

O acesso ao tratamento de usuárias de crack sob a perspectiva dos profissionais de saúde

Access to treatment for women crack users from the perspective of health professionals

Tais Veronica Cardoso Vernaglia¹, Marcelo Santos Cruz², Simone Peres²

DOI: 10.1590/0103-11042020E316

RESUMO O consumo de crack é um problema de saúde pública no Brasil. Nesse grupo, as mulheres se encontram em situação de maior vulnerabilidade, em especial, por acessarem menos os serviços de saúde. Por esse motivo, o objetivo deste estudo foi analisar os sentidos do acesso ao tratamento de mulheres usuárias de crack na perspectiva dos profissionais de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Outras Drogas (Caps AD). Trata-se de uma pesquisa de campo, qualitativa, por meio da observação participante (54 visitas) e de 13 entrevistas semiestruturadas com profissionais, realizada durante oito meses de imersão em um Caps AD do Rio de Janeiro. Um *software* de gerenciamento de dados – o NVivo – foi utilizado para a análise temática. Trabalho aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa. Para os profissionais, as mulheres vão buscar ajuda porque possuem laços familiares rompidos, precisam de ajuda social devido ao seu contexto de vulnerabilidade e procuram um tratamento direcionado ao seu corpo em falência. Conclui-se como de fundamental importância que o Caps AD ofereça um trabalho desburocratizado e que amplie suas ações no território.

PALAVRAS-CHAVE Cocaína crack. Serviços públicos de saúde. Gênero e saúde. Vulnerabilidade em saúde. Acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT Crack consumption is a public health problem in Brazil. In this group, women are in a situation of greater vulnerability, especially because they have less access to health services. The aim of this study was to analyze the meanings of access to treatment for women crack users from the perspective of health professionals at a Psychosocial Care Center – Alcohol and Drugs (Caps AD). It is a qualitative field, through participant observation (54 visits) and 13 semi-structured interviews with professionals, carried out during eight months of immersion in a Caps AD in Rio de Janeiro. A data management software – NVivo – was used for thematic analysis. Work approved by the Ethics and Research Committee. For professionals, women will seek help because they have broken family ties, need social help due to their vulnerable context and seek treatment directed at their bankrupt body. It is concluded that it is of fundamental importance that Caps AD offers a job without bureaucracy and that expands its actions in the territory.

KEYWORDS Crack cocaine. Public health services. Gender and Health. Health vulnerability. Health services accessibility.

¹Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
tais.vernaglia@unirio.br

²Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

Este estudo apresenta uma análise do acesso de mulheres usuárias de crack a um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD) a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. Considera-se que o uso dos serviços é uma expressão do acesso, mas não se explica apenas por ele, pois condicionantes individuais e contextuais o influenciam¹. Além disso, o contexto de desigualdade e vulnerabilidade social das mulheres pode dificultar o acesso, a permanência e a utilização do serviço de saúde¹⁻³.

Evidencia-se a disseminação crescente do uso do crack nas últimas décadas; e o destaque do uso pelas mulheres torna o problema do acesso aos serviços de saúde um dos mais graves da saúde pública pelo desafio de efetivar um cuidado a grupos mais vulneráveis e estigmatizados. Embora a maior parte dos usuários de crack seja do sexo masculino⁴, o uso entre as mulheres é particularmente complexo na medida em que é fortemente marcado pelas diferenças que são decorrentes das desigualdades sociais e de gênero já existentes nas divisões sociais.

Nessa acepção, o crack inverte o marco referencial no qual os homens se fazem menos presentes nos serviços de saúde uma vez que a vinculação das usuárias é baixa, o que precisa ser mais bem compreendido⁵. As mulheres tradicionalmente sempre utilizaram mais os serviços de saúde quando comparadas aos homens, devido às representações do cuidar como tarefa feminina, às questões relacionadas com o trabalho e com a ausência de unidades voltadas para a saúde dos homens^{5,6}. Entretanto, o crack, por suas propriedades e exposição ao estigma, favorece o baixo acesso e adesão ao tratamento⁷. Por isso, é preciso considerar a segregação das usuárias como integrante do problema do acolhimento pelas equipes multiprofissionais de saúde, reproduzindo mais uma vez o modo de organização da vida social, pois, de algum modo, o preconceito pode reproduzir e dificultar o acesso das mulheres aos serviços.

Como fator agravante dessa situação, as mulheres usuárias são mais desempregadas, menos escolarizadas, possuem maior situação de pobreza e dependência econômica, não têm recursos para as necessidades básicas e não possuem suporte social quando comparadas aos homens⁸ – além de possuírem mais testes para HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) positivo⁹, sofrerem abuso/violência física, psicológica, sexual e terem um comportamento sexual de risco^{10,11}.

Dessa forma, a vulnerabilidade social e o acesso e o tratamento das usuárias estão inseridos em uma realidade complexa que gera interferência no tratamento⁷, impondo a necessidade de privilegiar as trajetórias de vida das mulheres, a saber: suas motivações para o uso, suas experiências e contexto de acesso^{12,13}.

É importante esclarecer que o conceito de acesso se refere à ideia de não restringir a entrada nos serviços de saúde, bem como à capacidade dos serviços responderem às necessidades dos usuários ou de uma determinada população. Por outro lado, o conceito de acessibilidade envolve as características da oferta de cuidados de saúde que permitem que as pessoas cheguem aos serviços. Para entendermos os aspectos que podem se tornar obstáculos para a acessibilidade, consideram-se os seguintes eixos fundamentais: geográficos, organizacionais, socioculturais e econômicos¹⁴.

Assim, os objetivos deste estudo foram: descrever e analisar os sentidos do acesso ao tratamento de mulheres usuárias de crack na perspectiva dos profissionais de saúde de uma unidade Caps AD.

Material e métodos

Trata-se de estudo qualitativo, do tipo pesquisa de campo, realizada em um Caps AD III, que utilizou observação participante e entrevistas semiestruturadas em profundidade com 13 profissionais de saúde. A observação de campo foi conduzida a partir de 54 visitas realizadas durante 8 meses de imersão no campo. O

número máximo de entrevistas foi definido pelo critério de saturação teórico-empírica. A escolha do campo se baseou na concepção de que o local apresentava maior complexidade assistencial, funcionamento durante os sete dias da semana e nas 24 horas, referência de grandes cenas de uso do Rio de Janeiro.

O recrutamento foi realizado pela própria entrevistadora durante o trabalho de campo. Para fins de recrutamento, as entrevistas foram realizadas a partir dos seguintes critérios de inclusão: disponibilidade em conceder as entrevistas; ser referência ou ter acompanhado mulheres usuárias de crack no Caps; ser pessoa-chave que oferecesse uma perspectiva de aprofundamento do material de campo. Quase a totalidade dos profissionais que atendiam aos critérios de inclusão participaram do estudo. Apenas um profissional foi excluído após tentativas sucessivas de agendamento e a finalização do trabalho de campo. Todas as conversas foram gravadas, e os nomes foram codificados, sendo, por isso, substituídos por fictícios. Um roteiro semiestruturado com eixos/temas foi utilizado.

Para organização do material de campo, foi utilizado o apoio do *software* de análise de dados qualitativos – Nvivo versão 820. Para a análise, foi tomado o posicionamento teórico da hermenêutica de acordo com Minayo¹⁵. Dessa forma, a análise temática dos resultados foi feita a partir da compreensão das narrativas individuais traduzidas em temas e categorias que representam configurações de sentido ou configurações discursivas, a partir de representações socialmente partilhadas e construídas sobre as razões e o modo de acesso das mulheres ao Caps AD. Assim, definimos os seguintes eixos analíticos: I- O que as mulheres vão buscar; II- O que o Caps AD precisaria oferecer; III - O que facilitaria o acesso das mulheres ao Caps AD.

Em atenção às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução CNS nº 466/12), foi disponibilizado, aos que aceitaram participar da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi assinado pelos

sujeitos após esclarecimentos do seu conteúdo e afirmação do compromisso dos pesquisadores com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados; e com a preservação do anonimato dos participantes, com linguagem acessível que os permita compreender os objetivos do estudo, os procedimentos realizados, os possíveis riscos e os benefícios esperados.

Em conformidade com a prática geral de pesquisa humana, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (CAAE: 51280515.7.0000.5263).

Resultados

Foram entrevistados, ao todo, 13 profissionais: 10 mulheres e 3 homens; adultos jovens; sendo 3 negros, 3 pardos e 7 brancos (autodeclarados); bem como 4 profissionais da enfermagem, 2 do serviço social, 3 da medicina, 3 da psicologia e 1 de artes cênicas. Todos, menos 2 profissionais, tinham formação em saúde mental e possuíam curso específico na área de álcool e drogas, sendo que, destes, 1 tinha o nível médio. A experiência profissional foi bastante variada: entre 4 e 21 anos. Todos os profissionais tinham experiência na clínica AD entre 3 anos e 15 anos.

Em relação à forma de trabalho no Caps AD, percebemos que todos os profissionais eram referência de mulheres usuárias de crack. Destes, 11 as acompanhavam diretamente, ou seja, eram responsáveis pela elaboração e o acompanhamento dos seus Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), e 2, indiretamente, as acompanharam em situações diferentes no trabalho desenvolvido no serviço, em especial, no momento que estiveram no acolhimento noturno. Apenas duas pessoas da equipe trabalhavam rotineiramente nas cenas/cenários de uso de drogas, ou seja, tinham frequência semanal.

A investigação empírica conduzida identificou três dimensões do acesso que se relacionam com a capacidade de o serviço responder

às necessidades das mulheres, a saber: a) a acessibilidade geográfica; b) a acessibilidade organizacional e c) os aspectos socioculturais. Essas estiveram presentes no discurso dos profissionais entrevistados e foram representados por meio de cinco elementos interdependentes: 1- o sentido do que as mulheres vão buscar e querem encontrar no Caps (aspecto sociocultural); 2- o significado do que elas pedem e como requerem por socorro perante ‘falência dos seus corpos’ (é fim da linha?) (aspecto sociocultural); 3- do significado do que o Caps precisa oferecer, mas nem sempre oferece: oferta irrestrita de cuidado intensivo, diurno e noturno (acessibilidade organizacional); 4- do sentido da oferta de ‘remédio’ como estratégia de barganha com as usuárias (aspecto sociocultural e da acessibilidade organizacional); 5- da necessidade de ampliar o trabalho dos profissionais nas cenas de uso (aspecto sociocultural e acessibilidade geográfica). A seguir, passamos a discutir esses cinco elementos correspondente às três dimensões do problema do acesso das usuárias.

Sobre o sentido do que as mulheres vão buscar e querem encontrar no Caps (aspecto sociocultural): a busca por ajuda em meio aos limites de muitas provações e vulnerabilidades

Segundo os profissionais entrevistados, as mulheres buscam o serviço de saúde em razão de muitas privações e vulnerabilidades sociais. Devemos destacar que, para eles, o pedido de ‘ajuda social’ é o principal fator que as motiva a buscar ajuda. A difícil situação material e financeira das mulheres em razão do modo de organização da própria vida como usuária, do uso crescente indevido dos próprios recursos, leva à ausência quase total de condições de se manter nas ruas, se não, por meio de situações

de extrema penúria e pobreza.

Assim, a indignância e a miséria, os problemas físicos, psicológicos e sociais, associados à violência e à solidão das ruas, ao isolamento e à obscuridade de suas trajetórias são os condicionantes que as levam a estados de total privação do básico e do necessário para sobreviver, tais como: alimentos, sono e roupas. Esse, por sua vez, na visão dos entrevistados, contribui decisivamente para elas chegarem ao limite de suas forças e terem que buscar ajuda nos serviços de saúde. Segundo Záina, enfermeira, o contexto de pobreza em razão da droga foi um forte motivador para o tratamento de Almerinda: *“ela foi perdendo tudo por causa do uso, uma degradação”* (Záina – enfermeira).

Outro exemplo dessa situação de vulnerabilidade aparece por meio da necessidade de as mulheres recorrerem à mendicância. Os profissionais aparentemente não se conformam com a exposição das mulheres a esse tipo constrangedor de situação diante da necessidade delas de obterem o crack, tendo evidenciado essa indignação: *“Ela usa a mendicância para conseguir a droga. Será que isso é necessário? Essa experiência de exposição é um mal-estar”* (Edson – psicólogo). Ante essa situação, os profissionais explicam que as mulheres chegam ao serviço rogando para que lhes seja concedido o suprimento das necessidades básicas de *“comida, banho e sono”* (Carla – enfermeira).

Assim, o acesso ao tratamento se dá, inicialmente, a partir da solicitação de ajuda social. Zuma, psiquiatra da unidade, comentou sobre isso:

Então, elas vêm pedindo muitos benefícios sociais para a gente. Elas vêm pedir Loas [Lei Orgânica de Assistência Social], elas vêm pedir bolsa família. (Zuma – médica).

Além disso, entendem que esse tipo de pedido é endereçado ao Caps AD porque a mulher usuária de crack vive em um contexto no qual seus laços familiares estão fragmentados ou desfeitos, ou seja, como exemplifica Douglas:

O usuário de crack não chega quando está no início do uso, ele vem quando já tá feita a destruição total. Já não tem apoio da família, né? Ou já está em situação de rua. (Douglas – médico).

Sobre o que que elas pedem e como requerem por socorro frente a ‘falência dos seus corpos’ (é fim da linha?) (aspecto sociocultural)

Os profissionais reconhecem no Caps o local em que é realmente necessário acolher as mulheres usuárias de crack, quando elas chegam em uma grave situação relacionada com as necessidades do seu corpo decorrentes do abuso do crack. Para eles, é necessário compreender que as mulheres, ao procurarem o serviço de saúde, fazem um importante esforço de aproximação com a unidade e que, por esse motivo, é fundamental atender imediatamente às suas demandas. A declaração de um dos entrevistados assinala claramente que esse é o papel e o diferencial dessa clínica:

Pra essas usuárias que ficam na cama de uso meses, como que eu vou pedir pra ela voltar outro dia? Ela não sabe realmente nem que dia é hoje. E aí tem essa questão do cuidado do corpo, da fome, do sono, que é o pedido que não tem muito como subjetivizar tanto né? (Carla – enfermeira).

Para os entrevistados, o acolhimento noturno é o melhor recurso para responder a essa demanda, por isso, não ter vagas colocaria as usuárias em situação de risco: *“eu acho que uma vulnerabilidade, por exemplo, é se ela chega aqui e o acolhimento tiver cheio”* (Edina – psicóloga). Divide opiniões dos profissionais o fato dos motivos que as fizeram acessar o serviço serem caracterizados como uma situação de risco. Por vezes, a segurança de ter tomada uma decisão baseada na

urgência do cuidado a partir do corpo que se encontra em falência lhes deixa dúvidas: *“Em que momento é acolher pra salvar vida ou até que ponto é uma manipulação daquela pessoa”* (Mariana – médica). Para outros, é preciso atender prontamente os *“casos descendo a ladeira”* (Edina – psicóloga) que podem ser constatados por meio da própria condição física em que se encontra o corpo das mulheres: *“com muitas drogas no corpo: desnutridas, emagrecidas, sujas, faltando dentes, várias infecções etc.”* (Zuma – médica).

No entanto, além dessa dimensão do problema, é preciso considerar que as necessidades relacionadas com o corpo são fatores que apresentam diferenças para homens e mulheres na visão dos profissionais:

porque a mulher é vaidosa, a mulher quer estar, né? Dá um jeitinho, arrumar alguma coisinha sempre no corpo, alguma coisa e chega malcheirosa, maltrapilha. Acho que é ruim, talvez seja essa a procura e a demanda do serviço. (Jane – técnica de enfermagem).

Sobre o que o que o Caps precisa oferecer, mas nem sempre oferece: oferta irrestrita de cuidado intensivo, diurno e noturno (acessibilidade organizacional)

O Caps AD foi identificado pelos entrevistados como o único local de acolhimento possível para essas mulheres que se encontram em situação de abandono, por isso, deveria ofertar um cuidado com característica de intensividade. Os entrevistados constatam que o acolhimento, tanto diurno quanto noturno, mostrou-se uma ferramenta potente e que responde de forma rápida às necessidades apresentadas pelas mulheres:

Acho que o paciente que, de repente, está em situação de rua, indiretamente, ele já tem uma indicação de até uma intensividade, está fazendo uso até um pouco abusivo. (Fabiane – enfermeira).

Em outros termos, significa que responder de forma intensiva é ofertar um cuidado baseado nas necessidades básicas apresentadas pelas mulheres. Carla comentou sobre o período de intensividade como uma forma de recolocar necessidades básicas novamente na rotina:

Normalmente, têm um período que não têm muito o que se fazer além de cuidado básico de fome, sono, banho. O que eu percebo é que fica bastante tempo nesse momento assim, pelo menos uma semana. (Carla – enfermeira).

Contudo, o que se destaca é a avaliação dos entrevistados de que essa estratégia serve para estreitar os laços e solidificar o vínculo terapêutico:

Tentar aumentar o vínculo com o serviço nesse momento que ele se encontra no Caps, aumentar os laços com os profissionais que estão aqui e com as atividades que ele pode estar frequentando quando ele está acolhido. (Fabiane – enfermeira).

Para eles, o acolhimento noturno é uma ferramenta potente para conter a compulsão e intervir no abuso do crack, portanto, promovendo seu controle:

O acolhimento noturno para essas mulheres é pensado como uma forma de contenção. Eu acho que uma contenção no sentido do dar um contorno para esse momento que elas estão passando. (Edina – psicóloga).

Ademais, compreendem ser um direito fundamental do cuidado reconhecido pelas mulheres, como descrito na reprodução da fala de uma mulher usuária de crack feito por Juliana:

É meu direito, é meu direito, é meu direito, é meu direito dormir aqui dentro [...] a gente tem que indicar, por exemplo, descanso do paciente [...] para dentro do Caps, pode descansar no Caps. (Juliana – assistente social).

Sobre a oferta de ‘remédio’ como estratégia de barganha com as usuárias (aspecto sociocultural e da acessibilidade organizacional)

Os profissionais com base na experiência sabem que nem sempre podem hesitar em relação ao pedido de remédio. De fato, muitas mulheres, mas não somente elas, evidenciam que não podem passar longos períodos sem ajuda de alguma droga, até que sua situação possa ficar melhor e mais controlada, pois dizem que é preciso ter força e ‘fôlego’ para suportar a situação extrema em que se encontram e que essa não é a coisa mais fácil de fazer para usuários de drogas e, principalmente, de crack. Deve-se acrescentar que a medicação é descrita como uma ferramenta fundamental de pactuações e um recurso que diminui sintomas angustiantes. Essa funcionaria como uma espécie de barganha ou moeda de troca importante para favorecer o vínculo com o profissional e o serviço. Fabiane sublinha “*que é uma maneira de fazer com que o paciente venha com uma certa regularidade e que a gente veja ele tomando a medicação, né?*” (Fabiane – enfermeira).

É indiscutível, todavia, que essa posição não é unânime como pode ser visto por meio dos depoimentos dos entrevistados, que, em um certo sentido, identificam a necessidade de medicar, mas, ao mesmo tempo, avaliam os riscos de assumir essa posição. Juliana, por exemplo, entendeu que foi a utilização antecipada da medicação que impediu o retorno de Daniele ao Caps AD III: “*a Zuma [médica]*

deu a medicação, ela [Daniele – usuária de crack] *não voltou mais* (Juliana – assistente social). Outros profissionais reconhecem que a medicação possibilita o aparecimento de “*novas questões*” (Tatiana – psicóloga), para além do abuso do crack. Como pode ser visto ainda, alguns entrevistados reconhecem e recomendam a medicação como necessária com a finalidade reduzir os sintomas angustiantes relacionados com o contexto de vida das mulheres e com o quadro psiquiátrico. É importante, nesse sentido, pontuar que, pelo menos em um certo sentido, os médicos reconheceram que “*não existe nenhum medicamento específico*” (Douglas – médico); “*específico para o crack*” (Mariana – médica). Com base em sua experiência, acreditam que há também uma parte essencial que está em jogo, que tem a ver com as condições de vida das mulheres e da luta contra o vício que envolve muitas dificuldades e conflitos e que se manifestam nas suas próprias circunstâncias de vida no contexto do uso do crack:

porque elas estavam em situação de violência. E, então, tinha dificuldade de dormir, não tinha como e ainda usando crack. Mas, agora, e tirei a medicação. (Douglas – médico).

Sobre a necessidade de ampliar o trabalho dos profissionais nas cenas de uso (aspecto sociocultural e acessibilidade geográfica)

Não é casual que haja uma incompatibilidade entre a demanda das mulheres e a interpretação dos profissionais sobre suas necessidades porque as avaliações envolvem, obviamente, diferentes pontos de vista. É essencial dizer que a estrutura organizacional/burocratização do serviço é descrita pelos profissionais como impeditivo e dificultador do acesso das mulheres.

É importante esclarecer que as barreiras de acesso estão, respectivamente, relacionadas com a normatização; com a concepção de cuidado dos trabalhadores; com a organização do processo de trabalho; com a relação com o território e com a concepção do papel do serviço para a equipe.

Sobre esse aspecto, os profissionais falam de normas e funcionalidades do serviço, tais como: horário para refeições, restrição do número de leitos e frequência ao Caps AD a partir de PTS, que precisam ser flexibilizados. Itens definidos como necessários para a normatização das atividades foram questionados em vários momentos pelos entrevistados e, algumas vezes, como impeditivos do acolhimento.

É claro que isso precisa ser bem entendido, o que foge ao escopo deste artigo, mas, certamente, é possível dizer que, para melhorar o atendimento, os entrevistados dizem que, em muitos casos, o serviço deveria ser flexível e desburocratizado para contemplar as reais e imediatas necessidades das mulheres; isso porque as usuárias de crack “*não conseguem cumprir esse projetinho bonitinho burocratizado*” (Edina – psicóloga).

Tal exemplo, entre tantas falas semelhantes, nos faz entender, em termos mais concretos, que é preciso flexibilizar e desburocratizar a rotina, ou seja, “*fugir dos quadrados*” (Mariana – médica). Certamente, desse modo, seria preciso haver repactuações relativas à rotina da unidade:

É o que é possível para aquele sujeito naquele momento [...] não é possível você vir aqui às 7h da manhã. Mas por que não é possível? Ah, o cara dorme muito tarde, dorme um sono horrível porque está na rua e não pensa você que é um sono tranquilo; você está na rua, você está muito vulnerável. (Juliana – assistente social).

As experiências mostram que há um ponto forte e fundamental que é uma alternativa para ajudar nos incomensuráveis problemas associados ao uso do crack: o trabalho constante dos profissionais nas cenas de uso. Nesse

aspecto, os profissionais são unânimes a respeito da indiscutível relevância do trabalho nas cenas de uso de drogas como forma de favorecer o acesso das mulheres às unidades de saúde. Na visão dos profissionais de saúde, não se pode ficar alheio e desinteressado das questões que ocorrem nas cenas de uso, que são fundamentais para aqueles que vivem às margens, que possuem modos de vida definidos por rotinas fatigantes e arriscadas. Por isso mesmo, a proposta de acesso ao tratamento precisa estar em consonância com a ampliação da sistemática da oferta da assistência às mulheres nas ruas.

Não diríamos, entretanto, que todos os profissionais de saúde queiram ir para às ruas, muito pelo contrário, somente alguns, pois existe também uma pluralidade de visões dos que não aceitam trabalhar nessa posição e não se consideram com capacidade de trabalho nesse contexto. Dessa forma, os profissionais reconheceram a importância fundamental do trabalho na rua como produtor de acesso, por meio de ações extramuros:

A pessoa que já está na rua e está no uso intenso, ela não tem organização para isso. E o serviço está muito fechado em caixinha e esse é um grande problema. (Renato – redutor de danos).

No entanto, é importante abordar a dificuldade dos profissionais de realizarem seu trabalho fora do Caps: “A galera que trabalha no Caps tem uma dificuldade de ir para o território” (Renato – redutor de danos). Eles justificam o afastamento devido à distância que se encontram das cenas de uso, ao quantitativo reduzido de profissionais e ao grande volume de trabalho na unidade, como lamentou Edina: “A gente não dá conta de tudo, a gente não dá conta de tudo” (Edina – psicóloga).

Na visão de alguns profissionais, o trabalho na rua é fundamental pela perspectiva de ser a rua o local em que as ações de cuidado podem ser desenvolvidas: “A gente não tá lá trabalhando pra que a pessoa venha pro Caps. A gente tá lá colhendo as demandas” (Tatiana

– psicóloga). É simples, “o que não dá certo, no início, é deixar por conta de o paciente vir até o Caps porque não vem, né?!” (Douglas – médico); e nós podemos fazer o trabalho inicial de trazer a usuária que não virá sozinha, exceto quando seu corpo estiver falindo.

Além do mais, é preciso não esquecer que, para os usuários de crack, existe, nas ruas, uma vida que eles consideram estruturada de acordo com as normas e rotinas do uso cotidiano do crack e que, nessa vida, por mais indigna, violenta e arriscada que pareça, os usuários sustentam relações entre si e modos de vida próprios, de acordo com as próprias necessidades. De fato, ao contrário, há também oferta de cuidado, abrigo e proteção, a partir de relações do tipo familiares que se estabelecem entre os usuários. Digamos que ali são encontrados: o “paizão” e a “mãezona”, a “família da rua”, como explicou Renato (Renato – redutor de danos). Na verdade, a proposta de trabalho na rua é fundamental porque o território é o local que as mulheres escolhem permanecer parte do seu tempo: “quando você acha que ela vai chegar [referindo-se às mulheres chegarem no Caps AD III], ela volta para rua de novo” (Fabiane – enfermeira).

Assim, a rede territorial garante acesso ao tratamento das mulheres porque ela referencia as demandas:

Ela conhece [o Caps AD] por dois modos. Uma forma é pelos Consultórios na Rua que sempre referenciam a grande maioria, que foi descrito como ‘as pernas no território’. (Edina – psicóloga).

Discussão

Observou-se que, na perspectiva dos profissionais, as mulheres usuárias de crack buscam ajuda no Caps AD a partir de dois elementos: o pedido de ajuda em meio aos limites e privações e o adoecimento do corpo. Esses elementos são representativos da situação de abandono e de desamparo em que elas se encontram.

Corroborando nosso achado, Castro et al.¹⁶ deixam claro que as mulheres que fazem uso de drogas estão em situação de maior vulnerabilidade e relacionam esse fato a fatores associados ao perfil sociodemográfico – negras, baixa escolaridade, desemprego, cuidado de filhos pequenos, violência, sexo desprotegido, ausência de tratamento e troca do corpo pela droga. Riley et al.¹⁷, em seu estudo sobre as necessidades básicas de 249 mulheres infectadas por HIV – entre estas, 33 usuárias de crack –, demonstrou que, em média, 20% moravam nas ruas, 97% não possuíam nenhum seguro de saúde e mais de 50% possuíam situação de saúde crônica. Já Picoli¹⁸ identificou que o intenso sofrimento provocado pelas dificuldades na família, emocionais e amorosas são razões que levam ao uso de crack. Gomes et al.¹⁹ referem, por meio dos resultados da cartografia de um caso clínico, que a ruptura dos laços é uma barreira para o acesso ao cuidado em saúde mental.

Nessa direção, Scabio²⁰ registrou que os usuários, de algumas cenas de uso que acesavam a Clínica da Família, estavam tão sujeitos a ponto de dificultar os profissionais a distinguirem sujeira de infecção. Para lidar com isso, os profissionais precisam permitir que os usuários se limpem no banheiro da clínica para depois receberem cuidados.

Os profissionais reconheceram que o corpo em falência da mulher usuária de crack motivava a sua busca por ajuda no Caps AD. Para eles, esse corpo que sofre as consequências do abuso do crack define uma situação de urgência do cuidado.

Sobre esse aspecto, Romanini e Rosso²¹ alertam para o risco de se dirigir aos usuários apenas como um ‘corpo-objeto’ para não reduzir os sujeitos e suas respectivas singularidades, desperdiçando assim a oportunidade de identificar pistas sutis favoráveis à condução do tratamento. Ademais, Le Breton²² adverte sobre as disposições da estrutura simbólica presentes na interação social, que dão sentido à existência invisível, bem como precisamente

os ritos e símbolos que [os sujeitos] colocam socialmente em cena, as proezas que podem realizar, as resistências que oferece ao mundo que são incrivelmente variados, contraditórios para nossa lógica²²⁽²⁸⁾.

Dessa forma, parece importante e fundamental acolher esse tipo de demanda porque atende a anseios diferenciados de gênero²³. De fato, Romanini e Rosso²¹ nos ajudam a entender essa visão acima, ao mencionar como, para as mulheres, existe uma diferença importante no discurso sobre o corpo que se manifesta nas razões usadas para pedir atendimento. Elas não se preocupam com o corpo de forma trivial e irrelevante. A aparência surge como uma questão fundamental que é preciso estar preparado para ouvir.

O efeito do crack produzido sobre o corpo, observado entre os profissionais, é articulado da seguinte forma: o corpo-forte, masculino, após o uso contínuo do crack dá lugar ao corpo-feio, feminino: De fato, as marcas impressas no corpo masculino pelo uso do crack têm a conotação de força e virilidade do homem. Contudo, as mesmas marcas no corpo feminino representam um ‘corpo feio’ (*sic*), não atraente, visto que correspondem a ideologias distintas²¹. Concordamos com Le Breton que afirma que as imagens do corpo estão ligadas aos papéis sociais, papéis aos quais estão sujeitos os modos de vida^{22,23}.

Nas falas apresentadas, percebe-se que as mulheres chegam em situação de risco demarcadas pelo seu estado de exaustão e pelas complicações relacionadas com o abuso do crack. Por isso, os profissionais descrevem diferentes recursos dos quais se valem para responder às necessidades concernentes ao corpo das mulheres; entre estes, o cuidado intensivo diurno e o acolhimento noturno.

Ou seja, em outros termos, a noção acima está de acordo com a Portaria nº 130/2012 que deixa claro que o acesso aos leitos de acolhimento noturno deve ser feito com base nos seguintes critérios: “em especial desintoxicação, e/ou em critérios psicossociais, como

a necessidade de observação, repouso e proteção, manejo de conflito, dentre outros”²⁴⁽³⁹⁾. Do mesmo modo, outros autores registram que o tratamento intensivo deve atender às situações que possuem como características comuns o acaso, a imprevisibilidade, o intempestivo, porque esses são fenômenos intensos, que identificam as distintas formas de andar a vida dos sujeitos¹⁸. Para Moebus, as situações chamadas de ‘críticas’ possibilitam a aproximação dos usuários de maneira desejável singular, isso porque a crise permite um duplo acesso – “acesso ao cuidado em seu processo, acesso ao sujeito em seu excesso”²⁵⁽⁵³⁾.

Constatou-se que, para os profissionais entrevistados, a medicação é descrita como uma ferramenta de pactuações e um recurso que diminui sintomas angustiantes. Não existe consenso na literatura quando o tema é medicação e uso do crack. Também não há uma unanimidade entre os autores.

Para Daniulaityle et al.²⁶, o uso de crack aumenta sintomas depressivos. Percebe-se que, em usuários de múltiplas drogas, a associação de diferentes drogas pode estar associada ao alívio dos sintomas angustiantes provocados pelo crack. Nappo et al.¹⁰ sugerem que o álcool é uma das estratégias mais utilizadas por usuários de crack para aliviar sintomas paranoides transitórios, sobretudo amenizando o medo e a agressividade. Contudo, pelo menos para alguns, como Romanini e Rosso²¹, se o profissional da saúde classifica o sujeito como um dependente químico, que possui uma doença crônica e incurável, encontrará uma justificativa razoável para pensar no alívio do sintoma por meio da medicação aliado à internação. Os autores afirmam que esse é um fator que “depende também da relação que o sujeito estabelece com cada substância”²¹⁽⁴⁹³⁾. Para Conrad²⁷, o deslocamento de responsabilidade para o remédio possui ramificações sociais. Para nós, a questão seria, em um certo sentido, ser capaz de mostrar – de acordo com o material empírico – que, pelas próprias reflexões dos profissionais

entrevistados e das mulheres entrevistadas (dados não trabalhados aqui) – pelo menos em nosso pequeno universo empírico –, há o franco reconhecimento dos entrevistados de que as mulheres acedem ao serviço em conformidade com suas necessidades e avaliações e que há, por parte do pedido delas, a suplica por um remédio que tenha o efeito de remissão de seus sintomas, bem como de remissão da dor do corpo e da alma diante de suas circunstâncias especiais. As motivações das mulheres não são independentes aos sentidos esboçados acima, mas também é verdade que a aspiração por uma droga a mais pode ser também uma busca por autorrespeito e dignidade²⁸.

Como último elemento, o acesso ao tratamento pode ser facilitado pela flexibilização da normatização interna e pela ampliação do trabalho dos profissionais nas cenas de uso.

Nas avaliações de alguns autores como Gomes e Mehry¹⁹, a desburocratização é peça-chave no acesso ao tratamento. Benevides et al.²⁹ sinalizam que a prática clínica exige, a todo momento, instrumentos e ações resolutivas, por isso, precisam ser desburocratizadas. Dito de outro modo:

produzir cuidado não é atuar de forma burocrática e mecanicista, e sim perceber que o caráter individual do sujeito tem importante relevância no dinamismo do cuidado²⁹⁽¹³³⁾.

Associado a isso, o trabalho na rua é uma ferramenta cara de acesso ao tratamento para as mulheres usuárias de crack. Nesses termos, Gomes e Mehry¹⁹ deixam claro que o território deve ter o que, segundo os autores, é chamado de vetor de saída, permitindo as constantes reconstruções e pactuações, por isso

se dá em constante processo de produção, cadenciando momentos de variação e permanência. O território, paradoxalmente, se produz por movimentos de desterritorialização e reterritorialização¹⁹⁽³³⁾.

Na verdade, para finalizar, para diferentes autores, a ampliação do acesso ao tratamento para pessoas com problemas com o álcool e outras drogas se relaciona com o trabalho em rede, em especial, por intermédio dos agentes comunitários de saúde, dos Programas de Redução de Danos, das equipes da Estratégia Saúde da Família, dos Consultórios na Rua, dos agentes de segurança pública e da assistência social, dos Caps³⁰. Em outros termos, os serviços de base territorial e as ações comunitárias são capazes de intervir nos problemas diretos da população com um trabalho em rede, no sentido de fortalecer o acesso ao tratamento a quem necessita.

Considerações finais

Problemas ligados ao acesso e à acessibilidade se mostraram presentes neste estudo. A acessibilidade geográfica, a acessibilidade organizacional e os aspectos socioculturais podem perpetuar um modelo muitas vezes inflexível de atenção às mulheres usuárias de crack. Esse é um fator que aumenta as dificuldades do acesso e da permanência delas nas unidades de saúde.

A questão da acessibilidade geográfica se mostrou presente por meio da distância existente entre as casas de uso e a unidade de saúde. O problema da acessibilidade organizacional, relacionada com o próprio modo de organização do serviço, evidenciou-se por protocolos assistenciais rígidos voltados para o cuidado das mulheres usuárias.

Do ponto de vista das questões socioculturais, vimos que as usuárias precisam de uma atenção especializada no momento em que conseguem ter força, ânimo, energia, vontade e motivo suficientes para procurar ajuda, pois nem sempre elas dispõem desses recursos. Ademais, é importante lembrar que, para esse grupo, a percepção de risco e de gravidade, relacionada com as consequências da dependência do crack, envolve crenças, hábitos que implicam o deslocamento delas

até o serviço de saúde para pedirem ajuda. Essa limitação se reflete no adiamento e na demora delas para chegarem ao serviço de saúde, que protela o primeiro contato e a consciência dos riscos referentes ao abuso do crack.

Com isso, pode-se afirmar que os problemas do acesso esbarram nas questões relativas à acessibilidade e precisam ser enfrentados pelas unidades de saúde que prestam cuidados às mulheres com problemas com o crack.

O contexto das diferentes vulnerabilidades às quais as mulheres estavam expostas, representado pelo pedido de ajuda social, e o fato de terem laços rompidos caracterizavam, para os profissionais, os motivos pelos quais as mulheres buscavam o Caps AD. A medicação foi um instrumento de barganha, e muitos entendiam que era uma forma de negociar o retorno das mulheres ao Caps AD.

Pode-se afirmar que o corpo foi um mediador do acesso ao tratamento. Para eles, responder de forma intensiva às necessidades das mulheres usuárias de crack seria ofertar-lhes um cuidado direcionado às suas necessidades básicas, a saber: descanso, banho, comida etc. Foram feitas críticas sobre a rigidez instituída pela própria rotina do serviço, em especial, em relação aos horários das refeições e de descanso nos leitos. Outrossim, aponta-se que o trabalho na rua é uma ferramenta valiosa de acesso ao tratamento para as mulheres usuárias de crack.

Nessa direção, considera-se que a maior estigmatização e vulnerabilidade das mulheres, à luz das considerações sobre as desigualdades de gênero, precisam ser consideradas, na medida em que elas interferem na forma como são abordadas nas ruas e igualmente acolhidas pelos profissionais de saúde nas unidades. Do contrário, a luta voltada para a oferta de cuidados torna-se invencível, superficial e impossível.

Salientamos que a rede de assistência aos usuários de drogas leva em consideração as características de grupos especialmente vulneráveis para diminuir as barreiras e ampliar

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

o acesso ao tratamento. Recomendamos que pesquisas futuras discutam o acesso ao tratamento aos serviços sociais e de saúde das pessoas com problemas com o crack que se encontram nas cenas de uso. Também, que sejam abordadas as diferenças existentes entre as formas de acesso ao tratamento entre os homens e as mulheres. Por fim, que as políticas públicas direcionadas à saúde da mulher e à saúde do homem incluam as especificidades das pessoas com problemas com o crack.

Colaboradores

Vernaglia TVC (0000-0003-3391-7301)* é responsável pela concepção, delineamento, análise/interpretação dos dados e redação do artigo. Cruz MS (0000-0003-0057-2095)* é responsável pela discussão dos resultados, revisão crítica e aprovação da versão final do trabalho. Peres S (0000-0001-7352-8664)* é responsável pela discussão dos resultados, revisão crítica e aprovação da versão final do trabalho. ■

Referências

1. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2004 [acessado em 2019 maio 10]; 20 (supl2): s190-198. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>.
2. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. [internet]. 2002 [acessado em 2019 maio 10]; 7(4):687-607. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000400007>.
3. Oliveira IBN. Acesso universal? Obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/AIDS em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2009 [acessado em 2019 maio 10]; 25(supl2):s259-262. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400008>.
4. Bastos FI, Bertoni N. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
5. Granja E, Gomes R, Medrado B, et al. O (não) lugar do homem jovem nas políticas de saúde sobre

- drogas no brasil: aproximações genealógicas. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2015 [acesso em 2019 maio 10]; 20(11):3447-3455. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001103447&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152011.19972014>.
6. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2007 [acesso em 2019 maio 10]; 23(3):565-574. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>.
 7. Halpern SC. Vulnerabilidade Social, Trauma e Adesão Ao Tratamento de Usuários de Crack. [tese]. Porto Alegre: Universidade do Rio Grande do Sul; 2017.
 8. Vernaglia TVC, Leite TH, Faller S, et al. The female crack users: Higher rates of social vulnerability in Brazil. *Health Care Women Int* [internet]. 2017 [acesso em 2018 out 18]; 38(11). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28825524>.
 9. Bertoni N, Burnett C, Cruz MS, et al. Exploring sex differences in drug use, health and service use characteristics among young urban crack users in Brazil. *Int J Equity Health* [internet]. 2014 [acesso em 2015 maio 15]; 13(1). Disponível em: <https://equityhealth.biomedcentral.com.ez29.capes.proxy.ufrj.br/articles/10.1186/s12939-014-0070-x>.
 10. Nappo SA, Sanchez Z, Oliveira LG. Crack, AIDS and women in São Paulo. *Subst Use Misuse* [internet]. 2011 [acesso em 2018 out 22]; 46(4):476-485. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/10826084.2010.503480>.
 11. Lorvick J, Confort ML, Krebs CP, et al. Health service use and social vulnerability in a community-based sample of women on probation and parole, 2011–2013. *Health & Justice* [internet]. 2015 [acesso em 2016 out 22]; 3(13). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5151512/>.
 12. Arruda MSB, Soares CB, Adorno RCF. Revisão bibliográfica: o consumo de crack nos últimos 20 anos. *Sau & Transf Soc* [internet]. 2013 [acesso em 2016 set 10]; 4(2):157-166. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/2251/2648>.
 13. Medeiros KT, Maciel SC, Sousa PF, et al. Vivências e Representações sobre o Crack: Um Estudo com Mulheres Usuárias. *Psico-USF* [internet]. 2015 [acesso em 2018 out 23]; 20(3):517-528. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-82712015200313>.
 14. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras de Enf* [internet]. 2013 Set [acesso em 2020 ago 11], 66(esp):158-164. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.
 15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. Rio de Janeiro: Hucitec; 2014.
 16. Castro P, Souza CME. Uso de drogas na Adolescência e Juventude: revisão da literatura a partir da perspectiva de gênero. In: *Anais do 16º. Congresso Brasileiro de Sociologia*; 2009; Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. p. 28-31 [acesso em 2020 out 30]. Disponível em: [file:///Users/edsonvernaglia/Downloads/sbs2009_GT26_Patricia_Castro%20\(1\).pdf](file:///Users/edsonvernaglia/Downloads/sbs2009_GT26_Patricia_Castro%20(1).pdf).
 17. Riley ED, Moore K, Sorensen JL, et al. Basic Subsistence Needs and Overall Health Among Human Immunodeficiency Virus-infected Homeless and Unstably Housed Women. *Am J Epidemiol* [internet]. 2011 [acesso em 2015 jan 19]; 174(5):515-522. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3161197/>.
 18. Picoli CMC. Adesão de Usuários de Crack ao Tratamento num Caps I do Interior do Rio Grande do Sul [dissertação]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.
 19. Gomes MPC, Mehry EE, organizadores. Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e

- barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
20. Scabio JL. “Não dá pra amarrar”: uma etnografia da interação entre agentes de saúde e usuários de crack a partir do Consultório na Rua [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2013.
 21. Romanini M, Roso A. Mídiatização do crack e estigmatização: corpos habitados por histórias e cicatrizes. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2014 [acesso em 2018 out 23]; 18(49):363-376. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200363&lng=en&nrm=iso.
 22. Le Breton D. *A sociologia do corpo*. Tradução: Fuhrmann S. 6. ed. Petrópolis: Vozes; 2017.
 23. Scott JW. *Gênero: uma categoria útil para análise histórica*. New York: Columbia University Press; 1989.
 24. Brasil. Portaria nº 130, 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. *Diário Oficial da União*. 26 Jan 2012. [acesso em 2020 set 22]. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html.
 25. Moebus R. Crise – Um conceito constitutivo para a saúde mental. In: Gomes MPC, Mehry EE, organizadores. *Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 43-54.
 26. Daniulaityle R, Flack R, Wang J, et al. Predictors of depressive symptomatology among rural stimulant users. *Psychoactive Drugs* [internet]. 2010 [acesso em 2017 abr 24]; 42(4):435-445. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21305908>.
 27. Conrad P. *The Medicalization of Society: On the Transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. Published; 2007.
 28. Taylor C. O que é agência humana? In: Souza J, Souza J, Mattos P, organizadores. *Teoria crítica no século XXI*. São Paulo: Anablume; 2007. p. 9-39.
 29. Benevides DS, Pinto AGA, Cavalcante CM, et al. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. *Interface (Botucatu)* [internet]. 2010 [acesso em 2018 ago 28]; 14(32):127-138. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000100011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000100011>.
 30. Zeferino MT, Fermo VC, Fialho MB, et al. Seme-lhanças e contrastes nos padrões de uso de crack em Santa Catarina, Brasil: capital vs Meio Oeste. *Ciênc. Saúde Colet.* [internet]. 2017 [acesso em 2018 ago 23]; 22(1):97-106. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100097&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.18342016>.

Recebido em 31/10/2019

Aprovado em 15/08/2020

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve