

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DO NÚCLEO DE ESTUDOS
INTERDISCIPLINARES SOBRE MULHERES, GÊNERO E FEMINISMO

MABEL DIAS JANSEN DA SILVA

“ELES PENSA QUE A GENTE NÃO SOMO HUMANOS, NÓS SAMOS”: UMA
ANÁLISE FEMINISTA DA MATERNIDADE PARA MULHERES QUE FAZEM
USOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM SITUAÇÃO DE
VULNERABILIDADES

Salvador

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DO NÚCLEO DE ESTUDOS
INTERDISCIPLINARES SOBRE MULHERES, GÊNERO E FEMINISMO

MABEL DIAS JANSEN DA SILVA

“ELES PENSA QUE A GENTE NÃO SOMO HUMANOS, NÓS SAMOS”: UMA
ANÁLISE FEMINISTA DA MATERNIDADE PARA MULHERES QUE FAZEM
USOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM SITUAÇÃO DE
VULNERABILIDADES

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e feminismo da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora.

Linha de Pesquisa: Gênero, Ciências e Educação
Orientadora: Prof.^a Dra. Ângela Freire de Lima e Souza

Salvador
2021

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA), com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Silva, Mabel Dias Jansen da
S586 “Eles pensa que a gente não somo humanos, nós samos”: uma análise feminista da maternidade para mulheres que fazem usos de substâncias psicoativas em situação de vulnerabilidades/ Mabel Dias Jansen da Silva. – 2021.
156 f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ângela Freire de Lima e Souza
Tese (doutorado) - Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2021.

1. Maternidade. 2. Feminismo. 3. Justiça Reprodutiva., I. Souza, Ângela Freire de Lima e. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
III. Título.

CDD: 305.42

MABEL DIAS JANSEN DA SILVA

**“ELES PENSA QUE A GENTE NÃO SOMO HUMANOS, NÓS SOMOS”:
UMA ANÁLISE FEMINISTA DA MATERNIDADE PARA MULHERES QUE FAZEM
USOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e feminismo da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora.

TERMO DE APROVAÇÃO

Orientadora: Prof.a Dra. Ângela Freire de Lima e Souza

BANCA EXAMINADORA

Dr. EDUARDO JOSÉ DA SILVA TOMÉ MARQUES
Examinador Externo à Instituição

Dra. EMANUELLE FREITAS GOES, Fiocruz-Ba
Examinadora Externa à Instituição

Dra. SILVA LUCÍA FERREIRA, UFBA
Examinadora Interna

VANESSA RIBEIRO SIMON CAVALCANTI, UANL
Examinadora Interna

Salvador, 2021



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS
INTERDISCIPLINARES SOBRE MULHERES, GÊNERO E FEMINISMO
(PPGNEIM)**

ATA Nº 181

Ata da sessão pública do Colegiado do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS INTERDISCIPLINARES SOBRE MULHERES, GÊNERO E FEMINISMO (PPGNEIM), realizada em 30/11/2021 para procedimento de defesa da Tese de DOUTORADO EM ESTUDOS INTERDISCIPLINARES SOBRE MULHERES, GÊNERO E FEMINISMO no. 181, área de concentração Mulheres, Gênero e Feminismo, do(a) candidato(a) MABEL DIAS JANSEN DA SILVA, de matrícula 218125461, intitulada ELES PENSA QUE A GENTE NÃO SOMO HUMANOS, NÓS SAMOS: UMA ANÁLISE FEMINISTA DA MATERNIDADE PARA MULHERES QUE FAZEM USOS DE SUBTÂNCIAS PSICOATIVAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADES. Às 09:00 do citado dia, PPGNEIM, foi aberta a sessão pelo(a) presidente da banca examinadora Prof. ANGELA MARIA FREIRE DE LIMA E SOUZA que apresentou os outros membros da banca: Prof. Dra. SILVIA LUCIA FERREIRA, Prof. VANESSA RIBEIRO SIMON CAVALCANTI, Prof. Dr. EDUARDO JOSÉ DA SILVA TOMÉ MARQUES e Prof. Dra. EMANUELLE FREITAS GOES. Em seguida foram esclarecidos os procedimentos pelo(a) presidente que passou a palavra ao(à) examinado(a) para apresentação do trabalho de Doutorado. Ao final da apresentação, passou-se à arguição por parte da banca, a qual, em seguida, remitiu-se para a elaboração do parecer. No seu retorno, foi lido o parecer final a respeito do trabalho apresentado pelo candidato, tendo a banca examinadora aprovado o trabalho apresentado, sendo esta aprovação um requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor. Em seguida, nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão pelo(a) presidente da banca, tendo sido, logo a seguir, lavrada a presente ata, abaixo assinada por todos os membros da banca.

Dr. EDUARDO JOSÉ DA SILVA TOMÉ MARQUES

Examinador Externo à Instituição

Dra. EMANUELLE FREITAS GOES, Fiocruz-Ba

Emanuelle Freitas Gos.
Examinadora Externa à Instituição

Dra. SILVIA LUCIA FERREIRA, UFBA

Examinadora Interna

VANESSA RIBEIRO SIMON CAVALCANTI, UANL

Examinadora Interna



Universidade Federal da Bahia

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS
INTERDISCIPLINARES SOBRE MULHERES, GÊNERO E FEMINISMO
(PPGNEIM)**

Angela Maria Freire de Lima e Souza

ANGELA MARIA FREIRE DE LIMA E SOUZA, UFBA

Presidente

Mabel Dias Jansen da Silva

MABEL DIAS JANSEN DA SILVA

Doutorando(a)

AGRADECIMENTOS

A escrita desta tese foi permeada por momentos de desafios, (des)aprendizagens, (in)seguranças, alegrias, preocupações, descobertas, conflitos, ansiedade, confiança, e a sensação de conseguir cumprir os objetivos a que me propus! Durante este percurso, obtive apoio de muitas pessoas, às quais quero neste momento agradecer.

Agradeço primeiramente a Deus, pela vida, por ter me dado saúde, força e coragem para alcançar mais um sonho.

À minha querida família – Lúcia e Laert –, por apoiar a minha escolha desde o início. Por todo amor, acolhimento e compreensão.

À minha orientadora, Prof.^a Ângela Freire de Lima e Souza, por ter acolhido o meu desejo de ser sua orientanda, no desafio de realizar o doutorado. Muito obrigada, de coração, por ter sido um porto seguro ao longo desses anos. Por me fazer acreditar que eu conseguiria chegar ao fim, acompanhando desde o início. Obrigada pela paciência, pelo acolhimento nos momentos difíceis, por toda compreensão e dedicação.

Aos membros da banca qualificadora do meu projeto de tese, Emanuelle Goes, Silvia Lúcia Ferreira e Vanessa Cavalcanti, pelas valiosas sugestões e críticas.

Ao grupo de pesquisa, coordenado pela Prof.^a Ângela, composto pelos/as pesquisadores/as, Dayane, Iolanda, Isadora, Izaura, Juliana, Lara, Lina, Maíra, Paula, Paulinho, Sandra, Lindamir, Murilena, Márcia, Dina, Ângela, Leandro, Bárbara, Monize e Amilde. Obrigada pelos momentos de convívio, por toda troca, apoio e dicas de leitura. Obrigada imensamente por todas as valorosas contribuições intelectuais e críticas (des)construtivas, pela parceria, pelas trocas constantes de afetos, toda força e acolhimento. Agradeço especialmente à Chico e Patricia, pela querida amizade que construímos ao longo desses anos, obrigada por todo apoio e torcida.

Ao Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismos da Universidade Federal do Bahia, por me possibilitar esta oportunidade de crescimento.

À equipe do Programa Corra Para o Abraço, por acolher com abertura e apoio a minha proposta de pesquisa, Iago, Elielma, Trícia, Rafaela, Daniela e todas as pessoas que não mencionei.

Às mulheres mães, pela disposição de participar da pesquisa com as suas valiosas contribuições.

Aos/às profissionais do Programa, pelo aceite de participar da pesquisa com muita entrega.

À CAPES, pela bolsa de estudos.

Aos grandes amigos e amigas que constituem a minha família, pelo carinho, ombro e suporte afetivo.

Agradeço a todos/as aqueles/as que não mencionei mas que, de alguma forma, contribuíram com a realização deste trabalho.

RESUMO

Esta tese investiga a experiência da maternidade de mulheres mães que fazem usos de substâncias psicoativas, em contexto de vulnerabilidades. O horizonte teórico-metodológico foi constituído com base em abordagens teóricas feministas, com aportes da epistemologia feminista negra, sobretudo a Teoria Interseccional e a perspectiva da Justiça Reprodutiva, associadas ao Quadro Teórico da Vulnerabilidade. O material empírico da tese foi produzido entre julho de 2019 e fevereiro de 2020, no Programa Corra pro Abraço, do Governo do Estado da Bahia, por meio da utilização de elementos da etnografia feminista, entrelaçada aos recursos da entrevista individual e em grupo. Essas estratégias visavam à aproximação às mulheres mães que fazem usos de substâncias psicoativas, em contexto de vulnerabilidades. Para o exame do corpus de investigação, foi utilizada a análise do discurso foucaultiana. A pesquisa intentou analisar como as mulheres mães que fazem usos de substâncias psicoativas em contexto de vulnerabilidades narram e vivenciam a experiência da maternidade e que sentidos atribuem a ela. As análises permitiram problematizar a construção de uma maternidade idealizada a partir de uma referência universalizante branca que integra uma lógica de desumanização das mulheres mães negras em situação de vulnerabilidades. Ressalto a violência pessoal, social e institucional sofrida em decorrência sobretudo do racismo, constituída, segundo Foucault, por uma definição de perfis cujo efeito específico seria a eleição de quem se “deixa viver e deixa morrer”, marcando uma estratégia de poder, cuja função seria eleger ou subalternizar os seres humanos segundo a raça, evidenciando as tecnologias de controle sobre a reprodução conformando situações diferenciadas de opressão. As análises indicam que os direitos reprodutivos que circunscrevem a maternidade, precisam ser integrados a outros direitos; quais sejam: moradia, trabalho, educação, alimentação, saúde, entre outros. Nesse sentido, a ausência de políticas públicas específicas que alcancem esse público produz vulnerabilidades pessoais, sociais e institucionais, (re)produzindo o efeito cultural da nomeação de uma “maternidade desviante”. Isto posto, pode-se afirmar que a noção da maternidade considerada desviante diz mais a respeito da negligência do Estado e da Sociedade do que sobre as mulheres mães. Um olhar sensível aos discursos das mulheres mães e dos/as profissionais entrevistados/as permitiu ir “encontrando” pistas em relação à naturalização da relação entre maternidade, uso de SPA em contexto de vulnerabilidades e as diversas obliterações de direitos a que as mulheres mães estão expostas. A pesquisa intentou desnaturalizar e mostrar algumas dessas violências ainda ativas na cultura, que contribuem para a sua manutenção em espaços institucionais e dificultam o dimensionamento de uma demanda de cuidado específica. Demonstra, entre outros achados, a necessidade de políticas públicas de suporte intersetorial à maternidade, a fim de torná-la uma escolha possível de ser vivenciada, de forma digna e segura. Também se destaca o redimensionamento da autonomia e protagonismo feminino, em relação às questões reprodutivas, vinculados diretamente às condições de sua comunidade, portanto acena para a garantia de direitos humanos individuais e coletivos.

Palavras-chave: Maternidade. Vulnerabilidades. Feminismo. Interseccionalidade. Justiça Reprodutiva.

ABSTRACT

This thesis investigates the experience of motherhood of women mothers who use psychoactive substances, in a context of vulnerabilities. The theoretical-methodological horizon was based on feminist theoretical approaches, with contributions from black feminist epistemology, especially the Intersectional Theory and the perspective of Reproductive Justice, associated with the Theoretical Framework of Vulnerability. The empirical material of the thesis was produced between July 2019 and February 2020, in the Program Run pro Abraço of the Government of the State of Bahia, through the use of elements of feminist ethnography, intertwined with the resources of individual and group interviews. These strategies aimed to approach women-mothers who use psychoactive substances, in a context of vulnerabilities. For the examination of the research corpus, the Foucaultian discourse analysis was used. The research aimed to analyze how women-mothers who use psychoactive substances in a context of vulnerability narrate and experience the experience of motherhood and what meanings they attribute to it. The analyzes allowed us to problematize the construction of an idealized maternity based on a universalizing white reference that integrates a logic of dehumanization of black women-mothers in situations of vulnerability. I emphasize the personal, social and institutional violence suffered mainly as a result of racism, constituted, according to Foucault, by a definition of profiles whose specific effect would be the election of those who "let themselves live and let die", marking a power strategy, whose function it would be to elect or subordinate human beings according to their race, highlighting the technologies of control over reproduction, shaping different situations of oppression. The analyzes indicate that the reproductive rights that circumscribe maternity need to be integrated with other rights; namely: housing, work, education, food, health, among others. In this sense, the absence of specific public policies that reach this audience produces personal, social and institutional vulnerabilities, (re)producing the cultural effect of naming a "deviant maternity". That said, it can be said that motherhood considered deviant says more about the negligence of the State and Society than the "inability" of these women to generate motherhood. Thus, a sensitive look at the speeches of the women-mothers and the interviewed professionals allowed them to "find" clues regarding the naturalization of the relationship between motherhood, PAS use in a context of vulnerabilities and the various obliterations of rights that women mothers are exposed. The research intended to denaturalize and show some of these types of violence that are still active in culture, which contribute to its maintenance in institutional spaces and make it difficult to scale a specific demand for care. It demonstrates, among other findings, the need for public policies of intersectoral support to maternity, in order to make it a possible choice to be experienced, in a dignified and safe way. Also highlighted is the redimensioning of female autonomy and protagonism, in relation to reproductive issues, directly linked to the conditions of their community, therefore beckoning the guarantee of individual and collective human rights.

Keywords: Maternity. Vulnerabilities. Feminism. Intersectionality. Reproductive Justice.

SUMÁRIO

1	GESTANDO CAMINHOS	10
1.1	DELIMITANDO CONTORNOS	12
1.2	POSIÇÕES DA PESQUISADORA	13
1.3	HORIZONTE TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	23
1.3.1	A Teoria Interseccional	24
1.3.2	O Paradigma da Justiça Reprodutiva.....	26
1.3.3	O quadro teórico da vulnerabilidade.....	31
1.3.4	Notas sobre cultura, discurso e poder	33
1.4	HORIZONTE METODOLÓGICO	35
1.4.1	Estratégias para produção de dados	36
1.4.2	Observação participante	37
1.4.3	Entrevista: individual e grupal.....	38
1.4.4	Sobre o Programa Corra para o Abraço	39
1.4.5	Perfil geral dos/as assistidos/as do Programa	41
1.4.6	Os sujeitos participantes da pesquisa	41
1.4.7	Perfil das mulheres mães acompanhadas pelo programa e participantes da tese	41
1.4.8	Aspectos éticos.....	42
1.5	PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS	43
2	ENTRE DISPUTAS DE SABER/ PODER E A (IN)VISIBILIDADE DAS MULHERES	46
2.1	VEREDAS DA POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS	49
2.2	O PROIBICIONISMO E A GUERRA ÀS DROGAS: A REEDIÇÃO DO PROCESSO COLONIAL.....	54
2.3	EFEITOS DO PROIBICIONISMO: MANEJOS DA SAÚDE PERMEADOS POR MORALISMOS	57
3	SOBRE OS CASOS DE ROSA E VITÓRIA	60
3.1	UMA ROSA BROTA DE UM (IM)POSSÍVEL CHÃO	62
3.2	UMA VITÓRIA SOBRE OS (DES)CAMINHOS DA VIDA	67
3.3	DELINEANDO OS (DES)CAMINHOS QUE INSTITUEM UMA MULHER MÃE COMO “DESVIANTE”	71
3.4	O QUE OS CASOS INDICAM SOBRE OS EFEITOS DAS EXPECTATIVAS SOCIOCULTURAIS DA MATERNIDADE?	76
3.5	A DESIGUALDADE NA EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE COMO UM SOFRIMENTO ÉTICO-POLÍTICO	79

3.6	JOGOS DE PODER NA GESTÃO DA VIDA/MORTE: QUEM PODE VIVER? QUEM DEVE MORRER?	82
3.7	OPRESSÕES REPRODUTIVAS COMO EFEITO DO TENSIONAMENTO ENTRE DOIS SUJEITOS DE DIREITOS: A MÃE E O FETO/CRIANÇA	86
3.8	A COSTURA DO TECIDO SOCIAL COMO PROPULSOR FUNDAMENTAL DA PROTEÇÃO PESSOAL.....	95
4	O FLUXO DAS REDES DE CUIDADO COMO PONTE QUE ABRE PASSAGEM E/OU COMO MURO QUE OBSTRUI A GARANTIA DA EFETIVAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SUS.....	103
4.1	NOTAS SOBRE A REDUÇÃO DE DANOS NO CONTEXTO DA MATERNIDADE	113
5	ALGUMAS CONCLUSÕES	127
	REFERÊNCIAS	133
	APÊNDICE 1	144
	APÊNDICE 2	149
	APÊNDICE 3	150
	ANEXO 1.....	151

1 GESTANDO CAMINHOS

É inevitável, como terapeuta ocupacional, fazer uma analogia, sob certos aspectos, da escrita de uma tese com o tecer de um bordado. Em ambos, é preciso inicialmente escolher o projeto, definir a textura do pano, selecionar cor e tons. Durante o processo, se necessário, desfazer a condução das linhas e refazer o caminho com delicadeza infinita e amor na ponta dos dedos. Também é possível conectar a centenas de outros fios e materiais, recompondo o desenho inicialmente projetado. É o caso desta tese!

Esta pesquisa se inscreve no campo dos Estudos Feministas (BADINTER, 1985; HARAWAY, 1995), da Epistemologia Feminista Negra, sobretudo a Teoria da Interseccionalidade e a Perspectiva da Justiça Reprodutiva (CRENSHAWN, 2002; COLLINS, 2019; ROSS, 2006), associadas ao Quadro Teórico da Vulnerabilidade (AYRES *et al.*, 2009), com ênfase nos trabalhos que se voltam para discussões sobre a maternidade de mulheres que fazem usos de substâncias psicoativas (SPA), em contexto de vulnerabilidades. Optei por utilizar o termo vulnerabilidade no plural, por suas múltiplas dimensões e pluralidades. Embora o quadro conceitual da vulnerabilidade o utilize no singular. O material empírico da tese foi produzido no Programa Corra pro Abraço, uma iniciativa do Governo do Estado da Bahia através da Secretária de Justiça e Direitos Humanos/Superintendência de Políticas sobre Drogas e Acolhimento a Grupos Vulneráveis, por meio do delineamento metodológico da etnografia feminista e dos recursos de produção empírica: observação-participante no campo de pesquisa e entrevistas semiestruturadas individualmente com mulheres mães que fazem usos de SPA, em condições de vulnerabilidades. Utilizo o termo mulheres mães para enfatizar as duas posições de sujeito que se sobrepõe: mulher e mãe. Dessa maneira deixo visível as camadas de opressões que atravessam a maternidade pelo fato de serem mulheres, circunscrevendo o sujeito da pesquisa, pois não se trata de pessoas não-binárias mães ou os homens trans que geram filhos/as.

Foram também realizadas entrevistas semiestruturadas individuais e coletivas com os/as profissionais do Programa. Entre os diversos temas abordados nas entrevistas optei, para fins desta tese, por concentrar as análises em dois focos, quais sejam: a) as nuances da maternidade considerada socioculturalmente como “desviante” e seus efeitos pessoais, sociais e institucionais; b) A estruturação da Rede de cuidados no

contexto da maternidade e a Redução de Danos como um manejo possível. Tais temas foram distribuídos em oito seções e abordados em atravessamentos interseccionais.

Dessa maneira, a presente tese foi organizada para responder à seguinte *questão central*:

- Como as mulheres mães que fazem usos de substâncias psicoativas, em contexto de vulnerabilidades, narram a experiência da maternidade e que sentidos atribuem a ela?

Desbobo a questão inicial em um objetivo geral e outros três objetivos específicos, quais sejam:

Objetivo geral:

- Investigar a experiência da maternidade para mulheres mães que fazem usos de substâncias psicoativas, em contexto de vulnerabilidades e quais os seus efeitos em suas vidas.

Objetivos específicos:

- Identificar como os/as profissionais se organizam para oferecer cuidado às mulheres mães e quais fluxos de cuidado são estabelecidos.
- Compreender como os serviços mapeados no fluxo do cuidado atravessam as vidas das mulheres mães.

Para dar conta dessas questões e objetivos organizei a tese em quatro capítulos complementares: neste primeiro capítulo, que chamo de GESTANDO CAMINHOS, inicialmente apresento as minhas referências pessoais e as escolhas que compõem o horizonte teórico-metodológico. No segundo capítulo, intitulado ENTRE DISPUTAS DE SABER/PODER E A INVISIBILIDADE DAS MULHERES, contextualizo o cenário político em que se insere a pesquisa, marcado historicamente pela invisibilidade das mulheres, sobretudo as que fazem usos de substâncias psicoativas, em contexto de vulnerabilidades. Apresento as disputas de saber/poder entre a Política de Redução de Danos e o proibicionismo, culminando na guerra às drogas e, conseqüentemente, em manejos de cuidado permeados por moralismos em relação às mulheres. Também, no capítulo dois, delinheiro a construção de uma maternidade idealizada, a partir de uma referência universalizante branca, compondo uma lógica de desumanização das mulheres mães negras. No terceiro capítulo, sob o título SOBRE OS CASOS DE ROSA E VITÓRIA, relato os dois casos das mães entrevistadas e as categorias de análise

trabalhadas. No quarto e último capítulo, O FLUXO DAS REDES DE CUIDADO COMO PONTE QUE ABRE PASSAGEM E/OU COMO MURO QUE OBSTRUI A GARANTIA DA EFETIVAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SUS, discuto as questões que envolvem a Rede de Cuidados disponível para garantir os direitos humanos das mulheres mães. E, por fim, os limites e potências da Redução de Danos no contexto da maternidade. Na última seção desta tese, que chamo de ALGUMAS CONCLUSÕES, apresento o que me parece possível concluir a partir das análises realizadas.

Desse modo, apresento, nesta seção introdutória, os meus percursos pessoais e profissionais que me levaram a escolha do tema da tese.

1.1 DELIMITANDO CONTORNOS

Na tese, na qual me propus a conhecer percursos que integram a vida de algumas mulheres mães em situação de vulnerabilidades, precisei acessar algumas ferramentas teóricas e conceituais. As reflexões (re)produzidas no âmbito de uma tese são sempre (in)certas, incompletas, transitórias e provisórias. Donna Haraway (1995) destaca a noção de ciência a partir da necessidade de potencializar incertezas e tomar a parcialidade como recurso de pensamento. Admite que existem provisórias versões acerca dos sujeitos analisados assim como da própria pesquisadora, que utiliza a sua também transitória lente de análise. O apoio nessa perspectiva coloca em dúvida as hierarquizações científicas e tudo o que aparenta estar definido. O conforto que sinto ao utilizar essa referência tem a ver com a ideia de que tudo pode ser (re)construído a cada instante e que é possível (re)fazer uma versão de uma história que parecia determinada. A minha perspectiva é que esta constante revisão/reflexão/reconstrução não consiste em fonte de erro, ou mesmo de relativismo, mas sempre a possibilidade do fortalecimento da objetividade, conforme preconizam as epistemólogas feministas cujas ideias sustentam este estudo.

Esse modo de fluir a que me refiro abriu espaços para vivenciar de modo mais receptivo no campo os desafios impostos pelo problema proposto na pesquisa. Possibilitou-me adentrar no campo sustentada por um arcabouço teórico/metodológico, mas, ao mesmo tempo, um quê de me deixar também ser levada pelos acontecimentos. Rainer Maria Rilke, em *Cartas a um jovem poeta*, sugere que se tenha amor pelas próprias perguntas e que as vivamos em toda a sua intensidade, de modo a garantir um movimento implacável numa construção em que tudo está vivo e pulsa nas incertezas,

sem se preocupar tanto com o que virá. Essa foi a maior (des/re)aprendizagem que tive no percurso dessa pesquisa: me entregar às incertezas e estar aberta e disponível a todo tempo para reformular os desenhos iniciais. A pesquisa foi realizada em um programa governamental, com sujeitos que em grande medida estão vivenciando o extremo das fragilidades estruturais, em um determinado momento de suas vidas, por isso ressalto os limites da tese, seus tempos e incompletudes e, portanto, a impossibilidade de tecer quaisquer generalizações a partir de seus dados empíricos. A produção dos dados demandou uma readaptação constante ao que era possível alcançar no momento.

Outras coisas poderiam ter sido escritas, de outras maneiras. Outras análises poderiam ter sido tecidas, com outros referenciais, outros sujeitos. Contudo, cada palavra escrita reflete o meu modo de compreender as mulheres mães e captar as suas especificidades. Dessa maneira, alinho-me com Rosa Fisher (2005, p. 125), quando refere que, “ao pesquisar, ao pensar, ao escrever, estamos investindo em nós mesmas”, desconstruindo certezas, aceitando as dúvidas, nos transformando, especialmente neste momento tão incerto de pandemia que estamos vivenciando.

Esta tese contribuiu para que eu olhasse para a maternidade e todas as suas ramificações com outros olhos. Destaco que nesta pesquisa a maternidade é, conforme afirma Sandra Andrade, “um construto que foi se constituindo ao longo da história da humanidade, representada e vivida de diferentes modos, na combinação com múltiplos marcadores sociais e culturais como raça, classe, gênero, geração, localidade e regionalidade” (2008, p. 12). Assim, a maternidade se refere às múltiplas possibilidades de vivenciá-la, algumas, por exemplo, com a sua integridade preservada, outras, de modo atravessado por diversas violações de direitos básicos. Essa desigualdade coloca sob tensionamento a noção de maternidade nos instigando a pensá-la como um fenômeno contextualizado, localizado historicamente, e, por isso, uma produção social.

1.2 POSIÇÕES DA PESQUISADORA

A sustentação do processo da escrita aconteceu por atravessamentos de referências pessoais, teóricas, profissionais, militantes, que ampliam o pensamento e os sentimentos, integram as experiências acumuladas ao longo do tempo e também (e ainda bem!) desintegram as certezas. Transitar por um tema tão delicado e tão duro, por vezes, demanda uma sutil atenção, persistência e paciência para esperar que, nos entremeios de algumas pausas, a poesia apareça, traga suavidade e o prazer para seguir.

Sobretudo quando estamos atravessados por um momento tão atípico quanto uma epidemia, em que todos os modos de viver são colocados em suspensão diante da imprevisibilidade do que está por vir. E junto a isso, todas as dificuldades econômicas e políticas.

Voltando ao início da minha trajetória acadêmica. Esta principiou com a escolha do mestrado na área da educação, na linha de pesquisa educação, sexualidade e relações de gênero, quando pensei/senti que era o momento de parar um pouco para organizar as ideias, mirar os caminhos percorridos por outro ângulo, alimentar o meu repertório teórico e oxigenar a vida. Até então, havia acumulado, durante o meu percurso de formação em Terapia Ocupacional, especialização em Saúde Mental e, logo após, Residência em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde Mental, algumas certezas e afirmativas categóricas em relação a muita coisa. Também, o lugar político de militância na Luta Antimanicomial da Bahia preencheu-me de confiança em relação às certezas que eu possuía, pois me movimentava e convocava a agir nos extremos.

Inserir-me e localizar a minha pesquisa na perspectiva dos estudos de gênero e feminismos, que une política, teorização e, sobretudo, afeto, convidou-me, inicialmente, a (des)habitar um sujeito interessado teórico-politicamente. Apoio-me em Fausto-Sterling (1992) para afirmar que a ciência é pensada como uma atividade humana inseparável de seu contexto social, tempo e lugar. E, desse modo, não há ciência apolítica, pois ela está emaranhada com fatores culturais, políticos, sociais e econômicos (FAUSTO-STERLING, 1992). Entretanto, aponto aqui novamente para a necessidade constante de colocar em alguns momentos esses lugares que vamos ocupando em suspensão, a fim de revisá-los, no sentido de arranhar as certezas e manter as dúvidas latentes para assim tornar o processo de desconstrução junto ao autoquestionamento constante e abrir fissuras para outras compreensões.

Assim, sob a luz das novas leituras, vi-me estranhando todas aquelas certezas, todas aquelas vivências, e, ao desaprender, percebia aquele percurso sob novas perspectivas, dizendo outras coisas...

As motivações para esta investigação acompanham-me desde o início de minha trajetória acadêmica e profissional; a decisão de encarar esse novo desafio relacionado ao ingresso no doutorado ocorreu pela possibilidade de investigar mais a fundo certas questões que me atravessaram quando percebi que as mulheres demandavam uma especificidade no cuidado. Nesse sentido, sinalizo que a escrita deste texto não começa aqui.

Ainda como estudante do curso de Terapia Ocupacional, havia-me dedicado a estágios e projetos de extensão voltados para o cuidado de pessoas em sofrimento ético-político. Bader Sawaia (2013) qualifica o sofrimento como ético-político ao propor o entrelaçamento psicológico, social e político para compreensão de sua gênese. Os meus movimentos iniciais aconteceram no contexto da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial,¹ na cidade de Salvador, Bahia, onde, em um campo de densas disputas, lentamente os hospitais psiquiátricos vinham sendo substituídos por uma nova política pública, que apontava para o cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Minha primeira experiência de estágio deu-se no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, em 2002, na Bahia. No início, passava semanalmente dois turnos trancada na ala feminina e um turno na ala masculina. Ao adentrar a ala feminina, recebia sempre a orientação para ter cuidado, pois “as mulheres são mais agressivas, são mais difíceis”; “cuidado, elas mordem, são violentas”. Confesso que o que tornava o ambiente assustador não era a presença das mulheres, mas o ambiente fétido, sujo, o odor intenso de detergente e de cigarro, a “estranha” relação entre os profissionais e as pessoas em sofrimento ético-político daquela instituição, que supostamente precisavam de “cuidados”. Lembro que a ala feminina era um corredor estreito, e a masculina era uma ampla sala. Ao procurar compreender a diferença entre os espaços, fui informada de que “os homens praticam atividades físicas e, como as mulheres não fazem nada, ficam em um espaço menor”. Com esse argumento, fui proibida inúmeras vezes de levar tintas e papéis, quando pensava em tentar alguma aproximação com aquelas mulheres.

Em decorrência das tensões que criei naquele espaço, orientaram-me a permanecer no ambulatório, acompanhando um grupo terapêutico composto por mulheres. Nesse ambiente, em que estavam dispostos materiais de costura, tapeçaria e crochê e onde livremente as mulheres escolhiam as peças e sentavam para conversar, vez por outra acontecia de contarem sobre suas vidas. Apesar de essa sala estar localizada ao lado da emergência, era mais confortável. Ali, vidas eram tecidas na costura dos materiais.

No mesmo período, em estágio extracurricular, acompanhei um grupo de mulheres em grave sofrimento em uma clínica voltada para o cuidado de pessoas em

¹ Esse termo indica a tensão na disputa do debate em torno da Reforma Psiquiátrica, quando temos de precisar se a reforma substitui a internação ou se o hospital psiquiátrico vai continuar operando como conceito fundamental da reforma (OLIVEIRA, 2013). Apoia-se no sentido de propor uma reforma completamente substitutiva aos manicômios.

sofrimento ético-político. A percepção da necessidade de um espaço específico para esse cuidado, que já havia experienciado no Hospital Juliano Moreira, intensificou-se nesse período, juntamente com minha preocupação como mulher, pois as questões relacionadas à vida daquelas mulheres, no que tange à necessidade de desconstruir ou analisar aprendizados impostos culturalmente e vivenciados como opressão, também perpassavam minha própria vida.

Em outro estágio, em uma clínica particular que funcionava conforme a filosofia dos CAPS, existiam espaços coletivos e um específico para mulheres, do qual participei. Inicialmente, pensamos em um espaço para mulheres que sofriam por uso de substâncias psicoativas, mas, como apareceram outras demandas, ampliamos para a participação de todas as mulheres do serviço. Era visível para mim que, à medida que aquele espaço tomava corpo, a frequência e o interesse de algumas mulheres iam aumentando, sugerindo que estar com outras mulheres compartilhando momentos e vivências oferecia um contorno para o grupo.

Ali, a ideia que eu tinha da necessidade de um espaço específico para mulheres ressoava nas falas das participantes. Elas falavam sobre essa importância pois não se sentiam confortáveis em compartilhar com os homens os espaços de cuidado que ali eram oferecidos.

Outra experiência que tive, ainda como estudante, foi em um projeto de extensão, o Programa de Intensificação de Cuidado a Pacientes Psicóticos, desenvolvido no Hospital Psiquiátrico Mario Leal, em Salvador. Esse programa partia de uma perspectiva teórica e técnica amparadas em visitas domiciliares, no vínculo, na presença ativa, dentre outros aspectos; no âmbito da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e, pela integração de estudantes dos cursos de Terapia Ocupacional, Psicologia e Medicina, oferecia cuidados intensivos a pacientes psiquiátricos com histórico de internações frequentes e laços sociais muito frágeis. A ênfase era no investimento humano, contrapondo-se à ideia hegemônica de uso de aparato tecnológico, parafernálias institucionais, equipamentos, etc. Nesse programa, tive a oportunidade de iniciar a construção de um repertório que apontava para a desinstitucionalização,² o que me fez notar quão limitadas são as instituições diante de situações em que o único investimento

² A desinstitucionalização psiquiátrica, que teve início na Itália, foi marcada, dentre outras coisas, pela transformação das relações de poder entre os pacientes e as instituições, buscando produzir na Saúde Mental estruturas que substituíssem inteiramente a internação no hospital psiquiátrico. A partir da perspectiva antipsiquiátrica, propôs-se criar serviços na comunidade, deslocar a intervenção terapêutica para o contexto social das pessoas, etc. (ROTELLI *et al.*, 2001).

possível e necessário é a presença humana e esta é dificultada por relações burocráticas institucionais. Pude, ainda, com essa experiência, iniciar a desconstrução de conceitos cristalizados no campo da saúde mental, principalmente daqueles que se referem ao cuidado como, por exemplo: diagnóstico, tratamento, transtornos mentais, entre outros.

Nessa trajetória, também entendi que a escolha por trabalhar no campo da saúde mental exigia outros investimentos, pois os atravessamentos da clínica convidavam para uma luta política e ética. Assim, tornei-me militante da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. Na época, passei a integrar o Coletivo da Luta Antimanicomial da Bahia e apoiava diversas ações no controle social das políticas de saúde mental daquele estado, o que me permitiu exercer o compromisso político com a causa da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial.

Após essas experiências, concluí a graduação em 2006 e fui convidada para integrar a coordenação técnica de dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no interior da Bahia, no município de Jacobina: um Centro de Atenção Psicossocial tipo II, para pessoas que sofrem em decorrência de “transtornos mentais”; e um segundo, o Centro de Atenção Psicossocial para pessoas em sofrimento decorrente do uso de álcool e outras drogas, o CAPS ad. Depois de um ano, permaneci somente na coordenação técnica do CAPS ad, pois descobri em mim uma maior inclinação ao cuidado de pessoas que sofrem pelos usos de substâncias psicoativas.

Para mim, essa proposta de coordenação significava aceitar o desafio da construção de uma outra forma de pensar e fazer a clínica, e implicava investimento constante em idas e vindas para construir o arcabouço técnico/teórico/político que deveria contemplar pressupostos dos novos modelos de atenção em saúde. Impulsionada por essas necessidades, propus o desenvolvimento de ações territoriais de acompanhamento de casos que chegavam ao serviço e ações educativas na comunidade voltadas para a promoção da saúde dos indivíduos e para o fortalecimento do controle social de ações e políticas de saúde. Isso contribuiu para gerar altivez e participação ativa dos/as usuários/as participantes do processo. Esses movimentos apoiavam-se em leis e normas que orientavam as ações direcionadas para usuários dos serviços; em especial, a Política de Redução de Danos destacava-se.

Durante a permanência nos CAPS ad, comecei a perceber que a procura pelo serviço por parte de mulheres que sofriam por uso de substâncias psicoativas era pequena, e que aquelas que frequentavam o serviço nele permaneciam por pouco tempo.

Identifiquei também que as mulheres apresentavam menos regularidade em relação aos homens, e passei a questionar-me sobre os motivos dessa ausência.

Depois dessa identificação, fiz um levantamento nos prontuários das mulheres que frequentavam regularmente os projetos terapêuticos no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPS ad) de Jacobina. Pude constatar que o número de mulheres inscritas era menor que o de homens, e que essas mulheres frequentavam menos o centro do que os homens. Depois disso, em diálogos com agentes comunitários de saúde (ACS) – que sempre levavam usuários ao centro – e com outros profissionais, na própria Unidade Básica de Saúde (UBS), com quem eu trabalhava naquele contexto, pude verificar que, de forma contraditória, existia um grande número de mulheres que sofriam pelo uso de SPA na comunidade, mas elas não procuravam apoio no CAPS.

Segundo os ACS e os demais profissionais da rede básica, na maioria dos casos, elas faziam uso de substâncias psicoativas em casa ou em algum lugar restrito, saíam pouco de casa e, quando precisavam, não conseguiam solicitar algum apoio. Os agentes acessavam essas informações durante as insistentes visitas que faziam a essas mulheres – eram insistentes pois dificilmente elas abriam a porta.

Essas situações instigaram-me a questionar o motivo de essas mulheres não procurarem algum tipo de apoio e/ou cuidado. Os agentes comunitários identificavam que essas mulheres precisavam de alguma atenção, pois, em alguns casos, usavam cigarro e *crack* em excesso e os maridos não as deixavam sair de casa. Em outros casos, os ACS relatavam que os familiares abandonavam as mulheres devido ao início do uso abusivo de álcool. Também, em algumas situações, filhos e filhas haviam crescido e a mãe, ao ficar sozinha, passava a fazer uso abusivo de álcool e de outras drogas.

Continuava a questionar-me sobre as razões pelas quais elas se mantinham invisíveis e sobre os diferentes lugares e instituições em que poderiam localizar-se esses entraves. Também apareciam nas minhas reflexões indagações sobre o modo como aqueles questionamentos ressoavam em minha vivência como mulher.

Trazendo um pouco mais de minha vivência, no período em que atuei na Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Mental, do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, durante estágio em um CAPS ad, na cidade de Salvador, por meio do contato que estabeleci com as poucas mulheres que frequentavam o centro, escutei relatos de sofrimento relacionados ao rompimento de relações com vizinhos, famílias e integrantes da comunidade. Elas relatavam que esses eram alguns

dos motivos que dificultavam a sua saída de casa para o CAPS. Também não se sentiam à vontade para permanecer no centro com os homens, pois se sentiam ameaçadas por eles, o que causava desconfortos na convivência. Observei que o uso de álcool e outras drogas representava a assunção de um estigma, e ir ao centro representava a ameaça dessa assunção.

A partir disso, propus encontros voltados somente para as mulheres em um Centro Social Urbano (CSU), para que elas não precisassem passar pelo CAPS. Assim, não sofreriam retaliações por familiares, vizinhos ou integrantes da comunidade, já que informar a ida ao CAPS representava ter que assumir um estigma, situação que as impedia de frequentar o centro ou mesmo de buscar algum apoio em situações de crise.

O grupo em questão tornou-se consistente à medida que as mulheres passaram a frequentá-lo de forma constante. Todas que foram convidadas compareceram, e acompanharam o grupo, nomeado por elas de Tudo Para as Mulheres (TPM), até o último encontro. Tínhamos encontros de conversas e saídas para diversos lugares na cidade: praias, museus, dentre outros lugares por elas escolhidos. Essas saídas atraíram algumas mulheres consideradas de difícil acesso pelos profissionais do CAPS. O grupo passou a ser considerado uma importante via de acesso aos casos considerados “difíceis” para a equipe. O grupo TPM e os aspectos relacionados às integrantes desse espaço estavam muito vinculados inicialmente à problematização dos motivos pelos quais frequentar um grupo organizado fora do CAPS, e somente de mulheres, facilitou o seu acesso, além de despertar um desejo maior de conhecê-lo. Desse modo, a noção de o que as oprimia e do quanto se sentiam desconfortáveis diante disso veio à tona durante todos os encontros. Essas questões começaram a atravessar o CAPS, pois passamos a trazer com frequência os acontecimentos nesse espaço; então, despertar a atenção da equipe resultou na inclusão de pautas relativas ao grupo nas reuniões semanais.

Ao acessar o levantamento quantitativo³ de atendimentos intensivos⁴ a mulheres e a homens realizados no período entre 2009 e 2010, em que fui residente na saúde coletiva/mental, apareceu uma diferença numérica marcante. Nesses anos, respectivamente, foram atendidas 14.167 e 15.254 mulheres, e 68.788 e 81.734 homens. Não pretendo aprofundar essa questão aqui, mas vale ressaltar a minha estranheza

³ Levantamento quantitativo de atendimentos cedido pelo Governo do Estado da Bahia, através do Núcleo de Informação em Saúde, no ano de 2015.

⁴ O atendimento intensivo compreende alguns dos procedimentos de cuidado dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esse atendimento é acionado para os/as casos mais graves que demandam intensificação no cuidado.

diante da discrepância entre esses números e o que eu observava nas comunidades e através dos relatos dos agentes comunitários de saúde. Mais adiante, apresentarei estudos que mostram o uso crescente de drogas entre mulheres, e as dificuldades impostas culturalmente que entravam (para as que precisam) a procura por algum tipo de apoio na comunidade e/ou nos serviços de saúde/saúde mental.

Ante as experiências vividas, tais percursos levaram-me a indagar que conhecimentos permeiam e balizam aqueles saberes/fazeres praticados pelos profissionais voltados para o cuidado dos/as usuários/as de drogas. A partir dessas vivências, observei que as políticas criadas para normatizar e regular as ações na saúde mental incidem também no campo de cuidados e qualificam os sujeitos aos quais se destinam. É possível considerar que essas políticas, neste caso em especial, delineiam um processo educativo à medida que ensinam formas de cuidado e, nesse processo, produzem determinadas posições de sujeito.

A partir dessas reflexões e aproximações com o tema, identifiquei durante o mestrado a necessidade e a relevância de realizar uma pesquisa que me permitisse aprofundar conhecimentos e tensionar/problematizar minhas próprias certezas e inquietações no campo do uso de álcool e outras drogas e a sua relação com o gênero. Para tanto, tomei a Política Nacional de Redução de Danos (2005) e documentos que dela se desdobram como objeto de estudo, estabelecendo uma interface com o conceito de gênero para compreender em que medida estes documentos constituem o cuidado destinado a essas mulheres.

Vale reconhecer os meus limites nesse período em estender as análises aos importantes marcadores de classe e raça que atravessam fortemente a problemática. Estava em um contexto novo de mudança para outro estado, de inserção em uma complexa e instigante perspectiva teórica. Desse modo, decidi focar somente no marcador gênero, pois naquele momento era o que eu podia dar conta. No entanto, na pesquisa atual, adotei como lente analítica a interseccionalidade – para que assim possa estender o olhar para a amplitude das diversas opressões – partindo, também, do entendimento de que os marcadores sociais operam de modo concomitante.

Assim, na pesquisa do mestrado, demonstrei que o gênero organiza as próprias políticas públicas e as relações tecidas a partir delas. No caso das políticas de SPA, esse processo está ancorado em uma perspectiva marcada por essencialismos como, por exemplo, o biológico e o psicológico, e, sobretudo, por compreensões universais acerca

de homens e mulheres a partir desses essencialismos, fixando-os/as em determinadas classificações.

Pude verificar, ainda, que as políticas se articulam, (re)produzem e veiculam uma concepção específica de usuário⁵ de drogas vinculada às representações de masculinidades heterossexuais hegemônicas na nossa cultura. Assim, quando aludem ao usuário, referem-se, de algum modo, a uma forma singular de usuário, qual seja: homem, pobre, negro, criminoso. Também, foi possível desmanchar uma suposição inicial acerca da neutralidade desses documentos a respeito das mulheres quando, em algumas circunstâncias, a relação entre SPA e mulheres é evidenciada. Alguns dados, por exemplo, fragilizam, de modo biopsicossocial, as mulheres usuárias aos efeitos do álcool e outras drogas de um modo descontextualizado socioculturalmente.

A esse respeito, por exemplo, aparece implicitamente nos discursos dos/as profissionais a noção de que as mulheres que fazem usos de substâncias, em situação de sofrimento, que em grande medida são negras e pobres, são desregradas e descontroladas sexualmente e, junto a isso, não possuem condições para o cuidado de si e dos outros – o julgamento em relação a esse cuidado intensifica-se quando se trata de mulheres grávidas que fazem usos de substâncias psicoativas. Desse modo, toda precariedade e vulnerabilidade a que essas mulheres estão expostas são desconsideradas quando a elas se atribui a classificação de usuária de SPA. Esses argumentos contribuem para alimentar redes de vigilância sanitária e mesmo sociais mais estritas no que diz respeito aos usos/abusos por mulheres, intensificando o sofrimento vivido (JANSEN, 2016).

Assim, após analisar o texto dos documentos de políticas públicas, percebi que pouco se fala sobre o uso de SPA feito por mulheres. Também em estudos e pesquisas, historicamente o uso de SPA e os problemas decorrentes desse uso foram vinculados ao público masculino. De acordo com Márcia Elbreder *et al.* (2008), a maioria das pesquisas nesta área é desenvolvida com homens, por homens e sobre homens e resultam em uma assistência destinada às suas necessidades, parecendo não haver espaços para as diferenças de gênero. Isto reafirma a importância de desenvolvermos estudos que considerem o uso de SPA realizado por/para mulheres em nossa sociedade.

⁵ As políticas referem-se ao termo ‘usuário de drogas’ no masculino. Embora em termos de linguagem culta o uso do termo usuário no masculino esteja correto, saliento que este uso de modo generalizado, acionado para descrever todos/as usuários/as, apoia-se em uma gramática sexista e pode ser analisado como um ato de poder através da linguagem.

Durante a pesquisa do mestrado, tive acesso a notícias sobre mulheres em situação de vulnerabilidade que perderam a guarda de seus bebês na maternidade, por decisão judicial. Também tive acesso, nas minhas experiências na rede de atenção à saúde biopsicossocial pública, a muitos relatos de mulheres que pariram e foram separadas de seus/suas filhos/as nos manicômios. Outras que pariram seus/suas filhos/as em situação de rua e também perderam a guarda da criança, tanto por intervenção judicial, quanto por opção de doá-las, devido a múltiplos fatores, como falta de suporte, assistência, etc. Em muitos casos, observei que a situação de sofrimento é agravada após a retirada da criança, e, em grande medida, também nessa separação, a vida da própria criança pode ser vulnerabilizada quando esta é institucionalizada em um abrigo.

Essas ações são justificadas por proteções legais a que esses dois sujeitos de direitos – feto/criança e mulher – fazem jus, acenando para a complexidade que envolve esses sujeitos e seus direitos no tocante à discussão das mulheres gestantes usuárias de SPA, em que sob o pretexto do uso de SPA, criminaliza-se a pobreza, penaliza-se a mulher, pobre e negra, retirando-lhe direitos. Aqui duas questões se interpõem no que se refere ao âmbito do direito e da saúde: o uso de SPA legais ou ilegais determina a incapacidade de uma gestante de cuidar de seus/suas filhos/as? Quais direitos estão sendo realmente garantidos quando, com a justificativa de preservar a integridade de uma criança, é suspenso o direito à maternidade a uma usuária de SPA em situação de vulnerabilidade?

Existem estudos fundamentados em uma perspectiva biomédica (SILVA; TOCCI, 2002; YAMAGUCHI *et al.*, 2008; SILVA, 2014; SIAT, 2016) que comprovam os malefícios das substâncias nos corpos, principalmente do feto, inferindo uma compreensão de que as mulheres, ao escolherem dar continuidade aos usos de SPA durante a gravidez, atestam a sua incapacidade de decidir pela gestação e/ou sua manutenção e/ou mesmo sua incapacidade de cuidarem da criança após o nascimento.

Não se trata de desconsiderar ou descartar todo o saber biomédico acerca da situação, mas de que modo e a que(m) serve esse saber científico? O que esse saber traz junto a ele e o que ele invisibiliza? Trata-se, portanto, de colocar em suspensão a autoridade desses saberes para assim avaliar o que deles é possível validar.

Há uma naturalização marcada no meu campo de pesquisa, em que é possível observar, por exemplo, em um modo de abordar diferenças decorrentes do uso do álcool e de seus efeitos nos corpos de homens e mulheres, em um tom que universaliza e fixa homem e mulher em determinados processos biológicos. Ao colocar essa estratégia

discursiva em evidência, não pretendo negar o valor de verdade da ciência biomédica que se apoia e se concretiza em práticas de saúde focadas no corpo organismo; procuro problematizar silêncios de tal abordagem e, como propõe Débora Britzman (1996), dar visibilidade ao que essa ciência não permite (re)conhecer, e assim propor uma outra leitura possível da relação entre homens, mulheres e usos de SPA, em um sentido de ampliação das possibilidades de se pensar sobre. Trata-se de explorar produtivamente a indagação do que “vem junto” com essa forma de conhecer e que possíveis efeitos isso tem nas vidas dos indivíduos e grupos que ela nomeia e mobiliza (JANSEN, 2016).

Em um esforço de síntese que diga do meu lugar e das minhas bandeiras, penso ser importante situar, já neste começo da tese, a minha formação como terapeuta ocupacional, a minha experiência e o meu interesse especial pelo campo da saúde mental e, mais especificamente, pelo campo do cuidado para mulheres que fazem uso de substâncias psicoativas. Demarco ainda, a minha compreensão ética e política acerca do sofrimento e, neste alinhamento, o meu desejo de seguir com lentes analíticas interseccionais. Ressalto, também, o meu interesse pelos processos de organização dos profissionais que participam da construção do cuidado, pelos modos como se organizam as políticas públicas e, no centro deste desenho, os contornos e denúncias que a experiência da maternidade para mulheres em situação de vulnerabilidades diversas pode trazer sobre os nossos tempos.

Para dar conta da pesquisa do doutorado, foi necessário uma escolha desafiadora das ferramentas que seriam coerentes e eficazes para sustentar a pesquisa. Nesse sentido, o estudo é amparado no escopo teórico-metodológico do Paradigma da Justiça Reprodutiva (JR) imbricado com a Teoria Interseccional e o Quadro Teórico da Vulnerabilidade de modo a transversalizarem as análises da pesquisa. Nesse horizonte, outras escolhas conceituais operaram diretamente nas costuras do texto, como cultura, discurso e poder, conforme discutiremos a seguir.

1.3 HORIZONTE TEÓRICO-METODOLÓGICO

Para transitar pelos (de)caminhos da maternidade de mulheres que fazem usos de SPA, em condição de vulnerabilidades, realizei movimentos para a produção dos textos analisados nesta tese. Para descrevê-los, dividi em duas partes complementares, a saber: na primeira parte apresento a Teoria Interseccional, o Paradigma da Justiça Reprodutiva e o Quadro Teórico da Vulnerabilidade. Também, os conceitos que costuram a todo

tempo as análises da tese: cultura, discurso e poder. Na segunda parte desta seção apresento a metodologia utilizada, destacando os principais conceitos e autores/as que orientaram a produção do material empírico.

1.3.1 A Teoria Interseccional

A escolha da Teoria Interseccional representa o esforço da coerência de utilizar um referencial teórico/metodológico para sustentar as análises da vivência de mulheres mães, que em seu cotidiano são atravessadas simultaneamente, de modo intenso, por diversos marcadores sociais. Essa experiência opressora vem se agravando, sobretudo, na atual conjuntura marcada pelo fortalecimento da representação política de grupos conservadores descompromissados com as políticas públicas voltadas para as mulheres, especialmente as mulheres negras e de classes populares que possuem desafios adicionais de acesso a direitos.

O conceito de interseccionalidade ganhou notoriedade em uma palestra realizada por Crenshaw na cidade de Durban, na África do Sul, em 2001. No entanto, Goes (2019) ressalta que, historicamente, o debate acerca do que atualmente se define como interseccionalidade era posto em prática antes mesmo da nomeação de seu conceito, através da luta das mulheres negras pela garantia de direitos humanos. Para a autora, feministas negras brasileiras operam com o conceito de interseccionalidade antes do termo ter visibilidade com Crenshaw. Tal movimento já vinha sendo realizado através de denúncias destas mulheres excluídas, ante a ausência de mulheres negras nas agendas políticas do movimento de mulheres bem como no movimento negro; portanto, a autora observou que bem antes da criação e visibilidade da teoria, já vinha à tona a situação de desvantagem das mulheres negras quando comparadas às mulheres brancas e aos homens negros e brancos (GOES, 2019).

Nessa esteira, Gonzalez (1983) também aparece como uma mulher que historicamente preocupa-se em revelar as experiências das mulheres negras em relação às opressões vivenciadas cotidianamente. Gonzalez (1983) nos aponta a experiência da mulher negra, em seu cotidiano atravessado pelo racismo e o sexismo, acenando que “o lugar em que nos situamos determinará nossa interpretação sobre o duplo fenômeno do racismo e do sexismo”. Para a autora, o racismo constitui um sintoma que caracteriza a neurose cultural brasileira e que a sua interação com o sexismo produz efeitos violentos, especificamente sobre a mulher negra.

Collins (2019) evidencia que, embora as intelectuais negras há muito pesquise sobre o feminismo de influência africana – que toma a intersecção na estruturação de gênero, raça, entre outros aspectos –, historicamente elas não têm participado plenamente das organizações feministas criadas por mulheres brancas. Para a autora, o feminismo hegemônico branco universalizou as suas demandas mesmo sem abrir espaços para as mulheres negras, indígenas e latino-americanas. Desse modo, o feminismo negro vem destacando a importância de se demarcar essas demandas específicas para que sejam atendidas, de acordo com a sua real necessidade. Sobretudo, que essas demandas sejam reivindicadas pelas próprias mulheres negras (COLLINS, 2019).

Pode-se afirmar que a expressão dessas lutas destacadas anteriormente culminaram na atual institucionalização da ferramenta teórica/metodológica da interseccionalidade, definida por Crenshaw (1989) como um estudo da associação de sistemas múltiplos de subordinação. Intenta examinar o modo pelo qual diferentes categorias biológicas, sociais e culturais, como gênero, raça, classe, idade, religião e outros eixos, interagem em níveis múltiplos e, em grande medida, simultaneamente (CRENSHAW, 1989). Para uma maior compreensão sobre o processo da interação entre dois ou mais eixos e o modo pelo qual os sistemas discriminatórios como o racismo, a opressão de classe e o sexismo criam as desigualdades sociais, a autora propõe a metáfora das avenidas constituídas por eixos de poder que estruturam os terrenos sociais, econômicos e políticos. As vias são compostas por distintos eixos de poder e a depender da circunstância podem se sobrepor e se cruzar, complexificando a intersecção (CRENSHAW, 2002).

Para Crenshaw (2002), o problema interseccional está na gama de violações de direitos humanos invisibilizados quando não se consideram as vulnerabilidades interseccionais de mulheres marginalizadas. Para que haja essa garantia, intenta-se viabilizar que todas as mulheres sejam beneficiadas pela ampliação da proteção dos direitos humanos, no que se refere aos diversos marcadores sociais, através da atenção às várias formas de enredamento e ao modo pelo qual essas intersecções contribuem para a vulnerabilidade particular de diferentes grupos de mulheres (CRENSHAW, 2002). Portanto, esta lente de análise possibilita ampliar o olhar acerca da compreensão de como a injustiça e a desigualdade social ocorrem em uma base de múltiplas dimensões, de modo que se dê destaque às vulnerabilidades de subgrupos específicos de mulheres.

Nesse contexto de invisibilidades, as duas mulheres mães participantes da presente pesquisa, conforme veremos mais adiante, indicam diversas camadas permeadas por opressões, repletas de elementos nocivos, que atravessam gerações, quais sejam; dificuldade de acesso a estudo, trabalho, alimentação, moradia, a saúde, entre outros. Ao dissecar essas camadas, deparei-me com o fato de que, em momentos anteriores à maternidade, existe uma intensa reivindicação do seu lugar de sujeito de direitos. Por isso, é possível assumir que as precariedades são potencializadas no momento da maternidade, sendo efeitos da obliteração transgeracional de direitos, que impactam socialmente, fisicamente e emocionalmente os sujeitos. Este fato acena que a discussão acerca do direito à maternidade, para ser equânime, precisa ser costurado ao debate da garantia dos direitos, destacados anteriormente. Esta costura de direitos é, entre outras coisas, indicada pelo Paradigma da Justiça Reprodutiva (JR), apresentado na próxima seção.

1.3.2 O Paradigma da Justiça Reprodutiva

Ao final da realização da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas (CIPD),⁶ o movimento de mulheres negras afro-americanas, por meio de suas experiências complexas, em relação às opressões, no âmbito reprodutivo, cunhou o conceito de Justiça Reprodutiva (JR), com a finalidade de ampliar a luta por todas as questões, envolvendo a justiça social e direitos humanos através da perspectiva interseccional para o exercício da reprodução e sexualidade (ROSS, 2006; GOES, 2017).

A Justiça Reprodutiva está sendo também construída no Brasil pelo movimento de mulheres negras e aponta que qualquer construção que realmente pretenda ser democrática precisa da garantia da participação das mulheres negras na resolução de inequidades existentes (GOES, 2017). Nesse sentido, a equidade aparece como fundamental para o reconhecimento de que existem necessidades específicas para diferentes pessoas e assim, caminhar para a igualdade em todas as suas dimensões. Conforme destacado anteriormente, as necessidades específicas das mulheres mães

⁶ A CIPD realizada em 1992 foi um importante marco na evolução dos direitos das mulheres devido ao reconhecimento dos direitos humanos como fator fundamental para a qualidade de vida e o desenvolvimento. Declarou-se pela primeira vez as dimensões reprodutiva e sexual como direitos humanos e estabeleceu-se que esses direitos são fundamentais para o crescimento sustentável, inclusivo e equitativo entre mulheres e homens (SABÔ, 2020).

perpassam pela falta de trabalho, acesso ao saneamento básico, água, alimentação, luz, moradia, educação, entre outros. Reconhecer essas especificidades, é fundamental para elaborar políticas públicas, voltadas para as demandas reprodutivas e sexuais de um determinado grupo de mulheres, de modo que se atenda a amplitude dessas dimensões.

A equidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) e está relacionado diretamente com os conceitos de igualdade e justiça. No âmbito do Sistema Nacional de Saúde, orienta-se, por exemplo, que os indivíduos sejam atendidos de acordo com as suas necessidades. Este princípio reconhece que as diferenças nas condições de vida e saúde indicam as necessidades das pessoas. Considera também que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade (FIOCRUZ, 2021). Segundo Garrafa e Manchola-Castillo (2017), o conceito de equidade é tomado como ponto de partida da Justiça Reprodutiva através do reconhecimento da especificidade do percurso e vivência reprodutiva de mulheres negras para se alcançar de fato um ambiente de diálogo, reflexivo e mobilizador (GARRAFA; MANCHOLA- CASTILLO, 2017). Consequentemente, a justiça social se efetivará por meio de uma sociedade igualitária, permeada pelo reconhecimento das necessidades específicas de cada grupo populacional, pelo respeito à diversidade e pluralismo (NASCIMENTO; GARRAFA, 2011).

O Paradigma da Justiça Reprodutiva admite que as dimensões de raça, classe, gênero e sexualidade conformam, integrativamente, situações diferenciadas de opressões reprodutivas. O termo opressão reprodutiva, é pensado como uma via para visibilizar as experiências de mulheres negras, cujas comunidades experimentam um conjunto complexo de opressões no âmbito reprodutivo, baseado no entendimento do impacto interseccional (ROSS, 2006). Essa opressões resultam dos atravessamentos das condições políticas/econômicas/culturais colocadas à revelia das mulheres, e dos indivíduos que, consequentemente, não possuem o controle da exploração dos seus corpos, de sua sexualidade e força de trabalho (ROSS, 2006).

Para isto, a preocupação é voltada para a contextualização, conforme já destaquei, da maternidade em um quadro muito mais amplo, não contemplando somente o âmbito da saúde. Ao fazê-lo, é possível realizar o levantamento de que a vida das mulheres pode estar em perigo, por não terem acesso à educação sexual, à contracepção e ao aborto, ao pré-natal, à falta de acesso ao trabalho e a outras demandas para cuidar

de si e de uma criança. Não quero, com isso, afirmar que devido a essas condições elas não estão aptas a exercerem a maternidade, mas que é necessário que se garanta o suporte objetivo/subjetivo em um âmbito coletivo.

Para dar conta desse contexto exposto, na perspectiva da JR, há uma integração dos direitos humanos individuais e coletivos, tornando possível compreender que a possibilidade de autonomia e protagonismo feminino, em relação às questões reprodutivas, está diretamente relacionada com as condições de sua comunidade. Para que as mulheres possam decidir, por exemplo, se terão ou não seus bebês, e em quais condições, é imprescindível que haja a garantia de seus direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, desenvolvimentais, sexuais e de um ambiente seguro, que forneça o necessário suporte social (ROSS, 2006). Portanto, não se trata apenas de uma questão de escolha pessoal. Nesse contexto, a escolha pode ser compreendida como um privilégio disponível apenas para algumas mulheres. Aqui, cabe o questionamento: quais mulheres possuem condições para cuidar de si? Quais podem escolher por terem filhos/as?

Isto posto, o chamado é voltado para a integração da garantia do conjunto de direitos, pois para algumas mulheres, como é o caso das mulheres desta pesquisa, o direito a maternidade só terá sustentabilidade se estiver integrado a outros direitos, conforme já descrevi. A esse respeito, Hunt (2007), considera que há um atraso na incorporação de uma perspectiva intersetorial por defensores/as dos direitos humanos e que o renovado foco feminista sobre a Justiça Reprodutiva pode levar a uma comunidade global mais humana. Ainda para a autora, conceber os direitos das mulheres, especialmente da justiça reprodutiva das mulheres, enquanto direitos humanos, é urgente (HUNT, 2007).

Ainda no horizonte da Justiça Reprodutiva, demarco que a presente tese pretende discutir de modo central o direito à maternidade. Compreendo que do ponto de vista cultural, a maternidade assumiu diferentes sentidos na história humana em um processo que envolve relações de poder, múltiplos discursos e interesses circularam (e circulam) sobre o assunto. De acordo com o momento histórico, alguns discursos revelaram-se privilegiados e apontaram para estatutos que estabelecem o que torna a maternidade possível para algumas mulheres e impossível para outras. Desse modo, destaco nuances da história que me permitam localizar dimensões das expectativas sociais e culturais constituídas acerca da maternidade. Vale ressaltar que na literatura

consultada as autoras tomadas como referência sobre o tema abordam em grande medida a maternidade vivenciada por mulheres brancas.

A respeito dos sentidos constituídos acerca da maternidade das mulheres brancas, Badinter (1985) historiciza a modificação dos papéis tradicionalmente atribuídos às mulheres na dinâmica familiar, em um contexto patriarcal europeu. A criação e o cuidado dos bebês na França até a metade do século XVIII se dava sob a perspectiva da transferência da responsabilidade da amamentação dos/as seus/suas filhos/as para amas de leite em suas casas ou encaminhando seus/suas bebês para a casa das amas de leite. Essa prática é reconhecida em 1780, a partir de uma pesquisa realizada em Paris, que apontava que de cada 21 mil bebês nascidos anualmente, aproximadamente 19 mil estavam nos arredores da capital francesa, sendo amamentados por amas de leite (BADINTER, 1985). Entretanto, a maternidade sofrerá transformações significativas, a partir da segunda metade do século XVIII, mudando a cultura e o comportamento das famílias da aristocracia francesa: amamentação será incentivada e a busca pela sobrevivência dos/as bebês torna-se um imperativo social e estatal. Desde então, houve uma grande mudança na concepção da maternidade, pois se até a primeira metade do século XVIII, na França, o gerenciamento da prole não era cobrado às mulheres mães, a partir desse ponto, haverá todo um aparato estatal-médico-social preparado para exigir que essa mulher assuma pessoalmente a gestão de suas crias de modo a cobrar e a regular os seus corpos, marcando assim uma nova realidade às mulheres mães. Essa transição irá produzir dois efeitos: a valorização da maternidade e a obrigação de ser mãe (BADINTER, 1985).

Na França, até o século XVIII predominava uma maneira de se relacionar com os/as filhos/as, a partir desse período, se dará uma mudança significativa nas tarefas desempenhadas pelas mulheres mães. Destaco que a autora tem como referência a vida das classes burguesas e aristocráticas, desconsiderando os efeitos do contexto nas famílias pobres e racializadas, contudo entendo a importância da problematização das condutas e valores da classe dominante europeia, que exercem/exerceram uma grande influência na cultura brasileira devido ao processo de colonização do país, porém essa maternidade não foi encontrada na pesquisa. A maternidade encontrada na pesquisa, conforme veremos mais adiante, perpassa sobretudo pela obliteração do direito de exercê-la devido ao atravessamento de diversas violências por parte da sociedade e do Estado.

Para Del Priore (1990), na colonização brasileira inspirada em tradições portuguesas europeias, a mulher passa por um longo período de domesticação tentando torná-la responsável pela casa, a família, o casamento e a procriação sob a figura da “santa-mãezinha”, segunda a autora esse adestramento fez parte do processo civilizatório e foi realizado a serviço do processo de colonização (DEL PRIORE, 1990). A maternidade converte-se em um modelo em que as mulheres brancas investiriam na reprodução de uma sociedade categorial dicotômica e hierárquica⁷ de gênero e raça (LUGONES, 2014). Sobretudo após a abolição de 1888, iniciou-se no século XX o projeto higienista de embraquecimento da população brasileira com as migrações dos europeus para o Brasil. Vale ressaltar que esse processo foi silenciado (e ainda é) pelo discurso do mito da democracia racial brasileira.

Esse modelo de referência da maternidade, embora considerado hegemônico, enreda a vida e os corpos das mulheres brancas para garantir a manutenção de uma raça dicotomizada e hierarquizada entre os que culturalmente são considerados humanos e os que não são. Para Lugones (2014) a divisão entre o humano e o não humano foi imposta sobre os/as colonizados/as como uma marca civilizatória em que os povos originários indígenas das Américas e os/as africanos/as escravizados/as eram categorizados/as como espécies não humanas – como animais (sexuais e selvagens). No polo oposto estaria o homem europeu “apto a decidir, para a vida pública e o governo, um ser de civilização, heterossexual, cristão, um ser de mente e razão” (LUGONES, 2014, p. 936). A mulher europeia “não lhe era complementar, porém alguém que reproduzia raça por sua pureza sexual, sua passividade, e por estar atada ao lar a serviço do homem branco europeu” (LUGONES, 2014, p. 936).

Nesse cenário, a marca do humano na dicotomia hierárquica tornou-se um veículo normativo para condenar e punir os/as que estavam fora da norma. Assim, no interior do sistema escravista a maternidade era negada as mulheres negras escravizadas de modo que a gravidez e a amamentação eram penalizadas levando ao aborto e ao infanticídio como uma estratégia possível de sobrevivência. Os vínculos subjetivos nas relações entre mães e filhos/as escravizados/as não eram legitimados, ficando vulneráveis aos interesses comerciais e sexuais dos senhores; as mães na condição de amas de leite na casa da família branca eram separadas de seus/suas filhos/as; e enquanto a sexualidade das mulheres brancas estava reservada à procriação, a das

⁷ Para Lugones (2014) a lógica categorial dicotômica e hierárquica é central para o pensamento colonial moderno sobre raça, gênero e sexualidade.

mulheres negras estava sujeita apropriação sexual pelos homens da família branca (GIACOMINI, 2013).

As relações de poder permeadas pelo racismo e o sexismo prevaleceram após a abolição e as estratégias de sobrevivência das mulheres negras continuaram a atravessar as relações sociais. Segundo Goes (2020), o racismo e o sexismo impactam duplamente as mulheres negras, o que faz redobrar a violência institucional sofrida. Hoje as práticas de racismo e sexismo são reproduzidas, entre outras; nos partos realizados nas maternidades brasileiras, nas situações em que as mulheres puérperas negras têm maior risco de terem um pré-natal inadequado, falta de vinculação à maternidade, ausência de acompanhante e peregrinação para o parto; menor acesso a orientação durante o pré-natal; recebem menos anestesia na episiotomia (LEAL, 2005).

1.3.3 O quadro teórico da vulnerabilidade

O conceito de vulnerabilidade é originário da área de advocacia internacional, dos direitos humanos, e refere-se em sua origem a “grupos ou indivíduos fragilizados jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania” (AYRES *et al.*, 2009). Foi trazido para o âmbito da saúde na década de 1990 nos Estados Unidos, através da publicação do livro *Aids in the World*, e adaptado no mesmo período para o contexto brasileiro. Nesse sentido, o termo localiza-se na interface entre o ativismo em torno da epidemia da Aids e o movimento dos direitos humanos nos países do Norte, deslizando do discurso do âmbito dos direitos humanos para a saúde pública. Foi incorporado nas práticas preventivas de DST/HIV/Aids na tentativa de superação das práticas referenciadas nos grupos de risco e comportamento de risco. Essa transição de risco para vulnerabilidade intencionava o não centramento das políticas, programas e ações nos grupos identitários, ou grupos de risco, mas nas relações socialmente estabelecidas entre os diversos grupos populacionais e suas identidades não fixas (AYRES *et al.*, 2009).

Um outro ponto seria não tratar as práticas que expõem, por exemplo, as pessoas ao HIV e ao adoecimento por Aids como resultado exclusivo da vontade e do grau de conhecimento dos sujeitos, mas analisar os comportamentos como efeito de um conjunto de condições estruturais e contextuais. Nessa direção, espera-se reorientar as ações de cuidado de modo interdisciplinar, intersetorial e que ambas tomem menos o econômico e o técnico, e mais, os valores e os Direitos Humanos (AYRES *et al.*, 2009).

A noção de vulnerabilidade considera a exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais, conforme já indicamos. As diferentes situações de vulnerabilidade dos sujeitos (individuais e/ou coletivos) podem ser analisados pelo reconhecimento de três componentes interligados: o individual, o social e o programático ou institucional (AYRES *et al.*, 2009). Quais sejam:

- Componente individual:

Refere-se à medida e à qualidade da informação, de que os indivíduos portam a respeito da problemática que vivenciam; à capacidade de elaborar e costurar os seus repertórios cotidianos; e à disponibilidade e possibilidades efetivas de transformar a sua problemática em práticas protegidas e protetoras.

- Componente social:

Diz respeito à obtenção de informações, às possibilidades de processá-las e as incorporar em mudanças práticas. Esse processo não depende somente dos indivíduos, mas de outros elementos, como acesso a meios de comunicação, escolarização, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais, estar livre de coerções violentas, ou poder defender-se delas, etc.

- Componente programático ou institucional:

O foco aqui nesse componente é que os recursos sociais que os indivíduos necessitam é indispensável à existência de esforços programáticos de modo que, quanto maior for o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado, maior será a canalização dos recursos sociais existentes, a otimização do seu uso, assim como a identificação da necessidade de outros recursos, viabilizando o fortalecimento dos indivíduos. A exemplo disso, temos que, para sustentar a maternidade, em um contexto de vulnerabilidade e se proteger dos danos causados pelo uso de substâncias ou pela fragilidade do espaço da rua, sejam disponibilizados de modo efetivo e democrático os recursos descritos acima.

Portanto, todos os aspectos citados anteriormente, a respeito do componente individual, social e programático ou institucional, devem ser incorporados às análises de

vulnerabilidade, de modo que os três componentes sejam interligados. A seguir, apresento três conceitos-ferramenta que operam constantemente nas análises: cultura, discurso e poder.

1.3.4 Notas sobre cultura, discurso e poder

A cultura é entendida como um “campo de luta entre os diferentes grupos sociais em torno da significação” (SILVA, 2000, p. 32) ou, ainda, como um campo de disputas em torno da construção de significados sobre o mundo. Na presente pesquisa, trata-se da significação (re)construída em um determinado tempo-espaco acerca do tema da maternidade. Conforme Klein (2003, p. 17-18),

As análises propostas pelos estudos culturais problematizam a noção de cultura como legado de um grupo ou, ainda, como conjunto de experiências humanas ligadas a costumes, conhecimentos, instituições. A cultura deixa de ser um produto dado, estático e, por isso, apenas transmitido para ser vista e pensada como um campo dinâmico e de luta que constitui o social. Nessa perspectiva, a cultura está implicada nas formas pelas quais diferentes grupos produzem e manifestam suas crenças, atitudes e costumes por meio de sistemas de significação, das estruturas de poder e das instituições.

Nessa direção, é possível afirmar a cultura como um dos lugares em que sentidos são (re)produzidos e atualizados acerca das mulheres-mães que fazem usos de substâncias psicoativas e, nesse contexto, analisar que significados foram sendo constituídos e fixados à essas mulheres.

O conceito de *discurso* se refere ao conjunto “de saberes e práticas ‘que formam sistematicamente os objetos de que falamos’, ou seja, os discursos que estariam supostamente descrevendo um real pré-dado estão, de fato, implicados com a produção desse real e de seus sujeitos” (MEYER, 2004, p. 53). Fischer (2001) aponta que o discurso sempre se produziria em relações de poder, seria constitutivo da realidade e originaria inúmeros saberes. Também,

[...] nos discursos, existe um lugar determinado e vazio que pode ser ocupado por diferentes indivíduos e pode-se considerar que é a partir desses lugares que indivíduos se tornam capazes de pensar, falar e agir, de determinados modos, em circunstâncias específicas. (FISCHER, 2001, p. 53).

As práticas no contexto do cuidado na Atenção Biopsicossocial destinado à pessoas que fazem usos de substâncias psicoativas expressam diversas relações de disputa por intermédio de discursos diferenciados. Pode-se destacar, por exemplo, a

disputa de discursos que configuram relações de poder entre os que criminalizam o uso de substâncias psicoativas ilícitas e os que defendem a descriminalização do uso dessas substâncias, as práticas proibitivas e a redução de danos. Também, os que pautam a compreensão do sujeito que faz uso como um transtorno psiquiátrico e os que tem uma compreensão mais social.

Para analisar os efeitos dessas compreensões e práticas, torna-se necessário o exame de relações de poder colocadas em ação, e a sua consolidação no âmbito das práticas cotidianas é tanto o produto dessas relações quanto seu constituidor. Moreira e Tadeu (2011) apontam que o poder se expressa em relações sociais em que indivíduos ou grupos específicos estão submetidos à vontade e ao arbítrio de outros. Para os autores, “[...] o poder se manifesta através das linhas divisórias que separam os diferentes grupos sociais em termos de classe, etnia, gênero, etc. Essas divisões constituem tanto a origem quanto o resultado de relações de poder.” (MOREIRA; TADEU, 2011, p. 37).

Moreira e Tadeu (2011) apontam que o poder não está centrado em pessoas ou atos legais, mas perpassa relações presentes nas rotinas e rituais institucionais cotidianos, e isso transforma a análise dessas relações em um esforço contínuo. Para Foucault (1988, p. 45),

O poder vem de baixo; isto é, não é, não há, no princípio das relações de poder, e como matriz geral, uma oposição binária e global entre os dominadores e os dominados, dualidade que repercute de alto e baixo e sobre grupos cada vez mais restritos até as profundezas do corpo social.

Para Foucault (1988), o poder acontece como uma relação de forças em uma rede em que todos os indivíduos estão envolvidas, como geradores ou receptores, movimentando essas relações. Assim, o conceito de *poder*, no sentido foucaultiano, argumenta que a produtividade do poder está em processos e relações, e sustenta que os significados não estão dados, não são desde sempre os mesmos, portanto não são naturais e são disputados.

A seguir apresento o horizonte metodológico elegido para o desenvolvimento da pesquisa.

1.4 HORIZONTE METODOLÓGICO

A opção do Programa Corra pro Abraço como campo da pesquisa deu-se devido a uma aproximação que tive quando fui convidada em dois momentos para ministrar aulas sobre o tema “atenção a crise” aos/as cursistas do Programa de Redução de Danos (RD)⁸ ofertado aos/as assistidos/as⁹ do programa. Nesse processo, pude me aproximar de alguns/mas profissionais e assistidos/as, iniciando uma relação vincular e a constituição de uma ponte. Um outro motivo da minha escolha do programa como campo de pesquisa tem a ver com o fato do programa funcionar como uma espécie de mediador entre os/as assistidos/as e a rede biopsicossocial. Nesse trânsito, o programa é um mediador da rede, porém não a integra oficialmente, em termos de política pública. Esse (não) lugar do programa na rede despertou-me curiosidades e me instigou a estar mais perto, embora soubesse que poderia dificultar o andamento da pesquisa. No período anterior à pesquisa, nos espaços de debate em que estive presente, o programa representava inovações de cuidado direcionadas à população que faz usos de SPA, em condições de vulnerabilidades.

Portanto, para dar conta de responder à questão central desta tese – *Como as mulheres mães que fazem usos de substâncias psicoativas, em contexto de vulnerabilidades, narram a experiência da maternidade e que sentidos atribuem a ela?* – seria necessário optar por um delineamento metodológico que me oferecesse repertório de permanência intensivamente para estar em campo. Embora estivesse no campo como pesquisadora, a minha experiência como trabalhadora da área da saúde mental acenava-me que precisaria de tempo disponível e presença ativa para captar as possibilidades que fariam os processos desencadear. Para tanto, inspirei-me nos textos de autoras que discutem a etnografia feminista, como Sardenberg (2014) e Bonetti (2009). Para as autoras, a etnografia feminista visa explorar as dimensões de sentido, sobretudo de gênero, raça, classe e vulnerabilidades dos contextos a que estão vinculadas. Outro aspecto da etnografia feminista está na postura crítica que ampara as

⁸ O Programa de RD é uma estratégia do Programa Corra Pro Abraço que visa fornecer formação aos/as assistidos/as acompanhados/as já considerados/as “aptos/as” de serem Redutores/as de Danos na comunidade. Desse modo, tanto fornece formação, quanto também estimula o autocuidado dos/as participantes.

⁹ As pessoas acompanhadas pelo Programa são nomeadas de assistidos/as.

preocupações das análises das relações de poder e com as estruturas de desigualdade (BONETTI, 2009).

O viés antropológico feminista surge na década de 1970, no contexto estadunidense, no bojo de questionamentos e críticas de cunho epistemológico acerca do conhecimento etnográfico, pois não havia a participação das mulheres antropólogas (SARDENBERG, 2014; BONETTI, 2009). Bonetti (2009) destaca o grande potencial inovador dessa antropologia feminista, amparada em uma produção etnográfica, sobretudo crítica, que parte da compreensão da relação entre contextos, situações e produção de sentidos. Também, nas alteridades constituídas devido a interação de distintos marcadores sociais.

Para Bonetti (2009), a escolha da pesquisa etnográfica feminista intenta explorar em profundidade o significado que o mundo tem para um grupo particular, reconhecendo que a pesquisadora integra a cena social e está engajada na interpretação e reconstrução da realidade (BONETTI, 2009). Para isso, como já destaquei, permaneci em alguns espaços específicos do programa direcionados ao cuidado das mulheres-mães e os espaços destinados ao planejamento e reflexões sobre as ações de cuidado do programa a essas mulheres como, por exemplo, o Grupo de Trabalho (GT) Materno-Infantil. Nesse sentido, a minha permanência nesses espaços tinha como objetivo abrir brechas para constituir relações e pontes. No contexto do delineamento metodológico da etnografia feminista, utilizei como recursos para a produção do material empírico: a observação participante e as entrevistas semiestruturadas individualmente e em grupo, conforme descreverei a seguir.

1.4.1 Estratégias para produção de dados

O material empírico que compõe esta tese foi produzido entre julho de 2019 e fevereiro de 2020, por meio de observação participante e entrevista: individual e em grupo. O primeiro contato e acordos sobre a minha permanência no espaço da instituição foi realizado através de apresentação da pesquisa à coordenadora e aos/as supervisores/as. Em seguida, definimos a minha inserção em atividades que contribuiriam para a pesquisa, que será descrito adiante. Por se tratar de um espaço de cuidado com muitas complexidades, o acordo foi de que inicialmente eu entraria em contato com os espaços para conhecer as ações e, a partir daí, poderia ir me

aproximando dos/as profissionais para que, desse modo, fossem alinhando a intermediação com as mães.

1.4.2 Observação participante

No tempo em que estive no campo, utilizei como estratégia para aproximação permanecer como observadora participante nos espaços em que os/as profissionais transitavam, quais sejam: as reuniões de equipe e as reuniões do Grupo de Trabalho Materno-infantil. Também, nos espaços em que as mulheres mães estariam, como as rodas de mulheres e a formação educativa sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's).

Portanto, diante da necessidade da imersão no contexto pesquisado, a estratégia da observação participante produziu múltiplas oportunidades para a aproximação e abordagem, enriquecendo, assim, as análises. Segundo Uwe Flick (2009), pode-se destacar como característica deste método a imersão da pesquisadora no campo, que observa a partir de uma perspectiva de membro, e que influencia o que é observado pela sua participação e/ou por sua simples presença. Em suas diferentes fases, destaca-se a possibilidade de apreender a complexidade do campo e ao mesmo tempo desenvolver as questões de pesquisa. Adentrar na realidade vivenciada pela equipe e mulheres-mães que fazem usos de SPA, enquanto observadora, permitiu que eu me colocasse a partir do ponto de vista do grupo pesquisado, com respeito, empatia e inserção. Na rotina da observação-participante nos espaços, utilizei um diário de campo para registro das informações e a conversação como um recurso de comunicação utilizado para dialogar com as mulheres-mães e os/as profissionais. O diário de campo e a conversação tinham como eixo três questões:

- 1- Relatos acerca de destituição do poder familiar de mulheres mães que fazem usos de SPA (moradoras de rua ou as que possuem residência) acompanhadas pelo projeto.
- 2- Vulnerabilidades que envolvem a maternidade, como: violência institucional, abandono por parte do parceiro, acessibilidade aos serviços, entre outras questões.

- 3- Sobre as políticas de atenção de saúde e social, buscando compreender o cenário que envolve o contexto de Salvador e o contexto em que o projeto está inserido.

1.4.3 Entrevista: individual e grupal

A escolha pela entrevista se deu pela possibilidade de uma maior aproximação e diálogo com os sujeitos da pesquisa. A entrevista foi realizada individualmente com as mulheres mães e de modo individual e em grupo com os/as profissionais que as acompanhavam. Optei por elaborar um roteiro semiestruturado, combinando perguntas abertas e fechadas. Desse modo, conforme destaca Uwe Flick (2009), “o/a entrevistado/a tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” (UWE FLICK, 2009, p. 261). Essa técnica permite o não cerceamento da fala da/o entrevistada/o, atingindo regiões inacessíveis a simples perguntas e respostas, onde o/a pesquisador/a procura “encontrar os fios relevantes para o aprofundamento da conversa” (UWE FLICK, 2009, p. 265), oportunizando a descrição do caso individual, mas também a compreensão das especificidades culturais do grupo. Para tanto, elaborei um roteiro de entrevista semiestruturada,¹⁰ aplicado durante a entrevista coletiva e as entrevistas individuais.

Durante o percurso em que transitava nos espaços, entre outras coisas, investigava a viabilidade de pessoas para uma maior aproximação. Dialoguei com mais de 20 profissionais que tinham algum nível de aproximação com as mulheres mães: os/as que acompanham casos ou já acompanharam, os/as que se interessam pelo tema e os/as que tinham disponibilidade para dialogar no intuito de explorar um panorama mais amplo acerca do fluxo de cuidado. **O material empírico produzido com os/as profissionais foi realizado através de 02 entrevistas individuais e 02 encontros em grupo com 05 profissionais, totalizando um quantitativo de 07 profissionais entrevistados/as.**

Com relação às mulheres mães, conversei com aproximadamente 30 mulheres-mães nos espaços em que transitei no programa durante o período da pesquisa, quais sejam: roda de mulheres e formação voltada para discutir a sífilis. Porém, devido à complexidade em que os casos se encontravam, os/as profissionais indicaram para as

¹⁰ Apêndices 2 e 3.

entrevistas somente seis mulheres mães, e desse grupo foi possível realizar **duas entrevistas individuais**. A escolha das interlocutoras foi realizada pelos/as profissionais que tinham proximidade com os casos levando em conta a condição subjetiva/objetiva de participação na pesquisa, por isso naquele momento somente 02 interlocutoras foram identificadas para participação. Entretanto, considero que as duas narrativas revelaram informações abrangentes e detalhadas acerca da vivência da maternidade através do testemunho de duas mulheres que vivenciaram/vivenciam um cotidiano de múltiplas vulnerabilidades.

Os pontos considerados como núcleos nas entrevistas foram: experiências pessoais da maternidade e questões relacionadas à maternidade, usos de substâncias psicoativas e vulnerabilidades. Com cada mulher entrevistada, estabeleci relações e aproximações diferentes, de acordo com o que foi possível para cada uma, elas ofereceram sentidos às questões aqui abordadas, com contornos de dor, revolta, pesos, mas também de muita resistência, vida e esperança. Não tenho o objetivo de compor um quadro representativo das mulheres mães que fazem usos de SPA em situação de vulnerabilidades, mas de expor vivências de algumas mulheres no Brasil que, ao mesmo tempo, se aproxima e se distancia das vivências de outras mulheres. Ressalto que apresentarei os casos entrevistados com os nomes fictícios de Rosa e Vitória, cujas histórias nos acompanharão ao longo do texto, e sem as quais esta tese não teria os mesmos sentidos.

A seguir descrevo sobre o campo onde foi realizada a pesquisa.

1.4.4 Sobre o Programa Corra para o Abraço

O Programa Corra para o Abraço é uma iniciativa do Governo do Estado da Bahia, através da Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SJDHDS), teve início em julho de 2013 e tem como público pessoas que usam SPA, pessoas em situação de rua e jovens que residem e transitam em territórios com altos índices de violência. Tem como objetivo promover cidadania e a garantia de direitos de pessoas que fazem uso abusivo de SPA em contextos de vulnerabilidade, ou afetados por problemas relacionados à criminalização das SPAs.

O Programa Corra pro Abraço fundamenta-se nas estratégias de Redução de Danos físicas e sociais e direcionam suas ações para pessoas que não conseguem ou não querem, por diversos motivos, suspender os usos. As equipes funcionam como

mediadoras entre os espaços da rua e os serviços públicos, especificamente nas áreas da saúde, assistência social, educação e justiça. Visam aproximar as/os assistidas/os das políticas públicas disponíveis, pois todo o contexto de fragilidade biopsicossocial junto aos estigmas afeta o acesso e acolhimento dos serviços disponíveis. Também, articulam os/as usuários/as acompanhados/as pelo Programa à rede judiciária, sobretudo à Defensoria Pública. Contribuem com a articulação da Rede de Atenção Psicossocial e também na formação político-cidadã dos/as assistidos/as, por meio da viabilização da participação em seminários, conferências, audiências públicas e outras atividades.

Tem como entidade gestora a ONG Comunidade Cidadania e Vida (Comvida). A Comvida gerencia as ações com foco em população em situação de rua, no Centro Antigo e Cidade Baixa de Salvador, nos atendidos nas Audiências de Custódia do Núcleo de Prisão em Flagrante do Tribunal de Justiça da Bahia e as voltadas para jovens no bairro de Itinga, em Lauro de Freitas.

Atualmente, está em três municípios: Salvador, Lauro de Freitas e Feira de Santana. No município de Salvador, local da pesquisa, o programa conta com cinco equipes: três equipes trabalham com pessoas que fazem usos de SPA e pessoas em situação de rua, no Centro Antigo e Cidade Baixa; uma equipe atua no Núcleo de Prisão em Flagrante, no Tribunal de Justiça da Bahia, acompanhando as audiências de custódia; uma equipe trabalha com jovens (Corra Juventude) em quatro bairros: Fazenda Coutos, Plataforma, Boqueirão – Nordeste de Amaralina e Beirú – Tancredo Neves.

A equipe de Salvador, na sede do projeto, possui acolhimento e outras atividades ao longo da semana, como jogos e atividades artísticas. Também possui Unidades de Apoio na Rua (UARs), instaladas nas regiões conhecidas como “Pela Porco” e “Praça das Mãos”; voltados para o acolhimento, cuidado e autocuidado, redução de danos e promoção de direitos como saúde e cidadania. Cada dispositivo oferta: local para banho, insumos de redução de danos (preservativos, água, etc), kit higiene (sabonete, escova de dentes, entre outros), oficinas e orientações sobre cuidado e autocuidado e escuta técnica qualificada.

Em sua metodologia de trabalho, o Programa oferece acompanhamento clínico biopsicossocial, realiza oficinas de arte-educação, orientação em redução de danos e encaminhamentos às redes de atenção psicossocial, educação, justiça e agências de emprego e geração de renda. Todas as intervenções são pautadas na baixa exigência em

que as potências e desafios de cada sujeito são acolhidas de modo particular. Para acolher efetivamente as mães, esse parece ser um conceito fundamental.

As cinco equipes de Salvador reúnem-se semanalmente nos dias de sexta-feira, com a coordenadora do Projeto, para compartilharem acontecimentos nos campos ao longo da semana, discussão de casos, entre outras coisas. Cada equipe possui supervisão semanal e ciclos mensais formativos abertos ao público. O Programa é composto por equipe multiprofissional: assistentes sociais, psicólogos/as, educadores/as jurídicos, educadores/as, arte-educadores/as, professores/as de educação física e cientistas sociais.

1.4.5 Perfil geral dos/as assistidos/as do Programa

No período de outubro de 2016 a agosto de 2018, o Corra Juventude, de Salvador, registrou um maior número de acompanhamentos à homens (67%), com idade até 49 anos. No caso das mulheres, a idade varia de 17 a 39 anos. A maior parte das demandas esteve relacionada à emissão de documentação, acesso a bens culturais/esportivos e serviços do SUS (ARAÚJO; SAAD, 2019).

1.4.6 Os sujeitos participantes da pesquisa

Os sujeitos participantes da pesquisa foram **02 mulheres mães** que fazem usos de SPA em situação de vulnerabilidade acolhidas pelo programa no núcleo de Salvador e **07 profissionais** que acompanham casos ou já acompanharam, os/as que se interessam pelo tema e os/as que tinham disponibilidade para dialogar no intuito de explorar um panorama mais amplo acerca do fluxo de cuidado destinado às mulheres mães.

1.4.7 Perfil das mulheres mães acompanhadas pelo programa e participantes da tese

No período em que estive presente no programa – julho de 2019 a fevereiro de 2020 – eram acompanhadas 23 mulheres mães, de cor negra, com faixa etária entre 22 e 37 anos, não possuíam casa própria, não tiveram acesso a educação ou emprego regularizado. Estas informações quantitativas/qualitativas levantadas sobre as mulheres

mães pelo Grupo de Trabalho Materno Infantil (Gt Materno Infantil) foi elaborado por profissionais que acompanham os casos. A elaboração da planilha¹¹ ofereceu um horizonte de compreensão acerca da condição biopsicossocial com a finalidade de planejar intervenções, monitorar e manejar os casos. Os eixos da planilha são: situação de moradia, condição de saúde, rede de apoio (familiar e comunitário), rede socioassistencial, auxílio-natalidade e outros benefícios/SUAS, histórico de perda de guarda dos/as filhos/as – processo judicial e outras informações, como passagens pelo sistema prisional e vivências de relacionamento abusivo. Com relação a esse repertório de informações levantado pelo Gt sobre as mulheres, posso afirmar que as duas interlocutoras entrevistadas agrupam características que representam a maioria do conjunto das mulheres mães acompanhadas pelo GT Materno Infantil.

1.4.8 Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa foi submetido à Comissão de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, responsável pela emissão do parecer e julgamento sobre aspectos éticos em estudos no campo que envolvem seres humanos e organizações. Foi considerada a legislação pertinente, resguardando-se o sigilo das informações prestadas pelos/as participantes. Foram seguidos todos os protocolos e preenchidos os instrumentos exigidos pela Comissão de Ética da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal da Bahia (UFBA), a qual emitiu o Parecer de aprovação n. 3.560.464, em 7 de setembro de 2019.

O presente estudo não implicou em exposições à saúde biopsicossocial dos/as participantes. Aos/as profissionais, bem como às mulheres-mães convidados/as a participar da entrevista em coletivo e das entrevistas individuais foram informados/as sobre os seus objetivos, conforme descrito anteriormente. As entrevistas foram realizadas mediante explicações dos/as informantes quanto aos propósitos do estudo e consentimento dos/as mesmos/as por escrito. Toda dedicação voltou-se a propiciar um ambiente seguro e tranquilo, para os/as entrevistados/as, sendo-lhes asseguradas as condições de sigilo e anonimato, e garantido que, em caso de desistência ao consentimento fornecido, a decisão seria acolhida imediatamente pela pesquisadora sem qualquer constrangimento.

¹¹ Apêndice 1

1.5 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos foram organizados e interpretados por meio da análise do discurso. Segundo Fischer (2001, p. 205), analisar o discurso “trata-se de um esforço de interrogar a linguagem – o que efetivamente foi dito – sem a intencionalidade de procurar referentes ou de fazer interpretações reveladoras de verdades e sentidos reprimidos. Simplesmente, perguntar de que modo a linguagem é produzida e o que determina a existência daquele enunciado singular e limitado. [...] situar as ‘coisas ditas’ em campos discursivos, extrair delas alguns enunciados e colocá-los em relação a outros, do mesmo campo ou de campos distintos. [...] É perguntar: por que isso é dito aqui, deste modo, nesta situação, e não em outro tempo e lugar, de forma diferente?”

A noção de discurso, a partir de Foucault, assume que as práticas são imersas em relações de poder e saber que se implicam mutuamente. O autor propõe que se olhe para as relações históricas, práticas concretas que estão vivas nos próprios discursos, por isso sua insistência em dizer que não há nada por trás das cortinas, nada a ser revelado, descoberto. De acordo com Foucault (1996, p. 60), “certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais do que utilizar esses signos para designar coisas. É esse mais que os torna irredutíveis à língua e ao ato da fala. É esse ‘mais’ que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever”.

Vale ressaltar que o discurso se produz em razão às relações de poder e em um mútuo condicionamento entre práticas discursivas e não discursivas, constitutivo da realidade e que produz inúmeros saberes. O discurso é ao mesmo tempo soberano e prisioneiro. Aquilo ao qual o homem cede, que o conduz em sua superfície translúcida, que age e pensa por ele, que dita os enunciados necessários e autoriza os enunciados possíveis. Mas também a exterioridade selvagem que precisa ser dominada por sistema de interditos e domesticada por fórmulas de legitimação, a fim de conjurar sua imprevisibilidade e fixá-la numa ordem (ROUANET et al., 1996, p. 13-14).

O aparecimento de um enunciado obedece, segundo Foucault, a regras específicas. Esse atravessamento de um mesmo enunciado por distintos discursos que possibilita que esses se articulem, se sobreponham, se diferenciem, e que é aí – nesses comuns ou distintos domínios – que os objetos se fazem, ganham significados, assumem sentidos, pela/na linguagem que constitui a arena da cultura. A análise do discurso irá se ocupar de dar a ver (ou descrever) esses domínios.

Um enunciado pertence a uma formação discursiva, assim como uma frase pertence a um texto, uma proposição a um conjunto dedutivo. Enquanto a regularidade de uma frase é definida pelas leis de uma língua e pela proposição de uma lei pelas lógicas, “a regularidade dos enunciados é definida por uma formação discursiva” (FOUCAULT, 2010, p. 132). A formação discursiva se caracteriza não por princípios de construção, mas por uma dispersão de fato, já que ela é para os enunciados não uma condição de possibilidades, mas uma lei de coexistência, e já que os enunciados, em troca, não são elementos intercambiáveis, mas conjuntos caracterizados por sua modalidade de existência (FOUCAULT, 2010, p. 132).

Nessa direção, e para dar conta desta análise, o quadro apresentado a seguir me serviu de roteiro durante o exame dos diálogos para a produção do material empírico, possibilitando organizá-los, de forma a definir o que seria destacado. Os olhares foram direcionados em relação a Quem diz? Para quem diz? O que diz? Quais os efeitos? Nesse sentido, categorizei os materiais a partir do que as falas indicavam em relação a experiência da maternidade e os fluxos de cuidado destinados a elas.

Quadro 1 – Tabela de Categorização

Quem diz?	Para quem diz?	O que diz e sobre...?	Efeitos?
		- a experiência da maternidade - os fluxos de cuidado destinados à elas	

Fonte: PEIXOTO, 2015, p. 44.

O material organizado na tabela indicada¹² encaminhou-me para a consolidação de duas unidades analíticas, apresentadas em dois capítulos desta tese, sejam elas: maternidade e fluxos de cuidado.

Durante a escrita, dentre outros desafios, estava a necessidade do distanciamento da minha vida profissional e militância, para que impressões já em mim sedimentadas não atravessassem o olhar para as falas. Considero esse movimento importante para refinar um olhar interessado.

¹² A dissertação de Peixoto (2015) inspirou-me na criação desta tabela que contribuiu para a organização da análise.

Vale salientar que, apesar do grande esforço empreendido na tarefa da análise nesta pesquisa, nem tudo esteve ao meu alcance; muitas coisas escaparam, outras transbordaram. Junto a isso, o tempo foi demarcando limites para a conclusão da tese dentro do prazo estipulado. Mediante o exposto, apresento a seguir o capítulo teórico e depois deste o capítulo das análises a partir dos alcances possíveis.

2 ENTRE DISPUTAS DE SABER/ PODER E A (IN)VISIBILIDADE DAS MULHERES

A seção foi intitulada pelo termo (in)visibilidade pois indica uma movimentação histórica na visibilidade/invisibilidade de mulheres que fazem usos de substâncias psicoativas no cenário político. No atual contexto histórico a presença em espaços de decisão política vem conquistando notoriedade, porém os atrasos da articulação entre o campo “álcool e outras drogas” e as políticas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo no que se refere às diretrizes direcionadas ao cuidado das mulheres, ainda marcam obstáculos no acesso ao cuidado, invisibilizando mulheres desse grupo nos serviços quando demandam cuidados, nos casos em que são visibilizadas, as demandas são atendidas de modo precário. Essa precariedade resulta entre outras coisas da tensão entre duas formas antagônicas que se atravessam a todo tempo: a Redução de Danos e o Proibicionismo. Embora a Redução de Danos seja a política orientadora das diretrizes de cuidado direcionados aos que sofrem devido aos usos, a perspectiva proibicionista atua de modo intenso, especialmente sobre os corpos das mulheres, influenciando o enredamento de seus corpos.

Destaco que a literatura consultada aborda predominantemente o impacto corporal do uso do crack e outras substâncias na gravidez e no período neonatal. Assim, não foi possível localizar nas bases bibliográficas consultadas estudos abordando especificamente o perfil epidemiológico e os aspectos sociais da maternidade de mulheres que fazem usos de substâncias psicoativas em condição de vulnerabilidades no Brasil, por isso os dados que seguem descrevem, por exemplo, o aumento do uso por mulheres, não abordando de um modo mais específico as mulheres mães.

A articulação entre o campo de álcool e outras drogas e as políticas de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) é considerada um fato histórico recente. Do ponto de vista do gênero, Lins (2007) aponta que quando se estabeleceu a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras drogas, em 2003, o Ministério da Saúde reconheceu que houve um atraso do SUS na assunção da responsabilidade pelo enfrentamento de problemas associados ao consumo de álcool e outras substâncias, ao passo que esse atraso também acompanha o desinteresse por questões relacionadas às mulheres e uso de SPA. A conclusão da pesquisa da autora aponta que o número de documentos que incluem a feminilidade como foco de atenção é ínfimo, quando relacionado ao total de material empírico utilizado. Menciona a ausência do Estado no

direcionamento das políticas públicas para esse público, em suas demandas específicas de gênero, raça e classe, ante a ascensão dos problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas entre a população de mulheres no país.

A invisibilidade do gênero na Reforma Psiquiátrica, conforme Medeiros e Zanello (2018), impossibilita a criação de políticas públicas que considerem as especificidades de ser homem ou mulher em nossa cultura. Embora as autoras salientem o marcador gênero, destaco que no campo mais específico voltado para o cuidado dos/as que usam substâncias é marcada não somente pelo eixo gênero, mas também e sobretudo por raça e classe. Conforme veremos mais adiante, esse conjunto de marcadores contribui para a consolidação de sistemas discriminatórios como o sexismo, o racismo e desigualdades sócio-econômicas, desdobrando-se na desassistência e/ou na assistência permeada pela violação de direitos das questões que atravessam as mulheres mães. Um outro ponto que as autoras destacam refere-se ao fato de que a ausência da discussão acerca do gênero contribui para a perspectiva biologizante do sofrimento biopsicossocial, separando-o de questões sociais (MEDEIROS; ZANELLO, 2018).

Com relação aos documentos que conformam marcos importantes de garantia dos direitos humanos das mulheres, destaco os Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres (PNPM) com o intuito de examinar em linhas gerais o alcance dessas políticas em relação às mulheres da presente pesquisa. O I PNPM, criado em 2004, teve como objetivo a efetivação dos direitos das mulheres; o seu foco de atuação manteve-se na saúde reprodutiva e na redução da mortalidade materna, o que resultou em lacunas em outras áreas que compreendem a saúde integral das mulheres, como a saúde mental (MEDEIROS; ZANELLO, 2018). No entanto, este plano incluiu o tema no capítulo referente à “saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos”, relacionando a saúde mental ao ciclo biológico e reprodutivo das mulheres. O plano visou atingir a saúde mental ao planejar a implantação de projetos pilotos de atenção à saúde mental das mulheres na perspectiva de gênero, em 10 municípios com Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), porém estes projetos não foram implementados (MEDEIROS; ZANELLO, 2018).

O II PNPM manteve o tema da saúde mental no capítulo “saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos” em que permanece a relação entre a saúde mental e ciclo reprodutivo, sendo este inclusive o foco das ações, pois há o reconhecimento de que os transtornos mentais e de comportamento associados ao puerpério necessitam de uma maior investigação, sobretudo diante dos dados de

pesquisa realizada em 24 capitais e no DF, em 2001, num universo de 3.265 mulheres, em que foi possível identificar 97 mortes por suicídio, associadas à depressão, inclusive relacionada ao pós-parto (MEDEIROS; ZANELLO, 2018). O III PNPM indica uma maior sensibilidade com relação a interseccionalidade do sofrimento biopsicossocial, pois foi estabelecido como linha de ação a promoção da atenção à saúde mental das mulheres, considerando marcadores raciais, étnicos, de origem, de classe social, de idade, de orientação sexual, de identidade e gênero (MEDEIROS; ZANELLO, 2018). Portanto, embora verificada uma preocupação inicial com a interseccionalidade do sofrimento biopsicossocial das mulheres no III PNPM, não há um delineamento específico de atenção à saúde biopsicossocial de modo mais específico às mulheres mães que fazem usos de psicoativos.

Em contraponto à ausência de um delineamento específico de políticas, trago dados que apresentam o aumento do número de mulheres que fazem usos de SPA entre um contingente que, em 2005, registrou um crescimento global de 15 milhões de pessoas, na faixa etária de 15 a 64 anos. Foi identificado o aumento do número de mulheres em relação ao de homens para alguns tipos de substâncias, especialmente as ilícitas. Para os autores, uma explicação possível para o aumento do número de mulheres consumidoras pode estar no fato de elas terem sido invisibilizadas em estudos anteriores sobre a temática, já que o uso de SPA historicamente esteve relacionado aos homens (PRADO; QUEIROZ, 2012).

Oliveira, Paiva e Valente (2006 *apud* PRADO; QUEIROZ, 2012) apresentam dados sobre o aumento do número de mulheres que fazem usos de SPA entre um contingente que, em 2005, registrou um crescimento global de 15 milhões de pessoas, na faixa etária de 15 a 64 anos. Foi identificado o aumento do número de mulheres em relação ao de homens para alguns tipos de substâncias, especialmente as ilícitas. Para os autores, uma explicação possível para o aumento do número de mulheres consumidoras pode estar no fato de elas terem sido invisibilizadas em estudos anteriores sobre a temática, já que o uso de SPA historicamente esteve relacionado aos homens.

O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, evidenciou que entre os anos de 2006-2012 houve aumento tanto da prevalência quanto da intensidade do consumo entre as mulheres brasileiras, com destaque para o padrão *binge*, que é considerado um indicador de ingestão de quatro ou mais unidades de bebida alcoólica a cada duas horas. Houve um aumento de consumo de 45% para 59% na proporção de consumo em *binge* e

foi observado que o público feminino aumentou o consumo de 36% para 49% (LARANJEIRAS *et al.*, 2012).

A identificação dessas pesquisas aponta que a invisibilidade de políticas preocupadas com as questões que envolvem as mulheres que fazem usos de substâncias psicoativas caminha de modo desalinhado com relação aos resultados das pesquisas que apontam para o aumento do consumo, portanto para a necessidade de um cuidado específico para as demandas que surgem. Com efeito, pode-se afirmar que há uma quase ausência no direcionamento das políticas públicas para reverter os números crescentes de consumo de álcool e outras drogas entre as mulheres. O argumento delineado nesta tese é de que o consumo é acompanhado por uma série de outras questões mais relevantes do que o uso em si, como por exemplo a gama de obliterações de direitos que atravessam as interlocutoras da pesquisa, conforme veremos adiante.

Essas lacunas destacadas anteriormente constituem alguns sentidos acerca da mulher, sobretudo a mulher mãe que faz usos de substâncias que acaba por se situar no lugar do impensável, e, assim, reiteram e atualizam a naturalização da compreensão moralista acerca dos usos e de seus efeitos em seus corpos. Não quero com isso compor uma ‘ode’ aos usos de substâncias psicoativas por mães, mas me proponho, nesta tese, entre outras coisas, a argumentar sobre o que vem junto a essa compreensão moralista acerca das mulheres mães. Esse conjunto de estudos apresentados anteriormente também indicam a movimentação que a dimensão de gênero, raça e classe provoca no sentido de possibilitar “um reexame crítico das premissas e dos critérios do trabalho científico existente” (SCOTT, 1995, p. 73), alargando noções acerca dos sentidos atribuídos historicamente às pessoas que fazem usos de SPA e a invisibilidade das políticas direcionadas a esse público, considerando as suas especificidades.

2.1 VEREDAS DA POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS

A Política de Redução de Danos, presente atualmente em diversos países, foi implementada inicialmente com o relatório de Rolleston na Inglaterra, em 1926, com base no qual o médico poderia prescrever substâncias derivadas do ópio para os dependentes de algumas drogas. Desse modo, atribuía-se ao médico o poder de prescrever e definir o tratamento ao/a usuário/a. Esse relatório elaborado pelo governo inglês reconhecia a legitimidade da prescrição de ópio em algumas condições: a administração na síndrome de abstinência em tratamentos com objetivo de cura; ao

evidenciar que o uso da droga não poderia ser descontinuado com segurança e comprovar a possibilidade de uma vida normal e produtiva se uma dose mínima de droga fosse administrada regularmente, deixando de usá-la à medida que a necessidade da droga fosse diminuindo (ROSA, 2012).

Ainda sob esse enfoque, Marllat (1999 *apud* ROSA, 2012, p. 44) assinala que as práticas de medicalização do uso de drogas tiveram uma intensa investida em decorrência da crise da Aids. Nesse momento, a redução de danos,¹³ reconhecida internacionalmente como um movimento político e sanitário que visava à diminuição das consequências danosas à saúde, devido ao consumo de drogas, surgiu como resposta ao aumento da incidência, em nível internacional, do HIV/Aids vinculado ao uso de SPA injetáveis, na década de 1980. Em decorrência disso, o interesse pela Política de Redução de Danos ampliou-se, resultando em diversas conferências internacionais que apontaram, naquela década de 1980, para a sistematização de programas orientados por tais princípios da redução de danos.

A primeira experiência foi implementada na Holanda, e o impulsionador da criação da Redução de Danos como política pública nesse país foi a verificação do fracasso das terapias tradicionais, pautadas na abstinência, e a crescente propagação de hepatites virais e HIV (FERNANDES; RIBEIRO, 2002). Apesar de autores destacarem a crítica à abstinência, esta estratégia faz parte também da redução de danos, pois é entendida como uma opção de quem faz usos. Nesse sentido, posso afirmar que a redução de danos desconstrói a ideia de “ou isso ou aquilo” e se propõe a somar as estratégias, podendo assim ser “isso e aquilo”. A estratégia de distribuição de seringas na Holanda, que se tornou popular nos programas de redução de danos, surgiu a partir da demanda levantada por um segmento de usuários/as organizados, denominado Junkiebond. A iniciativa dos/as usuários/as de substâncias psicoativas veio denunciar um descaso com a saúde dessa população, visto que não havia qualquer tipo de medida para prevenção de doenças transmitidas pelo compartilhamento de seringas e as intervenções ocorridas até aquele momento consistiam em repressão a usuários/as, não atendendo às suas necessidades, mas marginalizando-os/as (FERNANDES; RIBEIRO, 2002).

¹³ Utilizarei o termo “Redução de Danos” em letra maiúscula quando me referir a política pública, e utilizarei em letra minúscula quando me referir a outras situações como: princípio, estratégia, movimento político, etc.

Sobre essa experiência ocorrida na Holanda, Pablo Benevides e Túlio Prestes (2014) apontam para a perspectiva de que essa movimentação não esteve voltada para as drogas, mas teve como objetivo maior conter o surto das infecções sexualmente transmissíveis, que se expandiam em decorrência da propagação das drogas injetáveis. O autor aponta que a intenção de conter esse surto vem acompanhada de aspectos normalizadores quando, em grande medida, os/as usuários/as passam a ser associados a violência, loucura, como vulneráveis a infecções sexualmente transmissíveis, dentre outros aspectos que os aproximam da anormalidade. Nesse sentido, discute: “Há [...] um movimento de [...] normalização disciplinar à medida que àquele sujeito que faz uso de drogas é associado à delinquência, à violência, a distúrbios psicológicos, à criminalidade e à periculosidade.” (BENEVIDES; PRESTES, 2014, p. 285).

As primeiras ações no Brasil, aconteceram em 1989 e apresentavam o mesmo contexto holandês. Isso porque as primeiras intervenções no Brasil aconteceram no município de Santos (SP), na época com maior taxa de infectos pelo vírus do HIV, decorrente, em grande medida, do uso de substâncias psicoativas injetáveis. Nesse período, foi implementado o primeiro Programa de Troca de Seringas no Brasil, em Santos, mas uma intervenção judicial interrompeu a ação, interpretada como incentivo ao seu uso.

Em 1995, o Conselho Estadual de Entorpecentes (Conen) e o CN/DST/AIDS deram intenso apoio aos Programas de Redução de Danos (PRDs) para estimular o combate ao vírus da Aids. Nesse contexto, outras ações foram desenvolvidas com o apoio e a participação de universidades, associações de usuários/as de drogas e organizações governamentais e não governamentais, visando promover medidas de redução de danos mediante o crescente consumo de substâncias psicoativas e disseminação do vírus HIV (MESQUITA, 2001).

A Redução de Danos, no final da década de 1980, passou a inspirar uma discussão voltada para a humanização e desestigmatização das pessoas que fazem usos¹⁴ de SPA no Brasil. Diversos/as profissionais de saúde, como também movimentos que atuavam em defesa dos direitos humanos de usuários/as de substâncias psicoativas, passaram a envolver-se com essa proposta. Também foram desenvolvidas ações voltadas à implementação e ao fortalecimento da Redução de Danos como política pública e à defesa da dignidade do/a redutor/ra de danos, como a Associação Brasileira

¹⁴ Utilizo o termo “uso” no plural no sentido de que existem várias formas de acessar uma substância: de forma moderada, excessiva, ritualística, etc.

de Redução de Danos (ABORDA), criada em 1997. A regulamentação das ações tornou-se uma demanda, e os/as profissionais da saúde viam na ação uma oportunidade para repensar e reformular o problema do consumo de substâncias psicoativas no Brasil (ABORDA, 2016).

Nesse ínterim, no Brasil, o espaço pensado como referência para o cuidado das mulheres que fazem uso de SPA tem relação direta com o campo da saúde mental, de modo a articular conhecimentos especializados sobre “álcool e outras drogas” e as políticas de saúde e assistência social no Sistema Único de Saúde (SUS). Esse estreitamento é considerado um fato histórico recente, quando comparado às políticas já consolidadas, pois se institucionaliza em 2003, com o estabelecimento da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras drogas.

Em 2001, o Ministério da Saúde realizou o Seminário Nacional sobre Atendimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas na rede do SUS; tendo, entre os objetivos, a discussão sobre a configuração de uma rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas. Diante da conclusão de que a assistência até então disponibilizada era insuficiente, foram consensuadas recomendações para a composição de uma política pública de saúde na área de álcool e outras drogas, que tinha especialmente como meta o estabelecimento de uma rede assistencial. O relatório desse seminário subsidiou as discussões na III Conferência Nacional de Saúde Mental, afirmando a necessidade de que a atenção de usuários de álcool e outras drogas fosse assumida pelo SUS, privilegiando os serviços ambulatoriais e de base comunitária a partir da lógica da redução de danos (ALVES, 2009).

Neste contexto, a noção de cuidado na Rede de Atenção (Bio)psicossocial¹⁵ (RAPS), instituída pela Portaria MS/GM n. 3.088 em 2011, no Brasil (BRASIL, 2011), expressa diversas relações de disputa por intermédio de discursos diferenciados. Destacam-se os discursos médicos, jurídicos, biológicos, pedagógicos, psicológicos, que configuram relações de poder entre os que criminalizam o uso de substâncias psicoativas ilícitas e os que defendem a descriminalização do uso dessas substâncias; as práticas proibitivas e a redução de danos. Há disputas também entre os que pautam a compreensão do sujeito que faz uso de substâncias psicoativas como um transtorno psiquiátrico e os que têm uma compreensão social de tais usos. Vale salientar que a

¹⁵A atenção biopsicossocial é o saber/fazer que ampara o atual campo de cuidados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), intenta substituir os/as manicômios/comunidades terapêuticas. Desse modo, também circunscreve atualmente as práticas de redução de danos.

disputa no âmbito político se acentua durante o período do (des)governo do presidente Bolsonaro, culminando em amplo retrocesso nas conquistas da Luta Antimanicomial e a negligência da participação política em importantes decisões como, por exemplo, a votação da descriminalização do uso da *cannabis* para uso medicinal, sobretudo por crianças acometidas por paralisia cerebral.

Ora, intensificaram-se as disputas discursivas no campo moral e jurídico sobre o tema da redução de danos por uso de substâncias psicoativas. Os intensos conflitos indicavam o terreno complexo em que o tema estava imerso, pois a Política de Redução de Danos, que tem como principal eixo discursivo o respeito à escolha sobre o uso, deveria estar alinhada com o conteúdo da legislação penal brasileira sobre drogas, construída sob um modelo proibicionista e repressivo acerca desse uso.

No Brasil, mesmo com a implementação dos primeiros programas municipais e estaduais de redução de danos, as discussões permanecem marcadas por binarismos, relacionados às tensões acerca da criminalização/descriminalização, proibição/legalização. Esses conflitos são pautados, em grande medida, por um discurso moralista oriundo do proibicionismo que está atrelado a dois modelos explicativos para o consumo de drogas: o modelo moral/criminal e o modelo da doença (MARLATT, 1999). Para o primeiro, os usos de drogas compreendem um problema moral, uma prática delituosa cujo enfrentamento consiste no encarceramento dos imorais/criminosos. O modelo de doença configura os usos de drogas e a dependência como uma patologia biologicamente determinada, que deve ser abordada com a oferta de tratamento e reabilitação (MARLATT, 1999).

Embora esses modelos sejam divergentes em relação às propostas de intervenção, ambos compartilham a eliminação dos usos de drogas. De acordo com essa perspectiva, as ações de prevenção são voltadas para a redução da demanda por drogas, e o tratamento consiste na abstinência como única meta possível; essa racionalidade proibicionista caracteriza-se, então, pelo autoritarismo das intervenções propostas. Nesse contexto exposto, marcado pelo proibicionismo, foram implantados os primeiros programas de redução de danos, fortemente combatidos por setores que não a reconhecem como prática legal ou questionam sua eficácia como intervenção de saúde pública, pois até então os casos considerados graves eram encaminhados para a internação nos manicômios, grupos de autoajuda e comunidades terapêuticas.

2.2 O PROIBICIONISMO E A GUERRA ÀS DROGAS: A REEDIÇÃO DO PROCESSO COLONIAL

O uso de substâncias psicoativas no Brasil, sobretudo as ilegais, está estreitamente relacionado ao processo de criminalização (KARAM, 2004; ROSA, 2012). Essa relação direta entre usos e a criminalização sustenta a guerra às drogas no Brasil que, sob o argumento do combate ao tráfico – com sentido de negócio ilegal, contudo com uma forte carga criminal –, cumpre a função de justificar a vigilância e a punição de uma determinada parcela da população e a manutenção da desigualdade social. Desse modo, há uma operação que designa um conjunto de pessoas por nível de periculosidade e esse nível pode ser medido a partir de marcadores, como gênero, classe e raça. O modelo de guerra às drogas, constituído nos Estados Unidos nas décadas de 1970 e 1980, fundamentava-se em medidas de forte repressão ao tráfico e ao consumo através de intervenções militares. Esse modelo inspirou vários países, inclusive o Brasil, que se encontrava no período de ditadura militar, ele ainda reverbera em muitas práticas, mesmo com as pesquisas apontando que as políticas de repressão contra as drogas provocam mais danos e mortes do que as substâncias em si.

Esse funcionamento é consequência do processo de colonização escravocrata no Brasil e tem como efeitos a submissão e dominação das pessoas de maneiras distintas. Essa reedição do processo colonial no Brasil é (re)constituída através de estratégias e práticas para colonizar os povos, de modo a estabelecer normas para o domínio das condutas, como a guerra às drogas e o proibicionismo. Nesse âmbito, o aspecto normalizador (que atravessa diretamente o tema da maternidade na presente tese) indica que a intenção de controlar vem acompanhada de diagnósticos situacionais que, em grande medida, associam os/as usuários/as à violência, à loucura, à vulnerabilidade, a infecções sexualmente transmissíveis, dentre outros aspectos, que os aproximam do que é considerado culturalmente como anormalidade. Nesse sentido, “há [...] um movimento de [...] normalização disciplinar à medida que aquele sujeito que faz uso de drogas é associado à delinquência, à violência, a distúrbios psicológicos, à criminalidade e à periculosidade.” (BENEVIDES; PRESTES, 2014, p. 285).

O grupo de mulheres mães que me aproximei para realizar a pesquisa localiza-se no cenário da população atingida diretamente pela guerra às drogas: são mulheres, negras e tiveram um histórico de moradia na rua. De acordo com o último levantamento sociodemográfico do ano de 2016 realizado pelo Projeto Axé, sobre pessoas em

situação de rua na cidade de Salvador, chegou-se a um número aproximado de 3.060 mulheres que vivem nas ruas, dentre estas 1.838 mulheres negras, 1.030 pardas e 192 mulheres brancas (PROJETO AXÉ, 2016). Segundo os dados, nem todas integram o grupo de pessoas que fazem usos de substâncias, porém todas vivenciam os efeitos do proibicionismo cotidianamente. Pode-se afirmar que os sentidos construídos historicamente acerca das mulheres que fazem usos de SPA contribuem para alimentar redes de vigilância sanitária, e mesmo sociais, mais estritas no que diz respeito aos corpos, às escolhas e à vida dessas mulheres. Essas redes constituem modos de atuação do poder sobre os corpos, de forma a controlá-los, e aparecem de diferentes formas: nas abordagens nos serviços de saúde, nas maternidades, nas clínicas, hospitais, nas prisões, no convívio social e familiar, na mídia, dentre outros mecanismos (JANSEN, 2016). Assim, a dinâmica do poder circula em rede atuando sobre os corpos e é fortalecida quando enredada a discursos morais, no sentido de interditar comportamentos e escolhas dessas mulheres, colocando-as em situação de estigmatização. As causas, os efeitos e os modos de vigiá-las vão modificando ao longo do contexto histórico/cultural, (re)construindo um lugar desfavorável para as mulheres, sobretudo as mulheres-mães que fazem usos de SPA, conforme veremos mais adiante.

Voltando ao proibicionismo no Brasil, o primeiro registro aconteceu em 1830, determinado pela Câmara Municipal do Rio de Janeiro no Norte e Nordeste. Foi tornada ilícita e considerada um problema de saúde pública. Para MacRae (2000, p. 23), as razões da proibição passavam por motivos racistas e religiosos, de modo que se foi cristalizando entre autoridades médicas e policiais brasileiras a associação dos elementos “pobre – preto – maconheiro – marginal – bandido”. Atualmente, outras substâncias, como por exemplo, o crack, são associadas culturalmente ao uso por este grupo.

Desse modo, o processo de criminalização dos usos da maconha no Brasil foi introduzido no contexto do sistema escravagista, pelos escravos africanos. Conseqüentemente, os/as usuários/as foram perseguidos/as, e a proibição dessa substância foi justificada por argumentos racistas e religiosos, que sustentaram, também, a elaboração de normas que, supostamente, visavam controlar o seu uso; de fato, serviam para vigiar e controlar os/as usuários/as de maconha, vistos/as como perigosos/as. Rastros desse processo reverberam ainda hoje nos sistemas prisionais, cuja população é composta principalmente por homens jovens, pobres e negros das periferias das grandes metrópoles (MACRAE, 2012).

Assim, a maconha, substância eleita para proibição, passou a ser combatida, proibindo-se o seu uso, comercialização e plantio, o que também é possível verificar em relação a outras substâncias psicoativas. Pode-se observar como aquilo que é considerado lícito em um momento histórico e em uma determinada cultura pode não o ser em outro; esse movimento é atravessado por relações de poder que colocam em circulação algumas mercadorias e não outras, ofertam medicamentos para tratamento e também podem contribuir para a manutenção de preconceitos raciais e religiosos, como no caso da proibição da maconha no Brasil. Nessa linha, outras proibições e ações foram se moldando, com a justificativa pautada na preocupação com a saúde e a vida da população, mas que na prática ensejam a perseguição e massacre de um determinado grupo populacional.

Com relação ao efeito do proibicionismo nos corpos das mulheres, ressalto que a atuação política/acadêmica de mulheres frente às questões que envolvem o proibicionismo é muito recente. Historicamente, conforme relatei, esse movimento é marcado prioritariamente pela atuação de homens e atenção as suas demandas, conseqüentemente, na fragilidade de estudos e ações destinadas às mulheres pautadas prioritariamente nas questões biológicas. Autores, como Silva (2012), apontam que, apesar da diminuição da diferença na escolha pelo consumo de SPA entre homens e mulheres, que resultou, em grande medida, da conquista da igualdade de direitos, o público feminino não é respeitado em suas escolhas no que se refere aos usos de SPA. Nesse sentido, outra pesquisa aponta que as mulheres usuárias de álcool perdem rapidamente o apoio social devido à baixa tolerância cultural em relação ao hábito de mulheres beberem. Segundo os autores, o julgamento social em relação à mulher usuária de álcool continua sendo mais rigoroso (EDWARD *et al.*, 2005; GITLOW; PEYSER, 1991).

Essas pesquisas tratam de diferentes formas de uso, e diferentes formas de julgar esse uso culminando na dificuldade de aceitação social, dificultando, por exemplo, a chegada a um serviço e/ou a atenção devida a um cuidado demandado por uma mulher que dele necessite. Este fato compromete os aprendizados, tanto em relação à autogestão do uso e à responsabilidade de si quanto à corresponsabilidade do uso, ou à compreensão desse uso de um modo mais coletivo, pois elas chegam em menor proporção aos serviços de saúde (JANSEN, 2016).

Diante disto, vale destacar, que a Rede Nacional de Mulheres Antiproibicionistas (RENFA), uma organização política feminista, antirracista, supra

partidária e antissistêmica vêm pautando nacionalmente essas questões que envolvem os direitos das mulheres a partir da perspectiva de um feminismo antiproibicionista. Foi fundada em 2016 em Salvador, atua na luta por uma reforma da atual política de drogas com foco na defesa dos direitos das mulheres atingidas pelo modelo proibicionista. A RENFA representa atualmente uma importante frente de atuação diante de tantos anos de invisibilidades e perspectivas distorcidas com relação às mulheres, conforme descrevi anteriormente.

2.3 EFEITOS DO PROIBICIONISMO: MANEJOS DA SAÚDE PERMEADOS POR MORALISMOS

Em face do exposto, o campo de cuidado aos/às usuários/as de substâncias ainda é atravessado pela lógica proibicionista, mesmo localizada no campo da saúde pública, e amparada por leis como a Política do Ministério da Saúde (2003). Um dos efeitos do proibicionismo aparece nas interferências que estão fora da saúde pública, como a intervenção policial. Em relação a esta, trazendo um pouco da minha experiência durante o período em que coordenei o projeto ‘Saúde De Cara na Rua’,¹⁶ voltado para estratégias territoriais de educação em saúde, era recorrente encontrarmos jovens, que atendíamos e moravam na rua, que haviam sido espancados por policiais durante a madrugada. Este fato se alinha à importância da ampliação do debate sobre sujeitos e contextos de consumo de drogas, costurada à história da constituição do racismo, assim como da nossa herança colonial de controle, principalmente quando estamos tratando do contexto na cidade de Salvador, com resquícios políticos pós-abolicionista (MALHEIRO, 2018).

Um outro exemplo acerca do efeito do proibicionismo alinhado às ações enredadas por discursos da saúde pública e do judiciário, foi o pedido de liminar publicado em 2017 para a realização de laqueadura tubária de Janaína, residente de Mococa no estado de São Paulo¹⁷. Janaína foi intimada pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo por recomendação dos equipamentos de saúde e assistência social a realizar laqueadura tubária. Segundo o pedido de liminar, em caráter de urgência,

¹⁶ O projeto vinculava-se ao Centro de Estudos e Terapias ao Abuso de Drogas (CETAD) e tinha como eixo central promover a desconstrução cultural acerca dos mitos relacionados à questão das drogas e seus usos.

¹⁷ Disponível em: <https://tj-sp.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/905857754/apelacao-civel-ac-10015215720178260360-sp-1001521-5720178260360/inteiro-teor-905857907?ref=serp>

Janaína é diagnosticada como “pessoa hipossuficiente, apresenta grave quadro de dependência química, sendo usuária costumaz de álcool e outras drogas”, “acompanhada pelo CAPS AD e já esteve diversas vezes internada compulsoriamente”. Ainda segundo a liminar, não aderiu aos tratamentos e descumpru as mais simples orientações. Trazendo novamente memórias do período em que fui residente em saúde mental e trabalhei em serviços voltados para o cuidado dessa população, assisti muitas discussões clínicas acerca da “aderência” dos sujeitos ao plano terapêutico elaborado pelos/as profissionais para a condução do caso. Notava que os planos terapêuticos eram elaborados em grande medida sem a co-participação das pessoas que estavam sendo cuidadas, desse modo o plano estava mais alinhado com a perspectiva e expectativa do/a profissional do que a demanda do/a usuário/a. Consequentemente, o debate da aderência nas reuniões clínicas eram muito frequentes, pois em grande medida os/as usuários/as não se adequavam às propostas. Também observava que os/as profissionais não investiam a fundo sobre a investigação do histórico de vida dos/as usuários/as e raramente os/as profissionais refletiam sobre a sua própria prática. Assim, o plano terapêutico destina-se em grande medida a atender a demanda do/a profissional em detrimento das demandas dos/as usuários/as, como no caso descrito. Discutirei sob outros ângulos mais à frente acerca dessa problemática, que envolve decisões compulsórias da justiça acerca dos corpos das mulheres.

Visualiza-se que estratégias com inspirações moralistas coexistem junto ao que se propõe na Política de Redução de Danos e no SUS. Adentrando na discussão sobre o campo moral, a concepção histórica das substâncias psicoativas como um mal, cujo uso é associado ao desvio e à criminalidade de seus consumidores, criou (e recria) uma compreensão que dificulta o processo de formulação e implantação de políticas públicas para usuários/as de substâncias psicoativas. A igreja católica, por exemplo, posiciona-se contra a redução de danos com o argumento de que, ao propor a diminuição do uso de substâncias psicoativas em vez de eliminá-lo, ela contribuirá para que tal hábito, qualificado como falha ou pecado, seja mantido (BOMTEMPO, 2006).

Esse viés moralista contribui para o desfavorecimento das mulheres que fazem usos de SPA e vivem em situações vulneráveis, atualmente, no Brasil, que pode ser avaliado através do modo pelo qual a maternidade e todas as questões que a atravessam vem sendo abordada nos serviços oferecidos a essa população, como a precariedade na obtenção do auxílio maternidade e uma gama de direitos obliterados anteriormente ao período da maternidade conforme já destaquei. Nesse sentido, pode-se afirmar que há

um comprometimento, sobretudo na inserção social das mulheres negras como sujeitos de direitos no âmbito das questões reprodutivas que resulta da interconexão entre as discriminações de gênero, raça e classe (GOES, 2019).

Desse modo, todo esse enredamento opera de modo mais incisivo sobre as mulheres mães da presente pesquisa, já que estas, culturalmente, não correspondem às expectativas da maternidade. No contexto de expectativas de uma mãe ideal, os discursos que tomam determinados referenciais de modo fixo com relação a maternidade, uso de SPA e vulnerabilidades demarcam fronteiras ao classificar os/as que ficam dentro e fora delas. Trata-se de jogos de poder favorecendo determinados interesses econômicos e políticos, com diferentes consequências na nossa cultura. As mulheres mães da presente pesquisa fazem parte do grupo de mães consideradas inaptas para exercer a maternidade resultando na obliteração do exercício da maternidade em sua integralidade. Portanto, há uma demanda urgente indicando que a maternidade seja circunscrita no âmbito da justiça, ressignificando a reprodução como uma questão política situada em relações de poder. Mediante isso, é preciso questionar: quais são os entraves promovidos por essas opressões interseccionais quando se trata da relação entre usos de SPA e maternidade? O que ela deixa de fora ou impossibilita pensar? Esta tese pretende oferecer pistas para responder estes questionamentos partindo das narrativas das duas mulheres mães entrevistadas apresentadas a seguir.

3 SOBRE OS CASOS DE ROSA E VITÓRIA

O presente capítulo das análises foi tecido e subdividido em oito seções; nas duas primeiras seções, apresento a descrição dos casos entrevistados na pesquisa: Rosa e Vitória. Após a descrição, discorro as análises do material empírico produzido para a elaboração desta tese. Na terceira e quarta seção, discuto os sentidos e desdobramentos de uma maternidade considerada socioculturalmente como desviante. Mapeio nuances desse “desvio”, constituído por discursos como o saber médico, que é responsável em grande medida pela (re)constituição na história cultural de um sujeito, mulher mãe, nomeada como dependente física e psicologicamente de substâncias psicoativas e por isso, considerada incapaz de cuidar de si e de seu/sua filho/a. Não pretendo com isso reforçar a condição do uso do termo “desviante”, porém desnaturalizar o seu uso. Apresento os argumentos que contribuem com a sustentação naturalizada de uma concepção de maternidade “desviante”, carregada de estigmas. Nesse contexto, aparece o marcador social da dependência química, instituído a partir do saber/poder da psiquiatria, reverberando em diagnósticos como o de dependente físico e psíquico. Conseqüentemente, apresenta como efeito, a marca da incapacidade de apropriação do corpo e da vida por essas mulheres mães. Na seção seguinte, nomeio a experiência de sofrimento da maternidade a partir de Sawaia (2013), como um “sofrimento ético-político”, pois o conceito traz à tona a tonalidade ética da experiência cotidiana da desigualdade social, das negações impostas socialmente à apropriação da produção material, cultural e social de sua época, alinhada à obliteração do deslocamento pelo espaço público e de expressar desejo e afeto. Nesse contexto, discuto os limites das concepções dos termos direito reprodutivo e sexual, que circunscrevem o direito à maternidade, no âmbito jurídico, e o modo pelo qual esses limites conferem situações de sofrimento. Nessa direção, aponto para a demanda de situá-los, no âmbito da Justiça Reprodutiva. Na sexta seção, analiso a violência institucional, a partir do entendimento de Foucault e Carneiro de que há uma definição de perfis, segundo a raça, cujo efeito específico seria a eleição de quem se “deixa viver e deixa morrer”, marcando uma estratégia de poder cuja função seria eleger ou subalternizar os seres humanos, reverberando, sobretudo na manutenção das desigualdades na experiência reprodutiva. Na seção seguinte, apresento a tensão entre as proteções legais a que dois sujeitos de direitos – feto/criança e mulher– estão submetidos. A complexidade que envolve esses sujeitos e seus direitos, no tocante à discussão das mulheres mães que fazem uso de

SPA em que, sob o pretexto do uso de SPA, criminaliza-se a pobreza, penaliza-se a mulher, pobre e negra, retirando-lhe direitos.

Nessa esteira, abro a oitava seção para discorrer sobre a sobreposição das posições pobreza/criminalidade, resultando na concepção que atribui à mulher mãe a incapacidade de maternar. Na penúltima seção, analiso no caso de Vitória, a segunda interlocutora participante da pesquisa, elementos que me permitiram explorar aspectos, relacionados às brechas e rachaduras que se abrem apontando para a constituição de um sujeito político. A análise do caso de Vitória expressa um “tom” voltado para trazer à tona os percursos de (re)existência possíveis de serem traçados. Aparecem as linhas, compondo contornos de resistências e abrindo espaços de existências possíveis, fora das bordas delimitadas pelas normas impostas socialmente. São visíveis, de modo mais intenso, os fatores de proteção, como a vinculação às redes de sociabilidade, quais sejam: o movimento social, alguns profissionais da rede de saúde e uma familiar, marcando um trânsito no circuito da informalidade, de modo a oferecerem uma maior sustentação subjetiva/objetiva. A seção final refere-se ao questionamento acerca das possibilidades e limites do cuidado da Redução de Danos no âmbito da maternidade no contexto do SUS a partir das narrativas dos/as profissionais entrevistados/as.

Ressalto que as narrativas produzidas pelas duas interlocutoras são marcadas por contextos precários e circunstâncias permeadas por violências, mas também por afetos, sonhos e projetos, assim organizei os temas das análises de acordo com a intensidade que apareciam. Relatarei nos dois casos todo o percurso metodológico traçado e re-traçado, com vias de aproximação do campo e dos sujeitos da pesquisa, pois compreendo que a construção da tese não se resume somente à escrita, porém compreende todo o esforço do percurso metodológico etnográfico no cenário da pesquisa. Muitos pontos importantes percorridos nos casos não foram incluídos nas análises, pois conforme indiquei na introdução, a tese possui, assim como os casos entrevistados, limites e possibilidades.

Importante ressaltar que as duas interlocutoras da pesquisa podem ser consideradas como casos emblemáticos no sentido de evidenciarem a problemática vivenciada por um grupo de mulheres. Não quero com essa premissa essencializar/homogeneizar/ universalizar as experiências, pois sustento a ideia de que as experiências individuais possuem uma peculiaridade que precisa ser notada, porém especificar um grupo de mulheres que vivencia uma série de violações de direitos humanos.

3.1 UMA ROSA BROTA DE UM (IM)POSSÍVEL CHÃO

O caso apresentado a seguir refere-se a um fragmento dos percursos de vida de Rosa, narrado durante a entrevista para a elaboração desta tese. No período em que comecei a dialogar com os/as profissionais sobre as mulheres mães acompanhadas pelo Programa que estivessem em um contexto favorável para uma conversa, fui informada que Rosa, embora vivenciasse um processo bem complexo de perda da guarda da segunda filha e um histórico marcado por inúmeras violências e instabilidades, naquele momento estava disponível ao diálogo. Naquele espaço de tempo, em que estive no campo, poucos foram os casos possíveis, devido a diversas camadas de vulnerabilidades em que se encontram as mulheres-mães.

A Técnica de Referência (TR) de Rosa marcou o nosso encontro na Sede, em três momentos e, nessas três tentativas iniciais, ela não compareceu. A TR passou o número para que eu me apresentasse e pudesse iniciar a aproximação. Na quarta tentativa, ela atrasou, justificando confusão no horário. Entramos na sala, eu um pouco apreensiva, pois embora seu caso tenha sido indicado para a pesquisa, sabia da delicadeza que permeava a sua história.

Rosa, mulher negra, 27 anos, nasceu em São Paulo, relata dependência de substâncias psicoativas ilícitas durante um longo período, vive com HIV congênito, herdado de sua mãe biológica, que faleceu quando ela era muito nova e o seu pai esteve preso por grande parte de sua vida. Nesse contexto, vivenciou inúmeras condições de vulnerabilidades pessoais, sociais e institucionais. Engravidou em três momentos; atualmente tem uma filha que está institucionalizada, a outra faleceu e a terceira reside com ela e o companheiro, que a reconheceu como filha. Nunca possuiu vínculo empregatício, também não teve acesso à escola.

Após o falecimento de sua mãe, passou a residir com uma tia intitulada sua mãe, e o marido desta, nomeado como padrasto e os filhos de ambos, que ela identifica como primos. Devido aos inúmeros conflitos vividos com os familiares, foi expulsa de casa pelo padrasto e desde então, passou a morar na rua. Nesse período, iniciou o uso do crack e conheceu o homem que seria pai da sua primeira filha. Decidiram mudar para Salvador juntos/as e ao chegar, foram morar na rua.

Minha mãe me colocou pra fora de casa, eu nunca esqueço esse dia, lembro como se fosse ontem, minha mãe me pegou pelo braço, tinha 18 anos, por

causa do marido dela, que ele não queria que eu morasse na casa dele, que a casa da minha mãe era do marido dela. Ele falou pra minha mãe “você escolhe, ou eu ou a Rosa”, aí minha mãe pegou e me botou pra fora de casa (ROSA).

No contexto da rua, engravidou e sofria vários níveis de violência (física e psicológica) por parte do companheiro, que segundo relata, usava muitas substâncias e ela desejava de algum modo se afastar da violência sofrida e do uso de substâncias. A separação de Daniel foi configurada, no discurso de Rosa, como um momento disruptivo, visto que ela decidiu rearranjar o seu cotidiano. Inicialmente com a suspensão do uso de substâncias, e depois decidiu passar um tempo em um centro de recuperação.

Após esse período, Rosa conta que enfrentou uma experiência difícil, pois sua filha, oriunda do relacionamento com Daniel, nasceu com hidrocefalia. Por isso, precisou de internamento durante dois meses no hospital para realizar três cirurgias, nesse processo, a cada cirurgia se intensificava o problema. Relata que, esse período embora muito triste, contribuiu para que iniciasse a reflexão sobre os cuidados que a sua filha demandava, expressou preocupação com a condição de morar na rua e decidiu que investiria para construir uma estrutura para sua vida, pois percebeu que ali não conseguiria dar conta dos cuidados da filha.

Narra o difícil percurso que enfrentou com a filha no hospital, permeado por inseguranças e angústias devido aos insucessos das cirurgias que culminavam na piora do seu estado. Junto a isso, passou por inúmeras discriminações por parte dos/as profissionais e das pessoas que circulavam naquele ambiente como, por exemplo, as famílias que compartilhavam o quarto. Ouviu comentários de que a sua filha não sobreviveria, também foi questionada e responsabilizada pela condição de saúde da filha.

Após dois meses, Joana teve alta, foi encaminhada para o abrigo e manteve o tratamento no Hospital Roberto Santos. Durante esse período, Rosa, que morava na rua, fazia visitas frequentes no abrigo e acompanhava o tratamento. Conta, com um tom de indignação, que em um determinado momento, Joana precisou de internamento para realizar mais quatro cirurgias, e em uma das visitas, quando Rosa chegou ao hospital, foi informada que sua filha havia morrido, e não apresentaram informações de modo preciso acerca da situação, sobretudo para onde foi levado o seu corpo.

Quando cheguei lá a enfermeira começou a enrolar, aí eu disse “eu sou mãe de Joana, vim visitar ela”, aí ela começou a me enrolar, me enrolar... aí eu

falei assim “o quê que tá acontecendo?”, ela falou assim “não te contaram nada?”, eu falei assim “não”, aí ela disse assim “Joana foi à óbito, ela dormiu e não acordou mais”, aí eu fiquei triste, comecei a chorar... aí ela falou assim “vai na recepção e se informa lá”, aí eu cheguei lá e eles falaram assim “sua filha morreu e a gente já enterraram”, eu falei assim “mas, como enterraram minha filha sem a minha presença? (ROSA).

Inicia-se assim, uma busca por informações em parceria com algumas instituições, como a Defensoria Pública do Estado, porém sem sucesso.

Eu queria pelo menos ter tado no enterro dela, dar um abraço nela, dar um beijo de despedida, sabe? [...] A pessoa morre, não tem atestado de óbito, não tem nada, morreu fica por isso mesmo? (ROSA).

No período de tratamento de Joana, Rosa estava grávida da segunda filha, Clara, que nasceu no mês seguinte ao falecimento de Joana. Rosa conta que o pai de Clara foi o grande amor de sua vida, ela era apaixonada e o amava muito. Porém, enquanto estava na maternidade após o parto, soube do seu assassinato. O Conselho Tutelar foi acionado e foi avaliado que, por Rosa não ter parentes na Bahia, por viver em condições de vulnerabilidade socioeconômica e somado ao fato de ser portadora do HIV, decidiram que elas seriam encaminhadas para uma organização não governamental, que oferece abrigo à crianças encaminhadas pelo Juizado da Infância e da Juventude e também funciona como uma casa de passagem para adultos direcionadas por hospitais ou instituições de referência.

Nesse contexto, teve depressão pós-parto e permaneceu no abrigo por sete meses, após esse período teve alta e Clara permaneceu. Atualmente, Clara tem três anos e encontra-se internada no abrigo. Rosa conta entristecida e ao mesmo tempo confiante que visita com muita frequência a filha e conseguirá retomar a sua guarda. Salientamos que o tempo de permanência no abrigo é limitado a dois anos, e por extrapolar esse tempo de permanência, Clara já se encontra em processo de adoção.

Rosa, junto às instituições que a acompanham, tenta retomar a guarda da filha. E, com essa finalidade, começou a reorganizar a sua vida: deu entrada e conseguiu o auxílio-maternidade, auxílio aluguel e a bolsa família. Entretanto, mesmo após o investimento em sua reorganização, relata que o abrigo não comparece para reavaliar o seu atual contexto de vida. Inclusive com solicitação da Promotoria. Ela me explica que a avaliação do/a juiz/a depende desse relatório, e acredita que a partir dele, certamente, aumentará a sua possibilidade de obter a guarda, porém, considera o abrigo desinteressado em contribuir com a sua luta.

Eu fui lá perguntar o quê que aconteceu, primeiro eles falaram que não tavam, depois falaram que o carro quebrou, aí depois falaram que não tinha carro. Toda hora eles falavam uma coisa diferente... aí a pessoa entra em contradição... (ROSA).

Refere que o desinteresse apresentado pela ONG, acompanhado por descaso, desorganização e informações truncadas, tem por finalidade o intuito de algumas funcionárias de adotarem a sua filha.

Atualmente, vive com a sua terceira filha, Silvia, oriunda de um estupro que sofreu, com a paternidade assumida pelo atual companheiro. “Fui sequestrada, fui abusada, fiquei três dias presa dentro de uma casa, trancada em um quarto, tudo sujo” (ROSA).

Relata com detalhes a violência sofrida e como conseguiu fugir, retornando ao Largo dos Marés, local em que viveu desde a sua chegada em Salvador. Após um tempo, de modo inesperado, descobre a gravidez e no contexto da rua, conhece o seu atual companheiro, que decide assumir a filha, oriunda do estupro sofrido. Reconhece que o apoio do atual companheiro é de extrema importância mas ressalta os inúmeros desafios enfrentados ao longo das três gravidezes, sobretudo, as ameaças de “sequestro” das filhas.

[...] um monte de gente falava assim pra mim: “você, grávida, você tá grávida, com a filha no orfanato, você tá grávida de novo, como é que você vai cuidar da criança?”, tem uma mulher perto de casa que ela falava assim, que ela ficava só atrás de mim, só atrás de mim, que ela gosta de ficar pegando criança, ela tava só esperando minha filha nascer pra tomar minha filha de mim, porque ela já tinha tomado uma filha de uma que é moradora de rua e ela tava atrás de mim, me dava comida, me dava roupa, me dava tudo, sabe? (ROSA).

Além do atual companheiro, a sua atual rede de apoio contempla a rede informal (vizinhos/as, amigos/as, alguns/mas integrantes da família, igreja, entre outras) e a formal (instituições como a Defensoria Pública, Centro de Referência da Assistência Social, entre outras), porém em grande parte de sua vida, transitou de modo mais intenso pela rede informal. Nesse percurso, narra que mesmo quando conseguiu alugar uma casa, sentia-se mais segura na rua, entendia que aquele espaço oferecia uma maior continência,¹⁸ por isso inicialmente utilizava-o somente para guardar os seus objetos pessoais.

¹⁸ O termo continência de Kleber Barreto se contrapõe à ideia de contenção.

Quando tava grávida, falei vou alugar uma casa, porque não quero minha filha ficando na rua, pra não ficar na rua com meus filhos, com minha filha. Aí falei vou alugar uma casa, fui e aluguei, achei. Muitas portas se fecharam pra mim, entendeu? Muitas. Foi pouca não, foi muitas. Aí teve uma, conheci uma amiga que falou assim “olha, lá onde que eu moro tá alugando casa, 100 reais tá alugando um quarto, 100 reais porque você não aluga?” aí eu falei “então tá, quando eu receber você me leva lá”, aí quando eu recebi ela me levou e eu aluguei no mesmo dia. Aí fiquei lá, nesse quarto. Mas aí, eu ia pra lá só pra guardar minha coisa, entendeu? Porque foi assim, se eu ficar aqui e começar a sentir as dores do parto, ninguém vai me ajudar, então eu vou ficar rua, que na rua tenho o que comer, que lá tem bastante gente, se eu sentir as dores do parto, com certeza alguém ali vai me ajudar... Com certeza alguém ali vai dizer, entendeu? Vai chamar uma ambulância, vai parar. Então, vou ficar aqui até o dia que minha filha nascer. Aí ficar aqui... Aí fui pra casa, né? (ROSA).

Rosa relata que a rua foi um lugar de proteção, embora estivesse exposta a diversas violências, ao mesmo tempo aquele lugar significava um espaço onde suas demandas seriam atendidas.

Com relação à família, conta que não se comunicava há vários anos, porém, recentemente, quando colocou internet em sua casa, desde sua mudança para Salvador, conseguiu retomar o contato com a mãe (tia) e seu pai biológico, que encontrava-se preso. Conta feliz que planeja com a mãe temporadas em sua casa, em Salvador. Ao retomar o contato com o pai biológico, refere-se que ele nunca soube de seu sofrimento e de sua estada como moradora de rua. Atribui que a dificuldade da comunicação com o pai foi motivada pelos 17 anos em que este permaneceu preso.

Rosa tem, como projeto de vida central, a compra de uma casa para a filha, pois a sua preocupação no momento atual, é de que a filha não repita sua história:

Eu quero assim, eu quero comprar uma casa, porque o dia que eu morrer, eu não quero que minha filha fique que nem eu fiquei, fique aí, que nem eu fiquei... eu quero que minha filha tenha a casa dela, eu quero que minha filha constrói as famílias delas, quero que minha filha case um dia que ela quiser casar, que minha filha estude...entendeu? Eu quero que minha filha tenha ali, tenha o cantinho dela, sabendo que tem um lugar pra sair e também um lugar pra voltar, entendeu? Eu quero isso pra minha filha (ROSA).

3.2 UMA VITÓRIA SOBRE OS (DES)CAMINHOS DA VIDA

Vitória, 33 anos, negra, mãe de uma criança, não estudou e nem teve emprego fixo, sustentava-se de “bicos”, durante um período. Atualmente, divide a moradia com algumas pessoas e conseguiu apoio para a compra de um carrinho de pipoca. Ela decidiu participar da entrevista de um modo muito inesperado, pois desde o início da pesquisa, vislumbrei que seria um caso importante. Já nos conhecíamos durante o período em que trabalhei na coordenação do projeto Saúde de Cara na Rua, do Centro de Estudos e Terapias ao Abuso de Drogas (Cetad). Sempre nos cumprimentávamos e conversávamos sobre diversos assuntos, posteriormente nos reencontramos, quando trabalhei no Ponto de Cidadania, no bairro do Santo Antônio Além do Carmo, no Pelourinho. A abordagem de Vitoria com a equipe era sempre desafiadora e hostil, em diversos momentos ela gritava que os/as profissionais daquela instituição estavam ganhando dinheiro para não trabalhar, entre outras coisas.

Após cinco anos, novamente nos reencontramos durante a presente pesquisa, pois ela estava sendo acompanhada pelo Programa e por diversos outros serviços, como o Caps AD e a Defensoria Pública do Estado. De um modo geral, ela tem uma rede de suporte com as profissionais dessas instituições, que sustentam com disponibilidade e acolhem o seu processo.

No encontro mensal da Roda de Mulheres, organizado pelo Grupo de Trabalho Materno Infantil do Programa, colaborei como observadora participante com o planejamento da dinâmica da roda, junto à técnica responsável. No dia da roda, Vitória chegou atrasada e estava bem ativa, conversava intensamente e em um tom alto com algumas pessoas. Estava de óculos escuros, e a todo tempo ouvia o seu questionamento acerca da presença de pesquisadores/as no espaço e ela clamava por uma hierarquia que deveria ser respeitada por quem já faz parte do Programa há mais tempo. Como eu era a única pesquisadora do espaço, entendi que a assertiva era para mim. Ao final da Roda, quando estávamos voltando para a Sede do Projeto, ela me acompanhou, argumentando que lembrava de mim e questionando se me recordava dela. Conta que, ao longo desses anos cresceu, e não é mais uma menina, tornou-se uma referência na área de álcool e outras drogas. Respondi estar feliz por saber de sua trajetória e por reencontrá-la.

Voltamos a nos encontrar na Capacitação do Programa, em que também participei, voltada para a prevenção da Sífilis. Quando ela chegou, eu estava conversando com uma das técnicas, e percebi que ela não estava bem, pois expressava

cansaço e exalava um forte cheiro de álcool. Perguntei como ela estava, dei-lhe um abraço, e ela respondeu não estar bem, por não conseguir dormir na noite anterior e se retirou. No início da aula da capacitação, ela entrou atrasada, sentou ao meu lado, e entregou-me seus papéis e caneta, pedindo, que eu anotasse a aula. Diz que conhece o conteúdo e vai embora.

Após a capacitação, voltamos a nos encontrar na Defensoria Pública do Estado em um evento voltado para discutir diversas problemáticas sobre a população em situação de rua. Encontrava-me aguardando para sentar em uma das mesas com o tema voltado para a discussão da maternidade, oportunidade em que eu apresentaria algumas análises preliminares da pesquisa. Ela passou por mim e mencionou que, posteriormente, falaria comigo, para agradecer ao acolhimento ofertado na capacitação. Disse que estava muito mal e a minha atenção foi muito importante. Naquele momento, fui surpreendida, ao perceber o quanto nossas atitudes acolhedoras ressoam nestas pessoas, descristalizando um sentimento em mim, de que ela não corresponderia a minha expectativa.

Durante a minha apresentação na Defensoria, ela concordava com as minhas falas, às vezes comentava alto: “sim, importante!”, “isso mesmo!”. Quando finalizei a apresentação, ela solicitou uma intervenção à defensora que mediava à mesa, conectou o celular e mostrou os vídeos atuais de seu filho em casa, comentava:

Várias pessoas queriam tirar meu filho, todo mundo dizia que eu não seria capaz. Já fui violentada diversas vezes, por isso. Todo mundo dizia para eu abortar, não foi fácil, mas olha aí, ó, olha meu filho como está, eu consegui (VITÓRIA).

Finalizou comentando, que ela é a “prova viva” do que eu estava argumentando na apresentação, acerca das mulheres em situação de vulnerabilidades, colocadas em um lugar de impossibilidade, quando se referem à maternidade. Ela conclui a apresentação, e disse que gostaria de colaborar com a minha pesquisa. Animei-me, pois o caso de Vitória, assim como o caso que relatei anteriormente, podem ser caracterizados como emblemáticos, no que se refere à vigilância e perseguição aos corpos das mulheres em situação de vulnerabilidades. O encaminhamento de suas vidas nos mostra o contrário, do que em grande medida a ciência, a política e a cultura afirmam, acerca dessas mulheres, no que se refere a incapacidade de gestão de suas vidas, entre outras coisas.

Após esse encontro, falamos durante muito tempo por áudio, ela me apresentou as suas técnicas de referência, no sentido de que todas pudessem acompanhar a minha

“entrada em sua vida”. Esse movimento dela, e das profissionais foi muito importante, pois quando dialoguei sobre o caso de Vitória, como possibilidade de participação da pesquisa, tínhamos um consenso de que seria um espaço importante para dar visibilidade ao seu caso, mas nos preocupávamos com os possíveis efeitos que os diálogos poderiam provocar no âmbito emocional.

Sabendo de todos esses desafios, topei levar adiante, mesmo sabendo que poderia ter, em alguns momentos, que ultrapassar a linha tênue entre pesquisadora/terapeuta. Vitória, todas as noites, mandava-me áudios bem longos, contando como tinha sido o seu dia, em muitos chorava e falava sobre a necessidade de mudanças em sua vida; nesse contexto, eu dialogava todo o tempo com a técnica de referência. Após algumas semanas, conseguimos marcar um encontro, ela escolheu nos encontrarmos na praia, pois não queria realizar a entrevista na sede do Programa.

Marcamos na praia, e ela havia ido algumas horas antes com a sua mãe e o seu filho, pois era o dia do aniversário de sua mãe. Quando me viu, apresentou-me sua mãe e disse estar feliz, pois há muito tempo não a encontrava. Pede à mãe para ir embora e levar o seu filho com ela. Procuramos juntas um lugar para sentar. Ela segurava uma garrafa com bebida alcoólica e parecia um pouco apreensiva. Sentamos, e propus que respirássemos um pouco. Após alguns minutos, ela pede para iniciar a entrevista. Perguntei para ela como foi e como tem sido a relação dela com a maternidade, como se sente/sentiu como mãe.

Eu sou menina que passei por vários acolhimentos aqui em Salvador, era muito articulada... de tráfico, de aquilo, de aquilo...e, sempre, não sei como, era tão revoltada, tão retada, uma pessoa que não conserva ninguém, mas o pessoal gostava de mim, não sei o que é que tinha em mim (risos) (VITÓRIA).

Vitoria relata que, em alguns momentos da vida, conseguia controlar o uso de substâncias, mas que, durante o período da gravidez, observava as transformações no corpo e diante das mudanças, intensificava o uso.

Na gravidez eu usei mais droga, muito porque eu me senti só, me senti...mal. Eu não tinha ninguém, entendeu? Cada dia que eu tava só, todo dinheiro que eu pegava, eu pensava no crack, no crack, no crack... (VITÓRIA).

Relata que, ao saber que esperava um menino, o sofrimento aumentou, pois gostaria muito que fosse uma menina para colocar o nome de Maria Lúcia, uma importante liderança no movimento da população de rua, que faleceu recentemente. Ela

tinha um forte vínculo com Maria Lúcia, refere-se a ela como uma mãe. Ressalto que, em vários momentos, fomos interrompidas na praia por vendedores/as e ela sempre destacava que a abordagem estava acontecendo porque estava acompanhada por uma mulher branca e discorria sobre o racismo que vivencia. Acredito que a sua lucidez a respeito dessas e outras questões que conversávamos, dá-se em grande medida por sua intensa inserção e atuação nos movimentos sociais.

Conta que o fato de esperar um menino a fez recordar de um estupro vivenciado aos oito anos de idade, por seu padrasto e que, a sua mãe não acreditava em sua versão, por isso, desde esse momento a relação entre elas foi rompida: “[aos] oito anos de idade, eu fui estropada e o pior de tudo que minha família não acreditou em mim”. Conta que, ao reencontrá-lo, na vida adulta, o matou, e por isso, permaneceu alguns anos presa. Ao sair, passou a morar na rua.

Face à depressão, e outras questões, pensou muitas vezes em desistir, mas relata que recebeu um suporte muito importante de sua rede de sociabilidade. Enfrentou inúmeros desafios. Narra que no parto não sentiu a dor, devido ao uso do crack e o pós-parto foi permeado por inúmeras dificuldades, devido à continuidade do uso.

Aí acabar, se você ver, quando eu fui parir eu tava usando crack, não tive a dor de parir. E depois que eu pari, (...) passei um bocado de dificuldade através das drogas, que eu usei... eu não me alimentava direito (VITÓRIA).

Vitória teve depressão pós-parto e o seu filho nasceu com inúmeros problemas de saúde. Para ela, a possibilidade de sustentar a gravidez e parir com uma certa segurança, deu-se através da garantia do vínculo com as profissionais citadas anteriormente e também, conforme se autodescreve, “**por ser resistente as adversidades**”:

Se a mulher não ser mesmo braba, vai acabar morrendo com seu filho na rua ou até na barriga, porque tá foda, tem que ter conhecimento pra você ter um filho lá dentro mesmo (VITÓRIA).

Conta que, sentiu e sente muita culpa por tudo que o filho viveu e que o cuidado e dedicação de sua mãe ao seu filho a “tirou da depressão”. Aliado a isso, elas estão voltando a criar um novo vínculo, rompido desde a sua infância. Atualmente, seu filho mora com sua mãe, pois ainda não se sente pronta para cuidar integralmente do filho. Narra que ainda fuma, sente depressão, entre outras coisas:

Agora eu tenho meu filho, uma pena que eu não posso ficar com ele, mas tô tendo apoio, só que eu me afastei, eu me senti um pouco... não mais estimulada, por causa da minha depressão, por não ter meu filho, por não tá recebendo meu auxílio moradia, tá na casa dos ôto... o meu filho não pode ficar na casa de quem fuma, que ele pegou alergia a cigarro, aí ele cansa, através de mim, pelo meu uso de droga, então, meu filho é uma pessoa, assim, mega especial assim, mega especial e tem um problema de saúde e tem que ser tratado, tá ligado? (VITÓRIA).

Narra que tudo o que ela viveu fortaleceu o seu desejo de planejar e propor, no movimento social, políticas que assegurem às mulheres grávidas, na mesma situação em que ela viveu, a terem boas condições de escolha para terem os seus/suas filhos/as. Também centrou-se no autocuidado, e afirma querer mudar a sua vida: criar bases, estruturar as dimensões de moradia, de autonomia financeira, entre outros. Quer investir, aprimorar a relação com sua mãe e seu filho. Atualmente, há um reconhecimento de que limites lhe são impostos, para sustentar o seu próprio cuidado e do seu filho, mas lhe parece uma ponte transponível.

Eu sou uma mãe, não tenho meu filho, mas hoje eu tô ajudando eles ter, pra não chegar a esse ponto meu. Eu vou ter, porque eu creio em meu deus, minha mãe Yemanjá, que eu ainda vou chegar lá... e com pessoas que me ajuda (VITÓRIA).

3.3 DELINEANDO OS (DES)CAMINHOS QUE INSTITUEM UMA MULHER-MÃE COMO “DESVIANTE”

“[...] eles falavam assim que era melhor eu dar minha filha pra alguém, que eu não ia conseguir ser mãe, que eu ia morrer ali mesmo” (ROSA).

Início esta seção com um excerto da entrevista de Rosa, que se entrelaça com um questionamento central que me acompanhou ao longo da pesquisa sobre os sentidos constituídos acerca da maternidade para um determinado grupo de mulheres que ferem as normas sociais vigentes, e, portanto, são consideradas socioculturalmente como “desviantes”. Pretendo desnaturalizar a ideia de que ser mãe em condições de vulnerabilidades é um ato desviante.

Ir explorando as pistas que apareciam no material analisado me levavam a desdobrar os sentidos constituídos acerca dessa posição de sujeito “desviante” e, no seu entorno, para entender e discutir, também, alguns de seus efeitos: o que se pretende demarcar quando se fixa um sujeito em uma determinada posição? Como e por que isto acontece? Quais os efeitos? É possível escapar dessas denominações?

Tomou, inicialmente, o conjunto de palavras: “**era melhor eu dar minha filha**”, “**não ia conseguir ser mãe**” e “**eu ia morrer ali mesmo**”, para explorar a sobreposição de sentidos similares entre elas conferindo uma potência ao que é expressado. Diante disso, pode-se perguntar: que diferentes posições de sujeito o uso desse conjunto de palavras, e os múltiplos sentidos que elas carregam no relato de Rosa, institui sobre o sujeito mulher mãe ?

Dentre outras coisas, compreendo essas palavras como jogos de poder, nos quais os seus sentidos reverberam de modo complexo na nossa cultura, favorecendo determinados interesses econômicos e políticos, demarcando bordas ao classificar os que ficam dentro e fora delas. Desse modo, as palavras “constituem significações a partir do uso que delas fazemos” (CONDÉ, 1998, p. 138).

Assim, em relação ao conjunto de orações destacado no excerto, pode-se afirmar que são utilizadas para caracterizar a relação entre o sujeito e a maternidade, qualificando-a como incapaz. Os termos sinalizam e reduzem essa relação a uma impossibilidade, o que pode levar a inferir que toda pessoa que se encontre na situação de Rosa mantém essa condição de inabilidade de gestão de si e da maternidade. Entretanto, sabe-se que a manutenção dessas palavras em grande medida é atravessada pelo julgamento moral do uso de substâncias, entrelaçada sobretudo nesta tese com a condição de gênero, raça e classe. Inicialmente trago o eixo dos usos¹⁹ das substâncias psicoativas,²⁰ pois o modo de significá-las em uma cultura contribui para posicionar os sujeitos que fazem usos de diferentes maneiras. Pode-se afirmar que o vínculo entre o indivíduo e a droga é amplo, incluindo um universo de significados que sustenta variações desse elo, seus motivos e efeitos (NERY *et. al.*, 2012). Além disso, cada pessoa faz usos diferentes e se relaciona de diferentes formas com as diferentes substâncias. Desse modo, essa relação linear de causa-efeito (uso de substâncias = incapacidade) que se apresenta de modo recorrente no caso de Rosa, por ter feito o uso de uma substância ilícita como o crack, enseja uma nomeação que (re)produz diferentes efeitos na vida do indivíduo. No Brasil, o estreitamento da compreensão da relação entre o sujeito e as SPA se dá devido ao fato de que são classificadas em lícitas ou

¹⁹ Utilizo “usos” no plural para me referir as diversas formas de vinculação com a substância psicoativa.

²⁰ Embora tenha afinidade com o termo “substâncias psicoativas” devido a carga de estigmas ao termo “droga”, alternarei no texto os dois termos para manter uma estética no texto e também para não cansar a leitura com a repetição das palavras.

ilícitas²¹ em articulação com abordagens moralistas, religiosas, sanitárias, econômicas e políticas.

Nesse contexto, o modo como se qualifica (e se aborda) uma droga ilícita, e dessa forma um/a usuário/a dessa droga, é diferente da qualificação de uma droga lícita; e isso confere posições diferenciadas a esses sujeitos. Como exemplo, a ilicitude da maconha provoca um olhar diferenciado para o/a usuário/a, diferente do olhar para um usuário ou usuária de cigarro comum, embora saibamos da nocividade presente nas substâncias desse cigarro. Em muitos casos, drogas lícitas provocam problemas de saúde maiores do que determinadas drogas consideradas ilícitas. Como exemplos, a aspirina, a partir de três gramas, pode ser mortal para adultos/as e crianças; o cigarro é a droga que mais causa mortes no mundo; o álcool está associado a inúmeros acidentes e crimes. Portanto, é indispensável salientar que o controle da circulação dessas substâncias decorre de interesses morais, econômicos e políticos, imersos em um jogo de poder que não diz respeito, necessariamente, à saúde e à segurança pública. Esses interesses estabelecem normas de controle, legitimando e liberando a circulação de algumas substâncias em detrimento de outras; e, dessa forma, caracterizam-se também os/as usuários/as (JANSEN, 2016).

Nesse âmbito, a psiquiatria pode ser considerada como outro saber responsável por qualificar as pessoas que fazem usos de drogas e que detém os manejos do jogo do saber/poder nesse âmbito. Identifico que há um atravessamento dos diagnósticos propostos por esse saber quando, por exemplo, Rosa se autodefine, em um determinado período, como dependente de crack. A estratégia discursiva da psiquiatria parte de um arcabouço teórico que classifica o/a usuário/a como: experimentador, definido como aquele que teve o primeiro contato com a substância; ocasional, utiliza drogas de vez em quando; habitual, está a um passo do vício; e dependente físico e psíquico da droga (CEBRID, 2013). Essas qualificações apontam para formas, modos, intensidades de uso da substância, levam à compreensão de que o/a usuário/a está localizado/a em algum nível de uso; e, em função disso, um diagnóstico indicará uma relação que pode ser de doente/doença.

O diagnóstico atribui uma marca que fixa o sujeito, de forma definitiva, a um “ponto de chegada sem volta”, compondo a posição de sujeito usuário/a dependente.

²¹ As substâncias ilícitas são substâncias proibidas de serem produzidas, comercializadas e consumidas; quais sejam: maconha, cocaína, *crack* e outras. Assim, as substâncias lícitas podem ser produzidas, comercializadas e consumidas, como por exemplo, o álcool e o cigarro.

Isto posto, no âmbito dos discursos médico-psiquiátricos, essa operação transforma o sujeito usuário em um sujeito doente, o que implica legitimar um conjunto amplo de ações de cuidado, controle, prescrição, acompanhamento e, algumas vezes, punição a ele direcionadas (JANSEN, 2016). Ainda sobre o diagnóstico de dependência, o autor Rosa (2012) aponta que os diagnósticos se fundamentam em uma relação de saber-poder, que incorporam e reproduzem, também, juízos de valor de uma época, de uma cultura, de um campo profissional. Para o autor, esses diagnósticos intervêm na vida dos/as usuários/as e acabam por estigmatizá-los por não se adequarem “a certa normalidade subjetivada pelos próprios médicos ou psiquiatras e legitimada pelo poder que estes profissionais detêm” (ROSA, 2012, p. 64). Vale salientar que os discursos constituídos autorizam o lugar de fala e de saber-poder desses profissionais. Isto posto, no material analisado, a autodefinição de Rosa como dependente, que segundo seu relato sinaliza um acontecimento em um período de sua vida, e acabou por estigmatizá-la nessa posição de “sujeito usuária dependente”.

Desse modo, para o/a profissional da saúde/assistência social, a partir desse lugar de fala referenciado pelo saber psiquiátrico é possível avaliar, por exemplo, quais ações serão destinadas aos que fazem usos e possivelmente esse diagnóstico marcará de algum modo a sua vida. Se, por um lado, essas classificações favorecem a composição de um raciocínio clínico/psiquiátrico voltado para o modo de cuidar dos/das usuários/as, por outro, podem funcionar como um modo de regulação, em que as categorizações demarcam linearmente o que é um uso normal e um uso anormal (JANSEN, 2016). Assim, marca-se o dentro e o fora, estabelecendo-se os limites do aceitável e do inaceitável, do moral e imoral. Para Foucault (2000), a normalização organiza um conjunto de práticas, colocadas em ação em diferentes instituições disciplinares – prisões, hospitais, fábricas, escolas, etc. –, nas quais também se incluem os órgãos executivos formuladores e implementadores de políticas públicas. Esse poder opera como uma medida comum que homogeneiza e diferencia, inclui e exclui, classifica e normaliza. Os indivíduos são cada vez mais individualizados por medidas comparativas, e essa individualização normativa não tem exterior, o que significa dizer que a norma integra tudo, inclusive os considerados anormais, ou seja, ninguém está fora da norma, ainda que ela institua polaridades. Ressalto essa produção de sentidos do que é moral/imoral, normal/anormal, não ocorre de forma independente das relações sociais, pois a cultura é compreendida como “constitutiva do social, implicada na disputa pela criação e imposição de sentidos para os diferentes grupos sociais” (KLEIN, 2003, p.

17). Esses processos produzem e colocam em circulação modos de ser e de conceber o/a outro/a de um modo e não de outro. Nesse mesmo sentido, a mídia e as políticas públicas movimentam-se no empenho de influir, moldar e regular os modos de ser dos sujeitos.

Trazendo um pouco da minha experiência, durante o período em que fui residente em saúde mental/coletiva em um CAPS AD e quando trabalhei em um ambulatório voltado para usuários/as de drogas, ambos na Bahia, era muito comum as reuniões semanais, em que se discutiam os casos acompanhados, iniciarem a partir do diagnóstico psiquiátrico para, a partir desse eixo, se pensar nas estratégias que seriam utilizadas para o acompanhamento do indivíduo. Notava que essas naturalizações dificultavam movimentar o raciocínio sobre os casos, invisibilizava circular outros saberes na roda, movimento esse que permitiria tomar outros elementos como ponto de partida, como, por exemplo, a rede de apoio disponível para o/a usuário/a em questão e o sentido da relação estabelecida entre o sujeito e a droga daquele caso discutido.

Trago essa questão que envolve o diagnóstico psiquiátrico, pois na discussão sobre os conceitos que permeiam o tema “álcool e outras drogas”, é consenso de que discursos sobre drogas e seus usos circulam em diversos meios, como a mídia, leis e documentos normativos e campos de conhecimento; e são enunciados por cientistas, médicos/as, antropólogos/as, psicólogos/as, professores/as, também por policiais, usuários/as, ex-usuários/as, jornalistas, líderes religiosos, dentre outros/as, que visam responder questões referentes à droga, quem a usa, sua produção, seu comércio e seus usos (ROSA, 2012). No que diz respeito ao contexto atual da saúde mental, há diferentes formas de se abordar/entender conceitos, termos e classificações, como *uso*, *abuso*, *crime*, *vulnerabilidade*, etc., oriundos de diferentes saberes – das ciências sociais, ciências jurídicas, ciências da saúde, humanas e de práticas integrativas e complementares. Vale salientar que uma fundamentação majoritária nos saberes médicos sustenta em grande medida essas discussões, impondo verdades às demais áreas e em grande medida estruturando os saberes e as ações direcionadas às mulheres-mães da presente pesquisa.

Nessa conjunção, do que foi dito anteriormente acerca da dependência como um resultado do que é instituído como moral e imoral, analisando-se o caso de Rosa, mulher-mãe, que em determinado momento de sua jornada se encontrava em uma situação de vulnerabilidade como moradora de rua, utilizou momentaneamente o *crack*, como recurso para possivelmente sustentar aquela deplorável situação, inclusive de

fome, que culminou em uma qualificação como dependente. Assim, a narrativa de Rosa, **“eles falavam assim que era melhor eu dar minha filha pra alguém, que eu não ia conseguir ser mãe, que eu ia morrer ali mesmo”**, aparece como uma expressão de uma síntese do senso comum, a respeito dos sentidos da maternidade, para mulheres-mães que fazem usos de substâncias psicoativas, atreladas a uma noção de impossibilidade. Na força dessas expressões expulsivas, que se repetem cotidianamente, em diversos espaços e instâncias de nossa cultura, são atualizadas as definições do que é ou do que deve se esperar da maternidade, culminando na naturalização e universalização de tais definições. Diante disso, pode-se ainda perguntar: que diferentes posições de sujeito o uso desse conjunto de palavras acena sobre a maternidade? Esse questionamento é a linha orientadora da próxima seção apresentada em que discuto de modo mais específico a questão da maternidade.

3.4 O QUE OS CASOS INDICAM SOBRE OS EFEITOS DAS EXPECTATIVAS SOCIOCULTURAIS DA MATERNIDADE?

Medeiros (2016) indica que, nos últimos dois séculos, houve a construção de um ideal de maternidade e uma associação naturalizante entre a capacidade de procriar (das mulheres) com a capacidade de cuidar (humana). O resultado foi um excesso de tarefas e responsabilidades “maternas” construídas sobre as mulheres, impactando a saúde mental das mesmas e, conseqüentemente, na condição da maternidade. Portanto, para a autora as expectativas sociais da maternidade permeadas sobretudo por um *ideal* essencializado de um *amor materno*, impactam diretamente a concepção social e cultural acerca de uma normatização da experiência da maternidade, de modo a excluir as que não estão circunscritas naquela verdade.

A exclusão, conforme indica Sawaia (2013), caracteriza-se como um descompromisso político com o sofrimento do outro. Para a autora, esse descompromisso é expresso por três dimensões que aparecem de modo recorrente nas narrativas apresentadas: a dimensão objetiva da desigualdade social, a dimensão ética da injustiça e também a dimensão subjetiva do sofrimento (SAWAIA, 2013). Nesse sentido, o descompromisso com a maternidade no contexto das vulnerabilidades manifesta-se objetivamente através de inúmeras violações que transcendem a esfera reprodutiva, como o direito de escolher a maternidade, uma vida digna permeada por condições básicas como alimentação, moradia, condições de saúde, estudo, trabalho,

saneamento básico, entre outros. São permeadas pela desigualdade social, portanto injustiça, configurando uma posição antiética diante da condição humana dessas mulheres. A dimensão subjetiva é expressa a todo tempo nos relatos através do sofrimento que sentem ao serem violentadas em todos os âmbitos de suas vidas, reverberando na precarização do próprio desenvolvimento pessoal e na fragilidade de vincular consigo e com o coletivo.

Nessa esteira, de poucos direitos e proteção, Rosa parece passar por uma espécie de punição corretiva ao ser considerada socioculturalmente como uma mulher-mãe desautorizada. Conforme destaquei no excerto de palavras do início do capítulo que remetem a uma narrativa expulsiva, “**era melhor eu dar minha filha**”, “**não ia conseguir ser mãe**” e “**eu ia morrer ali mesmo**”, vale questionar como uma pessoa que por vários motivos não teve uma base sólida de sustentação para gerir a própria vida pode ser punida ao invés de amparada?

Para identificar outra pista normalizadora, destaco aqui, segundo Carneiro (2002), o surgimento da figura do *drogado* que apareceu de forma progressiva nas sociedades modernas ocidentais, no final do século XIX e início do século XX, concomitantemente ao surgimento de uma série de outros personagens, como os homossexuais, loucos, ninfomaníacos, dentre outros, marcando uma posição de sujeito, fixo e homogêneo relacionado aos que estão localizados fora da norma. Esses sujeitos fora da norma são detectados quando há uma identificação do rompimento desse sujeito com expectativas sociais relacionadas a trabalho, escola, família e lei, ou seja, quando se rompe com aspectos normativos da vida social. Sobre esses aspectos normativos, Foucault (2000, p. 302) coloca:

A norma é o que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar. A sociedade de normalização não é, pois, nessas condições, uma espécie de sociedade disciplinar generalizada cujas instituições disciplinares teriam se alastrado e finalmente recoberto todo o espaço – essa não é, acho eu, senão uma primeira interpretação, e insuficiente, da ideia de sociedade de normalização. A sociedade de normalização é uma sociedade em que se cruzam, conforme uma articulação ortogonal, a norma da disciplina e a norma da regulamentação. Dizer que o poder, no século XIX, tomou posse da vida, dizer pelo menos que o poder no século XIX, incumbiu-se da vida, é dizer que ele conseguiu cobrir toda a superfície que se estende do orgânico ao biológico, do corpo à população, mediante o jogo duplo das tecnologias de disciplina, de uma parte, e das tecnologias de regulamentação, de outra. Portanto, estamos num poder que se incumbiu tanto do corpo quanto da vida, ou que se incumbiu, se vocês preferirem, da vida em geral, como o polo do corpo e o polo da população.

Nesses enlaces, aparece a diferenciação entre sujeitos inclusos socialmente, mesmo mediante o uso: aqueles que fazem uso de algumas SPA e mesmo assim estabelecem relações desejáveis com a família, o emprego, relações sociais; e aqueles usuários/as que não conseguem estabelecer essas mesmas relações. Assim, esta segunda posição mostra que o uso se torna um problema, quando as relações esperadas não são cumpridas; nesse polo estão os/as que escaparam das normativas sociais. Entretanto, estes indivíduos podem não corresponder a essas demandas por vários motivos: por não se enquadrar nas expectativas impostas socialmente, por dificuldade de aprendizagem, por falta de emprego, por não conseguirem se manter em relacionamentos amorosos, por fragilidades no relacionamento com a família, dentre outras coisas. Isto posto, a problemática dos usos das substâncias aparece quando o sujeito não alcança as expectativas impostas socialmente, pois enquanto é possível fazer usos mesmo em situação de sofrimento, porém mantendo a sua “funcionalidade”, a sua condição será mais inclusiva socialmente.

Essa borda que delimita fronteiras sociais impõe a algumas mulheres, como Rosa, que compulsoriamente percam a guarda dos/as filhos/as e sejam impedidas de exercer a maternidade é oriunda dos discursos produzidos ao longo dos séculos XIX e XX sobre cuidados a serem dispensados aos corpos femininos, especialmente a corpos de mulheres-mães. Os séculos XIX e XX produzem um sentido específico acerca do modelo da mãe cuidadosa, marcando-se um modo de ser mãe, desvinculado dos contextos e processos sociais mais amplos, restringindo-o à normatização de um tipo de relação mãe-filho a uma determinada forma de maternidade (MEYER, 2005). Esse modelo de mãe cuidadosa cria uma referência naturalizada do que se espera das mulheres, especialmente, para mulheres grávidas ou que querem engravidar. Esta expectativa social delimita uma fronteira entre as mulheres consideradas aptas para corresponder a ela e as que, por diferentes motivos, não o são.

A este respeito, para ocupar a posição de sujeito de mãe cuidadosa, serão exigidos preparos que começam em um momento anterior ao da concepção, pois:

[...] espera-se que a futura mãe se abstenha de café, chá, álcool, fumo (inclusive passivo), estresse, excesso de exercícios [...]. Para o melhor e para o pior, hoje, as responsabilidades da mãe dobraram: a estabilidade emocional e o desenvolvimento cognitivo e psicológico dos filhos também estão a seu encargo. [...] As mães são bombardeadas com mais informações do que conseguem absorver e o conselho é sempre apresentado como o “melhor para o seu bebê”, porém envolve vários outros interesses [ou problemas] sociais, políticos e culturais (FORNA, 1999, p. 15).

Esses investimentos intentam educar e constituem uma rede de poder-saber investida na regulação dos sentidos da relação mãe-filho, envolvendo o corpo materno “em um poderoso regime de vigilância e regulação” (MEYER, 2005, p. 83). Nessa direção, os corpos das mulheres mães que fazem usos de SPA entram em processo de monitoramento da sua capacidade de gerir a saúde do feto, das crianças e de si mesma, conforme discutiremos mais adiante a respeito do conflito que se instaura entre dois sujeitos de direito: o feto e a mãe. Logo, há uma demarcação das fronteiras entre o que se concebe como mãe e como não mãe demarcando rigidamente as (im)possibilidades em função do que se concebe culturalmente como ideal de maternidade.

A rigidez que acompanha essa concepção de maternidade, ainda tão marcante nos dias atuais, não acompanha as variações na definição do que é droga ao longo da história, conforme exemplifiquei anteriormente acerca da maconha e do álcool. Por isso, parece não ser possível fechar os sentidos que são atribuídos aos usos e seus/suas usuários/as, entretanto, as classificações que resultam de concepções moralistas tendem a fazê-lo. Ao analisar o enunciado destacado no início do capítulo, pode-se sublinhar de que há um diagnóstico situacional através do qual mulheres consideradas incapazes de gerir a gestação e/ou o cuidado dos/as filhos/as, são classificadas como “mãe desviante”. Este diagnóstico, que não é dado de modo explícito, atravessa as diversas formas de violações destacadas no texto. Consequentemente, essas mulheres consideradas desviantes são transformadas em sujeitos-alvo de práticas assistenciais que por um lado exercem um controle mais sistemático quando, por exemplo, Rosa relata o monitoramento de uma profissional do abrigo, onde se encontrava, antes do período em que iria parir, para possivelmente obter a guarda de sua filha. Ao lado desse monitoramento com finalidade não ética, se encontrava como alvo de abandono, violência institucional, rejeição das práticas, desinformação, ausência e violência do estado.

3.5 A DESIGUALDADE NA EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE COMO UM SOFRIMENTO ÉTICO-POLÍTICO

A experiência da maternidade para ambos os casos analisados aparecem com contornos extremamente sensíveis em suas condições pessoais, sociais e institucionais. Com relação às falas de Rosa, as três gestações (Joana, Clara, Silvia) foram intensamente marcadas pela falta de amparo familiar, por ausência de recursos mínimos,

por situações de violência: psicológica/ física, conjugal e institucional. Por seu amparo social ser frágil e não contar com qualquer tipo de suporte familiar e institucional, a experiência de maternidade aparece emocionalmente sofrida. Aqui nomeio o sofrimento a partir de Sawaia (2013) como “sofrimento ético-político” de modo a abranger as múltiplas afetações do corpo e da alma que mutilam a vida de diferentes formas. O sofrimento ético-político é “qualificado pela maneira como sou tratada e trato o outro na intersubjetividade, face a face ou anônima”, a dinâmica, o conteúdo e a qualidade são moldados pela organização social. Assim, revela a vivência cotidiana das questões sociais predominantes em determinado momento histórico, sobretudo a dor que emerge da situação social de ser tratado como inferior e incapaz. Traz à tona a tonalidade ética da experiência cotidiana da desigualdade social, das negações impostas socialmente à apropriação da produção material, cultural e social de sua época, de se deslocar pelo espaço público e de expressar desejo e afeto (SAWAIA, 2013). A importância de incorporar esse conceito se deve à relevância atribuída aos aspectos que atravessam diretamente os sujeitos em sua vida cotidiana, de modo a sensibilizar para o interesse acerca de como as pessoas sentem aquilo que vivenciam. Há uma naturalização em homogeneizar as experiências dos sujeitos, especialmente a experiência da maternidade. Trago aqui os limites das concepções dos termos direito reprodutivo e sexual, que circunscrevem o direito à maternidade, no âmbito jurídico, e o modo pelo qual esses limites conferem situações de sofrimento. Nessa direção, aponto para a demanda de situá-los, no âmbito da justiça reprodutiva.

Em linhas gerais, a concepção do direito situa a reprodução como formação cultural e política (BASTOS; VENTURA; BRANDÃO, 2018). Nesse amplo escopo da garantia da reprodução, como Direito Reprodutivo, a maternidade é assegurada e compreende o direito básico de toda pessoa decidir, com liberdade e “responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos/as e de ter a informação e os meios de assim o fazer”. Também garantem o direito “de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência” (ADOLESCÊNCIA, 2016, p. 1). Desse modo, salienta-se a autodeterminação reprodutiva e livre escolha da maternidade (VENTURA, 2002). Embora o argumento do direito individual e social aplicável ao âmbito da maternidade apareça como um porto seguro, setores conservadores da sociedade, religiosos, que em grande medida atravessam o senso comum, questionam essa perspectiva. De modo contraditório, esse grupo, por um lado, questiona o direito ao aborto como um direito sexual e reprodutivo, ao defender que a

reprodução é um dever das mulheres e é fundamental a preservação da vida. Por outro lado, esse mesmo grupo, que defende a vida, intercede a favor da esterilização compulsória no intuito de selecionar as mulheres “aptas” para a maternidade.

Outro ponto que atravessa essas duas sinalizações anteriores, é o questionamento da Justiça Reprodutiva acerca de quais mulheres possuem em sua constituição pessoal e coletiva condições objetivas e subjetivas de vivenciarem “a autodeterminação reprodutiva e livre escolha da maternidade”. O caso de Rosa vem nos alertando a respeito dos limites da autodeterminação e liberdade, conseqüentemente a vivência do sofrimento.

O sofrimento ético-político que acomete Rosa decorre de uma série de obliterações de direitos, conforme venho argumentando, sobretudo ao que se refere ao direito à maternidade. Esse direito (ou a ausência dele) é ilustrado na pirâmide das hierarquias reprodutivas,²² indicando que “algumas maternidades são mais ou menos legítimas e aceitas socialmente do que outras – impactando o exercício de direitos humanos pelas mulheres” (MATTAR; DINIZ, 2012, p. 108).

A pirâmide sinaliza o modo pelo qual as desigualdades nas experiências reprodutivas atuam nas vivências cotidianas de mulheres negras e pobres. Em vista disso, é possível afirmar que as mulheres que fazem usos de SPA e/ou possuem vivência de rua estão na base da pirâmide, por isso, devido a precariedade de uma rede objetiva/subjetiva são impossibilitadas de exercer o direito à maternidade. Para ampliar a discussão, trago a atual condição de saúde das mulheres gestantes e puérperas: pobres e negras, no atual momento de pandemia; que segundo Observatório Obstétrico Brasileiro indica que são as que mais morrem por Covid-19 e as mais afetadas pelo zika: dos 951 registros de óbito materno, 536 são de mulheres pretas e pardas. Nesse sentido, a indicação da morte nos acena a condição de vida de um determinado grupo de mulheres conforme relatarei mais adiante.

Para Jardim (2020), a obliteração da escolha pela maternidade, ocorre pois mulheres consideradas “desviantes” são socialmente entendidas como um agravante, pois a lógica seria que, se a mulher se tornou mãe, precisaria entrar em um processo redentor. Assim, se a mulher tem uma vida “marginal”, a maternidade a fará mudar de vida. Entretanto, se mesmo sendo mãe há um ato desviante, como por exemplo o uso de SPA, a compreensão é de que ela cometeu um “pecado triplo”: por sair do seu papel de

²² O conceito de hierarquias reprodutivas, embora ainda em produção, dialoga com o caso apresentado sobre o percurso de Rosa imerso em intersecções.

gênero, por sair do seu papel redentor, que a maternidade representa e por cometer o desvio em si (JARDIM, 2020).

Ainda, para a autora, essa lógica sustentou historicamente a noção de que as mães desviantes fossem afastadas de seus filhos/as, pois o entendimento é de que seriam má influência, trariam mais marginalidade e tendência ao crime para toda a família (JARDIM, 2020). Para Badinter (1985), conforme já visto, no século XVIII, intensificaram-se de forma crescente as exigências acerca da maternidade, configurando um ideal de maternidade. Nesse contexto, as mulheres que não tomavam para si essa responsabilidade, passaram a ser vistas como mães indignas, criminosas, monstros, erros da natureza, pois qualquer elemento considerado como desvio do ideal, preconizado, significava falta de amor às crias e desse modo seria um crime imperdoável. Em alguns casos, as mulheres poderiam ser encaminhadas para prisões ou manicômios.

Consequentemente, essa posição colocada para essas mulheres permeada por uma noção de desvio de uma norma, marca um padrão de resposta institucional atravessado pela violência. Nesse contexto, destaco para análise do caso de Rosa na próxima seção: a morte e o desaparecimento do corpo de sua primeira filha no hospital, após inúmeras cirurgias, como também a eminência da perda da guarda da segunda filha.

3.6 JOGOS DE PODER NA GESTÃO DA VIDA/MORTE: QUEM PODE VIVER? QUEM DEVE MORRER?

Enterraram minha filha sem minha presença [...] como é que não me informaram que ela tinha morrido? Minha filha nera cachorro não (ROSA).

As três frases que intitulam a seção reproduzem expressões de tristeza e indignação de Rosa durante a entrevista, quando menciona a morte de sua filha no hospital e consequentemente o sumiço de seu corpo, acompanhada de total ausência de informações sobre como sua filha morreu e para onde foi levado o seu corpo. No excerto acima, há uma menção da objetificação do corpo de sua filha que teria sido descartado de modo semelhante à de um cachorro. A objetificação, segundo o Dicionário Online de Português,²³ significa: “Atribuir ao ser humano a natureza de um objeto, tratando-o como objeto, como coisa”. Ainda aponta como antônimo de

²³ Disponível em: <https://www.dicio.com.br/objetificar/>.

objetificar: humanizar. A respeito do efeito, que as significações sociais têm sobre o corpo indicando condições de vida/morte dos sujeitos, Foucault nos aponta que “[...] o corpo traz consigo, e em sua vida e sua morte, em sua força e sua fraqueza, a sanção de todo erro e de toda verdade como ele traz consigo também, inversamente sua origem-proveniência” (FOUCAULT, 1979, p. 22).

Ainda que eu tenha destacado, o excerto que se refere ao desaparecimento do corpo de sua primeira filha, há também em seu relato, o silenciamento da ONG sobre o destino de sua segunda filha que permanece, além do prazo determinado, internada na instituição. Marcando, dessa forma, uma morte no aspecto subjetivo/objetivo: para Rosa marcado pela perda da filha, e para a filha, pela perda da mãe. Também aparece nesses trechos uma relação de domínio sobre o corpo, por parte das instituições envolvidas, reproduzido dentre outras coisas, por recorrentes violências institucionais. A violência institucional é definida pelo Ministério da Saúde como:

[...] aquela exercida nos/pelos próprios serviços públicos, por ação ou omissão. Pode incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à saúde, até a má qualidade dos serviços. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuários e profissionais dentro das instituições, até por uma noção mais restrita de dano físico intencional. Esta violência pode ser identificada de várias formas: [...] falta de escuta e tempo para a clientela; frieza, rispidez, falta de atenção, negligência; maus-tratos dos profissionais para com os usuários, motivados por discriminação, abrangendo as questões de raça, idade, opção sexual, gênero deficiência física, doença mental; violação dos direitos reprodutivos (discriminação das mulheres em processo de abortamento, aceleração do parto para liberar leitos, preconceitos acerca dos papéis sexuais e em relação às mulheres soro positivas (HIV), quando estão grávidas ou desejam engravidar) [...] (BRASIL, 2003).

A definição do MS coaduna com as falas de Rosa, quando destaca o seu trânsito nas instituições, permeado por abusos de poder em decorrência de discriminações, resultando em múltiplas violações em seus direitos humanos. Nota-se, a todo tempo, em seu relato, uma constante reiteração da naturalização da violência institucionalizada, tanto pelos/as profissionais, quanto também pelas pessoas que transitavam pela instituição. Durante o acompanhamento da trajetória do tratamento da primeira filha, conta que, após uma das cirurgias a que ela precisou se submeter, foi visitá-la e não conseguiu encontrá-la, e obter informações seguras sobre o que havia acontecido.

Como é que eu fui no hospital, me falaram assim “olha, sua filha morreu” e não tinha filha lá no lugar que ela ficava, falaram que ela já tinha morrido, que já tinha enterrado. Como é que é isso? Eu não entendi, não me deram o atestado de óbito... como é isso? Isso me machucou muito. Aí peguei o

endereço cemitério que enterraram ela. Aí eu fui lá na Defensoria Pública me informar sobre isso (ROSA).

O manejo desumanizador dos/as profissionais desse hospital e as pessoas que transitam por ele são vias que informam a todo tempo quais corpos tem valor e merecem viver e/ou morrer. Segundo Foucault (2002), a definição de perfis cujo efeito específico seria a eleição de quem se “deixa viver e deixa morrer”, seria uma nova estratégia de poder, cuja função seria eleger ou subalternizar os seres humanos segundo a raça. Assim, a racialidade aparece em articulação com o gênero, evidenciando nas mulheres, as tecnologias de controle sobre a reprodução, as quais se apresentam de maneira diferenciada, segundo a racialidade.

O racismo de Estado, preponderante no século XIX, qualificado pelo autor como de “assunção da vida pelo poder via estatização do biológico”, conduz a formulação de que o direito de matar possui, em si próprio, a essência do direito de vida e de morte: “É porque o soberano pode matar que ele exerce seu direito sobre a vida” (FOUCAULT, 2002, p. 286-287). Nesse contexto, Foucault inclui o racismo, em sua reflexão sobre as tecnologias de poder:

O racismo se inseriu como mecanismo fundamental do poder, tal como se exerce nos Estados modernos, e que faz com que quase não haja funcionamento moderno do Estado que, em certo momento, em certo limite e em certas condições, não passe pelo racismo (FOUCAULT, 2002, p. 304).

Desse modo, o racismo irá cumprir uma função estratégica no Estado Moderno, em que práticas de racismo institucional, fundam-se no controle sobre a vida, “[...] nesse domínio da vida, de que o poder se incumbiu, instaura-se um corte: o corte entre o que deve viver e o que deve morrer” (FOUCAULT, 2002, p. 304). Nessa perspectiva, Carneiro (2005) indica que a inscrição da “negritude sob o signo da morte” aparece nas “distinções que se apresentam no processo nascer-adoecer-morrer ou no processo viver-morrer de negros e brancos na sociedade brasileira” (p. 74). Nesse ínterim, segundo a autora, são associadas predisposições genéticas, com a produção de condições de vida diferenciadas, que resultam na primeira função do racismo: o domínio biológico.

A segunda função do racismo consiste na assepsia social, levando a eliminação dos/as que são considerados inferiores, impuros, anormais ou diferentes (CARNEIRO, 2005). A respeito da assepsia social, Carneiro (2005) destaca que, no Brasil a partir do século XIX, emergirá novos procedimentos de saúde pública, em que a racialidade introduzirá uma orientação eugenista corretora da presumida promiscuidade, sobretudo

sexual, instaurada na escravidão. Desse modo, a raça não precisará ser institucionalizada, pois serão dispostos mecanismos capazes de alcançá-la onde quer que ela se esconda, para distribuir vida e morte (CARNEIRO, 2005). Nesse sentido, é possível verificar, no atual momento do Brasil, práticas dessa perspectiva de assepsia social, que incide sobre as mulheres. Para exemplificar como esse processo ocorre na atualidade, verifica-se a publicação da Portaria n. 13/2021 do Ministério da Saúde, de 19 de abril de 2021. A normativa institui o implante subdérmico de etonogestrel como estratégia de prevenção da gravidez indesejada, através do Sistema Único de Saúde (SUS). A oferta do método, ainda pouco conhecida, é somente destinado a mulheres que vivem em situação de rua, com HIV/Aids, privadas de liberdade, trabalhadoras do sexo e em tratamento de tuberculose. Desse modo, há explicitamente um caráter eugenista da Portaria, por sugerir o controle de natalidade, endereçada a populações estigmatizadas. Historicamente, no Brasil, determinados grupos são selecionados para experimentos reprodutivos ou estratégias de controle de natalidade, em que populações mais vulneráveis são submetidas a procedimentos compulsórios que violam seus direitos humanos, a exemplo do caso de Janaína, mulher negra em situação de rua, em 2018, que foi submetida à esterilização compulsória, por decisão do Tribunal de Justiça de São Paulo, a pedido do Ministério Público.²⁴

Ainda sobre o tema da racialidade, para Carneiro (2005), esse processo resulta da colonização, em que a racialidade é utilizada como instrumento mediador na desigualdade das relações. Há, desse modo, um domínio nas relações raciais nas sociedades pós-coloniais e as relações de soberania entre as nações racialmente inferiorizadas. Nessa esteira, Quijano (2005) refere que a fabricação das diferenças no processo de colonização teria por eixo uma distinção entre conquistadores e conquistados. Nesse sentido, a ideia de “raça”, fundamentada nas diferenças biológicas, foi o aspecto central de legitimação do discurso colonizador e as relações de dominação. Para Quijano (2005, p. 203), o conceito de raça refere que “os povos conquistados e dominados foram postos em uma posição natural de inferioridade e, conseqüentemente, também seus traços fenotípicos, bem como suas descobertas mentais e culturais”. Portanto, a ideia de raça no contexto de disputas de poder, foi o primeiro recurso utilizado para categorizar e distribuir povos em muitos contextos sociais, econômicos, políticos e culturais.

²⁴ Disponível em: <https://naomekahlo.com/a-esterilizacao-compulsoria-de-janaina-aparecida-quirino/>

Cabe lembrar López (2012), ao referir que o conceito de racismo institucional visibiliza processos de discriminação indireta, que ocorrem no centro das instituições e estes resultam em mecanismos que funcionam, em alguma medida, de um modo naturalizado pelos indivíduos. Desse modo de operar o racismo resulta a reprodução da desigualdade racial que, conforme indica Goes (2019), afeta o acesso a bens, serviços e a todo o ciclo de vida de alguns sujeitos. Para a autora, o racismo é um determinante social para as condições de acesso aos serviços de saúde e, ao entrecruzar-se com outros marcadores, opera como estruturante e agravante para outras desigualdades.

Nesse sentido, o efeito das desigualdades resultante da associação de marcadores, conforma, integrativamente, situações diferenciadas de opressão reprodutiva, em condições que se dão à revelia das mulheres (ROSS, 2006). Discutirei na próxima seção uma das formas que a opressão reprodutiva se manifesta, tendo como base o material empírico como disparador, analisarei o tensionamento entre dois sujeitos de direitos: a mãe e o feto/criança.

3.7 OPRESSÕES REPRODUTIVAS COMO EFEITO DO TENSIONAMENTO ENTRE DOIS SUJEITOS DE DIREITOS: A MÃE E O FETO/CRIANÇA

Oxe, um bocado de gente, já tentaram tomar minha filha já dentro da barriga mesmo, gente que queria tomar minha filha”. “Eu sei assim, eu sinto assim que eles não querem que eu fique com minha filha não, eles não quer não, não sei o que acontece com eles não (ROSA).

Introduzindo essa seção, observo em duas falas de Rosa, ocorridas em momentos diferentes, em que ressalto as orações: “**tentaram tomar minha filha já dentro da barriga**”, “**eu sinto assim que eles não querem que eu fique com minha filha**”. São frases relacionadas ao período em que esteve grávida da segunda filha, Clara. Após o parto, ainda na maternidade, soube do assassinato do pai de Clara. O Conselho Tutelar foi acionado e avaliou-se que Rosa, por não ter parentes na Bahia e viver em condições de vulnerabilidade socioeconômica, somando-se ainda o fato de viver com o HIV, decidiu-se que as duas seriam encaminhadas para uma organização não governamental, que oferece abrigo à crianças, encaminhadas pelo Juizado da Infância e da Juventude, e que também funciona como uma casa de passagem para adultos encaminhados por hospitais ou instituições de referência. Nesse contexto, teve depressão pós-parto e permaneceu no abrigo por sete meses; após esse período, teve alta e Clara permaneceu.

Atualmente, Clara tem três anos e continua no abrigo, mesmo extrapolado o tempo limite.

Trago aqui, nessa seção, alguns acontecimentos semelhantes ao de Rosa, no intuito de sustentar que a sua situação é um eco que reverbera a problemática das desigualdades das experiências reprodutivas de muitas mulheres nas mesmas condições ou em situação semelhante.

Uma pesquisa realizada em Belo Horizonte e no Estado de São Paulo refere que há um grau de seletividade de famílias vulneráveis. As mulheres que têm seus/suas filhos/as encaminhados/as para abrigos são mães e gestantes pobres e negras, mulheres que acessam os serviços de saúde pública. Não são identificados casos de mães ou gestantes de classe média e/ou alta, que tenham vivenciado essa separação familiar, nem casos advindos de maternidades e/ou hospitais particulares (ROSATO, 2018).

De acordo com esta pesquisa, no contexto da separação familiar nas maternidades, as famílias não são devidamente orientadas sobre o que está ocorrendo, em grande medida, não sabem para onde os/as bebês são encaminhados/as nem que têm direito à defesa. Para a autora, há manejos de simulação e mentira, para que as mães não saibam e não vejam o momento de retirada do bebê do serviço de saúde. Outro ponto é a pouca visibilidade da figura materna, incidindo quase sempre na mãe, a culpabilização pela sua situação de vulnerabilidade (ROSATO, 2018).

Ainda nessa esteira, trago duas notícias publicadas em jornais sobre os entraves dos serviços públicos, no que se refere ao manejo de casos que envolvem usuárias de SPA gestantes pelos/as profissionais de saúde nestes espaços: em 2012, uma matéria mostrava o aumento dos partos por usuárias de *crack*, sendo este fato indicado na matéria como relevante para a saúde pública. Segundo a mesma notícia, os sinais de que a gestante usa SPA nem sempre são evidentes, mas a suspeita inicia-se quando as mulheres informam morar na rua, não possuem vínculos familiares e não terem feito o pré-natal. Diante dessas informações, a associação ao uso de SPA passa a se tornar presente e, junto a isso, se soma uma série de julgamentos que, dentre outras coisas, constitui um campo de impossibilidades que incapacita as mulheres de cuidar de seus/suas filhos/as. Assim, a maior parte dessas mulheres (80%) saem das maternidades sem os/as filhos/as, que são encaminhados para abrigos (BEDINELLI, 2012).

Em outro artigo relata-se que, em 2015, maternidades e unidades básicas de saúde de Minas Gerais receberam recomendações da 23ª Promotoria de Justiça da Infância e Juventude Cível de Belo Horizonte, indicando, aos psicólogos e assistentes

sociais desses campos de atuação, o envio à Vara da Infância e Juventude de relatórios dos casos de recém-nascidos de usuárias de drogas, para que estes fossem encaminhados a acolhimentos institucionais (Oficina de Imagens, 2014). A promotora de Justiça da Infância e Juventude Civil de Belo Horizonte endossa a recomendação, ao mesmo tempo em que garante o direito da criança a conviver com a família de origem, no período em que esta estiver acolhida; enquanto isso, o juiz encaminharia a mãe para tratamento (Oficina de Imagens, 2014). Salienta-se que, neste documento indica-se que o diagnóstico dessas situações seja elaborado pelos técnicos do abrigo e por profissionais da prefeitura. Esses diagnósticos são permeados pelas questões destacadas na primeira seção, acerca da dependência que muitas vezes se volta para concepções cristalizadas acerca dos sujeitos.

Em grande medida, o argumento subjacente a essas questões apresentadas localiza-se no contexto de um conflito entre dois sujeitos de direito, feto/criança e mulher. A proteção do feto/criança é assegurada pelo Código Civil de 1916, em seu artigo 4º, quando ele considera que “a personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os [seus] direitos” (Brasil, 2008, p. 1). O nascituro, considerado como um “ser concebido, mas que ainda não nasceu, não importando a fase ou estágio da gravidez” (FARIAS; NETTO; ROSENVALD, 2017, p. 276-277) possui um marco inicial de personificação na concepção – antes, portanto, do nascimento. Assim, segundo o Código Civil, a partir da concepção já temos uma pessoa, que “deve ser protegida” (FARIAS; NETTO; ROSENVALD, 2017, p. 277). Destarte, o Pacto de São José da Costa Rica, no art. 4.1, preconiza que “toda pessoa tem direito a que se respeite sua vida. Esse direito deve ser protegido por lei, em geral, desde o momento da concepção” dessa maneira “ninguém pode ser privado da vida” (FARIAS, NETTO, ROSENVALD; 2017, p. 277). Assim também o Estatuto da Criança e do Adolescente no art. 7 garante que a criança “[...] têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso” (BRASIL, 1990). Em relação aos direitos da mulher gestante, estas possuem leis (UFF, 2016) que as amparam, durante o pré-natal, no parto, e garantem direitos sociais como filas preferenciais, direitos trabalhistas como a licença maternidade, e os direitos da saúde que garantem a disponibilização dos exames necessários.

Essas proteções legais a que esses dois sujeitos de direitos – feto/criança e mulher – fazem jus, acenam para a complexidade que envolve esses sujeitos e seus

direitos, no tocante à discussão das mulheres mães que fazem uso de SPA em que, sob o pretexto do uso de SPA, criminaliza-se a pobreza, penaliza-se a mulher, pobre e negra, retirando-lhes direitos. Aqui duas questões se interpõem na interface do âmbito do direito e da saúde: o uso de SPA legais ou ilegais determina a incapacidade de uma gestante de cuidar de seus filhos/as? Que direitos estão sendo realmente garantidos quando, com a justificativa de preservar a integridade de uma criança, é suspenso o direito à maternidade a uma usuária de SPA em situação de vulnerabilidade?

Conforme já indiquei, um conjunto de estudos (SILVA; TOCCI, 2002; YAMAGUCHI et al., 2008; SILVA, 2014; SIAT, 2016) sustenta a argumentação dos malefícios das substâncias nos corpos, principalmente do feto, inferindo uma compreensão de que as mulheres, ao escolherem dar continuidade aos usos de SPA durante a gravidez, atestam a sua incapacidade de decidir pela gestação e/ou sua manutenção e/ou mesmo sua incapacidade de cuidar da criança após o nascimento.

Desse modo, a sustentação desse julgamento da incapacidade que marca as mulheres mães, é proveniente de um essencialismo, ancorado em uma perspectiva biológica, com o intuito de dar a ver, sobretudo, os efeitos (im)possibilitadores na relação entre maternidade e o consumo de SPA. A incapacidade dessas mães é sustentada pela ciência quando, por exemplo, estudos a que tive acesso (SILVA; TOCCI, 2002; YAMAGUCHI et al., 2008; SILVA, 2014; SIAT, 2016) estabelecem uma relação direta entre o uso de substâncias psicoativas e a relação de descuido da mãe consigo e com a criança, desacompanhado de um estudo investigativo mais aprofundado, a respeito dos processos sociais e culturais em que estas mulheres estão inseridas.

Há um alerta, de um modo geral, a respeito dos efeitos de todas as substâncias psicoativas, especialmente as lícitas, e junto a isso diversas recomendações que envolvem aspectos como o cuidado com a alimentação, diminuição de exercícios físicos, entre outros, apontando para a necessidade de abstinência total dos usos. Esses estudos sustentam essas ações descritas anteriormente no caso de Rosa, nas pesquisas e publicações em matérias de jornais, em que seus/suas filhos/as são retirados/as imediatamente após o nascimento.

Nas minhas experiências na rede de assistência à saúde mental pública, presenciei e ouvi muitos relatos de mulheres que pariram e foram separadas de seus filhos nos manicômios. Também, outras que pariram seus filhos em situação de rua e perderam a guarda da criança tanto por intervenção judicial, quanto por opção de doá-

las, devido a múltiplos fatores, como falta de suporte, assistência, etc. Em muitos casos, observei que a situação de sofrimento é agravada após a retirada da criança, e, em grande medida, também nessa separação, a vida da própria criança pode ser vulnerabilizada quando esta é institucionalizada em um abrigo.

No contexto da perda da guarda dos/as filhos/as, os direitos se direcionam mais ao próprio feto e que, em função disso, há uma preocupação em relação à promoção da saúde fetal que envolve principalmente o discurso normativo do exercício “responsável” da maternidade. Como para corresponder a esta “responsabilidade” imposta é necessário cumprir uma série de imposições normativas, para as mulheres que escapam desse padrão de cumprimento, como a mulher-mãe que faz uso de SPA, há um enredamento nestes corpos, amparados em discursos punitivistas e morais.

Vale aqui a crítica de que o discurso de proteger o feto não se sustenta pois pode-se afirmar a partir dos casos de Rosa e Vitória, por exemplo, que as crianças em grande medida acabam por terem seus direitos básicos negligenciados. Não há uma preocupação com a segurança e a vida, mas uma insistência de perseguir e controlar os corpos das mulheres. Seus corpos constituem os lugares em que recaem as principais atribuições e responsabilidades com os/as filhos/as, portanto as perseguições conformam mais opressões em suas vidas, sobretudo quando entrelaçado ao marcador social da pobreza. Nesse sentido, outro marcador social que enreda as mulheres-mães da presente pesquisa concerne a sobreposição da posição de pobreza à criminalidade resultando na posição de incapacidade.

O desfavorecimento econômico atravessa a todo tempo os relatos de Rosa e Vitória, atrelando-as a uma condição de incapacidade. Autores a que tive acesso destacam a associação entre pobreza e o uso de substâncias e demonstram que, quando a gestante chega na maternidade, o fato de fazer usos de SPA nem sempre é evidente, mas a suspeita se inicia quando as mulheres informam morar na rua, não ter vínculos familiares e não terem feito o pré-natal (BEDINELLI, 2012; SILVEIRA, 2013), conforme já afirmei anteriormente. As informações destacadas pelos autores acerca da associação direta entre a moradia na rua/ausência de vínculo familiares e pré-natal, ao uso de substâncias, inferem uma leitura de que as vulnerabilidades destacadas são circunscritas pelos/as olhar dos/as profissionais, de modo a emaranhar o uso de substâncias com a noção de doença e crime. Localizar a problemática nesse âmbito carrega, no jogo de poder, um lugar de que explicitamente a questão é remediada moralmente através da aplicação da disciplina e do domínio do corpo. Paula (2007)

nomeia essa relação entre substância, doença e crime como o diagrama disciplinar, em que se articulam o discurso da psiquiatria e da criminologia, resultando nas relações de força, mobilizadas sócio-historicamente para a criminalização e a patologização do/a usuário/a de drogas. Nesse sentido, para o autor, esses dois saberes se empenham numa disputa por espaços de poder, que já vinha se delineando desde a segunda metade do século XIX. Essa disputa era/é permeada por embates e interesses por espaços de legitimidade e controle, resultando na investida do local da constituição deste discurso: as instituições disciplinares como o hospício, a prisão e hoje em dia, as comunidades terapêuticas. Desse modo, a criminologia e a psiquiatria explicam parte do poder disciplinar que submete os/as usuários/as de drogas em que opera por meio da normalização das condutas desviantes (PAULA, 2007).

Sob outros aspectos, uma análise pelos/as profissionais a partir da lente das complexidades das vulnerabilidades apresentadas (a moradia na rua, ausência de vínculo familiares e pré-natal) que não se restringe aos usos das substâncias, significaria movimentar de um modo mais amplo as ações através do acionamento das Redes de Proteção da saúde, assistência social, entre outras, no intuito de cuidar das questões que se apresentam a partir de um olhar mais sensível, considerando também e sobretudo a percepção da própria mulher acerca da problemática.

A precariedade socioeconômica foi responsável por muitas limitações na vida de Rosa, marcada, por exemplo, pela privação de suas necessidades vitais imediatas como a alimentação; conseqüentemente, essa necessidade cria um obstáculo de alcance a outras demandas. Isto posto, as questões que se apresentam vinculadas a essas pessoas retratando-as como disfuncionais socialmente, em realidade as permeiam com problemas relacionados a necessidades mínimas de sobrevivência, a exemplo da fome. No período em que estive no campo da pesquisa, testemunhei mulheres mães, em alguns casos, grávidas, que chegavam famintas, e nessa condição, buscavam o uso de SPA como única alternativa para o enfrentamento de suprir a precariedade de sua situação.

Segundo Wanderley (2013), a pobreza contemporânea tem sido definida como um fenômeno multidimensional, atingindo tanto os que são considerados como clássicos pobres (indigentes, subnutridos/as, analfabetos/as, entre outros/as), quanto outros segmentos da população, pauperizados/as pela precária inserção no mercado de trabalho (migrantes discriminados/as, por exemplo). Para a autora, não é resultante apenas da ausência de renda, contudo encontram-se outros fatores, como o precário

acesso aos serviços públicos e, sobretudo, a ausência de poder (WANDERLEY, 2013). Nesta direção, o novo conceito de pobreza se associa ao de exclusão, articulada às desigualdades interseccionais existentes.

Embora esses elementos destacados anteriormente que caracterizam a pobreza perpassem a história de Rosa e de Vitória, não aparecem em seus relatos como um fator que pessoalmente as torne inábeis para desenvolver atividades no seu cotidiano, especialmente no atual contexto de vida, em que elas se preocupam de modo intenso com a estabilidade subjetiva/objetiva de si para cuidar dos/as filhos/as; diferente do que se classifica como disfuncional, aqui a maternidade aparece como um potente organizador de suas vidas. Em vários momentos, por exemplo, no relato de Rosa, observo o desejo de refazer as situações em sua vida que não considerava favoráveis ao seu desenvolvimento pessoal,

Eu comecei a pedir ajuda, me internei num centro de recuperação, me internei num centro, eu fiquei lá uns 8 meses, pra eu sair, aí depois eu saí, decido... não foi o centro não, que acho que centro não resolve problema nenhum, só ficar lá, um bocado de regra, um bocado de coisa “não pode, não pode, não pode”. Aí eu fiquei lá, me confortei, sabe? Pra mim poder aceitar Jesus, porque é pra pra isso, aí eu peguei, pra eu poder me aproximar de Deus, aí assim, centro não resolve solução de ninguém não. Quando saí de lá, eu disse “não, eu não quero mais usar não”, eu disse pra mim mesmo “eu sou linda, eu me amo, eu vou ficar usando droga pra quê? pra mim morrer nessa?” Mas eu consegui com o Corra, eu consegui tipo... reverter essa história, entendeu? Eu tô correndo atrás da guarda dela, eu já fui pra audiência dela, a promotora quis saber de mim, se eu queria mesmo ficar com minha filha, como é que era... (ROSA).

No período de seis meses em que permaneci como observadora participante no Programa, além de notar Rosa sempre presente nas atividades propostas, em conversa com os/as técnicos/as, estes se referiam a ela como uma pessoa investida no autocuidado, com a finalidade de reorganizar a sua vida pessoal e familiar.

Ao que se refere ao tecido social, uma das expressões do fenômeno da pobreza, como visto no caso de Rosa, está relacionado ao esgarçamento dos tecidos sociais, observado desde o relacionamento familiar. Conforme proposto por Castel (1998), esses rasgos nos tecidos vinculares podem ser compreendidos através da noção da “desafiliação”.²⁵ O autor sugere, através desse termo, uma ruptura de pertencimento e de vínculo societal. “Desafiliado é aquele cuja trajetória é feita de uma série de rupturas com relação a estados de equilíbrios anteriores, mais ou menos estáveis, ou instáveis”

²⁵ A expressão *desaffiliation* é um neologismo na língua francesa. O termo vem sendo traduzido por desfiliação e/ou desafiliação, termos também inexistentes na língua portuguesa.

Aqui estão consideradas as populações com insuficiência de recursos materiais e também aquelas fragilizadas pela instabilidade do tecido relacional, não somente em vias de pauperização, mas de desfiliação: perda de vínculo societal. “O que chamei de desafiliação não é o equivalente necessariamente a uma ausência completa de vínculos, mas a ausência de inscrição do sujeito em estruturas que têm um sentido” (CASTEL, 1998, p. 416). Segundo Paugam (2013), a pobreza é considerada intolerável pelo conjunto da sociedade, revestindo-se em desvalorização e estigmatização; conseqüentemente, pessoas neste contexto são obrigadas/as a viver numa situação de isolamento. Para o autor, a humilhação os/as impede de aprofundar qualquer sentimento de pertinência a uma classe social. No caso de Rosa, esse processo de isolamento foi descontinuado, embora recentemente, à medida que estreitou os laços com o Programa Corra pro Abraço e outras de Redes de Proteção formais e informais.

Os resultados da produção empírica no campo, alinhados com as reflexões teóricas, levaram-me à conclusão de que a pobreza é multifacetada e complexa. Configura-se a partir de dimensões materiais, políticas, relacionais e subjetivas, portanto a partir de uma rede coletiva e individual. Nesse contexto, Sawaia (2013) propõe que se recupere o indivíduo esquecido nas análises sociais exclusivamente econômicas e políticas. Segundo a autora, não refletir sobre os aspectos individuais do sofrimento, os aspectos afetivos que atormentam o cotidiano, a política torna-se uma abstração e instrumentalização humana.

Com isso, quero dizer que a pobreza é sentida e manifestada de diferentes maneiras, está relacionada a vivência de cada pessoa, portanto não determina os modos de viver, os desejos e necessidades dos sujeitos. Os olhares para as pessoas que vivem nessa condição é carregado de uma concepção essencialista de que é uma situação fixa e irreversível, mas, por exemplo, os relatos e as vivências com as mulheres-mães mostraram que cada uma expressa sua vida de forma singular e de que há linhas para costurar os esgarçamentos que a condição de pobreza (re)produz de diferentes maneiras. Não quero com isso romantizar, mas alertar que as singularidades estão presentes nesse processo.

Concordo com Paugam (2013) quando afirma que toda definição estática da pobreza volta-se para agrupar, num mesmo conjunto, pessoas cujas condições diferem em muitos aspectos, ocultando as origens, os efeitos a longo prazo dos indivíduos e suas famílias, assim como também a sua própria percepção sobre a sua situação. Como, por exemplo, a condição de usuária de substâncias psicoativas sendo usado como o motivo

central do drama das mulheres mães, obliterando todas as condições que as conduziram a este drama.

Assim sendo, também entendo a importância de evidenciar os sofrimentos coletivos em decorrência de privações e violências que atravessam suas vidas, por isso um dos esforços da tese volta-se para visibilizar a necessidade de articulação dos diversos direitos, a fim de garantir a dignidade de gerir a maternidade. Entretanto, essas obliterações não inviabilizam a potência dessas mulheres de serem mães, conforme demonstrei nos relatos das mulheres mães e dos/as profissionais.

A incapacidade de exercer a maternidade com relação a especificidade das mulheres da presente pesquisa, para os autores Bedinelli (2012) e Silveira (2013), está muito mais relacionada com a noção de pobreza do que aos usos de SPA. Segundo Silveira (2013), a criança normalmente é retirada da mãe porque esta vive em situação de rua. O autor diz que o argumento de que o problema é a droga é usado para justificar a retirada do/a filho/a, mas que isso é feito porque ela é pobre, pois afirma que atende pessoas de classe média, classe média alta, com o mesmo vício e isso não acontece entre elas (SILVEIRA, 2013). Sob esta perspectiva, o fator incapacitante não tem relação direta com os usos de substâncias; segundo o relato anterior, mesmo que não haja parâmetros para identificar se há realmente o uso, a mulher já está colocada na condição de incapaz de exercer a maternidade. Para Jardim (2020), o incapacitismo marcado pela pobreza tem uma indicação de criminalização fundamentando fortemente a punição e a moralidade nos discursos acerca da maternidade para mulheres que tem proximidade com substâncias (usuária e/ou traficante) no Brasil (JARDIM, 2020).

No percurso relatado por Rosa e Vitória, é muito precisa a informação de que a privação desses direitos fundamentais atravessam gerações de modo que a condição exposta muitas vezes empurra as famílias para situações de miséria, desemprego, falta de acesso a educação e dificuldades extremas. Há uma culpabilização que atribui ao indivíduo a problemática, não levando em conta as relação de poder em que os sujeitos estão imersos. Assim, as famílias, sobretudo as mulheres, são culpabilizadas e criminalizadas pelo precário contexto em que vivem. Em grande medida, toda essa problemática é escamoteada quando se coloca em evidência a relação direta com os usos das substâncias. Corrobora-se, portanto, que o fator incapacitante associado não tem relação direta com os usos de substâncias pois, mesmo que não haja parâmetros para esse diagnóstico, ou antes mesmo de identificar se há realmente o uso (abusivo ou dependente), já se fixa na mulher a condição de incapaz de exercer a maternidade. Em

outros termos, há uma sobreposição da noção de morar na rua/uso de substâncias e a noção de incapacidade, marcando assim a impossibilidade de exercício da maternidade (JANSEN, 2016).

Ainda reforçando esta reflexão, refiro a tese de Cassia Rosato (2018), que versa sobre a questão do acolhimento institucional e os encaminhamentos dispensados às mulheres que fazem uso de SPA e/ou estão em situação de rua, na condição de gestantes e/ou mães, em Belo Horizonte/MG e no Estado de São Paulo. Para a autora, há um grau de seletividade que incide nas famílias vulneráveis socioeconomicamente, pois as mulheres que perdem seus/suas filhos/as são sempre mães pobres e negras, que acessam os serviços de saúde públicos. Desse modo, considera que as mulheres usuárias de SPA e/ou com vivência de rua estão sendo impossibilitadas de exercer a maternidade, estão na base da pirâmide da hierarquia reprodutiva e têm os/as filhos/as sequestrados/as por agentes estatais. A autora não identifica casos de mãe ou gestante de classe média e/ou alta, que tenha vivenciado essa separação familiar, nem casos advindos de maternidades e/ou hospitais particulares.

Nesse sentido, decisões a partir de olhares fragmentados, voltados somente para os usos das substâncias psicoativas, sustentam os julgamentos morais que associam a pobreza e uso de drogas, limitando o olhar para as condições contextuais, sem redimensionar outros direitos como alimentação, moradia, entre outros. Invisibilizando-se esse processo, acaba-se por inviabilizar o acesso a políticas que garantam de modo amplo a cidadania.

As análises do material empírico indicam que a maternidade precisa ser circunscrita no âmbito da justiça e significada como uma questão política, pois é imprescindível situá-la em relações de poder, imersas em ressignificações culturais de acordo com o momento histórico. Cabe salientar, como já dito, que mesmo fazendo parte de um recorte temporal, esses sentidos diferem entre si de acordo com a especificidade de um determinado grupo de mulheres, portanto confere à maternidade um caráter que não é contínuo, acabado e completo.

3.8 A COSTURA DO TECIDO SOCIAL COMO PROPULSOR FUNDAMENTAL DA PROTEÇÃO PESSOAL

E agora, depois disso, eu tô começando a amadurecer, eu quero mudar, sou usuária ainda, mas tô estimulando, tô botando gente que tá chegando agora, pra mostrar a elas que mãe... que a gente pode ser mãe, a gente pode mudar, é só você querer... quer ter mesmo? Mas queira ter, não faz como fizeram

com nós não. Então tô trabalhando aí com as mães da rua, tô aí articulando aí, tô ajudando. (VITÓRIA).

Ao analisar o caso de Vitória é explícito em seu relato, diferente do caso de Rosa, a vinculação a uma rede de sociabilidade um pouco mais ampla, conferindo ao seu percurso um nível mais coeso de proteção social. Essa vinculação a uma rede de sociabilidade aparece como uma brecha propulsora de movimentações no caso de Vitória. Pude observar durante o período em que passei no Programa e através da entrevista, a sua **intensa integração em movimentos sociais** como o Movimento da População em Situação de Rua (MPSR) e a Rede de Feministas Antiproibicionistas (RENFA). Embora, Vitória, no momento da pesquisa, conte com mais intensidade com o apoio das redes formais de saúde e assistência social, como o Corra pro Abraço, a Defensoria Pública do Estado (DPE), o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), o seu relato mostra que, durante a maior parte de sua trajetória de vida, a sustentação de seu processo se deu na rede informal com os movimentos sociais e outras pessoas que apoiaram o seu percurso. A rede informal consiste em pontos dentro da comunidade que atuam como produtores de proteção como: a família, as igrejas, as ONGs, vizinhos/as interessados, movimentos sociais, entre outros. Esses espaços podem ser provedores de redes sociais e de prevenção na saúde biopsicossocial, configurando-se também como pontes de apoio à rede formal no cuidado. A rede formal é aquela institucionalmente disponível pelo Estado para oferecer atenção, referência e contrarreferência dos/as assistidos/as como: a Rede de Atenção Básica a Saúde, a Rede de Atenção Psicossocial, a Rede de Assistência Social, entre outras. Para Siqueira *et al.* (2018), a Rede social de apoio pode ser representada pelas relações de uma pessoa nas diversas situações da vida cotidiana, na família e na sociedade. Essas relações podem ser formais: contatos com profissionais como médico/a, professor/a, dentre outros/a e informais: família, amigos/as, vizinhos/as, comunidade; tendo como principal característica o envolvimento afetivo (SIQUEIRA *et al.*, 2018). Assim, o nível de vinculação afetivo pode se configurar como uma das formas de se mapear os membros que constituem uma rede de sociabilidade do sujeito.

O acolhimento de Rosa e Vitória pelas redes informais como rota “alternativa” de cuidados e de proteção, conforme descrito nos relatos, indicam que por forças expulsivas das redes formais, marcado por estigmas, violência institucional, etc., não

esteve disponível no caminho ofertado por essas mesmas redes, aparecendo em seu relato como um apoio mais recente em suas trajetórias.

Um dos efeitos da rede de sustentação informal, com relação a maternidade, aparece no caso de Vitória quando ela sente o impacto do exame positivo da gravidez. Vitória conta que a tensão interna aumentou no momento em que soube o sexo do bebê, pois o fato de ser um menino remeteu a lembrança vivenciada na infância do estupro sofrido pelo padrasto. Por isso, passou a rejeitar o próprio corpo, sobretudo quando passou a perceber as modificações corporais em decorrência da gravidez. Para ela, esses períodos foram bem desafiadores, a ponto de beirar a desistência da gravidez e junto a essa angústia relata o aumento do uso de substâncias psicoativas, como o *crack*. Contudo, conta que a parceria, especialmente com uma das apoiadoras da Rede Antiproibicionista, foi fundamental para elaborar subjetivamente as dificuldades, tornando objetivamente possível sustentar os desafios do processo. Conta, também, que a manutenção da gravidez, através dos exames do pré-natal e todo acompanhamento só foram possíveis devido ao fato de ter vínculos com alguns/as profissionais da saúde de modo informal. Esses parceiros, profissionais da saúde, inclusive, acompanharam todo o processo do seu parto; desde o rompimento da bolsa até o deslocamento para o local onde iria parir: **“Eu só consegui porque tinha essas pessoa para mim ajudar” (VITÓRIA).**

O processo de elaboração de todo seu percurso de sofrimento parece em grande medida ter sido beneficiado por sua vinculação intensa aos movimentos sociais. Nesses espaços, rachaduras se abrem para que ela paute, junto a um coletivo, questões referentes as suas vivências, como, por exemplo, a impossibilidade de transitar por uma rede formal de saúde culminando na marginalização, entre outras situações, vivenciada por ela. Essa marginalização é efeito dos estigmas e exclusões vivenciadas do proibicionismo, racismo e sexismo conforme discutido anteriormente. O espaço da militância, viabiliza, através de sua voz, a manifestação e reivindicações de pautas voltadas, entre outras coisas, para a garantia do fluxo da Rede formal²⁶ no processo da maternidade, que conforme venho argumentando está entrelaçado com outros direitos. Essas relações promovem o seu fortalecimento através do reconhecimento de si em outras pessoas, que vivenciavam a mesma trajetória. Conseqüentemente, há nesse processo a produção de uma esfera coletiva que se percebe como uma unidade singular

²⁶ Anexo 1

ao entrar em contato com as suas próprias questões e as coletivizando como questões em comum. Nesse sentido, o reconhecimento mútuo promove, segundo Silveira e Stralen (2017), a formação de uma consciência universal que seria a condição para a socialização humana.

A participação ativa no Movimento da População em Situação de Rua e na Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas coloca em evidência, a sua busca pela constituição de um sujeito político. Segundo Silveira e Stralen (2017), o processo de constituição de um sujeito político se dá através da inserção em determinados espaços de interação social em que vivências voltam-se para o desenvolvimento de interpretações de acontecimentos que lhes possibilita o reconhecimento do/a outro/a [e, portanto, de si] como a sua principal matriz (SILVEIRA; STRALEN, 2017).

Ainda para os autores, o termo reconhecimento descreve as distintas formas de ações mútuas entre os indivíduos que emergem do processo de relações intersubjetivas, estabelecidas nas primeiras experiências do contexto familiar e na vida em sociedade. O reconhecimento cria a condição para a socialização do ser humano, assim também o vínculo e a comunidade são asseguradas por meio do movimento de reconhecimento recíproco (SILVEIRA; STRALEN, 2017). Assim, a política do reconhecimento:

[...] propõe o reconhecimento universal pela via das diferenças singulares, atrelando uma noção de cidadania para além do reconhecimento de igualdades, pautada no respeito à diferença, apontando para o caráter dialógico para a formação do sujeito, que ocorre na interação com o/a outro/a. Desse modo, o sujeito político é aquele que, reconhecido/a em sua diferença e singularidade, exerce sua participação cidadã em contextos públicos na defesa de direitos das particularidades das diferenças culturais e de minorias (SILVEIRA; STRALEN, 2017, p. 1).

Desse modo, para pessoas como Rosa e Vitória, que sofreram ao longo de sua história diversas violações por não terem a sua existência legitimada como seres humanos, serem, portanto, reconhecidas por um/a outro/a em sua diferença e singularidade, é fundamental para a sua existência como sujeito no mundo. Trago um pouco da minha experiência como militante na Luta Antimanicomial, na Bahia. Desde o ano de 2005, acompanhei, ao longo desse percurso, a trajetória de diversas pessoas que sofriam internações frequentes no hospital psiquiátrico, e que possuíam uma rede precária de sociabilidade, e após a vinculação à Luta Antimanicomial, promoveram mudanças significativas em suas vidas como, por exemplo, um militante, que foi morador de rua por muitos anos e sofria internações frequentes no hospital psiquiátrico. Após alguns anos de vinculação à Associação Metamorfose Ambulante (AMEA),

associação de usuários/as do sistema de saúde, familiares e profissionais, passou a formar outros coletivos de militância e atualmente é Conselheiro do Conselho Estadual de Saúde. Também uma outra militante, vinculada à AMEA, que possuía um histórico de internações frequentes, atualmente é coordenadora de um coletivo de mulheres com sofrimento biopsicossocial, usuárias dos Centros de Atenção Psicossocial de Salvador, nomeado como Papo de Mulher. Ela também coordena uma iniciativa de economia solidária, que tem como estratégia o Bazar das Loucas. São inúmeros os casos na Bahia de pessoas que refizeram os cursos de suas vidas, a partir da vinculação com o movimento social.

Entre outras coisas, essa busca pela constituição de um sujeito político, no caso de Vitória, cria vias de se reivindicar ao Estado a efetivação de Rede de proteção formal para garantir a real sustentação às mulheres mães, que vivenciam a maternidade nas situações descritas em ambos os casos analisados aqui, pois como foi possível verificar nos relatos, o delineamento de suas trajetórias foram marcadas especialmente pela sustentação de um rede informal.

Trazendo a discussão da atenção em rede no contexto da maternidade, no sentido de um fluxo precário disponível para as mulheres mães da presente pesquisa e dos casos que se assemelham às suas trajetórias. Diniz (2000) destaca a potente importância de se defender uma maternidade que seja socialmente amparada. A autora ressalta que para proteger a vida da mãe e do feto/bebê há que se defender um modelo de maternidade socialmente amparada. Diferente da ideia de defesa da proteção única ao feto, conforme destacado anteriormente no caso de Rosa, para a autora, a maternidade socialmente amparada:

[...] é a que não é meramente responsabilidade individual da mulher, mas do casal, da família e da sociedade, que recebe aquele novo cidadão ou cidadã na plenitude dos seus direitos. É a maternidade vista e entendida como trabalho social. Os direitos das mulheres são inseparáveis dos direitos das crianças e não há, a priori, nenhuma incompatibilidade entre eles. Isto implica a defesa dos direitos da maternidade, desde a assistência pública e gratuita de boa qualidade, passando pela saúde no ciclo gravídico-puerperal, até a licença maternidade e o direito à creche e escolas públicas (DINIZ, 2000, p. 5).

Mattar e Diniz (2012, p. 112) ressaltam que em contextos que há relação existente entre maternidade e empobrecimento, o suporte social faz-se ainda mais importante, pois devido a ausência familiar, do companheiro, do estado, entre outros, a mulher tem limitada a sua capacidade de trabalhar e gerar renda. Nesse sentido, para as

autoras, há que se considerar uma violência de ordem patrimonial que priva a mulher de suprir as suas necessidades básicas e a de seus/suas filhas.

Segundo as autoras, as dimensões da maternidade, como a experiência da reprodução e da sexualidade, são construtos sociais, e, dessa forma, serão sempre atravessadas por relações de poder. Desse modo, a maternidade está vinculada ao exercício de seus direitos humanos e pode ser vivida com maior ou menor suporte social, resultando em uma “expressão de empoderamento e realização, como também de impotência e humilhação” (MATTAR; DINIZ, 2012, p. 112).

A sustentação do amparo social à maternidade ainda apresenta-se como um desafio, para algumas mulheres, pois grupos políticos e religiosos, instituições educacionais, o senso comum, entre outros, estabelecem prescrições sobre como a vida das mulheres devem ser, regulam ações, pensamentos, sentimentos e desse modo constroem fronteiras carregadas de valores em torno da maternidade (ABBEY, 2011). Tais fronteiras dividem as mulheres que são possíveis e as que não são possíveis de exercerem a maternidade, sobretudo as mulheres negras e pobres.

Segundo Dal Pagetto (2016), para a efetivação do cuidado integral e equânime no contexto da maternidade, é imprescindível o desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS)²⁷ para a assistência do uso de álcool e/ou outras drogas, efetivando o SUS através de “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010). Segundo a autora, no que se refere à gestante que faz usos de substâncias psicoativas, o cuidado em saúde deve integrar a RAS com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)²⁸ (BRASIL, 2011) além de incluir mais especificamente a Rede Cegonha, instituída pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que de acordo com seu Art. 1º, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção

²⁷ As Redes de Atenção à Saúde (RAS) consistem em arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010).

²⁸ A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A Rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS) (Ministério da Saúde, 2011 – portaria nº 3.088, de 23/12/2011).

humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha foi criada devido aos índices de mortalidade materna e infantil, tendo como objetivo garantir a atenção à saúde da mulher e da criança num acompanhamento longitudinal que vai do pré-natal, parto, nascimento e puerpério, até os 24 meses de vida da criança. Entre suas diretrizes estão a garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal, assim como a garantia da vinculação da gestante à unidade de referência (BRASIL, 2011). Rios e Santiago (2016) ressaltam na Rede Cegonha, a diretriz voltada ao acolhimento e avaliação das situações de risco e vulnerabilidade como fundamentais para contribuir nas práticas de atenção às gestantes que fazem usos das substâncias psicoativas. Os autores sinalizam também para a importância da rede e do cuidado territorial, principalmente no caso das mães que fazem usos de substâncias psicoativas conforme indicado pela RAPS.

Embora as Redes citadas anteriormente tenham sido desenhadas para oferecer suporte para o cuidado, parece que a trajetória informal narrada pelas interlocutoras indicam uma pista importante acerca da necessidade de sustentação de um percurso flexível capaz de acompanhar as suas demandas.

Ressalto que o esforço da presente tese volta-se para localizar o debate da maternidade no contexto da Justiça Reprodutiva, no intuito de ampliar o escopo de alcance das Redes necessárias para garantir a cidadania e os direitos humanos de forma universal, integral e equânime. Para exemplificar, participei de uma reunião virtual aberta ao público, na Defensoria Pública do Estado voltada para debater “os direitos sexuais e reprodutivos”, as convidadas eram de modo geral diretoras de maternidades, desse modo, a discussão centrou-se prioritariamente nos entraves relacionados ao pré-natal e ao parto para um público específico de mulheres. Compreendo que são questões com muitos entraves, porém percebo que o debate acerca dos “direitos sexuais e reprodutivos” não são tratados de um modo ampliado e interseccional. As questões apresentadas na tese representam a realidade de muitas mulheres pobres e negras, porém não apareceram como destaque em nenhum momento da reunião.

Conforme já sinalizei urge ampliar a discussão para a intersectorialidade de modo a incluir outros setores que integram a Rede de Saúde; quais sejam: a Rede de Justiça, Movimentos sociais, Rede de Assistência Social, Rede de educação, Rede de cultura,

Rede de esportes, Rede de lazer, Rede de emprego e Renda, entre outros, ampliando o repertório de atenção.

4 O FLUXO DAS REDES DE CUIDADO COMO PONTE QUE ABRE PASSAGEM E/OU COMO MURO QUE OBSTRUI A GARANTIA DA EFETIVAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SUS

Na presente seção, discuto, tomando como eixo os Princípios Orientadores do SUS, quais sejam: universalidade, integralidade, intersetorialidade e equidade, o modo pelo qual os Princípios se sustentam (ou não) nas práticas dos/as profissionais da Rede voltados para o cuidado das mulheres mães. Os princípios orientadores do SUS: a Universalidade, a Integralidade, a Intersetorialidade e a Equidade serviram de referência para guiar as análises das entrevistas. Também serviram de sustentação para as análises, as Diretrizes, Fluxo e Fluxograma para a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos publicado na Nota Técnica conjunta entre o Ministério de Desenvolvimento Social e combate à fome e o Ministério da Saúde N° 001/2016²⁹ (Brasil, 2016). Devido a uma série de violações notificadas no ano de 2016, os dois Ministérios MDS/MS publicaram conjuntamente essa nota no intuito de organizar o fluxo de cuidado de modo que a condição de sujeitos de direitos seja garantida, sobretudo os direitos à convivência familiar e ao acesso a serviços públicos de qualidade, de acordo com as suas demandas (Brasil, 2016). Assim, a nota técnica serviu de parâmetro para analisar comparativamente a partir das entrevistas as aproximações entre o que está escrito na nota e o que vem ocorrendo no cotidiano.

É importante colocar que o SUS é definido como um conjunto de ações e serviços de saúde prestados na esfera de três governos (Federal, Estadual e Municipal). Suas ações se direcionam para a promoção, prevenção, cura e reabilitação. Também convergem na nova noção de saúde do SUS, que redimensionou o conceito relacionado à doença, para incluir dimensões como a cultura, economia, dentre outras. Os três princípios básicos do SUS são a universalidade, que legitima o acesso a todas as pessoas, sem distinção; a integralidade, que considera todas as dimensões do processo saúde-doença, oferecendo prestação continuada com vistas à promoção, proteção, cura e reabilitação de indivíduos e à coletividade; e a equidade, que prioriza a oferta de ações e serviços aos segmentos da população mais vulneráveis, aqueles estão expostos aos riscos de morte, adoecimento, entre outras vulnerabilidades (BRASIL, 1988). Destaco a

²⁹ Anexo 1

importância do princípio da intersetorialidade, no âmbito do cuidado de pessoas que sofrem em decorrência dos usos de substâncias psicoativas, para se ampliar a discussão de modo a incluir outros setores, e não restringindo as discussões ao âmbito do SUS. A intersetorialidade deve ser o eixo estruturador das políticas públicas, possibilitando uma abordagem geral dos problemas sociais (BRASIL, 1988).

Espera-se que os princípios do SUS sejam garantidos no fluxo de cuidado das Redes disponíveis. Os fluxos, segundo o Ministério da Saúde, visam organizar os planejamentos terapêuticos de forma segura nos diferentes níveis de atenção (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação), estabelecendo “o percurso assistencial” ideal dos indivíduos nos diferentes níveis de atenção de acordo com as suas necessidades. A comunicação é destacada como um elemento que viabiliza um elo entre as equipes, serviços e usuários/as de uma Rede de Atenção.³⁰

Antes de adentrar nas discussões acerca dos fluxos, trago aqui um diagnóstico situacional sobre as mulheres mães acompanhadas pelo Programa Corra pro Abraço, elaborado pelo Grupo de Trabalho Materno Infantil, durante o período em que estive presente. Embora já tenha sinalizado na metodologia sobre esse diagnóstico, pretendo trazer aqui de modo mais detalhado.

O desenho do diagnóstico situacional elaborado pelo GT objetivou oferecer um panorama geral acerca das principais demandas das mulheres e das crianças, em um processo permanente de (re)construção.³¹ Através do levantamento de dados e de demandas específicas, pretendeu sistematizar as informações para sustentar a base da construção de estratégias de ações articuladas com a rede de cuidado: RAPS, Atenção Básica, Defensoria Pública, Maternidade, Hospitais, Emergência, entre outras. Ressalto que as ações do Programa voltado para as mulheres mães, em grande medida, são acompanhadas pela Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas (RENFA), com o intuito de potencializar a participação política na defesa de seus direitos.

Na sistematização dos dados, buscou-se informações sobre as mulheres e puérperos referentes a: idade, raça/cor, gênero, escolaridade, experiências de gestação, parto e puerpério, tempo gestacional, histórico de perda do poder familiar, saúde reprodutiva, gestação e encarceramento, acessibilidade à rede de saúde e de assistência social, dentre outras informações, para subsidiar a identificação do perfil atendido e as questões que atravessam estas realidades. As especificidades que envolvem estas

³⁰ Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/>.

³¹ Apêndice 1

realidades podem ser elencadas através do uso de substâncias psicoativas, da dificuldade de acesso aos serviços, transmissão vertical de doenças sexualmente transmissíveis, cuidados com o/a filho/a como: higiene, acesso ao pediatra e dilemas relacionados à amamentação, também, estigma social, entre outros.

Diante dos dados preliminares, iniciou-se o desenho de um diagnóstico situacional que aponta para a dificuldade de acesso aos serviços de Rede Atenção Básica (pré-natal, ginecologista, pediatra, exames básicos de saúde, entre outros), pouco acesso ao auxílio natalidade, perda do poder familiar, dificuldade de acesso à creche no território, sofrimento em decorrência da curetagem, dentre outras.

Na questão da saúde, percebeu-se ainda alguns casos de IST's, como sífilis e HIV, que se somam a mais um fator de dificuldades enfrentados por estas mulheres em situação de vulnerabilidade social. As informações organizadas no banco de dados a respeito do fluxo de acompanhamento de gestantes e puérperas beneficiárias do programa, mostram que a Aids predomina quantitativamente, em primeiro lugar, nos diagnósticos, posteriormente, o segundo agravante é a sífilis. Deste modo, surgem como demandas a serem trabalhadas, o processo de acompanhamento de IST's; desde acesso a teste rápido, consultas médicas com infectologistas e ginecologistas com o acompanhamento até a finalização do tratamento. Não pretendo aqui abordar as questões que envolvem as IST's, porém me pareceu importante sinalizar que é uma demanda relevante.

As Redes de Cuidados a que me refiro, conforme já mencionei, são os diversos dispositivos dispostos de modo a garantir os direitos humanos das mulheres mães. Salienta-se nessa rede, ainda a partir do relatório elaborado pelo GT Materno Infantil, as dificuldades encontradas no acesso aos serviços de saúde, agregando-se a este fato o processo de violência a que são expostas pelo racismo institucional e estigmas, interferindo no processo do tratamento com relação à saúde reprodutiva. Percebe-se que muitos desses direitos são comumente violados pelos serviços socioassistenciais e de saúde e tendem, de forma contraditória, a deixar de ser um lugar de acolhimento e cuidado, para ser um lugar de violência institucional.

Elaborar o diagnóstico situacional junto ao GT contribuiu para a minha compreensão das demandas das mulheres mães e os modos pelos quais o Programa organiza as estratégias de ações. A organização e efetivação das estratégias de atenção dos/as profissionais do Programa Corra Pro Abraço para atender a demanda das mulheres mães, geralmente, está vinculada a outros serviços da rede, pois a ideia do

cuidado compartilhado, como já destaquei, é uma estratégia central e garante que a integralidade se efetive através da intersectorialidade. Segundo os/as profissionais, o trabalho compartilhado é o maior desafio, mas ao mesmo tempo a maior potência.

Na superfície do discurso dos/as profissionais que apresento a seguir, foi possível encontrar vozes de lutas que se expressaram não somente nos diálogos que tivemos, manifestado, em grande medida, em forma de denúncias, mas também nos fazeres cotidianos marcados por disputas teórico/práticas dos/as profissionais imersos no território. Vale lembrar que, em grande medida, a história das técnicas e políticas públicas de cuidado dirigidas a pessoas que usam álcool e outras substâncias no Brasil, foi permeado historicamente pelo saber situado, médico centrado, sobretudo, da psiquiatria, manifestada em discursividades que falam sobre racismo, eugenia, determinismo genético, das substâncias psicoativas destruindo a pureza, entre outros (PETUCO, 2019). Desse modo, o ambiente de cuidado ainda é fortemente atravessado por essas concepções expressadas através do proibicionismo, culminando em conflitos e disputas com outras perspectivas pautadas na Redução de Danos.

Destarte, foi unanimidade na entrevista com os/as profissionais o fato de que o fluxo destinado às mulheres mães é “um fluxo perverso criado na lógica higienista preconceituosa, racista, manicomialista e desumana com a pobreza” (ENTREVISTADO/A 1). Assim sendo, o desafio é “costurar essa rede fragilizada e disputar um modelo de cuidado junto a essa rede” (ENTREVISTADO/A 2). Isto posto, posso afirmar que o preconceito atravessa intensamente a prática dos/as profissionais da rede, dificultando as mediações e parcerias para a resolutividade dos acompanhamentos.

Identifiquei nas falas dos/as profissionais instituições que tem uma maior afinidade na Rede, com a ideia da Redução de Danos, voltados para uma maior disposição e disponibilidade de acompanhar as demandas das mães, respeitando as suas escolhas e tempos. Essas instituições conseguem alinhar os saberes/fazeres constituindo parcerias, como exemplo, a parceria entre o Programa Corra pro Abraço, o Consultório de Rua e a Defensoria Pública do Estado. Por outro lado, há também instituições inspiradas pelo proibicionismo, pelo viés moral, preconceituoso e excludente, criando um ambiente de disputas de modelos de cuidado entre as instituições. Ressalto a sobrecarga nos/as profissionais gerado por essas disputas, pois no período em que estive presente no Programa, acompanhei o processo de adoecimento de alguns/algumas profissionais devido à rotina exaustiva de trabalho.

Iniciei a conversa com os/as profissionais explorando quais seriam os passos necessários para esboçar uma trajetória de cuidado no contexto da maternidade. Trago o excerto das respostas dos/as profissionais que tiveram seus encontros com o tema:

Quando eu vejo mulheres em situação de rua, usuárias de substância, se for usuária de crack, com todos os estímulos que tem, pra essa mulher é um grande desafio garantir maternidade e exercer sua maternidade, primeiro, pra ela entender que ela pode exercer a licença maternidade, porque muitas vezes ela se exclui, acha que não pode exercer isso, outro é fazer junto e fazer esse exercício junto com as maternidades, com os médicos, com toda a equipe de saúde que ela vai acessar, fazer junto com que esse desafio seja rompido e deixe de ser um desafio, que seja um fluxo comum pra ela... e depois disso, provocar nesses serviços a garantia desses direitos (ENTREVISTADO/A 3).

O primeiro de tudo é fazer com que a rede reconheça que ela tem o direito de ser mãe e, assim, é importante que a gente dialogue sempre as especificidades desse públicos, mas eu também venho numa contramão que tipo, tem coisas que são muito básicas, postas para todos e, tipo, eu vejo a rede me ligando e me acionando casos de assistidas que eu acompanho, coisas que são muito básicas tipo o caso de uma assistida, que ela teve alta, ela precisava ficar acompanhando o bebê, “ela tá há mais de 12h sem acompanhar o bebê, e aí a gente considera isso como abandono”, aí eu fui lá, fiz uma reunião com toda a equipe e perguntei “vocês conversaram com ela, vocês já chegaram pra ela pra dizer que isso é um abandono? Porque ela não entende dessa forma, ela entende que o filho dela tá num lugar protegido e tá fazendo uso”. Então são coisas que são postas pra qualquer pessoa que tá no hospital e a gente tem que ficar explicando, que é o nosso papel, mas assim, a impressão que eu tenho é que a rede vê como se fosse... um E.T, sabe? A mulher que usa substância é um E.T ali, às vezes cria uma complexidade de uma coisa que poderia ser resolvida, assim com eles e essa complexidade que eles criam é justamente achar que essa mãe não tem direito (ENTREVISTADO/A 4).

O/a profissional 3 menciona que o fluxo de cuidado precisa ser acionado, inicialmente, a partir de um manejo reflexivo com as mulheres, de modo a ressignificar os valores da maternidade apreendidos culturalmente, a fim de que elas redefinam os valores de sua própria experiência. Assim a partir daí, compreendam os seus direitos de exercê-la de acordo com os seus desejos. Junto a isso, sensibilizar os serviços para que o cuidado seja compartilhado e garanta uma maior efetivação dos direitos.

A efetivação do direito à maternidade não é garantida, em grande medida, devido ao que pontuei inicialmente, acerca do viés moral e proibicionista que perpassa a rede. No excerto, por exemplo, a/o profissional 4 destaca uma situação vivenciada por uma mãe julgada por fazer usos de substâncias psicoativas. Para o/a profissional, a mesma situação possivelmente seria naturalizada se ocorresse com uma mulher mãe que não faça usos.

Assim, insistir nessa garantia é fundamental, pois, por exemplo, o acompanhamento oferecido às duas mães que participaram da pesquisa, na Rede

SUS/SUAS, mostrou-se fragmentado e setorializado, inclusive comprovou-se a negligência, por parte dos/as profissionais da Rede, em atenção às suas demandas.

A esse respeito, uma das profissionais entrevistadas do Programa, refere o fato da criação de um “contrafluxo”, criado paralelamente ao fluxo determinado pela justiça³², marcando mais um mecanismo de violência.

Muitas delas, já perderam pelo menos um filho ou pra justiça ou pra família. E assim, a gente fala perder porque existe esse mecanismo mesmo de retirada, que é um fluxo, que é um fluxo que foi criado, que, na verdade, não é o fluxo que a lei determina, mas assim, dentre tantas violências que as mulheres sofrem na rua, eu acho que, pra elas, acaba sendo apenas mais uma (ENTREVISTADO/A 3).

O fluxo a que a profissional se refere foi determinado pela justiça na nota técnica conjunta entre o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome mencionadas anteriormente. Nesse sentido, espera-se que as tomadas de decisões referenciadas, relativas às crianças, deveriam ser tomadas com a anuência da mãe e com o seu acompanhamento, mas acabam por ser decididas sem a presença desta, fazendo com que o processo da instituição e a institucionalização da criança e da mãe, seja eivado de irregularidades, a ser saneado:

A gente tem alguns casos que a gente vê que não foi uma coisa construída com a mulher, entendeu? A mulher sai de alta e a criança já tá institucionalizada e vai pra uma dessas unidades que só fica criança ou a mulher é encaminhada pra uma instituição que pode ficar com os filhos, entendeu? E aí, a gente tem alguns problemas que a mulher não consegue sustentar e ficar nesse lugar. É... aí a partir desses casos mesmo, pelo menos no início, a gente vê que a regra, pelo menos dos nossos, acaba sendo sempre a institucionalização da criança (ENTREVISTADO/A 2).

Ainda, segundo a profissional entrevistada, tem surgido relatos semelhantes ao caso apresentado de Rosa, em que a mãe sai da maternidade sem o/a filho/a, tendo o mesmo sido encaminhado direto para a Unidade de Acolhimento. Para a entrevistada, o primeiro desafio é tentar vinculá-la aos serviços de saúde para fazer o pré-natal e romper com as barreiras da discriminação e preconceito que geralmente encontram. Pois as mulheres em situação de rua temem perder seus/suas filhos/as na medida em que sejam institucionalizados, por ser essa uma prática muito comum, quando a mulher, estando em situação de rua e fazendo usos de substâncias, é considerada inadequada para cuidar deste/a bebê.

³² Anexo 1

Penso que a argumentação da “inaptidão” escamoteia as relações sociais assimétricas de poder entre as mulheres mães e o conhecimento técnico-científico. Para Meyer (2005), ao descrever e monitorar a vida, o conhecimento técnico-científico passa a inscrever na mulher e no feto, formas mais corretas e saudáveis de cuidar e desenvolver-se, classificando e valorando situações ou mães consideradas de risco. Por consequência, há uma intensificação dos discursos em torno da configuração da maternidade e do fortalecimento de narrativas que se articulam para compor a norma, fazendo com que as mulheres vivenciem seus efeitos ao serem avaliadas e/ou hierarquizadas (MEYER, 2005). Nesse sentido, como venho argumentando, os manejos profissionais imbuídos de manter a norma, investem na ideia de uma maternidade “saudável” e os sentidos que compõem a noção de um feto/criança saudável são atravessados pelos marcadores sociais: raça, gênero, classe social e usos de substâncias psicoativas, que delimitam o endereçamento das violências pessoais, sociais e institucionais.

Nesses jogos de poder, o temor pela institucionalização das crianças pelas mães e também pelos/as profissionais acaba sendo uma barreira no processo de cuidado no período da maternidade. Assim sendo, penso que a publicização do documento estabelecendo fluxos, embora tenha sido relevante por seu conteúdo oferecer a nível nacional uma rediscussão acerca da maternidade no contexto dos usos de SPA e vulnerabilidades, a iniciativa parece não ter sustentado modificações mais robustas na prática, de acordo com os relatos.

As relações assimétricas de poder também são mantidas pela dificuldade de comunicação entre as instituições, conforme a fala a seguir:

A gente recebe as orientações dos próprios defensores, porque a gente não consegue ter acesso direto aos processos. Com isso, nesse acompanhamento da maternidade, nesses casos que as mulheres têm o poder familiar suspenso ou que perdem, a gente tem essa dificuldade, acho que posso já falar até da dificuldade, a nossa maior dificuldade é entender o que tá acontecendo ali, entendeu? A gente fica muito no “ouviu dizer” dos serviços e do que essas pessoas trazem pra a gente, né? (ENTREVISTADO/A 2).

Para o/a profissional, no contexto da perda da guarda dos/as filhos/as, a dificuldade de acessar informações qualificadas sobre o fato, tolhem a efetividade de elaboração de um plano inicial para acompanhar o caso, pois é imprescindível a qualidade dessas informações para a garantia da resolutividade. Quando ocorre a obstrução deste canal, aumenta a dificuldade de manejar o caso que depende da

intersectorialidade para garantir o encaminhamento das demandas. Um outro ponto a respeito da comunicação refere-se a desinformação sobre elementos essenciais sobre como, por exemplo, proceder para dar entrada na obtenção de benefícios:

Às vezes elas não são orientadas sobre os benefícios que possuem, não conseguem fazer o pré-natal, por diversas questões e acabam perdendo direitos que exigem, né, que ela faça esse acompanhamento antes (ENTREVISTADO/A 5).

A desinformação nesse caso, obstruiu a garantia dos direitos que o Princípio da Universalidade sustenta de acesso à todas as pessoas indiscriminadamente. Durante o período em que estive no projeto Corra pro Abraço, ouvi em algumas reuniões a discussão de casos em que as mulheres tentavam obter alguns benefícios, como o auxílio-natalidade, mas tinham dificuldade de marcar, de organizar a documentação necessária e de se deslocar até o local determinado. Em alguns casos, quando conseguiam chegar ao local, eram barradas de entrar no serviço, por estarem sujas e/ou com roupas consideradas inadequadas. Em outros casos, quando organizavam a documentação e davam entrada no auxílio-natalidade, o benefício se disponibilizava somente seis meses após o nascimento.

Essas complexidades citadas anteriormente no circuito das redes em que as mulheres mães transitam, segundo observei no período do trabalho de campo, acompanham todas as fases: nos momentos que antecedem a gravidez, durante a gravidez e no pós-parto. Na medida em que são superadas as fases do pré-natal e parto, das mães acompanhadas pelo Programa Corra pro Abraço, a situação, geralmente, fica ainda mais difícil para as mulheres que têm o desejo de cuidar de seus/suas filhos/as, devido às dificuldades que venho descrevendo. Elas seguem com dificuldades de acessar os serviços para a promoção do próprio cuidado, desde o básico como alimentação, condições adequadas de moradia, entre outros meios de promover o autocuidado para conseguir favorecer o cuidado da criança. As redes de garantia de direitos humanos ainda se mostram frágeis e precárias, conforme o excerto a seguir:

Tem essa questão da rede, que a rede não é preparada pra trabalhar com esse público, nem em situação de rua, muito menos em situação de rua que faça uso de substância e... e isso em Salvador é muito evidente, assim, em todas as áreas, né, você pega na saúde, você pega na assistência, você pega... Teve uma assistida mesmo, que a gente acompanhou também, que eu lembro que quando ela foi pro hospital, ela pediu pra a gente “por favor, não deixem de acompanhar a gente” e ela toda semana ela ligava pra a gente: “faz uma visita”, “vem visitar”, então, a gente fazia visita semanalmente, por que? Porque, exatamente aquilo que que a gente tava falando antes, né, porque provavelmente o serviço social da maternidade ia olhar e ia fazer a avaliação

que ela não teria condições de cuidar da criança e, muito provavelmente iam tá acionando outros órgãos, que acabariam tirando a criança dela (ENTREVISTADO/A 7).

O fluxograma para as mulheres mães publicado no ano de 2016³³ fornece as vias principais das trajetórias necessárias, porém é preciso flexibilidade para sustentá-lo de modo que não seja delimitado de forma rígida, tornando-se de difícil acompanhamento pelas mulheres. Por outro lado, essa flexibilidade não significa desresponsabilização por parte dos/as profissionais, mas a disposição de sustentar acompanhá-las de acordo com as suas necessidades e possibilidades. Conforme o destaque de um dos profissionais entrevistados:

O ponto de partida desse encontro é nos territórios [...] e nada protocolado porque algumas vai tranquilo numa Unidade de Saúde, então a gente vai por esse caminho, outras não é possível, então a gente vai acionar o Consultório, pra fazer na Rua. Algumas tem contato familiar, então fortalecer esse vínculo com a família talvez seja o melhor caminho, outras não tem, então a gente vai ter que pensar alternativas pra isso, com a assistência, pra esse pós, né, como ela vai ficar? vai ficar em situação de rua, vai pro abrigo, vai acessar auxílio aluguel? Então, a partir do que é apresentado que a gente vai direcionando esse cuidado com os serviços que tem na Rede, com família, com serviços informais também, os lugares que ela frequenta, com o que for possível articular pra promover o cuidado e garantir a maternidade (ENTREVISTADO/A 5).

Esse aceno aponta para os equívocos nas intervenções orientadas pelo repertório teórico/prático de modo engessado, pautadas em uma conduta terapêutica restrita às padronizações estabelecidas. Esse modelo tradicional de oferecer cuidados à população, seguindo de modo rígido os protocolos, segundo Campos (2000) está em esgotamento devido ao limites de eficácia e de eficiência. O autor reconhece a necessidade de se rever os conhecimentos e as práticas de saúde. Nesse sentido, Feuerwerker (2003) observa que as práticas profissionais organizadas com base nas necessidades da população é o ponto central para fortalecer e integrar as ações.

A participação das mulheres mães no processo da delimitação do seu processo terapêutico é central, pois o fluxo além de ser definido em conjunto, é construído legitimando as suas necessidades. Para Campos (2003), deve-se superar o foco exclusivo na doença direcionando-a para o sujeito. Amplio a perspectiva do autor para o redimensionamento da superação não somente da doença, mas do preconceito, do olhar

³³ Anexo 1

moralista permeado por racismo e sexismo, para que apareça o Sujeito, seu contexto de vida com suas singularidades.

Ainda para Campos (2003), a construção de vínculos entre o/a assistido/a, família, comunidade e profissionais é um dos meios para se desenvolver um trabalho com qualidade (CAMPOS, 2003). O processo de vinculação depende do modo como as equipes se responsabilizam pelas pessoas e como se encarregam de manejar os casos específicos. Assim, a constituição de vínculos pode ser compreendida como um meio capaz de ampliar as ações dos/as profissionais, o que efetiva o investimento no diálogo e na escuta.

Portanto, a constituição de iniciativas compartilhadas entre profissionais e as mulheres mães na definição das trajetórias pode servir como potencializador na efetivação dos princípios do SUS, sobretudo a equidade, pois garante a criação de estratégias diferenciadas para demandas específicas, além de abrir canais para reivindicações de políticas públicas. Portanto, o êxito não compreende somente a dimensão técnica, mas, sobretudo, no investimento da relação dos/as profissionais com os sujeitos.

Durante a pesquisa de campo, observei que a movimentação pelo território da população atendida pelo Programa é muito intensa, devido a inúmeras questões, quais sejam: busca por emprego, conflitos, busca por um lugar seguro, entre outras coisas. Então, de acordo com esse deslocamento, as demandas vão modificando, exigindo o estabelecimento de um outro fluxo quando necessário, de modo que seja restabelecido, revisto e reorganizado a todo tempo de acordo com o que se apresenta. Em alguns casos, devido a essa intensa mudança de território, há a perda da documentação. Assim sendo, essa população requer uma constante flexibilidade e atenção por parte das equipes. Cunha (2007) propõe privilegiar, nos objetivos do trabalho, um equilíbrio dinâmico entre autonomia e controle, objetividade e subjetividade e benefícios e danos na gestão dos cuidados. O referido autor desenvolve uma análise crítica das formas tradicionais de gestão, quais sejam: os protocolos, a programação em saúde, entre outros. Sinalizando para a pretensão totalizante e a ausência de diálogo como fatores comprometedores a qualidade do cuidado.

Cunha (2007) sugere como principal instrumento o antiprotocolo. O antiprotocolo alerta que não é possível dizer *a priori* para uma equipe e a sua clientela, qual é o recurso mais importante a ser disponibilizado, no sentido de que a decisão deve ser constituída da cogestão. Ressalta a importância do reconhecimento das singularidades

de cada sujeito, trabalhador/a e dos seus saberes para que todos/as possam contribuir com os processos terapêuticos e com os resultados finais. Chama atenção para os/as profissionais estarem mais atentos e disponíveis às falas dos sujeitos, dando espaços para suas ideias e palavras, favorecendo a análise sobre as suas condições (CUNHA, 2007).

As falas dos/as profissionais entrevistados/as corroboram com as narrativas das interlocutoras da pesquisa no que diz respeito às violências sofridas em decorrência dos conflitos institucionais. As noções mais elementares da atenção (bio)psicossocial (COSTA-ROSA, 2013) exigem o reposicionamento frente aos esforços focados na obstrução de liberdades individuais e cerceamento de direitos, presentes nas instituições. Pois a efetivação dos princípios do SUS depende de um modelo de atenção que coloque o respeito integral aos direitos básicos; incluindo os de ir e vir, coparticipação nos processos decisórios e nas propostas de intervenção e tratamento como centro. Tal modelo não é o que certamente a maioria das instituições tem apresentado, embora haja muitas disputas e enfrentamentos, conforme descrevi anteriormente.

4.1 NOTAS SOBRE A REDUÇÃO DE DANOS NO CONTEXTO DA MATERNIDADE

Embora a história e os conceitos da RD já tenham sido expostos, o intuito dessa seção é delimitar os manejos possíveis de modo mais específico no contexto da maternidade. Para isto, trago uma situação ocorrida na primeira fase da pesquisa, quando tive um contato inicial com os/as profissionais do Programa, na reunião técnica, no intuito de compartilhar a proposta do projeto de pesquisa e junto a equipe elaborar os meus trajetos no interior do programa. Desse modo, apresentei o projeto e abriu-se para a discussão com os/as técnicos/as. Em seguida, uma profissional perguntou a minha opinião sobre uma dúvida frequente dos/as Agentes Comunitários de Saúde e dos/as profissionais da Atenção Básica, acerca de como manejar os cuidados com uma mulher que estava amamentando e fazia de modo concomitante o uso da maconha. Relatou que é muito frequente mulheres amamentarem fazendo o uso de substâncias como a maconha e os/as profissionais ficarem em dúvida de como abordar a situação. A pergunta me tocou no sentido de pensar que, diante de tantas dúvidas e problematizações possíveis acerca da maternidade, usos de SPA e vulnerabilidades, a primeira questão que aparece após a minha apresentação, tem como foco a relação entre

o corpo e os efeitos das substâncias psicoativas. Não quero com isso diminuir a importância da compreensão da interação corpo/substâncias, porém, destaco, que a interação da substância com o corpo é a primeira preocupação em um primeiro contato com o sujeito que faz uso, nesse sentido, a essencialização biológica ainda aparece como uma premissa em que se deixa de lado investigações mais aprofundadas acerca daqueles sujeitos. A resposta a esse entendimento pode ser voltada para aspectos medicalizadores, distanciando-se da resposta integral, intersetorial e equânime.

Para responder ao questionamento da profissional, reporte-me ao argumento dos riscos da essencialização do corpo em um tom que universaliza e fixa as mulheres em determinados processos biológicos e o que “vem junto” com essa forma de conhecer e que possíveis efeitos isso tem nas vidas dos indivíduos e grupos. Uma compreensão pautada no essencialismo biológico, por exemplo, carrega consigo respostas medicalizadoras e contribui para sustentar as vigilâncias aos corpos. Também, ao se tratar, dos efeitos dos usos de SPA em mulheres mães tomando como referência a ação das substâncias em seus corpos, (re)produz-se uma compreensão essencializada que permite supor que esses corpos respondem, da mesma forma, ao uso de maconha, fixando os sujeitos em determinadas posições.

Essa compreensão deixa na sombra os processos sociais, culturais e subjetivos, limitando alguns entendimentos como, por exemplo, o motivo pelo qual aquela mulher faz o uso da maconha naquele momento da vida dela, como ela concebe o corpo, a maternidade, o uso de substâncias, as suas especificidades, entre outras coisas. Trata-se, portanto, da importância de propor uma leitura possível da relação entre mulheres e usos de SPA, em um sentido de ampliação das possibilidades de se pensar sobre, considerando, sobretudo, as suas condições de modo integral, que incluem as dimensões pessoais, sociais e culturais, favorecendo assim compreender os aspectos que marcam as diferenças entre os sujeitos para que, a partir daí, estratégias diferenciadas sejam oferecidas também, como se pressupõe os princípios do SUS. Ressalto que não pretendo oferecer respostas sobre a atitude mais coerente de como abordar a mulher e falar sobre a amamentação no contexto dela, mas de oferecer pistas para se pensar, entre outras coisas, que o efeito da substância se situa em meio a muitos outros aspectos, sociais, subjetivos, etc.

Em grande medida, o olhar integral para essas mães vem sendo negligenciado pelo viés moralista cerceando a ampliação de leitura, produzindo práticas limitadas. A Redução de Danos caracteriza-se como o eixo central para manejar com os estigmas e

preconceitos dos/as profissionais em relação as mães que fazem usos de substâncias psicoativas, considerados os casos mais difíceis de acompanhar na Rede, conforme o excerto a seguir:

A Redução de Danos tem sido o principal recurso pois tem pessoas que faz uso de cigarro, deles questionarem, acharem um absurdo e quer tirar a criança porque a pessoa fez uso de cigarro há seis anos atrás. E, assim, não tem o cuidado de saber que uso foi esse, se foi uso abusivo, se um uso recreativo, se é um uso eventual. É como se fosse assim, falou em substância, pronto, é um motivo para... então, assim, é bem tenso a rede. Hoje em dia, assim, no meu ver, acho que acompanhar os casos de maternidade são os mais difíceis. Porque, assim, eles nos tomam de uma forma tão grande, a mulher, a criança... e assim, ao mesmo tempo que a rede quer tirar essa criança, ela não quer construir os cuidados para essa criança, então, assim, ela não quer construir com o pediatra... fazer os exames da orelhinha, do pezinho, tudo isso daí, então, eu quero tirar, mas eu não quero promover isso. E aí, depois que essa puérpera tá aí, como é que faz isso? E depois, que essa criança tá com 1 ano, 2 anos... então não tem essa caminhada, sabe? Então, é uma lógica punitivista, só punitivista e só de retrocesso. Enfim, são coisas muito densas, muito complexas (ENTREVISTADA/O 2).

No sentido da desconstrução desses olhares, trago a pesquisa de Hurt et al. (2012), neonatologista, responsável por uma pesquisa longitudinal de aproximadamente vinte anos, na Filadélfia (EUA). Analisou, entre outras coisas, o controle inibitório, memória e linguagem receptiva de dois grupos de adolescentes: um grupo que foi submetido aos usos de cocaína durante a gestação e um outro grupo que não foi submetido a exposição gestacional à cocaína. Para isto, foram avaliados em estudo prospectivo, desde o nascimento, um grupo de 120 participantes, principalmente mulheres jovens afro-americanas, aproximadamente metade fazia usos de cocaína e a outra metade não fazia usos (grupo controle). Foi definido que todas fariam o parto em um único hospital do centro da cidade. Desde o nascimento, as crianças foram avaliadas semestralmente para medições de crescimento, desenvolvimento, linguagem, resultados cognitivos e socioemocionais. Em resumo, este estudo que foi cuidadosamente conduzido, não mostra efeitos do uso de cocaína no controle inibitório, memória de trabalho ou linguagem receptiva. Os resultados fornecem evidências adicionais de que as variáveis ambientais, como as avaliadas no inventário HOME, um dos instrumentos metodológicos de pesquisa realizado no domicílio das mulheres pesquisadas, influenciam os resultados cognitivos. A autora destaca que os efeitos gerais da pobreza colocam os/as adolescentes que foram expostos ao uso de cocaína na gestação e as que não foram (grupo controle) em uma desvantagem clinicamente significativa em comparação com outras crianças de sua idade. Nesse sentido, acena que uma prioridade

importante para aqueles/as que cuidam de crianças que foram expostas e todas as crianças nascidas em ambientes de alto risco é abordar os problemas que contribuem para a sua vulnerabilidade, incluindo não apenas o uso de substâncias pela mãe, mas também o acesso limitado aos recursos necessários para fornecer experiências estimulantes cognitiva e emocionalmente desde cedo na vida (HURT, 2012).

Na mesma direção, Hart (2014), pesquisador de substâncias psicoativas há aproximadamente 23 anos, relata que acreditava que as SPA eram o problema das comunidades, entretanto, quando começou a olhar com mais atenção as evidências, ficou nítido que as SPA não eram o problema. A questão central para o autor, é a pobreza, a política antidrogas, a falta de empregos, entre outras variadas coisas. Desse modo, as substâncias psicoativas são apenas um elemento que não influenciava tanto quanto os outros mencionados anteriormente. Em seus estudos, defende que as alternativas ofertadas às pessoas, como empregos, por exemplo, as levam a não abusarem das SPA. O autor salienta em suas pesquisas que 80% a 90% das pessoas que usam SPA como o *crack*, a heroína, metanfetaminas, maconha, não são viciadas, portanto os usos não eram a causa dos problemas sociais. O critério social de julgamento a respeito dos significados acerca da condição de “viciado/a” parte do pressuposto da disposição do sujeito de cumprir as suas funções psicossociais, por exemplo, o sujeito faz usos de substâncias, mas vai ao trabalho e lida com suas responsabilidades, socialmente não é considerado como “viciado” (HART, 2014).

Os resultados das pesquisas de Hurt (2012) e Hart (2014) sustentam a argumentação da noção do redimensionamento da noção de maternidade no contexto dos usos, para além da visão estrita de periculosidade de quem usa, mas com vias de ampliação para as vulnerabilidades a que estão expostos; quais sejam, as individuais, sociais e institucionais, acenando para a importância dos princípios do SUS descritos anteriormente, criando bases mais sólidas para o assessoramento das mulheres-mães.

Complementando os estudos apresentados, um fato importante observado na fala de uma das entrevistadas é o aspecto “organizador” que a maternidade proporciona em alguns casos, oposto ao olhar hegemônico da cultura de que ao engravidar, a mulher traria danos ao filho/a gerado/a.

E hoje, ela é o exemplo de uma mãe fantástica, sabe? Tipo, tem maior amor pelo filho, na maior correria... deixou de fazer uso de substância... organizou a vida, sabe? Com muita dificuldade, sem romantismo, né, com muita dificuldade, mas tá com sua criança, tá com o filho que ama, tal (ENTREVISTADO/A 4).

Já acompanhei casos em que a maternidade funcionou como uma estrutura. Tinha uma que ela fazia uso abusivo de cocaína, de maconha... e aí ela falou que ela parou, conseguiu parar assim, reduziu o dano da cocaína, ficou só com a maconha, mas ela conseguiu controlar, entende? Outras também que faziam uso de crack, e aí ao invés dela fazer uso da quantidade de pedras que ela fazia, ela diminuiu esse uso... só que assim, foi uma criação, né, mas em compensação elas tiveram uma estrutura melhor de vida (ENTREVISTADO/A 2).

No relato do/a entrevistado/a 2, a maternidade aparece como um fator capaz de produzir a redução de danos na vida de algumas mulheres. Ainda, segundo o/a profissional entrevistado/a, algumas mulheres que tinham uma estrutura mais organizada na vida em termos materiais, como casa e apoio social, a maternidade impulsionava a solidificação de mais qualidade na vida. Nesse mesmo sentido, mulheres que tinham muitas demandas com relação à moradia e apoio, a maternidade favorecia a busca para a reorganização, na tentativa de reconfigurar o seu cotidiano, a partir de remodelagens em que julga como fator determinante para estruturação de suas vidas. Em ambos os casos aparece a mobilização para suprir lacunas deixadas pelas diversas vulnerabilidades.

Umas tinham [mais estrutura], mas outras não. Mas a gente conseguiu construir isso, pensar um abrigo, pensar uma direção, um auxílio pra elas, acho que isso também deu uma organizada assim nelas, porque é isso, a maternidade exige uma série de coisas materiais, né, concretas, berço, enxoval, eu acho que isso também mobilizam muito elas..o que é que ele vai vestir...enfim, aí são muitas questões que acabam sendo invisibilizadas nesse processo, e aí você acaba demonizando a mulher, né, dizendo que é a droga e criminalizando mais uma vez essa pessoa. Mas tem muitas delas que conseguiram se organizar e muitas mães também que são mães e fazem uso e que se sustentam, né, que o filho também organiza. Assim, ele dá uma centralidade, né, eu percebo que algumas mulheres devem se sentir melhor (ENTREVISTADA 2).

Desse modo, a profissional, ao mediar situações que envolvam mulheres mães deverá respeitar as escolhas e o tempo, oferecendo um contorno em que possa propiciar um ambiente acolhedor para a tomada de decisões. Não quero com isso generalizar, pois em alguns casos a maternidade também aparece como desorganizadora na vida de algumas mulheres. Pretendo aqui chamar a atenção para o fato de que a maternidade, nesse contexto, pode aparecer como propulsora de transformações benéficas na vida de uma mulher, pois a versão moral inclina-se na compreensão de que a maternidade representa de forma fixa uma ameaça para os/as filhos/as. A maternidade, conforme vimos, no primeiro capítulo possui diversas nuances, não é determinante, e se expressa

de diferentes maneiras e formas, não cabendo na restrita compreensão corpo/usos/efeito.

O mesmo relato acerca do potencial organizador da maternidade para algumas mulheres aparece na fala de outra profissional entrevistada, maternidade, para quem... muitas vezes é uma gravidez que não foi planejada, a maioria das vezes, mas muitas vezes ela se torna desejada, e a gente tem observado casos que a gravidez e depois o parto, se tornaram fatores organizadores dela mesmo, inclusive em relação ao próprio uso, mas não somente em relação a eles. A gente acompanha casos de mulheres que conseguiram organizar o cuidado da sua saúde, que conseguiram administrar o uso de substância, ou minimizar ou parar ou continuar fazendo uso, mas administrando melhor, pra evitar o risco mesmo, que as pessoas falam, para a própria gravidez, e as mulheres que têm bebês hoje, a gente vê várias aqui, né, com bebês ou com crianças, que têm a sua dinâmica de vida, que conseguem criar meios de subsistência com seus filhos, então a gente vê mulheres muito mais organizadas depois que pariram ou que engravidaram e é claro que não existe uma fórmula (ENTREVISTADO/A 3).

Trazendo um pouco sobre a experiência da pesquisa de campo, durante o período em que estive acompanhando as atividades do Programa Corra pro Abraço, chamou-me a atenção, nos diferentes espaços em que estive presente, o fato de que pouco se falava das relações com os usos das substâncias, os/as profissionais centravam os seus esforços nos aspectos relacionados às diversas afetações biopsicossociais a que as mulheres-mães estavam expostas. A seguir apresento um trecho de uma das entrevistas com os/as profissionais sobre os manejos da RD no contexto da maternidade:

Vamos colocar a substância entre parêntese e se ocupar desse sujeito, dessas mulheres, porque é tanta coisa que tem aí por cima dela, que aí você enquadrar ela nessa questão da droga, é dizer assim não use, enfim, não usar substância... às vezes é o que sustenta ela. E aí, a grande questão, aí vem essa questão da moralidade, essa questão da dominação, né, do corpo e as questões éticas que atravessam isso, né. Essa questão do não pode, quando você está grávida, não pode fumar maconha, você não pode fazer uso de algumas substâncias... e algumas delas não conseguem fazer o não uso, mas a gente observa que elas conseguem fazer a redução de danos... e assim isso é muito importante. Mas ela vai conseguir a redução de danos a partir do momento que ela vendo outras perspectivas, não assim “pare de usar” e pronto, entendeu? é uma caminhada também, entende? Porque ao mesmo tempo você tem que cuidar da mãe e do bebê, não é só cuidar do bebê, então às vezes a pessoa não tem o que comer, a gestante sem ter o que comer ela vai fazer o quê assim, entendeu? E assim as drogas acabam tendo lugar aí, o lugar... é isso, algumas mulheres que a gente acompanha que fizeram o uso, elas, algumas delas, né, falam que tentam fazer redução de danos, elas vão usando menos, troca de droga, algumas até fazem abstinência, é um processo, não é ... e fazem o acompanhamento longitudinal dessa situação. Mas assim, eu acho que não é a droga, não é o uso, entendeu? É o que as pessoas interpretam disso e aí eu acho que há um... tipo...há também uma construção social em torno da maternidade, do quê que é, desse mito que as mulheres têm que ser ideais, perfeitas... mas na realidade elas não são, elas são... né. E é isso, imagine uma pessoa com o histórico de tanta violação, exclusão

social, violências enormes, que já tem uma relação com a droga de muito tempo... algumas, né, outras não, e aí com todo processo da gestação, a gente não sabe como se deu essa gestação, a preparação, o planejamento que ela conseguiu fazer, essa relação com esse companheiro como é, que algumas vezes pode ser violenta... e aí depois você fala assim, coloca que a questão é só a droga, você centraliza, né. É simplificar demais a questão... e aí você não consegue ver os outros determinantes sociais disso, né? (ENTREVISTADO/A 5).

Nessa direção da RD, alguns/as autores/as (PETUCO, GIL, 2009; MACRAE, 2012; MALHEIRO, 2018) a conceituam de uma forma ampla, não se restringindo somente ao âmbito biológico da relação dos efeitos da substância no corpo, porém como uma resposta investida nos aspectos da construção conjunta, da cidadania e justiça social.

No relato de Vitória, em vários momentos, ela menciona implicitamente, o atravessamento da Redução de Danos em sua trajetória. Digo implícita, pois não aparece o termo Redução de Danos (RD) em seu relato, porém, é possível reconhecer nuances que compõem o arcabouço ético/político/teórico/prática da RD, como, por exemplo, o processo de vinculação aos movimentos sociais. O percurso de (re)existência delineado em sua trajetória imersa nos movimentos sociais, chama a minha atenção para colocá-lo em discussão, no contexto da maternidade. Destaco os excertos da entrevista de Vitória: “**Eu tô começando a amadurecer, eu quero mudar**”. Frente a esta colocação, que se aproxima de uma certa reflexão sobre seu próprio processo e o propósito de mudança, ressalto que a perspectiva da Redução de Danos tem como intuito, entre outras coisas, proporcionar ferramentas de autoanálise para que o sujeito disponha, em um primeiro momento, de recursos pessoais voltados para o planejamento de sua vida, alinhado com os seus desejos, de acordo com o que é considerado importante em seu momento. Nesse sentido, pode-se afirmar que a RD “cria condições para que o sujeito venha a exercitar o *cuidado de si* e a *desejar um projeto de vida*” (CONTE *et al.*, 2004, p. 60). Os termos: cuidado de si, desejo e projeto de vida, destacados pelo autor, de algum modo, estão próximos a uma das principais ideias da Redução de Danos que referenda o respeito à escolha, cuidado de si e autonomia, pois muitos/as usuários/as não conseguem, ou não querem, deixar de usar substâncias psicoativas. A Associação Internacional de Redução de Danos define esta como:

[...] um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Por definição, redução de danos foca na

prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas; bem como foca em pessoas que seguem usando drogas. É baseada na compreensão de que muitas pessoas em diversos lugares do mundo seguem usando drogas apesar dos esforços empreendidos para prevenir o início ou o uso contínuo do consumo de drogas (IHRA, 2010, p. 1).

Uma outra definição de Redução de Danos:

[...] trata-se de ações que visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica, provocados ou secundários ao uso/abuso de drogas sem necessariamente requerer a redução de consumo de tais substâncias (ANDRADE, 2004, p. 2).

Para o autor as ações de Redução de Danos se orientam pelo princípio da tolerância e a diversidade. Segundo o autor, na tolerância está o respeito às escolhas dos/as usuários/as, e a diversidade inclui as diferentes práticas de RD em função da multiplicidade de possibilidades de uso entre as populações de usuários/as (ANDRADE, 2004).

Em linhas gerais, as definições supracitadas, centram-se na ideia do respeito à escolha que remete à noção e autonomia, também defendida pela Redução de Danos. Dito isto, costurando a discussão à maternidade, retomo o questionamento inicial da tese, ensejado pela Justiça Reprodutiva, em que questiono: quem de fato pode escolher? Quem tem autonomia para decidir? Aqui as perguntas atravessam tanto a decisão sobre o uso de substâncias, quanto a decisão sobre gerir a maternidade com dignidade no contexto dos usos, caso a decisão (por diversos motivos) seja dar continuidade aos usos. Como venho argumentando, as mulheres-mães da presente pesquisa sofreram a violação de um conjunto de direitos. Nos dois casos apresentados, essa obliteração as acompanha de modo transgeracional, portanto, antes de seu nascimento, suas famílias vivenciavam o enfrentamento da condição de ter uma multiplicidade de direitos violados. Nesse sentido, qual a medida de respeito oferecido às mulheres-mães com relação aos usos de substâncias, se em momentos anteriores aos usos, outras escolhas já foram violadas, como a maternidade? Desta forma, neste contexto, como confiar que a RD atravessará todos os serviços disponíveis no fluxo de cuidado amparados pela perspectiva da Redução de Danos?

Mobilizada por esses questionamentos, inicialmente trago aqui a noção do cuidado de si, pois a ideia de que as mulheres mães não são aptas ao próprio cuidado é recorrente na trajetória de ambos os relatos. Embora acredite que há um grande equívoco nessa concepção, de que as mulheres mães não são aptas ao próprio cuidado,

destaco, por outro lado, que a ideia do cuidado de si pode aparecer também de forma enviezada. Embora seja uma premissa central na RD, a ideia do cuidado de si pode ser utilizada como um mecanismo estratégico, voltado para *governar* a vida das mulheres mães. O cuidado de si pode se tornar nocivo quando é manejado com a finalidade de torná-las prioritariamente responsáveis pela própria vida, responsabilizando-as por suas vulnerabilidades pessoais, sociais e institucionais, com o intuito de desresponsabilizar as instituições por seus cuidados.

Nesse sentido, *governar*, com o intuito de desresponsabilizar as instituições, conforme nos indica Rose (2013), tem o sentido de legitimar a capacidade do sujeito de agir e atuar sobre si, porém desde que se comporte dentro de um determinado padrão. Desse modo, trata-se de ensinar como devem se alimentar, fazer adesão ao tratamento, frequentar regularmente o serviço de saúde para que possam assumir os cuidados com a própria vida, cuidando-se e vigiando-se a todo tempo. Portanto, as ações que partem dessa perspectiva garantem, prioritariamente, uma deposição única de autorresponsabilidade às mulheres mães. Destarte, acenam para a necessidade da desaprendizagem da postura prescritiva dos/as profissionais da saúde/assistência social/juiz(a), entre outros, especialmente no âmbito do cuidado aos que sofrem em decorrência dos usos de substâncias psicoativas.

Nessa esteira da ideia de governar, que de alguma maneira aproxima-se da noção de responsabilidade, Castiel (1996, p. 9) ressalta a associação direta entre responsabilidade e culpa, sobretudo no “descumprimento de obrigações”, tais como, por exemplo, diminuir o uso de substâncias durante a gravidez. Para o autor, há um apelo da responsabilização e culpa por parte das práticas de educação em saúde em que prioritariamente, investe-se em formar e informar os indivíduos acerca de como se cuidar e se proteger dos agravos, assim como ter acesso a insumos, para que se tornem capazes de desenvolver a autogestão do autocuidado e estratégias de proteção. Desse modo, teriam os recursos necessários para se cuidar e caso não o façam seriam responsabilizados.

No tocante a responsabilização/culpa, é nítido no relato de Vitória o seu empenho de (re)construir a sua trajetória, e de não seguir a risca as prescrições indicadas pelos/as profissionais. No entanto, tive a impressão de que ela carrega uma certa culpa por não fazê-lo. De todo modo, ela relata mudanças significativas em relação aos cuidados consigo, especialmente em relação ao filho, que parece motivá-la para a necessidade de mudar hábitos e de dar atenção à própria vida e à do filho.

Ainda sobre o cuidado de si e sob outra perspectiva, Foucault (2010 *apud* GROS, 2008) concebe como maneiras de relação consigo, com vias de elaborar-se consigo mesmo não de uma maneira desarticulada e individualizada, mas em relação com as outras pessoas e com o mundo. A noção foucaultiana de cuidado de si se distancia das intervenções prescritivas, conforme descrevi anteriormente, nas quais se deve seguir um cardápio de orientações para se viver bem. Nesse sentido, para Gros (2008, p 31), “o que interessa a Foucault neste cuidado de si é a maneira como ele se integra em um tecido social e constitui um motor da ação política”. Portanto, trata-se, de um conjunto de práticas de si que não se desenvolvem de maneira solitária, porém em relação: consigo, com o outro e com o mundo e acontecem através de atividades sociais, quais sejam, “conversações, trocas de cartas, formações individuais”, etc. (GROS, 2008, p. 132). Partindo dessa perspectiva, a partir das atividades sociais que poderíamos nomear como cuidado de si, retomo a discussão anterior acerca das inserções de Vitória nos movimentos sociais, como um potente espaço de ensinamentos e aprendizagens como um meio para compartilhar a vida, relatar sobre medos, angústias, conhecer pessoas que compartilham a mesma condição de vida e manifestar a necessidade de apoio. Também, configura-se como um espaço de elaboração de estratégias de superação no âmbito político, em que juntas, elaboram planos de ação para ocupar espaços de decisões políticas, entre outras coisas. Para Foucault (2010 *apud* GROSS, 2008), é a partir da relação com o outro que se trabalha sobre si e cuida-se de si. Assim, reitero a importância desses espaços coletivos de enfrentamento, pois a individualização, a culpabilização e a responsabilização ainda podem operar como noção de cuidado, sobretudo quando se refere a maternidade.

No que se refere aos espaços coletivos de enfrentamento, apresento a seguir o excerto que emerge em um diálogo com Vitória: “**tô estimulando, tô botando gente que tá chegando agora, pra mostrar a elas que mãe... que a gente pode ser mãe**”. Ela se refere às ações que vem desenvolvendo nos movimentos sociais voltadas à (re)construir para/com as mulheres mães repertórios de possibilidades de acesso de cada uma, com seu processo, de modo que seja possível manejar as suas escolhas. Com isto, também, o fortalecimento coletivo através do compartilhamento de situações de sofrimento, o delineamento de pautas para reivindicações do Estado, entre outras coisas. Essa mobilização de Vitória acontece na condição de usuária de substâncias psicoativas “**sou usuária ainda, mas to movimentando**”, pois conforme venho argumentando, ser

usuária não inviabiliza que ela desenvolva com empenho e dedicação as suas atividades cotidianas.

Esses elementos destacados nas duas frases anteriores da fala de Vitória perpassam dois pontos que parecem importantes destacar: 1. o autocuidado/autoavaliação consigo que permeiam a aproximação da perspectiva da saúde na RD; e 2. a sua inclinação para oferecer formação/informação ao/à outro/a, quando, por exemplo ela afirma que mostrará que é possível ser mãe para as outras mães que compartilham o espaço da militância, trazendo o caráter formativo da RD, acenando para o processo de ensino-aprendizagem nesse contexto. Portanto, discutirei esses dois aspectos que estão inter-relacionados na Redução de Danos: a educação e a saúde no intuito de, nessa tessitura, inserir a desafiadora discussão no contexto da maternidade. Desafiadora, primeiramente, devido a escassez de literatura acerca do tema da Redução de Danos no contexto da maternidade, pois, em grande medida, os materiais encontrados estão fortemente discutidos no âmbito da militância como a Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas. Não quero com isso desconsiderar o valor de um texto escrito por ativistas, porém aceno para uma lacuna no âmbito acadêmico.

Retomando os dois pontos que destaquei anteriormente: na literatura consultada, as premissas da Redução de Danos voltam-se, em alguma medida, para perspectivas da educação e da saúde conforme visto no excerto destacado nas falas de Vitória. Desse modo, a seguir apresento conceitos voltados para essas duas premissas: educação e cuidado em saúde.

Com relação à abordagem de Redução de Danos com um aspecto educativo, voltado, por exemplo, para ações de ensino sobre as substâncias psicoativas, os efeitos no corpo, como manejar os usos, redes de suporte no SUS, no âmbito jurídico, entre outros aspectos. Os/as autores/as da literatura nacional e internacional a que tive acesso (LARANJO, 2004; SOARE; JACOBI, 2000; CARLINI-COTRIM, 1998; PAGLIA; ROOM, 1999) sinalizam que educadores/as e educandos/as necessitam investigar os diferentes aspectos envolvidos no processo dos usos de substâncias psicoativas, quais sejam: o tipo, a quantidade e a frequência da substância consumida, e o contexto pessoal, social, cultural, histórico e jurídico dos usos. Desse modo, são considerados: as relações entre os usos e formação de rede social, experiências pessoais, sexuais, projetos de vida, o processo saúde e doença, as situações de violência, entre outros aspectos (LARANJO, 2004; SOARE, JACOBI, 2000; CARLINI-COTRIM, 1998; PAGLIA, ROOM, 1998). Parece haver nesse processo um aspecto mais voltado para o

aprendizado dos conceitos e conteúdo disponíveis, do que o envolvimento de si no processo.

Paes (2006), em sua tese de doutorado, analisa o processo de ensino e aprendizagem na prática da Redução Danos sinalizando uma relação educativa na prática da RD. O autor destaca que a relação de ensino e aprendizagem é um processo intencional, objetivo e dirigido de mediação dos/as redutores/as junto aos/às usuários/as, voltados/as para a apropriação de aspectos previamente selecionados da cultura histórica (PAES, 2006, p 246). Assim, o investimento direciona, entre outras coisas, a apropriação intencionada de elementos construídos na cultura acerca das substâncias, dos usos e seus efeitos, entre outras coisas. A sua pesquisa mostra como o processo de ensino aprendizagem é significativo para a apreensão de conteúdos, por exemplo, relacionados à prevenção da Aids e ao uso de drogas. Também evidencia que nesse processo de ensino muitos conseguiram aplicar na própria vida controlando, por exemplo, os usos de algumas substâncias, como a pasta-base.

Ainda para Paes (2006), os relatos indicam de forma significativa a incorporação de novos hábitos em relação à saúde, trabalho, necessidades sociais e relações familiares como resultado do método de ensino adotado pelo redutor de danos (PAES, 2006, p. 246). Há uma indicação de que o método de ensino do redutor de danos pode variar de acordo com suas aptidões e escolhas com o intuito de partir do senso comum, do cotidiano, para assim proporcionar reflexões do meio dominante do indivíduo na prática educativa. Nesse processo, as novas informações são acrescentadas sem priorizar a qualidade das apropriações e objetivações, no sentido de que se alcancem novas formas historicamente mais complexas de entendimento da realidade que partem da construção entre os/as redutores de danos e os/as usuários/as (PAES, 2006, p. 247). Destaco na pesquisa do autor um processo de aprendizagem que se aproxima dos relatos de Vitória acerca do modo de trazer para o debate os aspectos culturais que circulam a realidade, porém a partir do universo de cada um/uma de modo que se possa construir a partir da realidade vivenciada.

Trago agora um pouco do meu contato na pesquisa de campo na primeira aproximação com o Programa Corra para o Abraço para exemplificar a relação formativa da Redução de Danos. Aconteceu no contexto de formação de uma turma de assistidos/as pelo Programa. Os/as assistidos/as são selecionados/as a partir da avaliação de seu percurso terapêutico, em que eles/elas são considerados/as aptos/as para participar da formação como Redutores/as de Danos. Na verdade, essa formação

acontece desde o processo inicial do acompanhamento pelo Programa, pois desde esse momento inicial há um acesso na própria história, mediado pelos/as profissionais, com a finalidade da apropriação de si e de seu percurso. Formalmente, para se tornar um/uma RD regulamentado, é necessário passar por essa formação. O pressuposto da Redução de Danos possui uma movimentação pendular que transita entre a posição de quem é cuidada/educada e, ao mesmo tempo, está sendo preparada para a posição de quem cuida/educa. Desse modo, a Redução de Danos se orienta a partir da ideia de que o cuidado alinhado à formação de pessoas que fazem usos de substâncias psicoativas, pode prepará-lo/a como formador/a/cuidador/a, a partir, sobretudo, de sua experiência como usuário/a de substâncias psicoativas. Pois, a experiência com os usos pode fornecer importantes bases de aprendizado, além de remeter a uma relação de horizontalidade.

A atuação da RD voltada mais para o âmbito da saúde em que a preocupação não é voltada para o ensino, porém, para uma aproximação com vias de acolher o sofrimento, de oferecer um suporte e escuta. Essas estratégias educativas e de cuidado, tem em comum, o que os autores Denis Petuco e Rafael Gil (2009, p. 2) referem:

Os redutores de danos atuam junto a pessoas que usam drogas, nos locais onde estas vivem e convivem, operando estratégias de promoção de saúde que tem como base o acolhimento, a construção de vínculos e a busca de construção de itinerários terapêuticos que privilegiem o sujeito. Trata-se de “construir com”, e não de “construir para”.

Nessa definição, os autores apontam para o aspecto metodológico da RD voltado para criação de estratégias em parceria com o sujeito que demanda cuidados, orientando a noção para uma abordagem cultural, quando abrange os locais onde as pessoas vivem e convivem. Pois é nessas redes sociais que os sujeitos se constituem e é nelas que se encontram as mais ricas possibilidades de construir trajetos terapêuticos. Os autores sugerem a constituição de “itinerários terapêuticos”, entendidos como caminhos em que se privilegia a construção “com” o sujeito, em vez de “para” o sujeito. “Construir com” significa investir em um espaço em que o sujeito aparece e aponta qual o caminho terapêutico a ser seguido, diferente de “construir para”, em que prevalece uma prática verticalizada e prescritiva, pois parte-se de um entendimento de que já se conhece o sujeito e suas necessidades.

Em ambos os casos discutidos na tese, a Redução de Danos aparece: no caso de Rosa, de forma mais recente, com a sua vinculação ao Programa Corra pro Abraço. No

período em que estive por seis meses na pesquisa de campo, pude, por exemplo, acompanhar a presença ativa da equipe ao manejar o seu processo de obter a guarda da filha e também de dar entrada na aprovação de seus benefícios sociais como, por exemplo, o bolsa família. O manejo direcionado ao seu caso era permeado por respeito à sua trajetória e às suas escolhas, de modo que favoreceram a vinculação de Rosa à equipe, levando-a a sentir-se pertencente àquela instituição. Esse processo no Programa Corra diferenciou-se das suas aproximações anteriores às instituições de cuidado, como o hospital onde sua filha faleceu e o abrigo que permanece com a sua filha. As violências que marcam as duas instituições reforçaram o processo exclusivo vivenciado por Rosa de forma transgeracional, conforme já descrevi. Um dos profissionais que acompanhava Rosa, relatou em uma conversa que tivemos que o processo da confiança foi estabelecido de um modo lento e gradual, pois inicialmente Rosa desconfiava da equipe, mas, aos poucos, o laço foi sendo estabelecido, possibilitando assim direcionar as ações com mais assertividade.

No caso de Vitória, a RD aparece atravessando a sua trajetória desde quando foi morar na rua e passou a integrar os movimentos sociais. A Redução de Danos aparece em seu relato como um recurso importante em sua reconstituição pessoal e social devido às inúmeras violências que sofreu, mas, especialmente em seu caso, destaco o processo da maternidade. A posição de respeito dos/as parceiros/as dos movimentos sociais, com relação às escolhas do que era possível para ela no momento, mesmo que não correspondessem às “expectativas sociais da maternidade”, foram fundamentais para o seu processo de apropriação e elaboração do que estava sendo vivido.

Algumas pistas acerca do manejo da Redução de Danos no contexto da maternidade foram esboçadas, porém ressalto, para finalizar, a importância da escuta dos desejos e da abertura para que esse desejo se alinhe ao que é importante no momento, para a mulher mãe. Esse momento demanda de quem acompanha, entre outras coisas, um esquecimento de si, no sentido de ter uma escuta aberta, para acolher sem pré-concepções o que está sendo dito. Muitos percursos de cuidado são elaborados sem essa escuta atenta e participativa das mulheres, culminando em trajetórias desconectadas com a sua real demanda.

5 ALGUMAS CONCLUSÕES

A escrita de uma tese traz as marcas de seu/sua autor/a, por isso, nesse percurso, compreendi que a “escolha” do meu tema de investigação passava também pela minha própria desconstrução e desnaturalização de processos que envolvem a (re)produção de uma maternidade hegemônica. Optar pelo horizonte metodológico de acompanhar e vivenciar as atividades desenvolvidas por profissionais com as mulheres mães permitiu-me agregar elementos e informações no sentido de problematizar formas de pensar, sentir, aprender e (re)existir daquelas mulheres, compreendi as limitações e equívocos dos pressupostos de uma maternidade que nos é apresentada como dada. Assim, argumento que a maternidade é uma constituição datada, constituinte e constituída na cultura.

O investimento foi, através de um olhar sensível, dar visibilidade aos discursos de um grupo específico de mulheres, como produtos culturais e políticos imersos em relações de poder, para entender os efeitos da normatividade em suas vidas e em seus corpos. Foi possível apreender que a experiência da maternidade para as interlocutoras da pesquisa se caracteriza como um sofrimento ético-político pois as entrevistas foram permeadas por seus sentimentos dentro de um contexto político, econômico, social e cultural, afetadas porque percebem, de alguma maneira, a sua condição de exclusão e a dor individual e coletiva relacionada à desigualdade e os seus impactos na vida cotidiana. O sofrimento ético-político revela os efeitos nefastos de um sistema que funciona de modo desumano para as mulheres mães escutadas na presente pesquisa, sobretudo quando a condição de mãe que fazem usos de substâncias psicoativas é apreendido e utilizado como o motivo central para controlar e persegui-las culminando em diversos níveis de opressões reprodutivas.

No atual contexto histórico a presença de mulheres que fazem usos de substâncias psicoativas em espaços de decisão política vem conquistando notoriedade, porém os atrasos e descasos no que se refere às diretrizes políticas direcionadas ao cuidado das mulheres, ainda marcam obstáculos no acesso aos serviços de saúde culminando em precariedades na assistência de suas demandas. Junto a isso ainda há uma tensão entre duas formas antagônicas que se atravessam a todo tempo esse contexto: a Redução de Danos e o Proibicionismo. Embora a Redução de Danos seja a política orientadora das diretrizes de cuidado direcionados aos que sofrem devido aos usos, a perspectiva proibicionista atua de modo intenso, especialmente sobre os corpos

das mulheres, influenciando o enredamento de seus corpos. O uso de substâncias psicoativas no Brasil, sobretudo as ilegais, está estreitamente relacionado ao processo de criminalização sustentando a guerra às drogas que, sob o argumento do combate ao tráfico cumpre a função de justificar a vigilância e a punição de uma determinada parcela da população e a manutenção da desigualdade social. Esse funcionamento é consequência do processo de colonização escravocrata no Brasil e tem como efeitos a submissão e dominação das pessoas de maneiras distintas. Essa reedição do processo colonial no Brasil é (re)constituída através de estratégias e práticas para colonizar os povos, de modo a estabelecer normas para o domínio das condutas.

O branqueamento foi um projeto nacional em que a branquitude estrutura as normas que atravessam as relações e tem o genocídio do povo negro brasileiro como um instrumento de dominação enquanto política de higienismo colonial em prol de um Brasil branco, produziu corpos matáveis e influenciou no direito à maternidade das mulheres negras, nessa esteira, as desigualdades que não foram superadas alimentam um sistema que hierarquiza a reprodução e constrói maternidades precarizadas nomeadas, entre outros, como uma maternidade “desviante”, por isso, problematizar e trazer à tona esses termos e suas dimensões integra o desafio de se alinhar a luta antirracista.

O argumento delineado nesta tese é de que o consumo é acompanhado por uma série de outras questões mais relevantes do que o uso em si, como, por exemplo, a gama de obliterações de direitos humanos que atravessam as interlocutoras da pesquisa. Essas obliterações resultam de alguns sentidos acerca da mulher, sobretudo a mulher mãe que faz usos de substâncias que acaba por se situar no lugar do impensável, e, assim, reiteram e atualizam a naturalização da compreensão moralista acerca dos usos e de seus efeitos em seus corpos. As interlocutoras da presente pesquisa fazem parte do grupo de mães consideradas “desviantes”, portanto, inaptas para exercer a maternidade em sua integralidade. Há uma demanda urgente indicando que a maternidade seja circunscrita no âmbito da justiça, ressignificando a reprodução como uma questão política situada em relações de poder.

O atraso do SUS na assunção da responsabilidade pelo enfrentamento de problemas associados ao consumo de álcool e outras substâncias acompanha o desinteresse por questões relacionadas às mulheres e uso de SPA, esse descompromisso também atravessa a Reforma Psiquiátrica Brasileira inviabilizando a criação de políticas públicas que considerem as especificidades de ser mulher em nossa cultura. Marcos

importantes de garantia dos direitos humanos das mulheres, como os Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres (PNPM) apresentam lacunas em áreas que compreendem a saúde integral das mulheres, pois não há um delineamento específico de atenção à saúde biopsicossocial às mulheres mães que fazem usos de psicoativos em condições de vulnerabilidades. Em contraponto à ausência de um delineamento específico de políticas a esse grupo específico de mulheres, estudos apontam o aumento do consumo de substâncias por mulheres em relação aos homens para alguns tipos de substâncias, especialmente as ilícitas. Portanto, há um descompasso entre a ausência de políticas e os estudos que mostram a necessidade de uma atenção mais específica às mulheres, e as especificidades de cada grupo de mulheres como mães que usam substâncias psicoativas e vivem em condição de vulnerabilidades.

Rosa e Vitória narram sobre uma maternidade estigmatizada em que os discursos: médico, jurídico, do senso-comum, entre outros, sustentam a manutenção das formas desiguais de vivências precarizadas da maternidade violentando as mulheres retirando-lhes o direito ao exercício das maternidades. Consequentemente, apresenta-se como efeito, a marca da incapacidade de conexão com o corpo e a vida através das negações impostas socialmente à apropriação da produção material, cultural e social de sua época, alinhada à obliteração do deslocamento pelo espaço público e de expressar desejo e afeto. Nesse sentido, a pesquisa tentou identificar/mapear elementos que contribuem para a manutenção do poder, abordando a violência institucional e suas dimensões subjetivas/objetivas.

A violência institucional vivenciada por Rosa e Vitória faz parte de uma estratégia de poder cuja função seria eleger ou subalternizar os seres humanos, reverberando, sobretudo na manutenção das desigualdades na experiência reprodutiva. A falta de acesso pleno ao sistema de saúde atrelado à prática de diversas violências promove institucionalmente uma gama de violências, quais sejam: simbólicas, físicas, psicológicas às mães. A hierarquização reprodutiva parte da lógica de desumanização das mães negras e a invisibilização dessas violências em nossa sociedade, transforma-se os sujeitos em objetos que podem ser descartáveis: corpos que devem viver e/ou corpos que devem morrer. Assim, urge descolonizar a experiência da maternidade enquanto um compromisso político, antimanicomial, antiprocionista e feminista desnaturalizando a neutralidade da maternidade branca que culpabiliza/pune mães quando impõe normas inacessíveis para alguns grupos de mulheres contribuindo assim

com melhores condições das mulheres mães da presente pesquisa de exercerem a maternidade.

Todas as condições que as conduziram a estas violências são invisibilizadas, por isso argumento que há uma forte necessidade de investimento em um olhar que redimensione a relação entre a maternidade, os usos de substâncias psicoativas e as condições de vulnerabilidades. Nesse sentido, aceno para o conjunto de direitos obliterados que as atravessam, tais como: moradia, alimentação, higiene, trabalho, educação segurança pública, assistência social, entre outros. Assim, o cuidado que se refere à maternidade deve levar em consideração, as necessidades específicas de cada mulher respeitando as suas escolhas e possibilidades.

A violação dos direitos básicos, citados anteriormente, somada com uma série de violências sofridas nos diferentes âmbitos – familiar, institucional e comunitário – reverbera em uma condição de fragilidade e vulnerabilidade, essa condição culmina em um julgamento social acerca da (im)possibilidade das mulheres mães de decidirem por se tornarem mães e/ou de gerirem a maternidade com liberdade e dignidade. Assim sendo, pode-se afirmar que o estado e a sociedade negligenciam uma série de direitos, violam e violentam os seus corpos e depois as culpabilizam por optarem pela maternidade.

Todas as violências sofridas a partir dos direitos obliterados apontam para a urgência de se pensar a maternidade articulada com outros direitos, redimensionando a noção de reprodução. A intensa exposição às vulnerabilidades revela a ineficácia da sociedade no que tange à garantia de direitos humanos básicos como estudo, moradia, alimentação, trabalho, entre outros, para uma determinada população. Portanto, pensar a maternidade nesse contexto convoca para a avaliação de todos os ciclos de vida, para assim dimensionar os direitos obliterados das mulheres, e as suas reais necessidades.

Afirmo que o direcionamento dado às mulheres através de estratégias de cuidado ocorre num cenário de pobreza e de extrema vulnerabilidade, por meio de exigências de adequação a repertórios teóricos, corresponsabilizando as mulheres ao cumprimento, porém sem a sua participação no delineamento dessas ações que, geralmente, não correspondem as suas necessidades. Assim, o conceito de vulnerabilidade me permitiu repensar sobre a questão dos “grupos ou sujeitos vulnerabilizados” para além dos aspectos individuais, apontando para a atenção aos fatores contextuais e coletivos da reprodução. Nesse contexto, também aparecem os limites das concepções dos termos direito reprodutivo e sexual, que circunscrevem o direito à maternidade, no âmbito

jurídico, e o modo pelo qual esses limites conferem situações de sofrimento direcionando para localizá-los no âmbito da Justiça Reprodutiva.

No caso de Vitória, a segunda interlocutora, participante da pesquisa, analiso em seu relato elementos que me permitiram explorar aspectos, relacionados às brechas e rachaduras que se abrem apontando para a constituição de um sujeito político. A análise do caso de Vitória volta-se para o destaque dos percursos de (re)existências a partir de escolhas possíveis. Aparecem aberturas de espaços de existências possíveis, fora das bordas delimitadas pelas normas impostas socialmente. No caso são visíveis, de modo mais intenso, os fatores de proteção, como a vinculação às redes de sociabilidade, quais sejam: o movimento social, alguns profissionais da rede de saúde e uma familiar, marcando um trânsito no circuito da informalidade, porém que oferecem uma maior sustentação subjetiva/objetiva.

Não há segundo os relatos dos/as profissionais um circuito delimitado de modo fixo na rede formal para acompanhar o itinerário das mães, o percurso deve ser constituído de modo flexível, responsável e constante. Os manejos enrijecidos acabam por ignorar as necessidades dos casos.

A seção final refere-se ao questionamento acerca das possibilidades e limites do cuidado da Redução de Danos no âmbito da maternidade no contexto do SUS a partir das narrativas dos/as profissionais entrevistados/as. Na tentativa de uma breve síntese, gostaria de retomar alguns pontos que favorecem a mediação da redução de danos no contexto da maternidade, segundo as análises anteriores: a noção ampliada da redução de danos, redimensionando a perspectiva biológica; orientando-se pelos princípios da tolerância e da diversidade; na tolerância está o respeito às escolhas, e a diversidade inclui as diferentes práticas de RD em função da multiplicidade de possibilidades; a criação de condições para acompanhar o sujeito e as suas escolhas sobre o cuidado de si e projetos de vida – aqui cabem todas as análises críticas que propus na seção sobre RD acerca da ideia do cuidado de si e projeto de vida – o aspecto educativo, voltado, por exemplo, para ações de ensino sobre as substâncias psicoativas, os efeitos no corpo, como manejar os usos, redes de suporte no SUS, no âmbito jurídico, entre outros aspectos; a valorização do saber/sentir e da experiência dos/as usuários/as e o estímulo e formação para a participação política.

Em outra direção, mais otimista e “positiva”, gostaria de destacar que os resultados dessa pesquisa revelaram a importância das redes de cuidado formais e informais, quais sejam: os serviços de saúde, a articulação com ao/as vizinhos/as, a rua,

entre outros/as, no percurso das mulheres mães. Os dados permitem destacar e envidar esforços no sentido de fortalecer os vínculos e a potencialização das redes sociais de suas relações, bem como lhes oferecer sustentação na sociedade, contribuindo para o processo de reorganização de suas vidas, respeitando as suas complexidades e peculiaridades.

No convívio e diálogo com os/as profissionais entrevistados/as observei um genuíno interesse pela vida das pessoas vulneráveis e a intensa preocupação de mediar as questões que envolvem as mulheres-mães, no intuito de favorecer uma posição diferenciada diante de si, do/a outro/a e do mundo. A aproximação com o Programa Corra pro Abraço reacendeu em mim as esperanças acerca de estratégias de cuidado coerentes com as demandas dessa população, pois após quase quinze anos transitando pelos serviços, confesso que pairava uma certa descrença. Destaco também que, apesar de todos os retrocessos, especialmente no contexto político em que estamos vivendo, a redução de danos no SUS apareceu como uma estratégia extremamente importante na vida das duas depoentes. A partir dos manejos da redução de danos, respeitando os tempos, possibilidades e escolhas, os dois casos analisados construíram outros sentidos para as suas histórias de modo que a maternidade inclusive aparece como um fator de organização da vida das mulheres.

Concluo ressaltando o investimento em políticas públicas voltadas para mecanismos de corresponsabilização intersetorial, envolvendo agentes do Estado, comunidades e famílias, na gestão dos problemas e condução de ações. Embora estes princípios sejam reconhecidos entre algumas diretrizes, como, por exemplo, a Estratégia de Saúde da Família e na Política Nacional de Humanização em Saúde, na prática a responsabilidade ainda recai sobre as mulheres. A participação ativa das mulheres mães também se faz necessária na elaboração das políticas públicas, de modo que a proposição de estratégias e as consequentes ações possam alcançar as suas reais demandas.

REFERÊNCIAS

ABORDA - Associação Brasileira de Redução de Danos. **Site institucional**. 2016. Disponível em: <http://abordabrasil.blogspot.com.br/>. Acesso em: 26 jun. 2016.

ABBEY, E. Beyond “Women”, “Mothers”, and “Me”: Imagination, Poetics, and why surpassing social norms means surpassing the self. In: BASTOS, A. C.; URIKO, K.; VALSINER, J. **Cultural Dynamics if Women’s Lives**. Charlotte: Information Age Publishing, 2011.

ADOLESCÊNCIA – Portal Vivendo a Adolescência. **Direitos reprodutivos**. 2016. Disponível em: <http://www.adolescencia.org.br/site-pt-br/direitos-reprodutivos>. Acesso em: 26 jun. 2016.

ALVES, V. S. **Modelo de Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no contexto do centro de atenção psicossocial (Caps ad)**. 2009. 365 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

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

ANDRADE, S. **Juventudes e processos de escolarização: uma abordagem cultural**. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

ARAÚJO, S.; SAAD, L. **Outros caminhos são possíveis**. Corra pro abraço: ação pública de riscos e danos para populações vulneráveis/ Salvador: Comunidade, cidadania e vida, 2019.

AYRES, J. R.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G.; SALETTI FILHO, H.C. - O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. (org.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BASTOS, L.; VENTURA, M.; BRANDÃO, E. Entre a biomedicina, a saúde pública e os direitos: um estudo sobre os argumentos do Consórcio Internacional sobre Contraceção de Emergência para promover o acesso aos contraceptivos de emergência em “países em desenvolvimento”. **Cadernos Pagu**, 53, e185309, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/5JLmxmdBWcKcGmWC7Gfbqbv/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 jan. de 2020.

BEDINELLI, T. Em maternidade para viciada em crack, mãe tem alta, mas bebê fica. **Folha de S. Paulo**, 10 dez. 2012. Disponível em: <https://m.folha.uol.com.br/cotidiano/2012/12/1198702-em-maternidade-para-viciada-em-crack-mae-tem-alta-mas-bebe-fica.shtml>. Acesso em: 19 abr. 2016.

BENEVIDES, P.; PRESTES, T. A. Biopolítica e governamentalidade: uma análise da política nacional sobre drogas. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, [s.l], v.4, n.2, 2014.

BOMTEMPO, Denise. **Caso**: A legislação penal e a prática de redução de danos a saúde pelo uso de drogas no Brasil. 2006. Disponível em: <<http://direitosp.fgv.br/sites/direitosp.fgv.br/files/notadeensinofinalreducaodedanosbra.pdf>>. Acesso em: 27 de julho de 2016.

BONETTI, A. Etnografia, gênero e poder: Antropologia Feminista em ação. **Mediações – Revista de Ciências Sociais**, v. 14, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/4509>. Acesso em: 20 dez. 2020.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, p. 1, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 15 jan. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência Intrafamiliar** - Orientações para a Prática em Serviço. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Cadernos de Atenção Básica, n. 8). Disponível em: <https://www.social.org.br/relatorio2004/relatorio019.htm#:~:text=Viol%C3%Aancia%20Institucional%20%C3%A9%20aquela%20praticada,e%20tamb%C3%A9m%20reparadora%20de%20danos>. Acesso em: 10 jun. 2021.

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao_compilado.htm. Acesso em: 26 jun. 2016.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, p. 13563, 16 jul. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 15 jan. de 2020.

BRASIL. **Código civil brasileiro e legislação correlata**. 2008. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70327/C%C3%B3digo%20Civil%20%20Oed.pdf?sequence=1>. Acesso em: 28 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Educação, 2003. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 11 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, p. 88, seção 1, 31 dez. 2010

BRASIL. Portaria MS/GM n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema

Único de Saúde (SUS). de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 4 jan. 2021.

BRASIL. **Nota técnica conjunta Ministério de Desenvolvimento Social e combate à fome/Ministério da Saúde nº 001/2016**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome / Secretaria Nacional de Assistência Social, 2016. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/nota_tecnica/nt_conjunta_01_MDS_msaude.pdf. Acesso em: 13 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Portaria SCTIE/MS n. 13, de 19 de abril de 2021. **Diário Oficial da União**, n. 74, seção 1, p. 235, 22 abr. 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-sctie/ms-n-13-de-19-de-abril-de-2021-315184219>. Acesso em: 8 jan. 2022.

BRITZMAN, D. O que é essa coisa chamada amor: identidade homossexual, educação e currículo. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v.21, n.1, p.71-96, jan./jun. 1996.

CAMPOS, G. W. **Saúde paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CARLINI-COTRIM, B. Drogas na escola: prevenção, tolerância e pluralidade. In: AQUINO, J. G. (org.). **Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas**. São Paulo: Summus, 1998. p. 19-30.

CARNEIRO, H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Revista Outubro**, São Paulo, v.6, p.115-128, 2002.

CARNEIRO, S. **A construção do outro como não-ser como fundamento do ser**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2005.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**. Petrópolis, Vozes, 1998.

CASTIEL, D. Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco. **História, Ciência, Saúde**, v. 3, n. 2, p. 237- 264, jul./out. 1996.

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**. Brasília: SENAD, 2013.

COLLINS, P. H. **Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento**. São Paulo: Boitempo, 2019.

CONTE, M. *et al.* Redução de Danos e Saúde Mental na perspectiva da Atenção Básica. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 59-77, jan./jun. 2004. Disponível em: <http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/1272/reducao-de-danos-e-saude-mental-na-perspectiva-da-atencao-basica>. Acesso em: 15 jan. 2020.

- COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: Contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva.** São Paulo: Editora Unesp, 2013.
- CONDÉ, M. L. L. **Wittgenstein: linguagem e mundo: uma trajetória filosófica.** São Paulo: Annablume, 1998.
- CRENSHAW, K. **Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics.** The University of Chicago Legal Forum, 1989. Disponível em: <https://philpapers.org/archive/CREDTI.pdf>. Acesso em: 20 jan 2019.
- CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2002000100011&script=sci_arttext. Acesso em: 15 maio 2020.
- CUNHA, G. **Antiprotocolo: uma proposta de co-gestão para a clínica ampliada.** São Paulo: Hucitec, 2007.
- DAL POGETTO, M. R. B. **Redes de atenção à saúde para gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas.** Tese (doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2016. 125p.
- DEL PRIORE, M. **Ao sul do corpo: condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil Colônia.** Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.
- DINIZ, C.S. **Maternidade voluntária, prazerosa e socialmente amparada: breve história de uma luta.** 2000. Disponível em: <https://www.mulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/02/maternidade-voluntaria.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2022.
- EDWARDS, G. *et al.* **O Tratamento do Alcoolismo.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- ELBREDER, M.; SIQUEIRA, M.; LARANJEIRA, R.; BARBOSA, D. Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, n. 57, v. 1, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/5hLWpWW3x8zYvBq64FrpDyG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: Dez. 2021.
- FARIAS, C. C. de; ROSENVALD, N.; NETTO, F. B. **Manual de Direito Civil – Volume único.** Salvador: Ed. JusPodium, 2017.
- FAUSTO-STERLING, A. **Myths of Gender: Biological Theories about Women and Men.** New York: Basic Books, 1992.
- FERNANDES, L.; RIBEIRO, C. Redução de riscos, estilo de vida junkie e controle social. **Revista Sociologia, Problemas e Práticas**, [s.l], n. 39, p. 57-68. 2002.

FERREIRA, M., TRAVERSINI, C. A Análise Foucaultiana do Discurso como Ferramenta Metodológica de Pesquisa. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. 207 - 226, 2013.

FEUERWERKER, L. Reflexões sobre as experiências de mudança na formação dos profissionais de saúde. **Olho mágico**, Londrina, v. 10, n. 3, p. 21-26, jul./set. 2003.

FIOCRUZ. **EQUIDADE**. 2021. Disponível em:
<https://pensesus.fiocruz.br/EQUIDADE>. Acesso em: 20 jan. 2020.

FISCHER, R. M. B. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**, Rio de Janeiro, n. 114, p. 197-223, 2001.

FISCHER, R. M. B. Escrita acadêmica: A arte de assinar o que se lê. In: COSTA, M. V.; BUJES, M.I. E. (orgs.). **Caminhos investigativos III**: risco e possibilidades de pesquisar nas fronteiras. Rio de Janeiro: DP&A, 2005. p. 117 – 140.

FISCHER, R. M. B. Sobre discursos e análise enunciativa. In: FISCHER, Rosa Maria Bueno. **Trabalhar com Foucault**: arqueologia de uma paixão. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

FORNA, A. **Mãe de todos os mitos**: como a sociedade modela e reprime as mães. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade**. v.1: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, M. **A Ordem do Discurso** – Aula inaugural no *College de France*. Pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Ed. Loyola, 1996.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FOUCAULT, M. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fonte, 2002.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

GARRAFA, V.; MANCHOLA- CASTILLO, C. Releitura crítica (social e política) do princípio da justiça em Bioética. **Revista de Direito e Garantias Fundamentais**, v. 18, n. 3, 2017. Disponível em:
<https://sisbib.emnuvens.com.br/direitosegarantias/article/view/1145>. Acesso em: 20 dez. 2020.

GIACOMINI, S. **Mulher e Escrava**. 2. ed. Curitiba: Ennris, 2013.

GITLOW, S.; PEYSER, H. **Alcoolismo**: um guia prático de tratamento. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas Sul Ltda., 1991.

GOES, E. **Justiça Reprodutiva ou Direitos Reprodutivos, o que as mulheres negras querem?** Blogueiras Negras, 2017. Disponível em: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/documentos/pensamentos/1485790860588f5e8c90d99/>. Acesso em: 20 jan 2020.

GOES, E. **Interseccionalidade no Brasil, revisitando as que vieram antes.** Blogueiras Negras, 2019. Disponível em: <http://blogueirasnegras.org/interseccionalidade-no-brasil-revisitando-as-que-vieram-antes/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

GOES, E. Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. **Cad. Saúde Pública**, 2020.. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2020001305006&script=sci_arttext. Acessado em: 20 jan. 2020.

GONZALEZ, L. “Racismo e sexismo na cultura brasileira”. In: SILVA, L. A. et al. Movimentos sociais urbanos, minorias e outros estudos. **Ciências Sociais Hoje**, Brasília, n. 2, p. 223-244, 1983.

GROS, F. O cuidado de si em Michel Foucault. In: RAGO, M.; VEIGA-NETO, A. **Figuras de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008. p. 127-138. (Coleção Estudos Foucaultianos).

HARAWAY, J. **Ciencia, cyborgs y mujeres: La reinvencción de la natureza**. Madri: Cátedra, 1995.

HART, C. **Entrevista concedida à CEBES**. 2014. Disponível em <http://cebes.org.br/2014/05/as-drogas-nao-sao-o-problema-entrevista-com-o-neurocientista-carl-hart-2/> Acesso em: 10 jun. 2021.

HART, C. **Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas**. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

HUNT, M. **O direito humano à justiça reprodutiva: uma perspectiva feminista teo-ética**. Portal Metodista de Periódicos Científicos e Acadêmicos. Universidade Metodista de São Paulo, 2007. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MA/article/view/5552>. Acesso em: 07 dez. 2021.

HURT, H. **Adolescentes com e sem exposição gestacional à cocaína: análise longitudinal do controle inibitório, memória e linguagem receptiva**. [S.l.: s.n.], 2012.

IHRA – International Harm Reduction Association. **O que é redução de danos?** 2010. Disponível em: http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf. Acesso em: 31 mar. 2015.

JANSEN, Mabel. **Posições de sujeito usuário/a de substâncias psicoativas na política de redução de danos: uma análise cultural**. 2016. 109 f. Dissertação (Mestrado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

JARDIM, S. Elas ‘pecaram’ três vezes: por que juízes não soltam mães presas por tráfico de drogas. **The Intercept Brasil**, 29 jul. 2020. Disponível em:

<https://theintercept.com/2020/07/29/entrevista-suzane-jardim-maes-presas-drogas/>. Acesso em: 20 dez. 2020.

KARAM, M. L. Pela abolição do sistema penal. In: PASSETI, E. (org.). **Curso livre de abolicionismo penal**. Rio de Janeiro: Revan, 2004.

KLEIN, C. “... **um cartão que mudou nossa vida**”? Maternidades veiculadas e instituídas pelo Programa Nacional Bolsa escola. 150 f. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

LARANJEIRAS, R. *et al.* **O consumo de álcool no Brasil: Tendências entre 2006 e 2012. II Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas**. São Paulo: Inpad, 2012. Disponível em: http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/04/LLENAD_PressRelease_Alcohol_RVW.pdf. Acesso em: 14 jun 2019.

LARANJO, T. H. M. **O CRUSP: processos de socialização e uso de drogas**. 2004. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

LEAL, M.; GAMA, S. G.; CUNHA, C. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, 2005. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000100013&lng=en&nrm=isom. Acesso em: 5 jan. 2022.

LIMA, H. de P. e col. Gênero feminino e legislação brasileira sobre drogas: estudo documental. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 16. **Anais...** Campo Grande: [s.n.], 2011.

LINS, E. V. A nova lei de drogas e o usuário: a emergência de uma política pautada na prevenção, na redução de danos, na assistência e na reinserção social. In: NERY FILHO, A.; MACRAE, E.; TAVARES, L. A.; RÊGO, M. (org.). **Drogas, clínica e cultura: toxicomanias, incidências clínicas e socioantropológicas**. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia. 2007.

LÓPEZ, L.C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 16, n. 40, p. 121-34, jan./mar. 2012.

LUGONES, M. Rumo a um feminismo descolonial. **Revista Estudos Feministas**, v. 22, n. 3, p. 935-952, 2014.

MACRAE, E. Rodas de fumo: o uso de maconha por camadas médias urbanas. In: MACRAE, E. **Drogas, clínica e cultura**. Salvador: CETAD/UFBA. EDUFBA, 2000.

MACRAE, E. *et al.* **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012.

MALHEIRO, L. **Tornar-se mulher usuária de crack: trajetória de vida, cultura de uso e políticas sobre drogas no centro de Salvador**. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

MARLATT, G. A. **Redução de danos**: estratégias para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: ARTMED, 1999.

MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias Reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 16, n. 40, p. 107-19, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2012.v16n40/107-120>. Acesso em: 5 jan. 2022.

MEDEIROS, M. A **(in)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental**. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós- Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/22256/3/2016_MarianaPedrosadeMedeiros.pdf. Acesso em: 5 jan. 2022.

MEDEIROS, M.; ZANELLO, V. Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas. **Estud. pesquis. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 384-403, abr. 2018. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812018000100021&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 4 jan. 2022.

MESQUITA, F. Perspectivas das estratégias de redução de danos no Brasil. In: MESQUITA, F.; BASTOS, F. I. (org.). **Drogas e AIDS**: estratégias de redução de danos. São Paulo: IEPAS, 2001.

MEYER, D. E. Gênero e Educação: teoria e política. In: LOURO, G. L.; NECKEL, J. F.; GOELLNER, S. V. (org.). **Corpo, gênero e sexualidade** – um debate contemporâneo na educação. Petrópolis: Vozes, 2003.

MEYER, D. E. **Teorias e políticas de gênero**: fragmentos históricos e desafios atuais. Texto encomendado pelo editor a propósito do tema da 65ª Semana Brasileira de Enfermagem. [s.l]: [s.n], 2004.

MEYER, D. E. A politização contemporânea da maternidade. **Gênero**, Niterói, v. 6, n. 1, p. 81-104, 2005.

MEYER, D. E. Educação, saúde e politização da maternidade: Olhares desde a articulação entre os Estudos Culturais e Estudos de Gênero. In: SILVEIRA, R. M. H. (org.). **Cultura, poder e educação**: um debate sobre estudos culturais em educação. Canoas: Ed. ULBRA, 2005:145- 163.

MOREIRA, A. F.; TADEU, T. Sociologia e teoria crítica do currículo. In: MOREIRA, A. F.; TADEU, T. (org.). **Currículo, cultura e sociedade**. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

NASCIMENTO, W. F.; GARRAFA, V. Por uma vida não colonizada: diálogo entre bioética de intervenção e colonialidade. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 287-99, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/HFbxZhqrS7qcs46XDtjLmWm/?lang=pt>. Acesso em: 12 dez. 2021.

NERY, A. *et al.* **As drogas na contemporaneidade**: Perspectivas clínicas e culturais. Salvador: EDUFBA, 2012. Disponível em: <http://www.repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/7895>. Acesso em: 14 out. 2021.

OFICINA DE IMAGENS. **Recomendações polêmicas do MP geram discussões sobre casos de gestantes usuárias de drogas**. 2014. Disponível em: <http://oficinadeimagens.org.br/recomendacoes-polemicas-do-mp-geram-discussoes-sobre-casos-de-gestantes-usuarias-de-drogas/>. Acesso em: 19 mai. 2016.

PAES, P. C. **Ensino e aprendizagem na prática da Redução de Danos**. Tese (doutorado) – Programa de Pós- Graduação em Educação, Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2006. Disponível em: <https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/609.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2022.

PAGLIA, A.; ROOM, R. **Preventing substance use problems among youth: a literature review & recommendations**. *The Journal of Primary Prevention*, v. 20, n. 1, p. 3-50, 1999.

PAUGAM, S. O enfraquecimento e a ruptura dos vínculos sociais: uma dimensão essencial do processo de desqualificação social. In: SAWAIA, B. (org.). **As artimanhas da exclusão**: Análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 2013.

PAULA, T. de. **Redução de Danos no Brasil**: a clínica e a política em movimento. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2007.

PEIXOTO, J. **Da Paternidade Responsável à Partenidade Participativa?** Representações de Paternidade na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

PETUCO, D.; GIL, R. **Redução de danos**: dispositivo da reforma? 2009. Disponível em: http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod_artigo=340&cod. Acesso em: 10 mar. 2016.

PETUCO, D. **O pomo da discórdia?** Drogas, saúde, poder. Curitiba: Editora CRV, 2019.

PRADO, A.; QUEIROZ, I. S. A emergência da politização da intimidade na experiência de mulheres usuárias de drogas. *Estudos de Psicologia*, v. 17, n. 2, p. 305-312, maio/ago. 2012.

PROJETO AXÉ. **Levantamento da população de rua cartografia dos desejos e direitos**: mapeamento e contagem da população em situação de rua. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2016.

QUÍJANO, A. Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, E. (org.). **A colonialidade do saber**: Eurocentrismo e Ciências Sociais. Buenos Aires: CLACSO, 2005.

RIOS, A. G.; SANTIAGO, S. M. Mulheres, gestação e drogas: pontes de cuidado no município de Jundiá/SP. In: PASCHE, D. F.; SOUZA, T. P. (org.). **Redes Estratégicas do SUS e 39 Biopolítica**: cartografias da gestão de políticas públicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. p. 197-211.

ROSA, P. O. **Drogas e biopolítica**: uma genealogia da redução de danos. 2012. 373 f. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

ROSATO, C. M. **A vida das mulheres infames**: genealogia da moral de mulheres usuárias de drogas e /ou em situação de rua. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018.

ROSE, N. **A política da própria vida**: biomedicina, poder e subjetividade no Século XXI. São Paulo: Paulus, 2013. 396 p.

ROSS, L. **Understanding Reproductive Justice**. Atlanta: SisterSong, 2006. Disponível em: <http://www.trustblackwomen.org/our-work/what-is-reproductive-justice/9-what-is-reproductive-justice> Acesso em: 7 dez. 2021.

ROUANET, S. *et al.* **O homem e o discurso**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

SABÔ, B. **Menina a vir a ser mulher**: dos direitos sexuais e reprodutivos a justiça reprodutiva pelo olhar da bioética. Dissertação (Mestrado em Bioética) – Universidade de Brasília, Brasília, 2020.

SARDENBERG, C. Revisitando o campo: autocrítica de uma antropóloga feminista. **Revista Mora**, Universidad de Buenos Ayres, v. 20, p. 137-166, 2014.

SAWAIA, B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, B. (org.). **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 2013.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Revista educação e realidade**, Porto Alegre, jul./dez. 1995.

SIAT – Sistema Nacional de Informação sobre Agentes Teratogênicos. **Cocaína e gestação**. 2016. Disponível em: <http://gravidez-segura.org/cocaína.php>. Acesso em: 20 jul. 2016.

SILVA, C. A. **O consumo de drogas lícitas e/ou ilícitas na gestação**: repercussões sobre a saúde do recém-nascido. 2014. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/101262/000931394.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 jul. 2016.

SILVA, T. P. da; TOCCI, H. A. Efeitos obstétricos, fetais e neonatais relacionados ao uso de drogas, álcool e tabaco durante a gestação. **Rev Enferm UNISA**, v. 3, p. 50-6, 2002. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2002-10.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2016.

SILVA, T. T. **Identidade e diferença**: a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis: Vozes, 2000.

SILVA, M. G. B. **O pensar e o agir das mulheres assistidas em um centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas**: alcoolismo feminino e o caminho para a recuperação. 2012. 98f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2012.

SILVEIRA, A.; STRALEN, C. Sujeito e política no debate contemporâneo. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 23, n. 3, set./dez. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682017000300010. Acesso em: 20 jan. 2020.

SILVEIRA, D. X. da. **Drogas, direitos humanos e laços sociais**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Drogas-Direitos-Humanos-e-Laco-Social.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2021.

SIQUEIRA, D. F. *et al.* Redes sociais de apoio no cuidado à pessoa com transtorno mental: reflexões. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 8, n. 4, p. 859-869, out./dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/26118/pdf>. Acesso em: 30 mar. 2020.

SOARES, C. B.; JACOBI, P. R. Adolescentes, drogas e AIDS: avaliação de um programa de prevenção escolar. **Cad. Pesq.**, n. 109, p. 213-37, 2000.

UFF – Universidade Federal Fluminense. **Leis que amparam os direitos reprodutivos**. 2016. Disponível em: <http://www.uff.br/psienf/leisgestacao.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2016.

VENTURA, M. Discutir direitos reprodutivos faz parte do direito da cidadania. Entrevista. **Gife**, 2002. Disponível em: <https://gife.org.br/discutir-direitos-reprodutivos-faz-parte-do-exercicio-da-cidadania/> Acesso em: 20 jan. 2020.

WANDERLEY, M. B. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: SAWAIA, B. (org.). **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 2013.

YAMAGUCHI, E. T.; CARDOSO, M. M. S. C.; TORRES, M. L. A.; ANDRADE, A. G. de. **Drogas de abuso e gravidez**. [S.l.: s.n.], 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S0101-60832008000700010. Acesso em: 20 jul. 2020.

APÊNDICE 1

Perfil quantitativo/qualitativo das mulheres mães acompanhadas pelo Programa Corra para o Abraço elaborado pelo Grupo de Trabalho Materno-infantil no ano de 2020.

	Mulheres mães (N= 23)	
Situação de moradia	06 03 04 03 02 01 01 03	imóvel alugado; situação de rua; abrigo; casa própria; ocupação; situação de rua/ casa própria; situação de rua/abrigo; sem informação.
Condição de saúde	01 01 01 01 01 01 01 01	uso de maconha, sofrimento mental (diagnóstico de transtorno de ansiedade); uso de álcool, uso problemático de crack, maconha, cocaína e tabaco; asma, faz uso abusivo de cigarro; maconha e Pacaia; uso de crack; HIV, Tuberculose; álcool e Pacaia; Sífilis, não faz uso de substância, sofrimento mental;

	<p>01</p> <p>01</p> <p>01</p> <p>01</p> <p>01</p> <p>02</p> <p>01</p> <p>10</p>	<p>faz uso de crack;</p> <p>possui pedra nos Rins faz uso de maconha e álcool;</p> <p>faz uso de maconha e álcool;</p> <p>HIV congênita, epilepsia;</p> <p>HTVL, uso de maconha, pacaia;</p> <p>maconha, pacaia;</p> <p>hipertensão;</p> <p>sem informação.</p>
<p>Rede de apoio (familiar/comunitário)</p>	<p>03</p> <p>01</p>	<p>companheiro;</p> <p>companheiro, pais e parentes do seu companheiro,</p> <p>ex-companheira, mãe e irmã que residem em outro estado;</p> <p>vínculos fragilizados com os pais e rompidos com alguns irmãos;</p> <p>possui vínculos com a mãe e com os quatro irmãos;</p> <p>possui vínculo com toda família, a mãe faleceu, vive com o companheiro e os irmãos que vivem no mesmo conjunto habitacional;</p> <p>amiga;</p> <p>Mãe e tia;</p> <p>Mãe;</p> <p>pai de criação, ex sogra e seu companheiro;</p> <p>companheiro , ex companheiro , filhos mais velhos e reside com o primo;</p> <p>avó e tia;</p>

	01	sogra , companheiro;
	07	não informados.
Rede socioassistencial	01	CTA CEDAP;
	01	Consultório na Rua;
	01	Centro Espirita ;
	04	CRAS ;
	01	Corra pro Abraço e CNRua;
	01	Corra pro Abraço, CNRua e CTA;
	01	CRAS, Corra pro Abraço e CNRua;
	01	Centro Pop, Corra pro Abraço, CNRua;
	01	CNRua, Corra pro Abraço; 01 Corra pro Abraço, CRAS;
	01	CNRua, Centro Pop, Cras, Corra pro Abraço, CAPS AD;
	01	CNRua, Corra pro Abraço, Defensoria, CRAS Barroquinha, GEDEN, DEAM Periperi, GEAM Brotas;
	10	não informadas
Auxílio- natalidade e outros benefícios/ SUAS:	03	bolsa-família, auxílio moradia;
	07	bolsa-família;
	01	Benefício de Prestação Continuada;
	02	auxílio moradia;
	10	não informados.
Histórico de perda de guarda dos/as filhos/as – processo judicial	01	guarda compartilhada/processo em curso;
	02	não;
	01	sim;
	01	o bebê está institucionalizado e o outro filho foi adotado;
	01	filho está em liberdade assistida;

	17	não informaram
--	-----------	----------------

Outros (egressa do sistema prisional, relacionamento abusivo)	01	Restrição de acesso em alguns territórios, ameaçada de morte;
	03	relacionamento abusivo com companheiro;
	01	dois processos judiciais;
	01	processo judicial em andamento;
	01	processo na justiça de tráfico de pessoas (réu);
	16	não informaram.

APÊNDICE 2

Entrevista semiestruturada das mulheres mães:

- 1- Como foi o processo da maternidade para você?**
- 2- Quais foram os principais desafios?**
 - pessoais**
 - institucionais**
 - sociais**
- 3- Como se deu o fluxo de cuidado no processo da maternidade?**
- 4- Quais foram as Redes de Cuidado disponíveis para você?**
- 5- Quais são os principais recursos/ potencialidades que você dispõe?**
- 6- Quais são seus desejos e sonhos?**

APÊNDICE 3

Entrevista semiestruturada dos/as profissionais:

- 1- Quando falamos sobre a questão da maternidade para mulheres que fazem uso de SPA, que imagens, ideias, afetos surgem para vcs?**
 - perceber principais preocupações, quais eixos de opressão são considerados?

- 2- Como se dá o fluxo de cuidado?**
 - existe protocolo pré estabelecido?
 - como se dá o acolhimento? (quem encaminha, busca ativa?)
 - como se dá o cuidado? (territorial, interdisciplinar, intersetorial/com quais instituições dialogam?)
 - quais políticas, diretrizes, valores orientam as decisões?
 - decisões são orientadas ou compartilhadas?

- 3- Quais são os desafios?**
 - pessoais
 - institucionais
 - sociais

- 4- Quais são os principais recursos/ potencialidades?**

ANEXO 1

Diretrizes, Fluxo e Fluxograma para a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos publicado na Nota Técnica conjunta MDS/MSaúde N° 001/2016 (Brasil, 2016):

<p>Busca ativa e abordagem inicial</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Planejamento e efetivação de uma ação de cuidado e proteção conjunta entre as áreas de Saúde e Assistência Social. -Mapeamento conjunto dos territórios e locais onde se observa situações de necessidades de saúde e de proteção social decorrentes do uso de álcool e/ou crack/outras drogas. -Abordagem inicial deve ser realizada conjuntamente pelo Serviço Especializado em Abordagem Social da política de Assistência Social e pela Atenção Básica de Saúde (equipes da Estratégia de Saúde da Família ou equipes do consultório na rua, onde houver esses serviços). - A postura deve ser respeitosa para conhecimento da situação, identificação das principais demandas de cada mulher, criação de vínculo e relação de confiança. -Importante a criação de estratégias locais de articulação entre a política de assistência social e da saúde, de modo que os serviços não trabalhem de forma isolada, garantindo uma avaliação multiprofissional e interinstitucional visando a integralidade do cuidado.
<p>Atenção às mulheres em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/ outras drogas</p>	<p>- Na saúde, a atenção deve ser realizada na unidade básica de saúde e/ou no consultório na rua e deve garantir atenção integral às mulheres, com oferta de</p>

	<p>consulta ginecológica, atenção em saúde sexual e reprodutiva com orientações e oferta de métodos contraceptivos, dentre eles a anticoncepção de emergência.</p> <p>- Garantir a oferta de testes rápidos de HIV e Sífilis a fim de proporcionar diagnóstico e tratamento em tempo oportuno e teste rápido de gravidez, assegurando o início do pré-natal o mais precocemente possível. Em relação às situações de violência sexual, é necessário garantir acolhida respeitosa, profilaxia pós-exposição e encaminhamento para serviço de referência, se desejado pela mulher.</p> <p>- Manutenção, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, os direitos fundamentais do adolescente a privacidade, a preservação do sigilo e o consentimento informado, não sendo necessária a presença de um responsável legal durante a consulta.</p> <p>-Encaminhamento/acompanhamento e articulação com o Centro de Atenção Psicossocial e/ou Núcleo de Apoio à Saúde da Família, conforme cada caso. No que se refere aos CAPS AD é importante considerar que há previsão de um médico clínico em sua equipe que pode, junto com a equipe, potencializar as ações de cuidado integral e articulação do cuidado tanto no contexto na Atenção Básica quanto no âmbito hospitalar.</p> <p>-A ausência de documentos não deve representar uma barreira de acesso para o cuidado, sendo necessária a discussão e articulação intersetorial para favorecer que as pessoas acessem todos os seus direitos.</p> <p>-Na assistência social, o atendimento deverá, preferencialmente, ter como referência o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), e/ou o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP).</p>
--	--

	<p>-As mulheres e suas famílias devem receber apoio, orientação e acompanhamento direcionados para a promoção de direitos, para a preservação e fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e sociais.</p> <p>-Fortalecimento e apoio às mulheres, diante do conjunto de condições que as vulnerabilizam, buscando a resolução de necessidades identificadas e promovendo sua inserção na rede de serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas na perspectiva da garantia dos direitos.</p> <p>-Garantir atendimento e providências necessárias para a inclusão das mulheres e suas famílias em serviços socioassistenciais, benefícios e/ou em programas de transferência de renda, de forma a qualificar a intervenção e garantir seus direitos. O serviço deve articular-se com as atividades e atenções prestadas às mulheres e famílias nos demais serviços socioassistenciais, nas diversas políticas públicas e com os demais órgãos do Sistema de Garantia e Defesa de Direitos.</p>
Gravidez e pré-natal	<p>-Na saúde, no acolhimento à mulher com teste/exame de gravidez positivo, deve-se considerar se esta gravidez é desejada ou indesejada e respeitar o desejo de escolha e autonomia das mulheres. No caso de gravidez indesejada, é importante identificar se esta resulta de violência sexual e garantir amparo legal no caso de desejo de interrupção da mesma.</p> <p>-O acompanhamento pré-natal pode ser realizado pela UBS ou pela equipe de consultório na rua. Durante o pré-natal deve-se garantir a oferta dos exames preconizados, com resultado em tempo oportuno, vacinação e administração de medicamentos, caso necessário. Ainda, deve-se garantir a vinculação à maternidade de referência para o parto</p>

	<p>e/ou emergências obstétricas. Deve-se avaliar e classificar o risco da gestante e, de acordo com cada caso, encaminhar para serviço especializado de pré-natal de alto risco, articular com CAPS e NASF, acionar outros pontos da rede de saúde como a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera ou Unidade de Acolhimento.</p> <p>-Na assistência social, inicialmente, cabe destacar que a atenção à gestante em situação de risco social e/ou necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e/ou crack/outras drogas ou situação de rua deve incluir, sempre que possível e com a concordância da mulher, sua família, de modo a ser incluída no acompanhamento. Tal ação visa contribuir para o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, possibilitando a diminuição ou superação de comportamentos de risco, prevenindo situações de risco para a criança ao nascer e evitando-se, assim, a necessidade futura de acolhimento da criança.</p> <p>-A atenção à família deve também, sempre que possível, buscar fortalecer/reconstruir os laços familiares e comunitários, de modo que a família extensa possa vir a apoiar a mulher também quando do nascimento da criança, propiciando a proteção, cuidado e afeto necessários ao recém nascido. Destaca-se que a atenção qualificada às mulheres e suas famílias exigem uma compreensão complexa da questão: julgamentos, culpabilizações e posturas moralistas devem ser evitadas.</p>
Nascimento e atenção ao recém-nascido	-É importante que a mulher seja acolhida e acompanhada na maternidade por uma equipe multiprofissional. Durante o trabalho de parto, a mulher deve ter garantido o direito a acompanhante de sua livre escolha (conforme Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005), a liberdade de

	<p>movimentação e de escolher a posição mais confortável para parir e não deve permanecer em jejum prolongado ou ser submetida a intervenções desnecessárias. O cuidado deve ser prestado conforme diretrizes de boas práticas de atenção ao parto e nascimento, com ausculta dos batimentos cardíacos fetais e cuidados para garantir o bem-estar materno e fetal.</p> <p>-Os cuidados ao recém-nascido também devem seguir as recomendações do protocolo específico do Ministério da Saúde de garantir o contato pele a pele, o clampeamento oportuno do cordão umbilical e a amamentação na primeira hora de vida (desde que não haja contra-indicação devido a existência de doenças transmitidas por meio do aleitamento).</p> <p>-Deve-se garantir a alta responsável da criança, não devendo a mesma permanecer internada sem necessidade. Nos casos de prematuridade e/ou malformações, é importante que a criança seja acompanhada por um especialista. Sempre que possível, deve-se buscar respeitar o direito de escolha de ficar ou não com a criança, garantindo o amadurecimento e o apoio para a tomada de decisão a fim de que a mulher tenha clareza e certeza da mesma. Caso haja o desejo de ficar com a criança, deve-se avaliar quais condições que a mulher dispõe para ofertar o cuidado, proteção e afeto de que a criança necessita para seu bom desenvolvimento, preferencialmente com o apoio do pai da criança ou da família extensa na prestação desses cuidados.</p> <p>-Na impossibilidade da mãe prestar os cuidados necessários ao filho, ao passo que esta mãe também deve receber atenção e ter acesso aos serviços e programas disponíveis, deve ser verificada a possibilidade desse cuidado ser prestado na família extensa. Nesse caso, deve-se verificar a existência de pessoa da família</p>
--	--

	<p>extensa com condições e desejo de prestar tais cuidados (com o apoio, orientação e acompanhamento dos serviços que se fizerem necessários e, quando for o caso, com o recebimento de benefícios).</p> <p>-Destaca-se que, sempre que possível, a identificação e acompanhamento da família extensa, bem como o fortalecimento do vínculo entre esta e a gestante deve ser iniciado pelo PAEFI (Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos) e/ou pelo PAIF (Serviço de Proteção e Atendimento a Famílias e Indivíduos) e pelas equipes de Saúde da Família ou Consultório na Rua ainda durante o período de gestação.</p> <p>-Nos casos em que houver avaliação técnica de que isso também representa o melhor interesse da criança - mãe e filho(a) podem ser encaminhadas a um serviço de acolhimento do SUS ou do SUAS que acompanhe ou compartilhe temporariamente com a mãe o cuidado à criança.</p> <p>-Nos casos em que as necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e/ou crack/outras drogas se mostrarem expressivas, a mulher deve ter garantido o direito ao acesso ao CAPS ou aos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial disponíveis no município. A partir do acolhimento da usuária no CAPS e a pactuação de seu Projeto Terapêutico Singular com a equipe e seu técnico de referência, a Unidade de Acolhimento, que é um recurso dos CAPS, poderá ser acionada para o acolhimento transitório, cujo tempo de permanência será definido e avaliado pelos profissionais da equipe do CAPS responsáveis pelo Projeto Terapêutico Singular da usuária. Tal recurso deve ser adaptado ao atendimento de gestantes e/ou mães com recém-nascidos, contando também com apoio e orientação às mães no cuidado com os bebês. Durante esse período, as equipes da</p>
--	--

	<p>Assistência Social devem atuar de forma articulada com a unidade de acolhimento no trabalho sociofamiliar junto à mulher e sua família, com vistas à possibilitar a reintegração familiar (caso seja o desejo da mulher) ou possibilidade de vida autônoma após o desligamento.</p> <p>Após o desligamento da unidade de acolhimento do SUS, deve-se avaliar as condições da mulher para cuidar da criança de forma autônoma ou com apoio da família extensa. Quando isso não for possível, mãe e bebê podem ser encaminhados a um serviço de acolhimento do SUAS para adultos e famílias, com metodologia específica para o fortalecimento de vínculos e orientação quanto à prestação de cuidado e proteção à criança. É importante que tal serviço conte com apoio da Rede de Atenção Psicossocial do SUS no acompanhamento à mãe, de acordo com as prerrogativas da atenção de base territorial e comunitária.</p> <p>-Nos casos em que as necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e/ou crack/outras drogas se mostrarem secundárias, a mulher e seu filho podem ser encaminhados diretamente ao serviço de acolhimento do SUAS, com acompanhamento da Rede de Atenção Psicossocial do SUS.</p> <p>-Em todos os casos, a UBS e/ou o consultório na rua devem acompanhar o crescimento/desenvolvimento da criança por meio de visitas institucionais ou domiciliares intensivas ou consultas periódicas, mantendo contato permanente com os serviços do SUAS que estiverem acompanhando a família.</p> <p>-A oferta de serviços de saúde e/ou assistência social que acompanhem ou compartilhe com a mãe o cuidado à criança deve ser garantida pelos gestores, a fim de proporcionar, sempre que possível, o não rompimento dos vínculos familiares e garantir o cuidado e proteção que a criança necessita, prevenindo</p>
--	---

	<p>situações de abandono, negligência e violência em relação à criança.</p> <p>Cabe ressaltar a necessidade de avaliação técnica multisetorial prévia a qualquer decisão que implique medida de acolhimento, suspensão ou destituição do poder familiar. Tal avaliação deve ter por base um acompanhamento da família e a verificação da possibilidade ou não da mãe e/ou do pai de prover os cuidados, proteção e afeto que um recém-nascido necessita.</p>
Atenção às mulheres	<ul style="list-style-type: none"> - Na saúde: após o parto, a mulher deve receber orientações, apoio e avaliação em relação ao puerpério, planejamento sexual e reprodutivo e amamentação. A UBS e/ou o consultório na rua devem realizar consultas ou visitas que visem ao atendimento das necessidades de saúde da puérpera, dentre eles a oferta de métodos contraceptivos. - Na assistência social: a mulher tem direito a continuar recebendo atendimento no CREAS (PAEFI), no CRAS (PAIF) ou no Centro Pop, a depender das particularidades de cada caso.