmeros, como dificuldade na alimentação e no sono, alteração na regulação dos estados de consciência, sinais de estresse, excitabilidade, imaturidade motora, reflexos alterados e sinais de abstinência (GASPARIN et al., 2012).

Os recém-nascidos, prematuros e a termo, filhos de mães dependentes de crack e/ou cocaína, apresentaram baixo peso ao nascimento e, no momento da avaliação, inferior aos de filhos de mães não dependentes. No que se refere ao padrão de sucção, foi constatado alteração no movimento da língua e com sucção arritmica (GASPARIN et al., 2012). As crianças tiveram comprometimento cognitivo, menor propensão a interagir socialmente, e maior propensão a morrer de síndrome da morte súbita infantil (THOMPSON et al., 2009).

O aleitamento materno de recém-nascidos de puérperas dependentes de crack é desaconselhado devido à passagem da droga pelo leite materno, inclusive gerando alterações clínicas nos lactentes, tais como: irritabilidade, tremores e distúrbios do sono. Além disso, os neonatos de mulheres dependentes de substâncias psicoativas apresentam síndrome de abstinência após o nascimento, hospitalização prolongada, dificuldades alimentares e problemas respiratórios (CREANGA et al., 2012).

Estar repetidamente em hospitais, fazer tratamento contra os efeitos da droga, bem como realizar exames clínicos e laboratoriais frequentes podem causar desconforto e irritabilidade na convivência entre cuidadores e dependentes de crack, assim como o desgaste emocional para ambos, dificultando o convívio da criança no meio social e familiar (FONTANA et al., 2011). Outra questão vivenciada por essas crianças é a possível orfandade e, conseqüente, institucionalização, a passagem por diversas estruturas e organizações familiares e a impossibilidade do cuidado familiar, podendo interferir no seu desenvolvimento saudável (LOPES, ARRUDA, 2010).

2.4 A repercussão do uso do crack pela gestante/puérpera para a família

A atuação da família na prevenção ao uso, na recuperação e reinserção social do usuário do crack é importante. Os familiares tornam-se parceiros do dependente químico, participando do tratamento. Seu cuidado constitui recurso

importante pelo poder que exercem sobre o conjunto de relações nas quais o dependente é o elemento central (MORAES et al., 2009).

O uso de crack pode causar mudanças acentuadas na interação do indivíduo com os familiares, afetando as relações sociais (PRATTA, SANTOS, 2009). A família ocupa um espaço importante e essencial no cuidado por ser a base da estruturação dos seres humanos, potencialmente agregadora e integradora dos mais diferentes movimentos da vida diária e comunitária (BERNARDY, OLIVEIRA, 2010)

A família quando percebe o uso de substâncias psicoativas pelo familiar passa a conviver com essa realidade e sofre por não saber lidar com os problemas ocasionados pela drogadição, tendo que aprender a manejar com o familiar dependente e auxiliá-lo a manter-se em tratamento. A co-participação da família no tratamento apresenta-se como estímulo motivador, capaz de manter a força de vontade do paciente na sua recuperação. O cuidado familiar ao usuário apresenta-se como importante para sua recuperação e manutenção na família e na sociedade (ALVAREZ, 2012).

O uso compulsivo do crack pela gestante/puérpera interfere na dimensão individual, comprometendo as relações familiares, tornando-as frágeis ou rompidas, possibilitando sua marginalização progressiva em ambiente familiar. Na família, a situação das gestantes/puérperas pode se complicar, proporcionalmente ao avanço da dependência (HARP, OSER, LEUKEFELD, 2012).

Com a ruptura psicossocial, passam a utilizar-se de manobras ilícitas com a família, que fica sob pressão e responde como um grupo ameaçado em sua autonomia, ou vive um estado de co-dependência do uso de substâncias psicoativas do membro familiar. A família passa a romper seus vínculos, podendo levar a gestante/puérpera a viver em situação de rua, exposta aos riscos da marginalidade e da exclusão social, caracterizados como situações de vulnerabilidade social (NAPPO et al., 2010; SCHAURICH, FREITAS, 2011).

Familiares de mães dependentes de crack podem se sentir frustrados pelo comportamento ilegal e potencialmente prejudicial de seu ente querido. Porém, o apoio é essencial, devido essas mães necessitarem de apoio social e emocional, o que facilita essas mulheres a realizarem seu tratamento. O familiar da gestante/puérpera dependente de crack é fundamental no auxílio na recuperação da dependência e para propiciarem bem-estar geral, principalmente durante a gestação (HARP, OSER, LEUKEFELD, 2012).

O envolvimento da família com o dependente químico provoca mudanças na estrutura familiar (RIBEIRO, SANCHEZ, NAPPO, 2010). A gestante/puérpera dependente de crack passa a conviver com a incerteza, insegurança, desordem e contínua necessidade de reorganização, visto que a família é a unidade básica na construção e desenvolvimento dos indivíduos que a compõem, valores que transmitem, regras, costumes e ideias para as gerações, além de modelos e padrões de comportamento, incluindo aqueles prejudiciais à saúde (MEDINA, FERRIANI, 2010).

Os familiares da gestante/puérpera dependente de crack, mesmo diante da vontade de ajudar à dependente, sentem desespero, raiva e medo diante do dependente, podendo temer que a mesma seja presa ou perderá a custódia dos filhos. Passam a sentirem-se impotentes diante da dependência química e, muitas vezes, tornam-se cúmplices na aquisição da substância, para manter, em última análise, a vida das dependentes (SILVA, MACHADO, SILVA, 2011).

Em decorrência do uso de crack mulheres podem perder a guarda dos filhos ou morrem por conta do tráfico e da prostituição, deixando a criança órfã necessitando ser cuidada pelos familiares que nem sempre se dispõe. Crianças podem acabar em instituições onde terão cuidados específicos em relação à saúde e ao tratamento da abstinência à droga e seus efeitos, de forma que possam ter acesso a serviços de saúde (MOREIRA, MITSUHIRO, RIBEIRO, 2012). A existência de afeto, de cuidados, de comunicação e de estrutura familiar estável são importantes para minimizar os sentimentos de abandono e de solidão da gestante/puérpera dependente de crack e do recém-nascido (HARP, OSER, LEUKEFELD, 2012).

2.5 Atuação dos enfermeiros frente à dependência química por crack pela gestante/puérpera

Para o enfermeiro, o estudo sobre a dependência química por crack, pela gestante/puérpera, torna-se relevante, uma vez que é de nosso conhecimento o fato de que tanto as medidas preventivas como as estatísticas disponíveis no Brasil são insuficientes para tratar e dimensionar essa problemática. Como enfermeiros, cuidadores e promotores da saúde, torna-se relevante a aproximação da realidade das gestantes/puérperas dependentes de crack, a fim de conhecer o problema e

auxiliar na elaboração de políticas públicas e programas de prevenção e tratamento para o uso/abuso de substâncias psicoativas, em especial ao do crack, visando à manutenção de uma boa qualidade de vida dessas mulheres longe das substâncias psicoativas (BRASIL, 2010a).

Frente à vulnerabilidade das gestantes/puérperas dependentes de crack a equipe de enfermagem precisa atuar na atenção primária, secundária ou terciária, visando a intervenção e a reabilitação social dessas mulheres, tornando-se parceira da família nesse movimento. As gestantes/puérperas dependentes de crack requerem tratamento específico de sua dependência química e cuidados pré-natais em serviços especializados que favoreçam sua reinserção em ambientes protetores e saudáveis. Tais estratégias fomentariam a melhora da qualidade de vida das gestantes/puérperas, com o propósito de reforçar os fatores de proteção e minimizar os fatores de risco ao uso de substâncias psicoativas (BLACK et al., 2012).

É com o conhecimento necessário que o enfermeiro conseguirá obter dados fidedignos da paciente sobre seu estado atual, podendo elaborar estratégias para a promoção e recuperação da saúde e para o tratamento de agravos, anseios, problemas, distúrbios ou doenças. Torna-se necessária a realização de um trabalho conjunto ou em parceria entre enfermeiro e paciente, auxiliando-o nesse período de dificuldades (ARUNOGIRI et al., 2013).

Os profissionais de saúde, principalmente os que atuam na enfermagem, envolvidos no atendimento primário à gestante/puérpera dependente de crack devem ser capazes de identificar os estágios progressivos do uso da droga, bem como as manifestações de intoxicação e de abstinência, como depressão e/ou excitação do sistema nervoso central. Necessitam alertar os familiares para que se aproximem da gestante/puérpera nessa fase tão conturbada, destacando sempre a importância da família e da manutenção de uma convivência familiar saudável (BLACK et al., 2012).

Torna-se fundamental ajudar essas gestantes/puérperas dependentes de crack na compreensão dos malefícios do uso da droga, valorizando-as como sujeitos da sua história, destacando a família como espaço primordial de promoção da saúde. Ressalta-se a importância dos enfermeiros como importantes profissionais nesse processo de transformação social, participando no desenho e na implantação de programas e projetos de promoção de saúde à gestante/puérpera, fomentando a abstinência da droga pelo menos nesse período (MAGALHÃES, 2013).

Cabe lembrar que o enfermeiro necessita ter um olhar diferente para essa dependente no serviço de saúde. Evitar pré-julgamentos, ter em mente que essa paciente é um indivíduo com um problema, o qual lhe traz grande sofrimento e necessita de cuidados específicos. Nesse sentido, os enfermeiros necessitam ser fontes de apoio, atendendo ao familiar cuidador e ao usuário de crack, buscando conhecer as possibilidades para ajudar e/ou possibilitar que ambos usufruam de uma rede de suporte. Para que o apoio se efetive é necessária a existência de relações sociais que propiciem acessibilidade e confiança. Essas provêm recursos emocionais, de inclusão, materiais, cognitivos, entre outros, fazendo com que o indivíduo se afaste do foco do problema e o familiar seja subsidiado para o cuidado (ALVAREZ, 2012).

É fundamental para a saúde da gestante/puérpera e do futuro neonato um acompanhamento pré-natal e puerperal humanizado, o que é possível com a construção de uma nova visão do processo saúde-doença, compreendendo o indivíduo de forma integral (corpo e mente), sendo os fatores sociais, econômicos, culturais e físicos relevantes para estabelecer bases promissoras para o relacionamento dos variados sujeitos integrantes na promoção de saúde (BRASIL, 2010a).

Na assistência pré-natal à gestante/puérpera, muitos aspectos devem ser avaliados sistematicamente. Faz-se necessário a identificação das mulheres dependentes de crack antes destas engravidarem, realizando uma intervenção efetiva na tentativa de reduzir o abuso do crack e de outras substâncias psicoativas. Aquelas que estiverem grávidas devem ser atendidas em serviços especializados por equipe multiprofissional preparada para prestar este atendimento (BRASIL, 2010a).

A ação sobre o fenômeno do crack e de outras substâncias psicoativas deve ser considerada um desafio aos profissionais da saúde, em especial ao enfermeiro, ao traçarem estratégias de prevenção do uso do crack e promoção da reabilitação do dependente e reinserção social. A intervenção na família com comportamento aditivo requer a utilização de modelos que permitam a concepção de cuidados e o planejamento das intervenções centradas nas famílias co-dependentes dessas gestantes/puérperas dependentes de crack (BÜCHELE, COELHO, LINDNER, 2009).

Dessa forma, a atuação de enfermeiros frente ao problema da dependência química, pela perspectiva da gestante/puérpera dependente de crack, pode

contribuir para a ampliação da visão dos profissionais da saúde/enfermagem. Passam, assim, a atuarem na prevenção do uso, detecção precoce dos casos e tratamento adequado, com vistas à reabilitação da díade mãe e bebê e prevenção das complicações do uso de crack na gestação e no puerpério.

3 METODOLOGIA

A seguir, são apresentadas as etapas do caminho metodológico construído para a operacionalização desse estudo.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Pesquisa do tipo exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória, descritiva envolve a descrição do fenômeno investigado, possibilitando conhecer os problemas vivenciados e aprofundar estudo nos limites de uma realidade específica (POLIT, BECK, 2011). Visa a proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo explícito. Envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão (POLIT, BECK, 2011).

Na pesquisa descritiva objetiva-se descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Enfatiza mais o processo que o produto e se preocupa em retratar a perspectiva dos participantes. Neste tipo de pesquisa é privilegiada a lógica ou o raciocínio indutivo (POLIT, BECK, 2011).

A abordagem qualitativa visa a buscar respostas e entendimento sobre os fenômenos. Como método, fundamenta-se em dados coletados nas interações interpessoais, na coparticipação em situações e contextos dos informantes, analisadas a partir das perspectivas e experiências dos sujeitos, e da significação/sentido que estes dão a estas experiências ou a seus próprios atos. O pesquisador participa, compreende e interpreta. Ao invés de buscar explicações com poder generalizante, procura conhecer o objeto ou fenômeno em particularidades, vinculado de seu contexto real e social (POLIT, BECK, 2011).

Essa abordagem possibilita, ainda, explorar a riqueza e a diversidade das experiências humanas, como assinalam Strauss e Corbin (2008), permitindo gerar um conhecimento da metodologia e permitir o desenvolvimento, de forma indutiva, de um conhecimento ainda pouco explorado, a partir da própria realidade das famílias, um campo cada vez mais do interesse na enfermagem.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU), vinculado à Universidade Federal do Rio Grande/FURG, na Maternidade, Unidade Pediátrica e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. O Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. tem como campo de atuação o ensino, a pesquisa, a extensão e a assistência à saúde. É um hospital de grande porte, com 205 leitos. É reconhecido como referência no atendimento materno-infantil, constituindo-se em um campo de atividades práticas para os acadêmicos da Universidade.

O HU se destina ao atendimento de pacientes de zero aos doze anos incompletos, todos atendidos pelo SUS. A Unidade de Pediatria é constituída por 21 leitos: um leito de isolamento, uma enfermaria com cinco leitos e cinco enfermarias com três leitos, que funcionam com sistema de alojamento conjunto.

Os enfermeiros e auxiliares de enfermagem dessa Unidade encontram-se, divididas em respectivos turnos de trabalho (manhã, tarde, noite I e noite II alternadas). A equipe de enfermagem que presta serviços neste setor é composta por seis enfermeiras e 16 auxiliares de enfermagem assim distribuídas: pela manhã, duas enfermeiras e quatro auxiliares de enfermagem; à tarde, uma enfermeira e quatro auxiliares de enfermagem; na noite I, uma enfermeira e quatro auxiliares de enfermagem e na noite II, uma enfermeira e quatro auxiliares de enfermagem.

A maternidade é constituída por 29 leitos: oito enfermarias com três leitos, duas e enfermarias com dois leitos e uma enfermaria com um leito de isolamento, que funcionam com sistema de alojamento conjunto. As enfermeiras e auxiliares de enfermagem dessa Unidade encontram-se divididas em respectivos turnos de trabalho (manhã, tarde, noite I e noite II alternadas). A equipe de enfermagem que presta serviços, neste setor, é composta por enfermeiras e auxiliares de enfermagem, assim distribuídas: pela manhã, duas enfermeiras e cinco auxiliares de enfermagem; à tarde, um enfermeiro e quatro auxiliares de enfermagem; na noite I e II, uma enfermeira e três auxiliares de enfermagem.

A Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) é composta por uma área intensiva que possui dez leitos para crianças de cuidados intensivos, cinco leitos para crianças com necessidades de cuidados intermediários e três leitos na unidade canguru. As enfermeiras e auxiliares de enfermagem, atuantes nesta Unidade, encontram-se divididos em seus respectivos turnos de trabalho (manhã,

tarde, noite I e noite II). O número de profissionais por equipe, nesse setor é composto por enfermeiras e auxiliares de enfermagem, assim distribuídos: pela manhã três enfermeiras e 12 auxiliares de enfermagem; à tarde, três enfermeiras e 11 auxiliares de enfermagem; na noite I, quatro enfermeiras e 10 auxiliares de enfermagem e na noite II, quatro enfermeiras e 11 auxiliares de enfermagem.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Integraram a produção de dados oito gestantes dependentes de crack, dez puérperas dependentes de crack, seus respectivos familiares cuidadores e recém-nascidos, sendo o último complementado com dados dos prontuários. Todos atendidos na Maternidade, Unidade Pediátrica do HU e UTIN, no período da realização do estudo. A escolha dos participantes da pesquisa qualitativa se consegue por meio de critérios que compreendidos como uma ideia ou um conjunto de ideias emanadas dos objetivos de investigação orienta à seleção (TRIVIÑOS, 2009).

Como critérios de inclusão das gestantes/puérperas foram utilizados: ser gestante/puérpera dependente de crack, ter tido o filho no HU ou ter internado para ter o filho no HU no período da coleta dos dados, estarem lúcidas e orientadas e terem 18 anos ou mais. Foram excluídas as gestantes/puérperas que estavam sob efeito do crack ou abaixo dos 18 anos.

Como critérios de inclusão do familiar cuidador foram utilizados: ser familiar cuidador responsável por gestante/puérpera dependente de crack e seus recém-nascidos atendidos no HU, no momento da produção dos dados, mesmo que tenham retornado ao hospital, devido a problemas de saúde da puérpera ou do recém-nascido e ter 18 anos ou mais. Foram excluídos familiares eventuais e menores de 18 anos. Todos foram orientados acerca dos objetivos e metodologia do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (APÊNDICE A); como critérios de inclusão dos dados dos recém-nascidos: ser gestante/puérpera dependente de crack ou familiar cuidador de recém-nascidos de gestantes/puérperas dependentes de crack atendidos no HU, no momento da produção dos dados, mesmo que tenham retornado ao hospital, devido a problemas de saúde da puérpera ou do recém-nascido e ter 18 anos ou mais. Foram excluídas

puérperas que estavam sob efeito do crack e puérperas e familiares cuidadores com menos de 18 anos.

Os dados foram complementados com informações contidas nos prontuários dos recém-nascidos. Como critérios de seleção dos prontuários dos recém-nascidos foram utilizados: ter prontuário disponível para consulta e ser recém-nascido de mãe dependente de crack, que acabou de nascer no HU ou que necessitou retornar ao hospital, devido a problemas de saúde, no momento da coleta de dados. Foram excluídos os prontuários de recém-nascidos, cujas informações foram insuficientes para a obtenção dos objetivos da pesquisa.

3.4 INSTRUMENTOS E TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DE DADOS

A produção dos dados foi realizada no primeiro semestre de 2014 a partir de entrevistas semiestruturadas com gestantes/puérperas dependentes de crack e seus familiares cuidadores e por dados contidos nos prontuários dos recém-nascidos participantes do estudo, com o propósito de melhor compreender o fenômeno em estudo, dentro da realidade. As entrevistas foram agendadas com cada gestante/puérpera e familiar cuidador. As entrevistas foram gravadas e transcritas para análise, para que não fossem perdidos detalhes que, posteriormente, pudessem ser esquecidos ou mal compreendidos. Foram realizadas na sala de espera do Programa Hospital Amigo da Criança, pelo conforto, privacidade e é anexa à Unidade de Pediatria do HU.

A entrevista como método de investigação permite investigar a profundidade do material verbal, uma vez que a fala é relativamente espontânea e a subjetividade muito presente. É utilizada pela riqueza de conseguir revelar valores de representações, emoções, afetividade e afloração do inconsciente do sujeito quando se deseja a exploração profunda das informações. A utilização de documentos objetiva a representação condensada da informação para consulta e armazenagem (BARDIN, 2011).

As entrevistas objetivam inferir algo a respeito de uma realidade representativa de uma população, a qual também apresenta unidades individuais. Torna-se necessário abstrair o essencial das significações sem deixar escapar o original, o estrutural e o contextual (BARDIN, 2011). Para tanto, são propostos dois níveis de análise, a decifração estrutural (enunciação, narrativa, material verbal) a

qual compreende o interior da fala de uma pessoa, seu mundo subjetivo, considerado único em cada entrevista e, também, a transversalidade temática, na qual cada entrevista se constrói segundo uma lógica específica, apoiando temas (manifestos ou escondidos) com uma organização subjacente (BARDIN, 2011).

Trata-se, nesse caso, de procurar a estruturação específica, a dinâmica pessoal, que por trás das palavras, rege o processo mental do entrevistado. Esse, pode se utilizar de frases estereotipadas para dissimular os temas e sua lógica pessoal. Assim, uma leitura da “maneira de dizer”, separada da leitura temática, pode aprofundar a análise. Isso pode fornecer uma ideia, do que o entrevistado sente ao falar o texto (BARDIN, 2011).

Para a produção dos dados utilizou-se um plano de entrevista para a gestante/ puérpera dependente de crack (APÊNDICE B) e para familiares cuidadores (APÊNDICE C). Foram questionadas acerca das vivências durante a gestação e as repercussões do uso de crack, durante esse período, para esses e para o recém-nascido. O pesquisador precisa ter um plano de entrevista que orienta a busca de dados sobre o assunto em estudo, além da capacidade de diversificar as maneiras de conduzir a entrevista. Esse plano foi apresentado à gestante/puérpera dependente de crack e familiares cuidadores e, após, explicado os objetivos e metodologia do estudo para que fossem coletados os dados (BARDIN, 2011).

Os dados acerca dos recém-nascidos de gestantes/puérperas dependentes de crack foram coletados a partir das entrevistas com gestantes/puérperas e familiares e dos prontuários dos recém-nascidos. Esses possuem informações acerca dos dados de identificação, a nota de internação com a causa e o diagnóstico médico, as evoluções diárias, os exames e procedimentos realizados, as prescrições médicas e de enfermagem e o relatório de enfermagem. Estudos documentais incluem relatórios, boletim de produtividade, registros das reuniões de equipe, dados epidemiológicos e documentos de avaliação e de acompanhamento das equipes (POLIT, BECK, 2011).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados das entrevistas e prontuários foram submetidos à análise de conteúdo compreendida como um conjunto de instrumentos metodológicos,

constantemente aperfeiçoados e que se aplicam a discursos, proporcionando ao investigador a busca pelo latente, não aparente e escondido nos discursos analisado (BARDIN, 2011).

A Análise de Conteúdo aproxima-se de práticas científicas que se relacionam com a linguística e a análise documental. Na linguística trabalha-se com o mesmo objeto, a linguagem, no entanto, a linguística observa os aspectos coletivos da linguagem, suas regras e normas, ao passo que a análise de conteúdo busca na fala os aspectos individuais, compreendendo o emissor além do que está sendo dito (BARDIN, 2011).

Observa-se o número de palavras que se repetem ou não, palavras com sentido pleno, possibilidades de comparação, número médio de palavras por frase e sua variação ao longo do texto. Bem como, o vocabulário ou repertório de base, informações fornecidas e tempo verbal significante ou não. Além disso, é observado se o material fornece conteúdo verbal rico e complexo (BARDIN, 2011).

Diante desses aspectos, a entrevista como método de investigação permite observar a profundidade do material verbal, uma vez que, a fala é relativamente espontânea e a subjetividade muito presente. Sendo assim, é possível perceber valores de representações, emoções, afetividade e afloração do inconsciente do sujeito (BARDIN, 2011).

A Análise de Conteúdo é operacionalizada por três fases. Sejam elas, pré-análise, exploração do material e por último, o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré-análise é a fase de organização que tem por objetivo tornar operacional e sistematizar as ideias iniciais, de maneira a conduzir um plano de análise. Esta fase inclui a escolha dos documentos, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final (BARDIN, 2011). Para tanto, a leitura flutuante estabelece contato com os documentos a serem analisados e permite conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações. Após essa etapa, procede-se à constituição de um corpus (conjunto dos documentos a serem analisados), isso implica na escolha das regras.

Na exploração do material devem ser determinados os recortes do texto em unidades de categorização para análise e de codificação dos dados. Após essa etapa, se passa ao tratamento dos resultados, os quais devem ser significativos. Essa corresponde a uma transformação, na qual o material codificado, e passa a ser representado pelas unidades de registro (BARDIN, 2011).

Realizam-se operações de desmembramento do texto, em unidades e categorias segundo reagrupamentos analógicos. Somente os enunciados que exprimem uma avaliação são submetidos à análise. A primeira etapa consiste então, em extrair da mensagem as proposições que indicam este critério. Assim, os componentes dos enunciados avaliativos são os objetos de atitude (pessoas, ideias, acontecimentos), os termos avaliativos (que qualificam os objetos de atitudes), e os conectores verbais (ligam os objetos aos termos).

A preparação do texto carece de rigor e aproxima-se mais de uma tradução interpretativa, do que de um procedimento com regras linguísticas precisas. Torna-se necessário preparar os dados, identificando os objetos, as frequências e suas relações. Bem como, identificar o tema (unidade de significação), suas modalidades temporais, seus modos de expressão e os enunciados condicionais.

Assim, identificam-se as unidades de registro, definem-se as unidades de contexto, procede-se a codificação e o cálculo das ocorrências e, por último, a representação e a interpretação dos resultados. Existe um limite de elementos que reaparecem em novas combinações, chegando a um momento, em que a análise não mais oferece possibilidades proveitosas (BARDIN, 2011).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Foram respeitados os princípios éticos conforme a Resolução 466/12 da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande/FURG e aprovado, mediante o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) nº 23116.004322/2013-59, recebendo parecer favorável sob Protocolo nº135/2013.

Mediante a aprovação para o desenvolvimento desta pesquisa, foi entregue aos participantes um documento prestando esclarecimentos quanto ao estudo, convidando-os; explicando os objetivos e a metodologia proposta; solicitando o seu Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), por escrito, assegurando o respeito aos aspectos éticos envolvidos na pesquisa, como, o direito à privacidade, garantindo o respeito e o anonimato dos sujeitos.

O documento foi assinado pela pesquisadora e pelas participantes, ficando uma cópia com o participante e outra com a pesquisadora. A partir da aprovação da

pesquisa, iniciou-se a coleta dos dados. Após a autorização dos participantes, deu-se início a fase de coleta de dados.

Os participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre a possibilidade de abandono da proposta, em qualquer etapa do estudo, sem qualquer prejuízo para si, com o compromisso ético de assegurar o sigilo das informações obtidas durante o seu desenvolvimento, solicitando o seu consentimento para a divulgação dos dados de forma anônima. Os sujeitos foram deixados à vontade para comunicarem à pesquisadora verbalmente sua desistência em participar da pesquisa em qualquer de suas etapas, pessoalmente, por telefone ou carta.

As falas dos participantes foram identificadas pela letra G para gestantes e P para puérperas; FG para familiares cuidadores de gestantes e FP para familiares cuidadores de puérperas, todas seguidas do número da entrevista. Para os recém-nascidos foram utilizados a sigla RNP para recém-nascidos de puérperas e RNFC para recém-nascidos sob os cuidados do familiar cuidador. Quanto aos dados dos prontuários, desses recém-nascidos foram utilizados a sigla (DPRN). Esses cuidados visaram garantir o anonimato dos participantes.

4. RESULTADOS

4.1 REPERCUSSÕES DO USO DE CRACK PARA GESTANTE/PUÉRPERA

A seguir serão apresentadas a caracterização dos sujeitos do estudo e as categorias geradas a partir da análise dos dados.

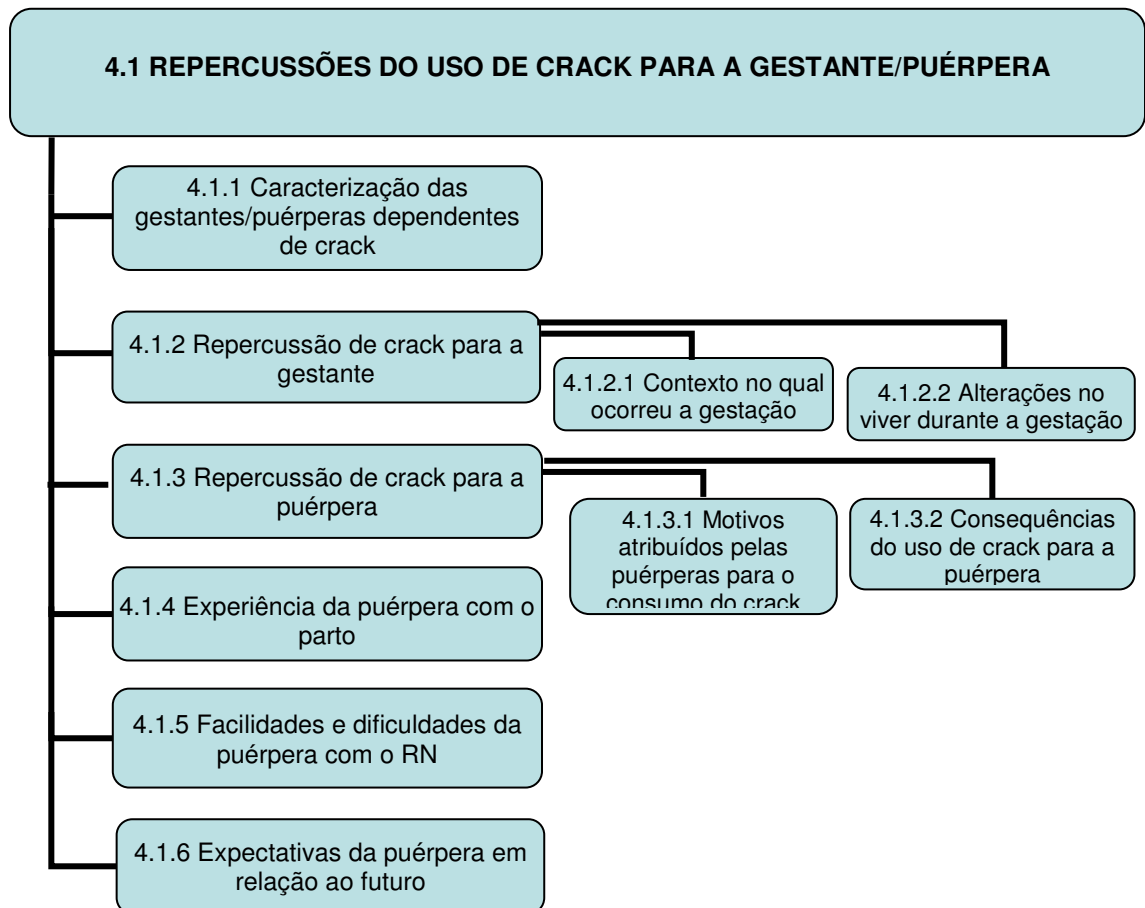


Diagrama 1: Categoria – Repercussões do uso de crack para gestante/puérpera

4.1.1 Caracterização das gestantes/puérperas participantes do estudo

Participaram do estudo oito gestantes e dez puérperas dependentes de crack que tiveram seus filhos na maternidade do HU, no período de realização do estudo. Suas idades variaram entre 24 e 36 anos. Todas residentes na periferia da cidade do Rio Grande/ RS, sendo duas residentes no bairro São Miguel; duas no bairro Hidráulica; uma no Parque Recreio; uma na Vila Santa Tereza; uma no bairro Marluz; uma no bairro Salgado Filho; duas no bairro Mangueira, uma na Barra; uma na Vila da Quinta; duas na Querência; duas na Cidade de Águeda e duas no Bairro Getúlio Vargas. Residem em casas de duas a cinco peças, quatro de alvenaria, oito de madeira e seis mista (alvenaria e madeira) com água e luz, sendo que cinco não possuem saneamento básico.

Todas com o Ensino Fundamental incompleto, uma estudou até o primeiro ano; cinco estudaram até o segundo ano; três estudaram até o quarto ano; três até o quinto; três até o sexto e duas até o sétimo ano e uma até o oitavo ano. Onze referiram como estado civil serem solteiras; três casadas e quatro em união estável.

Quanto à profissão sete se auto intitularam do lar; oito desempregadas e três são profissionais do sexo. Quanto ao número de filhos cinco referiram possuir dois filhos; seis três; cinco quatro, uma cinco e uma oito.

Verificou-se que todas as participantes do estudo possuíam doenças associadas ao uso do crack. Três referiram apresentar Pielonefrite de repetição; quatro possuem HIV/AIDS; quatro possuem Hepatite; cinco possuem Sífilis; uma possui Gengivite e uma possui Hipertensão Arterial, Tuberculose e Alcoolismo. Apenas duas fazem uso do crack exclusivamente. As outras, além do crack utilizam cocaína, maconha, álcool, merla e o tabaco.

Quanto à idade que começaram a utilizar substâncias psicoativas, verificou-se que três iniciaram aos 14 anos; duas aos quinze; uma aos 17; cinco aos dezoito; uma aos 19; três aos 20; duas aos 26; uma aos 30 e uma aos 32. Apenas duas tiveram o crack como primeira droga de consumo. As outras começaram a consumir o crack entre dois e onze anos após terem iniciado a consumirem entre outras substâncias psicoativas.

4.1.2 Repercussões do uso do crack para a gestante

A seguir são apresentadas as seguintes subcategorias: Contexto no qual ocorreu a gestação e Alterações no viver durante a gestação.

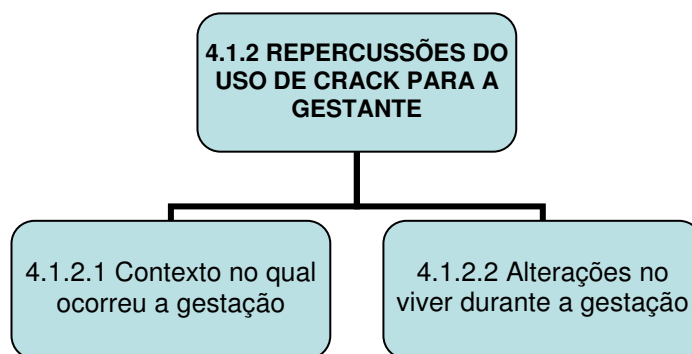


Diagrama 2: Subcategoria – Repercussões do uso de crack para gestante

4.1.2.1 Contexto no qual ocorreu a gestação

A gestação da mulher dependente de crack dá-se a partir de relações sexuais desprotegidas. Referem, ainda, terem engravidado sob efeito da droga.

Transei com meu namorado sem camisinha e engravidei. Tinha confiança no meu parceiro. Estava apaixonada. Achava que por ele ser motorista de ônibus poderia me sustentar com a criança, mas na verdade o que ele ganhava não dava para muita coisa. Foi quando voltei para o tráfico. O dinheiro nesse ramo é rápido, embora se gaste muito em função do consumo do crack se ganha muito (G8).

Foi em casa com meu companheiro. Transei sem me cuidar. Estava sob efeito da droga e não usamos preservativo (G4).

Eu não me cuidei, transei e engravidei. Foi em casa mesmo. Meus pais saíram. Estava sentindo a sensação boa da droga e resolvi ter mais prazer com meu namorado. Nos drogamos e transamos. Depois ele foi embora da minha casa, tínhamos medo que meus familiares chegassem e ficassem bravos comigo (G3).

Algumas gestantes referiram não se lembrarem como e onde engravidaram. Sabem que foi com seus parceiros fixos e descobriram a gravidez devido à interrupção da menstruação.

Com o uso da droga não lembro como e nem onde engravidei. Sei que foi com meu namorado. Acho que foi numa festa. Descobri que

estava grávida quando minha menstruação parou (G1).

Foi com meu marido. Pai dos meus filhos mesmo. Não me lembro quando foi que eu engravidei e nem quando (G3).

Tendo em vista que usam a prostituição, como forma de adquirir dinheiro para a droga, é comum que a gravidez ocorra durante relação sexual com um cliente.

Trabalho como profissional do sexo transei com alguns clientes sem preservativo, devido ao uso exagerado do crack que me fez perder a noção de cuidado durante o sexo. Além disso, fazia uma semana que tinha trocado a pílula anticoncepcional (G2).

A descoberta da gravidez faz com que a dependente tente deixar de consumir a droga em prol da saúde da criança. No entanto, necessitam de ajuda para conseguir fazê-lo e cuidar à criança após o parto.

Faz dois meses que parei de usar drogas. Fiquei com depressão. Fico agressiva, sem vontade de viver e desamorosa. Preciso de ajuda de meu companheiro para isso. Agora é ele quem está cuidando da nossa filha à noite no hospital (G4).

4.1.2.2 Alterações no viver durante a gestação

Duas participantes do grupo referiram ter tornado-se sentimentais e mais chorosas durante a gestação. Novelas, músicas e filmes as deixavam emocionadas.

Quando eu escutava música ficava sentimental e chorava. Penso na música "Mãe me dá teu colo" do Bruno e Marrone, pensava na minha mãe e chorava (G3).

Engordei. Fiquei sentimental. As novelas, músicas e filmes me faziam chorar. Se alguém falasse alto ou bravo comigo ficava triste e deprimida (G1).

Ao invés de ganharem peso durante a gestação, cinco dependentes referiram ter perdido peso, por não sentirem fome, terem enjoos e às azias. Atribuíram esse fato a carência de leite materno e acreditavam que, por isso, seus bebês nasceriam desnutridos.

Perdi muito peso durante minha gestação devido ao uso do crack e pelos enjoos que tinha. Meu parto foi normal. Cheguei às 18 horas no hospital e ganhei às 19 horas (P3).

Como o crack é uma droga agressiva, somada a minha gravidez ao longo do período perdi cada vez mais peso. Não tinha fome (G7).

Minha mudança corporal foi o que me preocupou. Fiquei emagrecida, chegando a perder 15 quilos. A vizinhança na rua me olhava e me dizia que estava com AIDS. Isso me magoava porque eu não tenho essa danada doença, estou mesmo é na "pedra". Acham que estou comida no cupim, porque sempre fui baixinha e uma tora de gorda (G3).

Tive estrias na barriga e nas pernas. Tive azia. Fiquei com as mamas pequenas, caídas e com carência de leite, devido ao uso do crack (G2).

Fiquei emagrecida e botei só barriga. Minha filha pensava que nasceria um bebê desnutrido porque eu usei crack durante toda a gravidez (G5).

Duas das participantes referiram não querer realizar sexo durante a gestação, pois ficava enjoada.

Não queria fazer sexo, me enjoava. Acho que era em função da gravidez (G3).

Fazia cara feia no momento que transava. Sentia enjoos da gravidez (G6).

A gestação apresentou-se como motivadora para a tentativa de diminuição do consumo do crack. No entanto, as crises de abstinência causavam-lhes intenso mal estar e dor. Além disso, referiram não conseguir ficar sem o prazer que a droga lhes proporciona.

Quando fiquei grávida utilizava o crack, mas em menor proporção (G7).

Usei crack durante toda a gestação. Diminui o consumo, mas continuei a fazer o uso. Tinha crises de abstinência. Ficava deprimida, agoniada e chorona. Me sentia mal. Tinha dores na cabeça, coluna, pernas e braços. Eram dores que me faziam gritar e gemer sem parar. Quando estava desestabilizada e enlouquecida, mesmo grávida, fumava o crack para passar meu mal-estar (G2).

Choro bastante, mas não consigo deixar o impulso do uso que o prazer da droga me proporciona, mesmo durante a gravidez (G3).

A gravidez apresentou-se, também, como motivadora do abandono temporário da droga pela dependente. Essa evita ficar dias apenas em função da droga e procura ficar em casa de forma que a gestação ocorra tranquilamente.

Vai fazer uns cinco meses que não abandono meus filhos, minha mãe, meu marido e minha casa para viver somente para o crack. Agora que estou grávida fico mais em casa e não sumo atrás da droga (G6).

Mas de uns cinco, seis meses para cá eu parei, eu não sou mais assim. Acho que me recupero. Desde o início da gravidez eu cuido dos meus filhos, eu tenho compromisso (G5).

Duas das participantes deixaram de trabalhar como profissionais do sexo, assim que soube do diagnóstico da gravidez. Buscaram auxílio no companheiro e familiares durante esse período.

Parei de trabalhar como garota de programa depois que soube da gravidez. Arrumei um parceiro que me ajuda financeiramente (G2).

Com a gravidez deixei de trabalhar como profissional do sexo. Minha mãe e minha irmã me ajudam a pagar as contas (G5).

Sete das dependentes não realizou o pré-natal durante a gestação, pois o vício pelo crack fez com que perdessem o interesse pela gravidez. Referiram a preguiça como motivo para não comparecerem a consulta marcada previamente. Ficaram com medo que o médico descobrisse que eram dependentes de crack e que as denunciassem à polícia e ao Conselho Tutelar, podendo serem presas ou perderem a guarda de seus filhos. Além disso, tinham medo de realizar exames de sangue que detectassem doenças em si ou no bebê.

Não realizei pré-natal. O crack é tão devastador que me fez perder o interesse pela gravidez e ir só à busca da droga (G8).

Durante minha gestação não realizei pré-natal. Tinha preguiça de sair para rua. Queria ficar em casa e comendo. Até marquei no posto de saúde do meu bairro, mas ficava com sono e dormia. Quando acordava já tinha passado o horário da consulta (G1).

Não realizei pré-natal, pois tinha medo que o médico descobrisse que eu usava crack enquanto esperava meu bebê (G7).

Tinha medo que os médicos me denunciassem pelo uso de drogas durante a gravidez e fizessem com que eu fosse presa novamente ou perdesse minha filha quando nascesse (G8).

Comecei meu pré-natal atrasado. Tinha sete meses de gravidez. Tinha medo que os funcionários do posto de saúde me dissessem que era irresponsável por usar drogas e fossem me denunciar ao Conselho Tutelar para tirarem meu filho quando nascesse (G3).

Não realizei pré-natal durante a gestação. Sou dependente de substâncias psicoativas e fiquei com vergonha de realizar acompanhamento no posto de saúde, pois podiam chamar o Conselho Tutelar ou a assistente social para tirarem o meu bebê quando nascesse. Sentia sono e achava que não precisava de cuidados para meu bebê. Tinha medo que fizessem exames e achassem doenças nele (G4).

Não fiz pré-natal durante minha gestação. Tinha preguiça e medo desse negócio de ter a AIDS. A primeira coisa que eles pedem é o exame de sangue. Eu estava com medo do resultado por isso que eu não fiz (G6).

A gestação fez com que a dependente de crack procurasse estruturar a família, estabilizando-se e procurando ter uma relação conjugal estável com seu companheiro.

Passo pelas ruas do meu bairro e os vizinhos ficam contentes por eu ter me estabilizado e progredido em minha vida conjugal com meu parceiro. Após ter ficado grávida prometi cumprir a promessa que fiz a ele de parar o uso das drogas. Não quero que o Conselho Tutelar tire a minha filha e nem meu companheiro desacredite de minhas promessas de não usar o crack (G2).

Não quero perder meu marido. Estou grávida e não quero desfazer meu casamento. Pretendo parar com a droga que é o crack (G1).

4.1.3 REPERCUSSÕES DO USO DO CRACK PARA A PUÉRPERA

A seguir é apresentado o desmembramento da categoria repercussões do uso de crack para a puérpera, nas seguintes subcategorias: Motivos atribuídos pelas puérperas para o consumo do crack e Consequências do uso de crack para a puérpera.

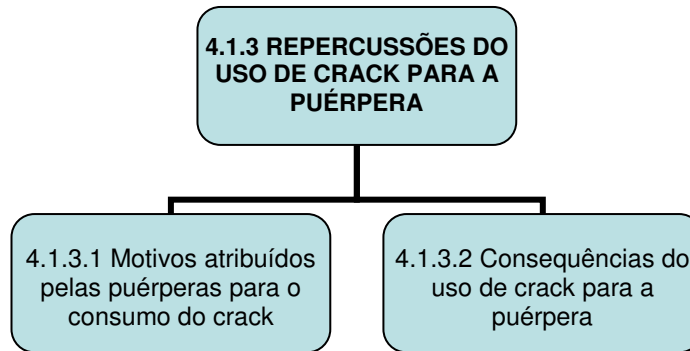


Diagrama 3: Subcategoria – Repercussões do uso do crack para a puérpera

4.1.3.1 Motivos atribuídos pelas puérperas para o consumo do crack

Um dos motivos referidos para o consumo do crack pelas puérperas foi a influência de amigos e vizinhos. Afirmaram que após a primeira experiência nunca mais conseguiram parar.

Comecei a usar crack por fraqueza e influência dos meus amigos (P3).

Estava me sentindo diferente no meu grupo de amigos (P8).

Comecei nas festas que eu ia do meu bairro, onde meus amigos me ofereciam. Aceitei e até hoje sou viciada em crack e cocaína (P4).

Foi pela pressão que meus amigos e vizinhos exerciam em mim. Diziam que o crack me ajudaria a ter coragem para continuar a viver e que apenas uma depressão não poderia me derrubar (P10).

Fui experimentar, naquela primeira experimentação nunca mais parei, porque realmente no primeiro tu te vicias e é verdade. A droga, cocaína mesmo (P6).

Achava que apenas uma vez não me traria problemas. Foi o início de um vício que não encontro solução. Não imaginava sua dimensão intensa e devastadora. Quem começa dificilmente pára (P3).

Outro motivo encontrado foi a facilidade de acesso e a disponibilidade da droga.

Moro numa rua onde o ponto de droga é na frente da minha casa. Me deram de graça uma pedra para experimentar. Nunca mais consegui parar de usar (P3).

Referiram que o crack oferece sensação de prazer para pessoas que estão em depressão.

A sensação de prazer que o crack me proporciona é o que me tira da depressão (P4).

A morte de minha mãe me causou depressão por ser a provedora da casa, sustentar eu e meus filhos e, ainda, ajudar meu marido que não tem emprego fixo. O desespero foi tão grande diante das necessidades que começamos a passar. Fiquei sem comida, agasalhos e remédio para as crianças (P7).

Tive uma depressão e eles diziam para eu experimentar, que era bom para eu ter melhora do meu humor (P9).

Revelaram que para iniciar na prostituição o crack apresentou-se como droga que as deixava decididas, alegres e corajosas. No entanto, após tornarem-se dependentes da substância psicoativa passaram a se prostituir, também, como forma de ganhar dinheiro para comprá-la. Inclusive, utiliza o sexo como pagamento da droga a seus fornecedores.

O crack foi o que me deu coragem para iniciar na prostituição. Me senti decidida, alegre e corajosa para ganhar dinheiro como garota de programa. Fiquei viciada na droga. Pelo aumento da necessidade de consumo da droga, a prostituição passou a ser também a fonte financeira para a compra (P2).

A prostituição foi um dos motivos. O crack me deu coragem para ganhar dinheiro e me prostituir (P8).

É uma forma de pagamento aos que traficam a "pedra", quando não tinha dinheiro. Tinha que me alimentar e comprar remédios quando eu precisava e o dinheiro do programa nem sempre dava para pagar todas as minhas contas (P2).

É o que facilita o pagamento de alguns fornecedores da droga que aceitam o pagamento através do sexo (P5).

O fato de seus namorados ou delas atuarem vendendo a substância psicoativa fez com que, se envolvessem também com o seu consumo, tornando-se

dependentes.

Nasci pobre e necessitada de dinheiro. Comecei ajudando meu namorado a vender drogas. Me refiro ao crack e à cocaína. Quando percebi já estava consumindo. Não consegui parar com o vício (P1).

Iniciei o uso de drogas quando comecei a vender. Após comecei a consumir também (P8).

4.1.3.2 Consequências do uso de crack para a puérpera

Após o primeiro consumo a puérpera pode ficar dependente. As participantes do estudo referem que o crack passa a ser seu mundo, tornando-se escravas da droga. Para elas o crack é uma substância psicoativa devastadora, pois o corpo sente necessidade da substância psicoativa. Todo o dinheiro que possuem passa a ser gasto para aquisição e consumo do crack.

Tu não quer saber de nada. Depois que tu coloca o crack na cabeça já era, já era o mundo. Tu entra naquele mundo dele mesmo, só faz o que ele pede. A gente fica escrava dessa droga, nos teus pensamentos (P6).

Fiquei sem noção do que é certo para poder viver com as pessoas. Apenas passei a me preocupar com a droga (P8).

Eu não sou aquela viciada de vender, mas se eu tenho algum dinheiro vem o crack na minha cabeça. Só penso nele. Dia e noite. Não faço mais nada! (P4)

Ele é uma doença mesmo. Uma doença que não temos controle. E depois do primeiro é difícil tu parar, porque tu não pensas (P6).

O uso do crack foi o começo de um vício que eu não consigo vencer. Meu corpo sente necessidade (P3).

A cada dia aumenta minha vontade. Mesmo quando estava grávida eu só pensava no crack (P10).

Referiram que o uso do crack deixa-as tranquilas, alertas, confiantes e felizes. Sua falta, ao contrário, deixa-as agressivas, desanimadas e deprimidas.

Fico tranquila, alerta e confiante quando fumo crack. Sem droga fico agressiva, desanimada e deprimida (P3).

Me sinto relaxada com o uso do crack. É como se estivesse nas nuvens. Sem a droga me deprimido (P4).

As puérperas relataram que costumam ficar vários dias sem ir para casa, perambulando pela rua, em função do consumo.

Fico vários dias na rua longe dos meus filhos, eles me esperam mesmo sabendo que estou na droga (P6).

Porque é caro. Para ter uma ideia R\$ 50 reais se gasta em 10 minutos no crack. Não, é de R\$ 10 reais para cima. Com R\$ 50 reais tu não fica 20 minutos com ele na mão. É uma droga devastadora mesmo. Tu sempre queres mais. Aí aquilo vira dias e noites sem ir em casa e ver os filhos (P2).

É comum ficarem emagrecidas, pois passam dias utilizando a substância psicoativa e referem não ter fome.

Faz muito tempo que eu sou magra. Mas, hoje, quem me olha já diz que sou viciada no crack. Emagreci muito, fiquei bem magrinha. Claro, tu não tem fome, a gente não tem fome nenhuma. A gente nem pensa em comer, só quer a droga (P6).

Quando tu cai na real tu já está bem magrinha, já está no extremo risco (P10).

Fiquei emagrecida (P8).

Outra consequência do uso do crack foi a perda dos hábitos de higiene. Referiram ter passado meses sem tomar banho ou realizar qualquer outro cuidado com o corpo.

Eu não tomava banho, eu fiquei três meses sem tomar banho. Fazia programa, achava que estava bem. Não me depilava e achava que estava agradando assim. Eu não tinha cama, dormia numa esponja (P6).

Com meus dentes e olhos amarelos (P8).

Já fiquei dois meses sem tomar banho. Devido à falta de higiene meu marido passou a não me desejar mais. Fiquei emagrecida, sozinha e abandonada numa cama. Suja, descuidada (P7)

Duas das participantes referiram não conseguir realizar o trabalho doméstico, pois só pensa em consumir e adquirir a droga.

Abandonei tudo. Não consigo fazer o trabalho doméstico. Só penso no crack, em conseguir a droga e em usar (P7).

Não fazia nada dentro de casa. Apenas pensava na maneira que poderia adquirir o crack para fumar (P6).

Referiram tornarem-se agressivas e indiferentes desde que se tornaram dependentes químicas do crack.

Tenho muita raiva, quero brigar, quero discutir. Quero que a minha mãe me dê dinheiro e ela não dá. Mas aí vem a consciência e eu paro. Não deixo a revolta tomar conta de mim contra meus filhos e minha mãe dentro da minha casa (P6).

A raiva toma conta de mim. Quero bater nas pessoas (P4).

Passam a ser vigiadas pelos familiares cuidadores, pois os mesmos têm medo que estas morram devido ao uso do crack. Essa preocupação tornou-se intensa durante o puerpério.

Minha família me trata bem, me dão atenção. Mais ainda depois que souberam que eu sou dependente de crack, por causa das dívidas que eu faço. Estão sempre me vigiando. Eles se preocupam porque acham que o meu filho pode morrer. Eles têm medo que eu morra antes de ver meus filhos criados (P3).

Minha mãe ficava assim apavorada por causa do recém-nascido. Nós moramos juntas, e tem vezes que ela não sabe onde estou e se desespera. Chego em casa e fico apavorada, pois o assunto é só esse: - Tua filha precisa de cuidados. Mas eu sou muito disposta, e chego em casa e cuido direitinho do meu bebê (P6).

São comuns as separações entre os casais, pois o companheiro pode ter medo de se relacionar com a puérpera dependente, de contrair suas doenças, de conviver com sua agressividade, de lidar com os roubos da dependente e de passar vergonha e constrangimentos por causa dessa.

Fui atrás dele várias vezes, mas disse que nem pensava mais em se relacionar comigo. Tem medo da AIDS e da Hepatite que contrai. Além disso, me acha agressiva com ele. Disse que não quer mais adquirir os bens materiais para a casa para eu vender na rua. Está muito bravo comigo e não pretende voltar mais para a casa (P7).

Certa vez até ele apanhou na rua junto comigo, porque achavam que ele também tinha participado do roubo que fiz. Ele passou muita vergonha comigo. Achava que não tem mais solução para o meu problema com o uso do crack (P5).

Em consequência do uso do crack, as participantes referiram adquirir doenças como Tuberculose, HIV/AIDS e Hepatite e Papilomavírus Humano (HPV).

Minha filha menor é derivada do crack. Há seis anos sou viciada e como consequência tenho a Tuberculose. Estou sem tratamento há quatro anos. Tenho um buraco no pulmão (P9).

Não tenho cachimbo. Uso o dos outros. Foi aí que eu peguei a Tuberculose. Porque eu não tenho o meu. Se eu tivesse o meu não tinha pego a Tuberculose. Tem gente que baba nele e assim se dá o contágio (P6).

Comecei a me prostituir para sustentar o meu vício e as crianças. Adquiri AIDS, Hepatite e HPV, em meio às drogas e a prostituição (P7).

Apesar um filho recém-nascido, duas das puérperas dependentes de crack, além de consumi-lo, fazem uso de álcool. Referem que o álcool auxiliam no controle da dependente, evitando que entrem em surto (nóia). Para evitarem o surto, além do crack, consomem bebida alcoólica antes e depois da gestação.

A gravidez da minha menina a gente fez doido. Não me previne e fiquei grávida. E sempre achei tudo normal, sempre me droguei, sempre bebi cachaça, porque o crack te leva à bebida de álcool. Tem que ter uma bebida, se não tiver uma bebida tu fica nóia. A nóia é o que só usa o crack, aquela pessoa que só usa o crack. Tu não vê na Cracolândia aquelas pessoas assim? Só que tem uns que bebem, tem que ter o álcool. O álcool é o que te controla a vontade de consumo do crack. Isso me trouxe a beber. Quando grávida também tomei muita cachaça antes do bebê nascer. Eu tomei muita cachaça para diminuir o consumo de crack. Depois que ele nasceu estou mais controlada no vício, mas ainda consumo a droga (P6).

Bebo cerveja e cachaça durante o dia. Ficar só no crack é difícil. A gente surta (P9).

A partir do uso de crack três das puérperas referiram que só coisas ruins aconteceram em suas vidas. Muitas roubaram da família e dos vizinhos para comprar a substância psicoativa e sanar sua necessidade. Assim, tanto os familiares como os vizinhos passam a ter medo da dependente.

Só vem coisas ruins. Se tu puderes mentir tu mentes. Se tu puderes roubar tu roubas. Ele é devastador mesmo. É uma coisa devastadora, só quem passa é que sabe. Eu chegava em casa e pegava o dinheiro de tudo. A família tem medo (P6).

Com o aumento da necessidade de consumo do crack, passei a roubar na casa dos vizinhos. Quando descobriram que era eu quem roubava me espancaram e quase me mataram na rua. Todos tinham medo de mim. Passei a roubar para sustentar meu vício, aumentando assim o medo de mim (P7).

Roubar para mim passou a não ser nada, diante da vontade de usar o crack. Quando algum vizinho é roubado vão na minha casa e me perguntam se sei algo sobre o roubo. Porém nunca respondo nada, pois se sei e revelo vai todo mundo preso. Sempre tive mania de roubo diante da necessidade que sentia pela droga. Todo lugar que ia já ia pensando no que podia roubar daqui para trocar pela pedra. (P8)

Duas das puérperas envolveram-se com o tráfico de substâncias psicoativas, tornando-se traficantes, como forma de facilitar sua aquisição.

No início foi uma sensação de alívio dos problemas, mas quando percebi não era mais só dependente. Virei traficante como forma de facilitar adquirir o crack (P7).

Passei a traficar o crack. Não tive alternativa para consumi-la (P5).

O roubo e o tráfico trazem como consequência à puérpera ser fichada na polícia e ir para a cadeia, vendo os filhos e demais familiares apenas nos dias de visitas. Observou-se que mesmo na cadeia o consumo da droga não é interrompido.

Como já sou fichada na polícia as coisas passam a ser mais difíceis e graves para o meu lado. A pior consequência do uso do crack na minha vida foi ir para a cadeia. Fiquei cinco anos na prisão vendo somente a minha filha no horário de visitas. Ela ia com meu irmão ou com minha mãe na visita. Fui surrada diversas vezes na cadeia quando não tinha dinheiro para pagar meu vício (P8).

Pelo roubo e pelo tráfico fui presa duas vezes após ter ganhado minha filha (P9).

Devido a tantos problemas vivenciados pelas puérperas dependentes de crack essas podem depararem-se com isolamento social. Sofrem o afastamento de familiares e amigos, pois estes têm medo das situações que podem vivenciar, devido à dependência química da puérpera e de suas companhias.

A relação com a família foi rompida totalmente, pois minha mãe que era meu porto seguro morreu, deixando-me sozinha e desamparada. Ninguém mais quis saber de mim. Me isolaram por causa das mudanças que eu sofri por causa do uso do crack (P7).

Minha família mudou totalmente comigo por causa do roubo. As pessoas mudam com a gente. Não querem me ajudar a cuidar do meu filho (P1).

Além disso, minha família e amigos se afastaram de mim pelo medo que roubasse seus pertences. Passei a ter somente relação com minha mãe e meu irmão, mas o resto da família e meus vizinhos se

afastaram de mim diante do medo que têm de minhas companhias (P8).

Não tenho amigos, não gosto de amizades. Só tenho pessoas conhecidas em que passo na rua e cumprimento, pois sei que me julgam por ser dependente de drogas (P9).

Em uma situação uma puérpera referiu isolar-se para fazer o consumo do crack. A mesma acredita que os outros usuários são perigosos e marginais.

Eu não gosto de andar com as pessoas que fazem uso de drogas, mesmo que eu faça. Eles são muito perigosos e marginais. Eu gosto de usar a “pedra” sozinha (P3).

Outra consequência do uso do crack pela puérpera é da perda do filho após o nascimento.

Perdi meu filho. Morreu um dia após ter nascimento (P7).

Minha gravidez foi de gêmeos e o meu guri morreu três dias depois de nascer. Foi um parto prematuro demais. Me disseram que foi morte súbita (P10).

Duas referiram ter medo de morrer, devido ao consumo do crack e deixar seus filhos sem mãe ou a família ameaçada por suas dívidas de substâncias psicoativas. O medo da morte é exacerbado pela gravidez.

Sei que posso perder meu filho. É o que me dói em pensar, além de saber que esse vício mata. Não quero deixar meus filhos sem mãe, nem minha família ameaçada por dívidas que eu fiz com as drogas (P3).

Eu entrei em trabalho de parto e tinha usado uma pedra de crack. Fiquei com medo porque aí realmente é a tendência de trazer a morte. O negócio é demoníaco. Aí eu fiquei com medo e vim para cá, grávida (P6).

Outra consequência do uso do crack para a puérpera é a perda da guarda dos filhos e da necessidade de que sua custódia fique a cargo de outros familiares, tendo em vista que a dependente pode ser identificada como incapaz de realizar seu cuidado.

A perda da custódia da minha filha foi o que me deixou com medo. Veio aqui no hospital a assistente social e me disse que a minha filha não poderia sair do hospital comigo. Eu teria que ter um parente próximo para ficar com a custódia dela. Escolhi minha filha mais velha. Ela é casada e meu genro trabalha. Eles têm casa de material

com banheiro que a minha não tem. Tomo banho e me lavo com balde atrás da porta. A assistente social gostou da minha filha mais velha e dos recursos que ela pode disponibilizar a minha filha recém nascida, aceitando que fique com a guarda da irmã. Todos os papéis e documentos do hospital é ela quem assina para mim. Depois de velha virei filha da minha própria filha (P2).

Eu tenho muito medo de perder meus filhos. Eu amo eles. São eles quem me mantêm um pouco para eu parar com o crack. E agora, é uma lição de vida que é para eu parar mesmo, sair dessa (P6).

Meus outros filhos não puderam conviver mais comigo, já não consigo mais cuidar deles e nem da casa. Foram tirados de mim. Meu irmão ficou com pena da situação e tirou eles do orfanato e passou a cuidar deles em sua casa. Agora tenho medo de que levem esse também (P7).

O que me deixa triste é a perda da guarda dos meus filhos. Agora nasceu o último que mesmo prematuro já está designado a ficar com minha sogra. A falta da confiança do Conselho Tutelar, da lei e dos meus familiares são forças que me impedem de lutar. É mais forte do que eu. Me sinto derrotada (P1).

4.1.4 Experiência da puérpera dependente de crack com o parto

Duas das participantes do estudo referiram ter parto normal e sem grandes dificuldades.

Foi parto normal e rápido. Esperei, abri as pernas e ganhei. Tive pouca dor. A equipe de saúde foi boa comigo. Não me maltrataram. Já tive amigas destratadas no hospital porque usavam crack e estava na hora de ganhar seus filhos. Comigo foi diferente. Fui bem tratada. Acho que foi assim por não ter ido ganhar meu filho sob efeito do crack, como elas tiveram (P3).

Ganhei minha filha de parto normal (P5).

O fato das puérperas estarem no hospital, para a realização do parto, fez com que apresentassem sintomas de abstinência da substância psicoativa, impedindo que contribuíssem para o andamento do trabalho de parto.

Ganhei normal, mas pouco respondia as perguntas que me faziam. A abstinência das drogas me deixou deprimida na sala de parto, além da dor que sentia (P4).

Quando fui para o bloco cirúrgico e olhei todos aqueles instrumentos comecei a ficar agitada e agressiva. Ficaram bravos comigo e pediram para eu parar. Não gostaram que eu gemia e sentia dor.

Senti dor quando me cortaram a barriga. Foi uma sensação de dor e arrepio. Como não parei me deram um calmante na veia. Parei de gerar de dor e com os períodos de agressividade. Ganhei minha filha. Após algum tempo fui para o quarto. Lá nem levaram minha filha para eu conhecer. Foi direto para a UTI Neonatal para ter melhores cuidados (P8).

Quatro puérperas referiram apresentar dor intensa durante o trabalho de parto, tendo em vista estarem apresentando contrações, mas não apresentarem a dilatação necessária para o nascimento do bebê.

Minha experiência com o parto foi dolorosa. Uma dor que me deixou enlouquecida (P1).

Muita depressão derivada da droga. Eu não conseguia ficar deitada. Porque até então elas queriam manter aquela gravidez, mas eu estava sentindo contração. Era contração de ganhar filho. Eu achei que não ia conseguir segurar. Eu disse que era melhor pararem de me dar remédio porque ele ia descer. Aí elas pararam e eu ganhei em seguida. Então, foi um parto cruel, muito difícil (P6).

Esse parto foi estranho, foi muito difícil. Eu estou até pensando em fazer ligamento. Ele foi o pior parto que eu tive, no sentido de dor. Eu tinha contração, mas não tinha dilatação. Eu vi que as horas estavam passando, porque os meus partos são rápidos. Aí eu assim, vou começar a fazer força, fazer força. Aí ganhei, mas foi cruel. Quase morri eu acho. Perdi as forças na hora do parto(P6).

Foi uma experiência horrível. Não tive dilatação. A equipe de saúde tentou fazer parto normal. Fiquei uma hora gemendo de dor. Como gritava e me agitava pelo consumo do crack, pouco tempo antes de realizarem minha cesariana, chamaram a assistente social. Meu problema são as crises de abstinência. Fico deprimida sem a droga. Foi denúncia da equipe por eu ser dependente de crack e ter me agitado na sala de cirurgia. Me apavorei e fui destratada pela equipe. O tratamento da médica foi ignorante, gritava comigo para eu parar. Riam da minha cara porque gemia de dor. Botaram um pano na minha boca para eu morder e parar de gritar. Me torturaram porque eu xingava eles de dor. Me deixaram de luz apagada. Eu suava de dor (P2).

Percebeu-se como comum para duas gestantes o consumo o crack minutos antes de internar-se no hospital para ganhar o filho. Esse fato as deixou tranquilas, devido ao efeito da substância psicoativa.

Cheguei ao hospital com dores das contrações. Consultei com a médica e ela me disse que ganharia minha filha pelo parto cesáreo. Até o momento da consulta estava calma, pois estava sob efeito do crack que me dá tranquilidade (P8).

Fui ao hospital ganhar minha filha pouco tempo depois de fumar o crack. Me senti melhor assim, menos agitada (P2).

Observou-se como comum a prematuridade de recém-nascidos e a presença de infecções sexualmente transmissíveis em duas das puérperas, como consequências do uso de crack durante a gestação.

Pela prematuridade, meu filho nasceu com peso baixo. Ele não tem um quilo ainda. Teve insuficiência respiratória e está com um tubo na boca para respirar. Apresentou hipoglicemia e hipotermia. Nasceu antes do tempo e acabou nem dando tempo de me preparar para as consultas do pré-natal. Foi parto normal. Nasceu prematuro e pequeno (P1).

Minha filha nasceu apática e com infecção ocular. Me disseram que acham que é por causa da Sífilis e da Gonorréia. Cuidei para que minha filha não tivesse problema de saúde por eu usar crack e ela nasceu com problema por causa da Sífilis. Acho que o problema da infecção nos olhos é fraco porque no primeiro dia de tratamento com o remédio e o colírio ela melhorou. Sei que tem que fazer tratamento completo para não piorar e voltar para a casa (P2).

Duas das puérperas descobriram na sala de parto, por meio de teste rápido, que possuía o vírus HIV. Este fato deixou-as agitada e apreensiva no momento do parto.

O parto foi normal. Não sabia que tinha HIV. Fui saber no teste rápido. Não fiz pré-natal e cheguei no hospital já com as contrações para ganhar o bebê. Estava agitada e apreensiva no momento do parto (P4).

Descobri quando fui para o bloco cirúrgico ganhar o meu bebê que tinha HIV/AIDS. Foi um exame que me fizeram lá mesmo. Me fez ficar nervosa para ganhar minha filha (P6).

O aborto também se apresentou como uma experiência negativa a ser vivida por mulheres que fazem uso de crack durante a gestação. Duas das dependentes apresentaram hemorragia vaginal intensa e fortes dores no abdômen durante a gestação. Referiram que o aborto que sofreu ocorreu pelo abuso do crack pela gestante.

Comecei a ficar louca sozinha, apenas com meus companheiros de vício que fumei tanto crack que senti uma forte dor no ventre, com grande quantidade de sangramento que fui ao hospital e abortei. Não tive a oportunidade de cuidar do meu filho, pois ele morreu antes de nascer (P7).

Tive sangramento quando perdi o bebê. Senti dores fortes na barriga e imediatamente o sangramento começou. A hemorragia era tanta que pedi socorro à vizinha. Mesmo assustada ela me socorreu. Chamou a ambulância. Mas a essa altura já tinha perdido meu filho. Achei que eu já tinha quase nove meses. Disseram que foi aborto ocasionado pelo uso do crack (P10).

4.1.5 Facilidades e dificuldades da puérpera dependente de crack para o cuidado do recém-nascido no puerpério

Em relação às facilidades para o cuidado direto ao recém-nascido as puérperas dependentes de crack referiram que o fato da criança chorar pouco, serem tranquilos e estarem sempre quietos facilita com que sejam cuidados. Relacionam essas características do bebê com a facilidade e diminuição do seu cuidado.

Meu filho é um bebê que não dá trabalho. É tranquilo e pouco chora (P1).

Cuido direitinho do meu bebê. Não me incomoda em nada. Dou leite, troco as fraldas e coloco para dormir. Gosto dele porque está sempre quieto. Não é um chorão (P3).

Porque ela é muito boazinha e quase não chora. Quero manter a maminha para não precisar fazer maisena grossa e nem dar leite de saquinho na mamadeira. Não terei dificuldade de cuidar minha filha (P2).

Outra facilidade elencada pelas seis puérperas dependentes de crack é o apoio da família para a prestação do cuidado direto à criança. Os dados do estudo mostram que mães, sogras, companheiros, irmãos e filhos mais velhos se organizam para auxiliar a puérpera no cuidado direto ao recém-nascido.

Tenho ajuda da minha mãe e do meu marido. Terei, ainda, ajuda da minha sogra e do meu irmão. Hoje eu pedi para não virem ao hospital. Não tem espaço para tanta gente nesse quarto. Vem muita gente me visitar. Acho que vou ter ajuda (P6).

Da minha mãe. Entregarei minha filha aos cuidados da única pessoa a quem confio. Minha filha só poderá sair daqui do hospital com a assinatura da minha mãe se responsabilizando pelos cuidados diários dela. A assistente social esteve aqui e exigiu essa forma de continuar próxima da minha filha. Tenho meu irmão também que disse que vai auxiliar minha mãe nos cuidados da minha filha. Ele gostou muito da sobrinha que ganhou. Deixo minha filha sob os cuidados de minha mãe para o Conselho Tutelar não tirar ela de mim

(P8).

A ajuda do meu marido. Ele reveza os cuidados comigo. Enquanto ele trabalha sou eu quem cuida e quando ele chega para cuidar sou eu quem vai para casa descansar. Meu marido me ajuda a cuidar da nossa filha. Estou depressiva e com crises de abstinência das drogas. Faz dois meses que eu parei de usar o crack. Quando meu marido sai do trabalho é ele quem cuida para eu descansar (P4).

Vou tentar cuidar do meu filho com o mesmo carinho e atenção que cuidei do primeiro. Percebo as necessidades de amamentação do meu filho. Acredito ser uma fonte de vitamina para evitar doença. Tive dores nas mamas porque elas "empedram". Ele não dá vencimento e acumula leite nos seios. Faço compressas embaixo do chuveiro. Depois minhas mamas voltam e diminuem o tamanho. Ai eu continuo a amamentar. Coloco para arrotar com o corpo levantado e depois para dormir. Não pretendo dar bico. Meu namorado é quem vai dar o banho até o umbigo cair. Tenho certeza que minha mãe e meu pai cuidarão dos meus filhos (P3).

O único auxílio que terei será dado pela minha sogra. Ela cuidará do meu bebê para mim. Minha sogra tem dinheiro para cuidar dele. Foi ela quem me ajudou a fazer o enxoval do meu filho. Sempre me deu todo apoio. Ela está feliz com a ideia de ser vovó (P1).

O meu marido será meu apoio. Ele gosta de alimentar, dar banho e trocar as fraldas. Disse que me ajudará a levar o médico quando necessário. Tenho dificuldades de ser carinhosa com meu filho (P5).

Além dos familiares observou-se que vizinhos e amigos se aproximaram durante a gestação da puérpera usuária de crack, visando compor uma rede de apoio social para seu auxílio. Esta foi manifestada por meio do oferecimento de roupas, fraldas e leite para o bebê, além do apoio emocional e incentivo à puérpera.

Minha comadre juntou as roupinhas que não servem no bebê dela para mim. Todas as conhecidas dela estão ajudando também. Até fraldas ganhei (P3).

Tenho uma vizinha e duas amigas que me ajudaram na aquisição das fraldas e do leite. Isso me incentiva a cuidar do meu bebê (P2).

Outra forma de facilitar o cuidado ao recém-nascido pela puérpera é o fornecimento de auxílio financeiro pelo companheiro para que essa possa dar conta das necessidades da criança.

Porque meu atual companheiro vai me ajudar no cuidado e nas despesas com ela. Disse que na pobreza e na tristeza vai sempre me ajudar. Vai ser como o pai dela que cuida inclusive das despesas. Ele não usa droga. Ganha bem com o salário que recebe

do governo por ter HIV/AIDS e pelo emprego de moto-táxi. Minha bebê ficará na custódia da minha filha mais velha. Na verdade serei eu quem ajudará minha filha nos cuidados com o bebê. Darei banho, leite. Meu companheiro será quem irá nos sustentar (P2).

Vai ficar morando com a minha sogra. Ela é mais velha e tem mais experiência que eu (P1).

Em relação às dificuldades da puérpera para o cuidado ao recém-nascido os dados do estudo mostram que, na tentativa de não usar o crack, as puérperas apresentam a abstinência da droga, manifestando como sintomas fraqueza, cansaço e depressão. Referiram sentir falta da droga, não tendo vontade de conversar com a criança ou de se apegar a mesma.

Preciso de repouso. Ganhei um bebê e estou com crises depressivas de abstinência das drogas. Me sinto fraca e cansada. Estou em acompanhamento psicológico aqui no hospital. Fiquei depressiva. Não consigo ter vontade de dar carinho e de cuidar minha filha. Sinto falta da droga que parei de usar há dois meses. Pouco falo. A equipe de saúde pede para que eu converse, mas não tenho vontade (P4).

Estou em abstinência do crack, ficando depressiva, agitada e sem carinho para dar para a criança (P5).

Só quando eu perceber que ela vai sobreviver. Com certeza eu tenho o carinho de mãe, vou dar para ela os cuidados que precisar. Mesmo assim não sou muito de me apegar (P6).

Outra dificuldade relatada pelas quatro puérperas foi a recomendação para a não amamentação da criança, tendo em vista que os resíduos do crack passam do leite para o bebê, podendo afetá-lo.

Não posso amamentar o meu bebê. Sou dependente de crack e tenho HIV/AIDS (P5).

Não estão querendo deixar eu amamentar meu bebê. Disseram que estou sob o efeito do crack e que vou intoxicar minha filha. Fiquei preocupada (P2).

Não posso amamentar minha filha. O uso do crack impede que eu amamente em função da droga passar pelo leite. Ela já nasceu com crise de abstinência e muito parada. Foi direto para a UTI Neonatal, com dificuldades respiratórias (P8).

Não vou poder amamentar. Vai passar a droga pelo leite para minha filha. A neném é viciada com certeza porque eu usei crack toda a gestação. No dia que vim para o hospital ganhar minha filha eu fumei crack, mas não fumei muito (P6).

A falta de apoio familiar para o cuidado ao recém-nascido e a dependência química do crack fazem com que a puérpera fique sob a vigilância do Conselho Tutelar. Por isso, duas das puérperas tinham medo de que a falta de condições para criar a criança sozinha, façam com que sejam retirada de suas guardas.

Como sou dependente de crack, o Conselho Tutelar não deixaria morar comigo. O pai dela está preso e não tenho condições de criar sozinha (P1).

Não quero que o Conselho Tutelar tire ele de mim, por causa do uso do crack. Embora pretenda parar de usar. Acho que eles não vão acreditar em mim (P3).

Duas puérperas referiram ter dificuldades de prestar cuidados diretos à criança como dar banho e realizar curativos do coto umbilical, necessitando de ajuda de familiares para fazê-lo.

A dificuldade é dar o banho. Quem dá banho é o pai dele. Tenho medo do umbigo aparecendo. Meu namorado disse que consegue dar o banho (P3).

Tenho medo do umbigo. Parece que vai machucar. Minha mãe é quem faz os cuidados. Ela aproveita e já dá até o banho (P7).

O nascimento de um recém-nascido prematuro com problemas respiratórios e malformação congênita torna seu cuidado complexo para as seis puérperas. Esses sinais e sintomas fazem com que a puérpera tenha medo de machucar o bebê. Após o parto elas passam a conviver com os serviços de saúde para dar apoio aos problemas de saúde da criança e lidar com sua necessidade de cuidados. Em alguns casos, precisam aprender a lidar com as tecnologias que a criança necessita para sobreviver, como nebulímetros, medicações específicas, sonda orogástricas, entre outros.

A dificuldade para cuidar dela é o medo que tenho de quebrá-la. É pequena e delicada. Pesou 910 quilogramas. Nasceu de seis meses de gravidez. Nunca vi e nem cuidei um bebê prematuro (P1).

Tenho carinho pelo meu filho. Meu cuidado tem sido em virar ele de lado. Tenho medo que ele fique machucado ou se engasgue com a sondinha. Parece que vai quebrar de frágil e pequeno (P9).

Os únicos cuidados que posso ter com ela é visitá-la na UTI Neonatal. Nasceu linda e está cheia de aparelhos em volta dela. Apenas posso tocar e olhar minha filha. Ela nasceu com problema

respiratório. Teve uma parada cardíaca, mas se recuperou bem. Ela é muito parada, não se mexe e nem chora muito. Acho que é porque nasceu prematura e não só porque fumei crack durante a gravidez. Me disseram que ela é de oito meses (P8).

Por minha filha nascer de mãe HIV/AIDS terei que levá-la ao Hospital Dia Pediátrico para continuar a medicação prescrita para o HIV. A fonoaudióloga disse que terei que levar minha filha ao Centro de Referência para Correção de Fenda Palatina e Lábio Leporino para tentarem corrigir a boca e o lábio dela que estão abertos e exigem cuidados. Isso porque se alimenta com leite do hospital por sonda que vai até o estômago. Nasceu com a pele seca e descamada, principalmente no peito e na barriga. Dorme pouco. É chorosa e agitada, devidos as cólicas que sente pela noite (P5).

Minha filha nasceu prematura com dificuldade respiratória e com malformações. Ela não tem uma orelhinha e não tem a mandíbula. Não sei nem por onde começar a cuidar. Logo que nasceu teve Bronquite asmático. Aqui no hospital é feita nebulização para que não dê falta de ar e dada à medicação receitada, pelo médico do plantão. Agora está controlado o problema (P6).

Sinto dificuldades para cuidar do meu bebê. Não consigo dar carinho e ajudar nos cuidados da alimentação dele. Não consigo cuidar da sonda. Me sinto insegura e peço informações (P4).

Tendo em vista a gravidade do quadro clínico da criança, duas das puérperas referiram não querer apegar-se à criança e criar vínculos com a mesma com medo do sofrimento que sua morte possa lhe trazer.

Eu vou na UTI neo e vejo ela. É um caso grave eu não estou muito interessada em apego. Eu vou lá e vejo, mas não fico com aquela coisa de me apegar. Eu já sou uma pessoa doente e se apego a ela e vem o caso dela morrer? É o caso de eu me afundar ainda mais nessa droga, por isso me cuido nessa questão do apego, eu estou assim intercalada. Eu não estou naquela coisa de me apegar, ficar toda hora tocando, eu vou ali dou uma tocadinha e venho para o quarto. À noite não vou ficar, mas de dia fico. Mas também o ficar meu é aqui no corredor. Vou ali e fico um pouquinho com ela e volto para o corredor. Não pretendo ficar, ainda não é o momento (P6).

Dificuldades eu acho que é os cuidados, tem que ter muitos cuidados com ela. Não vou poder dar uma piscada de olhos. Vou ter que ficar ali em cima dela direto. No banho principalmente, mas vou pedir para minha mãe me ajudar (P6).

Duas das puérperas apresentaram dificuldades financeiras para realizar o sustento e o cuidado da criança, necessitando do auxílio de familiares ou do próprio governo. Uma delas referiu medo de recorrer à prostituição, como forma de atividade econômica.

Quando eu sair do hospital vou pedir auxílio no posto de saúde para me fornecerem leite. Aqui no hospital o leite é dado em seringas. Já pedi mamadeira, mas me disseram que esta se não for bem limpa pode adquirir micróbios e causar doenças na minha filha (P2).

Vou ter dificuldades em cuidar da minha filha. Não poderei amamentar e comprar os mantimentos dela. Estou sem dinheiro. Vou pedir ajuda para o pai dela e para minha mãe. Se a situação financeira não melhorar terei que voltar para a prostituição para ajudar na renda familiar. Tenho medo dessa situação, pois me levará a ficar mais perto das drogas, e talvez, começar novamente a traficar o crack, a cocaína e a maconha. Mas acho que possa ser a solução provisória para os problemas financeiros que me assombram (P8).

4.1.6 Expectativas das puérperas dependentes de crack em relação ao futuro

Uma das expectativas das puérperas em relação ao futuro é o de parar com o uso de substâncias psicoativas e, para isso, pretendem submeterem-se a tratamento, seja ambulatorial ou hospitalar, de forma a recuperar-se. Pretendem ter melhores condições de cuidar da criança e mudar de vida.

Estou em abstinência do uso do crack. Pretendo parar de usar drogas. Quero voltar a me tratar no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), realizar tratamento para o HIV/AIDS e fazer o acompanhamento do meu filho no Hospital Dia AIDS Pediátrico (P4).

Quero parar o uso do crack, foi o fim da vida do meu filho. Quero parar de consumir o crack (P3).

Eu quero ter minha casinha, porque eu tenho casa própria. A nossa casa é enorme de grande, a minha mãe me deu uma parte. Eu quero terminar, fazer minha casa com um quarto para ela. Quero mudar de vida (P6).

O tempo que minha mãe cuida deles vou me internar para me recuperar do vício do crack e conseguir cuidar meus filhos (P10).

Três das puérperas tinham a expectativa de readquirir a guarda que perderam de seus filhos e reestruturar sua família. Referiram que queriam ter a sua casa, seu marido e seus filhos do seu lado com condições de saúde e financeiras para viverem sem dificuldades.

Ter novamente a guarda de meus filhos e voltar a ser casada com meu marido (P3).

Eu quero ter a minha casa. Meu marido e meus filhos reunidos. A

minha família completa. Todos com saúde e condições financeiras para viver sem dificuldades. Quero que tenham roupa, comida, trabalho e estudo e que vivam felizes junto da família (P1).

Ter meu companheiro ao meu lado. Quero que ele seja inteligente e que me ajude a cuidar e manter os gastos com minha filha. Acho que o padrasto da minha filha vai gostar porque nunca teve filhos devido ao HIV. Quero que ele a trate como relíquia (P2).

Quatro das puérperas referiram pretender arrumar um emprego de forma a poder dar educação e futuro para seus filhos, pagar suas contas e dívidas, ajudar nas despesas da casa e sustentar a família.

Pretendo trabalhar para dar educação e futuro para meus filhos que cuidarei para não ser como eu dependente de crack (P4).

Espero que minha filha tenha educação e ensino de qualidade (P2).

Penso em arrumar um novo emprego desde que fui demitida do meu serviço. Vou colocar na justiça meu empregador, pois trabalhei por seis meses com carteira assinada e ele me demitiu quando soube que eu estava grávida de dois meses. Com o dinheiro que talvez receba pretendo pagar minhas contas e dívidas do crack (P3).

Meu namorado e eu pretendemos trabalhar para ajudar nas despesas da casa e com as crianças (P9).

O meu marido trabalha. Ele não deixa de trabalhar, a gente tem que sustentar os outros filhos. Precisamos porque a minha mãe não tem salário nenhum. Eu tenho que sustentar a minha mãe (P6).

Desejam que seus filhos tenham um bom desempenho escolar que não levem a mesma vida que elas.

Sonho em seu bom desempenho escolar e um trabalho que me ajude a sair dessa situação. Minha mãe disse que vai me ajudar a dar uma boa escola para ela (P8).

Minha filha será inteligente e aplicada na escola. Tem que ter uma vida melhor que a minha (P2).

Pretendem sair da prostituição e do tráfico de substâncias psicoativas de forma a tornarem-se bons exemplos para seus filhos.

Pretendo sair da vida de garota de programa. Tenho um sonho de parar as drogas. É um pedido de meu companheiro (P2).

Quero fazer de tudo para que ela não siga no mundo da prostituição

e do tráfico de drogas quando crescer (P8).

Outra expectativa verbalizada por duas das puérperas é a de não retornarem para a prisão, como forma de serem presença e poderem prestar cuidados adequados para seus filhos.

Eu espero nunca mais voltar para a prisão. Quero cuidar bem da minha filha. Dar boa alimentação, levar à pracinha e cuidar para não ficar doente (P8).

Não quero nem pensar em ser presa novamente. Foi uma triste lição de vida na cadeia. Quero voltar a cuidar dos meus filhos (P1).

Três das puérperas referiram o medo de morrer e deixarem seus filhos sem cuidados. Assim, pretendem fazer promessa a Deus, tornarem-se evangélicas e frequentarem a igreja perto de sua casa, pois só Deus poderá salvá-las e auxiliá-las a deixar a droga.

Acho que será difícil, mas meu filho servirá de incentivo para conseguir parar de usar. Pretendo fazer promessa. Peço a Deus para me ajudar a criar meus filhos (P3).

A minha terapia aqui, nesse momento que eu quero, se eu tiver que virar crente eu vou virar, porque eu tenho que mudar de vida. Tenho medo de morrer e deixar meus filhos ficarem nas mãos dos outros. Agora eu tenho mais essa guriuzinha doente, eu vou mudar e eu vou conseguir (P6).

Quando ganhei minha filha fiquei radiante de alegria e, pela emoção, chorei. A minha reação foi perguntar se o bebê nasceu com saúde. Quando me disseram que tinha nascido com saúde mesmo eu tendo usado o crack decidi fazer promessa a Deus. Irei ajudar os crentes, da igreja perto da minha casa, a pararem de usar drogas. Pretendo parar também. Dizem que devo fazer um tratamento médico, mas acho que só Deus me salva dessa, assim como ele salvou minha filha quando nasceu (P2).

4.2 REPERCUSSÕES DO USO DE CRACK PARA O RECÉM-NASCIDO DE GESTANTES/PUÉRPERAS DEPENDENTES DE CRACK

A seguir são apresentadas a caracterização dos sujeitos do estudo e as categorias geradas a partir da análise dos dados.

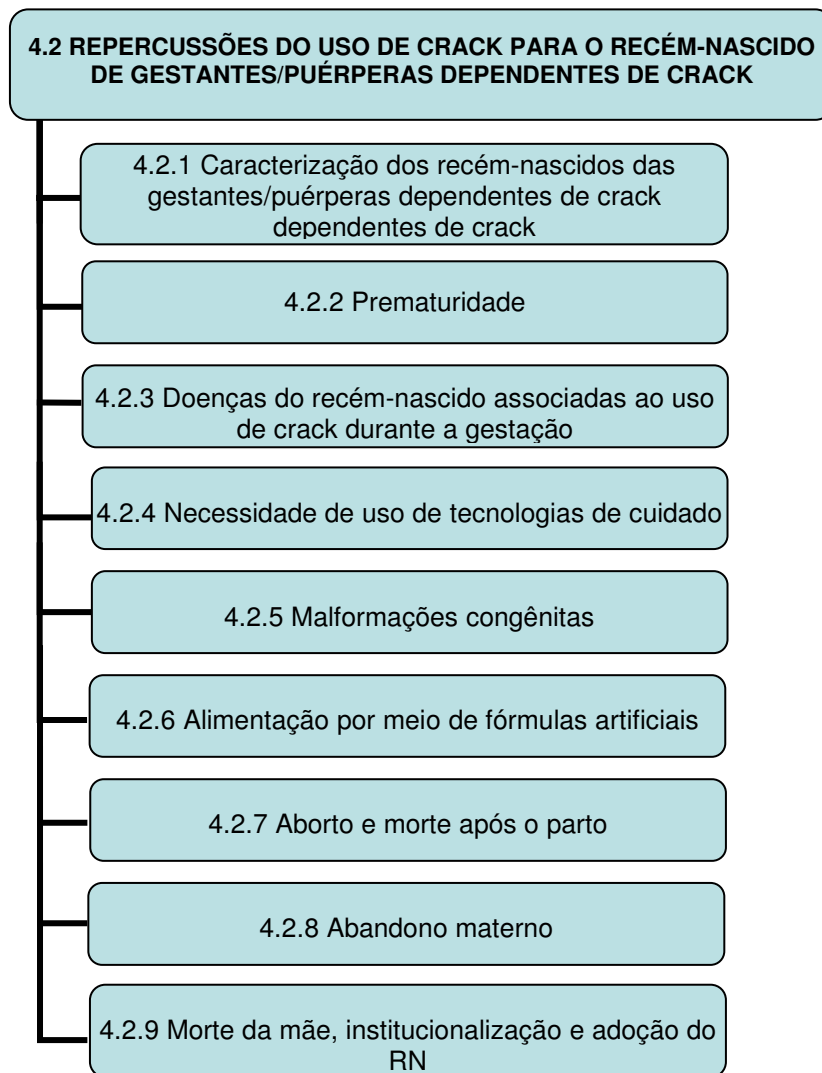


Diagrama 4: Categoria – Repercussões do uso de crack para o recém-nascido de gestantes/puérperas dependentes de crack

4.2.1 Caracterização dos recém-nascidos participantes do estudo

A produção dos dados foi realizada por meio de dez prontuários de recém-nascidos de gestantes/puérperas dependentes de crack atendidos no HU. Nem todos os recém-nascidos participantes do estudo são filhos das gestantes/puérperas participantes do estudo. Suas idades variaram entre 1 h e 18 dias de vida. Todos naturais de Rio Grande/RS e de familiares de bairros adstritos a esta cidade, como um na Hidráulica, um no Marluz, dois na Mangueira, um na Barra, um na São Miguel, um na Santa Tereza, um no Parque Recreio e dois no Getúlio Vargas.

Quanto ao sexo seis nasceram do sexo feminino e quatro do sexo masculino. No que se refere à cor seis nasceram brancos e quatro pretos, sendo quatro internados na Unidade Pediátrica, três na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal e três na Maternidade do HU.

O peso dos recém-nascidos variou entre 610 gramas e 2830 quilogramas, com idade gestacional entre 33 semanas e 10 dias a 40 semanas e três dias, sendo seis nascidos de parto normal e quatro por cesariana. Os recém-nascidos apresentaram o Índice de Apgar variando entre três e nove no primeiro minuto e entre sete e nove no quinto minuto.

No que se refere às medidas antropométricas dos recém-nascidos, obteve-se quanto ao perímetro cefálico à variação de 24 a 34 centímetros; perímetro torácico à variação de 20 a 32 centímetros; circunferência abdominal à variação de 18 a 30 centímetros; comprimento à variação de 30 a 46 centímetros.

4.2.2 A prematuridade

Observou-se que quatro crianças nascidas de mulheres dependentes de crack durante a gestação eram prematuras. Nas Unidades de Tratamento Intensivas, elevado número de internações são de recém-nascidos prematuros e o nascer antes do tempo tem um forte impacto, tanto para a família como para a própria criança.

Pela prematuridade, nasceu com peso baixo. Ele não tem um quilo ainda. Nasceu prematuro, com disfunção respiratória (esforço respiratório débil (RNFC1)).

Nasceu com pele seca e descamada, principalmente no peito e na barriga. Dorme pouco. É chorosa e agitada, devido às cólicas que

sente pela noite (RNP2).

Nasceu gemente, com falta de ar e baixo peso. Ficou em observação no Centro Obstétrico por uma hora. Teve melhora da falta de ar, mas permaneceu gemendo. Após levaram meu filho para a UTI neonatal, para cuidarem melhor dele (RNP3).

Ele nasceu prematuro. Devido ao meu uso do crack. Tive deslocamento de placenta e ele nasceu de 30 semanas. O médico disse que ele teve hemorragia cerebral (RNP5).

[...] com grave problema respiratório. Teve uma parada cardíaca na UTI Neonatal, mas se recuperou bem. Percebo que ela é muito parada, não se mexe e nem chora muito. Acho que é porque nasceu prematura também. Me disseram que ela é de oito meses de gestação (RNP4).

4.2.3 Doenças do recém-nascido associadas ao uso de crack durante a gestação

Das dez crianças participantes do estudo apenas uma nasceu sem apresentar nenhuma doença. Quatro apresentaram sintomas da infecção sexualmente transmissível da mãe: duas HIV/aids, uma sífilis e uma conjuntivite gonocócica. Uma criança precisou fazer tratamento para a tuberculose, pois sua mãe possuía a doença sem tratamento e quatro apresentavam sérios problemas respiratórios.

Nasceu e teve bronquite asmático (RNP1).

Nasceu e logo me disseram que ele tem ataques epiléticos e que, por isso, tremia todo no banho. Levei um susto, mas me disseram para eu me acalmar. Ele iria tomar uma medicação que ajudaria nas crises dele (RNP5).

Nasceu com HIV/AIDS. Quando engravidei, não sabia que já tinha a doença. Agora pretendo me tratar para a doença, junto com minha filha que não merecia ter nascido infectada. Teremos que enfrentar a tomada de vários medicamentos! Tomara que assim eu consiga parar com o uso do crack (RNP2).

RN de DFC, com um dia de vida. Internada por prematuridade, Insuficiência respiratória aguda e hipoglicemia (DPRN1).

RN de MNB, com um dia de vida. Internada por Pneumonia e Insuficiência respiratória aguda (DPRN3).

RN de MSS, com um dia de vida, em berço aquecido. Internada devido à Insuficiência respiratória (DPRN5).

4.2.4 Necessidade do uso de tecnologias de cuidado

Tendo em vista a prematuridade e as malformações congênitas cinco recém-nascidos de mães dependentes de crack passaram a necessitar do uso de tecnologias de cuidado. Entre essas tecnologias destacaram-se: tubos endotraqueais, ventiladores mecânicos, berços e incubadoras aquecidas, aparelhos de fototerapia, sondas oro e nasogástricas e de jejunostomia, campânulas, cateteres de oxigênio, saturômetros, urodensímetros, fitas de hemoglicoteste, fitas de glicosúrias, cateres de demora para punções centrais e periférica, nebulímetros, entre outros.

Teve insuficiência respiratória e está com um tubo na boca para respirar. Apresentou hipoglicemia e hipotermia (RNP4).

Aqui no hospital é feita nebulização para que não dê falta de ar e dada à medicação receitada pelo médico do plantão. Agora está controlado o problema (RNP1).

Colocaram ele num berçinho quentinho. Teve icterícia, ficando em um berço para fazer luzes e melhorar do amarelão (RNP3).

RN chega à UTI entubado, com ventilação espontânea, ativo e reativo ao manuseio, saturando 99%. Tubo endotraqueal (TET) com escape nº 2,5, com venoclise em membro superior direito infundindo soro glicosado 10% a 3,9 ml/h. Mucosa oral corada, hidratado, com leve cianose em extremidades (DPRN 1).

Criança em incubadora. Mantém soroterapia (soro glicosado 5% a 2,5 ml em bomba de infusão), por acesso venoso periférico em veia epicraniana. Oxigenoterapia por campânula a 30% com saturação de O₂ a 97%, sem esforço respiratório. Foi colocado às 16 horas em campânula à 40%. Sinais vitais estáveis: T: 36,8°C, FR: 72 mrm, FC: 162 BPM. Realizado sondagem orogástrica aberta em saco. Em NPO. Presença de 0,4 ml de resíduo gástrico de aspecto borráceo. Hemoglicoteste (HGT): 81 mg/dl. Eliminação urinária e intestinal mantidas (DPRN7).

Aspiração das vias aéreas superiores com sonda nº 8 progredindo até o estômago, passando por ânus – feito lavado gástrico (DPRN2).

RN chega à UTI entubado, com ventilação espontânea, ativo e reativo ao manuseio, saturando 96%. Tubo endotraqueal (TET) com escape nº 2,0, com venoclise em membro superior esquerdo

infundindo soro glicosado 10% a 3,8 ml/h (DPRN3).

Criança em incubadora. Mantém soroterapia por acesso venoso periférico em veia epicraniana. Oxigenoterapia por campânula a 30% com saturação de O₂ a 96%. Sinais vitais estáveis: T: 36°C, FR: 52 mrm, FC: 130 bpm. Realizado sondagem nasogástrica e aspiração oral e nasal (duas vezes por turno). Aceitando leite por fórmula NAN (20ml), 2 vezes por turno. Hemoglicoteste (HGT): 76 mg/dl. Eliminação urinária e intestinal presentes (DPRN8).

Realizado sondagem nasogástrica. Aceitando leite por fórmula NAN I (50 ml), 2 vezes por turno. Hemoglicoteste (HGT): 99 mg/dl. Eliminação urinária e intestinal presentes (DPRN4).

RN chega à UTI, com uma hora de vida, com disfunção respiratória e gemente, com oxigenoterapia por campânula a 30%, saturando 96%. Ativa e reativa ao manuseio (DPRN5).

Realiza oxigenoterapia por campânula a 30%, com saturação de O₂ a 96%. Sinais vitais estáveis: T: 36,8°C, FR: 62 mrpm, FC: 165 bpm. Realizado sondagem orogástrica. Hemoglicoteste (HGT): 74 mg/dl. Eliminação urinária e intestinal presentes (DPRN9).

4.2.4 Malformações congênitas

Outra repercussão do uso de crack na gestação é o nascimento de crianças com malformações congênitas. Quatro apresentaram diferentes malformações. Uma nasceu com fenda palatina e lábio leporino; uma nasceu com várias anomalias, sendo as principais de mandíbula e orelha; outra nasceu com microcefalia e outra nasceu sem um pulmão, apresentando ainda o outro malformado.

Quando minha filha nasceu fizeram exames nela e me disseram que ela tem fenda palatina e lábio leporino (RNP2).

[...] malformação da mandíbula e a orelhinha; fácies sindrômica; malformação de gengiva; micrognatia (mandíbula numa posição muito posterior em relação à maxila), assimetria facial, malformação de maxilar, microtia bilateral (deformidade congênita, onde ambos os pavilhões auriculares são subdesenvolvidos); ausência de arco mandibular à direita; arcos costais com infiltrado intersticial leve; hipertelorismo (malformação craniofacial congênita caracterizada pelo afastamento excessivo dos olhos); pescoço curto (DPRNP6).

Criança com microcefalia (DPRN10).

Criança apresentando ao ultrassom ausência do pulmão direito e involução do pulmão esquerdo (DPRN1).

RN de MSS, com um dia de vida. Internada devido à fenda palatina e lábio leporino. Sinais vitais estáveis: T: 36,4°C, FR: 47 mrpm, FC: 138 bpm (DPRN4).

4.2.5 Alimentação por meio de fórmulas lácteas artificiais

Nenhuma das mulheres participantes deste estudo amamentou seus filhos. Por isso todas as crianças faziam uso de fórmulas artificiais para alimentar-se, deixando de receber os benefícios do leite materno. Mulheres dependentes de crack têm a amamentação contraindicada, pois há evidências clínicas que demonstram efeitos adversos do crack por meio do aleitamento materno desses recém-nascidos. Além disso, houve mulheres desinteressadas pela criança ou com comportamento agressivo pela abstinência do crack, o que poderia colocar a criança em risco caso pudessem amamentar.

Se alimenta com leite do hospital por sonda que vai até o estômago (RNP3).

Desde que nasceu deram leite de lata do hospital, por uma mangueira fina que entrava pela boca. Disseram que iria até o estômago para ele não ficar com fome. Não pude amamentar por ser usuária de crack e passar a droga através do aleitamento materno (RNP4).

Mãe ausente por várias horas do dia [...]. Aceitando leite por fórmula NAN I (50ml), 2 vezes por turno (DPRN2).

Mãe que não demonstra interesse, afeto e apego pelo recém-nascido. Alega sentir falta da rua. Por vezes, grita com a equipe de saúde, pedindo alta hospitalar. Passa a sentir dores no corpo e a enxergar sombras pelas paredes, causada pela abstinência da droga. Indicado aleitamento por fórmula artificial NAN I para o recém nascido (DPRN9).

4.2.6 Aborto e morte após o parto

O estudo mostra que o uso de crack na gestação pode levar o feto à morte ou a criança corre risco de morte ao nascer.

Quando nasceu já estava morto (RNP4).

Criança que era gemelar, porém faleceu dois dias após o nascimento por insuficiência respiratória aguda e prematuridade extrema (DPRN6).

Meu organismo rejeitou o meu segundo filho. Ele não aguentou a química do crack e foi abortado (RNP3).

4.2.7 Abandono materno

Tendo em vista a dependência do crack houve casos em que as mães das crianças não ficaram no hospital para cuidá-las. Duas estavam sendo cuidadas pelas avós, por amigas da mãe ou por outros parentes (prima, tias).

Sou eu quem fica aqui no hospital, pois a mãe dela some e aparece de vez em quando. O estado da criança é grave e fico com pena. Sou amiga da mãe dela. Conheço ela desde criança e vou ajudar a cuidar da criança se ela sobreviver (RNFC1).

Eu sou avó dela. Venho em todos os horários de visita aqui na UTIN. Eu sei que o caso é muito grave e que se ele se salvar terá diversas sequelas, mas lutei tanto para a minha filha conseguir ganhar esta criança que não vai ser agora que vou dar para trás. Fazem dias que não sei onde a mãe dela está. A vida dela é em função desta porcaria. Ela é usuária do crack (RNFC2).

4.2.8 Morte da mãe, institucionalização e adoção do recém-nascido

A morte da mãe pelo uso de crack faz com que o recém-nascido passe a ser cuidado por outro parente. Membros do núcleo familiar se agregam para auxiliar no cuidado à criança.

A mãe dele, dependente de crack, morreu no parto. Ele recém-nascido vai ficar com o pai. O pai dele trabalha muito e, por isso, não tem tempo para cuidá-lo. Como avó paterna, passarei a morar junto com eles para poder ajudar nos cuidados. Desde que a mãe deles estava doente, durante a gravidez, eu já ajudava no cuidado dos outros irmãos. Tenho pena do meu filho que, embora ela estivesse atirada na droga ele era apaixonado por ela (FCRN5).

Quando ocorre a morte da puérpera dependente de crack, o recém-nascido pode ser transferidas para uma instituição por falta de estrutura familiar que dê conta, às vezes, do cuidado de mais de uma criança da dependente.

O bebê dela vai para a creche Raio de Luz ou Maria Carmem. Não sabemos bem ainda. Ainda estamos conversando, aqui no hospital, com a assistente social para vermos o lugar que ele vai. Já cuido de dois filhos dela, inclusive um deles tem problema de cabeça e quer

bater em todo mundo. Já tenho problemas financeiros em cuidar deles, não conseguiria cuidar de mais um (FCRN4).

Além da institucionalização, o recém nascido quando disponibilizado para a adoção também se tornou possibilidade cogitada pela família frente à morte da mãe dependente de crack.

Ela era complicada. Não cuidava dos filhos direito. A madrinha dele, uma moça muito legal, ela queria ficar com ele. Mas é meu neto e tem que ficar com o pai dele. Foi uma possibilidade essa questão de adoção (FCRN3).

4.3 REPERCUSSÕES DO USO DE CRACK PARA A FAMÍLIA DAS GESTANTES/PUÉRPERAS

A seguir serão apresentadas a caracterização dos sujeitos do estudo e as categorias geradas a partir da análise dos dados.

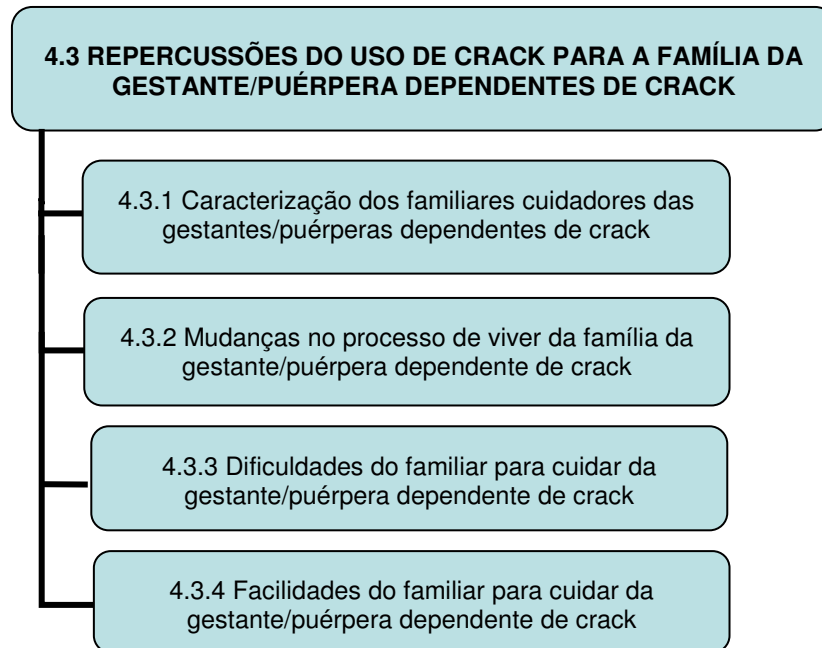


Diagrama 5: Categoria – Repercussões do uso de crack para a família da gestante/puérpera dependente de crack

4.3.1 Caracterização dos familiares cuidadores participantes do estudo

Participaram do estudo oito familiares cuidadores de gestantes e dez familiares cuidadores de puérperas dependente de crack. Verificou-se que a dependência química ocorre em famílias que apresentam diferentes graus de escolaridades, baixa renda e que a mulher, ainda, apresenta-se como a principal cuidadora dos membros da família em caso de adoecimento, sendo, muitas vezes ela, a responsável pelo sustento da família.

O grau de parentesco de todos os familiares cuidadores das gestantes/puérperas dependentes de crack foram dez mães, quatro irmãs e dois esposos, duas sogras e duas avós. Quanto à profissão dez se autointitulam do lar; uma cuidadora de idosos; uma costureira; cinco aposentada; uma estudante; um auxiliar da construção civil e um moto-táxi. Possuem idades entre 17 e 63 anos, renda familiar entre um e três salários mínimos nacionais e sustentam entre uma e nove pessoas por família.

Todas residem na periferia da cidade do Rio Grande/RS em casas de cinco a oito peças, de alvenaria sendo apenas uma de madeira e outra mista (alvenaria e madeira) com água e luz, apenas uma não possui esgoto encanado.

4.3.2 Mudanças no processo de viver da família da gestante/puérpera dependente de crack

Depois da descoberta da família de que sua familiar gestante/puérpera tornou-se dependente de crack constatou-se que o cuidador apresenta mudança total no seu estilo de vida, sentindo-se incapaz e sem chão, não sabendo o que fazer frente a tal situação, sentindo-se mal por não aceitar tal conduta.

A gente se sente incapaz a tal ponto de ficar sem chão, o que devo fazer para tirar minha filha e meu neto desse labirinto que é o crack (FP1).

Quando comecei a estar com ela, uns três meses para cá, eu descobri que ela fumava crack. Eu não sabia nem o que era essa droga. Fui saber através dela. Ficar sabendo disso me fez mal. Fico triste pela gravidez dela. O que será dessa criança? (FG6).

Mudou tudo. Em seguida que nós casamos, ela até que não usava muito o crack. Passou a fumar com mais frequência depois que ganhou o nosso guri. Começou a mudar tudo porque ela ficou irritada

em casa. Vivíamos brigando. Falava para ela, mas não aceitava parar com a droga (FP6).

Verificou-se que o familiar cuidador tem seu estado emocional afetado, tendo seu desempenho comprometido, tornando-se sensível, emotivo no cuidado à gestante/puérpera. Sente-se cansado, com a sensação de que não aguentará a situação que está vivenciando. O uso de crack no seio familiar é motivo para mágoa e decepção. O cuidador pode sentir-se desesperado por não saber como proceder, apresentando sentimentos contraditórios por pena da dependente e, ao mesmo tempo, revolta e tristeza.

Hoje não sou mais a pessoa que era antes, começando pelo meu estado emocional. Era uma pessoa que conseguia bom desempenho em todas as situações, mas hoje me sinto uma pessoa sensível e emotiva. Quando olho para meu neto recém-nascido fico desesperada com o futuro dele. Eu não posso nem saber que alguém esteja usando o crack para que eu cair em prantos [...] (FP3).

[...] enquanto eu tiver viva, tiver coragem, que Deus vai me dando força, eu quero ver se eu luto, pelo menos para minha filha ganhar esse bebê com saúde. A decepção é tanta que às vezes chego no meu quarto e digo: - Ai senhor eu estou cansada, eu não aguento mais, eu vou entregar nas tuas mãos, o senhor tome conta e cuide da minha filha, por favor! [...] (FG8).

[...] Me sinto machucada! Esse é o meu maior problema hoje, é sentir mágoa de uma filha que esqueceu do filho que tem [...] (FP2).

[...] É mágoa, decepção, tudo junto porque passo o tempo todo lutando. Depois que ela saiu da clínica a gente voltou a morar junto de novo. Numa outra casa alugada. Ela passou a trabalhar em dois serviços para ajudar no sustento do bebê, mas ela voltou a usar crack [...] (FG2).

Na minha vida tudo mudou. Fiquei apavorada, desesperada, eu não sei o que fazer com minha irmã. Ela ainda tem um filho para cuidar! [...] (FP7).

É difícil ver minha filha naquela magreza. Me dá tristeza, mas, mesmo tempo, pena e revolta. Fico sem saber o que fazer (FG5).

Todos os aspectos da vida da família são afetados pelo uso de crack da gestante/puérpera. Geralmente, a dependente perde seu emprego e o cuidador, por ter que viver em função dessa, também tem seu emprego afetado, pois, diversas vezes, precisam ausentar-se em função do cuidado à gestante/puérpera dependente

de crack. Os cuidadores têm medo de perder o emprego e piorar sua situação de vida, podendo ter a subsistência da família afetada.

A gente tinha uma vida feliz, tranquila. Situação financeira estável. Ela trabalhava. Ela começou a utilizar o crack antes de engravidar, continuando durante a gestação. Agora certamente ficaremos com problemas financeiros. Perdeu o emprego que tinha pelas faltas ao serviço [...] (FG8).

Ela não pára em lugar nenhum [...]. Ela mesmo sabendo que tem a responsabilidade de cuidar de um bebê rouba tudo que vê: o rancho, o dinheiro, as roupas da gente, os eletrodomésticos. Tudo tem que ser trancado (FP5).

[...] É o trabalho, às vezes eu tenho que largar o serviço e sair correndo porque a minha mãe é uma senhora idosa e não aguenta cuidar da minha irmã grávida viciada no crack. Se acontece alguma coisa, ela me liga e tenho que sair correndo do serviço. Só não me botaram na rua porque trabalho com uma senhora há muitos anos. Então, sou de total confiança. Se fosse outro serviço, já teriam me despedido. Esse é o principal problema: a preocupação em perder meu emprego (FG4).

A situação vivida pode causar o adoecimento do familiar cuidador gestante/puérpera, levando à necessidade do uso de medicamentos. Verifica-se que a depressão é comum entre esses e é causada pela preocupação, mágoa e tristeza vividas. Uma das cuidadoras, inclusive necessitou de atendimento psiquiátrico por várias tentativas de suicídio.

Mudou tudo, eu estou doente, ando assim esquecida (FP6).

Me sinto mal. Estou com depressão. Tenho tristeza e mágoa, por que às vezes acho que estou fazendo coisas demais para uma filha que é boa, e estou maltratando a outra que é má. Assim terei que tomar antidepressivo. Não quero enlouquecer! (FG7).

[...] minha sogra toma remédio para depressão quando descobriu que ela usa crack. Tem pena do guri. Eu tem horas que dá vontade de chorar, já tentei me matar cinco vezes Fui até parar no Psiquiatra por causa disso. Decidi procurar ajuda e orientação. Acho que não vou conseguir (FP10).

[...] Muda toda nossa estrutura de vida. Mexe desde a questão financeira até a saúde da gente. Vivo correndo atrás dela pelas ruas, tentando proibir o uso da droga. No fim vivo indo ao médico, tudo em função da preocupação que tenho com ela e com a criança que espera (FG4).

O uso de crack faz com que a gestante/puérpera passe a ser controlada por sua família, como forma de garantir sua segurança. Esse fato pode apresentar-se tão grave que o cuidador sente-se cansado, apresentando-se desgastado.

Temos que estar sempre na volta dela. Quando a gente vê ela está jogada no meio da rua. Tenta roubar as pessoas e apanha. Fica louca por causa do efeito do crack e assusta todo mundo que passa por ela. Temos que estar atrás dela o tempo todo para ajudar. Esquece que tem um filho esperando por ela em casa. Temos medo que ela apanhe, que vá presa e que mate alguém. É difícil, é cansativo. O dia todo em função dela (FP7).

[...] Ela está grávida aos 24 anos, tem uma vida pela frente. Tem que se curar disso e cuidar da gravidez! É desgastante demais ficar atrás dela o tempo todo. Ela chega a sumir por dias e a gente na rua atrás dela. Temos que cuidar para ela comer, tomar banho, ficar segura dentro de casa e fazer o pré-natal (FG8).

Apesar dos problemas enfrentados observou-se que, na maioria dos casos, a família não abandona a gestante/puérpera dependente de crack. Essa se torna prioridade nas suas vidas e decidem cuidá-la na esperança da sua recuperação. Alguns cuidadores, mesmo separados da gestante/puérpera, decidem auxiliá-la por causa dos filhos que possuem em comum. Como forma de preservá-las e de evitar que tenham vergonha dessa familiar.

Minha neta mais nova será prioridade na nossa vida. Eu sou lutadora, sou guerreira. Eu luto por ela, farei tudo para que minha neta nasça tenha boas condições de vida. Eu não abandono minha filha, cuido e acompanho ela no hospital. Tenho esperança na cura dela (FG3).

Eu tenho um filho com ela. Como vou dizer um dia para o meu menino que a mãe se entregou para o crack e que pode morrer. Penso no que contarão para meu filho quando ele crescer a respeito dela com as drogas. A minha luta é por causa do meu filho. Eu tenho que salvar ela pelo nosso filho recém-nascido. Não quero que ele tenha vergonha da mãe ou que fique traumatizado (FP2).

Frente à dependência química das gestantes constatou-se que o processo de viver familiar muda, devido aos diversos problemas que passam a ser enfrentados como consequência do uso de crack.

[...] mudou tudo. Mudou porque ficou mais difícil vivenciar o uso de crack da minha irmã. Que situação difícil ver a filha mais velha dela com medo da mãe! [...] (FG8).

Duas puérperas referiram que a personalidade da puérpera dependente de crack modifica-se, esquecendo-se da gravidez. As mesmas modificam seu modo de ser, usam roupas inadequadas para a estação do ano, descuidam de sua higiene pessoal e trocam o dia pela noite.

Ela levanta da cama e veste a primeira roupa que tem na frente, o cabelo levantado, faz como se fosse um redemoinho na cabeça, e sai com um chininho de dedo para a rua. Uma pessoa que sempre teve tudo. Elas se tornam verdadeiros zumbis, mesmo tendo um bebê para cuidar. Acho que esquece que tem um filho. Não existe dia nem noite, às 24 horas do dia passam para elas em um momento [...] (FP8).

[...] Tu não tem ideia do que é o desespero da minha filha grávida quando ela está nessa fissura pelo crack. O corpo dói todinho, diz que dói os ossos, o maxilar. A boca vira ferida nos lábios, queimadura pelo corpo. Já imaginou tu criares uma filha com todo amor e carinho e preparares aquela pessoa para a vida. Linda como era minha filha, para depois olhar para ela e ver um lixo. Não existe dor maior! Para mim não existe outra dor. Temo pela criança recém-nascida [...] (FP3).

4.3.3 Dificuldades do familiar para cuidar da gestante/puérpera dependente de crack

A família referiu que a gestante/puérpera dependentes de crack mente, rouba, torna-se agressiva com seus cuidadores, têm sua fisionomia alterada pelo efeito do crack e torna-se insensível, não demonstrando carinho por pai, mãe, irmãos e filhos.

Para mim toda dependente de crack mente. Ela diz para ti: - Amorzinho eu vou na esquina e já volto. Daí ela some por dias e não lembra que tem um filho pequeno para cuidar. Passava noites e noites acordado, preocupado sem saber o que tinha acontecido com ela (FP6).

[...] ela nem me conta que fumou o crack. Já sei pela cara dela e o jeito agressivo que ela fica, pela aparência dela. Só de entrar na porta, quando ela fuma já sei pelo cheiro de produto químico dela. Esquece que está esperando uma criança. Não é a mesma pessoa, ela muda (FG4).

Ela fica insensível. Não existe sensibilidade nessas pessoas. Não existe pai, mãe, irmãos e filhos. A pessoa que está inserida no meio da droga vive em prol da droga. Ela dorme pensando na droga e acorda pensando na droga (FP1).

Uma das dificuldades enfrentadas pelo familiar cuidador é que a gestante/puérpera usuária de crack apresenta comportamentos antissociais, criando confusão na rua, causando vergonha e constrangimento para a família.

[...] a gente tinha que cuidar dela em função da gravidez. Ela saia para a rua, ela se atravessava na rua, ela fazia sucesso. Incomodava todo mundo, surtava. Um perigo de vida para a criança na barriga (FG1).

Ela fica agressiva. Tem dias que fica nua na rua. É um constrangimento à família. Uma vergonha! Eu e o meu irmão mais velho cuidamos dela e do bebê que ela tem. A gente tem que cuidar, porque ela mora sozinha. Nossa mãe faleceu há um ano. Era quem cuidava dela (FP7).

Referiram que as gestantes/puérperas dependentes de crack passam a vender suas coisas para adquirir a substância psicoativa. Em seguida passam a roubar o que tem dentro de casa, causando intensa desestabilização, podendo levar ao empobrecimento da família. Como estratégia para evitar tal fato o familiar cuidador perde sua liberdade, tem seu sono comprometido, sentindo-se esgotado com tal situação. No entanto, referiram entender que isso ocorre tendo em vista a dependência química da mesma.

[...] eu cheguei e conversei com ela. Ontem eu briguei com ela porque ganhou um relógio e vendeu no outro dia. Disse para ela criar vergonha na cara e trabalhar para ajudar no sustento da criança que está esperando. Mesmo grávida está difícil de parar de fumar o crack. É uma situação terrível! [...] (FG4).

Vendeu um monte de coisas de dentro da casa. Foi telefone, televisão, torradeira, secador de cabelo e, até mesmo a roupa do corpo e do bebê que está esperando. Não consigo dormir mais cuidando os passos dela (FG8).

Na minha vida mudou tudo. Nós tínhamos tudo dentro de casa. Fomos perdendo tudo aos poucos, gradativamente. Ficamos empobrecidos [...] (FP2).

O primeiro problema é a liberdade que a gente deixa de ter, dentro de nossos próprios lares (FP1).

[...] Tinha R\$ 300 reais de luz para pagar. Ela me roubou o dinheiro todo que eu tive que correr atrás. O fogão passei o cadeado, no freezer eu não porque não tenho muita coisa dentro dele. Passei a comprar aos poucos, mas ela já tentou me levar cinco quilos de carne de dentro do freezer. Não tenho liberdade de abrir um balcão. Está tudo com cadeado para que ela não venda para comprar o crack. Passei a guardar meu rancho dentro do meu quarto. Às vezes

vou cestejar pela tarde, mas fico pensando que ela pode vir aqui e roubar as compras. Então tem que ser assim, tem que estar tapando com toalha de banho ou que botar uma toalha de mesa para ela não ver que as compras são comida. Se ela quisesse comer para ficar nutrida na gravidez, não me importaria. Mas ela não come, apenas quer vender para sustentar o vício do crack. Se ela leva uma lata de óleo ou cinco quilos de arroz as compras não duram até o fim do mês. Me fazem falta! [...] (FG8).

Sem eu perceber, ela vendeu *microsystem*, celular, cafeteira, liquidificador, botijão de gás. Tínhamos três televisões até que o traficante levou à última. No outro dia eu estava trabalhando fora e ele levou a minha máquina de lavar roupa. Ameaçou minha filha e meu neto de botar fogo na casa. Pela tardinha, quando cheguei ele quis levar o computador, eu não deixei. Foi o momento que ele teve para quebrar o computador. Ele o jogou no chão. Fiquei sem nada. Não era tudo do bom e do melhor, mas era o que tínhamos para viver. [...] (FP2).

Eu e o bebê dela ficamos submetidos a ter que vivermos trancados em casa. Ela rouba os aparelhos domésticos, roupas e tudo que possua valor de venda ou troca pelo crack. Se nós não tivéssemos um lugar para guardarmos o que temos de uso pessoal ela leva para o traficante. Ele aceita qualquer produto que possa vender, trocar ou consumir. Ela já se tornou dependente dessa droga (FP1).

Com a exacerbação do quadro clínico a gestante/puérpera passou a cometer roubos fora de casa, podendo ser presa por tal ação.

[...] Eu tinha um cabeleireiro. Com o dinheiro que ganhava sustentava a casa e ajudava a comprar o enxoval do bebê que ela espera. Mesmo assim ela roubou chapinha, secador, esmaltes e tudo o que pode. Quase foi presa! (FG2).

Ela roubou os aparelhos domésticos de um vizinho. Se nós não tivéramos interferido ela teria ficado presa. Nós já tivemos que tirar ela da cadeia mais de uma vez. Para ela a droga é a vida dela. Ela vive em função daquilo. Fico com pena do bebezinho dela que ajudamos a cuidar. Temo quando ele crescer e saber que a mãe dele rouba, usa drogas e que já foi presa (FP10).

Na busca pelo crack duas das gestantes/puérperas passaram a viver à margem da sociedade, frequentando lugares perigosos e convivendo com traficantes e atravessadores. Por medo do que possa acontecer com elas, os familiares cuidadores referiram ir a esses lugares com o objetivo de resgatar seu familiar correndo risco, inclusive, de ter sua integridade física afetada.

[...] A liberdade comigo que ela nunca perdeu. Após ter ficado grávida ela teve coragem de chegar e dizer mãe me ajuda. Ela nunca

me escondeu as coisas. Eu ia atrás dela nos piores lugares e ela saía de lá de dentro e dizia: - Mãezinha vai embora daqui. Tu não podes ficar aqui, eu já vou embora para casa. Quer dizer que se eu não tivesse tratado ela com amor e criado ela com amor talvez eu até tivesse perdido ela e meu futuro neto para os traficantes (FG3).

[...] Quando tu queres recuperar alguém, tu não te importas se estás sozinha ou com quem vais debater. Tu achas que teu corpo é suficiente. A gente vai para qualquer lugar. A gente invade beco, invade boca de fumo. Aonde tiveres que ir para resgatar tua filha, ainda mais, tendo um bebê pequeno esperando em casa. Pelo menos era o que acontecia comigo [...] (FP3).

Três das gestantes/puérperas dependentes de crack foram vítimas de violência, por parte dos traficantes ou das pessoas às quais importunam em busca de dinheiro para a compra da droga. Esse medo pode ser reforçado por histórias contadas por familiares vítimas dessas ações.

[...] muitas vezes eu deixava alguém cuidando o meu guri e do recém-nascido dela para procurar ela na rua. Fico apavorada, sem saber o que fazer. No Natal, quebraram o braço dela, deram uma surra de pau e quebraram ela todinha. Ela tem o braço quebrado por causa de todas essas confusões do crack e da cachaça que bebe. Não tem como suportar sabe? (FP8).

[...] elas não te fazem mal, mas elas te ameaçam. Então, tu vives sobre ameaça. Isso me levou a sentir medo de tudo. Eu achava que estava sendo seguido, eu achava que alguém iria me matar na próxima esquina, que eu iria ser sequestrado, que nosso bebê pudesse ser sequestrado ou que iria vender nosso filho. Várias coisas passam pela minha cabeça. Não sabia mais o que fazer. Até eu decidir me separar dela (FP2).

[...] Tiraram uma foto dela no beco e me mostraram que ela está devendo realmente. Já pensou quando o filho dela quando crescer! Uma criança vendo a mãe dever para traficantes de drogas ou sendo agredida. Tu ficas com medo por causa de outras histórias, do que eles fazem com que é dependente de crack e com os familiares. Eles dão tiro e facada. Teve um rapaz que estava sentado do lado dela e, devendo para vários traficantes, botaram ele dentro de um carro e mataram. Foi ela quem me contou. Só me resta ajudar a pagar para que não seja machucada [...] (FP6).

Devido às vivências cotidianas causadas pela dependência do crack de algumas gestantes/puérperas, um dos medos do cuidador é que a sua familiar seja morta.

O meu maior medo é que ela seja morta. Não vou aguentar. Como iremos salvar a criança está na barriga! (FG3).

[...] ela está mal. Onde ela vive é horrível, uma situação deplorável. Tenho medo de que a próxima notícia que receba seja a de que ela morreu [...] (FP7).

[...] Deus sempre esteve presente na nossa vida, porque pelos lugares por onde ela passou e pelas pessoas que batiam na porta chamando por ela. Temo pela vida dela (FP1).

[...] O que eu vou dizer para a meu filho daqui a dois anos se a mãe dele estiver morta? - Quero ver minha mãe! Vou ter que arrumar outra mãe? Não é esse o propósito. O objetivo manter ela viva. Nossa família precisa dela. Temos uma criança pequena para cuidar [...] (FP6).

Devido ao medo de que a gestante/puérpera sofra violência na rua ou seja morta, o cuidador submete-se a aceitar que a mesma faça uso da droga dentro de casa.

Temo que minha filha seja agredida ou morra pela madrugada na rua. A gravidez é o que mais me preocupa. Ela fuma crack na garagem. Não sei o que fazer diante dessa situação. Quero é manter ela viva! (FG3)

[...] Não sei se tinha medo de andar na rua, por volta das onze horas. Ela trazia o crack para casa, no quarto dela, quando eu colocava o bebê dela para dormir comigo (FP5).

Outra dificuldade enfrentada pelo familiar na tentativa de preservar a vida da gestante/puérpera é pagar suas dívidas com o traficante ou, até mesmo dar dinheiro para a dependente pagar a droga não contraindo dívidas.

[...] ela já me fez dívida de crack e eu já tive que pagar. Eu tive que me envolver com traficante. Caso contrário, ela pagaria com a vida dela e do filho que espera [...] (FG3).

[...] o dinheiro que a gente ganha gasta tudo para pagar as dívidas que ela faz. Se a gente não quiser deixar a coisa ficar pior. A gente vai pagando, cobrindo os buracos que ela abre [...] (FG8).

[...] os traficantes de crack vendem para ela R\$ 100, R\$ 200, R\$ 300 reais em droga. Não se preocupam com a gravidez dela. Quando ela deve muito, eles ameaçam ela de morte caso não pague. A maioria das vezes é assim [...] (FP1).

[...] a família fica a mercê dos traficantes. Se não quiseres que uma filha seja presa ou morra. Não importa que esteja grávida, não perdoam a dívida. Somos obrigados a dar o dinheiro para ela. Para que ela não saia na rua e vá assaltar alguém. Damos o dinheiro para ela (FP6).

As dificuldades causadas pela dependência química da puérpera/gestante geram a desestruturação e a desagregação familiar causando separações, perda de emprego, comprometimento da escolarização dos membros da família, o adoecimento dos membros da família, brigas e discussões.

[...] estava tudo desestruturado. A família toda desmantelada. Achei que a gravidez iria ser o incentivo que ela precisasse para parar de fumar o crack. A minha mãe não gosta dela porque ela tinha emprego, tinha casa, estava fazendo cursos de inglês e de informática e perdeu tudo por causa da droga (FP6).

[...] Larguei o meu marido, deixei a minha casa com tudo e vim embora. Tudo por causa que ela engravidou. Agora a preocupação passa a ser dobrada. Eu estava lá com ele e era duas horas da manhã e me ligavam: - Vem que ela está fumando crack e agredindo todo mundo. Tu estás quentinha na cama de pijama e tens que levantar para ir buscar ela. A família diz que eu estou jogando a minha vida no lixo. Não minto, joguei a minha vida no lixo, mas não tive escolha por causa do vício dela no crack e a tentativa de salvar a vida da criança (FG4).

[...] Todos largaram ela porque se cansaram. A mãe dela toma remédio controlado porque ficou depressiva depois que ela ficou grávida. Eu disse para ela que eu não quero isso para mim e para nenhum filho meu. Disse para ela: - Ou tu te ajudas ou a gente termina o nosso casamento aqui. Eu estou novo e posso muito sustentar o meu filho. Ai ela pegou e disse que iria se tratar. Por isso que eu estou na luta [...] (FP2).

Eu já tive uma vida boa do lado dela, quando eu me casei com ela estava procurando alguém que eu gostasse. Minha maior deficiência é saber que nós tínhamos tudo para dar certo. Hoje nós estamos ainda juntos por amor ao meu filho, mas pensando em me separar justamente por causa da droga [...] (FP10).

O relacionamento com o marido, com os filhos e com os irmãos mudou. É uma guerra! Eles ficam bravos comigo porque dizem que apoio ela. Dizem que não é uma doença e sim sem-vergonhice dela. Eu sempre apoiei ela. Fico com lástima da criança. Ainda é muito pequena e precisa de cuidados [...] (FP10).

Acreditam que o preconceito contra a dependência química pode levar a divisões dentro da própria família. Esse fato faz com que o cuidado ao dependente químico torne-se mais doloroso e solitário para alguns cuidadores.

[...] os parentes já não são tão presentes como antes, devido à dependência de crack dela. São os preconceitos que se escuta dia e noite. Havendo isso acho que para mim é um ponto muito negativo. Nem nos visitaram aqui no hospital para, pelo menos, ver o filhinho

dela que nasceu. Passo a não ter uma família por inteiro. Começa as divisões na própria família [...] (FP1).

[...] A drogadição compromete a família de um modo geral. A família deixa de ser a base da sociedade. Mas acredito que família, mesmo comprometida, desmorona em função do crack. Torna-se um ambiente de brigas. Aqui na maternidade mesmo briguei com ela, pois estamos sozinhas e temos que cuidar da minha neta. Ela se irritou e cismou que iria fugir e deixar eu e a filha sozinha [...] (FP6).

[...] É bem difícil, e para nós que somos parentes dela é muito doloroso. Me sinto solitário. Acho que irei me separar dela [...] (FP2).

[...] O meu cotidiano é comigo mesmo. Não tenho com quem conversar. Esse meu companheiro eu não converso muito. Acha que estou acobertando a sem-vergonhice dela [...] (FP7).

Verificou-se a vivência de preconceito contra a gestante/puérpera e o afastamento de pessoas próximas de seu convívio, retratando o estigma social vivido. Esse repercute na falta de apoio ao familiar cuidador que se sente punido, sendo marginalizado junto com a dependente.

Já falei para ela que as pessoas estão se esquivando dela, mas não consegue perceber isso. Agora que está grávida e precisa de ajuda ela tem que parar de usar o crack. Ninguém mais se aproxima de nós. Ficamos distantes de todo mundo. Não lembro nem quando foi a última visita que tivemos em casa [...] (FG4).

Toda a minha família se põe contra mim. Ninguém quer ficar perto nem do nosso filho. As pessoas nos criticam muito. A minha maior dificuldade hoje em ajudar ela é por causa do preconceito das pessoas. Elas não têm senso de humanidade. Me dizem: - Te rala, foi tu quem escolheu. Agora aguenta. Mas eu não consigo pensar assim, não aceito que ela morra por causa de uma droga, para mim é o fim (FP2).

Todo mundo se revoltou com ela por acharem que não é bom exemplo para os próprios filhos. Só eu quem dei apoio para ela. Nem o pai dela quis saber da situação. Morava na mesma casa só que não se conversavam. Isolaram ela por causa do uso do crack (FP9).

[...] As pessoas têm preconceito com quem está envolvida com o crack. Eles têm medo que os próprios filhos também vão querer usar por andar com ela. Então, nos isolam. Não quiseram doar nem roupinhas para o bebezinho dela. Toda a família é punida por causa do vício dela [...] (FP1).

A convivência social da família é afetada pelas atitudes da gestante/puérpera. Referiram não poder receber visitas por vergonha de suas atitudes, ficando isolados e sendo evitadas pelas pessoas.

Eu não posso levar uma amiga para tomar café, jantar porque ela faz escândalo e rouba a bolsa das pessoas. Passamos vergonha todos os dias. As pessoas nos evitam. Ficamos isolados de todos. A vida é só em função dela, do que ela faz e precisa para manter os cuidados com o bebê na barriga (FG3).

Está insuportável conviver com uma filha que não tem responsabilidade para cuidar do seu bebê e que rouba as visitas. Teve um dia que ela roubou o termômetro e a garrafa de álcool da enfermeira, do posto de saúde do meu bairro, que veio aqui me dar uma injeção para dor (FP9).

As dificuldades vivenciadas pelo familiar cuidador da gestante/puérpera, podem ser impactantes que esse também pode ter preconceito (in)conscientemente e reproduzir o estigma vivido contra esta.

[...] Pela tarde conversamos em eu e o guri saímos de casa. Disse para ela que queria ver como ela ficaria sozinha dentro de casa. Quero ver se tuas amigas irão vir aqui te dar um prato de comida ou souberem se estás bem. Ela disse assim: - Faz o que tu quiseres. Estava durinha de crack (FP10).

[...] por que às vezes o irmão dela pequeno fica bravo e se revolta. Eu digo para ele que infelizmente temos que aceitar porque ela é da família da gente, ainda mais grávida. Ele tem vergonha dela e do que os outros falam a seu respeito [...] (FG5).

[...] onde eu vou converso com a minha irmã para ela largar a droga e cuidar bem do bebê. Com os meus irmãos não falo muito. Se acham de outro nível e que somos inferiores a eles. São gente de dinheiro. Não adianta procurar ajuda deles porque me criticam. Não gostam da gente, principalmente por causa da dependência química dela, sabe? Me refiro ao crack [...] (FP7).

Uma das dificuldades do familiar para cuidar é o fato da gestante/puérpera dependente de crack não realizar o tratamento. Verificou-se que as dependentes, tendo em vista sua dependência química não aceitam ajuda. Referem ser comum as recaídas, mesmo quando a paciente acredita estar curada.

[...] Olha o que me impede de ajudar ela, é que foge de mim só de falar que vamos ao hospital realizar exames de rotina do bebê que espera. Ela teme que tirem a criança dela quando nascer por causa do crack e da prostituição. Não gostaria de ter uma filha assim, mas acho que se ela comesse a se tratar para não fumar mais a droga seria o início para parar com a prostituição. Cheguei a pegar ela no beco transando com um traficante para pagar a droga. Foi uma cena deplorável, mas real. Caso ela comparecesse as consultas seria mais fácil para eu ajudar ela a se livrar da droga. Temo pela saúde

da criança que espera. É uma dificuldade, às vezes nem consigo levar ela para consultar e ver como ela está e o bebê (FG3).

[...] Teve um dia que teve uma consulta no hospital de puerpério, na quarta-feira. Eu não pude ir porque tive médico. Ela disse que não iria mais porque eu não fui com ela. Deu a desculpa de ficar cuidando, em casa, do meu neto mais velho. Mas era mentira porque ela tinha deixado minha vizinha de confiança cuidando dele e do recém-nascido dela para fumar. Mesmo assim disse que iria ajudá-la a ir novamente na consulta ver os pontos da sutura que tinham infeccionado. Foi, nesse momento, que ela deu uma parada de uma semana de fumar o crack, mas começou de novo (FP4).

[...] ela já esteve internada mais de uma vez depois que esteve grávida. Não adiantou porque ela sempre saía no meio do tratamento. Ela vinha para visitar eu e as crianças e não queria voltar. Foi assim que complicou o tratamento. Agora estamos aqui cuidando do meu neto que nasceu prematuro, insuficiência respiratória e malformação da cabeça e do rosto. Os olhos são bastante afastados um do outro. Acho que não deve só ser decorrência do crack, mas também do espancamento que sofreu quando estava grávida por ter arrombado e roubado a casa de um senhor no bairro ao lado do nosso. Ela ficou toda machucada e ensanguentada [...] (FP10).

[...] Ela não queria se internar para ganhar o neném. Disse que se internassem ela iria perder o marido. Não queria que ele soubesse que ela tinha HIV/AIDS. Eu disse que não que não era bem assim, que ele iria visitá-la, mas ela disse que não queria se internar mesmo assim. Falei para ela que iria pedir para o médico que desse algum remédio, para diminuir a ansiedade. Se não for assim, ela não conseguirá ganhar o bebê. Ontem ela teve ansiedade, deram remédio na maternidade e ela dormiu (FG4).

[...] Ela se interessou em querer se tratar para o crack. Foi a algumas consultas médicas e depois ela começou a trabalhar. Achou que estava bem e não precisava mais de tratamento. Estava se tratando com uma psicóloga muito boa, muito atenciosa com ela. Eu dizia para ela: - Filha vai às consultas porque parar com o crack não é bem assim. Não é de uma hora para outra que tu vais parar. Ela me dizia: - Não mãe eu estou bem, o crack não me atinge mais. Porém, a infelicidade atingiu meu neto que nasceu cheio de malformações. Nasceu sem mandíbula e pavilhão auditivo (FP7).

[...] Ela grita durante a noite toda. Parece que tinha o diabo no corpo. Acorda todo mundo da casa e a vizinhança. Os filhos mais velhos dela começam a chorar de medo. Acho que ela está com abstinência do crack. Não quer tomar remédio porque criou uma úlcera que sangra no estômago. Ela me escondeu todos os sangramentos. Dizia que tinha medo que eu brigasse com ela. Por causa disso e do crack meu neto nasceu somente com um pulmãozinho, lábio leporino e um buraco no céu da boca [...] (FP9).

Três dos familiares referiram dificuldades financeiras para auxiliar sua familiar gestante/puérpera dependente de crack a reconstruir sua vida. Acreditavam que se tivessem melhor condição econômica teriam maior acesso aos serviços de saúde especializados, garantindo melhor tratamento.

[...] Nós trabalhamos em casa para ajudar ela nas despesas futuras com o bebê. Estamos com ela aqui na maternidade porque teve um sangramento essa madrugada e precisa de cuidados psicológicos e medicamentosos para seguir adiante essa gravidez (FG3).

[...] Dificuldade é dinheiro, dinheiro para ajudar ela. Gostaríamos de ter dinheiro para interná-la em uma clínica particular, mas é muito dinheiro e isso nem eu e nem o pai dela teria. Deveria ter clínicas especializadas para usuárias de crack. Cada vez mais vejo essas meninas nas esquinas se prostituindo e roubando, não tendo onde morar e sem recursos financeiros para elas (FP6).

[...] A dificuldade financeira, é uma grande dificuldade para nós podermos cuidar dela. Como irmã gostaria de querer tratar ela em uma clínica especializada, mas não tenho como. Assim, pelo governo tudo é demorado. Tenho vontade de ver ela curada passeando com seu bebezinho (FP8).

Constatou-se que é comum uma pessoa da família assumir sozinha o cuidado à gestante/puérpera dependente de crack, ficando sobrecarregada física e emocionalmente. Esse familiar cuidador torna-se o centro de referência da dependente. Além do cuidado à mesma o familiar cuidador tem outras demandas que ampliam sua carga de trabalho. O cuidado à dependente passa a ser realizado nas 24 horas do dia, sendo comum o cuidador parar de estudar e de trabalhar em função do cuidado.

[...] O problema é que ela depende de mim. Tudo ela pede para eu fazer. Ela não vai numa venda buscar uma sacola de pão, só se eu for com ela. Ele sozinha não vai. Acho que ela tem medo de enxergar coisa na rua. Fica até desnortada. Disse que vê pessoas correndo atrás dela para levarem ela presa. Ela enxerga Deus querendo levá-la aqui da Terra. Ela disse que tem medo que levem o filho dela para outro lugar do espaço. Pobrezinho sequer nasceu e ela já fica imaginando tudo isso! Eu levo ela a todos os lugares que ela precisa, não estou trabalhando mesmo (FG5).

[...] Ela parou de fumar o crack por um ano. Nesse momento eu pensei que mesmo tendo me separado do meu marido, recuperei minha filha. Homem tem bastante e a minha filha grávida é uma só. Minha vida virou uma rotina. Tem dias que eu estou cansada, eu me levanto e faço o serviço da casa. Ela agora inventou de estar fazendo

sujeira eu tenho que estar limpando. Até aqui no hospital ela faz bagunça. Suja o quarto de farelo de pão e o banheiro com urina. Como o quarto, aqui na maternidade, é dividido com mais uma menina fica chato deixar sujo, sem contar que a equipe de saúde pode não gostar e maltrataram ela (FG1).

[...] os meus estudos estacionaram. Meu lado profissional também, tudo é abalado para cuidar minha irmã viciada no crack. Fico nervosa é com o futuro de meu sobrinho recém-nascido. Ele não tem previsão de alta. Nasceu prematuro e teve parada respiratória (FP7).

[...] Ela está há três dias aqui na maternidade e ninguém veio ver ela. Está com a pressão arterial muito elevada com o fim da gravidez. Fiquei somente eu cuidando dela. Eu sou quem faço tudo. É somente eu e ela aqui no hospital. A única coisa é que às vezes eu peço é para o meu marido levar alguma coisa para eu comer ou vestir (FG4).

[...] Não tenho apoio de ninguém. Meu companheiro não quer saber dela porque não é filha de sangue. Ela tem pai, mas mora com outra mulher que obriga ele a nos isolar [...] (F7).

[...] A minha vida parou, meu dia a dia parou, porque eu não tive mais condições emocionais de ver minha filha no crack. Piorou quando nasceu meu neto e morreu logo depois [...] (FP1).

[...] A instabilidade emocional que nós ficamos na maternidade foi apavorante. Ela saiu gritando pelo hospital e dizendo que iam tirar o filho dela logo que nascesse. Nossa família teve que suportar conterem ela para que se acalmasse. A equipe de saúde tratou ela bem. Não brigaram com ela. Isso me deixou mais calma (FG1).

4.3.4 Facilidades do familiar para cuidar da gestante/puérpera dependente de crack

Verificou-se que uma das facilidades para cuidar é ter o apoio da família como um alicerce. Esse apoio funcionou como motivação para que a gestante/puérpera dependente de crack queira se tratar.

[...] O apoio contínuo vai depender de nós enquanto família, de jamais desamparar nossos filhos, irmãos ou esposa. Nunca querer desistir daquele passo errado que ela tomou. Dependente ou não de drogas, não podemos deixar de dar apoio para tentar recuperar uma filha que tem uma criança e a vida inteira pela frente [...] (FP1).

[...] Não até que com o meu filho não, por mais que ele use, ele sempre se lembra que ele tem o filho, está sempre sendo carinhoso com o filho (FP10).

[...] A minha mãe está aceitando ela. Passou a conversar com ela depois da gravidez. Está tratando direitinho e prometeu mudar. Espero que ela mude (FG4).

[...] Diante das drogas e da bebedeira a gente começou a tentar ajudar ela a se tratar, mesmo ela não querendo. Foi diante desse comprometimento que ela começou a pedir ajuda. Ela implorava para que a ajudássemos. Foi assim que conseguimos levá-la para tratar-se e tentar parar de usar o crack (FG1).

[...] Eu disse para ela vou ajudá-la. Só que quero que ela também se ajude, por que sozinho eu não consigo. Daí hoje pedi uma folga no serviço para poder vir ao hospital junto com ela. Acompanhar e incentivar ela e ver se ela consegue sair do crack (FP10).

[...] Ela pediu para o irmão dela levar ela no psiquiatra. O irmão levou e o médico receitou medicamentos para mulheres que estão esperando bebê. Compraram os remédios no mesmo dia. Foi quando ela conseguiu dormir [...] (FG2).

O auxílio de pessoas amigas apresentou-se como importante tanto para o familiar cuidador como para a gestante/puérpera dependente de crack. Constatou-se que o familiar cuidador pode ser fortalecido por esse apoio e a gestante/puérpera ter a re-estruturação da sua vida facilitada pelo auxílio dos amigos.

[...] Eu tenho uma amiga que também está grávida. Ela me ajuda muito às vezes ela vai lá me chamar para conversarmos. Ela me incentiva a estudar como ela [...] (FG5).

[...] Depois que ela saiu da internação para ganhar o bebê ela foi iluminada em termos de ajuda. Ela sempre foi carismática. As pessoas gostam dela. Quando ela saiu da maternidade já tinha emprego garantido. Ela é muito alegre. Foi fácil, não era uma oportunidade de emprego [...] (FP3).

Outra facilidade elencada pelos familiares cuidadores foi a vontade da gestante/puérpera dependente de crack para se tratar. Acredita-se que quando a dependente decide se tratar de sua recuperação passa a ser efetiva.

[...] Tens também que querer te ajudar. Foi aonde ela foi ao posto de saúde se informar para fazer o tratamento para dependência química, aproveitando para fazer o pré-natal [...] (FG3).

[...] Ela me pediu ajuda. Disse que queria se tratar. Fomos ao hospital e pedimos ajuda. Ela ainda está em tratamento. O bebê parou de mamar por causa das medicações. Foi indicação médica. Hoje estamos aqui por infecção nos pontos da cesariana [...] (FP8).

O acesso aos serviços de saúde formando uma rede de apoio apresenta-se como uma facilidade para a família, tanto durante as crises quanto para o tratamento e reabilitação para as gestante/puérperas dependentes de crack. Essa rede se materializa na forma dos serviços de ambulância, do CAPS e outros. Acreditam que o acesso aos serviços de saúde e o acolhimento facilitam o cuidado à dependente de crack, pois dão sustentação ao cuidado familiar, complementando-o.

[...] Uns oito dias antes de irmos para a maternidade para fazer exames de pré-natal pedimos ajuda e fomos atendidos imediatamente, porque quando a gente chamava a ambulância para levar ela para o psiquiatra, eles iam correndo e nos atendiam. Dissemos que ela não é agressiva e que ela iria para a ambulância com calma. Chamávamos e na hora eles levavam ela. Diziam que ficavam com pena por estar grávida! (FG1).

[...] o que sei é que o CAPS foi o primeiro lugar onde ela começou o tratamento. Foi o lugar que nos acolheu. Penso que esse lugar é um lugar de bênçãos, graças ao meu pai Jesus Cristo que fez com que nós chegássemos até aqui, senão a minha filha hoje não estaria mais viva e eu também não. Meu netinho recém-nascido passará a ser bem cuidado por ela (FP7).

[...] Foi se tratar no CAPS. Agora ela está melhor. É uma das fases melhor do estado de saúde dela. Ela ainda não terminou todo o tratamento, mas sente-se menos ansiosa pelo crack. Já consegue vir às consultas de pré-natal, aqui no hospital, inclusive achamos que ela ganha o bebê até amanhã. Ela disse que está conseguindo parar com as drogas. Notamos que ela está mais em casa e interessada na gravidez dela. Está se afastando de tudo, até das amigas que façam ela lembrar da droga (FG8).

[...] Lá no CAPS não é só o momento de estar lá. Tudo é uma continuidade para que o tratamento tenha êxito. Aqui na maternidade parabenizaram ela pelo bom comportamento e boa vontade em tratar-se (FP1).

[...] No CAPS eles não tratam só o lado droga ou da doença, mas eles fazem com que a pessoa volte ao convívio social e aos cuidados com o recém-nascido. É lento, mas com o tempo acredito que ela jamais sairá de lá como entrou. Ontem ela viu o filho recém-nascido e até se emocionou (FP1).

Mesmo estando na maternidade, o familiar cuidador de uma das gestantes referiu que, tendo em vista que o acesso ao CAPS é facilitado, não requerendo filas de espera e ser reconhecido como eficiente percebe-se que esse se apresenta como uma grande facilidade para o cuidado. Isso se dá por ser comum familiares se

sentirem perdidos, sem recursos ou que não tenham a quem recorrer, na busca por auxílio e atendimento à dependente.

[...] Um aspecto positivo. Acho que o CAPS tem uma função importante. Foi uma das melhores criações, que poucas pessoas têm conhecimento. Creio que poucas famílias conhecem. Passam a sentirem-se perdidas e sem recurso sem necessidade. Acham que vão esperar numa fila imensa, mas não o atendimento é rápido, principalmente diante de uma gestação de risco como o da minha filha. Eles são bem eficientes, pelo atendimento que eu tive (FG5).

A fé em Deus apresentou-se como suporte para o familiar cuidador das gestante/puérperas, mantendo sua esperança na recuperação de suas familiares dependentes de crack.

[...] O que tem me ajudado muito é rezar para Deus. Isso me dá força de vontade e garra para cuidar dela e de sua gravidez. Por pior que seja ela está no aguardo do nascimento do meu neto. Se não é Deus acho que desistiria de recuperá-la da droga (FG1).

[...] E ela pensa muito em Deus, ela fala muito em Deus, ela tem muito Deus no coração, é que uma hora ela fala uma coisa, não sei se é da droga isso aí! Uma hora ela fala uma coisa, quando ela está bem ela fala outra que vai sair do crack. Mas eu creio em Deus que uma hora ela vai sair dessa (FP4).

5 DISCUSSÃO

A partir do fenômeno acerca das repercussões do uso de crack os resultados dados evidenciaram três grandes categorias: Repercussões do uso de crack para a gestante/puérpera, Repercussões do uso de crack para o recém-nascido de gestante/puérpera dependente de crack e Repercussões do uso de crack para a família da gestante/puérpera dependente de crack.

A realização deste estudo mostrou que o uso de crack proporciona como repercussão para a gestante a gravidez não planejada, resultante de relações sexuais desprotegidas. Estudo americano corrobora com esse achado, à medida que revela que 93% das gestantes dependentes de crack relataram relações sexuais, com seus parceiros fixos. Dessas 73% não utilizaram o preservativo, desconhecendo o momento em que engravidaram, porém 43% se relacionavam sexualmente com homens que conheciam como garotas de programa. Dessas quase a metade (21%) acredita que engravidaram de clientes durante a realização de um programa (OBER et al., 2011). Por outro lado, a gravidez motiva a dependente a parar ou reduzir o uso de crack em prol da saúde do bebê. Temem que os Serviços de Proteção da Criança lhes tire a guarda e levem seu filho, caso continuem a fazer uso de crack e/ou outras substâncias psicoativas (JONES et al., 2011).

Além dessas repercussões a dependência química pelo crack passa a ser uma doença crônica que altera o viver da gestante por sua característica recidivante que envolve busca e abuso pela droga, além dos distúrbios biopsicossociais à saúde materna. As alterações no viver dessas mulheres decorrem, a princípio, de mudanças psicológicas influenciadas pela vulnerabilidade sentimental na qual se encontram. Passam, por vezes, a se distanciar sexualmente do marido, em função do constrangimento das mudanças físicas, como o emagrecimento, devido à inapetência alimentar decorrente do uso da droga ou aos enjoos e à azia, advindos da gestação (STRATHEARN, MAYES, 2010).

Mesmo diante dessas adversidades, a gestação dessas mulheres torna-se fator motivador para a diminuição do consumo da droga. A sociedade e a família passam a exigir delas responsabilidade materna frente à gestação, requerendo sua estruturação pessoal e familiar. Sentem-se influenciadas pela gestação, buscando abandonar comportamentos de risco, como a prostituição e o trabalho como

profissionais do sexo, corroborando para que cuidem de sua saúde. Algumas realizam o pré-natal e buscam comprometer-se e ter uma relação conjugal estável com o marido ou companheiro (NEPHEW, FEBO, 2012).

Repercute, ainda, nas gestantes dependentes de crack a tendência de terem parto normal, sem dificuldades para a expulsão do bebê. Estudo demonstra que a conduta mais apropriada nesses casos é o parto vaginal com analgesia, mas deve haver individualização dos casos, avaliando criteriosamente riscos e benefícios da indicação de um bloqueio regional durante o trabalho de parto. Ambas as técnicas anestésicas, bloqueio regional ou anestesia geral, apresentam riscos à paciente dependente de crack (MARTINS-COSTA et al., 2013).

Nesse sentido, um momento crítico para essas gestantes passa a ser o período periparto, devido à exposição a riscos de intercorrências clínicas graves, advinda das crises de abstinência do crack. Grande parte desses riscos está relacionada à intoxicação aguda pela droga no momento da internação. O estresse relacionado ao início das contrações regulares, por vezes, sem dilatação e o padrão de consumo pesado da droga, aumentam as chances de intoxicação aguda, no primeiro período do trabalho de parto. Além disso, essas dependentes de crack podem apresentar hipotensão refratária ao uso de efedrina, trombocitopenia relacionada à droga, percepção alterada da dor com eficácia diminuída da analgesia ou anestesia e dificuldades técnicas relacionadas a comportamento agressivo das pacientes (MARTINS-COSTA et al., 2013).

A exposição da gestante ao uso de crack pode propiciar complicações perinatais, destacando a hipoperfusão útero-placentária que pode levar ao retardo de crescimento intrauterino, descolamento prematuro de placenta e aumento da incidência de rotura prematura de membranas. A utilização das substâncias psicoativas durante o período gestacional pode causar, ainda, malformações fetais como, também, abortamentos, mortalidade materna, natimortalidade e mortalidade neonatal (KEEGAN et al., 2010).

Da mesma forma, gestantes dependentes de crack descobrem ter HIV/aids, tornando-se outra ameaça para a sua saúde, às quais descobrem, por vezes, terem o vírus durante a realização do teste rápido, realizado na sala de parto. Estudos reforçam, portanto, que mulheres que usam crack são vulneráveis ao HIV/aids e outras infecções sexualmente transmissíveis, devido a não realização adequada do pré-natal e comportamentos sexual de risco, como troca de sexo por substâncias

psicoativas, ausência do uso de preservativos com múltiplos parceiros, história de vitimização física e sexual, problemas com a justiça criminal, falta de habitação estável e desemprego (WECHSBERG et al., 2011; JONES et al., 2011).

Gestantes/puérperas dependentes de crack tendem a adquirir doenças infecciosas como a tuberculose, HIV/aids, hepatite e o HPV, especialmente aquelas que vivem nas ruas, sem moradia. O estigma de inferioridade e autopercepção resultantes do diagnóstico de HIV/AIDS pode aumentar sua vulnerabilidade ao HPV, à tuberculose e à hepatite, comprometendo sua saúde física e mental, corroborando, também, com práticas sexuais desprotegidas de preservativos e com o abandono do uso de medicamentos antirretrovirais para o HIV/aids (MYERS, SUMNER, ULLMAN, 2009).

Constata-se assim, que gestantes/puérperas dependentes de crack tornam-se vulneráveis ao consumo do crack, principalmente pela influência de amigos e vizinhos. Sabe-se que no Brasil há uma complexidade de fatores que geram o início do uso de substâncias psicoativas e o desenvolvimento da dependência. Ocorre a influência de situações vivenciadas na história de vida de cada dependente com amigos ou colegas, sendo essa influência facilitadora da dependência, podendo perpetuar-se, retardando o processo de recuperação e levando ao prejuízo psicológico e social (BRASIL, 2010). Pessoas cujos amigos demonstram tolerância, aprovação ou consomem substâncias psicoativas, serão mais facilmente levados a experimentar substâncias psicoativas, do que aquelas cujos amigos evitam e não estão de acordo com seu uso (MARANGONI, OLIVEIRA, 2013).

A facilidade de acesso e a disponibilidade do crack por gestantes/puérperas tem ocasionado o início do consumo da droga em idades cada vez mais precoces, alastrando-se pelo país e por todas as classes sociais, quase sempre antecedido do consumo de álcool e/ou tabaco. O fato da droga aparentemente, ser de baixo custo para compra, colabora para torná-la popular, expondo seus dependentes à exclusão social e à exploração comercial e econômica (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2012).

O uso abusivo de álcool e substâncias psicoativas passa a ser considerado problema de saúde pública, o qual tem repercutido de forma assustadora na sociedade. No século XXI houve um aumento progressivo do número de gestantes em uso de álcool e outras substâncias psicoativas. Isso se torna um fato preocupante, pois a exposição das mulheres no estado gravídico-puerperal a essas

substâncias pode ocasionar um grave comprometimento da saúde da mãe e do feto e, posteriormente, da mãe e do neonato. A placenta humana é um dos anexos embrionários constituída por uma fina camada de células trofoblásticas que separa os vasos sanguíneos maternos e fetais, favorecendo as trocas entre os dois sistemas circulatórios (QUESADA et al., 2012; MCCOWAN, HORGAN, 2009).

O uso de crack ocasiona diversas consequências para a gestante/puérpera. É um derivado da cocaína, substância estimulante do sistema nervoso central, podendo tornar as gestantes/puérperas dependentes a partir do seu primeiro consumo. Atua no sistema dopaminérgico, sistema nervoso simpático e autônomo, bem como em outros sistemas de neurotransmissores do cérebro, propiciando propriedades gratificantes e psicotrópicas. Isso ocorre pelo bloqueio do transportador responsável pela recuperação de dopamina da sinapse cerebral, levando ao aumento da estimulação dopaminérgica no cérebro (CRESSMAN et al., 2012).

As propriedades químicas do crack ajustam-se ao estilo de vida da gestante/puérpera dependente, que vive pelo prazer do instante. Daí a compulsão para fumar uma “pedra” atrás da outra (JOHNSON et al., 2011). O crack é uma substância capaz de suscitar um alto grau de “fissura”, compreendida como desejo incontrolável de usar repetidamente a substância. A dependência da gestante/puérpera relaciona-se à capacidade da droga criar-lhes sensações de prazer imediato, diminuindo progressivamente sua depressão e ansiedade (GARGARI et al., 2012). O uso prolongado reflete no consumo obsessivo já sem prazer, mas necessário para fugir do sofrimento e para obter satisfação na vida cotidiana (RAUPP, ADORNO, 2011).

Dessa forma, o crack passa a produzir dois efeitos farmacológicos sistêmicos e psicotrópicos, incluindo ansiedade, agressividade, paranóia, alucinações, aumento da frequência cardíaca e pressão arterial; melhora do humor, da confiança para o desempenho em tarefas de vigilância e alerta, sensação de euforia, confiança e bem estar geral (GOLDSTEIN et al., 2009).

Em decorrência, as gestantes/puérperas dependentes do crack utilizam a prostituição como forma de adquirir dinheiro para comprar o crack. Estudo acerca da promoção da saúde de mulheres dependentes de crack pelo uso dos preservativos mostrou que essas mulheres possuem comportamento sexual vulnerável, devido a múltiplos parceiros e uso intermitente de preservativos. Como a fissura gera uma

sensação de urgência por crack, a dependente esgota seus recursos financeiros, vendo-se obrigada a realizar atividades fora do mercado legal de trabalho, comprometendo sua liberdade e integridade física por meio da prostituição (OBER et al., 2011).

Gestantes/puérperas que vendem ou se relacionam com namorados que usam e/ou vendem a droga, podem se tornar dependentes da mesma. Nestes casos, o uso de crack como primeira droga pode ocorrer por influência do companheiro, pois, quando é ele quem oferece a droga, observa-se que, praticamente, não existe recusa por parte delas, que, por motivos como amor, companheirismo e até medo, experimentam-na, apresentando-se submissas (PEDROSO, 2013).

A situação das gestantes/puérperas dependentes de crack se complica proporcionalmente ao avanço da dependência. Além da ruptura psicossocial passam a utilizar manobras ilícitas para adquirir o crack. Sua família pode ficar sob pressão, sentindo-se ameaçada em sua autonomia, ou vivendo um estado de codependência do uso de substâncias psicoativas com sua familiar gestante/puérpera. A ruptura do vínculo familiar, inevitável para algumas mulheres, leva-as a viver em situação de rua, expostas aos riscos da marginalidade cada vez mais excluída, vivendo uma situação de vulnerabilidade social extrema (NAPPO et al., 2010).

O uso do crack está associado, também, a problemas de saúde. Entre eles observa-se a inapetência, decorrendo em emagrecimento e/ou desnutrição, depressão, ansiedade e complicações gastrointestinais. Podem ocorrer eventos cardiovasculares agudos, como acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio e arritmias do miocárdio. Devido ao uso continuado da droga, os hábitos básicos de higiene também podem ficar comprometidos, ficando as dependentes com aparência desleixada, caracterizando-se pela sujidade e o desleixo no vestir-se (BHARGAVA, ARORA, 2011; SCHWARTZ, REZKALLA, KLONER, 2010)

Apesar da gravidez e do parto observou-se que a gestante/puérpera continua a consumir o crack. Este fato traz a necessidade do uso de repetitivo do crack e, para isso, acabam transgredindo valores sociais e morais. Este tipo de consumo pode agravar o aparecimento de comportamentos agressivos, violentos e indiferentes, principalmente quando não está em uso da droga (MINNES, MIN, SINGER, 2012).

Nesse sentido, passam a ser vigiadas por seus familiares cuidadores que cuidam as gestantes/puérperas dependentes de crack para que não consumam a droga ou desapareçam de seu entorno familiar e domiciliar. Para isso a família procura dar a esta o apoio necessário para que consigam lidar com os limites e frustrações decorrentes do uso da droga, na tentativa de sua reinserção social e recuperação do vício (PEDROSO, 2013).

Problemas, decepções e separações ligadas a relacionamentos românticos tornam-se fonte de estresse entre as gestantes/puérperas dependentes de crack. Além disso, viu-se que o uso continuado do crack tem-se apresentado como motivo de separação entre casais, mesmo que a mulher dependente esteja grávida ou tenha acabado de ter seu filho (PEDROSO, 2013).

Gestantes/puérperas podem iniciar o consumo de álcool, como fator motivador para diminuir o consumo do crack, substituindo uma substância psicoativa pela outra por acharem o álcool menos prejudicial para o bebê. A presença de problemas emocionais ou transtornos psiquiátricos contribui para o consumo de álcool durante e/ou após a gravidez, como forma de aliviar os sintomas de ansiedade causada pela abstinência do crack (ORNOY et al., 2010).

Estudo acerca dos sintomas psicossociais em mulheres que fazem uso de substâncias psicoativas durante o pré-natal mostrou que o uso de álcool, maconha e tabaco ocorre em maiores taxas entre essas mulheres. Isso ocorre, muitas vezes, na busca por diminuir o consumo de cocaína durante a gravidez e após o parto do bebê (MINNES, SINGER, KIRCHNER, 2008).

Devido ao uso de crack as gestantes/puérperas tendem a participar ou testemunhar o roubo de pertences de familiares e vizinhos, bem como a manipulação das pessoas com quem convive. O convívio dessas passa a ser acompanhado por pessoas violentas que costumam roubar para a aquisição do crack, desencadeando o temor de seus familiares em relação à dependente e ao seu futuro e o do bebê (DANIULAITYTE, CARLSON, 2011).

Tendo em vista participarem de roubos e/ou envolverem-se com o tráfico para adquirirem o crack, correm o risco de serem presas pela polícia, ficando distantes dos filhos que passam a visitá-las nos horários restritos de visita dos sistemas penitenciários (SANTOS et al., 2009). Compreender a dimensão do conflito entre o cárcere e a interação familiar, implica em levar em consideração os relatos, das presidiárias, de sentimentos de solidão, tristeza, abandono e revolta, por terem que

cumprir a pena sem interação com os filhos e familiares, muitas vezes, sem notícias ou visitas (SANTOS et al., 2009).

Puérperas/usuárias de crack passam a sofrer com o isolamento social. A dependência da substância psicoativa passa a ser uma condição angustiante. Perdem oportunidades de emprego, sendo estigmatizadas pelos empregadores que temem serem enganados ou roubados. Comumente são classificadas como irresponsáveis e como pessoas sem força de vontade, especialmente, quando tentam explicar o uso da droga (DANIULAITYTE, CARLSON, 2011).

O uso de substâncias psicoativas está relacionado a múltiplos fatores sociais. Gestantes/puérperas dependentes de substâncias psicoativas são menos assistidas por serviços de pré-natal e apresentam maior incidência de complicações na gestação. A falta de acompanhamento por uma equipe de saúde durante a gestação, incluindo o direito à assistência de enfermagem qualificada, alimentação inadequada, ausência de suporte familiar e continuidade do consumo na gestação podem levar à morte do filho após o nascimento, prematuridade, ao baixo peso e a malformações congênitas (MARANGONI, OLIVEIRA, 2013).

O uso de crack por gestantes/puérperas pode causar o medo da morte e à possibilidade de seus filhos ficarem órfãos (HSER et al., 2012). Temem que sofram maus tratos por ficarem aos cuidados de familiares ou pessoas desconhecidas que os adotem, podendo gerar futuros traumas psicológicos e comportamentais na criança (WILCOX et al., 2010).

Apesar de serem dependentes de crack as mulheres identificam algumas facilidades para o cuidado de seus bebês. O fato do recém-nascido chorar pouco, serem tranquilos e quietos facilita o cuidado. No entanto, este fato se dá porque são crianças que nascem com alteração no tempo de emissão e no timbre do choro, devido à ação do crack no sistema nervoso central. Além disso, apresentam retardo de crescimento intrauterino, têm menos gordura, menor massa corpórea e menor perímetro cefálico (MATOS, MELLO, COLOMBO, 2011).

O apoio da família, vizinhos e amigos para o cuidado ao recém-nascido corrobora para o cuidado da mãe com o bebê. Diante da necessidade de se adaptar à maternidade a puérpera recorre a sua rede de apoio social, que age como mediadora na reestruturação de suas relações afetivas e como mobilizadora de seus recursos pessoais e financeiros de enfrentamento das demandas acrescidas pela

maternidade. O contexto que envolve essas gestantes/puérperas dependentes de crack implica a necessidade de apoio social com olhar compreensivo, especialmente para o enfrentamento de sentimentos como medo e incompetência materna, promovendo suporte favorável a saúde mental da puérpera e do recém-nascido (DIEHL, CORDEIRO, LARANJEIRA, 2011).

Constatou-se que o viver da gestante/puérpera dependente de crack é permeado por dificuldades. Uma delas é sofrerem a abstinência da droga quando procuram diminuir seu consumo devido à gestação (PEDROSO, 2013). A abstinência faz com que as puérperas sintam-se cansadas, enfraquecidas e deprimidas, não tendo vontade de conversar, podendo influenciar na diminuição do seu apego à criança. Devido à dependência do crack podem tornar-se insensíveis, deixando de se preocupar com atividades básicas da vida diária, às quais considerava importante na vida, como lazer em família, sono e repouso, estudo, trabalho, leis, regras e higiene corporal, podendo nem lembrar-se da existência da gravidez ou do bebê.

Em geral, as pessoas que usam crack tendem a serem irritadas e deprimidas, impedindo um ambiente afetivo sadio para que a criança seja respeitada e se desenvolva adequadamente (CASATTI, 2011). Do mesmo modo, o uso prolongado dessa substância pode prejudicar as habilidades cognitivas e emocionais de seus dependentes, especialmente a função executiva e a atenção. Este comprometimento altera a capacidade da solução de problemas, flexibilidade mental e velocidade de processamento da informação da maternidade (BRASIL, 2011).

Outra dificuldade enfrentada pela mulher dependente de crack é a não indicação da amamentação. Há evidências clínicas que demonstram efeitos adversos do aleitamento materno desses recém-nascidos e orientam desaconselhá-lo nesses casos. Um fator complicador da aplicação prática dessa orientação é o comportamento agressivo e de conflito dessas pacientes. Este transtorno de comportamento, associado à diminuição de senso de julgamento, leva essas pacientes a não aderirem adequadamente às orientações médicas e de enfermagem. Por tais motivos, são sugeridas que dependentes ativas de cocaína ou crack e pacientes sem histórico confiável de suspensão do uso da droga sejam consideradas contraindicadas ao aleitamento materno (MARTINS-COSTA et al., 2013; BRASIL, 2011).

Além disso, os efeitos da substância psicoativa também estão presentes durante o puerpério, haja vista que as substâncias psicoativas passam para o lactente por meio do leite materno, variando de acordo com a dose e o padrão de utilização. A conduta sugerida para a suspensão da lactação é o enfaixamento mamário associado à terapia medicamentosa com agonistas dopaminérgicos, tais como a cabergolina (FRÍGULS et al., 2010).

Encontram dificuldade também na falta de apoio familiar para o cuidado ao recém-nascido e a dependência de crack faz com que a puérpera tema a vigilância do Conselho Tutelar, podendo perder a guarda da criança. Geralmente, são mulheres que se encontram em situação de vulnerabilidade social, com rompimento dos vínculos com familiares e comunidade, algumas em situação de moradia de rua.

Em São Paulo/ Brasil, no ano de 2007 houve apenas um caso de dependente de crack que perdeu a guarda de seu filho recém-nascido, mas este número está aumentando a cada ano. Em 2008 foram 15, em 2009 o número cresceu para 26 e em 2010 o número de casos em que os hospitais encaminharam os recém-nascidos para o Conselho Tutelar ou a Vara da Infância e Juventude foi de 43, crescimento de 65% apenas de 2009 a 2010 (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2011).

Mulheres dependentes de crack podem apresentar dificuldade em prestar cuidados diretos à criança quando retornam à casa. Passam a necessitar do auxílio de familiares, rotineiramente, da mãe ou da avó para adaptarem-se ao puerpério no domicílio. O agravante passa a ser o estresse sofrido pela retomada dos cuidados com o lar e com o recém-nascido, como o banho e o curativo do coto, visto em que ainda se encontra numa fase de recuperação materna e abstinência do crack.

Essas dependentes podem apresentar medo de machucar o bebê devido à prematuridade, malformações congênitas e problemas respiratórios, apresentando necessidades específicas e fragilidade, em termos de condições clínicas pós-natais, quando comparados a recém-nascidos a termo de mães não dependentes da droga (MATOS, MELLO, COLOMBO, 2011).

Muitas vezes, puérperas dependentes de crack justificam a falta de vínculos com a criança, devido ao medo que esta morra. Essas apresentam, geralmente, indiferença em relação a outras pessoas tendo uma tendência para distúrbios de humor. Podem apresentar, também, uma má reação ao estresse, alienação e

estados agressivos relacionados com distúrbios orgânicos causados pela dependência do crack.

O uso de crack entre as mulheres torna-se notável dada a gama de comportamentos agressivos e de saúde que podem sofrer durante a vida. Essas mulheres podem envolver-se em crimes, viverem na extrema pobreza, apresentarem dificuldades financeiras para o sustento do filho, necessitando de auxílio familiar e do governo. Muitas não fazem uso do preservativo em suas relações sexuais e trocam sexo por dinheiro e/ou substâncias psicoativas. Estes fatos corroboram para comportamentos afetivos anti-sociais e para apresentarem insensibilidade com o filho durante o puerpério (LEJUEZ et al., 2007).

Ao ficarem grávidas essas mulheres podem apresentar como expectativa para o futuro parar com o uso de substâncias psicoativas e submeterem-se a tratamento, seja ambulatorial ou hospitalar para se recuperarem. Na maioria das vezes são atendidas nos serviços públicos de saúde, nas unidades básicas e nos serviços de pronto-atendimento em situações de urgência (MARANGONI, OLIVEIRA, 2013).

Essa busca por auxílio da equipe de saúde marca a mudança de comportamento das dependentes de substâncias psicoativas nos eventos significativos de vida, como a gravidez ou o nascimento de um filho, favorecendo a interrupção do consumo de crack, como tendência materna que passa da fase compulsiva do uso da droga para padrões controlados, como forma de autorregulação da própria dependência (MARANGONI, OLIVEIRA, 2013).

Estudo que teve como objetivo analisar as percepções de dependentes de substâncias psicoativas sobre a internação hospitalar mostrou que a maioria procurou tratamento espontaneamente, com perspectivas otimistas, incluindo suportarem a abstinência às substâncias psicoativas. Dependentes de crack, no entanto, mesmo acompanhadas nos serviços de saúde podem abandonar o tratamento e retornar ao uso de substâncias psicoativas. Este fato mostra a necessidade dos dependentes realizarem mudanças no seu cotidiano e participarem ativamente do tratamento para que se mantenham abastêmios (FONTANA, STUMM, KIRCHNER, 2011).

Mulheres dependentes de crack que perderam a guarda de seus filhos têm como expectativa readquirirem a guarda dos mesmos, arrumarem um emprego para poderem quitar suas dívidas e reestruturarem a família. Para isso, muitas terão que

modificar seu comportamento sexual de risco, largando a prostituição (OBER et al., 2011). Estas expectativas manifestam os sentimentos positivos dessas mulheres frente à maternidade. A gravidez parece dar um novo sentido para suas vidas, sendo a maternidade um meio de suprirem suas necessidades, principalmente afetivas, podendo enxergar nos filhos uma extensão de si mesmas (SANTOS et al., 2009).

No entanto, puérperas dependentes de crack podem viver em situação de privação de liberdade e, por isso, possuem dificuldade de manter os vínculos familiares, ocorrendo a perda e/ou fragilização das relações com seus filhos e familiares (SANTOS et al., 2009). A literatura mostra a existência de um índice elevado de abandono de presidiárias por parte dos maridos e/ou companheiros. O fato das presidiárias serem mães pode vir a tornar o confinamento penal ainda mais difícil, devido à desestruturação da relação mãe-filho. Assim, possuem como expectativa adquirirem sua liberdade e não retornarem para a prisão de forma a conseguirem criar adequadamente seus filhos (SANTOS et al., 2009).

Outra expectativa percebida por essas mulheres é de conseguirem dar educação aos filhos para que tenham uma oportunidade melhor de futuro que elas mesmas não tiveram. Para conseguirem mudar de vida e largarem o crack é comum fazerem promessas a Deus e terem fé e esperança na sua recuperação. A fé em Deus fornece o auxílio necessário, à medida que serve de fonte de apoio, preparando-as para enfrentarem o estresse e a tensão advindas da dependência química (BEHERE, DAS, YADAV, 2013).

Em relação às repercussões do uso de crack na gestação para a criança observou-se que recém-nascidos de mulheres dependentes de crack costumam nascer com idade gestacional inferior a 37 semanas, apresentando prematuridade e morbimortalidade neonatal. O uso de crack durante a gravidez diminui a perfusão útero placentário, prejudicando o crescimento fetal, associado com chances significativamente maiores de parto prematuro, baixo peso ao nascer e menor tamanho para a idade gestacional (CAIN, BORNICK, WHITEMAN, 2013). Além disso, o recém-nascido pode ter afetado sua maturação neurológica, podendo apresentar problemas na aprendizagem e no desenvolvimento dos processos cognitivos, aumentando os riscos de dificuldades de aprendizagem escolar. O crack pode desencadear transtornos no desenvolvimento cognitivo e comportamental da criança, aumentando os riscos de distúrbios de ajustamento social, familiar e manutenção de vínculos afetivos saudáveis (GOUIN, MURPHY, SHAH, 2011).

Doenças no recém-nascido, associadas ao uso de crack durante a gestação, são comuns. As substâncias psicoativas de abuso, como o crack, têm o potencial de aumentar a transmissão vertical do HIV. A exposição a substâncias psicoativas durante a gravidez pode aumentar o contágio do HIV para o feto, por meio de uma variedade de mecanismos, incluindo o possível dano para a placenta, indução de parto prematuro, e o aumento da carga viral do plasma materno, através de uma variedade de possíveis mecanismos. Esses se caracterizam como a mutação do vírus HIV e promoção de sua replicação, prejudicar a eficácia dos medicamentos antirretrovirais, através da interação droga a droga e promover a replicação do HIV em monócitos/ macrófagos, provocando mudanças epigenéticas (PUROHIT et al., 2011). Além disso, a sífilis congênita e a gonorréia podem causar elevadas taxas de morbimortalidade perinatal. A sífilis congênita é uma importante causa interrupção da gravidez e incapacidade infantil, especialmente entre as mulheres que não receberam assistência pré-natal ou tratamento inadequado, como é, muitas vezes, o caso de mulheres dependentes de crack.

Estudo revela que 40% dos conceptos infectados pela sífilis congênita evoluem para aborto espontâneo, ocorrida antes de 22 semanas de gestação, ou com peso menor a 500 gramas, natimorto, após 22 semanas de gestação ou com peso igual ou maior a 500 gramas ou morte perinatal (QIN, FENG, YANG, 2014). No que se refere à gonorreia, no recém-nascido ela pode estar relacionada às complicações advindas da conjuntivite gonocócica, pneumonite intersticial atípica, bronquite e otite média (RUHL, 2013).

Tecnologias de cuidado estão sendo cada vez mais implementadas e utilizadas para recém-nascidos de mulheres dependentes de crack, para que possam sobreviver. Os cuidados de enfermagem do recém-nascido passam a ser baseados no controle e equilíbrio de vários parâmetros vitais por meio do uso de dispositivos tais como monitores, bombas de infusão, incubadoras, berços aquecidos fechados e abertos, pressão positiva contínua das vias aéreas (CPAP) nasal ou ventilação assistida, oxímetro de pulso, monitor cardíaco, bomba de infusão, respirador, como também condutas e procedimentos essenciais ao tratamento do RN. Concomitantemente à oxigenoterapia, outros cuidados de enfermagem são implementados, como as repetidas aspirações de secreção do tubo orotraqueal (TOT), bem como o momento de administrar o surfactante ou instalar o óxido nítrico (OLIVEIRA et al., 2009; PEREZ, GOLOMBEK, FAJARDO, 2013).

Essas crianças passam a demandar cuidados que são do domínio dos profissionais de saúde, e que necessitam de dispositivos adequados para assegurar condições mínimas de qualidade de vida. Esses recém-nascidos passam a dependerem de tecnologias de cuidado, que se caracterizam pela dependência de artefatos tecnológicos e/ou farmacológicos indispensáveis à sobrevivência. Nesse sentido, a aproximação da produção tecnológica com a Enfermagem, compreende alternativa que a equipe de enfermagem lança mão para superar suas dificuldades na assistência (LEITE, CUNHA, TAVARES, 2011).

A tecnologia não pode ser vista como algo concreto, mas como resultado de um trabalho que envolve um conjunto de ações com a finalidade de aumentar e melhorar o tratamento e o cuidado por meio da prática em saúde ao recém-nascido; também se manifesta na forma de conhecimentos e habilidades associadas ao uso e à aplicação destes recursos dentro de um sistema governamental, organizacional e de pessoas integradas, com o objetivo de maximizar a eficiência e a racionalidade da tecnologia aplicada (SÁ NETO, RODRIGUES, 2010).

As anomalias, malformações e deformações de recém-nascidos de mulheres dependentes de crack são definidas para descrever distúrbios do desenvolvimento presentes ao nascimento e a maior causa de mortalidade infantil. As principais malformações são aquelas que têm implicações médicas e sociais, muitas vezes necessitando de tratamento cirúrgico, como: fissuras orais, fenda palatina, lábio leporino, pé torto, anomalias cardíacas congênitas, atresia retal/estenose, luxação do quadril, hipospádia, espinha bífida, hidrocefalia, microcefalia, anencefalia. Com isso, pode-se afirmar que os efeitos teratogênicos do uso de crack durante a gestação afetam a embriogênese e o metabolismo do feto, podendo causar malformações (GELDER et al., 2009).

Raras são as situações em que o aleitamento materno não é indicado, devendo ser substituído pelo aleitamento artificial, como exemplos desse caso o uso de substâncias psicoativas, como o crack durante a gestação e/ou puerpério. A amamentação de mãe dependente de crack torna-se desaconselhável para o recém-nascido (MADGULA, GROSHKOVA, MAYET, 2011).

A exposição ao crack através do leite da mãe durante o primeiro mês pós-parto revela os principais efeitos adversos para o bebê, como sedação ou redução do tônus muscular, retardo no crescimento infantil, diminuição no desenvolvimento motor e metabólico das células cerebrais. Além disso, a utilização de crack por

puérperas durante a amamentação diminui as chances de nutrição do recém-nascido, devido à desnutrição materna e o risco de comorbidades psiquiátricas, advindas da abstinência do crack, como agressividade e carência de afeto materno pelo bebê (D'APOLITO, 2013).

O uso de crack na gestação eleva a toxicidade, associada a maiores níveis de metabólitos ativos da droga na circulação materna que passam diretamente via transplacentária para o feto, causando vasoconstrição do leito vascular placentário e, conseqüentemente, risco de nascimentos de natimortos, óbitos neonatais e abortos. Nesse sentido, os serviços de saúde devem realizar a análise sistemática da placenta de usuárias de substâncias psicoativas ilícitas, bem como a coleta de gasometria do cordão umbilical, tendo em vista a grande morbimortalidade neonatal dessas crianças (MARTINS-COSTA et al., 2013).

Marginalização social e outros desafios enfrentados por puérperas dependentes de crack podem colocá-los em maior risco de abandonar os seus filhos. Estudo revela que a abstinência aguda pela droga e os sintomas de abstinência da mãe durante e, após, o parto contribuem para o abandono do recém-nascido em busca da droga. As crianças abandonadas são frequentemente prematuras e de baixo peso ao nascimento, possivelmente devido à maior prevalência de exposição intraútero às substâncias psicoativas e comportamentos maternos relacionados, tais como má alimentação. A terapia de substituição de opiáceos melhora os resultados neonatais, quando utilizado durante a gravidez, e pode ajudar a prevenir o abandono materno no pós-natal, controlando os sintomas de abstinência e reduzindo de comportamentos de procura de droga, como fuga no pós-parto (BAILEY et al., 2010).

A morte da mãe dependente de crack ocasiona a orfandade do recém-nascido, que passa a ser cuidado por outro parente ou encaminhado por assistente social do hospital, onde nasceu, a instituições sociais, que os acolham. A orfandade a que estão expostas essas crianças passa a ser minimizada quando familiares se comprometem a assumirem os cuidados com o recém-nascido órfão (BRAGA, DELL'AGLIO, 2012).

Do contrário, a criança passa pelo processo de institucionalização ou adoção, contribuindo para seu acolhimento. Nesse sentido, passam a ser encaminhados para instituições de proteção ou adoção, pois fatores de risco presentes na família, como o uso de substâncias psicoativas e violência, podem contribuir para o ingresso

de crianças e adolescentes em instituições de acolhimento e no processo de adoção de recém-nascido devido à morte da mãe dependente de crack (BRAGA, DELL'AGLIO, 2012; BAPTISTA, SOARES, HENRIQUES, 2013).

O uso de crack pela gestante/puérpera proporciona, também, diversas repercussões para sua família. O familiar cuidador pode apresentar mudanças no seu estilo de vida, sentindo-se incapaz em lidar com a dependência da mulher, não aceitando sua conduta. Por isso podem ter seu estado emocional afetado, sentindo-se sensíveis, emotivos e cansados. Para complicar ainda mais sua situação, muitas vezes, não sabem como ou para quem pedir ajuda, ou recusam-se a fazê-lo por causa da vergonha e do medo do estigma social que marginaliza o uso de substâncias psicoativas (LEVENTHAL, PETTIT, LEWINSOHN, 2011).

Os efeitos da carga de cuidado familiar ultrapassam muitas vezes a família nuclear. Membros da família estendida podem partilhar sentimentos de preocupação, medo, raiva, vergonha ou culpa, apresentando sentimentos e comportamentos dicotômicos, ora querendo ignorar a gestante/puérpera dependente de crack ora querendo defendê-la e ao bebê (LEVENTHAL, PETTIT, LEWINSOHN, 2011).

Os familiares da gestante/puérpera podem ter seu emprego afetado, por terem que se ausentar do trabalho em função do cuidado a mesma. A dependência de substâncias psicoativas ocasiona consequências físicas, mentais e sócioeconômicas devastadoras, não só para os dependentes, mas também para suas famílias. A dependência química afeta a qualidade de vida dos membros da família, incluindo sua segurança financeira, desemprego, saúde mental, redes sociais e produtividade (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2012).

Tais distúrbios podem levar o familiar cuidador da gestante/puérpera ao adoecimento, tendo que utilizarem medicamentos para depressão causada pela preocupação com a dependente de crack e com o bebê. Essa dependência química causa um transtorno na família, devido ao aumento dos conflitos e à sobrecarga de seus membros, diante dos eventos estressantes, decorrendo maior incidência de distúrbios médicos e psiquiátricos, que abalados tendem a recorrerem à assistência médica em busca de medicamentos para transtornos psiquiátricos (MATTOO et al., 2013).

É função da família proteger seus filhos e favorecer o desenvolvimento de competências para lidar com as frustrações, a fim de privilegiar ambientes favoráveis ao não uso de substâncias psicoativas (PEDROSO, 2013). Nesse sentido, os familiares cuidadores podem sentir que falharam nesta função e, procurando minimizar as consequências do crack para a gestante/puérpera dependente passam a controlá-la como forma de garantir a sua segurança.

A família não costuma abandonar a gestante/puérpera dependente de crack, cuidando-a com vistas a sua recuperação. A prevenção e a proteção da família são identificadas como fatores influentes na redução do número de dependentes químicos, assim como na sua reinserção social. A disponibilidade de informações e estrutura familiar protetora contribui para o afastamento das substâncias psicoativas, pois a informação sobre as consequências do uso de substâncias psicoativas e os laços afetivos entre pais e filhos, garantidos por sentimentos como a cumplicidade e o respeito, parece apresentarem-se como fatores protetores contra o uso de substâncias psicoativas (BRUSAMARELLO et al., 2010).

O cuidado familiar à gestante/puérpera dependente de crack, também, é permeado por dificuldades. Os familiares passam a lidar com a mudança da personalidade da gestante/puérpera dependente de crack, fazendo, muitas vezes, que a mesma esqueça-se da gravidez ou do bebê e que a família tenha que assumi-lo. Percebe-se, assim, o nível de prejuízo causado pelo uso de substâncias psicoativas (PEDROSO, 2013).

Convivem com roubos frequentes e com a venda de seus pertences e da família para adquirir a droga. A dependente de crack esgota rapidamente seus recursos financeiros, realizando atividades ilícitas, fora do mercado legal de trabalho, sendo prostituição, tráfico, roubos e venda ilegal de pertences, fonte de recursos para obtenção da droga, sendo constantemente fonte de constrangimento para a família (REIS, UCHIMURA, OLIVEIRA, 2013).

O uso de substâncias psicoativas está inserido culturalmente nas comunidades, implicando em dificuldade no seu manejo, pela presença do tráfico, comercialização e fácil acesso a elas, tornando-se condição social de risco para o uso de substâncias psicoativas de abuso, visto que muitas dependentes convivem cotidianamente com a disponibilidade e o tráfico de substâncias psicoativas na comunidade (FUNES et al., 2009). Este fato faz com a família passe a conviver à margem da sociedade, frequentando lugares perigosos e convivendo com traficantes

e atravessadores de substâncias psicoativas à procura da gestante/puérpera dependente de crack, na busca por garantir sua segurança.

Muitas vezes, o familiar cuidador teme que a gestante/puérpera possa ser vítima de violência, por parte dos traficantes ou das pessoas às quais importunam, em busca de dinheiro para a compra de crack. As substâncias psicoativas apresentam-se como motivação para o envolvimento das dependentes com a violência e, sobretudo, com a prostituição e o tráfico. Os efeitos da droga no organismo conferem a seus dependentes estereótipo violento, responsável por situações de tristeza, sofrimento e depressão que atingem familiares, amigos, vizinhos de gestantes/puérperas dependentes crack (OLIVEIRA, MCCALLUM, COSTA, 2010).

Esta situação pode levar ao medo de que a gestante/puérpera sofra violência na rua e, este fato, pode levar a família a aceitar que a mesma faça o uso do crack dentro de casa. Paradoxalmente, à existência de regras familiares permissivas, representadas por familiares cuidadores que não conseguem estabelecer controle ou dar limites às usuárias, demonstra superproteção familiar na tentativa de preservar sua vida (MOAK, AGRAWAL, 2010). Além disso, observa-se, também, que muitos familiares pagam as dívidas de substâncias psicoativas da gestante/puérpera dependente de crack com traficantes de substâncias psicoativas, para que não sejam punidas ou mortas. Esse cuidado familiar passa a ser percebido pela dependente como forma de amor e apoio, como influente fator de melhora na sua saúde física e mental e na recuperação da drogadição. O cuidado familiar pode aumentar diretamente a autoestima e ajudar no controle ao uso de substâncias psicoativas e a evitar comportamentos ilícitos no meio social, reduzindo a resposta do indivíduo ao estresse, causado pelo abuso de substâncias psicoativas (MOAK, AGRAWAL, 2010).

Todas essas vivências com o cuidado da gestante/puérpera dependente de crack pode gerar desestruturação e desagregação familiar. Entre as circunstâncias correlacionadas à dinâmica familiar que mais propiciam o uso da droga estão as situações traumáticas, incluindo histórias de agressão física e/ou sexual e estupro pela mulher dependente química (KRUK, SANDBERG, 2013).

O familiar cuidador da gestante/puérpera dependente de crack pode sentir-se marginalizado devido ao estigma social com que convive, podendo reproduzir, o mesmo estigma vivido contra esta. O comportamento aditivo contribui para o

isolamento familiar. É comum não receberem visitas pelo temor de serem roubados pela dependente. Além disso, destaca-se, ainda, isolamento social, violência, degradação física e de caráter, o rompimento de laços afetivos da família com a dependente, caos e pânico que corroboram para minimizar sua qualidade de vida, a perda de esperança na vida e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde (LATKIN et al., 2013).

Apesar de enfrentar dificuldades para o cuidado à gestante/puérpera dependente de crack a família possui, também, facilidades para o seu cuidado. O apoio familiar funciona como motivação para o tratamento dessa mulher. A família passa a ser percebida como determinante para o não uso de substâncias psicoativas, prognóstico e tratamento de usuários de substâncias psicoativas, à medida que incentiva seu familiar em tratamento ou participa deste.

Os profissionais da saúde mental devem operacionalizar um trabalho com famílias buscando torná-las sujeitos de ação transformadora e modificadora na busca de uma melhor qualidade de vida por meio do aprofundamento de temáticas que às instrumentalize para o cuidado de seus familiares, oferecendo-lhes suporte para encararem as adversidades (SCADUTO, BARBIERI, 2009). Assim, essas podem sair da condição de sentirem-se responsáveis pelo uso de substâncias psicoativas do seu familiar e sua dependência química para a construção de uma atitude positiva, que fortaleça sua autoestima, o resgate da sua autonomia, o exercício da cidadania e de suas competências como cuidadoras (HERMETO, SAMPAIO, CARNEIRO, 2010).

Citam como facilidade para o cuidado à gestante/puérpera dependente de crack o apoio de amigos. Estes se apresentam como incentivadores do tratamento das mulheres dependentes que, muitas vezes, apresentam resistência por não reconhecerem o consumo exagerado, possibilitando sua recaída nas substâncias psicoativas (GABATZ et al., 2013). O reconhecimento dessas mulheres da necessidade de tratamento facilita o cuidado de seus familiares. Só a partir desse reconhecimento torna-se possível sua desintoxicação e, a partir dessa, a realização do tratamento medicamentoso, essencial para que suportem a abstinência do uso de crack sem apresentar recaídas (CRUZ, ANDRADE, BASTOS, 2013).

Nesse sentido, o acesso aos serviços de saúde e ao acolhimento facilita o cuidado do familiar à dependente de crack. Os serviços de saúde mental passam a ser valorizados pelos familiares de dependentes químicos à medida que propiciam o

tratamento adequado à gestante/puérpera, de acordo com suas necessidades (CAMATTA, SHNEIDERT, 2009). Como estratégia primária de atendimento foram criados os CAPS ad que representam locais de acolhida, oferecendo uma nova forma de conviver com a dependência química, proporcionando o estabelecimento de vínculo afetivo e a troca de experiências compartilhando com a família o cuidado prestado a esta paciente (KIRSCHBAUM, 2009).

A fé em Deus funciona como apoio para o familiar cuidador da gestante/puérpera dependente de crack para sua recuperação. A religiosidade e a espiritualidade passam a ser estratégias de enfrentamento recorrente de familiares que passam por eventos adversos na vida. O suporte social religioso e espiritual influencia na recuperação dessa mulher e na saúde mental da família, à medida que oferece companheirismo em momentos de intenso sofrimento e dor (BEHERE, DAS, YADAV, 2013).

Uma das dificuldades do familiar para cuidar da gestante/puérpera dependente de crack caracteriza-se pela falta de vontade desta em realizar o tratamento. Os contornos obsessivos da fissura por crack tiram a gestante/puérpera de sua capacidade de escolha e discernimento, focando suas atitudes na obtenção de mais crack, apesar da notória e consciente degradação física e moral, dificultando o controle terapêutico e o cuidado familiar a essa dependente (NAPPO, SANCHEZ, OLIVEIRA, 2011).

As dificuldades financeiras para auxiliar a gestante/puérpera a reconstruir sua vida. Uma pessoa dependente de substâncias na família afeta quase todos os aspectos da vida familiar, por exemplo, as relações interpessoais e sociais, atividades de lazer e finanças. Dependência de substâncias aumenta os conflitos, desestruturando a família, sobrecarregando-as física e emocionalmente, principalmente quando um membro da família assume sozinho o cuidado ao dependente químico (MATTOO et al., 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou conhecer as repercussões do uso de crack para a gestante/puérpera, recém-nascido e a família. Constatou-se que as gestantes/puérperas dependentes de crack iniciaram seu uso por influência de amigos e vizinhos, a facilidade de acesso e a disponibilidade da substância psicoativa e para sentirem-se corajosas para realizarem programas. Usaram o crack em busca de prazer, mas, muitas, apresentam depressão, levando-as à busca compulsiva pela substância psicoativa.

Constatou-se que as gestantes/puérperas dependentes de crack. Muitas vezes, engravidam por realizarem sexo sem proteção. Algumas não lembraram como engravidaram de seus companheiros e/ou, por se prostituírem, engravidam durante a realização de programas, adquirindo doenças sexualmente transmissíveis. A gravidez faz com que a mulher tente parar de consumir a droga. A dependência do crack modifica o seu viver, ficam sentimentais e chorosas durante a gestação, perdem peso, tentam parar de se prostituir e buscam apoio na família para vivenciarem a gestação. No entanto, muitas não realizam o pré-natal e perdem o interesse pela gravidez.

Algumas consumiam a droga minutos antes de internarem para terem seus bebês. Em relação ao parto algumas tiveram um parto normal e sem dificuldades. No entanto, muitas apresentam sintomas de abstinência ao crack no hospital ainda antes do parto. Outras descobriram no hospital que estavam com infecções sexualmente transmissíveis por meio do teste rápido. Algumas gestantes apresentam dor excessiva durante o parto e têm grande dificuldade em apresentar dilatação.

Gestantes dependentes de crack podem apresentar hemorragias vaginais e dores abdominais durante a gravidez, podendo, inclusive, sofrerem aborto devido ao uso abusivo da droga. A maioria relatou ficar dependente nos primeiros consumos. Após o parto têm medo de perder a guarda de seus filhos e de morrer devido à vulnerabilidade social na qual vivem.

Referiram que o crack as deixavam felizes, relaxadas e tranquilas. Ficavam vários dias sem ir em casa em busca da substância psicoativa. Ficaram magras, perderam os hábitos de higiene, não conseguiram concentrar-se e realizar os trabalhos domésticos. Algumas ficavam agressivas e indiferentes, tendo dificuldade

de manter vínculos familiares saudáveis, sendo comum a separação entre casais, a desestruturação familiar, o isolamento social, o envolvimento com o roubo e o tráfico de substâncias psicoativas, a perda da liberdade e o aprisionamento, o distanciamento dos filhos e dos familiares. Na busca por diminuir o consumo de crack procuraram substituí-lo por outras substâncias psicoativas, sendo a principal o álcool por acharem que é o menos nocivo para o bebê.

As puérperas dependentes de crack acreditavam que o fato da criança chorar pouco e ser tranquila e quieta; o apoio da família, vizinhos e amigos e o auxílio financeiro do companheiro facilitam o cuidado à criança. Como dificuldades para o cuidado elencaram a abstinência da droga que as levaram a não se apegarem à criança; a recomendação da não amamentação; a falta de apoio familiar; a vigilância dos profissionais do Conselho Tutelar; a falta de habilidade para a realização de cuidados diretos à criança; o medo de machucar a criança devido a esta possuir malformações e problemas respiratórios e de que esta morra e a falta de condições financeiras para prover as necessidades da criança.

Como expectativas para o futuro, a partir do nascimento da criança, referiram querer parar com o uso do crack; submeterem-se ao tratamento; readquirirem a guarda dos filhos e reestruturarem a família; arrumarem um emprego para poderem dar educação aos filhos e pagarem suas dívidas; abandonarem a prostituição; não retornarem à prisão e fazer uma promessa a Deus em busca de sua recuperação.

Quanto às repercussões do uso de crack na gestação para o recém-nascido observou-se como comum a prematuridade, a necessidade do uso de tecnologias de cuidado pela criança, a ocorrência de abortos e mortes após o nascimento; o nascimento de bebês com diferentes malformações congênitas; a contra-indicação da amamentação, levando à necessidade da criança ser alimentada com leites artificiais; o abandono materno e a institucionalização do recém-nascido.

Em relação às repercussões do uso de crack pela gestante/puérpera para a família cuidadora observou-se a dependência de crack de sua familiar ocasiona mudanças no seu processo de viver. Muda seu estilo de vida por não querer aceitar ser codependente da familiar dependente; tem seu estado emocional afetado, podendo sentir-se magoada, decepcionada, revoltada e triste. Por ter que cuidar da dependente química corre o risco de perder seu emprego; podendo adoecer, apresentando depressão e tendo que fazer uso de medicamentos. Precisam controlar a gestante/puérpera como forma de garantir sua segurança. Tem no

cuidado à gestante/puérpera dependente de crack sua prioridade na esperança que a mesma se recupere.

Como dificuldades para cuidar da gestante/puérpera dependente de crack a família referiu que mudaram seus modo de ser; mentem; roubam; tornam-se agressivas com seus cuidadores e insensíveis, não apresentando afetividade para com eles; apresentam comportamentos antissociais; vendem seus pertences e os das famílias para adquirirem o crack; podem ir presa; passarem a viver à margem da sociedade, convivendo com traficantes e atravessadores das substâncias psicoativas, sendo vítimas de violência na rua. Por estes motivos os familiares puderem, até mesmo, aceitar que estas façam uso da droga em casa. Por medo que seriam punidas ou mortas pagaram suas dívidas de droga. Assim, a dependência de crack da gestante/puérpera gerou desagregação familiar. Sofreram o mesmo estigma da dependente de crack e, por isso, muitos se sentiram marginalizados, reproduzindo este estigma contra as mesmas.

Como facilidades para cuidar da gestante/puérpera dependente de crack apresentaram o apoio familiar, de amigos e vizinhos como motivador para o seu tratamento; a vontade da dependente de crack para se tratar; o acesso aos serviços de saúde e ao acolhimento por profissionais capacitados para o seu cuidado e a fé em Deus.

Os resultados do estudo apresentaram a problemática do uso de crack, principalmente para a mulher, como complexa, exigindo dos profissionais da saúde/enfermeiros preparo para seu enfrentamento. Tendo em vista as graves repercussões do crack na gestação para a mulher, a criança e a família é preciso atuar na prevenção da gravidez dessas mulheres e do seu contágio por infecções transmitidas sexualmente. A mesma precisa ser captada pelos profissionais da saúde/enfermagem e suas famílias e encaminhadas para a realização do pré-natal de alto risco e acompanhamento no CAPS ad, quando grávidas. Após o parto precisa ser assistidas e encaminhadas a Programas de Planejamento Familiar de forma a saberem evitar novas gestações.

Os profissionais da saúde/enfermeiros que atuam nas maternidades e Centros Obstétricos precisam estar preparados para conduzir o parto da puérperas, acompanhando-a no seu puerpério imediato. É preciso saber orientar a mulher acerca dos cuidados com o bebê e verificar aqueles em risco social para fazer os devidos encaminhamentos, garantindo sua segurança e cuidado.

Aqueles que atuam em Maternidades, Unidades de Pediatria e UTN precisam conhecer as peculiaridades dos recém-nascidos de mulheres que fizeram uso de crack durante a gestação, tendo em vista o risco de apresentarem prematuridade, doenças graves e malformações congênitas. Muitas dessas crianças que nascem com malformações necessitarão ser atendidas em Centros de reabilitação nem sempre disponíveis e de orientação para poder atender as necessidades especiais de cuidados que a criança necessitará de forma a ter uma melhor qualidade de vida. Essas mulheres e famílias necessitam ser acolhidas em serviços de apoio que lhes dêem sustentação e encaminhem suas necessidades para que superem suas dificuldades de forma mais amena.

Tendo em vista que a dependência do crack vem se dando em idades, cada vez mais precoces, ações de prevenção devem, também, iniciar cedo, tendo como foco crianças em fase escolar e seus familiares cuidadores para que saibam evitar o início do uso e agir frente ao seu uso, evitando a dependência.

Sabe-se que crianças com sequelas e de mães dependentes de crack podem ir para orfanatos e casas de passagem. Sabe-se, no entanto, que estas são em número reduzido e possuem número insuficiente de vagas. Além disso, sabe-se que poucas famílias substitutivas têm interesse por estas crianças. Assim, políticas públicas que garantam o acolhimento dessas crianças devem ser implementadas de forma que as mesmas não fiquem desamparadas caso sofram abandono familiar. As famílias devem receber suporte para poderem cuidar de suas crianças, mesmo frente a necessidades especiais.

As crianças de mães dependentes de crack ao darem alta do hospital devem ter garantido o acompanhamento periódico por profissionais da saúde e do Conselho Tutelar para que possam ter identificadas precocemente situações de abandono e maus-tratos, garantindo sua segurança. Familiares cuidadores de mulheres dependentes de crack devem ser incluídos em programas de apoio e receberem apoio social, psicológico e econômico para poder investir no seu tratamento e prevenção da gravidez e das sequelas do uso e dependência do crack.

A partir do exposto verificou-se que o uso de crack na gestação e no puerpério, trata-se de fenômeno complexo a ser enfrentado por toda a sociedade. Espera-se que este estudo contribua para a construção do conhecimento propiciando a reflexão acerca da temática e a tomada de posição de cada

profissional, identificando e aplicando intervenções terapêuticas eficazes e eficientes para a mulher dependente de crack, a criança e a família cuidadora.

Mostraram-se como dificuldades para a realização da pesquisa a escassez de textos e materiais acerca da temática escritos por enfermeiros. Devido a pouca produção na área da enfermagem brasileira e estrangeira acerca da temática, sendo um tema rico para a pesquisa. Profissionais que atuam ainda não escrevem acerca de suas experiências dando sua contribuição á pesquisa.

Como facilitador pode ser citado a disposição das pessoas que contribuíram com o estudo em responder aos questionamentos por desejarem o desenvolvimento de novos cuidados que promovam a sua saúde, além do método de análise de conteúdo como uma forma prática para a compreensão do fenômeno estudado, possibilitando descrever e explorar a temática. O estudo possibilitou ampliar a visão acerca das repercussões do uso de crack para a gestante/puérpera, o recém-nascido e a família. Espera-se que possa servir de referência para reflexões, suscitando novas pesquisas.

REFERÊNCIAS

- ALVAREZ, S.Q.; GOMES, G.C.; OLIVEIRA, A.M.N. et al. Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de substâncias psicoativas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.33, n.2, p.102-108, jun. 2012 .
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIAN SAND GYNECOLOGISTS. Opioid abuse, dependence, and addiction in pregnancy. **American Journal of Obstetrics and gynecology**, Santo Lois, n.524, p.1070-1076, may. 2012.
- ARUNOGIRI, L.R.; FOO, L.; FREI, M. et al. Managing opioid dependence in pregnancy: a general practice perspective. **Australian Family Physician**, v.42, n.10, p.713-716, oct. 2013.
- ASSOCIACAO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Abuso e dependência: crack. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.58, n.2, p.138-140, jan. 2012.
- BAILEY, H.; SEMENENKO, I.; PILIPENKO, T. et al. Factors associated with abandonment of infants born to HIV-positive women: results from a Ukrainian birth cohort. **AIDS Care**, Estados Unidos, v.22, n.12, p.1439-1448, dec. 2010.
- BAPTISTA, J.; SOARES, I.; HENRIQUES, M. Recuperação desenvolvimental após a adoção: características da criança e da família adotiva. **Psicologia: reflexão e crítica**. Porto Alegre, v.26, n.2, 2013.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70; 2011.
- BAUM, M.K. et al. Crack-cocaine use accelerates HIV disease progression in a cohort of HIV-positive drug users. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, Hagerstown, v.50, n.1, p.93-99, jan. 2009.
- BEHERE, P.B; YADAV, A. Religion and mental health. **Indian Journal of Psychiatry**, Índia, v. 55, n.6, p.187-194, jan. 2013.
- BERNARDES-FILHO, F.; SILVA, Y.B.; MARTINS, L.G. et al. Fingertip and nasal tip therm alburn in crack cocaine user. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v.88, n.5, p.850-852, set/out. 2013.
- BERNARDY, F.C.C.; OLIVEIRA, F.L.M. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de substâncias psicoativas de abuso por jovens institucionalizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.44, n.1, p.11-17, mar. 2010.
- BHARGAVA, S.; ARORA, R.R. Cocaine and cardiovascular complications. **American Journal of Therapeutics**, Nova Yorque, v.18, n.4, p.95-100, July. 2011.
- BLACK, K.I.; STEPHENS, C.; HABER, P.S. et al. Unplanned pregnancy and contraceptive use in women attending drug treatment services. **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Austrália, v.52, n.2, p.146-50, apr. 2012.

BRAGA, L.L.; DELL'AGLIO, D.D. Exposição à violência em adolescentes de diferentes contextos: família e instituições. **Estudos de Psicologia**. Natal, v.17, n.3, set./dez. 2012.

BRANCO, F.M.F.C.; SOBRINHO, L.B.J.; SOUSA, L.M. et al. Atuação da equipe de enfermagem na atenção ao usuário de crack, álcool e outras substâncias psicoativas. **Journal of the Health Sciences Institute**, São Paulo, v.31, n.2, p.161-165, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O crack: como lidar com este grave problema**. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Substâncias psicoativas do Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Substâncias psicoativas. **Relatório brasileiro sobre substâncias psicoativas/Secretaria Nacional de Políticas sobre Substâncias psicoativas**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Substâncias psicoativas; 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Técnico do pré-natal e puerpério**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010a

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Substâncias psicoativas. **Substâncias psicoativas: cartilha sobre maconha, cocaína e inalantes**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Sobre Substâncias psicoativas; 2010b.

_____. Ministério da Saúde. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. Brasília. Ministério da Saúde; 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRUSAMARELLO, T.; MAFTUM, M.A.; MAZZA, V.A. et al. Papel da família e da escola na prevenção do uso de substâncias psicoativas pelo adolescente estudante. **Ciência Cuidado Saúde**, Maringá, v.9, n.4, p.766-773, out./dez. 2010.

BÜCHELE, F.; COELHO, E.B.S.; LINDNER, S.R. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das substâncias psicoativas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):267-273, feb. 2009.

CAIN, M.A.; BORNICK, P.; WHITEMAN, V. The maternal, fetal, and neonatal effects of cocaine exposure in pregnancy. **Clinical Obstetrics & Gynecology**, Estados Unidos, v.56, n.1, p.124-132, mar. 2013.

CAMATTA MW, SCHNEIDER JF. A psychosocial care center team's work from a family perspective. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.43, n.2, p.393-400, june. 2009.

CARVALHO, H.B.; SEIBEL, S.D. Crackcocaine use and its relationship with violence and HIV. **Clinics**, São Paulo, v.64, n.9, p.857-866, dec. 2009.

CASATTI, G.F.S. Projeto de intervenção social com gestantes e/ou puérperas, usuárias de substâncias psicoativas lícitas e/ou ilícitas. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Brasil, v.15, n.1, p. 97-120, 2011.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS PSICOTRÓPICAS. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de substâncias psicoativas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as maiores cidades do país - 2005. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Substâncias psicoativas; 2006.

CHAVES, T.V.; SANCHEZ, Z.M.; RIBEIRO, L.A. et al. Crack cocaine craving; behaviors and coping strategies among current and former users. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.45, n.6, p.1168-1175, dez. 2011.

CHIRIBOGA, C.A.; STARR, D.; KUHN, L. et al. Prenatal cocaine exposure and prolonged focus attention. Poor infant information processing ability or precocious maturation of attentional systems? **Developmental Neuroscience**, Basel, v.31, (1-2), p.49-58, apr. 2009.

COSTA, G.M.; SOIBELMAN, M.; ZANCHET, D.L. et al. Pregnant crack addicts in a psychiatric unit. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v.61, n.1, p.8-12, sept. 2012.

CRAWFORD, N.D.; RUDOLPH, A.E.; JONES, K. et al. Differences in self-reported discrimination by primary type of drug used among New York City drug users. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, New York, v.38, n.6, p.588-592, nov. 2012.

CREANGA, A.A.; SABEL, J.C.; KO, J.Y. et al. Maternal drug use and its effect on neonates: a population-based study in Washington State. **Obstetrics & Gynecology**, Estados Unidos, v.119, n.5, p.924-933, may. 2012.

CRESSMAN, A.M.; KOREN, G.; PUPCO, A. et al. Maternal cocaine use during breastfeeding. **Canadian Family Physician**, Canadá, v.58, n.11, p.1218-1219, nov. 2012.

CRUZ M.S.; ANDRADE T.; BASTOS F.I. et al. Patterns, determinants and barriers of health and social service utilization among Young urban crack users in Brazil. **BMC Health Services Research**, Londres, v.13, n.1, p.536, dec. 2013.

D'APOLITO, K. Breastfeeding and substance abuse. **Clinical Obstetrics and Gynecology**. v.56, n.1, p.202-211, mar. 2013.

DANIULAITYTE, R.; CARLSON, R.G. "To numb out and start to feel nothing": experiences of stress among crack-cocaine using women in a Midwestern city. **Journal of Drug Issues**, Estados Unidos, v.41, n.1, p.1-24, jan. 2011.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. In: DUNCAN, B.B; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. Medicina Ambulatorial. Porto Alegre: Artmed; 2011.

FONTANA, I.V.; STUMM, E.M.F.; KIRCHNER, R.M. et al. Estresse e *coping* em familiares de dependentes de substâncias psicoativas. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v.5, n.3, p.618-627, mai. 2011.

FRÍGULS, B.; JOYA, X.; GARCÍA-ALGAR, O. et al. A comprehensive review of assay methods to determine drugs in breast milk and the safety of breastfeeding when taking drugs. **Analytical and Bioanalytical Chemistry**. Nova York, v.397, n.3, p.1157-1179, apr. 2010.

FUNES, G.M.; BRANDS, B.; ADLAF, E. et al. Factores de riesgo relacionados al uso de substâncias psicoativas ilegales: perspectiva crítica de familiares y personas cercanas em un centro de salud público en San Pedro Sula, Honduras. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n. esp., p.796-802, nov./dez. 2009.

GARGARI, S.S.; FALLAHIAN, M.; HAGHIGHI, L. et al. Maternal and neonatal complications of substance abuse in Iranian pregnant women. **Acta Medica Iranica**, v.50, n.6, p.411-416, 2012

GASPARIN, M.; SILVEIRA, J.L.; GARCEZ, L.W. et al. Comportamento motor oral e global de recém-nascidos de mães dependentes de crack e/ou cocaína. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v.17, n.4, p. 459-463, dez. 2012.

GELDER, V.; MARLEEN, M.H.J.; REEFHUIS, J. et al. Maternal periconceptional illicit drug use and the risk of congenital malformations. **Epidemiology**, Cambridge, v.20, n.1, p.60-66, jan. 2009.

GOLDSTEIN, R.A.; DESLAURIERS, C.; BURDA, A. Cocaine: history, social implications, and toxicity: a review. **Seminars in Diagnostic Pathology**, Canadá, v.26, n.1, p.10-17, feb. 2009.

GOUIN, K.; MURPHY, K.; SHAH, P.S. Effects of cocaine use during pregnancy on low birthweight and preterm birth: systematic review and metaanalyses. **American Journal Obstetrics Gynecology**. Estados Unidos, v.204, n.4, p.340.e1-12, apr. 2011.

HARP, K.L.H.; OSER, C.B.; LEUKEFELD, C. Social support and crack/cocaine use among incarcerated mothers and non-mothers. **Substance Use and Misuse**, New York, v.47, n.6, p.686-694, may. 2012.

HERMETO, E.M.C.; SAMPAIO, J.J.C.; CARNEIRO, C. Abandono do uso de substâncias psicoativas ilícitas por adolescente: importância do suporte familiar. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v.34, n.3, p.639-652, jan./mar. 2010.

HSER, Y.I.; KAGIHARA, J.; HUANG, D. et al. Mortality among substance-using mothers in California: a 10-year prospective study. **Addiction**, Londres, v.107, n.1, p.215-222, jan. 2012.

IYALOMHE, G.B. Cannabis abuse and addiction: a contemporary literature review. **The Nigerian Journal of Medicine**, Idiaraba, v.18, n.2, p.128-133, apr./june. 2009.

JOHNSON, J.E.; O'LEARY, C.C.; STRILEY, C.W. et al. Effects of major depression on crack use and arrests among women in drug court. **Addiction**, Londres, v.106, n.7, p.1279–1286, july. 2011.

JOHNSON, K.W.; SHAMBLEN, S.R.; COURSER, M.W. et al. Drug use and treatment success among gang and non-gang members in El Salvador: a prospective cohort study. **Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy**, London, v.8, p. 20, june. 2013.

JONES, H.E.; BERKMAN, N.D.; KLINE, T.L. et al. Initial feasibility of a woman-focused intervention for pregnant African-American women. **International Journal of Pediatrics**, Estados Unidos, v.2011, n.389285, 7 pages, mar. 2011.

KEEGAN, J.; PARVA, M.; FINNEGAN, M. et al. Addiction in pregnancy. **Journal of Addictive Diseases**, v.29, n.2, p.175-191, apr. 2010.

KIRSCHBAUM, D.I.R. Nursing agents' perceptions on their work in mental health with psychotic patients in a psychosocial community center. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n.3, p.368-373, may./june. 2009.

KRUK, E; SANDBERG K. A home for body and soul: substance using women in recovery. **Harm Reduction Journal**, Estados Unidos, v.10, n.39, p.1-16, dec. 2013.

LATKIN, C.; DAVEY-ROTHWELL, M.; YANG, J.Y. The relationship between drug user stigma and depression among inner-city drug users in Baltimore, MD. **Journal of Urban Health**. Estados Unidos, v.90, n.1, p.147-156, feb. 2013.

LEITE, N.S.L.; CUNHA, S.R.; TAVARES, M.F.L. *Empowerment* das famílias de crianças dependentes de tecnologia: desafios conceituais e a educação crítico-reflexiva freireana. **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, n.19, n.1, p.152-156, jan./mar. 2011.

LEJUEZ, C.W.; BORNOVALOVA, M.A.; Reynolds, E.K. et al. Risk factors in the relationship between gender and crack/cocaine. **Experimental and Clinical Psychopharmacology**. Estados Unidos, v.15, n.2, p.165-175, apr. 2007.

LEVENTHAL, A.M; PETTIT, J.W; LEWINSOHN, P.M. Familial influence of substance use disorder on emotional disorder across three generations. **Psychiatry Research**. San Diego, v.185, n.3, p.402-407, feb. 2011.

LOPES, T.D.; ARRUDA, P.P. As Repercussões do uso abusivo de substâncias psicoativas no período gravídico/puerperal. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v.3, n.1, p.79-83, jan./abr. 2010.

MADGULA, R.M.; GROSHKOVA, T.; MAYET, S. Illicit drug use in pregnancy: effects and management. **Expert Review of Obstetrics & Gynecology**, Inglaterra, v.6, n.2, p.179-192, mar. 2011.

MAGALHÃES, J.M. Vivência de mães de adolescentes usuários de crack. **Revista Interdisciplinar**, Terezina, v.6, n.3, p.89-96, jul./ago. 2013.

MARANGONI, S.R.; OLIVEIRA, M.L.F. Fatores desencadeantes do uso de substâncias psicoativas de abuso em mulheres. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.22, n.3, p.662-670, jul./set. 2013.

MARANGONI, S.R.; OLIVEIRA, M.L.F. Uso de crack por múltipara em vulnerabilidade social: história de vida. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.11, n.1, p.166-172, jan/mar. 2012.

MARQUES, A.C.P.R.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. et al. Abuso e dependência: crack. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.58, n.2, p.141-153, 2012.

MARTINS-COSTA, S.H.; VETTORAZZI, J.; CECIN, G.K.G. et al. Crack: a nova epidemia obstétrica. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v.33, n.1, p.55-65, 2013.

MATTOO, S.K.; NEBHINANI, N.; KUMAR, B.N. et al. Family burden with substance dependence: a study from India. **Indian Journal of Medical Research**, Índia, v. 137, n.4, p.704-711, apr. 2013.

MCCOWAN, L.; HORGAN, R.P. Risk factors for small for gestational age infants. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, Netherlands, v.23, n.779-793, dec. 2009.

MEDINA, N.A.; FERRIANI, M.G.C. Fatores de proteção para prevenir o uso de substâncias psicoativas nas famílias de uma localidade Colômbia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, n.18, p.504-512, 2010.

MESSIAH, S.E.; MILLER, T.L.; LIPSHULTZ, S.E. et al. Potential latent effects of prenatal cocaine exposure on growth and the risk of cardiovascular and metabolic disease in childhood. **Progress in Pediatric Cardiology**, Amsterdam, v.31, n.1, p.59-65, jan. 2011.

METSCH, L.R.; MILLER, T.L.; LIPSHULTZ, S.E. et al. Hospitalized HIV-infected patients in the era of highly active antiretroviral therapy. **American Journal of Public Health and the Nation's Health**, Nova York, v.99, n.6, p.1045-1049, june. 2009.

MINNES, S.; MIN, M.O.; SINGER, L.T. et al. Cocaine use during pregnancy and health outcomes after 10 years. **Drug and Alcohol Dependence**, Estados Unidos, v.126, n.(1-2), p.71-79, nov. 2012.

MINNES, S.; SINGER, L.T.; KIRCHNER, H.L. et al. The association of prenatal cocaine abuse and childhood trauma with psychological symptoms over 6

years. **Archives of Women's Mental Health**, Austria, v.11, n. 3, p.181-192, july. 2008.

MOAK, Z.B.; AGRAWAL, A. The association between perceived interpersonal social support and physical and mental health: results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. **Journal of Public Health**, Oxford, v.32, n.2, p.191-201, june. 2010.

MORAES, L.M.P.; BRAGA, V.A.B.; SOUZA, A.M.A. et al. Expressão da codependência em familiares de dependentes químicos. **REME: revista mineira de enfermagem**, Belo Horizonte, v.13, n.1, p.34-42, jan./mar. 2009.

MOREIRA, M.M.; MITSUHIRO, S.S.; RIBEIRO, M. **O consumo de crack durante a gestação**. In: LARANJEIRA, R.; RIBEIRO, M. (org). O tratamento do usuário de crack. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.

MYERS, H.F.; SUMNER, L.A.; ULLMAN, J.B. et al. Trauma and psychosocial predictors of substance abuse in women impacted by HIV/AIDS. **Journal of Behavioral Health Services & Research**, v.36, n.2, p.233-246, apr. 2009.

NAPPO, S.; OLIVEIRA, L.G.; SANCHEZ, Z.D.M. et al. O Crack em São Paulo, 20 anos depois. Consciência Alterada o Universo Paralelo das Substâncias psicoativas. **Scientific American**, New York, v.8, n.38, 2010.

NAPPO, S.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R. Uso do "crack" em São Paulo: fenômeno emergente? **Associação Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.16, n.2, p.75-83, abr./jun. 1994.

NAPPO, S.A.; SANCHEZ, Z.V.D.M., OLIVEIRA, L.G. Crack, AIDS, and women in São Paulo, Brazil. **Substance Use and Misuse**, New York, v.46, n.4, p.476-485, 2011.

NAPPO, S.A.; GALDURÓZ, J.C.; RAYMUNDO, M. et al. Changes in cocaine use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 and 1999 in São Paulo, Brazil. **Journal of Psychoactive Drugs**, San Francisco, v.33, n. 3, p.241-253, july./set. 2001.

NEPHEW, B.C.; FEBO, M. Effects of cocaine on maternal behavior and neurochemistry. **Current Neuropharmacology**, Londres, v.10, n.1, p.53-63, mar. 2012.

SÁ NETO, J.A.S; RODRIGUES, B.M.R.D. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.19, n.2, p.372-377, abr./jun. 2010.

OBBER, A.J.; IGUCHI, M.Y.; WEISS, R.E. et al. The relative role of perceived partner risks in promoting condom use in a three-city sample of high-risk, low-income women. **Aids and Behavior**, Nova York, n.15, v.7, n.1347-1358, oct. 2011.

OLIVEIRA, J.F.; MCCALLUM, C.A.; COSTA, H.O.G. Representações sociais de Agentes Comunitários de Saúde acerca do consumo de substâncias psicoativas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.44, n.3, p.611-618, set. 2010.

OLIVEIRA, M.M.; BARBOSA, A.L.; GALVÃO, M.T. Tecnologia, ambiente e interações na promoção da saúde ao recém-nascido e sua família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. Fortaleza, v.10, n.3, p.44-52, jul./set. 2009

ORNOY, A.; ERGAZ, Z. Alcohol abuse in pregnant women: effects on the fetus and newborn, mode of action and maternal treatment. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v.7, n.2, p.364-379, feb. 2010.

PAPASEIT, E.; JOYA, X.; VELASCO, M. et al. Hair analysis following chronic smoked-drugs-of-abuse exposure in adults and their toddler: a case report. **Journal of Medical Case Reports (Online)**, v.10, n.5, p.570, dez. 2011.

PEDROSO, D.T. Meninas no Crack: vulnerabilidades ao uso e dependência. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 5, n. 2, p.126-132, jul./dez. 2013.

PEREZ, J.M.R.; GOLOMBEK, S.G.; FAJARDO, C. et al. A laminar flow unit for the care of critically ill newborn infants. **Medical Devices**, Nova Zelândia, v.6, n.163-167, oct. 2013.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Porto Alegre: Artmed; 2011.

PRATTA, E.M.M.; SANTOS, M.A. Processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.25, n.2, p.203-211, abr./jun. 2009.

PUROHIT, V.; RAPAKA, R.S.; SCHNUR, P. et al. Potential impact of drugs of abuse on mother-to-child transmission (MTCT) of HIV in the era of highly active antiretroviral therapy (HAART). **Life Sciences**. Oxford, v.88, n.21-22, p.909-916, may. 2011.

QIN, J.; FENG, T.; YANG, T. et al. Risk factors for congenital syphilis and adverse pregnancy outcomes in offspring of women with syphilis in shenzhen, China: a prospective nested case-control study. **Sexually Transmitted Diseases**. Estados Unidos, v.41, n.1, p.13-23, jan. 2014.

QUESADA, O.; GOTMAN, N.; HOWELL, H.B. et al. Prenatal hazardous substance use and adverse birth outcomes. **Journal of Maternal-Fetal e Neonatal Medicine**, Inglaterra, v.25, n.8, p.1222-1227, aug. 2012.

RAUPP, L.; ADORNO, R.C.F. Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo (SP, Brasil). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.5, p.2613-2622, 2011.

REIS, L.M.; UCHIMURA, T.T.; OLIVEIRA, M.L.F. Perfil socioeconômico e demográfico em uma comunidade vulnerável ao uso de substâncias psicoativas de abuso. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.26, n.3, p.276-282, feb. 2014.

RIBEIRO, L.A.; SANCHEZ, Z.V.M.; NAPPO, S.A. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.59, n.3, ago. 2010.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artmed: 2012.

RODRIGUES, D.S.; BACKES, D.S; FREITAS, H.M.B. et al. Conhecimentos produzidos acerca do crack: uma incursão nas dissertações e teses brasileiras. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.5, p.1247-1258, mai. 2012.

RUHL, C. Update on chlamydia and gonorrhoea screening during pregnancy. **Nursing for Women's Health**. v.17, n.2, p.143-146, apr./may. 2013.

SANDERS-BUELL, E.; BOSE, M.; NASIR, A. et al. Distinct circulating recombinant HIV-1 strains among injecting drug users and sex workers in Afghanistan. **AIDS Research and Human Retroviruses**, Nova York, v.26, n.5, p.605-608, may. 2010.

SANTOS, M.B.S., NÉRI, H.F.; OLIVEIRA, M.F.L. et al. Do outro lado dos muros: a criminalidade feminina. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 174-188, 2009.

SCADUTO, A.A.; BARBIERI, V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.605-14, 2009.

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

SCHWARTZ, B.G.; REZKALLA, S.; KLONER, R.A. Cardiovascular effects of cocaine. **Circulation**. Estados Unidos, v.122, p.2558-2569, feb. 2010.

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO. **Vício em crack e cocaína separa mães de seus bebês em SP**. São Paulo: Secretaria da Saúde; 2011.

SELEGHIM, M.R.; MARANGONI, S.R.; MARCON, S.S. et al. Vínculo familiar de usuários de crack atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.5, 08 telas, set/out. 2011.

SILVA, A.V.; MACHADO, W.D.; SILVA, M.A. Avaliação da família de uma gestante dependente de crack: estudo de caso à luz do Modelo Calgary. **Revista Sanare**, Sobral, v.10, n.1, p.13-19, jan./jun. 2011.

STRATHEARN, L.; MAYES, L.C. Cocaine addiction in mothers: potential effects on maternal care and infant development. **Annals of the New York Academy of Sciences**, Estados Unidos, v.1187, n.2, p.172-183, feb. 2010.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada**. Porto Alegre: Artmed; 2008.

THOMPSON, B.L.; LEVITT, P.; STANWOOD, G.D. et al. Prenatal exposure to drugs: effects on brain development and implications for policy and education. **Nature reviews-Neuroscience**, London, v.10, n.4, p.303-312, apr. 2009.

TIMPSON, S.C.; WILLIAMS, M.L.; BOWEN, A.M. et al. Sexual activity in HIV-positive African American crack cocaine smokers. **Archives of sexual behavior**, Nova York, v.39, n.6, p.1353-1358, dez. 2010.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas; 2009.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report**. 2013. Disponível em: https://www.unodc.org/.../lpo.../2013/Apresentacao_final_WDR_13.pdf

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. United nations office on drugs and crime. **World Drug Report**. New York: United Nations, 2012.

VARGENS, O.M.C.; BRANDS, B.; ADLAF, E. et al. Uso de substâncias psicoativas ilícitas e perspectivas críticas de familiares e pessoas próximas: na cidade do Rio de Janeiro Zona Norte/Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n.esp., p.776-782, nov./dez. 2009.

WECHSBERG, W.M.; BROWNE, F.A.; POULTON, W. et al. Adapting na evidence-based HIV prevention intervention for pregnant African-American women in substance abuse treatment. **Substance Abuse and Rehabilitation**, vol.2, n.1, p.35-42, feb. 2011.

WILCOX, H.C.; KURAMOTO, S.J.; LICHTENSTEIN, P. et al. Psychiatric morbidity, violent crime, and suicide among children and adolescents exposed to parental death. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, Estados Unidos, v.49, n.5, p.514-523, may. 2010.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ concordo em participar do trabalho de pesquisa desenvolvido pela Mestranda Enfermeira Daiani Modernel Xavier (COREN 315.950 daiamoder@ibest.com.br) intitulado, “**REPERCUSSÕES DO USO DE CRACK PARA A GESTANTE/PUÉRPERA, O RECÉM-NASCIDO E A FAMÍLIA**”. O mesmo tem por objetivo **conhecer as repercussões do uso de crack para a gestante/puérpera, o recém-nascido e a família**. Será realizado através de entrevistas que serão gravadas para posterior análise.

Declaro que fui informado:

- de forma clara dos objetivos, da justificativa, da metodologia de trabalho, em que a coleta de dados se dará por entrevista gravada em um aparelho de mp4.
- da garantia de requerer resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados ao estudo;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que me traga qualquer prejuízo;
- da segurança de que não serei identificado, e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;
- de que serão mantidos todos os preceitos ético-legais durante e após o término do trabalho;
- do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho, bem como dos resultados, ainda que isso possa afetar minha vontade de continuar participando;
- de que os resultados do trabalho serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e divulgados para a comunidade geral e científica em eventos e publicações.

Este documento está em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo que, será assinado em duas vias e ficará uma com a professora responsável pela pesquisa e a outra via será entregue ao participante.

Rio Grande, _____ de _____ de 2014

Enf^a Daiani Modernel Xavier
Contato: (53) 32338868

Assinatura do Entrevistado
Nº de um documento

APÊNDICE B – PLANO DE ENTREVISTA PARA A GESTANTE/ PUÉRPERA

1. Dados de identificação:

Nome:

Idade:

Local de moradia:

Características da moradia:

Escolaridade:

Estado civil:

Profissão:

Características físicas:

Número de filhos e idade:

Presença de doenças associadas:

Uso de outras substâncias psicoativas:

Idade em que começou a utilizar substâncias psicoativas:

Idade de início do consumo do crack:

2. Qual(is) o(s) motivos que atribui ao uso de crack?
3. Qual(is) a(s) consequências do uso de crack em sua vida?
4. Qual o contexto em que ocorreu a gestação?
5. Como foi sua experiência com gestação, parto e puerpério?
6. Quais suas expectativas para o futuro e quanto ao bebê?
7. Como se dá o cuidado ao recém-nascido?
8. Quais as alterações ocorridas no seu cotidiano de vida?
9. Como você vê sua relação com seu filho? (amamentação e cuidados com o bebê)
10. O bebê apresentou intercorrências após o parto? Se sim, quais?
11. Você possui auxílio para cuidar do bebê em casa?

APÊNDICE C – PLANO DE ENTREVISTA PARA O FAMILIAR CUIDADOR

1. Dados de identificação

Grau de parentesco:

Idade:

Sexo:

Ocupação:

Renda familiar:

Nº de pessoas que vivem com esta renda:

Bairro da cidade em que mora:

Características da moradia: número de peças, tipo de construção, presença de água encanada e esgoto, presença de luz elétrica

- 2) Qual o grau de parentesco de sua familiar dependente de crack?
- 3) Há quanto tempo ela faz uso de crack?
- 4) O que mudou na sua vida, após o início da dependência química dela?
- 5) Por qual razão você procurou atendimento?
- 6) Quais são os principais problemas que você enfrenta em seu cotidiano por causa de sua familiar dependente de crack e o recém-nascido?
- 7) Quais os aspectos positivos e/ou facilidades no cuidado ao seu familiar e ao recém-nascido?
- 8) Quais os aspectos negativos e/ou dificuldades encontradas por você para cuidar seu familiar e do recém-nascido?

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA ÁREA DA
SAÚDE – CEPAS



CEPAS/FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 135/ 2013

CEPAS 62/2013

23116.004322/2013-59

CONSEQUÊNCIAS DO USO DE CRACK PARA A GESTANTE E O RECÉM-NASCIDO

Pesq. Resp.: Giovana Calcagno Gomes

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento às pendências informadas no parecer 125/2013, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "CONSEQUÊNCIAS DO USO DE CRACK PARA A GESTANTE E O RECÉM-NASCIDO".

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório **semestral** de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório **final**: 01/08/2014.

Rio Grande, RS, 15 de agosto de 2013.

Profª, Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG