



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**CALIANDRA MACHADO PINHEIRO**

**CUIDADOS TECIDOS POR MULHERES QUE USAM DROGAS:  
EXPERIÊNCIAS E PRÁTICAS SOB UM OLHAR FEMINISTA  
DECOLONIAL.**

SALVADOR  
2024

CALIANDRA MACHADO PINHEIRO

**CUIDADOS TECIDOS POR MULHERES QUE USAM DROGAS:  
EXPERIÊNCIAS E PRÁTICAS SOB UM OLHAR FEMINISTA  
DECOLONIAL.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, área de concentração Ciências Sociais em Saúde, para obtenção do grau de Doutora em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté.

SALVADOR  
2024

Ficha Catalográfica  
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

P654c Pinheiro, Caliandra Machado.

Cuidados tecidos por mulheres que usam drogas: experiências e práticas sob um olhar feminista decolonial / Caliandra Machado Pinheiro. – Salvador: C.M. Pinheiro, 2024.

229 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté.

Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. 2. Práticas de Cuidado. 3. Mulheres. 4. Feminismo. 5. Racismo. I. Título.

CDU 616.89

---



SAÚDE IGUAL PARA TODAS AS PESSOAS

Universidade Federal da Bahia  
Instituto de Saúde Coletiva  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

CALIANDRA MACHADO PINHEIRO

**EXPERIÊNCIAS DE MULHERES EM USO PROBLEMÁTICO DE  
DROGAS: PRÁTICAS DE CUIDADO SOB UMA PERSPECTIVA  
FEMINISTA**

A Comissão Examinadora aprova a Tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

**Data de defesa:** 26 de julho de 2024.

**Banca Examinadora:**

Ana Paula dos Reis – ISC/UFBA



Documento assinado digitalmente

**ANA PAULA DOS REIS**

Data: 27/07/2024 11:26:08-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Angela Lucia Silva Figueiredo – UFRB



Documento assinado digitalmente

**ANGELA LUCIA SILVA FIGUEIREDO**

Data: 27/07/2024 14:27:01-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Emiliano de Camargo David – UERJ



Documento assinado digitalmente

**EMILIANO DE CAMARGO DAVID**

Data: 26/07/2024 18:30:56-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Leny Alves Bomfim Trad – ISC/UFBA



Documento assinado digitalmente

**LENY ALVES BOMFIM TRAD**

Data: 05/08/2024 09:46:43-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté - ISC/UFBA (orientadora)



Documento assinado digitalmente

**MÔNICA DE OLIVEIRA NUNES DE TORRENTE**

Data: 06/08/2024 09:34:01-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Salvador  
2024

## AGRADECIMENTOS

Em diversos trechos desta tese enfatizo que o Cuidado é uma construção conjunta, uma construção a muitas mãos. Venho falando sobre isso desde a construção da minha dissertação. A construção desta tese também assim foi, uma construção com pessoas de dentro e fora da academia, pessoas ainda presentes na minha caminhada, pessoas que se foram mesmo antes de eu nascer, assim como com entidades espirituais que constroem cuidado comigo.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a Karen, Kátia Flávia, Laura, Lourdes, Luciene e Vitória por confiarem suas histórias, dores, alegrias e saberes a mim, por construírem essa tese comigo. E, através delas, agradecer a todas as mulheres que já participaram do grupo de mulheres do CAPS AD. Esta tese existe por conta desse grupo e numa tentativa de contribuir para o cuidado de mulheres como as que dele participam. E à minha orientadora, Mônica Nunes, que acreditou junto conosco na potência dessa experiência e na necessidade de que ela se transformasse em conhecimento acessível a outras/os profissionais de saúde. Grata pelas orientações, incentivos e por confiar mais uma vez nessa nossa parceria.

Agradeço à Grande Força Divina, às entidades espirituais pela proteção e trabalho conjunto. Aos Orixás, em especial a Exu, Iansã e a Omolu que, com os caminhos que abrem, os ventos que orientam e as forças que curam, me ensinaram também sobre coalizão. E a Santa Luzia que, em um momento muito difícil desta trajetória, cuidou da minha visão. Agradeço também ao Lar Umbandista Mensageiros da Esperança, aos Vovôs e Vovós e aos médiuns dessa casa por todo cuidado a mim dispensado.

Agradeço a minha mãe que, mais uma vez, foi base, segurança, incentivo e cuidado. Ao meu pai, homem negro que, com a sua história de superação, me inspira e incentiva a conquistar novos lugares.

Agradeço a toda minha família, atual e ancestral, pelos cuidados e pelos ensinamentos. Nascer em Uibaí, interior da Bahia, quer dizer não só ser sertaneja, mas também ser filha de uma terra onde o conhecimento é instrumento de luta por dias melhores.

Agradeço também à minha família de escolha, ao meu companheiro Jarbas e, através dos nomes de Clotildes, Isabel e Jarissa, às amigas que caminham ao meu lado. Agradeço a vocês por toda paciência, cuidado, incentivo e suporte para chegar até aqui.

Agradeço a toda equipe do CAPS AD Pernambués e da Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, companheiras de labuta, por todo o apoio, incentivo e compartilhamentos. À Coordenadoria da Atenção Psicossocial de Salvador, na pessoa de Carolina Dórea, pela liberação dos turnos para cursar o doutorado. Como também às queridas Liana Figueirêdo e Liliane Mascarenhas, da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, por toda a força e incentivo.

Agradeço ao Instituto de Saúde Coletiva da UFBA pela oportunidade de ingressar e vivenciar este curso, em especial aos professores e colegas por toda a riqueza de conhecimentos adquirida, pelo compartilhamento de alegrias e aperreios, chegamos juntos até aqui, mesmo com todo o distanciamento provocado pela pandemia do COVID-19. Agradeço em especial aos amigos e colegas de curso Leonara e Gustavo, com quem pude construir “conversas de corredor”, trocas riquíssimas entre salas de Google Meet e restaurantes.

Por fim, agradeço às professoras Ana Paula dos Reis e Jeane Freitas de Oliveira pelas preciosas contribuições no exame de qualificação. E às professoras Ângela Lucia Silva Figueiredo, Ana Paula dos Reis, Emiliano de Camargo David e Leny Alves Bonfim Trad por aceitar nosso convite para a defesa.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Associação Metamorfose Ambulante de Usuários e Familiares do Serviço de Saúde Mental (AMEA)  
Atenção integral à saúde da mulher (AISM)  
Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)  
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)  
Centro de Atenção Psicossocial para usuárias/os de álcool e outras drogas (CAPS AD)  
Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS)  
Comunidades Terapêuticas (CT)  
Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD)  
Conselho Nacional de Saúde (CNS)  
Coronavírus 19 (COVID-19)  
Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)  
Doenças sexualmente transmissíveis (DST)  
Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC)  
Esquema Conceitual Referencial Operativo (ECRO)  
Human Immunodeficiency Virus (HIV)  
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)  
Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Ipq-HC-FMUSP)  
Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)  
Ministério da Saúde (MS)  
Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA)  
Movimento Sem Terra (MST)  
Nova Política Nacional sobre Drogas (PND)  
Organização Mundial de Saúde (OMS)  
Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua)  
Política Nacional sobre Drogas (PND)  
Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)  
Programa de Atenção à Mulher Dependente Química (PROMUD)  
Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)  
Projeto Terapêutico Singular (PTS)  
Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)  
Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas (RENFA)  
Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA)  
Redução de Danos (RD)  
Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB)  
Scientific Electronic Library Online (SciELO)  
Sistema Único de Saúde (SUS)  
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)  
Vírus da Imunodeficiência Adquirida (VIH)

## RESUMO

O cuidado integral para pessoas que fazem uso de drogas envolve diversos aspectos, tais como a história de uso de uma população, vulnerabilidades que podem produzir este uso, ou advir deste uso, e ainda as estratégias formuladas para dar conta das questões suscitadas por um uso que pode se configurar em um problema. Em revisão sistemática realizada sobre o tratamento para o uso de drogas por mulheres, foram encontrados resultados que apontam para a influência dos estigmas sociais, atitudes julgadoras dos profissionais e da família e a importância de considerar as necessidades sociais e de saúde através de um cuidado singularizado. Porém poucos trabalhos vão sinalizar o fato de que essas mulheres vivem em sociedades sexistas e de que modo gênero, raça e classe influenciam nos usos de drogas e no seu cuidado. Desta forma, a pesquisa que originou esta tese teve como objetivo analisar as experiências de cuidado de mulheres atendidas por um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, para usuárias/os de álcool e outras drogas e as práticas de cuidado acessadas por elas a partir de uma perspectiva feminista decolonial. Para tal, foi realizada uma pesquisa de cunho etnográfico, utilizando o método da História de Vida em combinação com registros fotográficos e Observação Participante, como também um método participativo inspirado nos grupos operativos de Enrique Pichon-Rivière. No estudo das experiências das interlocutoras, foi possível observar que as práticas de cuidado implementadas estiveram relacionadas ao contexto familiar, à educação formal, a questões envolvendo trabalho e renda, à convivência e às redes de sociabilidade, às instituições religiosas e aos serviços de saúde. Em relação aos serviços de saúde, encontramos uma “CAPS centralidade”, onde os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) apareceram como o serviço de saúde centralizador das práticas de cuidado. Ao analisar estas práticas e as trajetórias de vida das interlocutoras, foi possível perceber como gênero, raça e classe, assim como outros marcadores sociais relacionados à orientação sexual, escolaridade e idade, demarcaram limites e possibilidades na construção deste cuidado. Mesmo diante de tais delimitações, foi possível observar que as interlocutoras constroem uma espécie de bricolagem, onde as práticas de cuidado junto às/aos profissionais de saúde são articuladas a outras práticas de cuidado que se constroem junto às suas redes de apoio informais. Esta combinação de práticas de cuidado tem possibilitado que as interlocutoras possam gerir seus desafios cotidianos com menos sofrimento, diminuindo a necessidade de recorrer ao uso de drogas como um anestésico da vida. Tais resultados apontam para a importância da implementação e valorização de práticas decoloniais nos serviços de saúde, tais como a promoção do empoderamento e da construção de coalizões através de reconhecimentos mútuos, o apoio ao livre exercício das religiões, assim como a construção conjunta de outras atividades que levem em consideração as matrizes de opressão que atravessam as existências das mulheres, especialmente as mulheres negras, e a necessidade de produzir autonomia com liberdade e equidade, na contramão da colonialidade do gênero. Por fim, destaco a importância da construção do conhecimento no que tange ao uso de perspectivas femininas negras e decoloniais dentro do campo da Saúde Coletiva. Tal construção do conhecimento é fundamental para o cuidado em saúde mental, para a Reforma Psiquiátrica Brasileira e para o fortalecimento de uma luta que pode se tornar antimanicolonial.

Palavras-chave: Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Práticas de cuidado; Mulheres; Feminismo; Racismo.

## ABSTRACT

Comprehensive care for people who use drugs involves several aspects, such as the history of use of a population, vulnerabilities that can produce this use, or arise from this use, and also the strategies formulated to deal with the issues raised by such use which can become a problem. In a systematic review carried out on treatment for drug use by women, results were found that point to the influence of social stigmas, judgmental attitudes of professionals and families and the importance of considering social and health needs through unique care. However, few studies highlight the fact that these women live in sexist societies and how gender, race and class influence drug use and treatment. Thus, the research that led to this thesis aimed to analyze the care experiences of women attended by a Psychosocial Care Center for users of alcohol and other drugs and the care practices accessed by them from a decolonial feminist perspective. To this end, ethnographic research was carried out, using the Life History method in combination with photographic records and Participant Observation, as well as a participatory method inspired by Enrique Pichon-Rivière's operative groups. In studying the experiences of the interlocutors, it was possible to observe that the care practices implemented were related to the family context, formal education, issues involving work and income, coexistence and sociability networks, religious institutions and health services. In relation to health services, we find a "CAPS centrality", where the Psychosocial Care Centers (CAPS) appeared as the health service that centralizes care practices. By analyzing these practices and the life trajectories of the interlocutors, it was possible to see how gender, race and class, as well as other social markers related to sexual orientation, education and age, demarcated limits and possibilities in the construction of this care. Even in the face of such delimitations, it was possible to observe that the interlocutors build a kind of bricolage, where care practices with health professionals are articulated with other care practices that are built alongside their informal support networks. This combination of care practices has enabled interlocutors to manage their daily challenges with less suffering, reducing the need to resort to drug use as an anesthetic for life. Such results point to the importance of implementing and valuing decolonial practices in health services, such as promoting empowerment and building coalitions through mutual recognition, supporting the free exercise of religions, as well as the joint construction of other activities that take into account the matrices of oppression that permeate the lives of women, especially black women, and the need to produce autonomy with freedom and equity, against the coloniality of gender. Finally, I highlight the importance of building knowledge regarding the use of black and decolonial feminism perspectives within the field of Public Health. Such construction of knowledge is fundamental for mental health care, for the Brazilian Psychiatric Reform and for strengthening a struggle that can become anti-manicolonial.

Keywords: Substance use disorders; Substance abuse treatment centers; Care practices; Women; Feminism; Racism.

## SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO: RETOMANDO O PONTO DE PARTIDA, DEMARCANDO O PONTO DE VISTA.....	7
2 INTRODUÇÃO.....	12
3 OBJETIVOS.....	20
3.1    Objetivo geral.....	20
3.2    Objetivos específicos.....	20
4 FACETAS DO CUIDADO: O CUIDADO DE SI, O CUIDADO, PRÁTICAS DE CUIDADO NA SAÚDE, O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL, O <i>CARE</i> .....	21
4.1    O cuidado de si.....	21
4.2    O cuidado.....	25
4.3    O cuidado em saúde.....	29
4.4    O cuidado em saúde mental.....	36
4.5    O cuidado e o trabalho reprodutivo.....	40
5 GÊNERO E SAÚDE: ALGUNS APONTAMENTOS SOBRE POSSÍVEIS ARTICULAÇÕES.....	44
5.1    Gênero e saúde.....	44
5.2    Gênero, raça, classe e saúde mental.....	52
6 QUADRO TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	59
6.1    Epistemologias feministas e a antropologia.....	60
6.2    Feminismo decolonial.....	67
7 CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	75
7.1    Itinerário da pesquisa.....	75
7.2    Análise das narrativas.....	90
8 QUESTÕES ÉTICAS.....	96
9 Luciene, Karen, Lourdes, Laura, Vitória e Kátia Flávia: quem são elas?.....	99
10 ARTIGO 01.....	111
11 ARTIGO 02.....	124
12 ARTIGO 03.....	151
13 ARTIGO 04.....	176
14 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	200
REFERÊNCIAS.....	205
ANEXO 01.....	224
ANEXO 02.....	225
ANEXO 03.....	228
ANEXO 04.....	229

**A noite não adormece nos olhos das mulheres***Em memória de Beatriz Nascimento*

A noite não adormece  
nos olhos das mulheres  
a lua fêmea, semelhante nossa,  
em vigília atenta vigia  
a nossa memória.

A noite não adormece  
nos olhos das mulheres  
há mais olhos que sono  
onde lágrimas suspensas  
virgulam o lapso  
de nossas molhadas lembranças.

A noite não adormece  
nos olhos das mulheres  
vaginas abertas  
retêm e expulsam a vida  
donde Ainás, Nzingas, Ngambeles  
e outras meninas luas  
afastam delas e de nós  
os nossos cálices de lágrimas.

A noite não adormecerá  
jamais nos olhos das fêmeas  
pois do nosso sangue-mulher  
de nosso líquido lembradiço  
em cada gota que jorra  
um fio invisível e tônico  
pacientemente cose a rede.

Conceição Evaristo, 2017, p. 26-27.

## **1 APRESENTAÇÃO: RETOMANDO O PONTO DE PARTIDA, DEMARCANDO O PONTO DE VISTA.**

A pergunta de investigação desta pesquisa surgiu a partir do contexto de trabalho da pesquisadora que vos escreve. Sou mulher cis, heterossexual, negra de pele clara, pertencente à classe média, militante da luta antimanicomial, feminista, antirracista, antiproibicionista, usuária de drogas, psicóloga, mestre em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e atuo na Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e em um Centro de Atenção Psicossocial para usuárias/os de álcool e outras drogas (CAPS AD) no município de Salvador-BA.

Desde que finalizei minha pesquisa, realizada no contexto do mestrado em Saúde Comunitária, venho demonstrando interesse especial pelas mulheres usuárias de drogas. Naquele contexto, acompanhei etnograficamente, por cerca de oito meses, quatro usuárias/os de drogas que estavam ou já estiveram em acompanhamento em CAPS AD, sendo duas dessas mulheres negras. Desde aí essas mulheres já me apontavam diversas peculiaridades das questões de gênero e raça em suas trajetórias e no modo como o cuidado a que se submeteram lidavam com essas questões. Ainda assim, naquele período eu não dei um grande enfoque à temática relacionada ao gênero, trazendo à tona apenas o impacto da maternidade nas suas trajetórias. Como também não tratei com profundidade o tema da raça, que foi apenas citado na caracterização das pessoas acompanhadas. Essa pesquisa do mestrado aconteceu no município de Salvador-BA, assim como aconteceu a pesquisa para o doutorado.

Silvana Bispo (2011) nos relembra que Salvador é uma cidade historicamente construída a partir das experiências do escravismo colonial e que tem uma base patriarcal e assentada no ideal da família burguesa nuclear, tendo sido a população negra, em várias fases da história brasileira e soteropolitana, alvo de políticas públicas com cunho racista e moralizador que resultaram (e ainda resultam) em ações segregacionistas e excludentes. Assim Bispo (2011) descreve Salvador:

Historicamente nomeada pelas crônicas por “Roma Negra”, devido a seus aspectos físico-geográficos e por ser a cidade com maior população negra fora do continente africano, [...] certamente poderíamos conceituá-la como a cidade dos contrastes, das exclusões que afetam homens e mulheres negros/as cotidianamente. Se por um lado temos a tão vendida e propagada “felicidade”, “hospitalidade” afro-baiana, de outro, fazemos parte de um contingente

populacional fortemente excluído e discriminado em todas as esferas desta sociedade. Somos nós que estamos ocupando os piores índices estatísticos do país no que se refere ao acesso a bens e serviços básicos como saúde, educação, segurança, emprego, habitação, dentre outros (p. 141-142).

No que concerne a estes índices estatísticos, de acordo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Salvador-BA possui uma população estimada de 2.900.319 de habitantes (IBGE, 2021). De acordo com dados do 4º trimestre de 2022 da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), essa população é composta por cerca de 82,7% de pessoas negras (soma de pessoas pretas mais pessoas pardas) e apresenta uma grande diferença entre salários de pretos e brancos, estes chegam a ganhar 67,8% a mais que aqueles, e entre pardos e brancos, estes chegam a ganhar 54,4% a mais que aqueles, de acordo com dados do 4º trimestre de 2018 (IBGE, 2019). Em relação ao salário médio mensal dos trabalhadores formais, dados do IBGE apontam que o valor correspondeu a 3,3 salários mínimos em 2020, sendo que 36,8% da população tinha rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo e as pessoas do sexo feminino ganharam 36% a menos que as do sexo masculino em 2010 (IBGE, 2010, 2020). Ainda de acordo com a PNAD Contínua de 2017, no município de Salvador, mulheres pretas e pardas carregam mais a responsabilidade de cuidar de afazeres e pessoas em casa em relação às mulheres brancas, assim como pretas/os e pardas/os também realizam mais produção para o próprio consumo do que pessoas brancas. Além disso, pessoas negras (pretas e pardas) têm menor taxa de escolarização e maior taxa de analfabetismo que pessoas brancas (IBGE, 2019).

É neste contexto, em que ainda permanece uma série de consequências sociais e feridas psíquicas provocadas pela colonialidade e transmitidas por gerações de pessoas negras, que nasce essa pesquisa. As mulheres que acompanhei são todas moradoras de bairros periféricos de Salvador, bairros que se formaram pela invasão de territórios a partir da expulsão de moradores das áreas centrais da cidade e por migrantes vindos do interior da Bahia, população em sua maior parte afrodescendente. Na construção de suas identidades estas localidades adquiriram marcas importantes da cultura africana, que perpassam desde a alimentação, arquitetura, comércio, até a religiosidade. As populações destes bairros passaram (e ainda passam) por fortes repressões e abandono do Estado, como a ausência de investimentos públicos, a violência policial e a contribuição para a manutenção de estereótipos de marginalidade e imoralidade, como também repressões

advindas da intolerância religiosa que se fortaleceram com a entrada maciça de igrejas evangélicas nestes territórios (RAMOS, 2007).

Duas das mulheres que acompanhei, por exemplo, são moradoras da Região Administrativa da Liberdade, que engloba o bairro da Liberdade e bairros vizinhos. Tais bairros, assim como a maior parte dos bairros periféricos de Salvador, têm em seu histórico o conflito entre proprietários e “invasores”, a ocupação irregular de terrenos, o abandono do poder público e a precariedade em termos de infraestrutura, lazer e acesso a bens e serviços. Ao mesmo tempo, o território da Liberdade é um exemplo de resistência e luta da população negra, uma população que tem sua história marcada, também, pela criação dos blocos afros como o Ilê-Aiyê, criado na década de 1970, pela resistência das religiões de matriz africana e pela mobilização social em busca de maior investimento do poder público (RAMOS, 2007). Maria Estela Rocha Ramos (2007) nos traz nas considerações finais de sua dissertação sobre os territórios afrodescendentes:

Os bairros negros configuraram e mantêm uma disposição própria de cidade, subjugados a diversas variáveis, como à falta de áreas de moradia, à falta de recursos, à omissão do Estado. No entanto, os territórios negros também são resultantes da tônica civilizatória da cultura de matriz africana, permeada pelo histórico da população negra e pela resistência à subordinação imposta. Ao mesmo tempo em que se dá esta resistência, também há trocas com o sistema dominante em busca de melhores condições de vida material (p. 177).

Essa caracterização da cidade de Salvador aparece nas narrativas das interlocutoras da nossa pesquisa que nos apresentam, através de suas vivências, essa cidade que é sinônimo de resistência do povo negro, mas também sinônimo de descaso, opressão e racismo. Algumas histórias trazem a tônica das religiões de matriz africana, que são fonte de resistência, apoio e senso de comunidade, ao mesmo tempo em que outras mostram como a colonização e suas feridas ainda abertas deixam as pessoas negras em estado de solidão, desamparo e vulneráveis à reprodução do racismo e da discriminação à sua própria cultura de origem. Por fim, todas estas mulheres, de uma forma ou de outra, estão tentando sobreviver, criando estratégias e implementando táticas para lidar com às intempéries de serem mulheres em um país de história colonial como o Brasil, em uma das cidades que traz fortemente as marcas da colonização, como Salvador.

Foi essa cidade que me “acolheu” há 22 anos atrás, de uma forma um tanto diferente das minhas interlocutoras, pois vivi e ainda vivo na Salvador da classe média, mas acho importante voltar a falar de onde eu parto, da minha experiência nesse território como mulher negra e como trabalhadora da rede de saúde mental deste município. Eu costumo dizer que me tornei negra em Salvador. Nasci numa pequena cidade do interior

baiano chamada Uibaí e lá, pelos cruzamentos dos vários marcadores sociais que incidiam sobre mim e a história da minha família materna, havia um clareamento da minha existência. Fazer parte de uma família que tinha uma situação econômica favorável dentro daquela realidade, ser descendente da família fundadora da cidade, filha de uma mãe branca, criada longe da família paterna negra, me fizeram ficar de um certo modo descolada de uma identidade negra (mesmo tendo sofrido em um ou outro momento discriminações raciais ou sensações de inadequação que só identifiquei as motivações muito depois). Com a chegada em Salvador no ano de 2001 para estudar Psicologia numa universidade pública, em tempos da inexistência de cotas raciais, com as experiências de convivência com a elite branca soteropolitana e em seus espaços de domínio, a sensação de deslocamento, de preterimento e de inadequação me alcançaram em vários momentos e me fizeram entender que aqui eu sou negra. Essa descoberta é parte de um processo contínuo e que tem me feito refletir não só sobre a minha existência como mulher negra, mas sobre as experiências das mulheres negras com quem convivo, seja na vida pessoal como no ambiente de trabalho.

O CAPS AD onde atuo é do tipo II e atende pessoas que buscam cuidado para problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas oriundas de quatro distritos sanitários da cidade de Salvador-BA, tendo uma população adscrita correspondente a cerca de um milhão de habitantes. O atendimento é realizado exclusivamente a pessoas que chegam de forma voluntária (encaminhadas por outras instituições ou por demanda espontânea) e funciona de portas abertas sob o formato de uma atenção que deveria ter caráter territorial, mas que acaba, pela extensão do território e da população abarcados, tendo características mais ambulatoriais. O público do serviço é formado majoritariamente por pessoas do sexo masculino (apenas 13% do total de pessoas em atendimento neste momento são do sexo feminino). Apesar de termos o campo raça/cor para preenchimento na ficha de acolhimento, não temos o dado sistematizado da quantidade de usuárias/os por raça. No ano de 2022, a quantidade de usuárias/os em atendimento no serviço variou em torno de 330 usuárias/os ativas/os.

Atuo como psicóloga neste serviço desde abril de 2013, executando diversas atividades, dentre elas atendimentos individuais e em grupo. Desde outubro de 2018, desenvolvo um trabalho em grupo com mulheres. Este grupo aconteceu de forma presencial até março de 2020, passou por um período de pausa devido ao surgimento da pandemia da COVID-19, renasceu em formato virtual em março de 2021 e retornou ao formato presencial em setembro de 2022. O surgimento inicial deste grupo se deu a partir

de muitas inquietações por parte desta pesquisadora no que diz respeito às ofertas que o nosso serviço disponibilizava para as mulheres, visto que no momento não existia nenhuma atividade voltada exclusivamente para este público. O grupo é realizado semanalmente às segundas-feiras no horário das 14:00 às 15:30 horas. Atualmente existem vinte mulheres cadastradas no grupo, entre as cinquenta e uma mulheres que estão em acompanhamento no serviço, mas a participação em cada sessão do grupo varia entre dez e três mulheres por vez. Importante salientar que a participação no grupo é definida a partir do desejo das mulheres em fazer parte do mesmo, em consonância com a avaliação das/os profissionais que as acompanham sobre a pertinência desta participação. Estar semanalmente com estas mulheres neste grupo suscitou o desejo de aprofundamento no estudo do fenômeno do uso de drogas entre este público específico e especialmente como elas enxergam as práticas de cuidado que lhes chegam.

Este grupo nasceu com o objetivo de criar um espaço semanal de discussão de temas relevantes para as mulheres e escolhidos por elas, de modo a configurar um momento de escuta e construção conjunta de saberes sobre elas mesmas e sobre os temas elencados a partir de suas experiências enquanto mulheres que usam drogas e de meus conhecimentos sobre a clínica da atenção psicossocial e o feminismo. Todos os encontros têm início com a definição do tema a ser discutido no dia. Tal tema já pode ter sido escolhido no encontro anterior, ou pode ser definido no momento mesmo do início da atividade. A maior parte dos temas definidos até agora foram escolhidos pelas mulheres, alguns poucos foram escolhidos por mim a pedido delas. A partir da escolha do tema, eu faço ou não uma fala inicial sobre ele, se o grupo julgar necessário, e elas falam sobre suas experiências em torno dele. Os relatos delas tendem a ir se entrelaçando, onde o relato de uma mulher estimula o relato de outra a partir de pontos de convergência e divergência. Quando isso não acontece, meu papel de coordenação é fazer estas pontes, trazendo conteúdos implícitos à tona e estimulando a continuidade da discussão com novos questionamentos e informações sobre o tema. Ao final da atividade, faço uma devolutiva em formato de síntese do que foi construído conjuntamente no grupo e, se for o caso, acrescento mais alguma informação relevante sobre a temática.

Este formato de realização do grupo é inspirado nos grupos operativos. Tenho especialização em Psicologia Social Pichoniana e formação em Coordenação de Grupos Operativos e estas formações têm grande influência no meu modo de trabalhar com grupos. O grupo operativo se caracteriza por estar centrado de forma explícita numa tarefa, qualquer que seja ela, no nosso caso a discussão de temáticas de interesse das

mulheres, que chamamos de tarefa explícita, sob a qual subjaz outra implícita, que se dirige à ruptura, através do esclarecimento, das pautas ou condutas estereotipadas que dificultam a aprendizagem e a comunicação, representando um obstáculo frente às situações de mudança (PICHON-RIVIÈRE, 2009). Ou seja, discutir as temáticas de interesse das mulheres tem como tarefa implícita conhecer suas histórias de vida, seus sofrimentos, seus modos de agir diante destes sofrimentos e a construção conjunta de estratégias e táticas (aprendizagem) que podem abrir espaço para mudanças que elas desejem fazer a partir do cuidado. Isso só é possível a partir do reconhecimento dessas mulheres nas suas múltiplas formas de vida cotidiana e dos seus vínculos, nas suas condições concretas de existência.

Além disto, fazemos um encontro mensal do grupo fora da instituição. A escolha do local onde o encontro será realizado fica a cargo das mulheres, com ou sem sugestões minhas. Já realizamos encontros em locais como o Parque de Pituaçu, Parque da Cidade, Museu de Arte Moderna, Museu de Arte da Bahia, Museu do Instituto Feminino da Bahia, Museu Palacete das Artes, Cinema do Circuito Sala de Arte, Teatro Gregório de Matos, Casa do Benin, entre outros. Estes momentos têm como objetivo que as mulheres façam contato com opções de lazer e cultura, assim como tenham a percepção de que tais espaços da cidade também lhes pertencem e podem ser usufruídos por elas. Nestes momentos as mulheres adoram fazer registros em vídeos e fotos que são posteriormente enviados a um grupo de WhatsApp pertencente ao grupo. Após cada encontro externo, discutimos no CAPS sobre as impressões causadas pelo espaço e pelo conteúdo do que foi visto em cada local.

Portanto, foi neste cenário que esta pesquisa se desenvolveu e de onde ela partiu para outros cenários que as interlocutoras nos levaram. As implicações que este cenário e o meu posicionamento inicial nele como alguém já pertencente anteriormente ao campo trouxeram para a pesquisa serão melhor discutidas mais à frente, quando nos debruçarmos sobre as bases teóricas e os caminhos metodológicos que foram meus guias neste processo. De qualquer forma, é importante, desde já, marcar esse ponto de partida, essencial na construção do meu ponto de vista.

## **2 INTRODUÇÃO**

O poder de afetar os ânimos e provocar mudanças comportamentais faz das drogas, desde o início dos tempos, algo de natureza divina, mágica. Ao *phármakon* já

eram atribuídos poderes para a cura ou a morte desde os tempos da Antiguidade. Se, por um lado, as drogas têm inúmeros usos terapêuticos e lúdicos, por outro lado, aparecem os riscos de intoxicação e do surgimento de grupos que desafiam as regras vigentes. Da mesma forma que possibilita a sobrevivência a situações de dor e estresse, o uso das drogas pode ser visto como um “doping” do viver, como se aqueles que a utilizassem estivessem fazendo um “jogo sujo” diante das possibilidades “saudáveis” para si e para os outros de lidar com a vida cotidiana (ESCOHOTADO, 1998).

O modo como se define e se trata do tema das drogas está intimamente relacionado com o contexto em que seu uso se insere. Os seus diversos modos de uso, a linguagem explorada e as questões morais, éticas e jurídicas relacionadas ao uso de drogas variam de acordo com o tempo e o lugar onde estas substâncias estão inseridas (WADLEY, 2016). Ao discutir a importância dos aspectos socioculturais do uso de drogas, MacRae (s.n.t.) chama a atenção para o fato de que a história deste uso demonstra que as drogas nem sempre se constituíram enquanto uma ameaça para a sociedade, sendo também incluídas e reguladas através de rituais coletivos ou comportamentos que expressavam os valores dessa mesma sociedade. Ainda hoje, a maior parte das/os usuárias/os faz um uso regulado, seja por normas sociais hegemônicas ou não. O conhecimento dessas normas e desses contextos relacionados ao uso de drogas é essencial para qualquer tipo de intervenção ou regulação que se pretenda efetiva.

Desta forma, o cuidado integral para pessoas que fazem uso de drogas envolve diversos aspectos como a história de uso de uma população, vulnerabilidades que podem produzir este uso, ou advir deste uso, como também as estratégias formuladas para dar conta das questões suscitadas por um uso que pode se configurar em um problema. Tais questões abrangem desde problemas de saúde, risco de precarização da vida social até discussões em torno de questões jurídicas e políticas. A reflexão sobre o cuidado integral, desta forma, deve envolver não só as políticas de saúde e a rede social formal, mas também aspectos socioculturais e a rede social informal, como a família, a religião, o trabalho etc., que compõem o território existencial destas pessoas, tendo como uma das principais fontes de informação o próprio sujeito em uso de drogas.

Até o início do século XX, o governo brasileiro não havia desenvolvido nenhum tipo de aparato jurídico-institucional para lidar com o uso de drogas. Neste período, ocorre o surgimento de políticas relacionadas à repressão do uso, enquanto o setor saúde se manteve distante por quase todo o século, com a primeira recomendação para internação em hospitais psiquiátricos a partir da década de 70. Além dos hospitais, algumas

sociedades de caráter privado (Liga Antialcoólica de São Paulo, Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária, Liga Brasileira de Higiene Mental e União Brasileira Pró-Temperança), e as Comunidades Terapêuticas (CT)<sup>1</sup>, em sua maior parte de cunho religioso, eram as alternativas de tratamento para as/os usuárias/os de drogas (BRASIL, 2003; MACHADO; MIRANDA, 2007).

As CT funcionam em grande parte com o trabalho de instituições evangélicas, algumas católicas, como também através de voluntárias/os e ex-usuárias/os, em regime fechado e com internações que variam de seis a nove meses, podendo extrapolar essa média a depender do caso e da instituição. Suas atividades são normalmente de cunho laboral, com uma grade bem definida de horários e responsabilidades. Nas de base religiosa, os momentos de oração estão entre as atividades do tratamento. Outras seguem um modelo mais próximo às clínicas particulares para tratamento de dependência química, com presença de equipe multiprofissional (SABINO e CAZENAVE, 2005; RAUPP e MILNITISKY-SAPIRO, 2008).

As/os usuárias/os nestas instituições têm sido tratadas/os através do afastamento de seu ambiente social, tendo como principais instrumentos terapêuticos a contenção física e medicamentosa, as práticas disciplinares e a realização de atividades com base moralista ou religiosa, tendo como objetivo o alcance da abstinência. Estes tipos de tratamento têm tido sua eficácia questionada, somando-se às inúmeras violações dos direitos humanos ocorridas dentro destas instituições (ASSIS et al., 2013).

Apesar disso, alguns autores (PERRONE, 2014; SABINO e CAZENAVE, 2005; COSTA, 2001) defendem que o tratamento nestas comunidades apresenta bons resultados em termos de reabilitação psicossocial e questionam o julgamento de comunidades sérias a partir de instituições que funcionam de maneira clandestina e/ou inadequada. Por outro lado, reconhecem que a maioria das instituições ainda se encontra nesta última situação.

De acordo com a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a implantação de uma rede territorial substitutiva seriam o caminho mais adequado para o cuidado de pessoas com transtorno mental e usuárias de álcool e outras drogas. A partir da Lei nº 10.216 de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo

---

1 Estas Comunidades Terapêuticas são também conhecidas como Centros de Recuperação, tendo um funcionamento bastante diferente das Comunidades Terapêuticas pautadas no movimento da Antipsiquiatria. Apesar disto, Perrone (2014) afirma que as Comunidades Terapêuticas para usuárias/os de drogas teriam sido inspiradas nas Comunidades à época do movimento da Antipsiquiatria.

assistencial em saúde mental, e das portarias subsequentes, um movimento de mudança do modelo assistencial começa a se consolidar no país (BRASIL, 2001). A Portaria nº 336 de 2002 (consolidada na Portaria de nº 3 de 2017) propõe a implantação do Centro de Atenção Psicossocial para usuárias/os de álcool e outras drogas (CAPS AD), que tem como lógica de funcionamento a Redução de Danos (RD) (BRASIL, 2017). Em 23 de dezembro de 2011 foi lançada a portaria 3.088 (consolidada na Portaria de nº 3 de 2017), que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com o objetivo de avançar na conformação de uma rede de serviços integrada e articulada, envolvendo os diversos níveis do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017).

Quanto a esta rede de atenção formal, os serviços voltados para o internamento de usuárias/os de drogas (comunidades terapêuticas, clínicas particulares e hospitais psiquiátricos) têm se mostrado mais distantes de premissas essenciais para o cuidado integral em saúde mental, principalmente em termos da sua proposta de isolamento, da busca de cura enquanto uma adequação dos sujeitos a estereótipos de normalidade e da negação de marcadores sociais como classe, raça e gênero na formulação dos projetos terapêuticos, da falta de ações relacionadas à garantia de direitos e à autonomia, e no que diz ao respeito à ausência de reconhecimento da singularidade e do desejo de cada sujeito. Por sua vez, os Centros de Atenção Psicossocial têm se caracterizado como serviços mais afinados com os modelos psicossocial e sociocultural de abordagem do fenômeno do uso de drogas, se mostrando mais próximos do que seria um olhar integral voltado para a desinstitucionalização, em termos da manutenção da liberdade, da tentativa de um olhar para o sujeito em suas dimensões biopsicossocial, no que diz respeito às questões relacionadas ao risco social, por auxiliar na busca de direitos das/os usuárias/os, e por ter em algumas/uns das/os profissionais agenciadoras/es das redes de cuidado e do Projeto Terapêutico Singular (PINHEIRO; TORRENTÉ, 2020).

No que se refere ao uso de drogas por mulheres, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018), a taxa de prevalência do uso de álcool é mais que duas vezes maior entre homens do que mulheres. No entanto, esse dado pode estar subdimensionado do lado das mulheres, porque, segundo a própria OMS, os homens estão mais propensos do que as mulheres a informar problemas com o uso do álcool nos serviços de saúde. Os estereótipos de gênero em relação à propensão a problemas relacionados ao álcool em homens parecem reforçar o estigma social e restringir a busca por ajuda por parte das mulheres que também têm problemas (OMS, 2018).

Ainda segundo a OMS (2018), questões como a depressão, ansiedade, sofrimento psicológico, violência sexual, violência doméstica e taxas crescentes de uso de drogas afetam mais as mulheres do que os homens em diferentes países e diferentes contextos. As pressões criadas por seus múltiplos papéis, estereótipos de gênero e fatores associados à pobreza, fome, desnutrição, excesso de trabalho, violência doméstica e abuso sexual, combinam-se para explicar a saúde mental das mulheres. Existe uma relação positiva entre a frequência e a gravidade de tais fatores sociais e a frequência e gravidade dos problemas de saúde mental.

De acordo com relatório do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC, 2018), se registrou um aumento global de 20 milhões de pessoas envolvidas com o consumo de drogas na faixa etária de 15 a 64 anos, entre os anos de 2015 e 2016. Dentre estas pessoas, a maioria são homens, mas as mulheres têm padrões específicos de uso. A prevalência do uso não médico de opioides e tranquilizantes pelas mulheres, por exemplo, permanece em um nível comparável, se não superior, ao dos homens. Além disso, tal relatório aponta que, embora as mulheres possam tipicamente começar a usar drogas mais tarde do que os homens, uma vez que iniciam o uso, tendem a aumentar a taxa de consumo de álcool, cannabis, cocaína e opioides mais rapidamente que os homens, bem como desenvolver desordens decorrentes do uso de drogas.

Ainda de acordo com a UNODC (2018), mulheres com transtornos por uso de drogas apresentam altas taxas de transtorno de estresse pós-traumático e podem ter experimentado adversidades na infância, tais como negligência física, abuso físico, ou abuso sexual. Apesar disso, e embora o número de mulheres seja de uma em cada três pessoas que usam drogas, as mulheres continuam a representar apenas uma em cada cinco pessoas em tratamento. A proporção de mulheres em tratamento tende a ser maior para tranquilizantes e sedativos do que para outras substâncias.

Apesar da importância destes dados descritivos, no que diz respeito à articulação entre gênero e uso de drogas, Maristela Moraes (2010) aponta a importância de realizar essa articulação para além das descrições sobre as diferenças de uso entre homens e mulheres, e irmos à busca de explicações plausíveis para essas variações, que nos levarão a maneiras adequadas de intervir de forma específica. Ainda de acordo com a autora, essa articulação pode nos ajudar a compreender como a socialização de homens e mulheres está relacionada a determinadas práticas no que diz respeito ao uso de drogas e seus contextos, os quais expõem homens e mulheres a determinadas situações de vulnerabilidade. O gênero está presente nas relações hierárquicas entre as pessoas

envolvidas tanto nos cotidianos de usos como nas intervenções profissionais, refletindo nas políticas públicas e nas ações provenientes das diversas áreas acionadas para lidar com a complexidade do fenômeno do uso de drogas.

Neste sentido, Mabel Silva (2016) chama atenção para o fato de que as políticas voltadas para usuárias/os de drogas reproduzem e veiculam uma concepção específica de usuária/o, relacionada a representações masculinas heterossexuais hegemônicas em nossa cultura. Ela destaca que o termo *usuário*, no masculino, é utilizado de modo generalizado e, supostamente, inclui as usuárias de drogas. Tal nomeação se apoiaria numa gramática sexista, segundo ela, que pode ser analisada como um ato de poder. Em circunstâncias específicas, segundo a autora, o texto normativo destaca diferenças entre homens e mulheres e o fazem majoritariamente ressaltando diferenças biológicas. Estas diferenças biológicas apontam maior fragilidade por parte das mulheres em relação aos homens. Indo ao encontro dos textos normativos, pesquisas realizadas no campo de drogas também referem o corpo da mulher como marcado pela fragilidade orgânica, psíquica, sexual e reprodutiva.

Florêncio Costa-Junior e Ana Cláudia Maia (2010), em seu estudo sobre corpo e sexualidade, discutem a visão dos profissionais de saúde sobre o corpo feminino e masculino. O corpo feminino é representado como mais vulnerável a doenças, como se fosse passível de um desgaste maior, ou tivesse uma composição física mais vulnerável. Além disso, a mulher é responsabilizada por essa vulnerabilidade devido a uma combinação entre seu corpo e seus hábitos de vida.

Além das essencializações biológicas, há também as essencializações psicologizantes. As pesquisas do Programa de Atenção à Mulher Dependente Química (PROMUD) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Ipq-HC-FMUSP) mostram que, enquanto mulheres relatam mais problemas psicológicos associados ao uso abusivo de drogas, como depressão, baixa autoconfiança, irritabilidade e dificuldade em prever os próprios sentimentos, os homens referem frequentemente a ocorrência de problemas externos, como dificuldades profissionais, financeiras e criminais (PRADO e QUEIROZ, 2012).

Tal diferenciação entre homens e mulheres precisa ser tomada, também, como processo decorrente da própria produção do gênero dentro da cultura. Tais sintomas, ou causas, descritos nas pesquisas, precisam ser discutidos também nessa perspectiva, lembrando que ser homem ou ser mulher implica numa série de expectativas sociais e formas de estar no mundo que também podem resultar em adoecimentos diferenciados

(SILVA, 2016). Dessa forma, é importante que novos estudos sobre o uso de drogas entre as mulheres possam utilizar a categoria gênero a partir de um ponto de vista relacional, tendo em vista as relações sociais e de poder envolvidas no modo como o fenômeno do uso de drogas acontece entre as mulheres. O conhecimento do contexto sociocultural onde a mulher se insere, e como a construção das diferenciações de gênero se dá neste contexto, é primordial para a compreensão das consequências de tais relações.

A partir da revisão de literatura realizada para a construção deste projeto de pesquisa, que se encontra na íntegra no primeiro artigo da tese, pudemos perceber que, no Brasil e no mundo, aspectos importantes sobre o cuidado ofertado a mulheres em uso de drogas têm sido abordados pelas pesquisas científicas, desde o acesso aos serviços, algumas de suas tipologias, a efetividade de alguns destes serviços, a importância da aliança terapêutica com as mulheres e seus familiares, como também suas necessidades sociais e de saúde. Porém, a maior parte dos trabalhos não abordou o cuidado tendo como analisador as questões de gênero a partir dos contextos socioculturais dessas mulheres e como estas questões têm influência no modo como profissionais, familiares e as próprias mulheres constroem práticas de cuidado, muitas vezes a partir de estereótipos e da reprodução do sexismo, do machismo e das discriminações envolvendo classe e raça.

As questões de gênero passaram por muito tempo invisibilizadas ou subalternizadas no campo da Saúde Coletiva, da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Luta Antimanicomial. No Brasil ainda são escassos os trabalhos acadêmicos que têm como pauta a saúde mental das mulheres a partir de uma perspectiva feminista e esse campo de debate tem seu crescimento recente, em especial no que diz respeito aos feminismos interseccionais (PASSOS; PEREIRA, 2017). Rachel Passos e Melissa Pereira (2017) nos alertam também que a Reforma Psiquiátrica e o feminismo têm diversos pontos em comum, ambos precisam lidar com a dominação burguesa e patriarcal, e conclamam a abertura deste diálogo tanto nos debates antimanicomiais como feministas, a fim de que tal discussão alcance os movimentos sociais, a academia e o cotidiano dos serviços.

Desta forma, levando em consideração os dados apresentados até aqui e a relevância do tema para a Saúde Coletiva, esse estudo buscou responder a seguinte pergunta: Quais as experiências de cuidado de mulheres que fazem/fizeram uso de drogas? É preciso ressaltar que essa pergunta não tem como aspecto central a investigação sobre a rede de serviços utilizada pelas mulheres, mas sobre as relações que estas mulheres estabeleceram ou estabelecem entre si, consigo mesmas, com sua rede social

informal, com os diversos serviços e profissionais da rede e quais os sentidos por elas atribuídos para estas experiências de cuidado.

Para entender como essas experiências se produziram no nosso contexto sociocultural e como se construíram as práticas de cuidado que elas exerceram sobre si e construíram com os outros, foi necessário o acompanhamento destas mulheres com o uso de instrumentos metodológicos de inspiração etnográfica e o uso de lentes de análise que contemplassem as características e modos de funcionamento de uma sociedade patriarcal, que se localiza num país de passado escravocrata e colonial. Portanto, a antropologia feminista e o feminismo decolonial me pareceram escolhas teórico-metodológicas capazes de me aproximar das experiências destas mulheres e provocar reflexões que pudessem nos levar além da naturalização do olhar sobre as questões de gênero, raça e classe.

Para este empreendimento, construí algumas etapas: vou apresentar inicialmente os objetivos geral e específicos da pesquisa, formatando a bússola diante da pergunta de investigação aqui já apresentada; em seguida, vamos nos aprofundar sobre o tema do cuidado, trazendo suas diversas facetas e possibilidades; depois, vamos nos debruçar sobre algumas reflexões sobre as articulações entre o gênero e a saúde, assim como entre gênero, raça, classe e saúde mental. Estes temas formam a base inicial de onde partirão as reflexões sobre o cuidado e como sua construção pode ser atravessada por marcadores sociais importantes como gênero, raça, classe, dentre outros. A seguir, vamos conhecer as coordenadas de análise a partir das epistemologias feministas e do feminismo decolonial. Esse percurso nos trará as ferramentas de análise necessárias para embarcarmos nos caminhos metodológicos. Lá encontraremos a descrição do itinerário de pesquisa construído sob a inspiração dos Grupos Operativos de Enrique Pichon-Rivière e da etnografia feminista. Na sequência, trarei as questões éticas envolvidas neste tipo de pesquisa.

Quase por último, e de nenhuma forma menos importante, virão uma breve descrição sobre as trajetórias das interlocutoras e os quatro artigos frutos das pesquisas de literatura e das análises empreendidas: o primeiro artigo denominado “Tratamento para mulheres que usam drogas: uma crítica sob a perspectiva do feminismo decolonial”, que realiza revisão sistemática sobre o tratamento para o uso de drogas por mulheres e aponta lacunas nesta literatura a partir de uma perspectiva feminista decolonial; o segundo artigo “Práticas de cuidado de mulheres que usam drogas: uma análise sob o ponto de vista do feminismo decolonial”, que apresenta as práticas de cuidado implementadas por mulheres

com histórico de uso de álcool e outras drogas e como questões relacionadas aos marcadores sociais da diferença, principalmente gênero, raça e classe, provocam atravessamentos nos modos de produção deste cuidado; o terceiro artigo “A construção do cuidado com mulheres que usam drogas: a colonialidade do gênero e os desafios para a Rede de Atenção Psicossocial”, que versa sobre as práticas de cuidado implementadas junto aos serviços de saúde por mulheres com histórico de uso de álcool e outras drogas e, mais uma vez, como questões relacionadas aos marcadores sociais da diferença, principalmente gênero, raça e classe, provocam atravessamentos nos modos de produção deste cuidado; e o quarto e último artigo “‘Você é a primeira no Ilê Toloya’: práticas de cuidado de mulheres que usam drogas e feminismo decolonial”, que conta sobre o meu encontro com Lourdes<sup>2</sup>, uma das interlocutoras, e trata de como esse encontro trouxe para mim, para Lourdes e para outras mulheres que participaram e ainda participam deste encontro, a oportunidade de construir cuidado. Por fim, trago minhas considerações finais diante desta jornada de pesquisa e como os resultados apresentados podem ser úteis para o campo da Saúde Coletiva e para uma Reforma Psiquiátrica feminista, antirracista, antimanicomial e decolonial.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Analisar, numa perspectiva feminista decolonial, experiências de cuidado de mulheres atendidas por um Centro de Atenção Psicossocial para usuárias/os de álcool e outras drogas (CAPS AD).

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Identificar práticas de cuidado implementadas por mulheres atendidas por um Centro de Atenção Psicossocial para usuárias/os de álcool e outras drogas (CAPS AD);
- Conhecer as experiências de mulheres atendidas por um Centro de Atenção Psicossocial para usuárias/os de álcool e outras drogas (CAPS AD) no tocante às práticas de cuidado implementadas junto aos serviços de saúde;
- Discutir, numa perspectiva feminista decolonial, sobre as experiências de mulheres atendidas por um Centro de Atenção Psicossocial para usuárias/os de álcool e outras

---

<sup>2</sup> Os nomes das interlocutoras são fictícios e foram escolhidos por elas.

drogas (CAPS AD) no tocante às práticas de cuidado implementadas dentro e fora dos serviços de saúde.

#### **4 FACETAS DO CUIDADO: O CUIDADO DE SI, O CUIDADO, PRÁTICAS DE CUIDADO NA SAÚDE, O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL, O CARE.**

Este capítulo tem como objetivo fazer uma exploração sobre a temática do cuidado, trazendo alguns conceitos que nos serão úteis para pensar o cuidado implementado por mulheres em uso de drogas. Iniciarei este tópico apresentando alguns conceitos relacionados ao campo da filosofia, depois seguirei expondo conceitos e reflexões sobre o cuidado em saúde, desembocando no cuidado em saúde mental e na importância de que ele possa ser exercido dentro de uma perspectiva feminista e antirracista.

##### **4.1 O cuidado de si**

No campo da filosofia, gostaria de trazer o conceito de cuidado de si através dos aportes teóricos propostos por Michel Foucault. Esse autor propõe a discussão sobre o cuidado de um ponto de vista da ética no cuidado na relação consigo mesmo e com os outros, o que traz elementos importantes para uma futura discussão sobre o cuidado das mulheres consigo mesmas, mas também sobre o cuidado exercido no campo da saúde. Foucault (2006) faz uma análise de como os filósofos gregos da Antiguidade tratavam a questão do cuidado de si (*epiméleia heautoû*) como práticas de cuidado realizadas pelo sujeito para consigo mesmo. Ele vai defender que, apesar do preceito socrático “conhece-te a ti mesmo” (*gnôthi seautón*) ter sido muito mais difundido naquela sociedade, para a ética grega não seria possível conhecer a si mesmo sem cuidar de si mesmo, pois tal conhecimento sobre si mesmo só seria possível a partir das práticas exercidas sobre si, através do cuidado de si.

Desta forma, o conceito do cuidado de si estaria associado a um entendimento de que o sujeito não acessaria a verdade por um simples ato de conhecimento, mas por uma “conversão” a si mesmo através de práticas sobre si que possibilitariam uma modificação de si, uma transformação que lhe daria acesso à verdade. Para investigar esse conceito de cuidado de si na tradição ocidental, Foucault (2006) analisa três momentos, o momento socrático-platônico, a idade de ouro nos séculos I e II d.C. e a passagem dos séculos III ao IV d.C.

No momento socrático-platônico, o cuidado de si surge como uma necessidade de ocupar-se consigo mesmo para alcançar a verdade, o conhecimento de si. Assim como há, neste período, uma relação direta entre cuidar de si e ser capaz de cuidar dos outros. Para governar a *pólis*, Sócrates vai dizer que o sujeito precisa inicialmente governar a si, só depois será possível governar os outros. Para governar a si é necessária a aquisição de um saber, uma *téckne* que habilite o sujeito a bem governar os outros. As práticas de cuidado de si estavam voltadas principalmente para os jovens da elite que pretendiam entrar no campo da ação política (FOUCAULT, 2006).

A aquisição do saber neste período, da *téckne*, será pautado nos saberes filosóficos e médicos com o uso de práticas sobre si que requerem concentração, como a memorização do passado, exames de consciência, o retiro, a meditação, técnicas de resistência às tentações, de respiração, de preparação para o sonho e regimes (modulação de exercícios, alimentos, bebidas, sono e sexo). Tais práticas são permeadas pela temperança e devem ser ajustadas de acordo com as circunstâncias e vicissitudes de cada sujeito. Desta forma, não existiam receitas imperativas às quais se devia seguir cegamente, mas princípios estratégicos pautados em práticas de liberdade (FOUCAULT, 2006).

É importante destacar que o objetivo de todas estas práticas era o conhecimento de si e o encontro com sua própria verdade. Este conhecimento tornaria possível ao sujeito exercer o que Sócrates vai chamar de *parresia*, ou seja, falar a verdade, não dissimular, nem usar a retórica para ocultar e, a partir disso, agir de acordo com o que se fala, agir de acordo com essa verdade que se pronuncia. A *parresia* está relacionada a uma coragem de dizer a verdade que permitirá ao sujeito agir de forma ética, muitas vezes de forma pouco convencional, arriscar-se em desafios que sejam coerentes com sua verdade e assim verdadeiramente ser capaz de governar a si e aos outros (FOUCAULT, 2006).

Portanto, a moral grega estava relacionada com esse modo de agir ético que respeitava o caráter individual da conduta e o modo de vida que cada sujeito elaborava a partir do seu trabalho sobre si mesmo. As técnicas que envolviam o cuidado de si não tinham caráter normativo, não se baseavam em códigos a serem seguidos. A ética estava completamente relacionada a uma estética da existência que tinha como possibilidades a crítica e a experimentação a partir da reflexão sobre suas práticas e condutas e uma busca da transformação de si mesmo (GOMES et al., 2018).

No que diz respeito ao período que abrange os séculos I e II d.C., Foucault (2006) vai usar como referência os filósofos da época helenística, epicuristas, cínicos e estóicos,

com destaque para nomes como o de Sêneca, Marco Aurélio, Epicuro, Plínio e Epicteto. Este período foi marcado por uma visão do cuidado de si não só como importante para os jovens da elite que estavam destinados a governar, mas para todos os cidadãos, desde o final da adolescência até a velhice. O objetivo do cuidado de si desloca-se de um cuidado que visa ao governo dos outros ou da cidade e passa a um retorno a si mesmo como finalidade última.

As práticas de si desenvolvidas neste período resgatam várias técnicas já praticadas no momento socrático-platônico como a meditação, a memorização, o exame de consciência, os regimes (modulação de exercícios, alimentos, bebidas, sono e sexo), com destaque para novas técnicas como a escuta, a escrita, a leitura e a fala. Neste momento tais exercícios teriam como finalidade uma cultura de si, tal cultura deveria atender a um conjunto de valores universais, mas não acessíveis a qualquer um, mas para aqueles que usassem de técnicas e procedimentos regrados e elaborados a partir de conceitos e teorias. Tais conceitos seriam transmitidos pelo mestre, pelo filósofo encarregado pela instrução de seu discípulo (FOUCAULT, 2006).

Dessa forma, Foucault (2006) sinaliza que o cuidado de si não é uma prática solitária, é sempre uma prática que envolve o Outro. No período platônico-socrático, a instrução realizada pelo mestre se dava através de três mestrias, seja pelo próprio exemplo, seja pela transmissão direta de conhecimentos, seja pelo diálogo que provoca embaraço e descoberta. Tais mestrias partem do fato de que o sujeito é ignorante e é preciso preencher essa lacuna da ignorância com o verdadeiro conhecimento. Já nos séculos I e II d.C., o mestre não será aquele que preenche a lacuna da ignorância do sujeito, mas aquele que possibilita a subjetivação em si. O mestre é o mediador entre um estado chamado *stultitia*, onde o *stulto* está completamente aberto às influências do mundo, se misturando com tudo que vem do externo, sem análises ou filtros que lhe conduzam a um determinado objetivo, operando uma vontade que não é livre, para um estado onde existe um querer livre, um querer absoluto, um querer sempre que se direciona para um único objeto: o eu.

Assim, a possibilidade de exercer o cuidado de si implica em uma operação mediada pelo Outro que “incide sobre o modo de ser do próprio sujeito, não simplesmente a transmissão de um saber que pudesse ocupar o lugar ou ser o substituto da ignorância” (FOUCAULT, 2006, p. 166). Dessa forma, o filósofo seria esse operador, esse sujeito capaz de dirigir o processo necessário para o alcance da subjetivação. Além do mestre, que é o mediador deste processo, Foucault (2006) sinaliza também que, apesar de nos

séculos I e II d.C. o cuidado de si ter se desvinculado da política (cuidado da cidade) e do caráter pedagógico, ele ainda se encontrava entrelaçado a uma rede de relações sociais diversas e tinha suas repercussões no modo como os sujeitos se relacionavam com os outros. Para os sujeitos, continuava sendo imprescindível cuidar de si para estabelecer o melhor agir para com os outros.

Enquanto analisa o cuidado de si nos momentos socrático-platônico e na Idade de Ouro, Foucault (2006) traz comparações entre as práticas de cuidado de si deste período e como algumas destas práticas foram reformuladas e utilizadas com finalidades diferentes na passagem dos séculos III ao IV d.C. da era cristã. As práticas, que na Antiguidade eram utilizadas para o conhecimento de si ou como práticas de liberdade que permitiam a subjetivação dos sujeitos, passam a ser usadas no momento cristão como práticas de renúncia a si, confissão de si ou purificação. Nesse momento há uma renúncia a si e um sacrifício que tem como base não a verdade do sujeito, mas uma verdade imposta pelo outro, pelo texto cristão. O cuidado de si deixa de ser uma prática de busca de si, de sua verdade, de sua transformação no sentido de ser cada mais fiel a si mesmo, para ser uma busca de salvação que está no outro, na renúncia a si e às ligações terrestres. Passa-se de uma moral que era a busca de uma ética pessoal para uma moral enquanto obediência a um sistema de regras.

Assim, gostaria de finalizar sobre essa contribuição de Foucault a partir do conceito de cuidado de si realçando que a relação entre liberdade, ética e cuidado de si para os filósofos gregos-helenísticos se baseava em uma prática onde o sujeito não poderia se deixar dominar nem pelos outros, nem por si próprios (suas paixões) e por isso exercia as práticas de cuidado de si de modo a se conhecer e se dominar. A partir destas habilidades, dessa *tékhne tou bíou*, dessa arte de viver, é que se tornava possível a manutenção de relações adequadas, prudentes, não abusivas com os outros e nas relações políticas. Tal discussão nos remete a um sujeito ético-político de postura ativa que constrói seus modos de viver a partir de sua cultura e que pode desenvolver um cuidado ético e político para consigo e para com a sociedade (FOUCAULT, 2006; GOMES et al, 2018).

Essa discussão sobre um cuidado de si a partir de uma postura ética e que possibilita a construção de diferentes modos de ser, de outros modos de subjetivação e de respeito às escolhas dos sujeitos pode nos dar subsídios para repensar o cuidado em saúde na contemporaneidade. Não se trata aqui de propor um retorno aos modos de viver da Antiguidade, mas de refletir sobre os modos como o cuidado é exercido para com os

outros e como as pessoas exercem esse cuidado de si e os impactos que isso tem em suas realidades a partir de um prisma outro, que nos lembre que, ao mesmo tempo que o ser humano é esse ser que se constrói pelo cuidado de outros, sob o poder de outros, é também ele um sujeito detentor de poder e de possibilidade de exercer um cuidado de si que lhe abra novas formas de viver consigo e com os outros.

## 4.2 O cuidado

Ainda no rastro de como a filosofia vem pensando o cuidado, trago para discussão o trabalho da pedagoga Luigina Mortari (2018) que em seu livro “Filosofia do Cuidado” faz uma discussão sobre o conceito de cuidado a partir de filósofos como Martin Heidegger, Edith Stein e Emmanuel Lévinas. A autora parte da analítica existencial de Heidegger em sua obra *Ser e tempo* (1927), onde o filósofo alemão traz o cuidado como o modo de ser do *ser-aí* (dasein). Dessa forma só é possível falar de cuidado levando em consideração o *ser-aí* como um ser de possibilidades, nunca plenamente realizado, um *poder-ser-possível*. No que diz respeito a Stein, Mortari (2018) parte de sua obra *Ser finito e ser eterno* (1950), onde a filósofa trata sobre a condição humana como marcada pela debilidade do ser, nunca possuindo o próprio ser em definitivo. Já em relação a Lévinas, inicialmente a autora o utiliza para fazer um recorte teórico na obra de Heidegger e se concentrar no conceito de *solicitude*, onde o cuidado é visto a partir da condição existencial do *ser-aí* como *ser-com* os outros. Do ponto de vista do cuidado, a condição do *ser-aí* remete a um *quem-cuida* e um *quem-recebe-cuidado*. Dessa forma, o caráter relacional do cuidado é um aspecto central da discussão empreendida por Mortari (2018), assim como o pressuposto de que o cuidado e a relação com o outro são essenciais para a manutenção da vida.

Assim, a autora nos relembra que, do nascimento até o momento da morte o ser humano se encontra na condição de dever ocupar-se de si, dos outros e das coisas. Desta forma, ela afirma que nos tornamos aquilo de que cuidamos e que os modos de cuidado vão constituindo o nosso ser a partir dessas relações estabelecidas. As ideias que cuidamos, as coisas que cuidamos, as pessoas que cuidamos passam a fazer parte de nós. Ela vai dizer que o cuidado funciona como uma *fábrica do ser*. Além disso, a autora vai nos lembrar, retomando Heidegger, que o cuidado é um trabalho do viver e do existir que é essencial e incessante, o ser humano enquanto *ser-aí* marcado pela debilidade do ser precisará sempre do cuidado enquanto um trabalho que preenche cada instante (Mortari, 2018). Dessa forma, a autora complementa:

O cuidado é ontologicamente essencial: protege a vida e cultiva as possibilidades de ser. O bom cuidar mantém o ser imerso naquilo que é bom. E é esse bom que dá forma à matriz geradora do nosso viver e que estrutura o estrato de ser que nos faz estar firmes entre as coisas e os outros. Praticar o cuidado é, por conseguinte, colocar-se em contato com o coração da vida (p. 10).

Mortari (2018) enfatiza a todo tempo nossa inconsistência ontológica e a nossa necessidade do cuidado de um outro e de obter as coisas que nos alimentam o corpo e a alma, conservando nosso ciclo vital. Chama a atenção também para que tal estado de inconsistência pode nos levar a um sentimento de impotência e a ações compulsivas como modo de lidar com esse sentimento de carência. Por outro lado, essa forma de *ser-aí* inacabada e incompleta traz a abertura de novas possibilidades de ser, de ultrapassar o próprio modo presente, de transcender. Dessa forma, a autora vai interpretar o que Heidegger chama de “cuidado como procura” e “cuidado como dedicação”, dizendo que o primeiro trata de um trabalho de cuidado para nutrir e conservar a vida e o segundo como uma busca de condições experienciais que promovem a transcendência.

Se o cuidado é, essencialmente, cuidado do *ser-aí*, e o *ser-aí* é um *poder-ser-possível*, então o cuidado, enquanto cuidado do *ser-aí*, é tensão a realizar o possível nas suas melhores formas, aquelas nas quais sentimos que se cumpre o bom sentido do existir (Mortari, 2018, p. 21).

Dessa forma, a autora segue seu raciocínio falando da responsabilidade que temos diante dessa “plasmabilidade” do *ser-aí*, que requer uma presença atenta e responsável e que nos convoca ao cuidado consigo mesmo. Esse cuidado consigo deve procurar essa melhor forma do próprio ser existir, lidando constantemente com a fragilidade e vulnerabilidade de sua condição, ao mesmo tempo em que procura realizar as próprias potencialidades existenciais. “Cuidar da vida é, portanto, assumir também o empenho de transformar o possível em atual, de modo a realizar uma vida que faça florescer o melhor do humano e que, como tal, seja digna de ser vivida” (Mortari, 2018, p. 23).

Para que possamos transcender, florescer em nossas possibilidades, Mortari (2018) vai dizer que é indispensável o cuidado dos estados de adoecimento do corpo e da alma, ou seja, é necessário botar em prática o cuidado como *terapia*. *Terapia* enquanto cuidado destinado a aliviar o sofrimento. A doença intensifica o estado de debilidade ontológica e nos faz experimentar a impossibilidade de uma alternativa ontológica. Tal estado pode gerar uma sensação de passividade radical e uma angústia com a qual teremos que lidar para retomar o ritmo de perceber o ser como abertura. A autora afirma que, em presença da dor, tem-se o desejo de um tipo de soberania sobre o próprio *ser-aí* que

pudesse tornar capaz o enfraquecimento, a anestesia e a dessensibilização da energia vital como uma forma de não sentir a dor, tornando a inconsciência do sentir sensível e a debilidade da vida mental quase como algo positivo.

Tais estados de adoecimento requerem experiências positivas de cuidado que possam eliminar ou amortecer o peso do sofrimento do outro, ao mesmo tempo em que se procura novas formas de caminhar no tempo. Estas novas formas podem ser desenvolvidas a partir de um cuidado feito com presença e disponibilidade para compartilhar e suportar juntos o trabalho de tecer a experiência, assumindo a responsabilidade pela pessoa em sua inteireza de mente e corpo. Dessa forma, o cuidado consigo mesmo é essencial para a existência, mas esse cuidado necessita do sustento que vem do cuidado de outros. Em um esforço de resumir os tipos de cuidado trazidos até aqui, Mortari (2018) vai dizer que:

O primeiro é o cuidado como trabalho do viver para preservar o ente que nós somos; o segundo é o cuidado como arte de existir para fazer florir o *ser-aí*; e o terceiro, o cuidado como técnica de conserto para curar as feridas do *ser-aí*. O cuidado, na sua essência, responde a uma *necessidade ontológica*, que engloba uma *necessidade vital*, aquela de continuar a ser; uma *necessidade ética*, aquela de *ser-aí* com sentido, e uma *necessidade terapêutica*, para reparar o *ser-aí* (p. 36).

Assim, a arte de existir para transcender só é possível na presença do ser do outro. Então Mortari (2018) afirma que se viver é *com-viver*, é essencial encontrar na vida o ritmo de compartilhar com os outros, uma ética da partilha guiada pelo desejo de uma convivência afetuosa e responsável, que diminua os riscos trazidos pela grande vulnerabilidade em que nos colocamos ao nos vincularmos com os outros ou dependermos de seus cuidados.

Pode-se afirmar que a essência do cuidado consiste em ser uma prática que acontece em uma relação, que se atualiza segundo uma duração temporal variável, movida pelo interesse pelo outro e orientada a promover o seu *bem-estar-aí*, e que, por isso, se ocupa de algo que é essencial para o outro (Mortari, 2018, p. 91).

Estas relações de cuidado podem ser informais, como as parentais, de amizade, entre outras, ou formalizadas, como em contextos educativos, terapêuticos, assistenciais etc. Normalmente são assimétricas, tendo um polo da relação na responsabilidade de exercer o cuidado e o outro na condição secundária de receber o cuidado, e por isto uma problemática ética é própria do cuidado. Neste sentido, Mortari (2018) vai afirmar que o núcleo ético do cuidado é composto por posturas que caminham na direção do *bem-estar-aí*, tanto no cuidado de si, como no cuidado do outro. Tais posturas são: *sentir-se*

*responsável, compartilhar o essencial com o outro, ter uma consideração reverencial pelo outro, ter coragem.*

O *sentir-se responsável* traz como pontos principais o estar disponível para atender as necessidades do outro, se sentindo responsável não só pela própria existência, mas também pela do outro, assim como a percepção de si e do outro como seres vulneráveis e que necessitam de cuidado, de modo a não exercer um poder sobre o outro baseado numa falsa ideia de completude de um e incompletude do outro, mas exercendo a capacidade de pensar a realidade do outro na condição que é a sua. *Compartilhar o essencial com o outro* traz a ideia de uma ação receptiva e passiva de ver e acolher aquilo que a realidade me diz e em seguida responder ativamente à realidade através de gestos que concretizam o cuidado. Esse ato se dá através de uma ação ética que busca o *bem-estar-aí*, respondendo a uma necessidade essencial que se apresenta na realidade, mas atento ao outro na sua singularidade (Mortari, 2018).

*Ter uma consideração reverencial pelo outro* diz respeito à prevenção de que a relação assimétrica do cuidado não se transforme numa relação violenta onde o outro se torna submisso à nossa maneira de agir e pensar. É importante que, no processo de cuidado, possamos respeitar o espaço experiencial do outro sem desapropriá-lo de sua reponsabilidade, ou reduzir a sua alteridade. Já em relação ao *ter coragem*, a autora se refere à capacidade de se deixar tocar pela condição do outro sem se esquivar, entrar em contato com a qualidade de sua vivência para reconhecer suas necessidades, assim como estar disposto a renunciar a teorias pré-concebidas e estar aberto para o desenvolvimento de novas formas de buscar o bem para o outro e para si (Mortari, 2018).

Finalizando sobre as ideias de Mortari (2018), a autora vai trazer o que ela chama de indicadores do cuidado, formas de concretizar o cuidado, uma lista de posturas e modos de agir que sinalizariam a presença de uma relação de cuidado: *prestar atenção; escutar; estar presente com a palavra; compreender; sentir com o outro; ser presente numa proximidade distante; agir com delicadeza e com firmeza; e a fadiga do cuidado*. Tais modos de concretizar o cuidado são não só aspectos ontológicos do *ser-aí*, mas compromissos éticos com o outro de quem se cuida, mantendo posturas de empatia e compaixão, ao mesmo tempo que se evita uma relação intrusiva onde as barreiras entre si mesmo o outro estariam sob ameaça, ou evitativa, que impossibilite a relação. Nesta relação também é importante se aproximar do outro sem a intenção de dominá-lo, ao mesmo tempo em que se deve dizer não às exigências do outro quando necessário para incentivar sua autonomia. Todo esse processo de trabalho do cuidado pode ser fatigante,

requerendo de quem o faz muita energia, seja ela cognitiva, emocional, organizativa e, até mesmo, física (Mortari, 2018). Todos estes conceitos trazidos por Mortari (2018) podem ser úteis nas análises que se seguirão nesta tese, tanto para pensar o cuidado construído por estas mulheres junto às suas redes social e de saúde, como para pensar o cuidado consigo mesmas, ponto também relevante para o desenrolar de suas trajetórias de uso e cuidado.

Tanto Foucault, ao se debruçar sobre o cuidado de si na Antiguidade, como Mortari, ao resgatar o conceito de cuidado em filósofos como Heidegger, nos convocam a pensar o cuidado em suas várias nuances, tanto sobre o modo como exercemos o cuidado de si, mas, também, como exercemos o cuidado com o outro e os aspectos éticos envolvidos em processo tão delicado e potente quanto o cuidar. Pensar o cuidado em saúde, principalmente o cuidado de pessoas com problemas em relação ao uso de drogas, nos convoca fortemente à reflexão sobre os propósitos e caminhos para onde nos levam as ações de cuidado. Numa sociedade onde o estigma e o preconceito relacionados ao uso de drogas por mulheres, principalmente mulheres negras, se faz proeminente, é imprescindível analisar as ações de cuidado com olhar crítico para as ações de controle, coerção, correção e punição que se travestem de ações de cuidado. Como os autores supracitados nos alertaram, deve haver uma ética no cuidado, um caminho que leve o sujeito a si e que tenha como meta seu florescimento, sua verdade.

### **4.3 O cuidado em saúde**

#### **4.3.1 O “Cuidado” enquanto ideal regulador**

Para pensar o cuidado em saúde, José Ricardo Ayres também escolherá como ponto de partida a filosofia. Assim como Mortari, Ayres vai partir das reflexões de Heidegger para pensar o cuidado, como também vai se utilizar das reflexões de Foucault sobre o cuidado de si. O autor propõe pensar o cuidado em saúde como um construto filosófico:

[...] uma categoria com o a qual se quer designar, simultaneamente, *uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos, visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade* (AYRES, 2009, p. 42).

Ayres (2009) vai tecer uma crítica ao modo como o cuidado em saúde vem sendo exercido pela Medicina tecnocientífica, afirmando haver uma crise de legitimidade das

formas de organização do cuidado em saúde, uma falta de confiança nos seus alcances técnicos e éticos, decorrente de um afastamento da Medicina em relação a projetos existenciais que lhe conferem sentido. Ele explica que é como se a terapêutica estivesse perdendo o elo entre procedimentos técnicos e suas finalidades práticas dentro de um contexto que os originam e justificam.

Ao tornar-se quase impermeável a questões acerca do que seja, afinal, a saúde que persegue; ao limitar a um mínimo o lugar dos desejos e da busca de felicidade como critérios válidos para avaliar os sentidos das práticas; ao não se preocupar suficientemente com a natureza e os mecanismos da construção dos consensos intersubjetivos que orientam seus saberes (a práxis científica) e sua práxis (a práxis médica), a assistência à saúde começa a se tornar problemática, inclusive para seus próprios criadores, enfrentando crises econômicas, crises políticas, mas, especialmente, as já citadas crises de legitimidade (AYRES, 2009, p. 60).

Dessa forma, Ayres (2009) questiona a forma como a assistência à saúde é posta em prática por seus profissionais, enfatizando que a tecnologia em saúde não é apenas aplicação da ciência, mas implica em decisões sobre coisas que podem e devem ser feitas que nos colocam no lugar de mediadores da escolha do que devem querer, ser e fazer as pessoas a quem nós assistimos, como também a nós mesmos. Nesta posição, não podemos deixar de considerar que as respostas necessárias para alcançar a saúde não estão limitadas ao que pode responder à ciência; é preciso se articular com outros aspectos não tecnológicos e, principalmente, levar em consideração o sujeito sobre quem se aplica as intervenções, sem subtrair desse indivíduo a última palavra sobre suas necessidades e sobre ao que lhe corresponde um estado de bem-estar.

O cuidado em saúde, para Ayres (2009), deve considerar o projeto de felicidade dos sujeitos, ou seja, deve partir do entendimento que este sujeito tem do que seria uma vida bem sucedida e como este entendimento constrói seu projeto existencial. Ayres defende que seja possível enxergar o Cuidado, que ele grafa com inicial maiúscula para marcar um lugar de ideal regulador, como uma categoria reconstrutiva que traz em si uma possibilidade reconciliadora entre as práticas assistenciais em saúde e a vida. Ele vai dizer que a interação terapêutica se apoia na tecnologia, mas não deve se limitar a ela, deve fugir de uma objetivação “desubjetivadora” e aproveitar as trocas mais amplas que se realizam nesse momento.

Assim, Ayres (2009) argumenta que a assistência à saúde deve se pautar numa sabedoria que se constrói num amálgama entre as necessidades dos sujeitos e as tecnologias. As tecnologias devem ser escolhidas, combinadas, criadas a partir de um

juízo prático que não cria universais, mas que são utilizadas de acordo com o momento e o sujeito em questão.

Quando o cientista e/ou profissional da saúde não pode prescindir da ausculta do que o outro (o paciente ou os grupos populacionais assistidos) deseja como modo de vida e como, para atingir esse fim, pode lançar mão do que está disponível (saberes técnicos, inclusive, mas não só, pois há também os saberes populares, as convicções e valores pessoais, a religião etc.), então de fato já não há mais objetos apenas, mas sujeitos e seus objetos. Aí a ação assistencial reveste-se efetivamente do caráter de Cuidado (AYRES, 2009, p. 64).

O Cuidar nas práticas de saúde se dá no desenvolvimento de espaços de genuíno encontro intersubjetivo, onde é possível exercer essa sabedoria prática que leva em consideração todos os elementos supracitados, tecnológicos e concernentes ao mundo dos sujeitos a serem cuidados, de modo a ir além de uma aplicação mecânica de tecnologias disponíveis com uma finalidade objetiva e alcançar um sentido prático para o paciente e uma relação o mais simétrica possível com o profissional (AYRES, 2009).

Ayres (2009) sinaliza que um Cuidar efetivo, com presença ativa dos sujeitos e interações intersubjetivas ricas e dinâmicas, exige uma expansão de horizontes tanto em relação à racionalidade que orienta as tecnologias, como também em relação aos agentes que a operam. Para tal ele ressalta a importância de enriquecer a racionalidade biomédica com construtos de outras ciências e outros saberes, como, também, a criação de efetivos rearranjos tecnológicos que contemplem a interdisciplinaridade e a intersetorialidade. A estas últimas deve se somar a pluralidade dialógica através de linguagens outras, como, por exemplo, a expressão artística, o uso de linguagens corporais e a inclusão de outras racionalidades terapêuticas.

A possibilidade de criar estes rearranjos tecnológicos que contemplem a interdisciplinaridade e a intersetorialidade nos faz lembrar que a efetivação do Cuidado não está apenas relacionada à interação entre profissionais, pessoas assistidas e as tecnologias. Ayres (2011) propõe também o conceito de Cuidado Público, com o objetivo de ir além de uma noção de cuidado muitas vezes colocada de forma restrita às questões eminentemente práticas, se detendo no encontro profissional-usuário, deixando de lado dimensões socioculturais e as relações dialéticas entre os interesses, inclusive econômicos e políticos, que se dão no espaço público e que estão envolvidos na organização política e institucional da atenção à saúde. Ao propor outra retórica do cuidado, o autor pretende pensar as ressonâncias éticas e políticas da integralidade e da humanização de modo a

atingir o plano macroestrutural da organização institucional das práticas. Pensando nestes termos Ayres (2011) propõe:

[...] redefinir vulnerabilidade em saúde como violação sistemática das condições de reconhecimento dos sujeitos relacionadas a experiências indesejáveis de saúde e doença. Correlativamente, Cuidado Público configura-se como conjunto de políticas, serviços e ações que busquem identificar situações de desrespeito aos sujeitos e prover meios de superá-las (p. 40).

Dessa forma, Ayres (2011) amplia o conceito de Cuidado em saúde para a esfera do político-institucional, chamando a atenção para os fatores socioeconômicos e culturais envolvidos na atenção, ou na negligência remetida às pessoas que necessitam dos serviços de saúde e às questões éticas aí também envolvidas.

#### **4.3.2 A lógica da escolha e a lógica do cuidado**

Ainda no campo do cuidado em saúde, gostaria de trazer as contribuições da filósofa Annemarie Mol. Em seu livro “The Logic of Care: Health and the problem of patient choice”, a autora também problematiza o modo como as tecnologias são utilizadas no cuidado e os impactos que isso traz em termos da atenção necessária e adequada às demandas dos sujeitos. Para tal, ela vai colocar em contraste duas maneiras de lidar com o adoecimento, a lógica da escolha e a lógica do cuidado (MOL, 2008).

Sobre a lógica da escolha, Mol (2008) vai dizer que é uma lógica que vê os pacientes a partir de uma lógica mercadológica, como cliente, ou a partir de uma lógica político-institucional, como cidadãos. O cerne desta lógica é que os pacientes têm direito à escolha no que tange aos caminhos e tecnologias a serem utilizados no tratamento, seja como clientes, que têm múltiplas possibilidades de escolha no mercado de serviços e tecnologias de saúde e têm direitos aos serviços pelos quais pagaram, seja como cidadãos, que estabelecem um contrato com os profissionais de saúde. Tais cidadãos devem ter a capacidade de fazer suas próprias escolhas em relação ao seu corpo, devem ter a capacidade de controlar, domar, enquadrar esse corpo e exercitar sua autonomia através de críticas e julgamentos sobre o mundo e sobre as coisas que vão lhe levar a ser um espírito livre, que transcende o seu próprio corpo.

A lógica da escolha se baseia na multiplicidade de possibilidades médicas que contraria a crença simplificada na Ciência como a resposta para todas as perguntas; por outro lado, essa lógica simplifica a relação entre meios e fins, como se a simples escolha de uma tecnologia desse a segurança de que a finalidade buscada será alcançada. Nesta

lógica acredita-se que uma boa decisão em relação ao tratamento é aquela que foi calculada, levando em consideração vantagens e desvantagens dos vários cursos possíveis de ação, como se as intervenções em saúde fossem tão quantificáveis e estáveis quanto números e tão previsíveis em seus resultados quanto um cálculo matemático (MOL, 2008).

Por certo, há uma fixidez na lógica da escolha, mas ela diz respeito ao fato de que há um número limitado de escolhas a serem feitas num determinado momento, aqui e agora, de acordo com as tecnologias disponíveis e que vão reduzir o campo de ação a partir do não lugar para o improviso, para a criação ou para a adaptabilidade. Apesar de ser dada uma “escolha” ao sujeito sobre as tecnologias a serem utilizadas, a decisão sobre quais tecnologias lhe estarão disponíveis e serão consideradas válidas foi feita antes, sem a participação deste sujeito (MOL, 2008).

Além disso, a lógica da escolha coloca a escolha como um bem, porque esta ofereceria autonomia aos indivíduos; por outro lado, coloca toda a responsabilidade da escolha sobre os sujeitos e seus julgamentos em relação à sua própria situação. A ética do cuidado, neste caso, está completamente na mão do sujeito que escolhe, que julga o que é melhor para si. Tal cidadão ou cliente será responsabilizado, culpado, caso as tecnologias escolhidas não se adequem a contento ao seu caso e não apresentem os resultados esperados (MOL, 2008).

Por outro lado, a lógica do cuidado vê o ato de cuidar como um processo, um processo sem limites, sem fixidez, que se desenrola no tempo, que não é um produto que muda de mãos, não é uma transação em que algo é trocado, mas uma construção de várias mãos trabalhando juntas, uma interação em que a ação vai e vem na busca de um resultado. Esse processo é aberto e pode ser moldado e remodelado a depender de seus resultados, não se finaliza no fornecimento de um produto, ou no final de uma ação. Nesta lógica o cuidado se estende enquanto os objetivos podem ir se transformando no processo, algumas doenças não podem ser curadas, alguns problemas precisam ser remanejados em busca de uma melhora da situação para evitar que a doença piore, o mais importante é que a qualidade do atendimento, nesta lógica, está relacionada ao esforço e à persistência de se colocar nesta busca de melhores resultados com o paciente (MOL, 2008).

Na lógica do cuidado, a prioridade não é o que as pessoas sabem, o que querem, ou como julgam as tecnologias propostas, mas o que elas precisam. A fragilidade é tomada como parte da vida e os profissionais de saúde devem olhar para os sujeitos em suas necessidades de forma complexa, não apenas como pessoas que vão escolher entre

as tecnologias e aguardar de forma solitária os resultados disso, mas acompanhar os sujeitos no processo de cuidado, e não desistir quando os resultados iniciais não forem os esperados. A arte de cuidar envolve descobrir como vários atores (profissionais, medicamentos, máquinas, a pessoa com uma doença e outras pessoas envolvidas) podem colaborar para melhorar ou estabilizar a situação de uma pessoa. Os pacientes não são um grupo-alvo, não são consumidores, mas membros da equipe de atendimento (MOL, 2008).

Dessa forma, na lógica do cuidado, o sujeito é visto como um sujeito ativo em todo o processo, não só como uma pessoa que compra um produto para consumo passivo, mas como alguém que deve se envolver ativamente no cuidado, mesmo que o processo seja longo, doloroso. Na lógica do cuidado, os profissionais sabem que esse processo pode ser exigente para os pacientes, então eles oferecem apoio, encorajamento, consolo, sem perder de vista o que essas pessoas precisam, que nem sempre coincide com o que essas pessoas querem ou preferem. Enquanto o mercado alimenta os desejos que ele mobiliza, como o suposto desejo de liberdade e de total autonomia, o cuidado busca a moderação, o equilíbrio através do diálogo e da reflexão conjunta, que darão o contrapeso na situação, encorajando sem alimentar ilusões, pois surpresas desagradáveis são esperadas (MOL, 2008).

Na lógica da escolha, a linguagem do mercado contém apenas termos positivos e os produtos à venda são atraentes. A lógica de cuidado, ao contrário, parte de algo negativo, a realidade da doença, mas isso não significa que a pessoa deva desistir, mas se tornar um/a ator/atriz flexível que, no processo do cuidado, busca o máximo de saúde que sua doença permite. Nesse processo os profissionais de saúde devem abrir diálogos que possibilitem que as pessoas tragam à tona o que as impede de cuidar bem delas mesmas, desde pequenos detalhes do cotidiano, não desprezando o corpo como algo a ser ultrapassado ou reprimido, mas como um objeto a ser valorizado (MOL, 2008).

Na lógica do cuidado os profissionais precisam lidar com as tecnologias de forma atenta, perguntando aos pacientes sobre suas experiências e prestando atenção no que lhe é dito. O inesperado não está incluído na lógica da escolha, mas, na lógica do cuidado, é preciso encarar as tecnologias de forma mais fluida, com menos controle, com mais possibilidade de adaptação e ajuste dentro dos limites do que pode ser mudado. A lógica do cuidado requer uma postura de constante e cuidadosa experimentação. Na lógica da escolha o tempo é linear. O momento de uma escolha está inserido em uma sequência que passa dos fatos (considerados neutros) para a escolha (carregada de valor), desembocando

em uma ação (técnica). Terminada a ação, torna-se possível avaliá-la. Já na lógica do cuidado isso é diferente, o tempo dá voltas e mais voltas, surgem problemas e à medida que são resolvidos, surgem novos problemas. Mesmo havendo uma meta para o cuidado, quando os imprevistos acontecem eles devem ser integrados ao todo do processo (MOL, 2008).

Na lógica da escolha os profissionais devem fornecer boas informações e implementar adequadamente as intervenções pelas quais seus pacientes optam. Eles devem ser capazes de lidar com grandes quantidades de informação e capazes de agir com competência, mas são os pacientes que determinam a direção a ser tomada. Os pacientes gerenciam, os médicos implementam. Já na lógica do cuidado é impossível separar gerenciamento e implementação, os profissionais usam as tecnologias ajustando a cada situação específica. Não é só uma questão de implementar conhecimento e tecnologia, mas de experimentar. Os profissionais, além de serem experientes, precisos e habilidosos, precisam também estar atentos, serem inventivos e persistentes (MOL, 2008).

Diferente da lógica da escolha, onde a ética do cuidado está relacionada ao poder de escolha que é dado ao sujeito para decidir sobre seu tratamento, na lógica do cuidado, a ética do cuidado se faz presente nas práticas em si, nas atividades que tornam a vida do sujeito melhor do que seria se fosse de outra forma. A escolha do que é fazer o bem não se dá antes do ato, antes da prática, ela se dá na prática e vai se modificando de acordo com os diferentes momentos da vida. E a tarefa de estabelecer o que é o melhor a cada momento não se dá no processo de uma escolha solitária, mas envolve coletivos, equipes, profissionais e pacientes, envolve boas conversas, troca de experiências, conhecimentos, sugestões e palavras de conforto (MOL, 2008).

Por fim, quando Mol (2008) nos provoca a pensar o cuidado a partir destas duas lógicas, ela afirma que seu objetivo é tentar se aproximar do que seria um “bom atendimento” em saúde. Ela nos leva a pensar sobre o poder de sedução de um modo individualista e mercadológico, que nos vende a ideia de um sujeito livre para escolher, autônomo, livre da passividade onde os profissionais os mantinham presos, mas que, no desenrolar das práticas, abandona o paciente à sua própria capacidade de fazer escolhas e com toda a responsabilidade com o que decorre dessa escolha. A autora defende que a lógica do cuidado não pede que os pacientes sejam sujeitos passivos ou percam sua liberdade de fazer escolhas, pelo contrário, os sujeitos precisam ser ativos para abarcar todas as atividades que envolvem o cuidado, mas não precisam agir sozinhos. As tarefas e decisões podem ser compartilhadas. E, se algo não funciona, a questão não é

sobre de quem é a culpa, mas como se reorganizar conjuntamente para tentar novamente. A lógica do cuidado é sobre não negligenciar, ter tempo para ouvir, levar em conta o cotidiano dos pacientes, enfrentar juntos a tarefa de lidar com a complexa tarefa de se cuidar, de melhor conviver com uma situação dolorosa de adoecimento.

Pudemos ver até aqui diversos pontos de convergência entre as autoras e autores aqui trazidos em relação ao ato de cuidar. O primeiro ponto que eu gostaria de destacar é que o ato de cuidar nunca é um ato solitário. Mesmo o cuidado de si, como nos alerta Foucault (2006), é um ato mediado por outrem e que impacta na existência de outros ao redor; não se trata aqui de um ato narcísico. Essa mediação do outro pode acontecer de diversas formas e com diversas finalidades, mas o que as/os autoras/es nos alertam é que é preciso haver uma ética, cuidar envolve ter uma postura ética na relação consigo mesmo e com o outro. Esta ética se materializa numa prática que leve em conta a verdade de cada sujeito, a realidade em que vive, suas necessidades e uma utilização das práticas e das tecnologias que possa possibilitar o cultivo de uma vida melhor para cada pessoa, de acordo com cada momento da vida, com cada situação em questão e cada projeto existencial.

Quando se trata do cuidado do outro, Mortari (2018), Ayres (2009) e Mol (2018) formam um uníssono na prescrição de que é preciso escutar, acolher, dialogar, colocar o cuidado em contexto, construir conjuntamente o cuidado para que ele possa fazer sentido para quem dele necessita. Ayres (2011) nos lembra ainda que todo esse processo só faz sentido se lembrarmos que ele acontece dentro de um contexto sociocultural e econômico e que parte de tais práticas de desenrolam dentro de instituições que são criadas ou reguladas por um poder público. Além disso, é importante lembrar que o cuidado dirigido a determinados grupos sociais deve incorporar modos de fazer, práticas, que levem em consideração estes aspectos socioculturais, institucionais e políticos que atravessam, transversalizam os modos de adoecer e as possibilidades de exercer o cuidado para estes grupos. No caso específico das mulheres com experiência de uso de drogas, se faz necessário pensar sobre o cuidado em saúde mental e suas especificidades.

#### **4.4 O cuidado em saúde mental**

Ao tratar sobre o cuidado em saúde mental, Alves e Guljor (2006) propõem algumas premissas fundadoras para pensarmos esse cuidado. *A liberdade em negação ao isolamento* trata da recusa à necessidade de tratar o sujeito em ambiente fechado para identificar seu diagnóstico e readequá-lo ao convívio em sociedade, assim como se remete

à possibilidade de respeitar e valorizar as diferenças, possibilitando aos sujeitos fazer suas próprias escolhas, baseadas em seu modo singular de ser. O *cuidado pautado na integralidade em negação à seleção* nos fala sobre um olhar para o sujeito que deve ser ampliado de modo a abarcar os diversos campos da vida, assim a doença deixa de ser o elemento central do cuidado. O cuidado deve estar centrado na construção de projetos de vida, não na remissão de sintomas. O *enfrentamento do problema e do risco social, ao invés de uma busca de cura*, versa sobre a complexidade do sofrimento psíquico e defende que as questões que envolvem o risco social devem orientar a condução terapêutica, em contraposição à simplificação do diagnóstico baseada em um único modelo nosológico.

A próxima premissa é a *sobreposição do conceito de direito sobre a noção de reparo*. De acordo com essa premissa os sujeitos têm direito a um cuidado digno que respeite sua forma singular de estar no mundo. A noção de reparo remete aos técnicos o poder de escolha sobre o que é melhor para os sujeitos, já na noção de direito, o cuidado se amplia e o direito se fortalece à medida que o sujeito ganha autonomia. A *busca de autonomia deve ser realizada respeitando a singularidade* versa sobre uma busca de autonomia que se realize dentro de uma margem possível para cada sujeito, buscando o aumento do poder contratual e do potencial de trocas sociais. Por último, a *incorporação permanente do papel de agenciador*, uma premissa que trata da disponibilidade da equipe de acompanhar os sujeitos em suas trajetórias, sem fragmentar suas demandas ou delegar o cuidado de forma descomprometida a outros serviços. O agenciador é responsável e mediador das relações do sujeito com o mundo, acompanhando e se debruçando com ele sobre a complexidade de seu sofrimento (ALVES e GULJOR, 2006).

Todas estas premissas coadunam com a discussão até aqui realizada sobre o cuidado, além de trazer as marcas específicas do campo da saúde mental, onde o cuidado em liberdade, a focalização no sofrimento e no risco social, assim como na construção de projetos de vida, e não no diagnóstico, e o agenciamento, como modo de cuidado em busca da autonomia, são pontos de destaque dentro dos já tratados neste capítulo.

Além disso, é importante trazer aqui questões relacionadas especificamente ao campo do uso de álcool e outras drogas e como os modos de enxergar o fenômeno do uso podem incidir nas práticas de cuidado. Helen Nowlis (1975) se refere a quatro modelos de entendimento sobre o fenômeno do uso de drogas: o *modelo jurídico-moral*, o *modelo médico*, o *modelo psicossocial* e o *modelo sociocultural*.

O *modelo jurídico-moral* tem como base oposições como indivíduo-droga, legalidade-ilegalidade e finalidade médica e não médica. Tais oposições conduzem a

ações ditas educativas, preventivas e de cunho repressivo. Já o *modelo médico* ou de saúde pública compreende o problema do uso do ponto de vista da doença, o dependente é visto como um sujeito adoecido pela droga e que necessita de tratamento ou cura. O *modelo psicossocial* vê o sujeito enquanto agente ativo e o objeto de estudo seria a relação entre a pessoa e a droga, levando em consideração que esta tem uma função na vida do sujeito e que a relação com ela é marcada pelo contexto social onde está inserido. Por último, temos o *modelo sociocultural*, neste modelo o contexto é o ponto central da análise e o mais importante são os significados que a sociedade dá a essa utilização. De acordo com esse modelo, as transformações no modo como a sociedade enxerga o uso e dos determinantes sociais que o envolvem seriam a forma mais efetiva de lidar com os problemas relacionados ao uso (NOWLIS, 1975). O primeiro e o segundo modelos costumam estar imbrincados nos contextos em que são utilizados, enquanto o terceiro e o quarto modelos se coadunam em novas propostas na forma de abordar o fenômeno do uso de drogas.

Daniela Schneider e Dálberti Sciamana de Lima (2011) ao abordar esta diversidade de concepções sobre o fenômeno do uso de drogas chamam a atenção para a diversidade de formação dos profissionais de saúde e como as diferentes concepções teórico-metodológicas se expressam em diferentes discursos e práticas, que muitas vezes chegam a ser díspares entre si. Essa diversidade pode dificultar enormemente o estabelecimento de protocolos de atenção, pois essa mistura de concepções muitas vezes se encontra na mesma instituição, comprometendo a construção de um projeto terapêutico e a eficácia e eficiência das intervenções propostas.

No Brasil, como já foi dito na introdução deste trabalho, os dispositivos de média complexidade para a atenção às/aos usuárias/os de álcool e outras drogas são os CAPS AD. Estes centros têm como objetivo prestar atenção psicossocial no território através de atendimentos individuais e em grupo a usuários e familiares, como também o desenvolvimento de ações territoriais, como visitas domiciliares, supervisão e capacitação de outras equipes do território, e realização de atividades que promovam a reinserção social das/os usuárias/os (BRASIL, 2017).

Os CAPS AD são parte integrante de uma rede de cuidados às/aos usuárias/os de álcool e outras drogas, incluindo Unidades de Acolhimento, leitos de saúde mental em Hospital Geral, Serviço Móvel de Urgência, Unidades de Pronto Atendimento, Unidades Básicas de Saúde, Centros de Convivência e Consultórios na Rua. Estes dispositivos devem funcionar sob a lógica da Redução de Danos e de forma articulada de modo a

oferecer atenção integral às necessidades das/os usuárias/os (BRASIL, 2017). É importante ressaltar que os leitos de saúde mental em Hospital Geral não estão implantados no município de Salvador, local onde aconteceu esta pesquisa.

A lógica da Redução de Danos (RD) supracitada tem como centro os direitos humanos das/os usuárias/as, a premissa de que algumas pessoas não estão prontas para interromper o uso, a importância de que a pessoa que usa drogas se envolva nas discussões sobre este uso, a necessidade de articulação intersetorial para garantia da assistência e a implementação de medidas para redução de danos e riscos à saúde (troca de seringas, terapia de substituição, divulgação de informações sobre saúde etc.) Dessa forma, a RD busca dirimir os danos relacionados ao uso de drogas, sejam eles à saúde, sociais ou econômicos. Em qualquer situação que a/o usuária/o esteja, e independente do que ela/e afirme querer fazer em relação ao seu uso de drogas, os profissionais devem respeitar seus direitos e construir junto com ela/e alternativas para a melhora de sua qualidade de vida e da comunidade onde vive (BUNING, 2006).

É importante conhecer as estratégias já empregadas pelas/os usuárias/os no que diz respeito aos efeitos indesejáveis do uso, de modo a torná-las mais eficazes, assim como valorizar a mobilização de suas próprias redes de sociabilidade. Outra importante estratégia da RD é a participação de usuárias/os na elaboração e multiplicação das políticas de saúde. Para a implementação de tais estratégias é necessário o respeito pelas pessoas que usam drogas e por sua cultura, de modo a obter a atenção e a confiança das mesmas (MACRAE, 2003).

Desta forma, a lógica da RD resgata também vários dos princípios já discutidos aqui pelas filosofias do cuidado, como o respeito às escolhas e direitos das pessoas, a construção conjunta de estratégias de cuidado, a busca de uma melhor qualidade de vida e a consideração aos aspectos socioculturais da realidade onde a pessoa se encontra. Isto demonstra que a lógica da RD e os serviços da Rede de Atenção Psicossocial estão mais afinados com os modelos psicossocial e sociocultural de entendimento do fenômeno do uso de drogas, como também pude verificar em pesquisa realizada por mim com usuárias/os de drogas que faziam acompanhamento em CAPS AD (PINHEIRO; TORRENTÉ, 2020).

Para finalizar este capítulo, gostaria de chamar a atenção para a necessidade de que o cuidado leve em consideração os aspectos psicossociais e socioculturais relacionados às diferenças de gênero, raça e classe. É importante lembrar que estamos inseridas numa sociedade que funciona em moldes capitalistas e que isso repercute na

forma como se organiza o cuidado, desde aquele que ocorre no seio familiar até o cuidado exercido por profissionais de saúde. No decorrer dos próximos capítulos enfatizarei sobre como questões de gênero, raça e classe trazem implicações para o campo da saúde e sobre os modos de adoecimento das mulheres.

#### 4.5 O cuidado e o trabalho reprodutivo

Em seu livro “Teorias e Filosofias do Cuidado”, Rachel Passos (2018) trabalha com a noção de cuidado a partir de uma perspectiva marxista e feminista. Ao se debruçar sobre o conceito de cuidado, a autora vai afirmar que as formas de promover e viabilizar o cuidado estão em constante modificação ao longo da história de acordo com o desenvolvimento das forças produtivas e da reprodução social. Dessa forma, as condições de vida oriundas do desenvolvimento do capitalismo levaram a formas de organização do cuidado marcadas pela hierarquização social e sexual do trabalho que sobrepõem a formação e o funcionamento da família nuclear burguesa:

A constituição desse modelo familiar foi fundamental para a organização do trabalho de cuidado como atividade de caráter privado, ou seja, distanciado da esfera produtiva, deixando-o exclusivamente na reprodução social, de modo a não reconhecê-lo na qualidade de necessidade ontológica do ser social. O cuidado passa a ser visto como uma atribuição social de natureza feminina, sem valor de troca e com *status* de atividade subalterna, posto que o seu objetivo é de possibilitar a reprodução dos modos de vida social. Logo, institui-se nas relações sociais o que denominamos de cuidado feminino (p. 73).

A autora traz então o conceito de *care*, o *care* seria esse cuidado exercido predominantemente pelas mulheres que implica numa relação direta com outro indivíduo de modo a suprir suas necessidades mais básicas relacionadas à manutenção e perpetuação da vida, como amamentar, alimentar, dar banho, abrigar. Além disso, na família burguesa também fica a cargo das mulheres os trabalhos domésticos e de educação dos filhos, enquanto ao cargo dos homens deveria ficar a esfera de produção por meio do trabalho e provimento material da família (PASSOS, 2018).

As teorias e os debates sobre o *care* tiveram início no mundo anglo-saxônico, em particular nos Estados Unidos, e, só mais recentemente, passaram a ser objeto de pesquisa na América Latina (GUIMARÃES et al., 2011; PEREIRA, 2016; CASANOVA e BRITES, 2019). De acordo com revisão de literatura empreendida por Erynn Casanova e Jurema Brites (2019), o deslocamento das mulheres de casa para o trabalho no século XX, o colapso do Estado de Bem-Estar Social na Europa no período pós Segunda Guerra Mundial, aliados ao aumento da longevidade da população, fizeram com que o cuidado de pessoas dependentes se tornasse um desafio e é neste cenário que surge o conceito de

*care work* (trabalho de cuidado), que continua sendo grafado em inglês em muitos estudos sobre o tema como um modo de destacar sua dimensão conceitual.

Em relatório de pesquisa sobre o marco teórico-conceitual sobre a economia dos cuidados, a pesquisadora do IPEA, Bruna Pereira, se refere à polissemia do termo *care*, assim como à inexistência de consenso sobre a terminologia mais adequada. Neste relatório, a partir de uma análise da literatura sobre o tema, a autora agrupa os significados sobre o *care* em duas vertentes teóricas, a do cuidado como *nurturance* (amparo) e a do trabalho reprodutivo. A vertente do cuidado como *nurturance*, a mais predominante na produção acadêmica, está relacionada às atividades que envolvem a interação face a face, que são inerentemente relacionais, no cuidado de pessoas dependentes como crianças, doentes e idosos. Já a vertente sobre o trabalho reprodutivo inclui também atividades essenciais à reprodução social e ao bem-estar das pessoas, mas que podem prescindir do contato direto e do vínculo emocional, como a limpeza do ambiente doméstico e a preparação de refeições. A partir desta perspectiva, o trabalho doméstico também é incluído como um cuidado indireto que possibilita o cuidado direto (PEREIRA, 2016).

Pereira (2016) escolhe trabalhar com a vertente do trabalho reprodutivo numa tentativa de fugir de possíveis armadilhas da transposição de conceitos construídos a partir da experiência de mulheres das classes médias europeias e norte-americanas para a realidade brasileira. Além disso, a autora destaca a importância de incluir nesta análise uma gama de atividades de cuidado que são mais invisibilizadas e desvalorizadas socialmente. A partir desta revisão de literatura, ela destaca também a sobrerrepresentação feminina na execução destas atividades, assim como uma diferença quando colocamos a questão racial em pauta, as mulheres brancas desempenham as atividades de cuidado que demandam exposição pública, enquanto as mulheres não brancas estão à frente de atividades que envolvem a sujeira, e não exigem exposição pública.

Passos (2018), também, ressalta que o modo como as mulheres ocupam o lugar de reprodução social varia de acordo com a sua classe social e que mulheres trabalhadoras sempre tiveram que delegar o *care* de seus entes familiares a outras mulheres, ao mesmo tempo em que se ocupavam do *care* de outras famílias, ou exerciam funções produtivas. Já as mulheres burguesas foram submetidas apenas à esfera reprodutiva e, mais tarde, tiveram que lutar para ocupar funções produtivas, também mantendo sua família sob o *care* de outras mulheres. De qualquer forma, o *care* sempre foi comum a todas, mesmo que de modos diferentes.

Na realidade brasileira, estes importantes marcadores sociais de gênero, raça e classe se interseccionam de forma a dar os contornos aos modos como o trabalho reprodutivo acontece, seja no âmbito público, ou privado. Fernanda Goes et al. (2023) chamam a atenção para o fato de que, para a população negra, há uma indissociabilidade entre cuidado, atividades domésticas e trabalho. Tal situação está relacionada à herança escravocrata que tem como base o racismo estrutural e que, sustentada por estruturas de colonialidade, mantém a população negra confinada à provisão deste tipo de trabalho.

Essa desigualdade se perpetua por meio das estruturas da colonialidade e se intensifica nos esquemas sociais de hierarquização das raças. O racismo situa o cuidado em um lugar de servidão. Nota-se, no processo histórico, desde o início da exploração colonial, a centralidade da função do cuidado provisionada pela população negra, sobretudo pelas mulheres negras em funções de amas de leite, lavadeiras, domésticas, quituteiras, cozinheiras, passadeiras, babás e cuidadoras (GOES et al., 2023, p. 84)

Desta forma, quando se trata da realidade brasileira, a discussão sobre o trabalho reprodutivo deve ultrapassar as discussões em torno do *care*, que centralizam este debate em torno do gênero e da divisão sexual do trabalho. De acordo com Goes et al. (2023), é preciso reconhecer, em nossa realidade, a centralidade do trabalho de cuidado e doméstico provisionado por mulheres negras, que continua, em pleno século XXI, “nutrindo nas dimensões alimentar (física), afetiva (emocional) e educacional (cultural) a primeira infância das famílias brancas” (p. 86), assim como provendo atividades domésticas e de cuidado para mulheres brancas e suas famílias em troca de baixa remuneração e acesso precário aos direitos previdenciários.

Autoras, como Flávia Biroli (2015) e Natália Fontoura (2023), discutem sobre cuidado e democracia. Estas autoras falam sobre a importância de que o cuidado seja reconhecido como trabalho e que haja igualdade e equidade na distribuição do cuidado dentro da sociedade, assim como a necessidade de que haja responsabilidade pública de sua provisão. O cuidado é político e deve fazer parte da agenda pública, não devendo ficar confinado à esfera da vida privada e imune à aplicação de critérios de justiça. As questões referentes à divisão sexual e racial do trabalho reprodutivo, assim como as condições em que o trabalho doméstico remunerado acontece, precisam ser pauta na formulação de políticas públicas no campo do cuidado. A ausência de políticas públicas para o cuidado acentua a opressão e exploração de mulheres negras que, além de exercerem o trabalho doméstico e reprodutivo remunerado, são responsáveis também pelo cuidado em seus lares.

Fontoura (2023) chama a atenção para o fato de que mulheres organizadas têm demandado creches, licenças e auxílio-maternidade, não discriminação no mercado de trabalho, entre outras reivindicações, que impulsionam a adoção de políticas no campo do cuidado. Por outro lado, as políticas para a família e de cuidado seguem identificadas como políticas para mulheres e vice-versa, assim como se perpetua a ideia de que tais políticas são destinadas unicamente às famílias mais pobres. Diante de tal fato, a autora aponta a necessidade de haver uma visão tática e uma estratégica:

Tem-se, assim, a contraposição entre uma visão tática e uma visão estratégica. A partir da primeira, apresentam-se as necessidades atuais cotidianas das mulheres como problemas sociais e, portanto, objeto da ação do Estado. Taticamente, cabe requerer que sejam satisfeitas as demandas de cuidado para que as mulheres sejam liberadas para outras atividades. No entanto, não se pode abandonar a visão estratégica, que almeja desvincular a cidadania das mulheres e sua atuação social, seu estar no mundo, de seu papel de mães e cuidadoras e questionar a divisão sexual do trabalho e a naturalização da responsabilização feminina pelas atividades de cuidado (p.66).

A coletivização da responsabilidade do cuidado, incluindo também os homens nesta tarefa e multiplicando os recursos e configurações socioculturais para a sua realização, seja na esfera privada ou através de políticas públicas, é parte essencial da possibilidade de que as mulheres possam exercer sua cidadania de forma mais equânime, justa e democrática. Tal coletivização é essencial para o cuidado das mulheres.

Por último, vale lembrar que algumas sociedades que se situam fora dos moldes ocidentais capitalistas vivem o cuidado de forma mais coletiva, visto que, em tais sociedades, a propriedade também é coletiva e todos devem contribuir para o bem-estar uns dos outros. Subonfu Somé (2003), autora pertencente ao povo Dagara, ao relatar sobre a vida em sua aldeia que se situa em Burkina Faso, continente africano, nos conta que tudo aquilo que se possui e o que necessita de cuidado, em sua comunidade, pertence a toda a comunidade, logo, por exemplo, o cuidado das crianças é exercido por todos. “Algumas vezes, quando uma mãe quer ver seu filho, ela não consegue, porque muitas pessoas estão cuidando dele” (p. 42).

Geni Núñez (2023), autora pertencente ao povo originário guarani, ao discutir o conceito de não monogamia crítica, aborda questões relacionadas ao cuidado exercido pelas mulheres nos moldes das sociedades capitalistas, também usando como contraponto o modo como povos indígenas e quilombolas cuidam de suas crianças e distribuem, de forma coletiva, os afazeres que aqui chamamos de “care”. A autora faz uma crítica ao modo de construção da família no sistema capitalista, monogâmico e misógino, que tem como base o casamento heterossexual e monogâmico. Ela discorre sobre a sobrecarga de

trabalho que é imposta às mulheres neste modelo, principalmente às mulheres não brancas, e como tal sobrecarga dificulta que as mulheres tenham outros vínculos afetivo-sexuais, espaço para o descanso, para o lazer, para se dedicar a projetos pessoais, participar de organizações coletivas etc. Ela ressalta que, mesmo entre casais em que as tarefas domésticas e de cuidado dos filhos são divididas de forma mais igualitária, tais tarefas continuam impondo uma sobrecarga sobre os sujeitos, visto que estas requerem a atuação de toda uma comunidade, em especial a criação dos filhos. Neste sentido, Somé (2003) nos traz uma máxima de seu povo, “é preciso toda uma aldeia para manter os pais sãos” (p. 44).

Para a reprodução social no modo de produção capitalista, o trabalho reprodutivo é fundamental, e não pode ser entendido como um trabalho de “natureza feminina” ou íntima, mas como um problema coletivo que tem profundas implicações na organização e no funcionamento da própria sociedade. Tal afirmação nos convoca a valorizar o trabalho reprodutivo como pilar para a sociedade, e não como um trabalho complementar a ser realizado por pessoas socialmente desvalorizadas. Tal desvalorização deste cuidado, e o lugar central ocupado pela mulher nele, em especial a mulher negra, podem trazer consequências importantes para os modos como as mulheres adoecem, como sofrem e como conseguem (ou não) implementar o cuidado para si mesmas. Desta forma, seguiremos fazendo uma reflexão sobre as articulações entre gênero e saúde. Poderemos logo mais encontrar novas pistas sobre estes modos de adoecimento e como o cuidado vem sendo pensado para as mulheres.

## **5 GÊNERO E SAÚDE: ALGUNS APONTAMENTOS SOBRE POSSÍVEIS ARTICULAÇÕES.**

### **5.1 Gênero e saúde**

No campo das ciências da saúde, as primeiras formas de conceituar gênero datam de 1965, a partir dos trabalhos de Robert Stoller, que, ao estudar sobre crianças com problemas anatômicos congênitos, apontou as diferenças entre sexo e gênero, ressaltando que o sentimento de ser mulher ou homem era mais importante do que as características anatômicas (MORAES, 2010; ARAÚJO et al., 2011). Nas décadas de 70 e 80, as feministas americanas passaram a utilizar o termo gênero como uma forma de enfatizar o caráter social das distinções baseadas no sexo. Tal ênfase marcava uma rejeição ao

determinismo biológico de termos como “sexo” ou “diferença sexual” e trazia à tona o aspecto relacional das definições normativas da feminilidade (SCOTT, 1995).

Para Joan Scott (1995), “(1) o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e (2) o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder” (p. 86). Sobre a primeira assertiva, a autora explica que o gênero implica quatro elementos inter-relacionados: os símbolos culturalmente disponíveis e as representações simbólicas; conceitos normativos advindos das interpretações dos símbolos que limitam as possibilidades metafóricas, tomando a forma típica de oposição binária fixa (homem-mulher, masculino-feminino); a quebra dessa noção de fixidez através de uma análise que desvele a natureza da repressão que leva à aparência de permanência dessa binaridade; e, por último, a necessidade de examinar as formas pelas quais as identidades generificadas são construídas. Sobre a segunda assertiva, a autora destaca que o gênero é um campo primário no interior do qual, ou por meio do qual, o poder é articulado. Este não seria o único campo, mas uma forma persistente e recorrente de significação do poder no ocidente, nas tradições judaico-cristãs e islâmicas.

Desta forma, Scott (1995) tem o gênero como uma categoria útil para a análise das complexas conexões entre várias formas de interação humana. Quando buscamos identificar as formas pelas quais o conceito de gênero legitima e constrói as relações sociais, começamos a compreender a natureza recíproca entre gênero e sociedade, onde política constrói o gênero e o gênero constrói a política. A possibilidade de mudanças no modo como se dá essa relação só é possível através do reconhecimento de que as categorias “homem” e “mulher” são, ao mesmo tempo, vazias e transbordantes. Vazias porque não têm significado último, transbordantes porque contêm dentro delas definições alternativas, negadas ou suprimidas.

Neste sentido, para Judith Butler (2003), tanto o gênero como a própria materialidade do corpo são construídas, logo não há uma relação mimética entre gênero e sexo, o gênero é um atributo que flui livremente, e o “masculino” e o “feminino” podem dizer respeito a quaisquer corpos, de qualquer sexo. Ainda, segundo a autora, o gênero é produzido e reproduzido socialmente por meio de performances, performances estas que são construídas dentro de scripts que são mantidos e perpetuados pela sua repetição e que refletem e reforçam identidades hegemônicas e estruturas de poder. As repetições descontextualizadas desta forma hegemônica e binária são consideradas pela autora como “performatividades *queer*”, e possibilitam a emergência de novas práticas que quebram a

reprodução das normas de gênero. Desta forma, mesmo que a performatividade esteja limitada pelas estruturas de poder, ainda assim há possibilidades de subversão a partir dessas limitações.

A ciência médica historicamente respaldou a manutenção destas estruturas de poder e das desigualdades entre os gêneros a partir da insistência numa diferenciação entre seus corpos biológicos e suas funções. No século XIX esta distinção já era considerada inquestionável, tais foram os detalhes intrigantes que diferenciavam todas as partes do corpo de homens e mulheres, até mesmo em elementos microscópicos. É importante destacar que tal diferenciação atribuía às mulheres características biológicas que produziam uma clara delimitação de suas capacidades físicas e mentais que, conseqüentemente, afetavam suas possibilidades de participação na sociedade (ROHDEN, 2003).

O papel da mulher na reprodução teve um aspecto central nesta diferenciação e na apropriação do corpo feminino pela medicina. Também no século XIX se consolida uma área do conhecimento voltada para as práticas de cuidado com o corpo feminino, com o desenvolvimento de tecnologias de intervenção sobre esse corpo e uma apropriação médica do mesmo como objeto de saber. Tal apropriação se deu a partir da aproximação da medicina com o momento do parto e o subsequente desenvolvimento de disciplinas médicas como a ginecologia, obstetrícia, embriologia, contracepção, entre outras envolvendo a reprodução humana. Tal controle sobre o corpo feminino estava relacionado à busca de resolução de problemas, envolvendo a sobrevivência de mulheres e crianças em um momento que a manutenção da saúde destas era crucial para a reprodução social (VIEIRA, 2002).

Como corpo no qual se gera o “futuro da humanidade”, o corpo feminino passa a ser visto de forma meramente biológica e sobre ele se impõe toda espécie de controle e intervenção, de modo a desvendar os seus “mistérios” e para que ele funcione dentro das normas ditadas pela época, sejam ditames sobre concepção, anticoncepção, exercício da sexualidade etc. Ressalta-se que tais intervenções sempre variaram de acordo com as classes sociais, e eu acrescentaria aqui também a raça, das mulheres em questão, sendo consideradas as mulheres da elite menos próximas da “natureza” e mais suscetíveis à dor do que mulheres de outros estratos sociais. Além disso, no início do século XX, muitas mulheres pobres, marginalizadas, ou com transtornos mentais, passaram por processos de esterilização compulsória em hospitais psiquiátricos e prisões, intervenções utilizadas com justificativas médicas e eugênicas. Importante dizer que a esterilização voluntária de

mulheres pobres continuou sendo uma alternativa muito utilizada para a contracepção, a despeito da utilização de um planejamento familiar com a utilização de métodos menos invasivos ou menos centrados no corpo feminino (VIEIRA, 2002).

Nesse processo, o papel de homens e mulheres na reprodução foi e ainda é um importante marcador da diferença entre os sexos do que derivou uma série de interpretações e expectativas conectando mulheres à maternidade e a características tidas como femininas, tais como fragilidade, docilidade, sensibilidade etc.; e os homens a atributos como virilidade, agressividade, força, razão, entre outros. Essa polarização entre feminino e masculino e os diferentes valores sociais atribuídos a cada um desses polos geram uma série de desigualdades que são articuladas ainda com outros marcadores sociais, como raça, classe, orientação sexual, entre outros (ROHDEN, 2003; BRANDÃO, ALZUGUIR, 2022). Neste sentido, é importante ressaltar novamente que estas características atribuídas às mulheres estão relacionadas a um perfil hegemônico de mulher, branca, cis, heterossexual e de classe média/alta, não condizendo com as características atribuídas às mulheres negras, lésbicas e/ou de classes sociais mais baixas. A estas últimas mulheres podem ser atribuídas características “masculinizadas”, tanto por conta de sua performance sexual, no caso das mulheres lésbicas, como pelo seu papel de “serviçais”, “mulas de carga”, “trabalhadoras incansáveis”, no caso das mulheres negras.

A insistência na diferenciação entre os sexos se mantém até os dias de hoje, a despeito dos avanços no campo das ciências biológicas, médicas e sociais nos estudos sobre os corpos e o gênero. Pesquisas sobre regiões e conexões cerebrais, genes e hormônios, que comprovariam e reforçam as diferenças biológicas entre os sexos, continuam a povoar a mídia e as matérias de divulgação científica, tendo os hormônios um lugar de destaque como chave da compreensão das mais diversas características dos dois sexos, sendo, inclusive, chamados de “hormônios femininos” e “masculinos”. Esta naturalização da diferenciação sexual impede ou invisibiliza a emergência de corpos e identidades que se desviam do esperado para cada sexo, gênero e orientação sexual, classificando corpos, identidades e práticas dissidentes em párias sociais, tornando-os vulneráveis aos atos de violência, ao adoecimento e à morte (BRANDÃO, ALZUGUIR, 2022).

Sujeitos que corporificam esse desvio do que é posto como natural podem estar “atravessados” por diversos marcadores sociais da diferença relacionados à raça/etnia, classe, geração, entre outros, lhes atribuindo valores e lugares sociais que podem implicar na imposição de barreiras estruturais para o acesso a bens e serviços, como a própria

saúde. Tal interseccionalidade exige dos profissionais de saúde um respeito ético e uma postura empática que possibilitem o acolhimento e a atenção adequados à necessidade de cada sujeito com seus diversos atravessamentos. Nesta empreitada é importante que os profissionais de saúde coloquem em questão um “tipo ideal” de corpo/identidade/sexualidade, onde o homem branco cis e heterossexual é visto como modelo e é colocado no topo de uma hierarquia entre os gêneros, e possa desnaturalizar o olhar para enxergar a diversidade sem desqualificá-la. Este tipo ideal permeado por uma masculinidade hegemônica é fonte de profundos impactos na saúde das mulheres, mas também na saúde dos próprios homens (BRANDÃO, ALZUGUIR, 2022).

Importantes agravos à saúde estão relacionados a como esta articulação entre os marcadores sociais da diferença e o marcador gênero podem afetar o acesso e as práticas de atenção à saúde, tais como a presença de alguma deficiência física ou intelectual; questões relacionadas ao peso corporal, como a obesidade e a gordofobia; o uso de álcool e outras drogas; a violência obstétrica; a violência sexual e o acesso ao aborto seguro; a violência contra os jovens negros; dentre outros agravos que não podem ser tratados sem uma ampla visão sobre todos os marcadores envolvidos nas suas determinações e no modo como impactam as populações. As políticas de saúde precisam levar em conta a não existência de um sujeito universal (o homem, a mulher) de modo a gerar práticas que reconheçam os marcadores sociais da diferença e procurem caminhos para lidar com as enormes iniquidades provocadas pelas posições sociais ocupadas por cada sujeito (BRANDÃO, ALZUGUIR, 2022).

No que se refere especificamente a políticas públicas brasileiras voltadas para a saúde da mulher, uma transição importante se deu quando a perspectiva materno-infantil, antes central nestas políticas e que reduzia as questões de saúde da mulher à sua função reprodutiva, foi ampliada para pensar a saúde da mulher em suas distintas fases de seu ciclo de vida. Isso aconteceu no ano de 1984 com a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que tem como fundamento a “atenção integral à saúde da mulher” (AISM) e chegou com a promessa de pensar a saúde da mulher não só em suas diversas fases da vida, mas também em outras dimensões como a saúde mental, a sexualidade, o trabalho, entre outras. A criação do PAISM foi importante para a criação de um conjunto de ações que abarcavam ações de educação em sexualidade e contracepção, atenção ginecológica para rastreamento de câncer de colo do útero e de mama, cuidados no climatério, atenção às IST e à violência de gênero e sexual, como

também a garantia do aborto legal, previsto em lei, mas nunca oferecido nos serviços públicos (RODRIGUES, 2015; BRANDÃO, ALZUGUIR, 2022).

Para aprimorar e ampliar o escopo do PAISM, atendendo a demandas dos movimentos de mulheres negras, de mulheres lésbicas e de trabalhadoras rurais, foi criada em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Essa nova política veio para tentar dar conta de lacunas que não foram contempladas ou implementadas mesmo depois de duas décadas de criação do PAISM (RODRIGUES, 2015). Temas importantes como atenção ao climatério/menopausa, queixas ginecológicas, infertilidade e reprodução assistida, saúde da mulher na adolescência, doenças crônico-degenerativas, saúde ocupacional, saúde mental, doenças infectocontagiosas foram alguns dos temas retomados ou incluídos pela nova política. Isto além da inclusão da perspectiva de gênero, raça e orientação sexual nas ações a serem desenvolvidas. Mulheres lésbicas, bissexuais, no climatério, mulheres do campo e da floresta, mulheres indígenas, mulheres quilombolas, mulheres transexuais, mulheres em situação de encarceramento, mulheres com deficiência, em situação de rua e as ciganas passariam a ter um olhar voltado para suas necessidades e especificidades (BRASIL, 2004).

Nesta esteira das políticas lançadas para populações específicas, é importante citar também a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra lançada em 2007, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem de 2008, as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde de 2010 e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais de 2012.

A implementação de tais políticas, de forma abrangente e efetiva, é um grande desafio para os gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. Neste sentido, o âmbito acadêmico e os estudos sobre gênero e saúde podem ser importantes aliados, fornecendo dados e apontando caminhos para alcançar essa implementação. No ano de 2006, Estela Aquino fez um mapeamento deste campo temático emergente, descrevendo o perfil e as tendências da atividade científica sobre gênero e saúde no Brasil. A autora conseguiu identificar 51 grupos de pesquisa dedicados à temática, sendo que 27 deles foram detectados ao usar a expressão “saúde da mulher” e 22 deles quando usado o termo “sexualidade”. A autora também identificou que a maior parte destes grupos eram liderados por mulheres (67,35%). Em relação à produção acadêmica dos cursos de pós-graduação senso estrito, foram defendidas 686 dissertações de mestrado e 222 teses de

doutorado entre os anos de 1987 e 2004, sendo 98 dissertações e 42 teses no âmbito da Saúde Coletiva (AQUINO, 2006).

A primeira tese de doutorado em torno da temática de gênero e saúde versou sobre a saúde mental das mulheres e foi defendida no ano de 1992; curiosamente, essa articulação entre gênero e saúde mental era bem pouco explorada à época e tem crescimento bem recente. A maior parte dos trabalhos sobre gênero e saúde encontrados na exploração de Aquino (2006) foram defendidos na primeira metade da primeira década dos anos 2000, período de maior crescimento dos estudos sobre a temática. Em relação às publicações encontradas pela autora em quatro periódicos da Saúde Coletiva, foram publicados 665 artigos entre os anos de 1980 e 2005, tendo também um maior percentual de publicações a partir do ano 2000. Tanto a produção relacionada à pós-graduação como a publicação de artigos científicos foram realizadas em sua maior parte pelas mulheres, fato que a autora explica estar relacionado à forte presença feminina na Saúde Coletiva e à grande influência do feminismo na temática (AQUINO, 2006). Mapeamento realizado por Maria de Fátima Araújo, Lilia Schraiber e Diane Cohen (2011) da produção científica em torno do mesmo tema através de resumos de congressos e artigos publicados no campo da Saúde Coletiva entre os anos de 1990 e 2008, também, demonstra maior percentual de produção a partir dos anos 2000, especialmente no período não coberto pelo trabalho de Aquino (2006), entre os anos de 2005 e 2008. Estas autoras também constataram que a maior parte dos trabalhos foram produzidos por mulheres, com destaque no mapeamento de Araújo et. al. (2011) para o crescimento de trabalhos produzidos através da parceria entre homens e mulheres.

Em relação aos temas pesquisados dentro da articulação entre gênero e saúde, Aquino (2006) encontrou a predominância da visão materno-infantil até metade dos anos 1980; a partir da segunda metade desta década começam a ter destaque trabalhos sobre práticas contraceptivas e a chegada do PAISM abriu espaço para pesquisas sobre estas temáticas a partir do ponto de vista das mulheres, assim como a perspectiva de integralidade deste programa abriu espaço para pesquisas sobre o câncer e a hipertensão arterial, mesmo que ainda relacionadas à esfera reprodutiva. A partir da década de 1990, surgiram temas importantes na produção científica antes pouco visibilizados, como o trabalho, a violência, a AIDS entre mulheres, o parto cesáreo e o aborto. No final da década de 1990, surgem outros temas como o papel dos homens na saúde reprodutiva e uma revisão de conceitos relacionados à sexualidade e os direitos sexuais. A primeira metade da primeira década de 2000 foi marcada por um grande aumento no número de

estudos sobre o tema, com destaque para trabalhos sobre avaliação em saúde e bioética e gênero.

Aquino (2006) finaliza seu mapeamento reunindo a produção científica sobre o tema em cinco subgrupos: reprodução e contracepção; violência de gênero, e suas variações, como violência doméstica, familiar, conjugal e sexual; sexualidade e saúde, com ênfase nas DST/Aids; trabalho e saúde, incluindo o trabalho doméstico e o trabalho noturno; outros temas emergentes ou pouco explorados como o envelhecimento e a saúde mental. No mapeamento realizado por Araújo et al. (2011) podemos encontrar as mesmas temáticas com destaque para o aumento da produção em “sexualidade e reprodução”, a partir de 2001, e o crescimento de novos temas, a partir de 2005, como saúde do idoso, saúde bucal, saúde mental, violência e saúde, violência de gênero e homens e masculinidades.

Em seu mapeamento sobre gênero e saúde, Araújo et al. (2011) incluíram a análise crítica da aplicação do conceito de gênero nas produções encontradas. Entre os artigos analisados, 25,1% utilizaram gênero como sinônimo de sexo, o que foi considerado uma não-coerência de acordo com a categorização criada pelas autoras, que teve como base epistemologias feministas. Os outros 74,9% apresentaram coerência na aplicação do conceito, metade deles usando um sentido parcial de gênero e outra metade um sentido completo do conceito em suas análises, ou seja, metade realizou uma análise a partir de uma comparação apenas descritiva das diferenças entre masculino e feminino, e a outra metade levou em consideração não somente as diferenças sociais e culturais entre homens e mulheres, mas também usaram em suas análises o entendimento de como se produzem essas diferenças em termos de desigualdades de poder. Segundo as autoras, as pesquisas qualitativas são responsáveis pelo maior número de pesquisas que usam o sentido completo de gênero, mas, ainda assim, 45% delas aplicam o sentido de modo parcial. As pesquisas sobre “violência”, “sexualidade e reprodução” e “masculinidades” nessa ordem, representam as temáticas com o maior número de produções que usam o sentido completo de gênero.

Estes mapeamentos realizados por Aquino (2006) e Araújo et al. (2011) apontam para a importância da compreensão de como o conceito de gênero tem sido utilizado na produção do conhecimento em saúde. Segundo as autoras, no campo da Saúde Coletiva, este conceito tem sido mais utilizado nas Ciências Humanas e Sociais em Saúde, mas, como foi dito anteriormente, ainda assim o conceito vem sendo utilizado de forma incorreta ou incompleta, principalmente na área de concentração da Epidemiologia. De

acordo com Araújo et al. (2011), mesmo com poucas produções em torno do tema, a área de Planejamento e Gestão teve uma porcentagem maior de uso completo do conceito do que as duas demais áreas. Dessa forma, apesar do crescimento da produção sobre gênero no campo da saúde, um dos grandes desafios da incorporação deste conceito é o uso completo do seu potencial analítico. Isso demonstra como o campo ainda tem dificuldade de enxergar o gênero como uma categoria de análise fundamental para compreender as desigualdades sociais em saúde.

Portanto, dar visibilidade à categoria gênero, compreender o conceito enquanto categoria analítica histórica e fazer seu uso completo nas pesquisas científicas é essencial para que as políticas e a assistência em saúde possam dar conta da diversidade de performances possíveis neste âmbito e criar estratégias que propiciem um cuidado integral e equânime. O cuidado em saúde pode ser construído junto a/com cada pessoa, com suas particularidades, as intersecções que lhe atravessam, seus projetos de vida, levando em consideração todas as questões sócio-históricas aqui levantadas no que diz respeito às relações de poder que envolvem a apropriação dos corpos femininos pela medicina, a construção do gênero na sua relação com outros marcadores da diferença e suas repercussões nas formas de adoecer e receber cuidado em nosso Sistema Único de Saúde, em nossa realidade brasileira.

## **5.2 Gênero, raça, classe e saúde mental**

Sônia Maluf e Ana Paula Andrade (2017), ao pesquisarem sobre o gênero nas políticas de saúde mental, observaram o predomínio de uma abordagem de caráter fisicalista da saúde mental das mulheres, tendo como base a noção de ciclo de vida. Na pesquisa de campo, elas puderam observar também uma medicalização excessiva das mulheres nos serviços de saúde mental da rede pública. Dessa forma, elas apontam para uma redução das aflições e sofrimento das mulheres à sua dimensão biológica, a um corpo biológico essencializado, tendo como foco seu ciclo reprodutivo. Além disso, elas destacaram outras importantes percepções, como mostrado a seguir:

- 1) a necessidade de uma avaliação crítica das práticas institucionais que reforçam ou reproduzem a desigualdade de gênero; 2) a constatação de uma realidade de hipermedicalização e hipermedicamentação das mulheres com psicofármacos; 3) a confusão entre democratização e universalização do acesso à saúde e a distribuição de medicamentos, o que implicaria em pensar uma política terapêutica (e psicoterapêutica) menos medicamentosa; 4) a necessidade de se oferecer outros tratamentos além do medicamentoso; 5) a

necessidade de se repensar os modelos de cuidado e atendimento nas políticas de saúde da mulher de modo mais amplo; 6) a ruptura com o modelo de saúde da mulher assentado na visão biologicista-fisicalista do ciclo de vida como determinante de sua suposta vulnerabilidade a questões de saúde mental; e 7) o reconhecimento de outros saberes e modos de lidar com a aflição e o sofrimento para além do paradigma biomédico ou psicologizante (p. 176).

Essa hipermedicalização e hipermedicamentação das mulheres passa pela construção de diagnósticos que têm como base visões estereotipadas das mulheres e normatizações do que deve sentir ou ser uma mulher “normal”. Valeska Zanello (2017) chama a atenção para a presença de valores e ideias de gênero na subjetividade dos profissionais de saúde que fazem parte do processo diagnóstico. O binarismo sexual e seus valores atravessam a interpretação feita por estes profissionais de um modo naturalizado, “intuitivo”, interferindo no ato diagnóstico a partir da percepção de certos afetos ou comportamentos como sendo “sintomas”. A autora continua destacando que tal fato coloca em xeque pressupostos que podem estar por trás de “dados” epidemiológicos como a prevalência mundial de “depressão” em mulheres comparadas a homens, como, por exemplo, a perspectiva da causalidade biológica, como a presença de hormônios específicos nas mulheres.

Além da predominância da compreensão biológica da diferença entre a incidência de transtornos mentais entre homens e mulheres, Zanello (2018) vai apontar a influência dos diferentes processos de subjetivação dos gêneros na cultura brasileira. Tais processos têm grande influência na forma como o sofrimento é gendrado. A autora aponta que as mulheres estariam sob a égide do que ela vai chamar dos “dispositivos amoroso e materno”, já os homens do “dispositivo da eficácia”, fundado na virilidade sexual e laborativa. Neste sentido, ela considera que as mulheres, ao se subjetivarem através do dispositivo amoroso, têm o amor como centro deste processo de subjetivação a partir de um ideal de relação heterossexual sempre marcada pela assimetria afetiva e por uma relação consigo mesmas mediada pelo olhar de um homem que as escolha. A autora faz uma metáfora dizendo que estas mulheres estariam situadas numa “prateleira do amor” regida por um ideal estético branco, louro, jovem e magro, trazendo grande sofrimento principalmente para mulheres negras, que são mais preteridas nesta “prateleira”. Mesmo as mulheres brancas em algum momento também perdem valor quando engordam ou envelhecem. Dessa forma, tal dispositivo coloca o amor como algo identitário para as mulheres que só se sentem validadas pela possibilidade de “serem escolhidas” por um homem.

Já o dispositivo materno diz respeito à associação entre maternagem (capacidade de cuidar) e a capacidade de procriar, fazendo com que a mulher seja demandada culturalmente a ser procriadora e cuidadora. O discurso ideológico do “instinto materno”, do amor materno como “espontâneo”, “maior de todos”, foi produzido e inflacionado, levando mulheres que não se encaixavam neste estereótipo ao sofrimento. Dessa forma, mulheres que não tiveram filhos, que não exerceram a maternidade dentro do esperado culturalmente, ou que não colocaram o cuidado de outras pessoas como prioridade de suas existências, podem ter sua identidade de “verdadeira mulher” colocada em xeque (ZANELLO, 2018).

Zanello (2018) chama a atenção para o fato de que pensar a subjetivação a partir destes dispositivos se trata de um binarismo essencialista estratégico com o objetivo de revelar certas estruturas presentes nestes processos de subjetivação de mulheres e homens em nossa cultura, nesse momento histórico. A autora enfatiza a importância de levar em consideração as idiosincrasias das interseccionalidades na aplicação prática destes conceitos, principalmente no que diz respeito aos marcadores de raça e classe que dão características específicas ao modo como essa subjetivação acontece.

Neste sentido, é importante trazermos a questão da raça para o debate da saúde mental das mulheres. Em nosso país, a maior parte das mulheres são não brancas e isto tem um impacto particular nos modos como sofrem. O feminismo negro e interseccional tem uma grande contribuição a dar para uma Reforma Psiquiátrica que se proponha a questionar a naturalização das mulheres como uma categoria uniforme.

Ângela Davis (2016), autora pertencente ao feminismo negro estadunidense, aponta, em sua obra “Mulheres, Raça e Classe”, como as condições de vida das mulheres negras, desde a escravidão e mesmo depois do processo de abolição da escravatura, são inferiores aos dos homens em geral e às das mulheres brancas. A autora nos narra, também, como na história do feminismo nos Estados Unidos a questão da raça foi negada pelas feministas brancas, que, por muito tempo, não conseguiram enxergar as diferenças entre elas e suas companheiras negras.

Também nos Estados Unidos, bell hooks (2015), outra importante autora do feminismo negro, faz uma crítica a duas assertivas que ela atribui às mulheres brancas e ao feminismo moderno, quais sejam “o sofrimento não pode ser medido” e “todas as mulheres são oprimidas”. Ela critica a ideia por trás destas afirmações que está baseada num entendimento de que as mulheres sofrem a mesma sina, deixando de lado a diversidade de experiências destas mulheres e o modo como o sexismo oprime cada uma

delas. Fatores como classe, raça, religião, orientação sexual, entre outros, têm papel importante nas formas e graus de sofrimento das diversas mulheres. Porém, as mulheres brancas de classes privilegiadas seguiram colocando suas pautas no centro do feminismo e fazendo de sua condição um sinônimo de “opressão”, como se essa “opressão” fosse comum a todas as mulheres.

Deslocando essa discussão para a realidade latino-americana, Lélia Gonzalez (1988) busca evidenciar a dimensão racial no que diz respeito à situação das mulheres na América Latina e a situação de exclusão de mulheres negras e indígenas. Gonzalez (1988) destaca a desigualdade sexual e a discriminação tripla sofrida pelas mulheres não brancas, as amefricanas e as ameríndias, sendo estas as mais exploradas nas sociedades capitalistas patriarcal-racistas, fazendo parte, em sua grande maioria, do proletariado afro-latino-americano. A autora argumenta a favor de um feminismo afro-latino-americano, falando da importância dos Movimentos Étnicos, como o Movimento Indígena e o Movimento Negro, e como a conscientização da opressão para as mulheres não brancas nas sociedades latino-americanas se dá a partir da questão racial.

Reduzindo o foco da América Latina para a realidade brasileira, Sueli Carneiro (2003) também constata, na realidade brasileira, o fato de o feminismo ter ficado aprisionado numa visão eurocêntrica e universalizante das mulheres. Como consequência disto, o não reconhecimento das diferenças e desigualdades entre as mulheres provocou o silenciamento de mulheres vítimas de outras formas de opressão que não somente o sexismo. Dessa forma, a autora propõe enegrecer o feminismo e destaca a insuficiência teórica e prática política do feminismo clássico diante das diferentes expressões do feminino presentes nas sociedades multirraciais e pluriculturais e a necessidade de combater as desigualdades de gênero e intragênero a partir de um feminismo negro que visibilize as questões de gênero, raça e classe. A partir desta visibilidade, é possível que as mulheres construam suas lutas a partir de suas especificidades, se tornando sujeitos políticos na busca de resolutividade de suas demandas através de práticas condizentes com suas realidades locais. No Brasil, por exemplo, temos as mulheres negras e as indígenas, e cada grupo tem, para além das necessidades comuns ao gênero, especificidades relacionadas com outros marcadores sociais.

Neste sentido, é importante destacar a importância do conceito de interseccionalidade, conceito que ganhou notoriedade acadêmica a partir do trabalho da intelectual afro-estadunidense Kimberlé Crenshaw, autora que sistematizou um método de análise que retoma as críticas já realizadas pelo feminismo negro. É importante

destacar aqui que o trabalho de sistematização de Crenshaw em torno do tema da interseccionalidade foi de suma importância para a penetração destes estudos no ambiente acadêmico. Contudo, as ideias constituintes do conceito interseccionalidade já estavam na base dos movimentos sociais antirracistas estadunidenses desde meados do século XX, assim como já compunha o corpo teórico de diversos escritos das autoras do feminismo negro dos Estados Unidos e de outros países, como as já citadas neste trabalho (COLLINS; BIRGE, 2020; COLLINS, 2022).

Ao abordar o tema da interseccionalidade Crenshaw (2002) diz que, embora a Declaração Universal dos Direitos Humanos garanta sua aplicação sem distinção de gênero e contenha em seu escopo a não discriminação por parte da raça, ela não consegue dar destaque a diferentes experiências que fujam de um tipo de direito universal que se baseia nas experiências do homem branco, ficando tais experiências invisibilizadas. No que se refere às mulheres consideradas marginalizadas, como as mulheres negras, a autora sinaliza que, na análise dos problemas enfrentados por estas mulheres, podem acontecer duas situações, a subinclusão e a superinclusão.

A superinclusão se caracteriza pela generalização de um problema específico de um grupo de mulheres como se este fosse de todas as mulheres. Tal análise acaba por invisibilizar todos os fatores envolvidos no problema, como questões raciais, por exemplo, levando à formulação de ações pouco efetivas, visto que ações voltadas somente para as questões de gênero. Já na subinclusão se dá o contrário, um grupo de mulheres marginalizadas pode ter sua situação analisada apenas como uma questão racial, usando o exemplo anterior, sendo desconsideradas as questões de gênero, visto que as mulheres de grupos dominantes não sofrem com esta situação. “Em resumo, nas abordagens subinclusivas da discriminação, a *diferença torna invisível* um conjunto de problemas; enquanto em abordagens superinclusivas, a própria *diferença é invisível*” (CRENSHAW, 2002, p. 176).

Desta forma, a autora chama a atenção para o fato de que, no que diz respeito à discriminação interseccional, é bastante difícil identificar os fatores sociais, econômicos, culturais que compõem, de forma silenciosa, o pano de fundo, a estrutura por trás da discriminação. Assim, só o aspecto mais imediato da discriminação é percebido e parece sozinho ser responsável pela situação de subordinação. Para apreender a discriminação como um problema interseccional, é preciso visibilizar todas as dimensões presentes nesta estrutura. Só a partir desta visibilização é possível intervir de modo efetivo para a mudança das realidades de mulheres racializadas (CRENSHAW, 2002).

Dito isto, a autora nos oferta seu conceito de interseccionalidade, conceito a partir do qual ela busca operacionalizar uma melhor análise destas situações de subordinação sofridas pelas mulheres não brancas:

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (CRENSHAW, 2002, p. 177).

Crenshaw (2002) explica que diversos eixos de subordinação se cruzam como vetores que percorrem avenidas e atingem as mulheres não brancas que se situam em cruzamentos, sofrendo colisões de opressões vindas de diversas direções, onde desvantagens interagem com vulnerabilidades preexistentes, produzindo novas dimensões que favorecem o desempoderamento.

Para compreender a complexidade destas diversas interações, Crenshaw (2002) propõe um protocolo interseccional que deve ter como foco a análise contextual da realidade das mulheres marginalizadas. Esta análise deve ser feita de baixo para cima, partindo de como as mulheres vivem suas vidas e buscando conhecer as várias influências que as moldam. Neste sentido, é importante também descobrir como as políticas e outras práticas moldam suas vidas de modo diferente de outras mulheres que não estão expostas aos mesmos fatores. Para tal, a autora diz ser necessário o desenvolvimento de novas metodologias que possibilitem desvendar as formas como várias estruturas de subordinação convergem.

No capítulo referente ao quadro teórico-metodológico, no subitem sobre o feminismo decolonial, trago as contribuições do feminismo negro e interseccional como matrizes para o que veio a ser denominado feminismo decolonial, uma reflexão sobre as questões de gênero dentro da colonialidade.

Buscando convergências entre Reforma Psiquiátrica e o feminismo negro e interseccional, devemos lembrar que Franco Basaglia (2005) propõe colocar a doença entre parênteses como uma forma de questionar a forma como as pessoas são classificadas (dentro de um modelo teórico-conceitual da psiquiatria que coisificava os sujeitos) e para potencializar o nosso olhar para a multiplicidade e singularidade dos sujeitos em suas experiências e formas de sofrimento. Dessa forma, colocar a doença entre parênteses nos permite enxergar as mulheres a partir de suas singularidades e dos diversos eixos de

subordinação que se interseccionam na construção de seus sofrimentos (PASSOS; PEREIRA, 2017).

Passos e Pereira (2017) chamam a atenção para o fato de que, a despeito do avanço que a Reforma Psiquiátrica Brasileira vinha ganhando (até antes de 2016<sup>3</sup>, nota minha) com o fortalecimento do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), da Rede Internúcleos da Luta Antimanicomial (RENILA), das Conferências Nacionais de Saúde Mental nas décadas de 1990 e 2000, da promulgação da lei 10.216, em 2001, e todas as portarias subsequentes que desenharam progressivamente a Rede de Atenção Psicossocial (portaria 336/2002 e portaria 3088/2011, para citar as principais), ainda é necessário chamar a atenção para o alto grau de medicalização das mulheres nos serviços territoriais.

Além disso, as autoras ressaltam também o retrocesso ocorrido na publicação da portaria 3088/2011 com a inclusão das CT na RAPS, formalizando assim o financiamento público de espaços já condenados por uma série de denúncias de maus tratos com relatórios e dossiês de entidades que realizaram vistorias e visitas a muitas destas unidades (Conselho Federal de Psicologia, 2011; Comitê de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro, 2011; Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, 2016). Em espaços como estes, as questões de gênero também se fazem presentes tais como com a restrição do acesso a objetos pessoais, tais como maquiagem e salto alto, assim como a proibição de levar seus filhos consigo, caso fossem internadas grávidas e decidissem sair antes do tempo mínimo previsto para a internação. Se elas decidissem sair ainda assim seus filhos podiam ser encaminhados para adoção (CFP, 2011). Além desta inserção das CT na RAPS, com as mudanças ocorridas na conjuntura nacional pós-golpe de 2016, em 2017 as CT passaram a receber metade do orçamento nacional da área de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (PEREIRA; PASSOS, 2019).

Nas condições ofertadas pelas CT, os sofrimentos apresentados pelas mulheres são muitas vezes intensificados pelas condições de isolamento que as privam de estar junto de entes familiares e da comunidade, pela falta de preparação técnica das equipes que trabalham nestes espaços, pela ausência da interlocução e contato das usuárias com outros serviços da rede social e de saúde importantes para sua reinserção social e pela falta de reconhecimento das próprias mulheres de que estes espaços sejam adequados para

---

<sup>3</sup> Golpe parlamentar de 2016 que levou ao impeachment de Dilma Rousseff.

o cuidado (CABRAL et al., 2017; PINHEIRO; TORRENTÉ, 2020). Tais características demonstram os traços de instituição total de tais comunidades.

É importante destacar também que, em abril de 2019, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) uma Nova Política Nacional sobre Drogas (PND) que tem seu conteúdo baseado numa lógica de abstinência e de mundo livre das drogas que aponta para o encerramento do investimento na Política de Redução de Danos, dando também incentivo e apoio às CT. Todas estas mudanças nas políticas de saúde mental e nas políticas de drogas retomam os “desejos de manicômio” ainda muito presentes na sociedade brasileira e dão novas roupagens aos já conhecidos métodos do enclausuramento e silenciamento de mulheres, pessoas negras e LGBTs através do discurso da “cura” (PEREIRA; PASSOS, 2019).

Portanto, se faz urgente e necessária a pesquisa sobre o uso de drogas por mulheres a partir de perspectivas participativas, decoloniais e feministas que nos deem subsídios para construir uma maré contrária a essa onda de retrocessos que as políticas de saúde brasileiras atravessaram. Esta tese também parte do desejo de, através da escuta das mulheres usuárias de drogas, podermos construir políticas e ações de cuidado condizentes com as suas necessidades sociais e de saúde, ultrapassando a repetição de velhas prescrições de uma sociedade patriarcal e racista do que deve ser “melhor” para elas.

## **6 QUADRO TEÓRICO-METODOLÓGICO**

A partir da revisão de literatura, pudemos perceber que, no Brasil e no mundo, aspectos importantes sobre o cuidado ofertado a mulheres em uso de drogas têm sido abordados pelas pesquisas científicas, desde o acesso aos serviços, algumas de suas tipologias, a efetividade de alguns destes serviços, a importância da aliança terapêutica com as mulheres e seus familiares, como também suas necessidades sociais e de saúde. Porém, a maior parte dos trabalhos não abordou o cuidado tendo como analisador as questões de gênero a partir dos contextos socioculturais dessas mulheres e como estas questões têm influência no modo como profissionais, familiares e as próprias mulheres constroem práticas de cuidado, muitas vezes a partir de estereótipos e da reprodução do sexismo, do machismo e das discriminações envolvendo classe e raça.

Portanto, esta pesquisa teve como fundamentação teórico-metodológica as epistemologias feministas e o feminismo decolonial, teorias produzidas na esteira de todo um processo histórico de lutas feministas que buscaram e continuam na busca de confrontar as opressões advindas de condições sociais relacionadas ao gênero, à raça e à

classe, entre outras. Inicialmente, abordarei as principais correntes das epistemologias feministas e sua relação com a antropologia e, no momento seguinte, me deterei especificamente no feminismo decolonial.

### **6.1 Epistemologias feministas e a antropologia**

Artemisa Espínola (2014) inicia seu trabalho sobre metodologia feminista nos chamando a atenção para o fato de que a investigação feminista tem se debruçado, há mais de quatro décadas, no desvelamento da ausência das mulheres tanto como objeto quanto como sujeitos da investigação científica. De acordo com Sandra Harding (2019), o esforço inicial das teorias feministas estava em torno de reinterpretar diversos discursos teóricos de modo a visibilizar as atividades e as relações sociais das mulheres em diferentes tradições intelectuais. A ideia era revelar as vidas das mulheres com a mesma clareza que a ciência tradicional se empenhava em revelar a vida dos homens.

Apesar de as teorias feministas terem iniciado suas indagações a partir das críticas às teorias pré-existentes, em tentativas algumas vezes infrutíferas ou problemáticas de fazer releituras a partir das relações de gênero, Harding (2019) sinaliza que tais tentativas evoluíram para o questionamento de premissas fundamentais do pensamento ocidental moderno. Dessa forma, para além de ter contribuído para o desenvolvimento de inúmeros trabalhos que evidenciam os vieses sexistas e androcêntricos da produção científica, estas teorias desenvolveram propostas epistemológicas que tiveram impactos nas práticas metodológicas e nos modos com que as acadêmicas feministas desenvolveram sua prática científica (ESPÍNOLA, 2014).

As práticas científicas feministas têm como base uma práxis política declaradamente comprometida com um projeto de transformação das relações de gênero. Tal fato se contradiz com um dos fundamentos básicos da Ciência Moderna que se fundamenta na separação entre “fatos” e “valores” e na “neutralidade” de forma a assegurar a descoberta de “verdades científicas”. Desta forma, uma ciência feminista só é possível a partir da desconstrução dos pressupostos iluministas no que diz respeito à objetividade, à neutralidade e ao conhecimento científico (SARDENBERG, 2001).

Tendo como ponto em comum esta crítica aos pressupostos da ciência moderna, várias pensadoras feministas desenvolveram níveis diferentes de crítica, abandonando mais ou menos os métodos e procedimentos tradicionais das ciências. Dessa forma, se desenvolveram também muitos questionamentos e divergências quanto às melhores estratégias epistemológicas na busca da fundamentação de um saber feminista

(ESPÍNOLA, 2014). Ainda assim, apesar destas divergências, é possível dizer que as epistemologias feministas têm em comum a crítica aos sujeitos enquanto uma abstração com faculdades universais, à objetividade do conhecimento e aos valores de “neutralidade” da ciência. As epistemologias feministas defendem um sujeito do conhecimento enquanto um indivíduo histórico, cujo corpo, interesses, emoções e razão são constituídos em um contexto histórico concreto (GARCÍA; SEDEÑO, 2002).

Para Elizabeth Anderson (2020), o conceito central das epistemologias feministas é o de conhecimento situado, ou seja, um conhecimento que reflete as perspectivas particulares de quem conhece. As filósofas feministas se debruçam na forma como o gênero situa os sujeitos conhecedores. Tal reflexão tem gerado diferentes abordagens, sendo as três principais o “feminismo perspectivista” (feminismo do ponto de vista, *feminist standpoint*), o “feminismo pós-moderno” e o “feminismo empiricista” (HARDING, 1986).

De acordo com Harding (1986), o feminismo empirista argumenta que o sexismo e o androcentrismo são vieses corrigíveis através de uma correta adesão aos métodos científicos, uma adesão que possibilite a transcendência de todo gênero, gerando assim um aumento da objetividade e uma ausência de tendenciosidade. Para o feminismo empirista, as pesquisadoras (ou mesmo pesquisadores que adotem um viés feminista) são mais capazes de produzir uma ciência neutra e sem vieses e de identificar predisposições androcêntricas no processo de pesquisa. Esta abordagem epistemológica se mantém próxima à ciência moderna, criticando apenas a “má ciência”, mas não a ciência tradicional.

Já o feminismo pós-moderno tem como base o pós-estruturalismo, teorias de construção social e o desconstrucionismo. As teorias pertencentes ao feminismo pós-moderno têm uma visão epistemológica do sujeito a partir de uma multiplicação máxima de sujeitos, mas de “sujeitos situados em processo”, visto que as perspectivas dos agentes do conhecimento são parciais. Neste sentido, as feministas pós-modernas pensam que o sujeito cartesiano autônomo, separado e transcendental deve ser substituído por um sujeito situado que é coletivamente constituído pelos discursos e práticas de sua cultura. O pós-modernismo feminista luta contra teorias que pretendem justificar práticas sexistas que têm como base ideologias que afirmam que as diferenças observadas entre homens e mulheres são naturais e necessárias, ou que as mulheres têm uma essência que explica e justifica sua subordinação. Críticas ao feminismo pós-moderno apontam a rejeição da “mulher” como uma categoria de análise e a fragmentação de perspectivas como

obstáculos para uma análise crítica das forças sociais em grande escala que afetam as mulheres, visto que o fato de mulheres em posições sociais diferentes vivenciarem opressões de maneiras diferentes não significa que elas não tenham nada em comum. Tal fragmentação pós-modernista ameaçaria tanto a possibilidade de foco analítico quanto de construção de coalizões politicamente eficazes entre mulheres diversas (HARDING, 1986; ANDERSON, 2020; GARCÍA; SEDEÑO, 2002; ESPÍNOLA, 2014).

Quero trazer de forma um pouco mais ampla o feminismo perspectivista (ou feminismo do ponto de vista), visto ser a minha escolha teórica uma das abordagens que surgem a partir destas reflexões. As autoras mais conhecidas deste feminismo são Sandra Harding, Nancy Hartsock, Hilary Rose e Dorothy Smith. Esta teoria tem origem marxista e parte do reconhecimento do caráter socialmente situado das crenças. Ela argumenta que a posição de dominação masculina resulta em compreensões parciais e perversas, enquanto a posição subalterna das mulheres possibilita compreensões mais completas, menos parciais e menos perversas. Partindo deste pressuposto, o feminismo e os movimentos de mulheres propiciariam uma teoria e a motivação para investigação e luta política que transformaria as perspectivas das mulheres em um “ponto de vista” com fundamento moral e científico mais adequado para interpretar e explicar a natureza e a vida social. A “objetividade forte”, fornecida pelo ponto de vista feminista, se opõe à noção tradicional de “objetividade”, irremediavelmente fraca pela parcialidade inconsciente de sua perspectiva (HARDING, 1986; GARCÍA; SEDEÑO, 2002).

De acordo com Anderson (2020), uma teoria do ponto de vista deve especificar a localização social da perspectiva favorecida; seu escopo, ou seja, os assuntos sobre os quais reivindica vantagem; o aspecto da localização social que gera vantagem epistêmica (papel social ou identidade subjetiva); o fundamento de sua vantagem, o que justifica sua pretensão de superioridade; o tipo de superioridade epistêmica que alega, quer seja maior precisão ou maior capacidade de representar verdades fundamentais; as outras perspectivas em relação às quais reivindica vantagem; e os modos de acesso a essa perspectiva: ocupar o local social é necessário ou suficiente para ter acesso à perspectiva?

Ainda, segundo Anderson (2020), os feminismos perspectivistas geralmente afirmam que as perspectivas dos grupos sociais subordinados têm uma vantagem epistêmica em relação a tópicos politicamente relacionados à sua subordinação, em relação às perspectivas dos grupos que os dominam. Tal teoria afirma que o ponto de vista dos subordinados tem vantagem em revelar regularidades sociais fundamentais, ao expor os arranjos sociais como contingentes e suscetíveis a mudanças por meio de ações, e na

representação do mundo social em relação aos interesses humanos universais. De forma oposta, as perspectivas do grupo dominante representam apenas regularidades sociais superficiais em relação aos interesses do grupo dominante e os representam erroneamente como necessários, naturais, ou universalmente vantajosos.

Críticas realizadas por algumas autoras feministas ao feminismo perspectivista dizem respeito ao questionamento sobre como seria feita a escolha do ponto de vista a ser adotado, por exemplo, seria a classe, a raça, a nacionalidade? Qual opressão daria a determinado grupo o privilégio epistêmico? Além disso, feministas pós-modernistas criticam a possibilidade de o feminismo perspectivista conduzir a um ponto de vista unificado das mulheres e veem, por trás da afirmação de um ponto de vista feminino universal, a perspectiva de mulheres brancas relativamente privilegiadas, ou conduzir a um “essencialismo” que torne homogêneas determinadas categorias como “mulher negra”, caindo de novo num certo tipo de universalismo. As feministas pós-modernistas também chamam a atenção para o fato de que, no feminismo perspectivista, podem se confundir a materialidade da vida das mulheres com a experiência feminina, eliminando um possível hiato entre posição social e posição discursiva. Elas também questionam o fato de o feminismo perspectivista reclamar maior “privilégio epistêmico” para as mulheres, colocando a teoria feminista como capaz de revelar “verdades”, esquecendo que o conhecimento será sempre parcial (HARDING, 1986; GARCÍA; SEDEÑO, 2002; ESPÍNOLA, 2014; ANDERSON, 2020).

Partindo de uma crítica à ausência da experiência de mulheres negras nos “estudos de mulheres”, as feministas negras estadunidenses adotaram o privilégio epistêmico do feminismo perspectivista. Feministas como Patrícia Hills Collins defenderam que as teorias do feminismo perspectivista desafiavam de forma mais contundente as posturas eurocêntricas e androcêntricas dominantes do que as pós-modernistas e trouxeram para o feminismo perspectivista o ponto de vista das mulheres negras, pensando principalmente a partir da intersecção entre gênero, raça e classe (SANDENBERG, 2001).

Essa construção de uma crítica ao modo de construir conhecimento pelas feministas despertou o interesse de antropólogas que deram início a uma subdisciplina dentro da antropologia nos anos de 1970. A antropologia feminista trouxe uma forte crítica ao viés masculino da disciplina e ao pouco espaço dado para as mulheres tanto no que concerne à valorização da produção das pesquisadoras como ao espaço dado às questões que envolvem as mulheres enquanto interlocutoras em seus resultados de pesquisa. Também era de interesse destas antropólogas que a vida das mulheres estivesse

representada nas descrições das sociedades e que as experiências das mulheres e o gênero em si fossem teorizados nas elaborações de como funcionam as sociedades. A intenção das estudiosas feministas era recolocar as mulheres e as políticas de gênero no campo de visão da disciplina como um todo, não a de criar uma antropologia sobre mulheres separada do resto (STRATHERN, 2009; ABU-LUGHOD, 2019).

Lourdes Pérez (2019) diz reconhecer a importância dos estudos das antropólogas feministas nos anos de 1970 e 1980, mas assinala que, para ela, o objetivo da antropologia feminista é transformar a antropologia a partir de uma crítica aos vieses androcêntricos, etnocêntricos e heterocêntricos que estruturam os métodos da disciplina, independente do objeto de estudo escolhido. Susana Rostagnol (2018) também sinaliza que a antropologia feminista tem mais a ver com uma perspectiva, um modo de olhar, não uma especificidade temática ou teórica, mas algo mais vasto que engloba todo o trabalho antropológico. A antropologia feminista implica conhecimento situado, uma forma particular de se relacionar com a alteridade, questionar a realidade empírica de outros lugares, sempre tentando encontrar os nós da dominação masculina.

Lila Abu-Lughod (2019) chama a atenção para o fato de que o feminismo e a antropologia como práticas acadêmicas são duas disciplinas que surgem e se concentram nos dois sistemas de diferença dos quais as desigualdades do capitalismo moderno historicamente dependeram: a raça/etnia e o gênero. Ambos estão enraizados e tratam o problema das distinções historicamente constituídas entre eu/outro. Mas chegam à questão de si mesmo e do outro de diferentes lugares dentro da estrutura da diferença. O discurso antropológico clássico, com suas raízes na exploração e colonização do resto do mundo pelo Ocidente, é o discurso de si mesmo (homem, branco e europeu). É definido principalmente como o estudo do “outro”, o que significa a não problematização de si mesmo e uma diferenciação do outro que tem como base o racismo e o colonialismo. Já o feminismo começa pelo lado oposto, a partir do gênero traz o questionamento sobre o lugar de “outro” que as mulheres ocupam para o “eu” do homem e as implicações em termos de poder e hierarquia dentro desta diferenciação. O feminismo busca transformar em sujeitos quem era antes vista como “outro”, como objeto. A partir disto, as feministas descobriram, no processo da constituição de si mesmas, as diferenças entre si e que a mulheridade era só uma identidade parcial e que para trabalhar juntas era importante o reconhecimento de que eram diferentes entre si.

Abu-Lughod (2019) segue seu argumento dizendo que a etnografia feminista tem uma dinâmica que, ao partir desta constituição de si mesma das mulheres, com pontos de

intersecção e diferenças entre si, se move para além do ponto morto fixo eu/outro e da divisão sujeito/objeto. A pesquisadora, ao colocar o seu lugar de mulher como parte do processo de pesquisa, se comprometendo em estar atenta às questões de gênero no modo como conduz a pesquisa, também está compreendendo a sua situação de mulher ao compreender o lugar da outra, dentro de um processo de identificação e diferenciação. Existe um interesse político em compreender a situação da outra. Desta forma, a etnografia feminista foi e tem sido importante para criar um espaço dentro da antropologia para discutir a parcialidade e o conhecimento situado. E, dentro do feminismo, a antropologia feminista tem o importante papel de dar vida ao que significa ser mulher em múltiplos contextos, fazendo nos reconhecer e nos relacionar a partir de nossas múltiplas experiências em suas similaridades e diferenças.

Em seu texto sobre etnografias feministas, Andrea González (2019) chama a atenção para a vulnerabilidade da pesquisadora em campo, sobre a importância de ocupar esse lugar de vulnerabilidade que se contrapõe a uma postura masculinizada onde o pesquisador tem o poder de entrar e sair do espaço do outro, criando uma distância a partir de um lugar de superioridade. A autora defende que o campo está em nossos corpos e que nossos corpos são tocados pelas experiências do “outro”, estamos vulneráveis aos desconfortos ou deslocamentos que a experiência provoca em nós. Tais desconfortos podem ser gerados pelas contradições e inconsistências encontradas no campo e corremos o risco, inclusive, de conduzir o processo analítico de forma a construir uma coerência nas narrativas das vidas dessas pessoas de modo a nos aquietar, ou apresentar melhores argumentos acadêmicos. Porém, as vidas nunca são coerentes, são contraditórias e fluidas. Lidar com essa vulnerabilidade durante e após o trabalho de campo é um esforço necessário para desenvolvermos reflexividade, crítica e responsabilidade na construção do conhecimento. Para a autora, o grande diferencial de uma etnografia feminista parte do potencial que surge para abrir diálogos onde a dúvida, a vulnerabilidade, as inseguranças e as contradições se mostram e nos propiciam entender e nos entender.

Neste diálogo que se abre entre nós e nossas interlocutoras, é importante estarmos atentas às relações de poder inerentes à produção do conhecimento. Falar da nossa vulnerabilidade e da nossa proximidade das interlocutoras com base no gênero não significa idealizar uma possível relação de igualdade, mas sim nos chamar a atenção para os lugares ocupados por nós enquanto pesquisadoras dentro das redes de poder de um determinado campo e como gerimos estas condições de produção do conhecimento, lembrando que estas redes são móveis e que nossos lugares nesta rede variam a depender

do momento em questão. O conhecimento produzido será sempre parcial, limitado e localizado justamente porque se gesta nesta interação caracterizada pela fugacidade do encontro (ROSTAGNOL, 2018).

Esse conhecimento situado, produzido por mulheres em suas diferentes posições sociais e acadêmicas, tem como objetivo central a desconstrução do conhecimento androcêntrico e tem a suspeita como atitude metodológica, suspeita que deve recair sobre as teorias, as investigações empíricas, a produção acadêmica, tudo que pareça ir em direção da reprodução dos mecanismos de dominação patriarcais. A antropologia feminista também compartilha de aspectos da proposta epistemológica de decolonizar o conhecimento e, mais, tem um compromisso político-social emancipatório para além do acadêmico (ROSTAGNOL, 2018).

Sobre a interlocução entre o pensamento decolonial e a antropologia feminista, Carmen Gregório Gil (2019) faz uma metáfora:

Eu uso patchwork para representar a etnografia feminista, uma colcha de retalhos (e histórias). Metáfora a partir da qual situo as posições estratégicas de resistência às práticas acadêmicas androcêntricas, classistas, sexistas e coloniais: cobrindo-nos coletivamente em espaços epistêmicos outros, ao mesmo tempo em que, produzindo uma multiplicidade de saberes diversos, mestiços e subalternos (retalhos ou pedaços de pano considerados inúteis) unidos com linhas diferentes (pontos, costuras, orifícios e remendos) através dos quais escrever, narrar, testemunhar e agir com um “pensamento cuidadoso”(p. 3-4, tradução nossa).

Gil (2019) segue argumentando que nosso comprometimento com a mudança das relações de dominação e violência nos conectam com o outro, seu sofrimento e suas dores. Como parte do processo de reparação simbólica que envolve o ato de falar, testemunhar, relatar e escrever, nossas práticas devem ser regidas com muita sensibilidade pelo ethos do cuidado. A autora explica que não é uma questão de entender como uma pessoa sente e pensa, mas compreender como esse sentir e pensar atuam, causando feridas e cisões dentro do sistema cultural. Desta forma, o mais íntimo e emocional nos ajuda a entender o social, ultrapassando os limites criados do ponto de vista epistemológico entre indivíduo/sociedade, mente/corpo, razão/emoção, fala/experiência.

Portanto, se propor a fazer uma etnografia feminista envolve se colocar como um sujeito corporificado, inteiro, com suas emoções, vulnerabilidades, ideais, conhecimentos e compromissos diante do campo e das interlocutoras com quem se vivencia o processo da pesquisa. Partir dos pressupostos até aqui expostos está em completa sintonia com o processo de nascimento desta pesquisa. Como já dito em tópico anterior, ela nasceu de

um trabalho que já acontece neste campo, que já tem meu corpo e os das minhas interlocutoras presentes, vivenciando experiências em conjunto, com nossas intencionalidades, com nossos compromissos conosco mesmas e com o grupo.

Quanto ao meu compromisso ético de cuidado, esse já fazia parte do meu fazer cotidiano junto a essas mulheres e seguiu como bússola desta pesquisa. Juntou-se a ele o compromisso político e acadêmico de produzir conhecimento que contribua para a formulação de políticas que levem em conta as reais necessidades destas mulheres e que possa ser compartilhado com profissionais em formação ou atuantes na área da saúde mental, fortalecendo assim os serviços substitutivos no cuidado integral das usuárias de drogas. Essa produção de conhecimento se faz necessária não apenas pela relevância de se debruçar sobre este público, mas pela perspectiva com que esse olhar se desenha, neste caso uma perspectiva feminista, antirracista e atenta aos modos como a colonialidade e a colonialidade do gênero impactam sobre os modos como se constroem as vivências destas mulheres.

Mas, antes de apresentar os caminhos que esta pesquisa percorreu, preciso convocar para a base teórica deste trabalho um feminismo que se fundou a partir do feminismo perspectivista e que também tem influências do feminismo negro, o feminismo decolonial. Sendo esta uma pesquisa que foi realizada num país da América Latina, num município do Brasil, utilizamos de teorias que pensam as questões de gênero situadas mais próximas desta realidade. Para tal nos aproximaremos um pouco mais do feminismo decolonial, adotando as reflexões sobre a colonialidade do gênero como bússola para nossas futuras análises.

## **6.2 Feminismo decolonial**

De acordo com Aníbal Quijano (2005), a globalização é a culminância de um processo que teve início com a formação da América e do capitalismo colonial que se instaurou como um novo padrão de poder mundial. Este padrão de poder tem como eixo central a classificação social da população mundial em termos de raça, tendo como base explicativa para tal o eurocentrismo. A ideia de raça serviu para legitimar as relações impostas pela conquista dos territórios americanos e este instrumento de dominação até então tem se mostrado o mais eficaz e durável instrumento de dominação social universal, visto que dele passou a depender outro instrumento igualmente universal, o intersexual ou de gênero.

A partir dessa perspectiva eurocêntrica, o homem branco europeu se destaca como mais próximo do humano, ser racional e mais evoluído dentro de uma lógica evolucionista, que coloca a Europa como topo da cadeia do processo civilizatório. Já as demais raças, como negros, indígenas, oliváceos, amarelos (nessa sequência), estariam mais próximas da “natureza”, “inferiores”, “primitivos”, “irracionais”, e que, numa cadeia evolucionista, poderiam ser vistos como pré-europeus, rumo à “europeização” ou “modernização”. Tal dualismo ultrapassou as relações raciais de dominação, atingindo também as relações sexuais de dominação, colocando as mulheres, em especial as mulheres das “raças inferiores”, como mais perto da natureza, e, em alguns casos (como das mulheres negras escravizadas), praticamente animalizadas, dentro da natureza (QUIJANO, 2005).

María Lugones (2014) aponta que, dentro dessa modernidade colonial, pautada na dicotomia humano/não humano, o centro do poder se caracteriza, dessa forma, pela figura do homem europeu, burguês, colonial moderno, heterossexual, cristão, racional e capaz de tomar decisões. Mesmo a mulher europeia burguesa era entendida como um complemento do homem europeu, alguém a quem cabia garantir a reprodução da raça e do capital através da sua pureza sexual e de sua passividade. A autora vai além da análise de Quijano sobre o lugar da mulher na modernidade colonial, destacando que as mulheres não brancas não eram vistas nem como mulheres, em primeiro lugar, mas como fêmeas colonizadas, e que, desta forma, é preciso entender as consequências desse não lugar ainda hoje.

Para a construção de um feminismo decolonial, centrado nos saberes do Sul global, Lugones (2014) coloca como tarefa a percepção da “diferença colonial”, renunciando à ideia universal de “mulher” e do próprio hábito epistemológico de apagar as diferenças. Este apagamento das diferenças se dá a partir do fato criado historicamente de que o centro do conhecimento válido, científico, está localizado, como sinaliza Boaventura de Souza Santos (2007), no Norte global, e todo o conhecimento produzido no Sul é invisibilizado, dado como inválido ou inexistente, logo não há diferença, mas só existência e legitimidade de um e apagamento e inexistência do outro. Sendo assim, a consolidação de um feminismo para as mulheres não brancas exige o que tem sido chamado de “giro decolonial”, termo cunhado originalmente por Nelson Maldonado-Torres e que diz respeito ao movimento de resistência teórico e prático, político e epistemológico à lógica da modernidade/colonialidade, à lógica de dominação do Norte global (LUGONES, 2014; BALESTRINI, 2013).

O termo “feminismo decolonial” foi proposto pela primeira vez pela própria María Lugones, feminista de origem argentina que viveu nos Estados Unidos. Esta teoria reúne, analisa e dialoga com pensamentos e produções de intelectuais e ativistas feministas ou não, afrodescendentes, indígenas, camponeses, migrantes, bem como com acadêmicos brancos que estejam comprometidos com os estudos da subordinação na América Latina e no mundo. O feminismo decolonial dialoga com várias tradições críticas da modernidade ocidental e do heteropatriarcado, como também com a própria teoria feminista (MIÑOSO, 2016).

Em sua genealogia, podemos identificar importantes movimentos dentro do feminismo e dos estudos sobre a colonialidade: 1) o feminismo negro concebido nos Estados Unidos, com a sua crítica da teorização feminista clássica centrada no gênero e sua proposta de um tratamento interseccional das opressões; 2) o feminismo pós-colonial com sua crítica à violência epistêmica e ao colonialismo; 3) a corrente feminista autônoma latino-americana, movimento feminista que criticava a dependência política e econômica da América Latina na década de 1990; 4) contribuições de algumas das teorias feministas ocidentais, que oferecem uma revisão crítica da própria teoria feminista, como o feminismo materialista francês e o feminismo pós-estruturalista; e 5) os estudos sobre a modernidade ocidental como produto do processo de conquista e colonização da América realizados pelos autores que se debruçam sobre a colonialidade (MIÑOSO, 2016).

Yuderkys Miñoso (2020), ao traçar uma genealogia da razão feminista na América Latina, chama a atenção para a importância das epistemologias do “ponto de vista” e do feminismo negro estadunidense como uma forma de validar a experiência das mulheres como forma efetiva de construção do saber a partir de um olhar de baixo para cima, portanto, mais amplo, completo e menos distorcido do social. Ela traça um paralelo entre a importância da crítica do feminismo negro ao conhecimento centrado nas experiências das mulheres brancas com a crítica que surge na América Latina aos conhecimentos produzidos por pesquisadores de origem branco-mestiça a partir de um forte movimento continental anticolonialista e decolonial. Dessa forma, Miñoso (2020) se refere ao seu lugar de subalterna e sobre a produção de conhecimento a partir do seu ponto de vista:

Assim, o ponto de vista que quero produzir a partir da minha experiência no feminismo na América Latina é um ponto de vista produzido quando somos/habitamos um corpo submetido ao empobrecimento, ao despejo e à negação sistemática de sua capacidade de desenvolver saberes, críticas e projetos de futuro. É partindo dessa experiência de ser descendente de um povo desumanizado, submetido à servidão e à negação de si mesmo, que tentarei responder às perguntas que coloco ao feminismo regional (n.p.).

É a partir desse lugar, desse ponto de vista, que Miñoso (2020) traça uma crítica à razão feminista enquanto razão moderna eurocêntrica e chama a atenção para a necessidade de observarmos como os preceitos embutidos nessa razão prepotente e imperialista são reproduzidos em nossas práticas teórico-discursivas e políticas. Dessa forma, o feminismo decolonial se coloca como uma teoria potente em dois sentidos, tanto na crítica para dentro da própria teoria/movimento feministas, como enquanto uma ferramenta de resistência à colonialidade.

O feminismo decolonial traz para a teoria feminista a importante reflexão sobre a categoria gênero dentro da colonialidade. O pensamento decolonial, ao repensar as relações locais e globais a partir da trilogia modernidade ocidental eurocêntrica, capitalismo mundial e colonialismo na construção da América Latina, formula três conceitos fundamentais para o entendimento deste processo, a colonialidade do poder, a colonialidade do ser e a colonialidade do saber (CURIEL, 2019). A colonialidade do poder, conceito formulado por Quijano (2005), diz respeito às relações sociais de exploração/dominação/conflito que envolvem a disputa pelo domínio do trabalho e seus produtos, da natureza e seus recursos de produção, do controle do sexo e seus produtos, da reprodução da espécie e da subjetividade e seus produtos. Essa colonialidade se exerce a partir da ideia de raça e de um processo de subalternização das raças não brancas. A colonialidade do saber está relacionada a um tipo de racionalidade técnico-científica, epistemológica, baseada na neutralidade, objetividade, universalidade e no positivismo, que se coloca como único modelo válido de conhecimento. Os detentores desse saber se situam no Norte global (CURIEL, 2019). Por último, a colonialidade do ser, conceito de Nelson Maldonado-Torres (2007), versa sobre a negação da humanidade das populações não brancas a partir dos efeitos das colonialidades do poder e do saber sobre a experiência vivida dos sujeitos subalternos, provocando “fraturas” em suas formas de existência.

A partir das reflexões sobre os impactos destas colonialidades nas existências das mulheres, Lugones (2014) propõe o conceito de colonialidade do gênero. Ela afirma que a colonialidade do gênero se constitui por estas colonialidades, sendo também constitutiva delas. O reconhecimento desta colonialidade parte da compreensão do lugar das mulheres não brancas no processo de colonização. Como já foi dito anteriormente, a mulher colonizada não era vista como mulher, mas como fêmea, logo não existe a categoria “mulher colonizada”, visto que nenhuma fêmea colonizada era considerada mulher, com suas características de feminilidade. A autora acrescenta que as fêmeas racializadas passaram de animais a símiles de mulher em tantas versões quantas foram necessárias

para os processos do capitalismo e que sofreram muitas violências, entre elas a violência sexual, advinda de um sistema heterossexual de gênero, que é um dos fundamentos do controle patriarcal e racializado.

O processo de colonização passou, mas, segundo Lugones (2008, 2014), a colonialidade do gênero permanece nas matrizes de opressão que se interseccionam (raça/classe/gênero) como construtos centrais do poder capitalista mundial. A autora sinaliza a importância dos trabalhos das feministas negras, entre elas Kimberlé Crenshaw, na visibilização do entrelaçamento destas categorias, mas enfatiza que gênero e raça estão sempre inextricavelmente fundidos e que a separação destas categorias invisibiliza as mulheres não brancas e favorece a manutenção das violências que a colonialidade do gênero implica.

Desta forma, a compreensão da dor e do sofrimento que estão relacionados ao uso de drogas, em países de origem colonial, precisa levar em consideração a marca da colonialidade de gênero nestas vivências, oportunizando o desvelamento de situações existenciais relacionadas à dificuldade de lidar com feridas profundas que podem advir de diversas opressões e apagamentos de si em suas experiências de vida. Neste contexto, o uso de drogas pode se configurar como uma forma de não entrar em contato direto com a realidade, pois ela é causadora de sofrimento. Neste caso, o prazer advindo da droga seria o grande anestésico dessa dor. O problema é que esse uso pode se tornar incontrolável, a busca desse prazer pode se tornar incessante. Os fatores associados a um uso de drogas que flerta com a morte, que desorganiza numa tentativa de organizar, demonstram a complexidade e o entrelaçamento de diversas áreas da vida, como questões financeiras, familiares, religiosas, jurídicas, sociais, relacionadas à capacidade de construção de um cotidiano organizado e as marcas do gênero, da raça e da classe transversalizam as vivências de cada sujeito em todas estas áreas de sua existência.

Grada Kilomba, autora que discute os impactos do racismo na subjetividade de mulheres negras a partir de contribuições do pós-colonialismo, do feminismo negro, da psicologia e da psicanálise, nos chama atenção para o fato de que o trauma de pessoas negras não tem como base apenas eventos de base familiar, mas também o racismo que coloca as pessoas de cor como a/o “Outra/o”, diferente, incompatível, conflitante, incomum. A/o “Outra/o” onde a projeção branca deposita as informações indesejáveis, fazendo das imagens da mulheridade negra uma espécie de reservatório para os medos da cultura ocidental relacionados ao corpo, à fertilidade e à sexualidade. Ainda, segundo a autora, a experiência psicológica do racismo pode se caracterizar como um trauma no

sentido de uma experiência indizível, impossível de simbolizar e que pode se expressar através da somatização (KILOMBA, 2019). O que defendo aqui é que o uso de drogas também pode se configurar como uma forma de lidar com esse e outros sofrimentos impingidos às mulheres não brancas em nossa sociedade brasileira.

Em um ciclo vicioso, onde diversos sofrimentos se interseccionam, o uso de drogas, que aparece como um recurso para lidar com a dor, ou como forma de obter prazer, pode acabar por gerar novas situações de sofrimento e uma agudização de problemas psíquicos e sociais. A anestesia provocada pelo uso tende a ser transitória e a repetição da utilização desse recurso pode torná-lo mortífero. Dessa forma, o uso de drogas por estas mulheres, que pode se configurar como uma busca de “cura”, de escape das situações de opressão, pode perder esse lugar de tática, de linha de fuga, para se transformar em sofrimento devido à estigmatização associada ao uso somada às consequências biopsicossociais do abuso. Então a mulher não branca e pobre nestes países de origem colonial se vê encurralada por uma sociedade que pouco se preocupa com elas (visto que nem as enxerga de fato), mas apenas com a performance de seus corpos enquanto procriadoras, objetos sexuais e “material humano” a serviço da máquina capitalista, ou, simplesmente, como o expurgo, vidas que não têm valor.

Este ciclo apontado acima pode fazer com que as mulheres se sintam envergonhadas pela estigmatização advinda do uso de drogas, especialmente porque a elas serão atribuídos dois estigmas, o estigma de ser uma pessoa que usa drogas e o estigma de ser uma *mulher* que usa drogas, contrariando de uma só tacada duas expectativas sobre seu papel social. Tal estigmatização pode dificultar a busca pelo cuidado, ou o recebimento de suporte para essa busca, visto que buscar o cuidado é assumir para si e para os outros ter um problema com esse uso e enfrentar as consequências deste estigma. Elas também podem ir em busca de cuidado devido ao alto grau de sofrimento vivido, ou pelo incentivo recebido por parte de algum suporte social e conseguir ter acesso ou não a esse cuidado, a depender da rede social e de saúde onde ela se localiza.

Lugones (2014) e Kilomba (2019) nos apontam caminhos possíveis para lidar com o racismo e com a colonialidade do gênero, enfatizando a necessidade de as mulheres não brancas refazerem seus elos com a sociedade a partir de um reconhecimento de si, de seu lócus fraturado e do que estas opressões lhe causaram. A partir disso, essas mulheres podem se reconhecer em outras mulheres que vivenciam os mesmos traumas e podem quebrar a sensação de isolamento em um movimento de coalizão que permitirá fazer

resistência à colonialidade do gênero a partir da construção conjunta de uma identificação positiva sobre sua negritude, saindo do lugar de “Outra/o”, assumindo a condição de sujeito e alcançando um estado de descolonização.

Neste sentido Lugones (2014) afirma que:

Descolonizar o gênero é necessariamente uma práxis. É decretar uma crítica da opressão de gênero racializada, colonial e capitalista heterossexualizada, visando uma transformação vivida do social. Como tal, a descolonização do gênero localiza quem teoriza em meio a pessoas, em uma compreensão histórica, subjetiva/intersubjetiva da relação oprimir – resistir na intersecção de sistemas complexos de opressão [...]. Minha intenção é focar na subjetividade/intersubjetividade para revelar que, desagregando opressões, desagregam-se as fontes subjetivas-intersubjetivas de agenciamento das mulheres colonizadas. Chamo a análise da opressão de gênero racializada capitalista de “colonialidade do gênero”. Chamo a possibilidade de superar a colonialidade do gênero de “feminismo descolonial” (p. 940-941).

Dessa forma, o feminismo decolonial busca, nesta compreensão da relação oprimir – resistir, o que resiste nas mulheres subalternas, apesar do processo colonizador. No processo da colonialidade há um encontro tenso no qual se produz a dominação colonial, mas neste encontro há algo na/o colonizada/o que não se rende completamente ao processo, criando aí um locus fraturado onde se expressa a diferença colonial. O sistema capitalista global não é exitoso em todos os sentidos na destruição das culturas locais, há um processo contínuo de resistência/opressão até os dias de hoje. É isso que resiste, que habita essa tensão num locus fraturado, que nos informa sobre a subjetividade da/o colonizada/o (LUGONES, 2014).

Lugones (2014) sinaliza que, para enxergar isso que resiste e fazer uma outra construção do ente relacional, é necessário colocar entre colchetes o gênero colonial dicotômico hierárquico (humano/não humano, homem/mulher), pois só assim será possível perceber a lógica diferente que organiza o social na resposta de resistência. Em outras palavras, só assim será possível enxergar no locus fraturado a presença que resiste, a subjetividade ativa das/os colonizadas/os contra a invasão colonial. Ela complementa dizendo que, na metodologia da decolonialidade, a leitura do social deve ser feita a partir das cosmologias que o informam, buscando compreender a organização social de modo a desvendar a profunda ruptura realizada pela imposição do gênero no ente relacional.

Ainda neste caminho da resistência à colonialidade do gênero, Lugones (2014) nos diz que a tarefa da feminista decolonial é partir da diferença colonial e largar o encantamento com a ideia universal de “mulher” para aprender sobre como outras mulheres de cor resistem à diferença colonial num movimento de coalizão. O locus

fraturado é comum a todas e é nas histórias de resistência onde devemos residir e aprender umas sobre as outras. Nesse lócus se torna possível enxergar os modos de ser que são antitéticos à lógica do capital, ou seja, as recriações, adaptações, rejeições, adoções, desconsiderações e integrações que compõem os modos de resistência. “Parte do que vejo é movimento tenso, pessoas se movimentando: a tensão entre a desumanização e a paralisia da colonialidade do ser, e a atividade criativa de ser-sendo” (p. 949).

Ao deixar clara essa tarefa da feminista decolonial, Lugones (2014) ressalta que tal empreitada só é possível em coalizão, em comunidade, produzindo novas formas de relação que contraponham os valores individualistas, dicotômicos, hierarquizados e deem lugar ao comunalismo, afirmando e fortalecendo a relação dos entes entre si, e não pelo repensar a relação com o opressor. Nisto residem dois grandes desafios: o primeiro que é o desafio de nos enxergar em nosso lugar de mulher não branca e as implicações disto em nossa existência e na existência de outras mulheres não brancas e o segundo de como podemos dialogar e construir juntas novas formas de existência para além das dicotomias e hierarquizações.

A necessidade deste movimento de coalizão trazido por Lugones (2014) nos remete a um conceito já conhecido dentro do movimento feminista clássico, o conceito de sororidade. Evelyn Fernandes (2021) nos conta que:

o conceito de sororidade é inventado quando se toma consciência de que a noção de fraternidade tem como raiz *frater*, irmão. Nesse sentido, se o lema da Revolução Francesa – Liberdade, Igualdade, Fraternidade – indica etimologicamente que a ideia de união e harmonia é exclusiva aos irmãos (homens, portanto), a sororidade consiste numa resposta igualmente etimológica, já que é composta pelos termos latinos *soror*, *-oris*: irmã, *-dade*. Mas, ao contrário da irmandade entre freiras e monjas que se casam com Deus e a Ele juram fidelidade, a sororidade é um pacto político de gênero entre mulheres que, reconhecendo-se como interlocutoras, são fiéis a si mesmas e às outras mulheres, sem hierarquia (p. 03).

Apesar de o feminismo clássico defender que a sororidade abarcaria todas as mulheres, sem hierarquia, feministas do Sul Global, feministas negras estadunidenses e feministas africanas questionam a forma como essa sororidade, defendida pelo feminismo clássico, acontece na prática. Estas últimas chamam a atenção para a imposição de agendas unilaterais e universalizantes, envolvendo questões relacionadas à autonomia e liberdade por parte das feministas europeias e feministas brancas estadunidenses, enquanto as feministas do Sul Global, africanas e negras estadunidenses estariam mais preocupadas com as desigualdades socioeconômicas, violências contra as mulheres, com o racismo e a descolonização (DAVIS, 2016; LENINE; NUMALA, 2022). No contexto brasileiro, Vilma Piedade (2017) propõe o conceito de “dororidade”. A autora refere que

a sororidade precisa conter a “dororidade”, ou seja, a sororidade precisa se debruçar sobre as dores que dizem respeito à realidade das mulheres negras, as dores provocadas pelas intersecções entre raça e gênero.

Penso que o processo de afirmação da identidade das pessoas não brancas, em especial a afirmação da identidade da mulher negra e o espaço que ela tem ocupado nas discussões sobre o racismo e o feminismo no Brasil, demonstra como essa consciência de si e do lugar de subalternidade, essa compreensão de nossa historicidade enquanto colonizadas/os e como esse processo ocorreu em nossas terras é importante para a luta contra a colonialidade e para nossa coalizão enquanto mulheres não brancas.

Neste sentido, Ângela Figueiredo (2019) aponta que, na experiência negra brasileira, o processo identitário tem sido marcado por uma ruptura com a reprodução de normas e valores que insistem em desumanizar o sujeito negro, como também há um investimento na reelaboração de discursos e práticas que sejam capazes de reinventar o corpo e a experiência negra. A autora identifica a importância dos discursos coletivos em torno dessa afirmação da identidade como um modo de retirar esses sujeitos do isolamento e no fortalecimento na luta contra a dominação. Ela ressalta que só por meio do sentido identitário e político atribuído à categoria negro, em contraposição à fluidez e às inúmeras categorias raciais criadas na estrada no mito da democracia racial, é que foi possível que a população negra alcançasse conquistas políticas.

Portanto, o feminismo decolonial pode contribuir de forma a ampliar nosso olhar ao pesquisar as condições de saúde das mulheres em um país como o nosso. É com essa contribuição teórica que poderemos dialogar com as mulheres usuárias de drogas de modo a compreender o lugar social que elas ocupam tanto em termos das opressões que as atravessam nas questões relacionadas ao gênero, à raça e à classe, mas, também, como a partir desse lugar de subalternidade, de identidade como mulher não branca, de ocupação desse lócus fraturado, elas podem, no reconhecimento de si, do que resiste, do que tem potência de transformação, abrir espaço para novas formas de estar no mundo e de se relacionar com as drogas.

## **7 CAMINHOS METODOLÓGICOS**

### **7.1 Itinerário da pesquisa**

A trilha escolhida por mim até aqui, passando pelas epistemologias feministas, antropologia feminista e pelo feminismo decolonial, criou os alicerces teóricos para me

lançar num fazer de cunho etnográfico que teve como base uma antropologia feminista que levou em conta perspectivas interseccionais. Digo que a pesquisa teve um cunho, uma inspiração etnográfica, porque os caminhos teórico-metodológicos que foram base para a (re)imersão no campo, apesar de pertencerem a um fazer etnográfico, não foram utilizados num modo de fazer clássico da etnografia, visto que foram combinados às técnicas que eu já utilizava no espaço que foi o meu campo de estudo. Por outro lado, essa mesma inspiração etnográfica trouxe agudeza para o meu olhar diante do meu posicionamento no campo e das técnicas que lá já utilizava antes de iniciar esta pesquisa.

Do fazer etnográfico, trouxe comigo a postura no campo, o compromisso de levar em consideração a realidade local a partir de sua diversidade e de suas próprias contradições. Um compromisso que se assume a partir de um diálogo polifônico que se estabelece com aquelas com quem se pesquisa, mas, também, com as próprias premissas que eu, como investigadora, tenho em relação a estes sujeitos que investigo. Premissas que me aproximam dessa realidade, de um certo modo, mas também têm o poder de estabelecer um distanciamento dos grupos sociais que estudo. Premissas que orientam meu exercício de observação e que delineiam como sou aceita ou entendida por estas interlocutoras, e que podem, inclusive, reconfigurar a realidade em que elas e eu nos encontramos (BUSTOS, 2010). Além disso, utilizei também alguns instrumentos metodológicos como a Observação Participante (dentro de limites que se desenharam pelo tempo disponível para tal, pelo meu papel anterior no campo e pelos limites impostos pelas interlocutoras), construção de diário de campo, realização de entrevistas em profundidade, análise das experiências que levaram em conta os modos de acontecer da cultura local e dos sujeitos inseridos nesta cultura e a futura devolutiva do material construído para as pessoas e para o campo envolvidos na pesquisa.

Na construção deste lugar de pesquisadora, arquitetei um formato de pesquisa que possibilitou, ao mesmo tempo, aprofundar o conhecimento sobre as experiências na busca de cuidado dessas mulheres, como também fazer desse momento de pesquisa mais uma forma de intervenção junto ao grupo, construindo com as mesmas discussões sobre pautas que elas julgassem importantes para seu processo de cuidado. Adicionei a estas informações trazidas por elas, outras coletadas junto às/aos profissionais, familiares ou outras pessoas indicadas por elas durante o acompanhamento no campo.

Dessa forma, fiz do espaço do grupo uma parte do campo de pesquisa e, a partir dele, fiz também do serviço CAPS como um todo e dos ambientes/espacos/lugares de circulação e vivência dessas mulheres uma extensão desse campo. Quanto ao grupo, a

própria metodologia já utilizada (inspirada nos grupos operativos) para sua realização se mostrou profícua para a exploração dos temas de interesse das mulheres e para a análise de como elas enxergam e vivem o cuidado; por isso ela foi mantida com o acréscimo do registro do áudio e com a construção de diários de campo.

Minha defesa da continuidade do uso de técnicas dos grupos operativos para a condução do grupo no espaço da pesquisa partiu do fato de que o espaço propiciado pelo grupo operativo é um espaço de construção do conhecimento por parte de seus integrantes a partir da interação entre eles com uma participação bem delimitada da coordenadora, qual seja, manter a fluência da comunicação de forma que ela permaneça ativa e criadora. O aprender a aprender e o aprender a pensar, constituinte do grupo operativo, se dá a partir de uma atividade livre do grupo, que não pode ser regida por exclusões, mas pelas situações de complementariedade que, através da dialética, darão origem às sínteses (PICHON-RIVIÈRE, 2009).

A técnica de grupos operativos é parte central da obra de Enrique Pichon-Rivière, psiquiatra que nasceu na Suíça, mas viveu na Argentina desde os três anos de idade. Pichon-Rivière construiu sua teoria a partir da experiência de mais de 15 anos trabalhando como psiquiatra do Hospício de Las Mercedes (hoje Hospital Psiquiátrico José Tibúrcio Borda) em Buenos Aires. Ele fundou a primeira Escola de Psicologia Social da Argentina e seu percurso teórico-prático teve grande influência da psicanálise, como também de autores das Ciências Sociais e da Psicologia, como George Herbert Mead e Kurt Lewin (CIEG, 2023; ADAMSON, 2023).

Pichon-Rivière (2009) diz sobre os grupos operativos:

Podemos resumir as finalidades e propósitos dos grupos operativos, dizendo que a atividade está centrada na mobilização de estruturas estereotipadas, nas dificuldades de aprendizagem e comunicação, devidas ao montante de ansiedade gerada por toda mudança (ansiedade depressiva por abandono do vínculo anterior e ansiedade paranoide criada pelo vínculo novo e pela insegurança) (p. 134).

No caso do grupo de mulheres que realizamos, a tarefa é lidar com o fator comum de estereotipia dentro do grupo, qual seja, a existência de problemas relacionados ao uso de drogas, de acordo com as características particulares que esse uso assume para cada participante. A partir da psicologia social pichoniana, poderíamos dizer que os problemas relacionados ao uso de drogas se caracterizam por comportamentos estereotipados (uso repetitivo de grandes dosagens, perda de controle do uso, abandono do cuidado de si, perda do cuidado com o outro, exposição a uma série de riscos sociais e à saúde etc.) que

dificultam a elaboração de estratégias e táticas de mudança e de adaptação ativa dessas mulheres às suas realidades. Ao mesmo tempo, a presença no grupo convoca para a mudança, mas não é possível operar essa mudança sem reativar as ansiedades básicas na formação dos vínculos (vínculos internalizados a partir do grupo familiar). Por isso uma das funções da/o coordenadora/dor é também favorecer o vínculo entre o grupo.

Para que a tarefa do grupo seja executada, é necessário que o grupo forme um Esquema Conceitual Referencial Operativo (ECRO), constituído a partir dos esquemas conceituais que cada integrante traz individualmente e que, em interação no espaço grupal, se transformam e formam um esquema grupal. O ECRO é composto por um conjunto de conhecimentos e experiências a partir do qual os sujeitos agem e lidam com as suas realidades. Esse compartilhamento de um novo esquema referencial pode propiciar reaprendizagens, restabelecimento de redes de comunicação atingidas pelo adoecimento e quebras de resistência à mudança. A avaliação de que esses resultados foram obtidos podem ser verificados observando a capacidade de adaptação ativa à realidade, a modificação de si e as consequências disto no meio onde o sujeito vive (PICHON-RIVIÈRE, 2009).

Podemos dizer que o ECRO é um modelo. Um modelo científico, definido como uma simplificação ou aproximação dos fatos naturais estudados, que por sua construção lógica, enriquece a compreensão de tais fatos, quer dizer que o modelo é um instrumento que, por analogia, nos permite compreender certas realidades, quer dizer, o modelo é um instrumento de apreensão da realidade. [...] O ECRO é, então, instrumento de apreensão do setor da realidade que nos propomos a estudar, de interação, por exemplo. Como modelo, o ECRO permite a compreensão de cada fato particular, a partir de uma organização ou articulação de conceitos universais. O aspecto referencial diz respeito ao campo, ao segmento da realidade no qual se pensa e se opera. [...] Se com nosso ECRO enfrentamos uma situação social concreta, não nos interessa só que a interpretação seja exata, mas fundamentalmente nos interessa a adequação em termos de operação, quer dizer, a possibilidade de promover uma modificação criativa ou adaptativa, segundo o critério de adaptação ativa à realidade (PICHON-RIVIÈRE, 1995, p. 1-2).

A partir da formação desse ECRO grupal, o grupo começa a funcionar de modo que os papéis exercidos no mesmo se tornem flexíveis e móveis, circulando entre os participantes de forma funcional e colaborando para que o sujeito adquira consciência de sua própria identidade e da identidade dos outros. Essa capacidade adquirida dentro do grupo pode quebrar a estereotipia de papéis exercidos na sociedade, visto que o sujeito aprende a assumir ou rejeitar papéis de uma forma funcional, de acordo com o grupo em que se encontra e com a tarefa desse grupo, permitindo o desenvolvimento de condutas

adaptativas criadoras, com capacidade de planejamento e projeto pessoal (PICHON-RIVIÈRE, 2009).

Dessa forma, os grupos operativos atuam em dois níveis, tanto no nível individual como grupal. Por isso, ao analisar as atividades do grupo, é necessário fazê-lo a partir de duas posições, da vertical, centrada na singularidade de cada integrante e sua história pessoal, e na horizontal, a partir da funcionalidade do grupo como um todo. Esta análise deve levar em conta o nível de elaboração da tarefa nos quatro momentos da função operativa: a estratégia, a tática, a técnica e a logística. A estratégia diz respeito ao estabelecimento de uma forma de focar a situação problema, a tática seria como moldar na prática os objetivos estratégicos, a técnica é composta pelos instrumentos utilizados para colocar o planejamento em prática e a logística diz respeito à avaliação de todos os elementos envolvidos no planejamento e os possíveis obstáculos à realização da tarefa (PICHON-RIVIÈRE, 2009).

A realização da tarefa e o desenvolvimento da função operativa do grupo acontece a partir de sua unidade básica operacional, a relação entre o existente, a interpretação e o novo emergente. O existente diz respeito ao que emerge no momento presente no grupo, a interpretação é a compreensão do existente em seus aspectos explícitos (conscientes) e implícitos (inconscientes) com o auxílio do coordenador (tal interpretação é uma hipótese, e não tem caráter de verdade, mas de operatividade) e o novo emergente é aquilo que se constrói a partir desse movimento de interpretação do existente. Esse ciclo acontece de forma dialética e espiralada repetidamente no grupo, fazendo que ele evolua no sentido da execução da tarefa, sempre partindo de um novo emergente que se encontra um grau acima em relação ao existente anterior (PICHON-RIVIÈRE, 2009). A dialética para Pichon-Rivière está relacionada com esse processo de permanente estruturação, desestruturação e reestruturação que se reproduz através da interpretação e do surgimento de novos emergentes (tese, antítese e síntese) no processo grupal. Tal processo dialético desencadeia não só a realização da tarefa grupal, mas, também, a constante transformação dos sujeitos e da realidade social (PEREIRA, 2013).

Esse processo tem como grande colaborador o/a coordenador/a do grupo, mas à medida que o grupo se desenvolve, que os integrantes consigam maior grau de flexibilidade e rotatividade na assunção dos papéis e menos estereotipia dos comportamentos, mais eles assumem o papel de interpretadores, gerando um autocontrole, uma autoalimentação e uma autocondução do grupo. O/A coordenador/a também aprende e se modifica neste processo grupal, recebendo informações e se fazendo

depositário/a das experiências e observações transmitidas pelo grupo (PICHON-RIVIÈRE, 2009).

É importante ressaltar que todo esse processo de aprendizagem que ocorre no grupo operativo tem como finalidade última o desenvolvimento de uma apropriação instrumental da realidade, transformando-a e transformando-se ao mesmo tempo. Essa aprendizagem social se dá a partir da aprendizagem de papéis.

Todo conjunto de pessoas ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, e articuladas por sua mútua representação interna (dimensão ecológica), configura uma situação grupal. Essa situação está sustentada por uma rede de motivações e nela interagem entre si, por meio de um complexo mecanismo de assunção e adjudicação de papéis. É nesse processo que deverá surgir o reconhecimento de si e do outro, no diálogo e no intercâmbio permanente. Essa situação grupal constitui o instrumento mais adequado para essa aprendizagem de papéis (aprendizagem social) em que consiste a internalização operativa da realidade (PICHON-RIVIÈRE, 2009, p. 163).

O autor segue destacando que todo grupo se propõe explícita ou implicitamente a uma tarefa, que constitui seu objetivo ou finalidade. No processo de realização da tarefa surgem fantasias inconscientes que estão relacionadas às ansiedades básicas e como elas se estruturaram nos grupos primários destes sujeitos. Tais fantasias podem se colocar como obstáculos para a realização da tarefa, distorcendo a leitura da realidade, e outras podem funcionar como incentivo ao trabalho grupal. O confronto dessas fantasias produzirá situações de conflito e a tarefa latente do grupo é a resolução dialética do dilema que deu origem ao conflito, abrindo-se então a possibilidade de criação. Portanto, os grupos operativos estão centrados, de forma explícita, numa tarefa que pode ser a aprendizagem, a “cura” (grupos terapêuticos), o diagnóstico de problemas organizacionais, entre outros. De forma implícita, a tarefa diz respeito a uma necessidade de esclarecimento dos modelos estereotipados que dificultam a aprendizagem e a comunicação e que se colocam como obstáculo ao progresso ou à mudança (PICHON-RIVIÈRE, 2009).

Pichon-Rivière (2009) enfatiza o duplo papel do grupo operativo enquanto instrumento primordial de realização da tarefa, mas, também, de investigação, encarando os pequenos grupos como unidades básicas de interação e sustentação da estrutura social. Dessa forma, na execução do grupo operativo, coincidem investigação e operação, uma práxis onde teoria e prática se integram numa força operativa que se coloca como instrumento de transformação dos sujeitos e da realidade social.

Portanto, o uso dos grupos operativos enquanto instrumento de investigação e ação se alinham com o propósito desta pesquisa de utilizar o espaço já existente do

grupo para investigação, sem perder sua característica primordial de operatividade, com participação ativa por parte das mulheres na construção deste processo, processo este que se seguiu permeado pela construção conjunta de conhecimento útil para a nossa compreensão sobre as realidades delas, mas, principalmente, permitiu que elas seguissem construindo possibilidades de mudanças em suas realidades de acordo com seus objetivos no processo de cuidado.

Ter como inspiração os grupos operativos implicou também na possibilidade de acessar o ECRO de cada mulher e do grupo, que nos forneceu informações valiosas sobre suas formas de pensar, sentir e atuar no mundo e como elas podem também pensar, sentir e atuar no mundo de formas diferentes a partir de um ECRO grupal. A formação de um ECRO grupal possibilitou uma espécie de coalizão que pode nos remeter à necessidade de coalizão entre as mulheres não brancas trazida pelo feminismo decolonial.

As análises verticais e horizontais do grupo também nos ofereceram elementos importantes sobre a história pessoal de cada mulher e como essas histórias se cruzam no acontecer grupal, possibilitando uma compreensão que vai além da história de vida e do itinerário terapêutico de cada uma delas, mas também dos efeitos dos entrecruzamentos destas histórias no processo de cuidado.

Quanto à tarefa explícita do grupo de mulheres, ela se constitui em discutir temáticas de interesse das mulheres de modo a auxiliar em seus processos de cuidado. Já a tarefa implícita é conhecer os obstáculos criados pelos comportamentos estereotipados e pelas ansiedades básicas trazidas por estas mulheres de modo a produzir rupturas que permitam um planejamento de novos modos de estar no mundo e de transformação de suas realidades. Enquanto coordenadora, meu papel é fazer questionamentos e devolutivas a partir de interpretações do que elas trazem sobre os temas escolhidos para a discussão no grupo. A maior parte do tempo a palavra está com elas e as minhas intervenções são pontuais e acontecem de modo a manter a operatividade do grupo.

É importante sinalizar que as participantes do grupo foram sondadas antecipadamente quanto à possibilidade de registro das atividades do grupo com fins de pesquisa e se colocaram disponíveis para tal. Após a aprovação da pesquisa no Comitê de Ética e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, elas tinham inteiro conhecimento de que a atividade estava sendo gravada e o motivo, assim como de que eu usaria nomes fictícios no texto da tese. Houve receio da minha parte de que a presença do gravador pudesse gerar ansiedades, ou mesmo o receio de trazer algum conteúdo que elas julgassem impróprio, mas, do meu ponto de vista, elas passaram por um breve

estranhamento inicial, mas depois se mostraram bastante relaxadas com a presença do gravador, chegando a fazer piada quando informei que aquela seria a última atividade gravada:

Primeiro lugar, quero te dizer adeus (para o gravador) (risos de todas). Você vai fazer muita falta aqui no grupo, mas a sua presença acabou, viu? Fique com Deus, que Deus te abençoe e que voltaremos a se encontrar algum dia. (Grupo operativo, Kátia Flávia)

É, mas eu acho que ela já falou por todas, não é? No sentido da função dele aqui (gravador), e ele fez muito bem, eu acredito. Fale bem de mim, senão não sei o que vai ser de você! (risos) (se dirigindo ao gravador). (Grupo operativo, Vitória)

Além do uso das atividades de grupo, fiz também entrevistas individuais de tipo narrativo para conhecer as experiências na busca de cuidado das mulheres. Veena Das (2020) defende que a experiência só pode ser reconhecida, escutada, “capturada” a partir da descida ao ordinário, ao cotidiano. Ainda segundo a autora, o reconhecimento do outro se dá num relacionamento que requer uma repetida atenção ao mais ordinário dos objetos e eventos. Ela enfatiza que é nessa descida à vida cotidiana que se torna possível abordar o sofrimento social de modo a lidar com situações de violência, de rupturas entre os seres humanos, através do sofrimento e da cura que a vida ordinária revela. Se aproximar dessa vida ordinária torna possível entrever os modos como a linguagem, a dor e o corpo se relacionam dentro de determinada cultura, permitindo construir uma narrativa que se aproxime dessa dor.

Ao retratar a vida de mulheres na Índia e a consequência de eventos de violência sofrida por elas, a autora afirma que a formação do sujeito como generificado é moldada por meio de transações complexas entre a violência enquanto momento originário e a violência que se infiltra nas relações contínuas e se torna um tipo de atmosfera que não pode ser expulsa para um “fora”. Dessa forma, a autora destaca a importância de descer a essa experiência da vida cotidiana para compreender como essas mulheres construíram suas existências sobre os escombros de episódios violentos, frutos de uma sociedade patriarcal, que repercute nos pequenos detalhes da vida e nos modos de viver de uma comunidade, de uma sociedade.

Das (2020) assevera que a construção do *self* não tem como base grandes eventos de um passado fantasmagórico, mas se situa no ato de tornar o cotidiano habitável. Sendo assim, para ela o modo antropológico de conhecer o sujeito se dá de acordo com as condições sob as quais se torna possível falar da experiência e das formas de habitar o

mundo que se tornam disponíveis na descida ao cotidiano. A autora segue seu argumento referindo que as(os) antropólogas(os):

[...] podem ser mais eficazes precisamente quando são capazes de expressar o significado de um evento em termos de sua localização no cotidiano, assumindo que a ação social não é simplesmente uma materialização direta dos roteiros culturais, mas carrega os traços do modo como esses símbolos compartilhados operam (DAS, 2020, n.p).

No que diz respeito às mulheres que fazem uso de drogas, penso que me debruçar sobre a experiência cotidiana destas mulheres e os caminhos traçados para lidar com seu sofrimento parte da possibilidade de me aproximar de seus espaços de convivência e da escuta de suas narrativas na tentativa de compreender como, apesar de e com os sofrimentos advindos de problemas relacionados ao uso de drogas e da sociedade marcada pela colonialidade do gênero, elas conseguem construir caminhos na busca de cuidado e na busca de tornar seu cotidiano habitável.

As escolhas realizadas por estas mulheres na busca pela melhor forma de lidar com o uso de substâncias trouxeram elementos significativos para o conhecimento sobre as práticas de cuidado acessadas pelas mesmas e o modo como elementos sociofamiliares e culturais estiveram envolvidos neste processo. A forma como estas mulheres se movimentaram pelos serviços e as decisões tomadas neste caminho foram construindo uma história, uma história que se deu no processo de construção e no fazer cotidiano. Bonet (2014) vai dizer que esse movimento é uma espécie de itinação, um movimento que envolve criatividade e improvisação, que não conecta pontos de uma rede, mas é um sistema aberto de improvisações que se dá no cotidiano, no desenrolar da ação. Neste sentido, não preexiste uma rede de serviços ou instituições que prestam o cuidado, essa rede se materializa no acontecer da itinação e torna o cuidado possível através dela.

Dessa forma, a partir dessa ideia de itinação enquanto um processo contínuo e aberta ao imprevisto, Bonet (2014) trabalha com um conceito mais fluido e plástico de cuidado e atualiza, modificando, o conceito de itinerário terapêutico. Tal perspectiva propõe uma visão ampliada do cuidado, indo além de uma dimensão biológica ou terapêutica associada à saúde, mas abrangendo ações realizadas pelas/os usuárias/os que não são consideradas como ações de saúde, mas de cuidado. Sendo assim, essas ações mobilizam não só serviços de saúde, mas também outros recursos e outros atores que compõem o entorno do cotidiano destas pessoas. Essa plasticidade do cuidado abarca também uma dimensão moral e política das ações cotidianas do cuidar, questões

relacionadas à interdependência humana e ao engajamento de um ser humano com o outro, a função social e política na cultura do ato de cuidar.

Pensar o cuidado a partir desta perspectiva e a itinação em busca de cuidado enquanto um movimento ao longo de linhas de vida, dotada de criatividade e improvisação, nos permite enxergar uma plástica malha onde fluxos, linhas e multiplicidades de ações se formam. Neste sentido, a ênfase deixa de ser na rede de serviços formais ou informais que as pessoas acessam e passa às relações entre usuários/as, profissionais e serviços. Diversas malhas surgem a partir destas relações, de acordo com as improvisações únicas que realizem (Bonet, 2014). Portanto, esta pesquisa se centrou não na rede de serviços utilizada pelas mulheres, mas nas relações que estas mulheres estabeleceram ou estabelecem com os diversos serviços e profissionais e quais os sentidos atribuídos pelas mesmas a esse cuidado construído nesta itinação.

Uma maneira de conseguir informações relacionadas a esta itinação, e ao mesmo tempo coletar informações importantes sobre a trajetória de vida destas mulheres que podem estar relacionadas às escolhas realizadas por elas frente ao uso de drogas e à necessidade de cuidado, foi o uso do método biográfico da História de Vida em combinação com a Observação Participante. Segundo Minayo (2004), este tipo de construção da história de vida combina observação, relatos introspectivos de lembranças e relevâncias e roteiros mais ou menos centrados em algum tema.

Segundo Norman Denzin (1989), a história de vida é um método biográfico que apresenta as experiências de uma pessoa, um grupo, ou uma organização, e como estes as interpretam. Os materiais para coleta da história de vida incluem gravações e documentos que lançam luz sobre o comportamento subjetivo de indivíduos ou grupos. A história de vida tem como hipótese central a ideia de que a conduta humana deve ser estudada e compreendida a partir da perspectiva das pessoas pesquisadas. No processo da pesquisa os indivíduos devem compartilhar suas experiências e perspectivas. O/A observador/a sensível deve se preocupar com o contexto onde as definições e significados são construídos pelos indivíduos e como eles podem variar de acordo com cada situação vivida. Para isto, é preciso acompanhar o desdobramento das experiências dos sujeitos, capturando os eventos através do tempo. A história de vida apresenta as experiências de uma pessoa como ela as define, a objetividade das interpretações da pessoa é que vai embasar o relato da história (DENZIN, 1989).

A história de vida pode ser vista a partir de dois tempos diferentes. O tempo da/o entrevistada/o, que aceita "contar a sua história" e reconstruir suas experiências passadas

com os olhos do presente, e o tempo do/a investigador/a, que reelabora e sistematiza as informações a partir dos pressupostos e interpretações orientadoras do processo do conhecimento e em cuja formulação está necessariamente presente a sua própria história. Estes dois tempos se entrelaçam no tempo histórico, ou seja, as diversas épocas em que desenrolam os acontecimentos, cujo reconhecimento permite contextualizar as/os suas/seus protagonistas e as suas experiências (PUYANA; BARRETO, 1994).

Já a Observação Participante se caracteriza pela possibilidade de convívio e interação entre o/a pesquisador/a, as pessoas pesquisadas e o contexto no qual estas vivem. O/A pesquisador/a se propõe a observar a ação onde ela acontece e, além disso, participar da mesma, de modo a alcançar uma visão mais aprofundada em torno de seu objeto de pesquisa (FERNANDES, 2011; FERNANDES e MOREIRA, 2013).

Os recursos necessários para a Observação Participante são, em primeiro lugar, e para além dos recursos tecnológicos externos, sua disponibilidade e seu próprio corpo. Os sentidos básicos (tato, audição, visão, paladar, olfato) somados a outros sentidos, nos permitem perceber o fenômeno observado e vivido. Além disso, é preciso somar as sensações ao nosso raciocínio, que nos permitiram uma análise cuidadosa do que sentimos e percebemos (FERNANDES, 2011). No que diz respeito aos recursos tecnológicos externos, temos entre eles o roteiro de campo, o diário de campo, os informantes-chave e os instrumentos tais como gravadores e câmeras (FERNANDES, 2011; FERNANDES e MOREIRA, 2013). O roteiro de campo desta pesquisa pode ser visualizado no Anexo 01.

No contexto desta pesquisa, esta combinação de métodos fez o importante papel de instrumentalizar a coleta de informações preciosas sobre as histórias de nossas interlocutoras, nos dando subsídios para conhecer seus caminhos em busca de cuidado, seus contextos de existência e suas formas de existir, ao mesmo tempo que nos possibilitou apreender os reflexos dos aspectos socioculturais dos territórios onde vivem, nas práticas de cuidado que elas recebem e constroem com as/os profissionais.

No processo da construção da história de vida, fiz uso da fotografia como fonte de dados e enriquecimento do desenvolvimento da pesquisa junto às mulheres. A ideia de trazer as fotografias para a pesquisa esteve relacionada ao fato de que já utilizávamos a fotografia durante as atividades do grupo de mulheres e elas terem demonstrado no percurso histórico do grupo o desejo de registrar os momentos e poder revivê-los e falar de si a partir das fotografias.

De acordo com Nuno Godolphim (1995), existem três formas de utilização da fotografia na confecção de descrições etnográficas: o uso da fotografia enquanto técnica de documentação, registro de dados, compondo uma tríade com o caderno de campo e o gravador; o uso como elemento de interação entre pesquisador/a e interlocutor/a, estimulando a relação e abrindo campos de diálogo através da devolutiva das imagens, as memórias e reflexões suscitadas por elas; e, por último, o uso da fotografia como parte integrante do discurso antropológico, ou mesmo constituindo o próprio discurso, como numa exposição fotográfica.

As imagens utilizadas na pesquisa tanto podem ser feitas pelo/a pesquisador/a ou por algum membro da equipe de pesquisa, como também pode ser solicitado aos/às interlocutores/as que eles/as façam as fotografias (CRESWELL; CRESWELL, 2021). De acordo com Lilian Cezar (2014), as fotografias produzidas pelos grupos estudados têm uma natureza endógena ou êmica, carregadas das representações que os/as interlocutores/as fazem de si próprios/as e de algum modo exprimem suas identidades sociais. Já as fotografias produzidas pelo/a pesquisador/a têm uma natureza exógena ou ética, visto que estão pautadas no objetivo da pesquisa. Essa diferenciação auxilia na planificação da pesquisa e na explicitação das diversas perspectivas que podem vir a fazer parte dos processos de interlocução e produção de imagens.

Tanto as imagens produzidas pelo/a pesquisador/a, como as produzidas pelos/as interlocutores/as, podem contribuir para o enriquecimento das entrevistas, propiciando a introdução de temas de maior interesse do/a pesquisador/a, como também esclarecer dúvidas e colher ricos depoimentos a partir das reflexões suscitadas pelas imagens (NOVAES, 2012). Neste sentido, utilizei tanto as fotografias feitas por mim, como aquelas feitas pelas interlocutoras para o enriquecimento das entrevistas, principalmente no que diz respeito ao meu conhecimento do território de vida destas mulheres. Algumas das mulheres permitiram que eu fizesse fotografias nos espaços de seus territórios que eram mais significativos para elas e me contaram as histórias destes espaços no ato de fotografar; outras não me permitiram ir até seus territórios, mas fizeram fotografias de espaços que elas consideravam significativos e emblemáticos do seu modo de viver e pudemos conversar sobre seu território a partir das fotografias. É importante assinalar que só utilizarei as fotografias em apresentações e congressos daquelas mulheres que assinaram o termo de autorização de uso da imagem e, ainda assim, não utilizarei imagens onde elas estejam presentes, apenas de ambientes e paisagens.

Em relação à autorização, é importante lembrar que em nosso país o Direito ao Uso de Imagem exige a autorização expressa do indivíduo para o uso da sua imagem por terceiros, seja um uso feito de forma gratuita ou mediante pagamento. Por isso é importante confeccionar um termo de autorização que abarque todas as possibilidades de uso das imagens pela pesquisa, de modo que as imagens geradas possam ganhar visibilidade e ser publicizadas tanto em atividades do meio acadêmico como também em espaços que produzam diálogos entre a ciência e a arte (CEZAR, 2014). Na presente pesquisa, em especial, o diálogo sobre essa autorização tem aspectos importantes a serem levados em consideração, visto que as pessoas que usam drogas são alvo de preconceito e estigmatização na realidade brasileira e isso pode interferir na decisão dessas mulheres quanto aos riscos e consequências de exposição de suas imagens. Como duas das mulheres não autorizaram a exposição de suas imagens, estas foram utilizadas apenas para o enriquecimento das entrevistas e, como foi dito anteriormente, imagens de ambientes e paisagens relativas às mulheres que assinaram a autorização podem vir a ser utilizadas em apresentações científicas.

Por fim, é importante enfatizar que a produção de imagens na pesquisa foi utilizada como uma forma de ação participativa das interlocutoras, trazendo para a pesquisa uma relação mais simétrica e possibilitando que o mundo das interlocutoras fosse visto, conhecido e reconhecido (LANDA, 2014). As interlocutoras que não se sentiram confortáveis para que eu fosse até seus territórios trouxeram o seu mundo até mim através das imagens produzidas por elas, ao mesmo tempo em que as imagens produzidas por mim lhes permitiram se olhar novamente sob outra perspectiva, um reconhecimento a partir do conhecimento compartilhado. As imagens produzidas por elas abriram a possibilidade de que eu circulasse nos territórios delas através de seus olhares, já as imagens delas produzidas por mim lhes conectavam com o que era mais significativo para elas em seus territórios (no caso das fotos que elas pediram para fazer nos seus locais favoritos), assim como lhes permitiram se enxergar sob novas perspectivas em locais que elas não se achavam autorizadas a participar (no caso das fotos realizadas nas nossas saídas para os espaços da cidade, como museus, parques, teatro, cinema, etc.).

Nesta pesquisa foram obtidas as narrativas de seis mulheres que fazem parte do grupo de mulheres do CAPS AD através dos registros das atividades do grupo, das entrevistas individuais e do acompanhamento em seus territórios de vida. Os critérios de elegibilidade para participação foram: 1) ser mulher (identificação através do gênero autorreferido, não do sexo biológico); 2) ter acima de 18 anos; 3) ter histórico de uso de

drogas; 4) ser usuária do CAPS AD que a presente pesquisadora trabalha; e 5) participar do grupo de mulheres deste CAPS AD. Não tivemos a participação de mulheres trans na pesquisa. No momento da pesquisa, a única mulher trans que frequentava o grupo não estava participando das atividades.

Além da interação com as mulheres, consideradas o alvo principal da pesquisa, foram somados contatos com outros informantes que me foram apontados por elas como importantes informantes sobre sua história. Estes também foram entrevistados, numa frequência e profundidade variável de acordo com cada caso. Entre estes informantes tivemos cinco pessoas, três profissionais do CAPS AD e duas amigas das interlocutoras. Os três profissionais do CAPS AD são técnicos de referência das interlocutoras, pessoas com quem estas interlocutoras têm vínculos de confiança e com quem constroem seu Projeto Terapêutico Singular. As duas amigas de duas das interlocutoras foram indicadas por elas como pessoas de sua confiança e convívio, companheiras do cotidiano e pessoas centrais em seu processo de cuidado na comunidade.

Como já foi dito anteriormente, no grupo de mulheres há cerca de 12 mulheres inscritas, mas esse número flutua de acordo com a entrada e saída de mulheres do serviço. As seis mulheres que foram acompanhadas são mulheres que acompanham o grupo com maior frequência e que se mostraram mais disponíveis para a participação. Coloquei o número de seis como limite para conseguir fazer o acompanhamento com a profundidade proposta e sem perder de vista o cronograma da pesquisa.

Ao iniciar o acompanhamento com as mulheres foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com cada uma delas e foram sanadas dúvidas trazidas pelas interlocutoras. Depois desta leitura e assinatura do Termo, foram iniciadas as entrevistas individuais tendo como base o roteiro de campo que pode ser visualizado no Anexo 01. Informei às mulheres que os encontros para a realização das entrevistas poderiam acontecer onde elas se sentissem mais confortáveis. A maior parte das entrevistas aconteceu nas dependências do CAPS AD, algumas poucas aconteceram nas residências das interlocutoras.

Informei também que eu gostaria de conhecer os territórios onde elas viviam e acompanhá-las a locais que elas considerassem importantes para seu processo de cuidado. Duas das interlocutoras não quiseram me levar a seus territórios de circulação, as outras quatro me levaram até suas residências e uma destas me levou também à Unidade de Saúde da Família de seu bairro. Aquelas que me levaram aos seus bairros me apresentaram seus territórios de passagem, me mostraram igrejas, lojas que

frequentavam, unidades de saúde e me falaram bastante sobre a violência urbana presente nestas localidades. Elas demonstraram receio de que eu me sentisse desconfortável, ou insegura em seus territórios e diante das estruturas de suas residências, o que me trouxe a hipótese que aquelas que não me levaram a seus territórios poderiam estar tomadas pelo mesmo receio a ponto de desconsiderarem a possibilidade da minha visita.

Além das entrevistas individuais, foram realizados os registros das narrativas destas seis mulheres no grupo de mulheres (grupo do CAPS AD). Todas as mulheres que frequentaram o grupo no período da pesquisa de campo foram informadas de que a gravação dos áudios da atividade do grupo estava sendo realizada e que as narrativas só seriam utilizadas com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como já citei anteriormente, houve receio da minha parte de que a gravação trouxesse desconforto, ansiedade ou inibição em relação à participação no grupo, mas não consegui notar nada além de uma estranheza inicial daquelas a quem eu pedi para deixar o gravador em seus colos, mas que depois se sentiram tão à vontade a ponto de fazer brincadeiras e piadas com o gravador. Passavam o gravador de mão em mão, brincavam de solicitar a fala da outra, entregando o gravador e se despediram do gravador no último dia em que foi utilizado.

Em relação ao meu lugar híbrido no grupo, pesquisadora e coordenadora, também eu sofri de um estranhamento inicial da presença do gravador e fiquei os primeiros encontros gravados um tanto tensa em relação à repercussão da pesquisa no grupo. Fiquei bastante atenta às reações que elas esboçavam em relação ao gravador, ou como trariam o tema da pesquisa para a roda, mas o comportamento delas foi me deixando mais segura. Minha hipótese é de que o nosso vínculo nos deu esse espaço de segurança, elas demonstravam confiar em meu trabalho, mais que isso, se mostravam dispostas a me apoiar no meu empreendimento da pesquisa, serem minhas parceiras nisso, fazerem isso acontecer comigo, o que me deixou radiante em perceber que a gente seguiria construindo cuidado juntas, eu também estava recebendo cuidado e elas continuariam se cuidando entre si enquanto gravador e câmeras de celular seriam testemunhas disso. Em adição a isso, eu confiei que a coesão do grupo manteria o seu funcionamento mais próximo da “normalidade”, mantendo sua operatividade de costume.

No que diz respeito às entrevistas individuais, das seis mulheres acompanhadas, apenas uma não era acompanhada por mim em atendimentos individuais no CAPS AD antes da pesquisa. Entre as cinco que eu já acompanhava, para uma eu sou técnica de referência e as outras quatro, eu já realizei atendimentos individuais do núcleo da

psicologia. Tal fato repercutiu no andamento das entrevistas no sentido de que elas estavam acostumadas ao meu lugar de escuta de suas angústias e necessidades, algumas vezes foi preciso inicialmente escutar essas angústias e dar encaminhamentos a algumas necessidades no preâmbulo da entrevista para que pudéssemos de fato entrar nos tópicos do roteiro, por mais que eu deixasse explícito que aquele momento não era de atendimento, ou que a entrevista fosse realizada em suas residências. Não considero esse fato como algo que comprometeu o conteúdo das narrativas, pelo contrário, ao trazer essas angústias e necessidades, ali também apareciam as práticas de cuidado. Talvez as entrevistas tenham se tornado mais longas e eu tenha necessitado de mais tempo com elas do que um/a pesquisador/a que não fizesse parte de seu cotidiano de cuidado; por outro lado, tal pesquisador/a talvez não tivesse acesso à riqueza de informações que só alguém com vínculo de confiança anterior teria.

Por outro lado, não estou desconsiderando que esse vínculo de confiança e cuidado podem ter propiciado tentativas por parte delas de responder às perguntas da entrevista na busca de uma “resposta correta”, ou que mais me agradasse, inclusive cheguei a detectar algo neste sentido em alguns momentos. Contudo, por já ter conhecimento de suas trajetórias, pude ir conduzindo o percurso da entrevista na tentativa de não reforçar este tipo de comportamento, assim como pude cruzar informações dos momentos de entrevista individual com as gravações dos grupos, espaço onde a interação entre as participantes inibia um tanto mais este tipo de comportamento.

No total, tivemos a gravação de áudio de 26 encontros do grupo de mulheres e mais 23 entrevistas individuais. No que diz respeito ao material audiovisual, tivemos 993 registros entre fotografias feitas por mim e por elas e vídeos feitos por elas de momentos em grupo e de compartilhamento de suas realidades em seus territórios. Estes registros foram realizados entre os meses de janeiro e junho de 2023.

As narrativas das entrevistas individuais e os diálogos empreendidos nas atividades grupais foram analisados de acordo com a perspectiva que lhes apresento no próximo tópico.

## **7.2 Análise das narrativas**

A análise das narrativas e conteúdos advindos dos grupos se pautou numa perspectiva hermenêutica crítica e reflexiva que se destaca, assim como as epistemologias feministas, pela negação do discurso “cientificista” e assunção do papel da consciência crítica da própria ciência. A perspectiva hermenêutica tem como base a relação

“dialógica” e a “fusão de horizontes” como condições do saber. Neste sentido há uma interpenetração entre os horizontes culturais do/a pesquisador/a e do/a pesquisado/a, como também entre o/a pesquisador/a e seu próprio horizonte teórico. Desta forma, é possível entender o encontro entre pesquisador/a e pesquisado/a como uma relação dialógica onde há a comunicação de universos culturais que se interpenetram sem anularem um ao outro (COSTA, 2002).

O/a pesquisador/a, não nega ou põe de lado seus preconceitos, mas os assume de modo a possibilitar uma postura crítica sobre eles. Na “fusão de horizontes”, a relação dialógica não permite uma reprodução pura e simples do modelo do outro, mas uma interpretação que tem a influência da “lente” do/a pesquisador/a que observa o/a pesquisado/a (COSTA, 2002). Desta forma, a interpretação hermenêutica vai além do sentido construído no horizonte dos/as interlocutores/as, visto que as significações aí construídas partem do horizonte do pesquisador.

Uma “descrição densa” comporta um conjunto de significações sobre as ações sociais dadas pelos atores e a partir das quais podem se fazer afirmações baseadas no conhecimento sobre a sociedade onde eles se inserem. Essas afirmações devem ter como base de análise uma teoria capaz de fornecer um vocabulário que dê significado ao ato simbólico (GEERTZ, 2008). Assim, essa interpretação, que tem como base o conhecimento sobre a sociedade, nos remete à importância do contexto cultural para a interpretação de qualquer ato que se dê dentro deste contexto. Neste sentido, o círculo hermenêutico vai ao encontro deste entendimento ao se referir à compreensão enquanto um movimento que vai constantemente do todo à parte e deste ao todo.

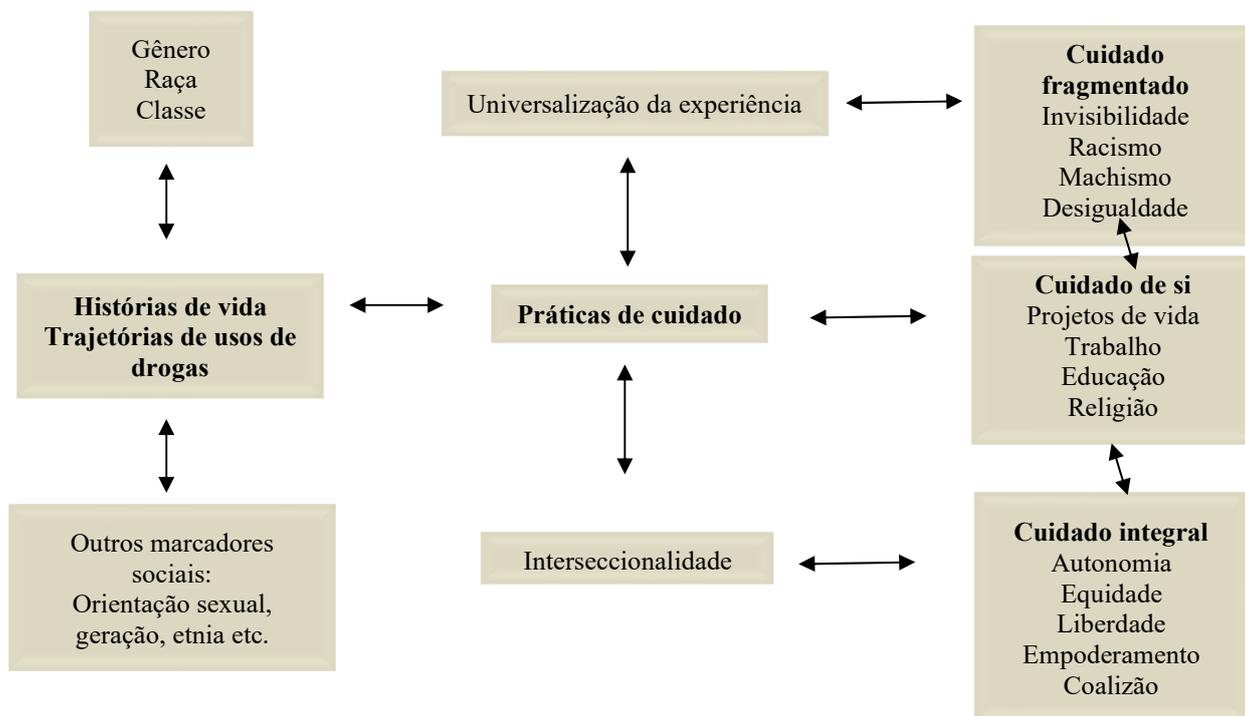
A construção do texto etnográfico se dá neste processo de interpretação entre parte e todo, entre a vivência do campo e o conhecimento científico, formando um texto que Geertz (2008) nos alerta ter uma característica de ficção, ficção enquanto “algo construído”, mais uma interpretação entre outras possíveis. A interpretação antropológica consiste nessa possibilidade de dar forma ao discurso social, fixá-lo de modo a torná-lo passível de inspeção.

Portanto, a hermenêutica traz uma importante contribuição para análise do discurso, tanto de forma crítica como reflexiva no que se refere à posição do/a pesquisador/a diante do texto e da realidade que ele lhe apresenta. Esta perspectiva é fundamental para irmos além (mas tendo como ponto de partida) das subjetividades de pesquisador/a e pesquisado/a e caminhar rumo à historicidade e à cultura, para podermos retornar, então, numa circularidade contínua, a um sujeito dessa mesma cultura. Este

percurso é imprescindível para que tenhamos uma postura ética e responsável quanto à produção de conhecimento.

Esta análise hermenêutica dos conteúdos gerados pelos grupos, pelas entrevistas narrativas, pelas fotografias e pelos diários de campo teve como baliza um esquema de análise baseado no arcabouço teórico-metodológico, no estado da arte sobre o tema e na identificação de novas categorias que emergiram do trabalho de campo. Este esquema tem como objetivo uma visualização dos caminhos que foram percorridos pela análise e os aspectos observados.

## Quadro esquemático de análise



A análise partiu das histórias de vida das mulheres com experiência de uso de drogas e de como as intersecções entre gênero, raça e classe, como também entre outros marcadores sociais da diferença, apareceram e deram contorno a estas histórias, aos modos de uso e às maneiras como se deram suas itinações e práticas de cuidado. Dentro desta análise se extraiu como as práticas de cuidado se estruturaram e se elas tiveram o atravessamento de um olhar universalizante das experiências das mulheres, colocando-as todas numa categoria homogênea e afinada com os preceitos da sociedade racista e patriarcal em que nos situamos, ou se elas foram atravessadas por olhares interseccionais, que levaram em conta a interseccionalidade entre gênero, raça e classe e com outros marcadores sociais da diferença na análise de suas realidades. No esquema proposto, aparecem como consequência e retroalimentação de cada olhar um cuidado fragmentado e um cuidado mais próximo da integralidade. Este conceito de integralidade do cuidado diz respeito a práticas concretas que produzem um cuidado que, por seu intermédio, enfrentem necessidades do sujeito advindas de múltiplas dimensões da vida: biológicas, psíquicas, sociais, econômicas, entre outras, e suas interconexões. Porém, é importante enfatizar que as “práticas de cuidado” são formadas pela coexistência de práticas que são

atravessadas por um e outro olhar e que, apesar de contraditórias, podem habitar o mesmo contexto sociofamiliar, o mesmo serviço de saúde, ou até a/o mesma/o profissional.

Minha hipótese de partida era que as práticas de cuidado se desenhavam nessa malha da coexistência entre olhares distintos, e por vezes divergentes, e que este processo é dinâmico. Apesar de o esquema ser estático, fiz questão de botar setas que apontam nos dois sentidos, justamente para enfatizar que as práticas de cuidado são construídas de acordo com a estrutura social onde elas se inserem, mas, também, são práticas inovadoras e instituintes, porque podem ser responsáveis por transformações sociais. Conhecer as itinerâncias e as histórias de vida destas mulheres pode nos possibilitar uma compreensão de como essa coexistência de olhares se materializa nas práticas de cuidado. Além disso, permitiria observar como esse processo impactaria as trajetórias de cuidado dessas mulheres e a possibilidade de que elas possam receber/construir um cuidado “decolonizador”, que leve em conta suas realidades enquanto mulheres brasileiras que vivem no Sul global e numa sociedade patriarcal.

A experiência no campo me fez acrescentar ao esquema uma nova categoria de cuidado, o cuidado de si, inspirado na perspectiva foucaultiana. Nesta categoria, acrescentei as práticas de cuidado implementadas pelas mulheres que têm como características a busca de atividades e a construção de ações que partam de seus desejos, objetivos, afinidades, valores e que vão constituindo seus projetos de vida e um conhecimento de si. Mônica Nunes et al. (2021) utilizaram o conceito de “práticas de si” em Foucault para pensar esta questão dos projetos de vida no contexto da Reforma Psiquiátrica, ressaltando a importância de tais projetos enquanto produtores de saúde para pessoas em sofrimento psíquico. Os autores afirmam que “os projetos de vida enquanto práticas de si realizam um trabalho de produção de saúde como uma espécie de “*ethos* antimanicomial encarnado” (NUNES; TORRENTÉ; PORTUGAL, 2021, p. 04). Ainda de acordo com estes autores, tais práticas de si se concretizam por meios de exercícios práticos que envolvem aspectos do cotidiano, como trabalho, formação, militância, religiosidade etc., que possibilitam um movimento de produção de vida e saúde mental.

Neste sentido, ao analisar as narrativas, foi possível observar a existência de campos importantes das experiências das interlocutoras que apareciam fortemente relacionados com a implementação de práticas de cuidado e a possibilidade de desenvolver novas relação com o objeto droga. Os campos do trabalho e obtenção de renda, religião, educação e a construção de projetos de futuro se mostraram altamente relevantes para a concretização de uma mudança em suas realidades concretas de

existência, um maior conhecimento de suas próprias potencialidades e, por consequência, abriram possibilidades de transformação na relação problemática com o uso de drogas.

Com o nascimento desta nova categoria, enfatizo o cuidado, não só construído junto às/aos profissionais de saúde e à rede de convivência imediata das mulheres, mas também as práticas forjadas por elas em um processo de se debruçar sobre si, sobre o que lhes dá prazer, sobre seus direitos, sobre suas potencialidades e sobre o que lhes nutre material e espiritualmente. Esse cuidado de si está em interação com os cuidados ofertados por outras pessoas e se mostrou como um potencializador das práticas de cuidado marcadas pela integralidade. Assim, para além da minha hipótese inicial de que as práticas de cuidado se desenhem numa malha da coexistência entre práticas de cuidado fragmentadas e práticas de cuidado marcadas pela integralidade, acrescento, neste processo dinâmico, o importante papel do cuidado de si enquanto um catalisador desta dinâmica, com um enorme potencial de impulsionar a transformação da realidade destas mulheres.

Por último, e não menos importante, gostaria de lembrar o lugar de onde olhei para essas histórias: enquanto psicóloga que também atua no serviço onde realizei a pesquisa e que tenho também o meu próprio modo de olhar e de produzir o cuidado neste espaço. Isto me situa enquanto observadora privilegiada e mediadora de tais processos de cuidado, alguém que conhece algumas dinâmicas do serviço, interfere em tais dinâmicas e tem acesso a informações que só tem quem vive o seu cotidiano, como também alguém que já tem vínculos formados com as interlocutoras e com as/os profissionais, estabelecendo de antemão laços de confiança e aceitação. Por outro lado, foi um enorme desafio produzir uma distância ótima que me permitisse, ainda assim, ter um olhar de estranhamento. Isso foi dificultado pelo efeito de naturalização que os acontecimentos e rotinas ganham no cotidiano. Desnaturalizar o olhar, através das epistemologias e dos questionamentos que me movem a fazer a pesquisa, foi uma aposta e uma tática para produzir uma observação que me permitisse a surpresa e a desconfiança num espaço familiar.

Não há como dizer, do meu lugar de fala, que consegui realizar esse distanciamento com o sucesso desejado pelo mundo acadêmico e que as análises que se seguirão nesta tese estão dentro do esperado em termos de produção de um “olhar distanciado” para os acontecimentos do cotidiano. O que posso dizer é que meus estudos para a realização da pesquisa influenciaram enormemente o meu modo de olhar para as narrativas das mulheres com quem trabalho e que minha atuação enquanto profissional

de saúde mental dentro do serviço foi fortemente impactada pelas teorias aqui trazidas, principalmente o feminismo decolonial. Então é a partir desta experiência de mudança de olhar que falo aqui nesta tese, uma experiência híbrida, que transformou o meu olhar enquanto pesquisadora e que não tem como ser separada das mudanças na minha atuação como profissional.

Quanto às relações já estabelecidas com as interlocutoras e profissionais, estive atenta aos efeitos que as relações de poder existentes entre nós poderiam produzir sobre aquilo que me seria dito ou mostrado. Já narrei no tópico sobre os itinerários da pesquisa como essa relação com as mulheres influenciou no momento da entrevista. Aqui gostaria de trazer que foi possível perceber que as mulheres se mostraram mais confortáveis que as/os profissionais nos momentos de entrevista. Não foi perceptível nelas um desconforto por estarem sendo entrevistadas por uma pesquisadora, de um lugar de suposto saber. A minha hipótese é que, no caso das mulheres, a confiança e o vínculo anteriores se sobrepuseram ao desconforto que uma relação de pesquisadora/interlocutora poderia causar. Já com alguns/mas profissionais, foi possível perceber algum desconforto inicial, como se tivessem receio de dizer algo errado ou inadequado do ponto de vista do meu saber sobre o tema, mesmo com a nossa convivência cotidiana e supostamente mais horizontalizada no trabalho. Foi possível observar que as diferenças de gênero e raça tiveram influência no nível deste desconforto, inclusive na ausência dele em uma das entrevistas com profissionais. Ao entrevistar uma das profissionais, mulher cis e negra, ela se mostrou completamente confortável com a entrevista, se alongando nas respostas e contribuindo com narrativas a partir desse lugar de mulher negra na relação com as mulheres que atende no serviço.

## **8 QUESTÕES ÉTICAS**

De acordo com Das (2020), as/os antropólogas/os estão profissionalmente comprometidas/os com um complexo entendimento do contexto local ao mesmo tempo em que precisam convocar certos valores que estão relacionados aos acontecimentos que testemunham e registram. Tal questão levanta conflitos que estão relacionados com eventos contemporâneos que provocam preocupações éticas e sobre os quais podemos trazer certa ambiguidade em razão do compromisso com a compreensão do contexto local onde se situam essas ações.

Essa compreensão do contexto local, como já foi dito no âmbito da descrição dos instrumentos metodológicos desta pesquisa, requer uma descida ao cotidiano das nossas

interlocutoras, uma permissão delas de que suas dores pudessem acontecer comigo e que elas pudessem me mostrar, às vezes até mais do que dizer, como elas constroem seus cotidianos, apesar dos sofrimentos vividos. Neste caminho elas me apresentaram as possibilidades e limites dentro dos quais pude avançar ou recuar neste jogo entre dizer e mostrar (DAS, 2020).

Foi muito importante estar disponível para estar junto, esperar, observar e estar atenta a como minha presença impactava seus cotidianos, assim também como a presença delas me impactava, visto que estar no campo não é só estar no espaço de outras pessoas, mas, também, construir uma trajetória minha nesse espaço. Nesse sentido, Das (2020) traz a seguinte citação em seu livro “Vida e Palavras”: “[...] não atravesso a resistência do outro, mas, nesse gesto de espera, permito que o conhecimento do outro me marque. Nesse sentido, este livro é também uma autobiografia” (n.p).

Ao tratar sobre o papel da antropologia, Das (2020) questiona as fronteiras entre ativismo e vida acadêmica e a importância do engajamento da/o pesquisadora/o em ações que respondam aos impactos que aquela realidade tem na vida das/os interlocutoras/es e nosso papel enquanto testemunha do que vemos e vivemos no campo. Ela nos convoca a escapar de uma instrumentalização completa do conhecimento, muitas vezes exigida pelo Estado ou pelo mercado.

Desta forma, é importante marcar que o meu principal compromisso e o compromisso desta pesquisa foram com as mulheres usuárias de drogas, seus sofrimentos, suas histórias, seus contextos e quais os significados atribuídos por elas aos cuidados recebidos nas instituições e nos espaços onde circulam. Como psicóloga do serviço onde elas fazem acompanhamento, mas também como pesquisadora, não me eximi de atuar a favor de suas necessidades e dos seus projetos de vida.

É importante destacar também que as questões relacionadas ao uso de drogas envolvem discussões polêmicas no campo da ética e dos direitos humanos devido aos diversos modelos de entendimento sobre o fenômeno do uso já citados anteriormente, o modelo jurídico-moral, o modelo médico, o modelo psicossocial e o modelo sociocultural (NOWLIS, 1975).

Resumindo o que eu já trouxe no capítulo sobre o cuidado, os dois primeiros modelos entendem o fenômeno do uso de drogas a partir de oposições como indivíduo-droga, legalidade-ilegalidade e finalidade médica e não médica, entendendo o problema do uso do ponto de vista da doença, conduzindo a medidas ditas educativas, preventivas, de cunho repressivo ou de cura. Já o modelo psicossocial e o modelo sociocultural

compreendem o sujeito enquanto agente ativo, levando em consideração a função das drogas na vida do sujeito e que a relação com elas está atravessada pelo contexto social onde está inserido (NOWLIS, 1975).

Esta pesquisa partiu de um entendimento afinado com os modelos psicossocial e sociocultural e buscou compreender o histórico de uso e o cuidado das usuárias dentro de seu contexto sociocultural, não como vítimas do objeto droga, que precisariam ser resgatadas para que sua saúde seja restituída e para que possam “retornar” ao convívio em sociedade, mas como protagonistas dos seus usos, modos de se relacionar com as drogas, na construção de novas possibilidades de relacionamento com as mesmas e de reconfiguração de seus projetos e vidas.

Em conformidade com a legislação brasileira vigente, esta pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução CNS No 466, de 12 de dezembro de 2012, que define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, seguindo seus referenciais básicos de autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. Foi submetida, portanto, ao Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética de número 64168022.9.0000.5030 e recebeu parecer de número 5.790.727 com aprovação para a realização da pesquisa.

Os sujeitos selecionados para a pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 02), onde manifestaram a sua anuência à participação na pesquisa. Por meio desse termo, as/os entrevistadas/os declararam que foram informadas/os - de forma clara, detalhada e por escrito - da justificativa, dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa. Além de serem informadas/os sobre a liberdade de participar ou não da pesquisa, tendo assegurada essa liberdade sem quaisquer represálias atuais ou futuras, podendo retirar o consentimento em qualquer etapa do estudo sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo; a segurança de que não será identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a privacidade, a proteção da imagem e a não-estigmatização; a liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa da pesquisa; e a segurança de acesso aos resultados da pesquisa. O TCLE foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder da/o participante e outra com a pesquisadora (BRASIL, 2012).

Por se tratar de uma pesquisa que tem, entre as interlocutoras, pessoas usuárias de drogas ilícitas, é importante apontar, como o faz MacRae e Vidal (2006) ao falar deste

tipo de pesquisa, que a assinatura do termo de consentimento pode constranger tais usuárias pelo receio de que seus dados possam ser divulgados para órgãos da justiça. Por isto, a proteção do anonimato destas interlocutoras se faz ainda mais premente, assim como a construção de um ambiente de confiança na relação com as mesmas para obtenção da assinatura de tal termo. Os nomes utilizados para as interlocutoras nesta tese são todos fictícios, como também os nomes dos serviços acessados por elas.

Além disso, reforçando o que já foi dito anteriormente, caso surgisse, ou ainda surja, qualquer desconforto decorrente do processo da pesquisa, é compromisso da presente pesquisadora fornecer o devido suporte e, sendo do interesse da mulher pesquisada, fazer o encaminhamento para um serviço de saúde. Também é compromisso da presente pesquisadora prestar quaisquer tipos de esclarecimentos sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados a ela.

Os resultados da pesquisa serão devolvidos às nossas interlocutoras através do processo mesmo de construção e consecução dos grupos operativos, que em si já serão um resultado de pesquisa, onde teremos também a oportunidade de discutir sobre os temas emergentes dela. Além disso, farei a entrega dos resultados a cada interlocutora, que serão discutidos com elas se for do interesse de cada uma. Os resultados também serão disponibilizados para a equipe do CAPS AD onde se deu a pesquisa, assim como será ofertada uma apresentação em reunião técnica.

## **9 Luciene, Karen, Lourdes, Laura, Vitória e Kátia Flávia: quem são elas?**

Antes de passarmos aos artigos que apresentam os resultados desta pesquisa, gostaria de apresentar um pouco mais demoradamente, mas não muito, as mulheres que são as protagonistas desta tese. O espaço nos artigos é exíguo e sei que já trilhamos até aqui um longo percurso teórico-metodológico, por isso escolhi esse espaço, uma espécie de preâmbulo para os artigos, para contar resumidamente quem são estas mulheres através de pequenos textos combinados com algumas fotografias. É um rápido retrato que, no meu entendimento, ajudará a dar sentido aos nossos achados e reflexões que tomam forma nos artigos.

**Luciene** se autodenomina mulher cis, heterossexual, parda, tem 50 anos, fazia uso de maconha, cocaína e álcool desde a adolescência. Ela nasceu no estado de Alagoas, saiu aos 13 anos da casa de sua mãe, morou em Pernambuco com uma irmã, sofreu abusos sexuais por parte do cunhado e primo. Veio fugida para a Bahia após se envolver com o tráfico de drogas e participar do homicídio de um traficante com quem mantinha uma

relação erótica. Trabalhou como empregada doméstica, manicure, no tráfico de drogas, como cafetina, auxiliar de cozinha e vendedora ambulante. Recentemente iniciou curso de corte e costura. Foi casada, tem três filhas adultas, duas das filhas têm problemas que envolvem drogas, uma se envolve com pessoas do tráfico e a outra tem problemas com o uso. No momento, Luciene vive em união estável, mas sempre sofreu violência física e/ou psicológica por parte dos homens com quem conviveu. Tem como renda uma pensão por morte de seu ex-marido. Frequenta uma igreja evangélica de forma sazonal. Chegou ao CAPS AD em dezembro de 2018 e no momento se encontra abstinente do uso e em processo de alta.

Trago abaixo imagens que estão relacionadas aos cursos que Luciene vem fazendo como uma forma de aprender novas habilidades, gerar renda extra e se sentir mais potente e realizada profissionalmente. Essa busca por novos aprendizados tem sido parte central nas práticas de cuidado de Luciene, que, além do curso de corte e costura, está finalizando o ensino médio e fala em um dia cursar o nível superior. Ela repetiu para mim algumas vezes, “Eu quero ser alguém na vida!” (relatos de Luciene no grupo de mulheres e entrevistas). Para uma mulher negra, ser alguém passa por acessar espaços que foram historicamente ocupados por pessoas brancas, como o da educação. As imagens fazem parte da comunicação que se estabeleceu entre mim e Luciene a partir do meu pedido de que ela me mandasse fotos de momentos, objetos e lugares significativos para ela. Todas as fotos que ela me enviou são do campo do aprendizado de novas habilidades.

Figura 1- Cortes de tecido para a fabricação de calcinhas por Luciene.



Fonte: Fotografia produzida por Luciene.

Figura 2- Pesos de porta produzidos por Luciene.



Fonte: Fotografia produzida por Luciene.

Figura 3 - Cortes de tecido para a fabricação de biquínis por Luciene.



Fonte: Fotografia produzida por Luciene.

Figura 4 - Bermuda confeccionada por Luciene



Fonte: Fotografia produzida por Luciene.

**Karen** se autodenomina mulher cis, homossexual, preta, tem 55 anos e faz uso de álcool e cocaína, começou esse uso já na vida adulta. Além dos problemas com o uso de drogas, tem também compulsão por jogos do tipo “caça níquel”. Conviveu com um homem com quem teve duas filhas, que já são adultas. Sofreu violência moral deste ex-companheiro e de outros homens devido ao fato de ter publicizado a homossexualidade. Teve uniões estáveis por mais tempo com mulheres e com uma delas chegou a fazer contrato de união estável no civil. Separou-se desta última mulher, mas ainda vive uma relação de idas e vindas com ela. Trabalhou como ajudante de dentista, auxiliar de sala de aula, técnica de enfermagem e auxiliar de cozinha em bares. No momento, tem como renda uma aposentadoria por invalidez devido aos diagnósticos de lesões por esforço repetitivo na coluna e esquizofrenia. Mora sozinha. Refere ser umbandista, mas não tem frequentado o terreiro. Está no CAPS AD desde outubro de 2017 e vem reduzindo o uso de drogas. Foi encaminhada para o CAPS não só pelos problemas com o uso de drogas, mas por suspeita diagnóstica de esquizofrenia e transtorno bipolar do humor.

Assim como fiz com Luciene, pedi a Karen que me mandasse fotos de momentos, objetos e lugares significativos para ela. As fotos enviadas por Karen se relacionaram, em sua maioria, às saídas do grupo de mulheres para os espaços da cidade. Ela registrava todos os momentos em fotos e vídeos. Ocupar a cidade tem sido parte importante do cuidado para Karen, circular nos “bairros de branco” ou de turista não só para trabalhar, para servir, mas para ocupar e usufruir. Tenho um banco enorme de fotografias produzidas por Karen, mas, como boa parte destas fotos tem a presença dela ou de outras mulheres, escolhi quatro imagens de saídas do grupo, uma da visita ao Parque dos Dinossauros, duas da visita ao museu Casa do Benin e a última ao Museu de Arte Moderna da Bahia.

Figura 5 - Parque dos Dinossauros sob o olhar de Karen



Fonte: Fotografia produzida por Karen.

Figura 6 – Vista do Pelourinho a partir da Casa do Benin por Karen



Fonte: Fotografia produzida por Karen.

Figura 7 - Exposição da Casa do Benin sob o olhar de Karen



Fonte: Fotografia produzida por Karen.

Figura 8 - Museu de Arte Moderna da Bahia sob o olhar de Karen



Fonte: Fotografia produzida por Karen.

**Lourdes** se autodenomina mulher cis, heterossexual, preta, tem 59 anos, fazia uso de álcool, tal uso se tornou um problema já na vida adulta. Conviveu em união estável com dois homens e, com o primeiro deles, teve dois filhos, hoje já adultos. Tem dois netos. Não está em um relacionamento erótico. Sofreu violência física e psicológica do primeiro companheiro. Trabalhou desde a adolescência, já foi empregada doméstica, cozinheira, entregadora de jornal e dona de bar. No momento, vive do aluguel do imóvel onde funcionava seu bar no passado. Mora sozinha. É candomblecista e primeira ekedi de seu terreiro. Chegou ao CAPS AD em janeiro de 2019 e no momento está em uso pontual e recreativo do álcool. Foi encaminhada para o CAPS não só por problemas relacionados ao uso de álcool, mas por suspeita diagnóstica de depressão.

No que diz respeito à produção de imagens, diante do pedido que me mandasse fotos de momentos, objetos e lugares significativos para ela, Lourdes enviou majoritariamente imagens produzidas no terreiro de Candomblé, lugar central na construção de suas práticas de cuidado, lugar de cuidar de si, cuidar dos outros, ser cuidada e ter sua identidade negra e mulheridade exaltadas. Além das imagens do terreiro, ela também me enviou fotografias das plantas que cultiva na laje de casa, dos seus animais de estimação e do 13º Acampamento Estadual das Mulheres do Campo e da Cidade, promovido pelo Movimento Sem Terra (MST), onde representou a Associação Papo de Mulher. Lourdes refere que esse cuidado com as plantas, com os animais, assim como a participação em movimentos sociais, também são formas de cuidar de si, de ter momentos de lazer e descontração. Dessa forma, escolho para trazer aqui duas fotografias que Lourdes produziu no terreiro, uma de seu cachorro e outra no acampamento de mulheres.

Figura 9 - Lourdes representando a Papo de Mulher



Fonte: Fotografia produzida por Lourdes.

Figura 10 - Arranjo de flores produzido por Lourdes para o seu terreiro



Fonte: Fotografia produzida por Lourdes.

Figura 11 - Mesa produzida por Lourdes para o seu terreiro



Fonte: Fotografia produzida por Lourdes.

Figura 12 - Thor, parceiro de Lourdes.



Fonte: Fotografia produzida por Lourdes.

**Laura** se autodenomina mulher cis, heterossexual, parda, tem 63 anos, faz uso de álcool, começou a ter problemas com o uso no início da vida adulta. Conviveu em união estável com dois homens e, com o primeiro deles, teve três filhos, um dos filhos faleceu na adolescência, em um acidente de moto, os outros dois são adultos. Tem uma neta. Ainda convive em união estável com o segundo companheiro. Trabalhou como diarista, acompanhante em hospital e como auxiliar administrativa de um sindicato. Neste sindicato, sofreu assédio sexual por colegas de trabalho. No momento, tem como renda a aposentadoria por tempo de serviço. Mora com a filha mais nova e o companheiro. Frequenta uma igreja evangélica pontualmente. Chegou ao CAPS AD em janeiro de 2021 e no momento está em redução do uso do álcool. Ela referiu ter sofrido de um grave quadro depressivo após a morte de seu filho. Considera que, até os dias de hoje, não se recuperou plenamente dessa depressão, que se mantém devido a outros sofrimentos atuais ligados à pobreza, baixa autoestima e vida conjugal infeliz.

Em relação à produção de fotografias, Laura não quis me enviar fotos, preferiu me levar na maior parte dos locais onde circulava, como sua casa e serviços de saúde, onde me pediu que eu a fotografasse nestes espaços. Desta forma, em todas as fotografias que se referem a Laura, ela está presente, o que me impede de as expor, visto que, como foi dito na parte dos itinerários de pesquisa, optei por não usar fotografias com imagens das mulheres, visto que nem todas assinaram o termo de consentimento do uso de suas imagens.

**Vitória** se autodenomina mulher cis, heterossexual, parda, tem 53 anos, fazia uso de álcool e, mais recentemente, referiu problemas com o uso de Rivotril. Foi casada e teve um filho, hoje já adulto. Sofreu violência física e psicológica na convivência com o marido. No momento estão separados e ela não está em um relacionamento erótico. Trabalhou desde a infância, já vendeu em feiras, foi empregada doméstica, auxiliar de serviços gerais, costureira e fez rejunte na construção civil. Vive da renda da aposentadoria por invalidez devido aos diagnósticos de lesões por esforço repetitivo nas mãos e esquizofrenia. Mora com o pai e um sobrinho, que tem diagnóstico de deficiência intelectual. Frequenta diferentes igrejas evangélicas em busca de conforto espiritual, mas sem se fixar em nenhuma até o momento. Passou pelo fenômeno da “porta giratória”, com diversos internamentos em hospitais psiquiátricos. Está no CAPS AD desde janeiro de 2019 e no momento se encontra abstinente do uso do álcool e em uso do Rivotril conforme prescrição médica.

Assim como aconteceu com Laura, não tenho como expor fotografias relacionadas a Vitória. Tenho diversas fotografias de Vitória nas atividades do grupo de mulheres, ela adorava participar das fotografias, me pediu diversas vezes para fazer fotografias suas, mas nunca foi hábito seu produzir as mesmas. Como a minha decisão foi de não expor a imagem de nenhuma das mulheres, não trarei fotos de Vitória para a tese.

**Kátia Flávia** se autodenomina mulher cis, heterossexual, branca, tem 59 anos. Fazia uso de álcool, cocaína e maconha. Teve dois filhos, um de uma relação de curta duração e outro fruto de violência sexual quando estava em uso de drogas e que ela desconhece a paternidade. O primeiro filho foi criado por ela e sua família e o segundo ela deixou com uma mulher que lhe prometeu encontrar uma família para ele. Foi casada, mas viveu com o marido por pouco tempo, ela soube recentemente que ele faleceu. No momento não está em um relacionamento erótico. Sofreu violência sexual na infância em contexto familiar e, mais tarde, na vida adulta, em contexto urbano. Trabalhou desde a adolescência, já foi vendedora de feira, caixa de supermercado, trabalhou em barraca de praia, em canavial, em cafezal, trabalhou para o tráfico, trabalhou como auxiliar de serviços gerais e como cobradora de ônibus. No momento, tem como renda o Bolsa Família. Mora sozinha. Já frequentou diversas religiões, mas, no momento, não está ligada a nenhuma comunidade religiosa. Está no CAPS AD desde julho de 2009 e há muitos anos está abstinente da cocaína, mas segue em uso de maconha e álcool e refere ter problemas devido a este uso.

Sobre o uso de fotografias na construção da história de Kátia Flávia, trarei algumas imagens produzidas por ela em seu ambiente doméstico. Algumas vezes conversei com Kátia sobre a possibilidade de ir até a sua casa, mas ela não se mostrou disponível para receber a minha visita. Por outro lado, quando falei da possibilidade de ela me enviar fotos sobre sua casa, sua rotina, lugares e momentos significativos, ela se mostrou interessada. Enviou diversas fotos da casa e uma foto bastante significativa sobre o seu processo de cuidado, o dia em que comprou um tênis novo para fazer atividades físicas. Fazer atividades corporais, como aulas de zumba e pilates, tem sido parte importante do processo de reabilitação psicossocial de Kátia. Kátia falou da sua casa como um lugar simples, com goteiras, mas com o banheiro que ela fez como sempre quis. Kátia fala de casa sempre como um lugar onde ela pode ser ela mesma sem medo do julgamento das pessoas, um lugar onde ela fica em paz.

Figura 13 - Jardim de casa de Kátia Flávia



Fonte: Fotografia produzida por Kátia Flávia.

Figura 14 - Televisão de Kátia Flávia



Fonte: Fotografia produzida por Kátia Flávia.

Figura 15 - O banheiro de Kátia Flávia



Fonte: Fotografia produzida por Kátia Flávia.

Figura 16 – O tênis novo de Kátia Flávia



Fonte: Fotografia produzida por Kátia Flávia.

Cada história em particular das interlocutoras daria por si só um ótimo material de estudo, mas, quando elas se articulam, se desdobram, elas nos permitem refletir sobre temas de suma importância para as práticas de cuidado em saúde mental. Práticas de cuidado estas implementadas por mulheres, em sua maioria negras, em vulnerabilidade social, com histórico de violências dos mais diversos tipos, mulheres que precisaram lutar pela sobrevivência e suportaram a vida com a ajuda da anestesia das drogas, mas descobriram e seguem descobrindo outros modos de encontrar conforto e viver.

Os artigos que se seguem nos ajudam a perceber a rede imbrincada de questões que envolvem o uso de drogas por mulheres, em especial mulheres negras, num país como o nosso. O caminho que os artigos propõem começa por uma visada sobre a produção relacionada ao tratamento para mulheres com problemas relacionados ao uso de drogas e segue para os resultados da pesquisa, onde o segundo artigo expõe de forma mais abrangente as práticas de cuidado implementadas pelas mulheres nos diversos cenários de sua vida, com destaque para aspectos da rede informal. Já no terceiro artigo, o destaque é dado às práticas de cuidado implementadas junto à rede de saúde, culminando no quarto artigo que, ao se centrar na história de uma interlocutora, permite enxergar a construção destas práticas de forma integrada, dando destaque também para os métodos utilizados pela pesquisa.

**Tratamento para mulheres que usam drogas: uma crítica sob a perspectiva do feminismo decolonial.<sup>4</sup>**

**Treatment for women who use drugs: a critique from the perspective of decolonial feminism.**

**Tratamiento para mujeres que usan drogas: una crítica desde la perspectiva del feminismo descolonial.**

**Resumo**

Este artigo realiza revisão sistemática sobre o tratamento para o uso de drogas por mulheres e aponta lacunas nesta literatura a partir de uma perspectiva feminista decolonial. Foram coletados trabalhos escritos em inglês, português e espanhol publicados entre os anos de 2010 e 2019. Os resultados apontam para a influência dos estigmas sociais, atitudes julgadoras dos profissionais e da família e a importância de considerar as necessidades sociais e de saúde através de um cuidado singularizado. Porém, poucos trabalhos vão sinalizar o fato de que essas mulheres vivem em sociedades sexistas e de que modo gênero, raça e classe influenciam nos usos de drogas e no tratamento. Por fim, destacamos contribuições do feminismo decolonial para a leitura do fenômeno do uso de drogas e como esta articulação pode fundamentar uma atenção psicossocial nos moldes de uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial feminista e antirracista.

Palavras-chave: Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Centros de tratamento de abuso de substâncias; Mulheres; Feminismo; Racismo.

**Abstract**

This article conducts systematic review on treatment for drug use by women and points out gaps in this literature from a decolonial feminist perspective. Papers written in English, Portuguese and Spanish published between the years 2010 and 2019 were collected. The results point to the influence of social stigmas, judgmental attitudes of professionals and family and the importance of taking into consideration social and health needs through a singularized care. However, few studies will indicate the fact that these women live in sexist societies and how gender, race and class influence drug use and treatment. Finally, we highlight contributions of decolonial feminism to the reading of the phenomenon of drug use and how this articulation can ground a psychosocial care along the lines of a feminist and anti-racist Anti-Asylum Psychiatric Reform.

Keywords: Substance-related disorders; Substance abuse treatment centers; Women; Feminism; Racism.

**Resumen**

Este artículo realiza una revisión sistemática del tratamiento del consumo de drogas por parte de las mujeres y señala lagunas en esta literatura desde una perspectiva feminista descolonial. Se recogieron artículos escritos en inglés, portugués y español publicados entre 2010 y 2019. Los resultados apuntan a la influencia de los estigmas sociales, las actitudes de juicio de los profesionales y la familia y la importancia de

---

<sup>4</sup> Este artigo foi publicado na revista *Psicologia e Sociedade* no ano de 2023. A referência se encontra entre as referências bibliográficas da tese.

considerar las necesidades sociales y de salud a través de una atención singularizada. Sin embargo, pocos estudios indicarán el hecho de que estas mujeres viven en sociedades sexistas y cómo el género, la raza y la clase influyen en el uso y el tratamiento de las drogas. Finalmente, destacamos los aportes del feminismo decolonial a la lectura del fenómeno del consumo de drogas y cómo esta articulación puede fundamentar una atención psicosocial en los moldes de una Reforma Psiquiátrica Antiasilo feminista y antirracista.

Palabras clave: Trastornos por uso de sustancias; Centros de tratamiento de abuso de sustancias; Mujeres; Feminismo; Racismo.

## 1. Introdução

Este artigo apresenta reflexões e aponta algumas lacunas na literatura a partir de dados de uma revisão sistemática de publicações sobre o tratamento para o uso de drogas por mulheres; para tal usaremos como lente de análise uma perspectiva decolonial e da colonialidade do gênero. Apesar de um número crescente de publicações se dedicarem à divulgação do conhecimento sobre essa temática, a maior parte delas o faz não levando em consideração aspectos sociais e históricos do contexto onde essas mulheres se inserem e como tais aspectos têm influência sobre o modo como o uso de drogas acontece e como se dá o tratamento para os casos onde esse uso acarreta sofrimento.

Isabela Queiroz (2015) realizou revisão bibliográfica sistemática com o objetivo de analisar a categoria “gênero” nas pesquisas publicadas sobre uso de drogas por mulheres no Brasil nos últimos 30 anos (entre 1984 e 2013). Ela utilizou os descritores alcoolismo, mulher; uso de droga, mulher; mulher usuária de droga; alcoolismo, gênero; droga, gênero; dependência química, mulher; dependência química, gênero; alcoolismo feminino, que estão aí colocados por ordem decrescente de frequência. O descritor “alcoolismo; mulher” foi encontrado na maioria das obras selecionadas, totalizando 31,7% dos resultados. Um número significativo de trabalhos também foi encontrado a partir dos descritores “uso de droga; mulher” (25,4%) e “mulher usuária de droga” (16,9%).

Segundo Queiroz (2015), o descritor “gênero” não foi encontrado de forma significativa na análise geral dos trabalhos, aparecendo somente em teses e dissertações, o que aponta para uma ausência do uso da categoria gênero enquanto articulador teórico, reduzindo a discussão em torno dos aspectos diferenciais associados às categorias binárias homem-mulher, definidas pelo sexo biológico. Além disso, o descritor gênero foi encontrado somente em trabalhos muito recentes, tendo 96,2% deles sido publicados a partir do ano de 2004.

Nosso interesse neste artigo é discutir sobre o que tem sido publicado não só no Brasil, mas também internacionalmente, no que diz respeito ao tratamento ofertado para mulheres que fazem uso de drogas. Para tanto, fizemos uma revisão sistemática da literatura e apresentamos aqui os principais temas encontrados e as lacunas ainda existentes. Além disso, buscamos recolocar a categoria gênero no centro da discussão, fazendo uma análise de nossos achados a partir de uma epistemologia feminista crítica e decolonial.

## **2. Estratégia metodológica**

Foi realizada revisão sistemática da literatura com o objetivo de conhecer quais eram os principais temas dos trabalhos científicos produzidos em torno do uso de drogas por mulheres entre os anos de 2010 e 2019. As buscas foram realizadas entre os meses de agosto de 2019 e janeiro de 2020 e incluíram produções em português, inglês e espanhol. As bases de dados utilizadas foram o Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), o Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), a biblioteca virtual do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) e o Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Para a escolha dos descritores, foi realizada uma busca entre os termos catalogados pelo vocabulário estruturado e multilíngue DeCS - Descritores em Ciências da Saúde, projeto da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os descritores escolhidos foram: “transtornos relacionados ao uso de substâncias”, “alcoolismo”, “drogas”, “transtornos relacionados ao uso de cocaína”, “síndrome de abstinência a substâncias” e “abuso de maconha”. Todos estes descritores foram pesquisados em combinação com a palavra “mulher”, por exemplo, “mulher e transtornos relacionados ao uso de substâncias”, “mulher e alcoolismo”.

Como resultado das combinações de todos os descritores com a palavra “mulher”, foram encontrados no total 10.997 artigos. Foi realizada uma primeira leitura dos títulos dos artigos (e, quando necessário, dos resumos) como um primeiro filtro de análise com a extração das publicações referentes ao uso de drogas por mulheres. Desta etapa, restaram para análise 246 artigos. Numa segunda etapa, a partir da leitura dos resumos, as publicações foram separadas de acordo com o tema central de cada uma delas na relação com o uso de drogas por mulheres. Os temas encontrados podem ser observados no Gráfico 01, Anexo 03.

Numa terceira etapa, foi realizada a leitura dos resultados, discussão e considerações finais das publicações específicas sobre a temática escolhida para este artigo, neste caso, o tratamento de mulheres em uso de drogas. Foram utilizadas para esta revisão de literatura trinta e seis publicações, dentre elas trinta e quatro artigos e duas dissertações. Destas publicações, dezenove são estadunidenses, quatorze brasileiras, duas iranianas e uma sueca. A maior parte das publicações se concentraram nos anos de 2011 (oito publicações, 22%), 2014 (seis publicações, 16%) e 2015 (sete publicações, 19%). Vinte e duas publicações estão escritas em língua inglesa (61%) e quatorze em língua portuguesa (39%). Os principais subtemas encontrados nestas publicações podem ser observados no Gráfico 02, Anexo 04.

### **3. O tratamento para o uso de drogas por mulheres: achados da revisão sistemática**

As publicações identificadas nesta revisão se debruçaram principalmente sobre os fatores intervenientes no acesso aos serviços, adesão e continuidade do tratamento pelas mulheres, como também na comparação entre serviços e em questões relativas à efetividade do tratamento.

Segundo algumas das pesquisas encontradas, fatores como a ausência de serviços específicos de gênero, atitudes julgadoras dos profissionais de saúde, problemas financeiros, custos do tratamento, posição legal punitiva em relação ao uso de drogas, presença de um parceiro que consome drogas, falta de motivação, desconhecimento da existência de serviço especializado, falta de valorização da família em relação ao tratamento, estigma familiar e social e falta de encaminhamento de outros serviços de saúde para um serviço especializado se colocam como barreiras para o acesso destas mulheres ao tratamento para o uso de substâncias (OTIASHVILI et al., 2013; LIMBERGER et al., 2015; ALAM-MEHRJERDI et al., 2016; ALBUQUERQUE; NÓBREGA, 2016).

Dessa forma, de acordo com a literatura encontrada, muitas mulheres acessam os serviços especializados quando já experimentaram a solidão, a dor, o sofrimento, a vergonha, a discriminação, as perdas e os agravos físicos e psicológicos, os prejuízos financeiros e sociais, quando seus familiares lhes apoiam e conduzem até o tratamento, ou quando outros serviços de saúde lhes encaminham. Outro fator importante para a busca do tratamento identificado por estas pesquisas foi o prejuízo no desempenho esperado de uma mulher, como a impossibilidade de exercer a maternidade, ou o papel de esposa e

dona de casa (ASSIS; CASTRO, 2010; LIMA et al., 2011; RIBEIRO et al., 2012; OTIASHVILI et al, 2013; AGUIAR, 2014; PILLON et al., 2014; LIMBERGER et al., 2015; ALBUQUERQUE; NÓBREGA, 2016; SANTOS et al., 2019). É importante destacar que o supracitado “desempenho esperado de uma mulher” foi desenhado dentro dos moldes de uma sociedade patriarcal, como discutiremos melhor adiante.

No que se refere à permanência destas mulheres nos serviços especializados, os artigos apontam alguns fatores envolvidos numa maior adesão ao tratamento como maior nível educacional das mulheres, forte aliança terapêutica entre os/as profissionais e as mulheres e seus familiares, um acolhimento adequado no momento do acesso e um espaço de tratamento que possa “concorrer” com o papel exercido pelas drogas na existência dessa mulher, a existência de serviços exclusivos para tratamento de mulheres, ou com atividades voltadas para as mesmas e serviços que ofertam espaços para a permanência de seus/suas filhos/filhas (PINTO et al., 2011; RIBEIRO et al. 2012; OTIASHVILI et al, 2013; ALAM-MEHRJERDI et al., 2016).

No que diz respeito à efetividade das atividades ofertadas durante e no pós-tratamento, alguns artigos sugerem que o tratamento voltado para o uso de drogas deve estar associado com intervenções que atendam às necessidades sociais, de saúde e de segurança das mulheres, atividades que priorizem a promoção da saúde, autoestima e a reintegração social de forma singularizada, buscando conhecer a realidade e a personalidade de cada mulher em tratamento (ANDREWS et al., 2011; LIMA et al., 2011; BIRATH et al., 2011; GILBERT et al., 2012; POWELSON et al., 2014). Alguns artigos, especialmente em língua inglesa, versavam sobre técnicas específicas para o tratamento, como uso de terapias individuais ou de casal e o uso de técnicas para prevenção de recaídas, como também os tipos de serviços que estas mulheres acessaram e as diferenças na efetividade da escolha de cada técnica ou serviço (POWELSON et al. 2014; SOUZA et al, 2014; PRICE; SMITH-DIJULIO, 2016; O’FARRELL et al., 2017). Vale destacar aqui que algumas técnicas, como as técnicas para prevenção de recaídas, têm como centro do tratamento as drogas e não as pessoas e suas experiências, o que pode invisibilizar ainda mais as necessidades e especificidades das mulheres no tratamento.

Para além dos modos de ofertar tratamento em um só serviço, alguns artigos também se debruçaram sobre a importância da articulação dos serviços que fazem o tratamento para o uso com outros serviços da rede formal, como serviços que lidam com as questões relacionadas à violência contra a mulher, serviços da atenção primária e outros serviços de saúde (MACY; GOODBOURN, 2013; HETTEMA et al., 2015;

RASCH et al., 2015; CUCCIARE et al. 2016), como também o impacto positivo do tratamento sobre as redes informais/pessoais das mulheres (MIN et al. 2013; BROWN et al., 2015; MCCUTCHEON et al, 2016).

Como já foi dito anteriormente, alguns artigos apontaram a existência de locais de tratamento exclusivos para mulheres como fator de adesão e continuidade do tratamento. Além destes artigos supracitados, outros tratam especificamente sobre as diferenças entre locais de tratamentos ofertados exclusivamente para mulheres e aqueles ofertados de forma mista. Estes estudos apontam que atividades e serviços exclusivos para mulheres se mostram igualmente eficazes no tratamento em comparação com os serviços mistos, sendo os primeiros preferidos pelas mulheres envolvidas nestes estudos. Os argumentos em torno da existência de serviços exclusivos para as mulheres dizem respeito ao cuidado individualizado e centrado nas suas necessidades psicossociais, tais como o olhar sobre questões relacionadas à violência, ao cuidado das crianças, sendo mais sensíveis na detecção destas necessidades e na possibilidade de articulação da rede social e de saúde no seu atendimento (DOLAN et al., 2011; FINFGELD-CONNETT; JOHNSON, 2011; GREENFIELD et al., 2014; HESLIN et al., 2015; RASCH et al., 2015; TERPLAN et al. 2015).

Ainda sobre as atividades voltadas exclusivamente para mulheres, alguns trabalhos se voltaram para ofertar orientações acerca de fatores importantes a serem observados nas atividades desenvolvidas com mulheres, especialmente grupos terapêuticos, tais como o seu desenvolvimento físico e psíquico, a forma como elas interagem socialmente, o sexismo e a forma de se relacionar com os homens, as comorbidades psiquiátricas observadas entre as mulheres em tratamento para o uso de drogas, traumas e estigmas relacionados ao gênero, a interseccionalidade entre gênero, raça e classe, a maternidade e os obstáculos de acesso ao tratamento (BRIGHT et al., 2011; VENOSA, 2011; FOGGER, 2015).

Dentre os trinta e seis trabalhos encontrados, apenas quatro artigos e uma dissertação tiveram como foco o cuidado das mulheres a partir de um olhar sobre as questões de gênero relacionadas às opressões advindas da dominação masculina e dos estereótipos em torno do “ser mulher”. Nestes artigos foram exploradas questões como o sexismo; a interseccionalidade entre gênero, raça e classe; a importância da reflexão sobre os conflitos advindos da condição de “ser mulher” e como eles impactam na relação problemática entre mulher e droga; os obstáculos que surgem para o acontecimento desta reflexão quando os/as profissionais têm uma visão estereotipada das mulheres, as

enquadrando como mulher heterossexual, dócil, maternal, sensível, frágil, dependente afetivamente dos homens e mais envolvidas com o lar e a família; e, por último, a importância de uma escuta destas mulheres que possa desarticular os sentidos fixos construídos em torno da imagem da mulher em tratamento para o uso de drogas e repensar o cuidado ofertado a essas mulheres a partir de uma epistemologia feminista (BRIGHT et al., 2011; VENOSA, 2011; SILVA, 2014; SILVA et al., 2018, QUEIROZ; PRADO, 2018).

Diante deste panorama do que tem sido publicado sobre o tratamento das mulheres em uso de drogas, é possível perceber o quanto o que é entendido socialmente como “ser mulher” nas sociedades ocidentais patriarcais, tem uma grande influência sobre esse processo do tratamento, desde os obstáculos para iniciá-lo até as dificuldades em ter suas necessidades atendidas e as possibilidades que se abrem num pós-tratamento, mesmo que isso não tenha sido trazido de forma explícita e aprofundada pela maior parte dos trabalhos.

#### **4. O uso de drogas por mulheres: algumas reflexões sobre gênero**

Em muitos dos trabalhos coletados nesta revisão, fica visível que todo o processo de tratamento, desde a família até os profissionais de saúde, permanece envolto pelos estigmas não só em relação ao uso de drogas, mas ao fato de que *uma mulher* está fazendo uso de substâncias e todas as implicações que isso pode ter para o seu papel de reprodutora, mãe, esposa, cuidadora, e assim por diante. Michel Foucault (1979, 1996) assinala que desde muito tempo as mulheres foram fixadas à sua sexualidade, avaliada como frágil, adocida, indutora de doenças. Essa patologização tornou o corpo da mulher objeto médico por excelência. Na contemporaneidade, muitas mulheres continuam empenhadas no tratamento e disciplina de seus corpos na busca de um ideal de feminilidade homogeneizante, apesar de em constante mutação. Susan Bordo (1997) propõe uma apropriação dos conceitos de Foucault no sentido do reconhecimento de tal poder sobre os corpos femininos enquanto uma rede de práticas, instituições e tecnologias que sustentam posições de dominância e subordinação. Desta forma, tal poder precisa ser analisado não apenas como repressivo, mas como constitutivo, que molda e multiplica os desejos ao invés de, necessariamente, reprimi-los, direcionando as energias através de uma construção de normalidade e desvio. A partir disso, é necessário construir um discurso que possibilite a análise das relações de poder ao mesmo tempo em que

possibilite o confronto dos mecanismos pelos quais as mulheres se tornam enredadas e coniventes com as forças que sustentam sua própria opressão.

No que diz respeito ao uso de drogas por mulheres, Mabel Silva (2016) chama a atenção para o fato de que estas relações de poder que envolvem o corpo da mulher contribuem para alimentar redes de vigilância sanitária e sociais no que diz respeito ao uso de drogas. A atuação do controle sobre os corpos das mulheres pode aparecer de diferentes formas, através dos serviços de saúde, no convívio social e familiar, na mídia, e assim por diante. Esse poder acaba por funcionar em rede, sendo fortalecido por discursos morais no sentido de interditar os comportamentos das mulheres. Tais situações podem colocar as mulheres em tratamento para o uso de drogas numa situação de estigmatização, agravando o sofrimento das mesmas e, inclusive, as afastando dos serviços de saúde especializados na área.

Jeane Oliveira, Mirian Paiva e Camila Valente (2007) ressaltam que os serviços de atenção aos/às usuários/as de drogas quase nunca consideram as necessidades e situações específicas relacionadas ao uso de drogas pelas mulheres, perpetuando uma homogeneização do campo, que foi construído tendo como base necessidades masculinas. Ainda, segundo as autoras, os/as profissionais de saúde precisam reconhecer as mudanças no estilo de vida das mulheres, advindas das conquistas feministas, e estender esse conhecimento para as ações de assistência à saúde de modo a atender especificidades não apenas relacionadas às condições biológicas, mas, também, e, sobretudo, socioculturais.

Ao tratar sobre as diferenças no modo como o tratamento é oferecido para homens e mulheres nos serviços voltados para pessoas que usam drogas, Marcos Prado e Isabela Queiroz (2012) destacam que o tratamento para os homens tem como objetivo adquirir ou retomar habilidades pessoais e técnicas com fins de reinserção social. Já para as mulheres, o tratamento teria como finalidade uma reabilitação em termos de retomada dos vínculos familiares e adequação social, tendo como “pano de fundo” um viés conservador e patriarcal. Os autores sustentam o argumento de que, quando os serviços para usuários/as de drogas buscam fazer diferenciações em relação às necessidades das mulheres, o fazem reproduzindo desigualdades de gênero sustentadas por prescrições do patriarcado, colocando as mulheres numa condição de insuficiência e submissão. Dessa forma, as ações assim baseadas tenderiam a reforçar estratégias de controle e vigilância sobre as mulheres, alicerçadas numa lógica de cuidado relacionado à sua função reprodutora e na manutenção das hierarquias de gênero e dos lugares inferiorizados atribuídos às mulheres.

Estas reflexões trazidas até aqui são de suma importância para olharmos para o fenômeno do uso de drogas por mulheres na relação com as questões de gênero em nossa sociedade machista e patriarcal, mas ainda são generalistas quando não especificam de que mulher estamos falando. Essa é uma mulher branca ou não branca? A que classe social pertence? Qual sua orientação sexual? Será que todas as mulheres vivem a realidade do uso de drogas da mesma maneira?

Pensar a singularidade de cada mulher requer conhecer o contexto familiar, social e cultural de cada uma e isso só é possível se pudermos, enquanto profissionais, nos debruçarmos sobre como a categoria gênero se formou na sociedade em que nos situamos. Por isso, para além de pensarmos no controle dos corpos das mulheres na cultura ocidental patriarcal, precisamos avançar e pensar nestas mulheres localmente, com as especificidades da construção do gênero no Sul global.

##### **5. Colonialidade do gênero e feminismo decolonial: contribuições para pensar o tratamento para mulheres em uso de drogas**

Para essa empreitada, convidamos para nossa reflexão uma das correntes da epistemologia feminista perspectivista (ou feminismo do ponto de vista), mais especificamente o feminismo decolonial. Nossa escolha parte da compreensão que tal movimento engloba uma série de importantes críticas já realizadas por outros movimentos feministas ao feminismo clássico combinado à necessária reflexão sobre a colonialidade e seus impactos sobre as mulheres não brancas nos países da América Latina.

O feminismo decolonial aponta que, dentro da modernidade colonial, pautada na dicotomia humano/não humano, onde o centro do poder se caracterizava pela figura do homem branco, europeu, burguês, colonial moderno, heterossexual, cristão, racional e capaz de tomar decisões, enquanto a mulher europeia burguesa era entendida como um complemento do homem europeu, alguém a quem cabia garantir a reprodução da raça e do capital através da sua pureza sexual e de sua passividade, as mulheres não brancas não eram vistas nem como mulheres, mas como fêmeas colonizadas, e que, desta forma, é preciso entender as consequências desse não lugar ainda hoje (LUGONES, 2014).

A partir das reflexões sobre os impactos desta colonialidade nas existências das mulheres, Maria Lugones (2014) propõe o conceito de colonialidade do gênero. Ela afirma que a colonialidade do gênero se constitui por esta colonialidade, sendo também constitutiva dela. Como a mulher colonizada não era vista como mulher, mas como

fêmea, logo não existe a categoria “mulher colonizada”, visto que nenhuma fêmea colonizada era considerada mulher. No “papel” a posse colonial teve fim com os processos de independência dos países colônia, mas, segundo a autora, a colonialidade do gênero permanece entre as matrizes de opressão que se interseccionam (raça/classe/gênero) como construtos centrais do poder capitalista mundial.

Portanto, o feminismo decolonial oferece uma perspectiva de análise e proposição de mudança no modo como enxergamos a realidade das mulheres latino-americanas a partir de estudos que levem em conta essas matrizes de opressão que caracterizam a colonialidade do gênero. O feminismo decolonial busca superar a colonialidade do gênero através de uma práxis que parte da crítica da opressão racializada, colonial e capitalista heterossexualizada de modo a buscar uma transformação do social (LUGONES, 2014). Tal intento só é possível se pudermos pautar, nas pesquisas envolvendo mulheres, estes elementos que são fundamentais para entender suas experiências e sofrimentos.

A grande maioria das publicações utilizadas pela revisão sistemática de literatura que realizamos adveio de dois países, Estados Unidos da América e Brasil, que, mesmo tendo vivido processos diferentes de colonização, carregam em sua cultura as marcas da colonialidade. Dessa forma, apesar de apresentarem informações importantes, permanece uma lacuna na análise realizada pelos trabalhos que esconde fatores fundamentais envolvidos no sofrimento destas mulheres em tratamento para o uso de drogas.

Desta forma, a compreensão da dor e do sofrimento que estão relacionados ao uso de drogas, em países de origem colonial, precisa levar em consideração a marca da colonialidade de gênero nestas vivências, oportunizando o desvelamento de situações existenciais relacionadas à dificuldade de lidar com feridas profundas que podem advir de diversas opressões e apagamentos de si em suas experiências de vida. Grada Kilomba (2019) nos chama atenção para o fato de que o trauma de pessoas negras não tem como base apenas eventos de base familiar, mas também o racismo que coloca as pessoas de cor como a/o “Outra/o”, diferente, incompatível, conflitante, incomum. A/o “Outra/o” onde a projeção branca deposita as informações indesejáveis, fazendo das imagens da mulheridade negra uma espécie de reservatório para os medos da cultura ocidental relacionados ao corpo, à fertilidade e à sexualidade. Ainda, segundo a autora, a experiência psicológica do racismo pode se caracterizar como um trauma no sentido de uma experiência indizível, impossível de simbolizar e que pode se expressar através da somatização (KILOMBA, 2019). O que defendemos aqui é que o uso de drogas também

pode se configurar como uma forma de lidar com esses e outros sofrimentos impingidos às mulheres não brancas em nossa sociedade brasileira.

Em um ciclo vicioso, onde diversos sofrimentos se interseccionam, o uso de drogas, que aparece como um recurso para lidar com a dor ou como forma de obter prazer, pode acabar por gerar novas situações de sofrimento e uma agudização de problemas psíquicos e sociais. A anestesia provocada pelo uso tende a ser transitória e a repetição da utilização desse recurso o torna mortífero. Dessa forma, o uso de drogas por estas mulheres, que pode se configurar como uma busca de “cura”, de escape das situações de opressão, pode perder esse lugar de tática, de linha de fuga, para se transformar em sofrimento devido à estigmatização associada ao uso somada às consequências biopsicossociais do abuso. Então a mulher não branca e pobre nestes países de origem colonial se vê duplamente estigmatizada, duplamente oprimida, encurralada por uma sociedade que pouco se preocupa com elas (visto que nem as enxerga de fato), mas apenas com a performance de seus corpos enquanto procriadoras, objetos sexuais e “material humano” a serviço da máquina capitalista, ou, simplesmente, como o expurgo, vidas que não têm valor.

Este ciclo apontado acima pode fazer com as mulheres se sintam envergonhadas ou desiludidas pela estigmatização advinda do uso de drogas, e não buscar o tratamento, ou não receber suporte para essa busca, visto que buscar o tratamento é assumir para si e para os outros ter um problema com esse uso e enfrentar as consequências deste estigma. Elas também podem ir em busca de tratamento devido ao alto grau de sofrimento vivido ou pelo incentivo recebido por parte de algum suporte social e conseguir ter acesso ou não a esse tratamento, a depender da rede social e de saúde onde ela se localiza. Neste artigo, partimos da hipótese de que esse processo de busca, acesso e a consecução do tratamento estão sob forte influência das questões de gênero, das opressões advindas da dominação masculina e dos entrecruzamentos das questões de raça, classe e gênero.

Lugones (2014) e Kilomba (2019) nos apontam caminhos possíveis para lidar com o racismo e com a colonialidade do gênero, enfatizando a necessidade de as mulheres não brancas refazerem seus elos com a sociedade a partir de um reconhecimento de si, de seu lócus fraturado e do que estas opressões lhe causaram. A partir disso, essas mulheres podem se reconhecer em outras mulheres que vivenciam os mesmos traumas e podem quebrar a sensação de isolamento em um movimento de coalizão que permitirá fazer resistência à colonialidade do gênero a partir da construção conjunta de uma identificação

positiva sobre sua negritude, saindo do lugar de “Outra/o”, assumindo a condição de sujeito e alcançando um estado de descolonização.

## **6. Considerações finais**

A partir desta revisão de literatura, pudemos perceber que aspectos importantes sobre o tratamento ofertado a mulheres em uso de drogas têm sido abordados pelas pesquisas científicas, desde o acesso aos serviços, algumas de suas tipologias, a efetividade de alguns destes serviços, a importância da aliança terapêutica com as mulheres e seus familiares, como também as necessidades sociais e de saúde das mesmas. Porém verificamos que a maior parte dos trabalhos não abordou as questões de gênero a partir dos contextos socioculturais dessas mulheres e como estas questões têm influência no modo como profissionais e familiares atuam, a partir de estereótipos e da reprodução do sexismo, do machismo e das discriminações envolvendo classe e raça.

Portanto, há uma urgência em se debruçar sobre estas temáticas, de modo a construir com estas mulheres conhecimento que possa fundamentar estratégias e ações em saúde, com destaque para a saúde mental, nos moldes de uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial que se proponha também a ser antirracista e feminista. Estas novas ações devem garantir uma atenção integral baseada nas diferenças e singularidades destas mulheres, levando em consideração todas as matrizes de opressão que atravessam suas existências, uma atenção que se conforme em liberdade, propiciadora de autonomia, protagonismo e que caminhe na esteira do fortalecimento das lutas das mulheres contra a colonialidade do gênero.

## 11 ARTIGO 02

### **Práticas de cuidado de mulheres que usam drogas: uma análise sob o ponto de vista do feminismo decolonial.**

#### **Resumo**

O presente artigo versa sobre as práticas de cuidado implementadas por mulheres com histórico de uso de álcool e outras drogas e como questões relacionadas aos marcadores sociais da diferença, principalmente gênero, raça e classe, provocam atravessamentos nos modos de produção deste cuidado. Os resultados aqui apresentados são frutos de uma pesquisa que originou a tese de doutorado denominada “**Cuidados tecidos por mulheres que usam drogas: experiências e práticas sob um olhar feminista decolonial**”. Tal pesquisa teve um cunho etnográfico, utilizando o método da História de Vida em combinação com registros fotográficos, vídeos e a Observação Participante, como também um método participativo inspirado nos grupos operativos de Enrique Pichon-Rivière. A análise das narrativas, materiais audiovisuais e conteúdos advindos dos grupos se pautou numa perspectiva hermenêutica crítica e reflexiva, tendo como direcionamento teórico uma epistemologia feminista perspectivista, o feminismo decolonial. No estudo das experiências das interlocutoras foi possível observar que as práticas de cuidado implementadas estiveram relacionadas ao contexto familiar, à educação formal, a questões envolvendo trabalho e renda, à convivência e as redes de sociabilidade, às instituições religiosas e aos serviços de saúde. Ao analisar estas práticas e as trajetórias de vida das interlocutoras, foi possível perceber como gênero, raça e classe, assim como outros marcadores sociais relacionados à orientação sexual, escolaridade e idade, demarcaram limites e possibilidades na construção deste cuidado. Portanto, desvelar todas as implicações que a colonialidade do gênero tem nas trajetórias dessas mulheres pode ser um caminho potente de construção de um cuidado integral com autonomia, liberdade, equidade, promoção do empoderamento e da possibilidade de construir coalizões através de reconhecimentos mútuos, laços de confiança e projetos de cuidado coletivos.

Palavras-chave: Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Práticas de cuidado; Mulheres; Feminismo; Racismo.

#### **Abstract**

This article focuses on the care practices implemented by women with a history of problematic use of alcohol and other drugs and how issues related to social markers of difference, mainly gender, race and class, cause disruptions in the ways of producing this care. The results presented here are the result of research that led to the doctoral thesis called “**Woven care for women who use drugs: experiences and practices from a decolonial feminist perspective**”. This research had an ethnographic nature, using the Life History method in combination with photographic records, videos and Participant Observation, as well as a participatory method inspired by Enrique Pichon-Rivière's operative groups. The analysis of the narratives, audiovisual materials and content arising

from the groups was based on a critical and reflexive hermeneutic perspective, with a perspectivist feminist epistemology, decolonial feminism, as its theoretical direction. In studying the experiences of the interlocutors, it was possible to observe that the care practices implemented were related to the family context, formal education, issues involving work and income, coexistence and sociability networks, religious institutions and health services. By analyzing these practices and the life trajectories of the interlocutors, it was possible to see how gender, race and class, as well as other social markers related to sexual orientation, education and age, demarcated limits and possibilities in the construction of this care. Therefore, revealing all the implications that the coloniality of gender has on the trajectories of these women can be a powerful way to build comprehensive care with autonomy, freedom, equity, promotion of empowerment and the possibility of building coalitions through mutual recognition, bonds of trust and collective care projects.

Keywords: Substance use disorders; Care practices; Women; Feminism; Racism.

## 1. Introdução

Este artigo versa sobre as práticas de cuidado implementadas por mulheres com histórico de uso de álcool e outras drogas e como questões relacionadas aos marcadores sociais da diferença, principalmente gênero, raça e classe, provocam atravessamentos nos modos de produção deste cuidado. Os resultados aqui apresentados são frutos de uma pesquisa que originou a tese de doutorado denominada “**Cuidados tecidos por mulheres que usam drogas: experiências e práticas sob um olhar feminista decolonial.**”, escrita pela primeira autora deste artigo sob orientação da segunda. Esta pesquisa teve como objetivo analisar, numa perspectiva feminista decolonial, experiências de cuidado de mulheres atendidas por um Centro de Atenção Psicossocial para usuárias/os de álcool e outras drogas (CAPS AD).

A relevância desta pesquisa está relacionada ao número crescente de mulheres em uso de drogas e o baixo volume de produção acadêmica sobre as questões de gênero, raça e classe que atravessam esses usos. Dados da Organização Mundial de Saúde apontam que questões como a depressão, ansiedade, sofrimento psicológico, violência sexual, violência doméstica e taxas crescentes de uso de drogas afetam mais as mulheres do que os homens em diferentes países e diferentes contextos (OMS, 2018).

Em revisão sistemática realizada sobre o tratamento para o uso de drogas por mulheres, revisão realizada para compor a tese, foram encontrados resultados que apontam para a influência dos estigmas sociais, atitudes julgadoras dos profissionais e da família e a importância de considerar as necessidades sociais e de saúde através de um cuidado singularizado. Porém, poucos trabalhos vão sinalizar o fato de que essas mulheres

vivem em sociedades sexistas e de que modo gênero, raça e classe influenciam nos usos de drogas e no seu tratamento (PINHEIRO; NUNES, 2023).

Além disso, a partir da revisão de literatura supracitada, foi possível observar a necessidade de pensar o cuidado das mulheres com histórico de uso de drogas nos diversos âmbitos de suas realidades de acordo com as práticas de cuidado implementadas por elas, pensando o cuidado aqui não como algo que se dirige de um profissional para uma pessoa a ser tratada, mas como uma construção que envolve uma postura ativa da usuária em seu processo de cuidado, uma construção de várias mãos trabalhando juntas, uma interação em que a ação vai e vem na busca de um resultado (MOL, 2008).

Neste sentido, podemos pensar em ferramentas teóricas importantes para pensar esse cuidado, como o conceito de cuidado de si em Michel Foucault (2006), que nos remete a uma arte de viver, ao treinamento de habilidades que tornam possível a manutenção de relações adequadas, prudentes, não abusivas com os outros e consigo mesmo. Também lançamos mão de uma noção de cuidado que se caracterize por posturas de empatia, compaixão e vinculação, mas que, ao mesmo tempo, se constrói dentro de limites que não ponham sob ameaça as individualidades, num processo de aproximação sem intenção de dominação, um trabalho conjunto que tenha como direção a construção da autonomia (MORTARI, 2018).

Outros aportes teóricos importantes são aqueles oriundos do campo do cuidado em saúde. Ricardo Ayres (2009) vai trazer o Cuidado (que ele grafa com inicial maiúscula para marcar um lugar de ideal regulador) como um encontro intersubjetivo potente que se constrói em função de concretizar os projetos de felicidade dos sujeitos, partindo assim do entendimento que este sujeito tem do que seria uma vida bem sucedida e como este entendimento constrói seu projeto existencial. Ayres (2009) argumenta que, desta forma, a assistência à saúde deveria se pautar numa sabedoria que se constrói num amálgama entre as necessidades dos sujeitos e as tecnologias a serem ofertadas. Ao tratar do uso das tecnologias, Annemarie Mol (2008) vai destacar a importância de que o seu uso seja pautado numa lógica do cuidado, onde as necessidades de cada sujeito sejam a bússola do processo de cuidado e que estes mesmos sujeitos sejam protagonistas de seus processos, fazendo experimentações, tentativas e descobertas junto às/aos profissionais de saúde e remodelando a construção do cuidado de acordo com cada momento e realidade vivida.

Para pensar estas práticas de cuidado, sejam elas implementadas dentro ou fora de serviços de saúde, é preciso refletir sobre como questões relacionadas ao gênero, como concepções específicas sobre o que é ser mulher, e mulher usuária de drogas, estão

balizadas por representações masculinas heterossexuais hegemônicas em nossa cultura. Concepções essas que apontam maior fragilidade por parte das mulheres em relação aos homens e que fortalecem uma imagem do corpo da mulher como marcado pela fragilidade orgânica, psíquica, sexual e reprodutiva (SILVA, 2016). A essa imagem se somam opressões advindas dos marcadores de raça e classe, mulheres negras vêm sendo submetidas a condições precárias de trabalho, baixos salários e situações de violência que as colocam numa situação diferente das mulheres brancas (DAVIS, 2016). Crenshaw (2002) explica que diversos eixos de subordinação se cruzam como vetores que percorrem avenidas e atingem as mulheres não brancas que se situam em cruzamentos, sofrendo colisões de opressões vindas de diversas direções, onde desvantagens interagem com vulnerabilidades preexistentes, produzindo novas dimensões que favorecem o desempoderamento. Para compreender a complexidade destas diversas interações, Crenshaw (2002) propõe um protocolo interseccional que deve ter como foco a análise contextual da realidade das mulheres marginalizadas.

Desta forma, é importante conhecer as práticas de cuidado implementadas por mulheres com histórico de uso de álcool e outras drogas e como questões relacionadas aos marcadores sociais da diferença, principalmente gênero, raça e classe, provocam atravessamentos nos modos de produção deste cuidado. Este conhecimento perpassa pelo desvelamento de como tais práticas se constroem nas situações concretas de existência em que vivem essas mulheres, em que dimensões de suas vidas elas se constroem e como ganham corpo e sentido no decorrer de suas histórias de vida. Neste artigo, nos centraremos nas práticas de cuidado implementadas pelas mulheres nos diversos cenários de sua vida, com destaque para aspectos da rede informal. Como se dá esse cuidado junto à rede formal, mais especificamente junto ao campo da saúde, será abordado de forma mais aprofundada em outro artigo.

## 2. Estratégia metodológica

Como já foi dito na introdução deste artigo, os resultados aqui apresentados fazem parte da tese de doutorado denominada “**Cuidados tecidos por mulheres que usam drogas: experiências e práticas sob um olhar feminista decolonial.**”. A pesquisa que constituiu esta tese teve cunho etnográfico, utilizando o método da História de Vida em combinação com registros fotográficos e Observação Participante, como também um método participativo, que concebemos a partir da teoria dos grupos operativos de Enrique Pichon-Rivière. Ela foi realizada a partir da atuação profissional da primeira autora deste

artigo enquanto coordenadora de um grupo de mulheres em um Centro de Atenção Psicossocial para usuárias/os de álcool e outras drogas (CAPS AD) no município de Salvador-BA.

Nesta pesquisa foram obtidas as narrativas de seis mulheres que fazem parte do grupo de mulheres do CAPS AD através dos registros das atividades do grupo, das entrevistas individuais e do acompanhamento em seus territórios de vida. Além da interação com as mulheres, consideradas o alvo principal da pesquisa, foram somados contatos com outras pessoas significativas da rede dessas mulheres que me foram apontadas por elas como importantes informantes sobre sua história. Estes também foram entrevistados, numa frequência e profundidade variável de acordo com cada caso. Entre estes, tivemos três profissionais do CAPS AD e duas amigas das interlocutoras. A análise das narrativas e conteúdos advindos dos grupos se pautou numa perspectiva hermenêutica crítica e reflexiva, tendo como norte teórico uma epistemologia feminista perspectivista, o feminismo decolonial.

Ao iniciar o acompanhamento com as mulheres foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com cada uma delas e foram sanadas dúvidas trazidas pelas interlocutoras. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética de número 64168022.9.0000.5030 e recebeu parecer de número 5.790.727 com aprovação para a realização da pesquisa.

### **3. Práticas de cuidado: contextos e caminhos percorridos**

Lourdes, Karen, Laura, Kátia Flávia, Vitória e Luciene<sup>5</sup> são as protagonistas das narrativas que traremos em seguida. A maioria se denomina mulher negra, todas elas pertencentes à classe social mais baixa, aquela que recebe até dois salários-mínimos. A maior parte delas referiu ter como orientação sexual a heterossexualidade, sendo duas solteiras, duas divorciadas e duas viúvas, em termos do estado civil. Três delas participam de igrejas evangélicas, duas de religiões de matriz africana e uma não tem religião. Todas elas estão da faixa etária entre os 50 e 63 anos e tiveram entre 1 e 3 filhos, como pode ser observado na Tabela 1, onde trazemos um perfil sociodemográfico das interlocutoras.

**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico

---

<sup>5</sup> Todos os nomes que aparecem neste artigo são fictícios. Os nomes das interlocutoras foram escolhidos por elas e os demais por nós.

Nome	Idade (anos)	Estado civil	Renda média (salário-mínimo)	Número de filhos	Autodeclaração étnico-racial (IBGE)	Orientação sexual	Religião
<b>Karen</b>	55	Solteira	1-2	2	Preta	Homossexual	Umbanda
<b>Kátia</b>	59	Viúva	0,5	2	Branca	Heterossexual	-----
<b>Laura</b>	63	Divorciada	1	3	Parda	Heterossexual	Evangélica
<b>Lourdes</b>	59	Solteira	1-2	2	Preta	Heterossexual	Candomblé
<b>Luciene</b>	50	Viúva	1-2	3	Parda	Heterossexual	Evangélica
<b>Vitória</b>	53	Divorciada	1-2	1	Parda	Heterossexual	Evangélica

Fonte: Elaborado pela primeira autora

Todas as interlocutoras trouxeram problemas relacionados ao uso de álcool, mas Kátia Flávia, Karen e Luciene têm histórico de uso de múltiplas drogas. A seguir, apresentaremos as práticas de cuidado implementadas por estas mulheres em diversos campos de suas vidas, desde a família, educação, passando pelo trabalho, religião, redes sociais formal e informal. Estas práticas dizem respeito ao cuidado de si e ao cuidado construído com os outros no sentido de lidar com as adversidades e reveses de suas situações concretas de existência e suas relações com o uso de drogas.

No que diz respeito ao **contexto familiar**, antes de falar sobre as práticas de cuidado implementadas pelas mulheres junto aos seus familiares, é importante destacar as bordas construídas para essa construção a partir de como esse contexto está intimamente imbricado com possíveis fatores desencadeadores de problemas relacionados ao uso de drogas, ou como fatores importantes para a manutenção desse uso. Nas narrativas trazidas pelas mulheres, foi possível observar uma forte presença de histórias de abusos sexuais na infância e adolescência, de violências de gênero e de violências diversas nas relações, como é possível observar nestes dois trechos de entrevista que foram escolhidos entre muitos com essa temática:

Aí ela foi trabalhar, no tempo que ela estava trabalhando, o marido dela chegava bêbado dentro de casa [...]. E ele quando vinha, abusava da gente, de mim e de minha outra irmã, Luíza [...]. A gente contava para ela (irmã). Ela levava na brincadeira, ela ficava dando risada. Ele passava a mão na gente, só não conseguia enfiar o dedo, porque a gente fechava as pernas (entrevista com Luciene).

Se eu saísse da escola e algum colega saísse e fosse perguntar qualquer coisa, era algum homem que eu estava pegando. Até o dia que ele (marido) me agrediu tanto, tanto, que foi na cabeça, que aí eu desmaiei, não é? Aí fiquei desmaiada no meio da rua. Aí já começou a questão da bebida, que eu não era de bebida, comecei a beber. (entrevista com Vitória)

Além das violências, foi possível observar relatos de abandono por parte das figuras parentais, tanto o abandono na infância/adolescência como o afastamento devido ao uso de drogas. Vejamos alguns trechos de narrativa sobre isso:

Aí fui trabalhar na casa de Joaquina, passei 4 meses nela, na casa de Joaquina, Joaquina me fazendo de escrava. Aí me levou para o juizado de menor. Juizado de menor queria me mandar de volta para casa. [...]. Aí eles pegaram, ligaram para minha irmã, aí minha irmã deu autorização da Joaquina ficar comigo, mandou Joaquina ficar comigo (entrevista com Luciene).

Eu não tenho raiva do meu irmão, não estou com raiva de ninguém. Já fiquei com muita raiva, hoje em dia, eu fico mais triste de ter uma família desunida. Porque uma família tão pequena e com tanta coisa que a gente podia dividir, estar usufruindo... Eles não gostam de mim, porque dizem que eu sou drogada, eu sou viciada (entrevista com Kátia Flávia).

Para lidar com as agruras vividas nos contextos de suas famílias de origem, as mulheres entrevistadas acreditaram que as uniões amorosas e casamentos lhes dariam a possibilidade de alcançar a realização de projetos pessoais e o apoio emocional e financeiro que não encontravam em casa. Porém, todas elas se decepcionaram com as experiências vividas, experiências envolvendo violência de gênero, dificuldades financeiras, escassez afetiva e estímulo para o uso de drogas, como mostram estas narrativas:

Aí se casou, pronto, "casei, tô livre, tô boa, vou para outro lugar, João gosta de farra, de dançar e eu também gosto". Aí foi que eu me dei mal, porque antes eu ficar com mamãe, porque João foi pior do que mamãe. Ela era minha mãe, tinha o direito de me bater e ele só era o meu marido e me batia do mesmo jeito. Sofri, comi o pão que o diabo amassou (entrevista com Vitória).

Que eu quero que ele vá, que ele arranje outra pessoa, porque não dá certo. "Aí então você vai ter que me indenizar, porque você me usou, você só me quis para criar seus filhos" (fala do marido). Mas realmente foi, Deus me perdoe, não foi por maldade, foi porque eu precisava de uma pessoa de confiança. E aí, pronto, arranjei esse filho de Deus, sem amor, sem nada, que criou eles, mas eu não tenho interesse nenhum, acho que nem ele (entrevista com Laura).

Ainda sobre esse contexto familiar, é importante destacar que a maior parte das mulheres mantém relações conflituosas ou permeadas pela culpa com suas filhas e filhos. Algumas delas referem sentir culpa pela maternidade que exerceram e as consequências que acreditam estar relacionadas ao fato de terem usado drogas, se responsabilizando muitas vezes pelos conflitos que acompanham essas relações, como é possível ver abaixo:

Nessa passagem do álcool, meu menino sofria muito, que ele era pequenininho, eu fazia ele ficar preso dentro de casa, porque eu não queria sair, porque eu fazia a coisa errada na rua. Por conta disso eu não saía, né? Não saía, ficava prendendo ele dentro de casa, ele não foi uma criança. Uma criança, né? Porque eu não fui uma mãe também, né? Por isso que até hoje, ele tem trinta e um ano, eu me culpo muito como mãe, né? (Entrevista com Vitória).

Então eu hoje, na visão das minhas duas filhas, é como se elas não fossem contar comigo, não tenho mais força pra poder elas contarem comigo, e aí também eu não tenho força pra poder contar com elas. E no caso eu sou a mãe e eu teria que estar ali perto para poder ajudar e tem muitas vezes que eu não tenho essa força também (entrevista com Karen).

Dessa forma, as práticas de cuidado possíveis dentro deste contexto familiar têm como limitadores, como bordas, estas vivências fortemente marcadas pelo gênero e pela raça, onde a vulnerabilidade às violências, as relações com os homens cis marcadas pelo machismo, o lugar de cuidadora, que a sociedade espera que elas ocupem, atravessam as possibilidades de elas construírem cuidado junto aos familiares. Ainda assim, elas trouxeram em suas narrativas a importância do apoio de pais, mães, filhas, tias que conseguiram se unir a elas nesta construção, exemplificadas aqui nestes trechos:

Porque eu não aceitava que eu estava doente, eu achava que poderia parar a qualquer hora, sozinha. [...]. Então eu fui vendo a necessidade de eu ter uma coisa financeira que eu pudesse contar. Passei a depender de ajuda financeira de parente e da minha filha. Eu tenho um casal, mas nesse ponto, só foi minha filha. [...] Aí ela sempre, "minha mãe, a senhora tem que sair dessa" (entrevista com Lourdes).

A minha filha comprou um remédio caríssimo que a psiquiatra perguntou se podia passar. [...] Porque é caríssimo, muita gente não pode usar. Até depois que minha filha comprou, digo, "meu Deus, que absurdo eu ter deixado ela comprar por conta de querer me ajudar". Fiquei triste, mas estou tomando. Mas eu espero melhorar para não precisar mais (entrevista com Laura).

Todas as mulheres trouxeram em seus relatos um ou outro momento em que o cuidado pôde ser implementado neste contexto familiar, na construção do estímulo para começar o cuidado, no acompanhamento até o serviço de saúde, na compra de medicamentos, nos cuidados nos momentos de crise e no suporte da criação das/os filhas/os. Ainda assim, quase todas elas trouxeram de forma muito mais contundente e marcada a sensação de abandono, de distanciamento e de sobrecarga no cuidado destes familiares.

Neste aspecto do contexto familiar, também pudemos verificar algumas diferenças relacionadas às questões de raça, como a afirmação de Kátia Flávia, única mulher branca entre as interlocutoras, de que sua bisavó lhe tratava melhor por ela ter os olhos verdes: Eu pequena, essa minha bisavó me agradava muito, porque eu tenho o olho verde. Ela sempre comprava sabonete para mim, me dava dinheiro, ficava me agradando (entrevista com Kátia Flávia). Assim como foi possível observar também que Kátia Flávia foi a única que não sofreu algum nível de abandono parental por questões ligadas à renda familiar, pois sua família tinha melhores condições do que as das demais interlocutoras. Ela também sofreu abandono, mas este se deu devido aos conflitos familiares.

Na esteira do contexto familiar e muito relacionado a ele, temos as práticas de cuidado relacionadas à **educação formal** e o seu papel propiciador de ferramentas para o cuidado. A educação formal não foi uma prioridade para as famílias dessas mulheres, eram famílias que estavam lutando para conseguir o básico para a sobrevivência e a educação se tornava um luxo que nem todas elas puderam propiciar. Na adolescência e idade adulta, também as próprias interlocutoras tiveram que se preocupar com a sobrevivência e a criação dos filhos, adiando os projetos de seguir com os estudos. Então quase todas as interlocutoras não chegaram a fazer o Ensino Médio, mas fizeram diversos cursos técnicos e ainda estão em busca de novos aprendizados, como cursos de corte e costura, de informática, de cuidadora de idosos, ou mesmo, ainda, finalizar o Ensino Médio e sonhar com o Ensino Superior, como podemos observar nos trechos transcritos abaixo:

Estou feliz por eu ter conseguido terminar o curso de assistente administrativo lá na escola. Já tentei ligar de novo para lá para o Senac, para poder fazer o curso de biquíni e moda íntima lá, só que não consegui. Estou também feliz por ter conseguido passar de ano também na escola. Agora vou para outra escola, graças a Deus! Daqui mais uns dois anos, eu entro na faculdade (entrevista com Luciene).

E eu tenho esse objetivo de me formar também, de entrar numa faculdade, porque eu me acho uma pessoa inteligente. Eu me acho uma pessoa capaz. Eu já voltei a estudar depois de começar a trabalhar e eu fazia tudo nos mínimos detalhes. Eu sempre fui uma pessoa muito caprichosa quando estudava. E fazer um curso de informática, porque eu quero muito me inteirar com a informática. Eu não quero ficar no tempo do homem das cavernas (entrevista com Kátia Flávia).

As possibilidades de ascender no campo da educação formal trazem em seu bojo o desenvolvimento de práticas de cuidado de si, empoderamento e deslocamento do campo do desejo para outros rumos que distanciam as interlocutoras dos problemas relacionados ao uso de drogas e lhes permitem vislumbrar futuros mais promissores em termos de trabalho e renda, assim como novos sentidos para suas existências e um sentimento de pertença à sociedade. As questões relacionadas ao **trabalho e à renda** também tiveram lugar de destaque nas narrativas trazidas pelas interlocutoras.

Por conta das condições de renda de suas famílias de origem, quase todas as interlocutoras começaram a trabalhar ainda na infância e adolescência, principalmente com trabalhos domésticos, dentro ou fora de suas casas. Com exceção de Kátia Flávia, que iniciou sua vida laboral na adolescência devido aos conflitos familiares, e não por questões de renda, o que nos traz novamente a hipótese de que tal fato pode estar relacionado a uma questão racial, estando as mulheres negras em posição mais

privilegiada socioeconomicamente. Algumas delas passaram pela experiência, herdada dos tempos de escravidão, de morar nas casas de seus patrões e trabalhar quase sem folga ou remuneração, como mostram as narrativas a seguir:

Aí vim para cá e trabalhei para Maria. Maria passou a me fazer de escrava na casa dela depois que ela passou a ter a autorização minha (a família autorizou que Luciene morasse com ela). Eu não tinha folga. Lavava calçola de menstruação dela, das irmãs dela. Tinha uma máquina de lavar roupa lá na casa dela. Ela não deixava usar a máquina. [...]. Folga, dizer assim, "toma um dinheiro e vai a uma praia, conhecer uma praia, toma aqui, vai ali tomar um sorvete", não tinha. Só me dava roupa usada das filhas, não me dava o dinheiro para ir comprar uma roupa para mim (entrevista com Luciene).

Para que coisa pior do que trabalhar como doméstica? Lidar com pessoas. Têm casas maravilhosas que eu trabalhei, que as pessoas me tratavam muito bem. Mas pense você ser tratado como um cachorro numa casa, comer resto de comida, comer comida dormida, não poder se sentar na mesa junto com a pessoa. E isso muitas vezes vem da própria mulher com a própria mulher, não tratar o ser humano como ser humano. Qual o homem que aceita ser doméstico? Não, é profissão de mulher, é profissão de mulher, porque é profissão de humilhação (entrevista com Vitória).

Os espaços onde as interlocutoras circularam enquanto trabalhadoras também foram palco de cenas de assédio sexual, humilhação de diversas ordens, desvalorização de sua mão de obra, desencadeadores de crises emocionais e lesões corporais por repetição. Muitos destes trabalhos envolviam o trabalho reprodutivo ou de cuidado, como os trabalhos de cozinheira, auxiliar de serviços gerais e técnica de enfermagem. Cuidar do outro muitas vezes lhes custou não cuidar de si. É importante destacar que o uso de drogas já aparecia no período em que trabalhavam como uma forma de aliviar estes e outros sofrimentos, pondo em risco, inclusive, a manutenção destes trabalhos e os meios de sobrevivência.

As interlocutoras exerceram os mais diversos tipos de trabalho e profissões. Além do trabalho doméstico, trabalharam como manicure, auxiliar de cozinha, auxiliar de serviços gerais, com o tráfico de drogas, como cafetina, baiana de acarajé, vendedora ambulante, rejuntadora na construção civil, comerciante, técnica de enfermagem, auxiliar administrativa, cobradora, garçone, colhendo café, cortando cana e entregando jornal. Nas narrativas é possível observar uma centralidade do trabalho como prática de cuidado na realidade destas mulheres, tanto no passado, como uma forma de sobreviverem, manterem sua independência financeira, se sentirem valorizadas e terem uma rede de sociabilidade, como no presente, como uma possibilidade de se manterem ativas, retomarem as redes de sociabilidade, pagarem dívidas, terem uma renda melhor e uma vida mais confortável. Vejamos alguns trechos de entrevista sobre isso:

Acho que nesse intervalo fiquei 15 anos nessa empresa, 15 anos bem vividos, bem trabalhados, bem pagos, bem remunerados. Era festa na minha casa, a casa era cheia. Final de ano, Natal, Ano Novo, festa, aniversário. Eu fazia festa por tudo, final de semana, era gente da garagem, era mecânico, era o borracheiro, era cobrador, era passageiro. Os passageiros ficavam no fundo do ônibus, levava negócio de lanche para mim, suco, fazia aqueles cafés da manhã dentro do ônibus. Então eu tive uma vida muito dinâmica. É por isso que hoje eu me sinto vazia, porque eu fui muito abraçada (entrevista com Kátia Flávia).

Porque, às vezes, fico querendo me ocupar. Como eu falo, para ter uma renda melhor, não é? [...]. Vou botar em prática algumas coisas, porque um sonho meu é costurar. Eu vou comprar uma máquina, estou só esperando o dinheiro do aluguel entrar. Aí eu vou, nem que seja à prestação, eu vou comprar uma máquina para mim (entrevista com Lourdes).

Apesar deste desejo de darem continuidade a uma vida laboral, desejo observado em quatro das seis interlocutoras, quando foi finalizada a pesquisa, nenhuma das mulheres estava trabalhando. Todas estavam vivendo de rendas geradas por aluguel de imóveis, aposentadoria ou benefícios eventuais ofertados pelo estado.

Nas narrativas analisadas, foi possível observar que uma das questões centrais da ausência de trabalho não está relacionada só às questões de renda, mas, também, às questões de **convivência e às redes de sociabilidade**. Elas afirmaram sentir falta da sociabilidade propiciada pelo trabalho e referem que, quando estavam trabalhando, tinham mais amigas e uma maior rede de apoio. Quase todas as interlocutoras, com exceção de Lourdes, disseram ter redes informais escassas, poucas amigas, pouco suporte familiar e quase nenhuma participação em coletivos de suas comunidades.

Nas histórias de vida contadas por elas, aparecem pessoas chave de suas comunidades, patroas/ões, colegas de trabalho, vizinhas/os, amigas/os, entre outras, construindo com elas práticas de cuidado em momentos críticos de suas trajetórias, mas, ao relatar sobre o momento presente, elas referem ter uma rede escassa, dificuldade em fazer novas amigas, principalmente pelo estigma devido ao uso de drogas e à falta de confiança nas pessoas. Duas delas trouxeram nas narrativas exatamente o mesmo ditado que expressa essa desconfiança, “puta só, ladrão só”. Mesmo em relação às companheiras com quem trocam confidências no espaço grupal e estão em processo de formação de uma rede, essa desconfiança e o receio de terem recaídas por estarem juntas aparecem. Assim como a constatação de que em uso de drogas era mais fácil socializar, mesmo que aquela socialização fosse momentânea. Trago abaixo algumas narrativas que nos transportam para situações do passado e a essas dificuldades do presente:

Cheguei lá, trabalhei, comecei a lavar prato, comecei de “steward”, lavando prato na cozinha, e conheci o meu compadre, que é o chefe Pierre, que é o padrinho da minha menina, da Iolanda. Que foi o único que me ajudou toda vez que eu chegava lá apanhada, lá no restaurante, ele me levava para a

delegacia das mulheres. Eu chegava com a cara quebrada, eu chegava toda cheia de roxo. Ele me levava para a delegacia da mulher para dar queixa do Raul (entrevista com Luciene).

Quando ela bebia, ninguém segurava, polícia não segurava, ninguém segurava, homem não segurava. Ela quebrava tudo se tivesse num bar, ela ficava violenta, mas assim eu ia para cima dela, para mandar ela ficar calma, mas ela nunca me agrediu, nunca. [...]. Eu não dizia a ela o que ela fez. Até porque eu não ia julgar, "você fez isso, você fez isso!". Eu só dizia assim, "vamos no psicólogo para você conversar" (entrevista com Luana, amiga de Vitória).

Você é magro, você é gordo, você transa com homem, você transa com mulher. Para mim, você vai ser a mesma pessoa, se você precisar de um desabafo, de trocar uma ideia, eu estou aqui perto. Mas para chegar e ficar recriminando você pelo que você faz, é isso que minhas amizades nunca tiveram, porque eu fui muito excluída também. Apesar de ter falado que eu me saio um pouco, mas já fui muito excluída também por causa da maconha (entrevista com Kátia Flávia).

Minha mãe dizia, "puta só, ladrão só". Não sei por que eu não ouvi minha mãe em outra coisa, nisso eu ouvi. Que até hoje eu não tenho amizade. As meninas mesmo, eu gosto de Kátia Flávia (integrante do grupo), assim de graça, porque ela não parece que tem, que faz uso de nada. Eu só acreditei, porque eu vi naquele dia e ela falou. Aí eu disse, "meu Deus, eu ia para a casa dessa menina!". Ela ia me dar, eu ia experimentar o que tivesse (entrevista com Laura).

E o tratamento vem me ajudando muito. Mas eu ainda tenho aquela coisa, entre aspas, medo de aceitar palavras de qualquer outra pessoa. Principalmente de mulheres, é meio complicado para eu sentir que realmente aquilo está sendo real, que é verdade, que aquelas palavras são verdade, pelo fato das violências que eu já passei, que eu contei da outra vez. E nunca tive aquele apoio num momento que eu estava passando uma violência e quando eu ainda continuo passando a violência, eu não enxergo (relato de Karen no grupo de mulheres).

No caso de Karen, a socialização com outras mulheres remete também às suas relações eróticas, o que produz uma desconfiança gerada por situações de violência psicológica e sentimento de ter sido traída por mulheres. Apesar de ser um fenômeno pouco visibilizado, estudos sobre a violência entre mulheres homoafetivas têm demonstrado não só a sua existência, mas também a influência de fatores como o estresse minoritário relacionado à homofobia e à heteronormatividade, assim como com o consumo de álcool e outras drogas pelas parceiras (ALENCAR et al., 2018; SOUZA et al., 2021).

Em seu último relacionamento, tanto Karen quanto a sua parceira estavam em uso constante de drogas e a interlocutora trazia essa questão como um agravante nos conflitos dentro da relação e como disparador da recursividade do uso. Importante ressaltar que o conceito de recursividade aqui utilizado diz respeito a uma releitura do fenômeno da recaída feito pela autora Rossana Rameh-de-Albuquerque (2020). A partir da lógica da Redução de Danos a autora revê esse fenômeno e considera que a retomada do uso de

drogas não seria um retorno a um ponto zero do cuidado, mas a chegada a um novo ponto onde aprendizados sobre si foram acumulados e podem ser utilizados para dar novos sentidos e movimentos ao cuidado, num devir espiralado, não circular.

No campo da sociabilidade, participar de uma **instituição religiosa** apareceu como uma maneira de socializar, estar em coletivo e tentar construir alguma rede de apoio. A história de Lourdes é bem emblemática neste sentido, o contexto religioso do candomblé tem um papel central para ela na implementação do cuidado. Já as outras mulheres seguem em movimentos de aproximação e afastamento do contexto religioso, não tendo ainda uma filiação que propicie essa construção de uma maneira mais contínua e duradoura. Quatro das interlocutoras têm, em seu histórico familiar, pessoas que pertenceram ao candomblé, mas houve uma migração de parte destes ascendentes para igrejas evangélicas. De forma geral, todas elas afirmaram ter crença em alguma divindade, esta crença dá algum tipo de sustentação às suas subjetividades, alguma esperança de dias melhores e uma noção de sacralidade da vida. A seguir, apresento alguns trechos correspondentes a esse tema:

Então, foi nessa época que eu comecei também a me degradar mais ainda e as pessoas que queriam me ajudar, minha filha, meu Babá, pessoas ao meu redor e aí eu fui para lá (terreiro de candomblé) e fiquei quatro meses. Lá eu tinha uma possibilidade de mexer com as plantas, mexer com os bichos. E aquilo realmente começou a me fazer bem. [...] Então, foi quando, nesse período que eu fiquei lá e através mesmo dessa médica, que é muito amiga até hoje, pessoa maravilhosa que ela é frequentadora do terreiro, [...] ela me encaminhou, consegui, através de outras amigas, encaminhar para o CAPS (entrevista com Lourdes).

Eu não tenho muito essa coisa de religiosidade, meu negócio é a minha relação com Deus, com Deus. Ele está em minha casa, ele está na igreja, ele está no ambiente que eu esteja. Então, eu já fui ao Candomblé, eu já fui ao Espiritismo, eu já fui à Universal, eu sou estudante das Testemunhas de Jeová, onde eu aprendi sobre a palavra de Deus. Então, o que me traz Deus para perto de mim é a minha religiosidade, entendeu? (relato de Vitória no grupo de mulheres).

Por fim, todos os campos onde o cuidado se constrói, trazidos até aqui, têm uma importante participação no modo como os **serviços de saúde** colaboraram ou podem vir a colaborar com esse cuidado. Sintetizando aqui todo o conteúdo relativo a essa construção do cuidado junto a estes serviços, encontramos, nas narrativas, algumas temáticas que julgamos relevantes para este artigo. Entre elas estão as dificuldades e potencialidades no acesso, acolhimento e vinculação aos serviços; problemas relacionados à organização dos serviços; e ações de articulação intra e intersetorial.

Sobre as dificuldades e potencialidades no acesso, acolhimento e vinculação aos serviços, encontramos queixas relacionadas à pouca divulgação de serviços constantes na

rede para a população, desconhecimento dos profissionais em relação à rede de serviços ofertadas no município e uma dificuldade em encaminhar as usuárias de forma assertiva; dificuldade em encontrar espaço de escuta e acolhimento adequados e dificuldade de acesso a determinadas especialidades com a existência de filas de espera, como pode ser observado em alguns trechos das narrativas:

O percurso foi grande para chegar aqui, fui empurrada para tudo quanto foi canto. Fui para um posto de saúde, aí a psicóloga de lá mandou eu ir para o CAPS II. Aí o CAPS II mandou ir para um hospital psiquiátrico, o hospital psiquiátrico me mandou eu voltar de novo para o CAPS II. O CAPS II mandou eu ir lá para o serviço para usuário de álcool de um hospital geral. Aí eu fui para o hospital geral, o hospital geral me mandou de volta para o CAPS II de novo. Chegou lá no CAPS II, tiveram uma reunião, aí eu quis saber onde é que dessa vez eles iam me jogar, aí acabaram me jogando aqui, aí eu estou aqui, eu estou aqui até hoje (entrevista com Luciene no CAPS AD).

Quando eu caí todo o peso do meu corpo, eu era bem mais forte, foi em cima do braço, eu fiquei com ele sem movimentar um bom tempo, era até para fazer fisioterapia, tinha encaminhamento para fisioterapia, mas eu também nunca achava. Até que foi feita em casa, com meus movimentos, com minhas coisas, minha insistência. Hoje não sinto nada, mas senti um bom tempo tanto nesse braço como nessa perna (entrevista com Lourdes).

Já no que se refere às potencialidades no acesso, acolhimento e vinculação aos serviços, as interlocutoras se referiram a acolhimento, escuta, respeito, carinho, reconhecimento e amor por parte dos profissionais; aos serviços como local de confiança, bem-estar e socialização; e falaram da presença de atividades prazerosas e que propiciam mudanças no seu modo de lidar com o uso de drogas. Seguem alguns trechos sobre isso:

Eu mesma, quando eu cheguei aqui, eu não queria a ajuda de ninguém, pelo fato de eu ter essa descrença, de não acreditar em ninguém pelo fato de tudo o que eu já passei e eu sempre fui eu a que ajudava. Então eu nunca fui aquela pessoa que alguém me ajudava. Então, para me ajudar, eu me sentia um fracasso na verdade. Eu não queria ajuda. Então, no CAPS, a minha psicóloga, a minha técnica de referência, é que me incentivaram mais a isso (relato de Karen no grupo de mulheres).

Vir para o CAPS, fazer as atividades, ver coisas diferentes. Isso tudo vai eliminando mais, porque a gente vai aprendendo a viver e tendo vontade de viver, porque não está pensando naquele ambiente que vivemos antes, porque já está mudando o processo. E ainda mais acompanhada por um profissional, que é a coisa mais difícil achar um profissional para fazer isso. [...] E aqui tem essa oportunidade de viver, de molhar as plantas, ouvir o karaokê, assistir um cinema, coisas que eu nunca vi na minha vida, alguém se importar com o outro, a primeira vez que eu vi foi aqui (relato de Laura no grupo de mulheres).

No que se refere aos problemas relacionados à organização dos serviços, as mulheres referiram a ausência de profissionais da equipe mínima em alguns serviços; falta de vagas para atendimento com profissionais, mesmo quando já matriculadas nos serviços; deficiência de atividades grupais no CAPS AD após pandemia do COVID-19; e higienização precária dos serviços. Seguem mais alguns trechos das narrativas:

Eu gosto de tudo o que tem no CAPS. Eu só não gosto aqui do banheiro, não tem papel higiênico, não tem higiene. Ontem fui fazer xixi, tudo molhado de xixi. Agora de manhã estava enxuto, mas tudo com cheiro de xixi. [...] O que está faltando aqui para fechar a equipe toda é o psiquiatra. Se tiver um psiquiatra para dar esse apoio, porque tem a psicóloga jogando de um lado, ele joga de outro, e aí todo mundo joga junto, a gente faz o gol, entendeu? Está faltando um alguém no negócio (entrevista com Vitória).

Só que, na minha concepção, o que faz falta, que todo mundo fala que foi a pandemia, que está voltando, são mais oficinas. Que tinha origami, mexia mais com a mente. Tinha Pedro, que ele era de teatro, não é? (entrevista com Kátia Flávia).

Em relação às ações de articulação intra e intersetorial, nas narrativas, foi possível observar a presença de muitas articulações intrasetoriais dentro do campo da saúde, predominantemente ações que propiciam o atendimento das mulheres por outros serviços além do CAPS AD, como também o encaminhamento das usuárias a partir de outros serviços da rede da saúde para os serviços de saúde mental, de modo que as usuárias pudessem dar início ao cuidado dentro desta especialidade. Já em termos de articulação intersetorial, todas as articulações citadas pelas interlocutoras diziam respeito ao campo do desenvolvimento social e das necessidades relacionadas ao trabalho e renda e à sociabilidade, como centros de convivência, projetos de geração de renda e serviços relacionados ao Sistema Único da Assistência Social. Seguem algumas narrativas sobre as articulações:

Dia 28 fui fazer meus exames. Consegui fazer meus exames todos, já peguei o resultado, já passei pelo doutor Luís. Então o CAPS ajuda você também a acelerar um pouco a sua função de se cuidar, de se tratar, de fazer exames que às vezes lá fora você ficaria mais tempo para fazer (se referindo à marcação de exames na rede realizada por articulação da equipe de enfermagem do CAPS AD). Talvez essa comodidade me agrade também (entrevista com Kátia Flávia).

Quando eu vinha para aqui (CAPS AD) que tinha a oficina, não é? Comecei a ver que tinha outras oficinas, um tal de “Corta e Cola”, não sei o quê e a banda. E aí eu comecei a vir até nos dias que não eram meus, né? E conhecer, falar e conversar com as pessoas. E aí eu fui gostando. Aí depois comecei a me envolver com um grupo de idosos lá do CSU (Centro Social Urbano), aí descobri que o pessoal daqui tinha um entrosamento lá, que já estava indo daqui, levava a gente (entrevista com Lourdes).

As narrativas sobre o cuidado construído junto aos serviços da rede formal demonstraram uma grande centralização tanto da rede formal de serviços como um todo, como em termos da rede de saúde, na figura do CAPS AD. As mulheres fizeram breves referências a outros serviços de saúde como pronto-atendimentos, unidades de saúde da família, clínicas de especialidades da rede de saúde suplementar, hospitais gerais, hospitais psiquiátricos e outros serviços da rede formal, como centros de convivência,

projetos de geração de renda, centros de recuperação e serviços da rede de assistência social.

A seguir, discutiremos estes resultados até aqui apresentados, onde usaremos as lentes e ferramentas da interseccionalidade para pensar como o cuidado implementado em todos esses campos trazidos pelas mulheres em suas narrativas é atravessado por marcadores sociais como gênero, raça e classe, dentre outros, na relacionalidade que eles estabelecem entre si, dentro de um determinado contexto social.

#### **4. Práticas de cuidado: uma análise sob o ponto de vista do feminismo decolonial**

Retomando os resultados exibidos até aqui, as interlocutoras nos apresentaram práticas de cuidado em diversos campos e contextos de suas vidas, como a família, a educação, o trabalho, a religião, as redes de sociabilidade e a rede formal de assistência. O cuidado implementado junto às/aos diversas/os atrizes/atores envolvidos nesse processo, num determinado contexto social e histórico, em interação com a subjetividade de cada mulher acompanhada, apontam para a complexidade do exercício de pensar esse cuidado de forma interseccional, um cuidado que é marcado por desigualdades, fragilidades, violências, mas, também, por potências, transformações e possibilidades de empoderamento.

Retomando o conceito de interseccionalidade, gostaria de somar aqui contribuições de Patrícia Hills Collins e Silma Bilge sobre o tema. Collins e Bilge (2021) afirmam que tal análise deve partir de seis ideias centrais: a interseccionalidade como uma maneira de entender e explicar as complexas **desigualdades sociais** do mundo, das pessoas e das experiências humanas (p. 276); raça, classe, gênero, sexualidade, idade, deficiência, etnia, nação e religião, entre outros, constituem **sistemas de poder** interdependentes, interseccionais ou mutuamente construídos (p. 278); a interseccionalidade deve ser pensada e desenvolvida de acordo com cada **contexto social**, de modo a atender às particularidades históricas, aos contextos locais, mas, também, à inserção dos mesmos numa realidade global; a **relacionalidade** como uma maneira de observar conexões entre ideias, discursos e projetos políticos, colocando em questão formas de pensamento relacional binário, como, por exemplo, teoria versus prática; a interseccionalidade exige mais que a crítica e implica transformar análises críticas em práxis críticas, tendo como bússola a **justiça social**; e, por fim, a reflexão sobre a interação entre desigualdade social, relações de poder interseccionais, contexto social e

relacionalidade dentro de uma ética da justiça social demonstram a **complexidade** da investigação e da prática interseccionais.

Estes pontos pautados por Collins e Bilge (2021) nos apontam para o trabalho complexo que é realizar uma análise interseccional. Realizaremos esta análise das práticas de cuidado implementadas por mulheres, em sua maioria não brancas, todas em vulnerabilidade social, pertencentes a territórios de periferia de uma grande cidade brasileira e tal contexto requer que utilizemos de uma perspectiva feminista que pense sobre as realidades de mulheres negras em países com histórico colonial. Por isso nossa análise interseccional terá como bússola teórica o feminismo decolonial e a colonialidade do gênero. Segundo Maria Lugones (2008, 2014), a colonialidade do gênero permanece nas matrizes de opressão (raça/classe/gênero) que se interseccionam como construtos centrais do poder capitalista mundial. Para o feminismo decolonial, gênero e raça estão sempre inextricavelmente fundidos e a separação destas categorias invisibiliza as mulheres não brancas e favorece a manutenção das violências que a colonialidade do gênero implica.

Desta forma, a compreensão da dor e do sofrimento que estão relacionados ao uso de drogas, em países de origem colonial, precisa levar em consideração a marca da colonialidade de gênero nestas vivências, oportunizando o desvelamento de situações existenciais relacionadas à dificuldade de lidar com feridas profundas que podem advir de diversas opressões e apagamentos de si em suas experiências de vida. Na análise das experiências das seis interlocutoras desta pesquisa, foi possível observar questões relacionadas ao gênero, raça e classe altamente imbricadas ao surgimento dos problemas relacionados ao uso de drogas, principalmente no que diz respeito às expectativas sociais impostas e aos sofrimentos sociais e psíquicos imputados sobre as mulheres, especialmente mulheres negras e pobres que viveram em contextos de vulnerabilidade social, em ambientes onde as relações eram permeadas por diversos tipos de violência e em que eram colocadas como as únicas responsáveis pelo sustento e cuidado de si e da família.

As práticas de cuidado possíveis de implementação no contexto familiar, como apoio financeiro e emocional, suporte para a busca e construção de cuidado na rede social e de saúde, esbarraram, na maioria das trajetórias das interlocutoras, em realidades marcadas, principalmente, pelo machismo, racismo e pela pobreza, como, também, no caso de Karen, pela homofobia. As infâncias foram marcadas pelo trabalho em fase precoce da vida, pouca valorização dos estudos e pelo entendimento de que, enquanto

mulheres, principalmente as mulheres negras, deveriam se envolver em trabalhos domésticos assim que possível, seja na própria casa, ou trabalhando na casa de terceiros. Algumas das interlocutoras negras passaram pelo trabalho não remunerado na casa de terceiros ainda na adolescência, onde, pelo legado do processo escravocrata na sociedade brasileira, era comum o hábito de receber mulheres jovens e negras em casa para trabalhar em troca de moradia e produtos de subsistência.

Além disso, na idade adulta, essas mulheres seguiram ocupando o lugar de cuidadora de seus familiares, todas elas passaram a sustentar financeiramente seus filhos sem a ajuda dos pais biológicos, a partir de algum ponto de suas histórias, assim como sempre assumiram a responsabilidade pelo cuidado destas crianças. O cuidado exercido predominantemente pelas mulheres que ficou conhecido como *care*, implica numa relação direta com outro indivíduo de modo a suprir suas necessidades mais básicas relacionadas à manutenção e perpetuação da vida, como amamentar, alimentar, dar banho, abrigar (PASSOS, 2018). Às mulheres brancas, de uma classe social privilegiada, eram atribuídos os trabalhos domésticos e de educação dos filhos, já mulheres trabalhadoras, e aí incluídas as mulheres negras, sempre tiveram que delegar o cuidado de seus entes familiares a outras mulheres (quando possível), ao mesmo tempo em que se ocupavam do cuidado de outras famílias, ou exerciam funções produtivas. Já as mulheres brancas só mais tarde tiveram que lutar para ocupar funções produtivas, também mantendo sua família sob o cuidado de outras mulheres, em sua maior parte mulheres negras (DAVIS, 2016).

Ainda sobre a maternidade, Valeska Zanello (2018) traz o conceito de dispositivo materno. Tal conceito diz respeito à associação entre maternagem (capacidade de cuidar) e a capacidade de procriar, fazendo com que a mulher seja demandada culturalmente a ser procriadora e cuidadora. O discurso ideológico do “instinto materno”, do amor materno como “espontâneo”, “maior de todos”, foi produzido e inflacionado, levando mulheres, que não se encaixavam neste estereótipo, ao sofrimento. Dessa forma, mulheres que não tiveram filhos, que não exerceram a maternidade dentro do esperado culturalmente, ou que não colocaram o cuidado de outras pessoas como prioridade de suas existências podem ter sua identidade de “verdadeira mulher” colocada em xeque.

Zanello (2018) destaca que a culpa materna é um sinalizador de que o dispositivo materno foi introjetado pelas mulheres, ela se expressa quando as mulheres se julgam ou são julgadas por não alcançar os padrões “ideais” de maternidade. A busca por este padrão propicia um controle afetivo das mulheres pela cultura, enquanto os homens, que não têm

a paternidade como centro de sua formação identitária, seguem em posição de privilégio na balança dos cuidados reprodutivos e na possibilidade de controle dos corpos femininos. A autora destaca ainda que, quando se trata de mulheres negras, a exploração do dispositivo materno pode se dar de forma diferenciada, visto que tais mulheres “cuidam sem reciprocidade, sem receberem cuidados, e, sobretudo, trabalham no cuidado de outros que podem lhe pagar pelos serviços, sem poderem, muitas vezes, cuidarem de si mesmas e de sua própria família” (p. 162).

Também a educação formal, trazida por elas como um importante campo para a construção do cuidado, sofreu os atravessamentos das questões de gênero, raça e classe, impedindo que muitas delas obtivessem o grau de instrução que gostariam, visto que a população negra e pobre tem historicamente baixo acesso e dificuldade de permanência nos espaços da educação formal. As interlocutoras tiveram que se preocupar com a sobrevivência e a criação dos filhos, adiando os projetos de seguir com os estudos. Mesmo com as dificuldades devido à situação de vulnerabilidade social em que vivem, elas seguem buscando oportunidades de retomar os estudos e melhorar sua qualificação para o mercado de trabalho, ou ainda realizar um sonho de exercer um determinado tipo de atividade laboral, o que as motiva a seguir produzindo cuidado de si para se sentirem capacitadas para alcançar esses objetivos.

Sobre o trabalho, como já foi dito acima, as mulheres negras e mulheres de classes sociais mais baixas sempre exerceram profissões relacionadas ao trabalho reprodutivo, com destaque para o trabalho como empregada doméstica (PASSOS, 2018). Costa (2015) encontrou, em pesquisa com trabalhadoras domésticas, a mesma ocorrência relatada por Vitória em trecho supracitado de entrevista, a de que a identidade de gênero “mulher” pode não ser capaz de gerar solidariedade entre empregadora e empregada. O autor relaciona essa falta de solidariedade com o fato de essa identidade de gênero estar em intersecção com outros marcadores como classe e raça. Bruna Pereira (2016), ao tratar do trabalho reprodutivo, chama a atenção para a sobrerrepresentação feminina na execução destas atividades, assim como para uma diferença quando colocamos a questão racial em pauta, onde as mulheres brancas desempenham as atividades de cuidado que demandam exposição pública, enquanto as mulheres não brancas estão à frente de atividades que envolvem a sujeira e não exigem exposição pública, como o trabalho doméstico.

De acordo com Fernanda Goes et al. (2023), é preciso reconhecer, na realidade brasileira, a centralidade do trabalho de cuidado e doméstico provisionado por mulheres negras, que continua, em pleno século XXI, “nutrindo nas dimensões alimentar (física),

afetiva (emocional) e educacional (cultural) a primeira infância das famílias brancas” (p. 86), assim como provendo atividades domésticas e de cuidado para mulheres brancas e suas famílias em troca de baixa remuneração e acesso precário aos direitos previdenciários. As interlocutoras desta pesquisa que exerceram o trabalho doméstico eram negras, pobres e, infelizmente, viveram essa precariedade do trabalho num momento histórico em que a luta das trabalhadoras domésticas ainda não tinha alcançado a aquisição de alguns direitos, como os pleiteados pela “PEC das domésticas”, Proposta de Emenda Constitucional n. 72 de 2 de abril de 2013, que afetou dois aspectos cruciais da subordinação imposta a estas mulheres, a regulação da hora extra e do trabalho noturno. “Não havia sujeitos de direitos do outro lado e a PEC procura romper com a lógica naturalizada do abuso que, justamente por ser naturalizada, não traz constrangimento ao ser enunciada” (LIMA, PRATES, 2019, p. 152).

Além de empregada doméstica, diarista ou auxiliar de serviços gerais e de cozinha, profissões exercidas por todas as interlocutoras em algum momento da vida, apareceu também entre as interlocutoras o trabalho como técnica de enfermagem, que também se relaciona às atividades de cuidado. O trabalho aparece como um elemento central em suas trajetórias, tanto como gerador de sofrimento e humilhação, mas, também, como possibilidade de sobrevivência e empoderamento, permitindo que elas se tornassem independentes e tecessem uma rede de sociabilidade. Estas últimas funções do trabalho apareceram como práticas de cuidado no histórico destas mulheres, visto que, para se manterem produtivas, elas precisavam gerenciar o uso de drogas e porque, nos ambientes de trabalho, conviveram com algumas pessoas que as valorizavam e lhes incentivavam o cuidado de si. Por estes motivos algumas das interlocutoras referem o desejo de retornar ao mercado de trabalho, mas referem dificuldades em fazê-lo devido à falta de capacitação e ao etarismo.

Retomando o perfil sociodemográfico destas mulheres, lembremos que todas elas têm idade acima de 50 anos. Podemos trazer como hipótese que, nesta idade, as mulheres já não exercem o trabalho de cuidado reprodutivo em casa ou na casa de outras pessoas na mesma intensidade, tanto porque seus próprios filhos já são jovens e adultos, assim como porque o mercado de trabalho tende a absorver mulheres negras mais jovens. Tal fato oportuniza que estas mulheres possam se dedicar mais ao cuidado de si, porque dispõem de mais tempo para isso e, talvez por isso, sejam mais assíduas no grupo de mulheres do CAPS AD; por outro lado, elas são excluídas pelo mercado de trabalho. Dados sobre o mercado de trabalho brasileiro apontam que as mulheres negras têm a

maior taxa de desocupação (11,7%) quando comparada aos homens negros e a pessoas brancas em geral (DIEESE, 2023). Desse modo, os marcadores de gênero, raça e idade se interseccionam, dificultando o acesso destas mulheres a novos postos de trabalho.

Ao conceituar reabilitação psicossocial como um processo de reconstrução do exercício pleno da cidadania, Saraceno (2001) destaca que essa reconstrução deve devolver ao sujeito o poder de contratualidade no que ele considera os três grandes cenários sociais: habitat, rede social e trabalho com valor social. É possível observar como as questões de ampliação da rede social e do trabalho se entrelaçam nas histórias das interlocutoras. A sensação de que, ao ser útil à sociedade, é possível ser reconhecida como pessoa, ter algum poder contratual, principalmente se este trabalho se situa no campo do desejo de realizar aquela atividade em específico. As feridas da colonialidade e da desumanização, advindas dos processos de subordinação historicamente vividos por mulheres negras, parecem encontrar algum unguento nesse reconhecimento produzido pelo trabalho desejado.

A busca por este reconhecimento que o trabalho pode ofertar parece estar estreitamente interligada à possibilidade de socialização. A escassa rede de sociabilidade é uma das principais queixas da maior parte das interlocutoras. Elas referem de que modo questões relacionadas ao estigma devido ao uso de drogas, à homofobia e as experiências de diversos tipos de violências nas relações afastaram as pessoas de seu convívio, assim como as fizeram ter uma postura de desconfiança frente às pessoas. Malheiro (2018) observou a mesma desconfiança por parte de suas interlocutoras, também usuárias de drogas, inclusive com o uso do mesmo ditado, “puta só, ladrão só”. Essa desconfiança, para a pesquisadora, está relacionada às “inúmeras covardias” sofridas ao longo das trajetórias destas mulheres (MALHEIRO, 2018, p. 244). As nossas interlocutoras reconhecem a necessidade de vínculos e que estes são importantes para o seu cuidado, mas transmitem uma sensação de impotência diante da fragilidade dessa rede esgarçada.

Maria Lugones (2014) e Grada Kilomba (2019), autoras do feminismo decolonial e do feminismo negro, enfatizam a potência do reconhecimento mútuo entre mulheres que vivenciam os mesmos traumas e podem quebrar a sensação de isolamento em um movimento de coalizão que permitirá fazer resistência à colonialidade do gênero a partir da construção conjunta de uma identificação positiva sobre sua negritude, saindo do lugar de “Outra/o”, assumindo a condição de sujeito e alcançando um estado de descolonização. Porém, foi possível perceber que, quando os temas sobre racismo e identidade negra foram abordados no grupo de mulheres e nas entrevistas individuais, as mulheres negras,

com exceção de Lourdes e Karen, têm pouca identificação com sua identidade negra ou têm uma identificação negativa. “Ninguém gosta de pobre! Só não era pior, porque a pele era sarará, parda, não era escura, se fosse escura... Mas o cabelo, eu mesma passava ferro” (entrevista com Laura). Já Kátia Flávia, que se denominou branca no início das entrevistas, em algum momento se referiu à mestiçagem como parte de sua identidade, numa tentativa de aproximação identitária, essa é minha hipótese, de suas colegas de grupo, que são todas negras.

Neste sentido, Ângela Figueiredo (2019) ressalta a importância dos discursos coletivos em torno dessa afirmação da identidade negra como um modo de retirar esses sujeitos do isolamento e no fortalecimento na luta contra a dominação. Ela destaca que, só por meio do sentido identitário e político atribuído à categoria negro, em contraposição à fluidez e às inúmeras categorias raciais criadas na estrada do mito da democracia racial, é que foi possível que a população negra alcançasse conquistas políticas. O mito da democracia racial, baseado na ideia de convivência harmoniosa entre os indivíduos de todas as camadas sociais e grupo étnicos, permite que as elites dominantes dissimulem as desigualdades e impede que os membros das comunidades não brancas tenham consciência dos sutis mecanismos de exclusão da qual são vítimas (MUNANGA, 2020).

As marcas do mito da democracia racial aparecem nos discursos de todas as interlocutoras, tanto nas vozes das mulheres negras, como da única interlocutora branca. Essas marcas aparecem no destaque dado por todas elas para as desigualdades em termos de classe, ou outros marcadores sociais como gênero, sexualidade e idade, com pouca visibilidade para as questões relacionadas ao racismo. No sentido do fortalecimento das identidades negras, as narrativas de Lourdes e Karen são as que mais se aproximam de um desvelamento das questões relacionadas à colonialidade. Karen traz um discurso de quem está em processo inicial de letramento racial e Lourdes refere pertencer a uma família que sempre se disse preta e tem histórico dentro de religião de matriz africana, o candomblé. Aqui o conceito de letramento racial diz respeito a “um conjunto de práticas que, ao questionar aquilo que o regime de verdade racista propõe, produz novos sujeitos” (SEVERO, 2021, p. 6408).

Retomando as práticas de cuidado, a religião foi apontada como um contexto em que se construiu cuidado, principalmente na história de Lourdes. A relação de Lourdes com o candomblé é o que mais se aproxima da coalizão aclamada pelas autoras do feminismo negro e decolonial supracitadas, visto que neste espaço da religiosidade Lourdes fortalece sua identidade negra, se sente reconhecida, valorizada e pertencente a

uma comunidade negra, a comunidade do axé, que foi e continua sendo seu local de maior suporte diante de quaisquer dificuldades. Karen também já construiu cuidado junto a uma religião de matriz africana, neste caso a Umbanda, mas se afastou no período da pandemia e pretende retomar o contato. Luciene, Vitória e Laura têm tentado encontrar numa religião evangélica, esse espaço de comunhão e suporte, mas fazem críticas às posturas julgadoras das pessoas que chefiam a igreja e ao fato de associarem fé ao dinheiro. Kátia Flávia, não tem uma filiação religiosa e fala da dificuldade em encontrar um lugar onde existam afinidades com seus valores e pessoas em que possam confiar.

A relação de Luciene, Vitória e Laura com o campo religioso evangélico não pode ser caracterizada como uma relação de conversão completa, mas como a busca de um espaço onde encontram algum tipo de socialização, de conforto espiritual e de sentido para a vida. Encontrei relação semelhante na pesquisa que realizei durante o mestrado com pessoas usuárias de drogas em processo de cuidado (PINHEIRO, 2017). Em seu estudo sobre religião e dependência de drogas, Zila Sanches e Solange Nappo (2008) também concluíram que a religião pode oferecer recursos sociais de reorganização do cotidiano e aumento da rede de apoio social através da promoção do vínculo entre os crentes e da oferta de respostas para as questões da vida.

É possível observar, nessa relação com as instituições religiosas, como a formação de redes de sociabilidade e coalizão não é uma tarefa fácil, apesar de desejada. O medo de ter a confiança traída, de passar por qualquer tipo de violência ou humilhação, se mostra muito presente no discurso das interlocutoras. As histórias de humilhações, violências e desamparo que elas carregam em suas peles, pelas quais passaram, também, suas antepassadas, essa ferida da colonialidade ainda aberta e retroalimentada pelo cotidiano dificulta a formação do que abriria o processo de cura da própria ferida. Munanga (2020) nos alerta para o fato de que a ideologia racial, elaborada pela elite brasileira, tendo como base o ideário do branqueamento, dividiu pretos e mestiços ao alienar o processo de identidade de ambos como negros. E, se cada indivíduo luta individualmente pela sobrevivência, pelo reconhecimento e pela ascensão social e os símbolos da humanidade e da ascensão social pertencem ao modo de viver das pessoas brancas, as pessoas negras tentarão se fazer brancas (FANON, 2008). Como posso buscar coalizão com os semelhantes quando quero ser o outro?

No âmbito das práticas de cuidado implementadas juntos aos serviços de saúde, encontramos as interlocutoras ensaiando com a equipe de profissionais e com algumas companheiras de grupo essa possibilidade de fazer laços de confiança. Foi possível

perceber também um esforço da equipe de profissionais do CAPS AD, serviço onde ainda permanece centralizado o cuidado no que diz respeito à rede formal, um empenho em estimular que as interlocutoras buscassem aumentar suas redes de sociabilidade dentro e fora do serviço. Essa pesquisa não teve como objetivo avaliar se as/os profissionais pensam sobre a rede de sociabilidade como uma possibilidade de coalizão entre mulheres, ou entre mulheres negras, mas não foi referido pelas interlocutoras nenhuma ação objetiva neste sentido para além do grupo de mulheres, com exceção da entrevista com uma das profissionais que referiu estimular o convívio de Lourdes com sua comunidade de axé e conversar com a mesma sobre a experiência de ser mulher negra (sendo ela, a profissional, também mulher negra).

De qualquer forma, a construção de cuidado junto ao CAPS AD parece nos apontar que os serviços da rede formal podem ser espaços de aprendizado da convivência, da confiança e da sensação de reconhecimento. Porém, para isso, é importante que as/os profissionais dessa rede possam reconhecer a potência dos dispositivos que têm nas mãos e como podem usá-los a partir de um pensamento interseccional e a favor da decolonialidade. Relembrando Collins e Bilge (2021), é importante que possamos estar atentas/os aos sistemas de poder, como eles se relacionam e se constroem mutuamente dentro de um determinado contexto social e como essa relação explica as desigualdades sociais que assistimos e que nos desafiam cotidianamente nos serviços, e, por último, todo esse percurso só contribuirá com a decolonialidade se houver uma finalidade ética em fazê-lo, que seja a de buscar equidade e justiça social no campo em que atuamos.

As interlocutoras que acompanhamos são as atrizes principais da construção do cuidado de si e do cuidado construído com os outros nos mais diversos campos de suas existências. No contexto familiar e da educação, com o trabalho, na religião, junto à rede de sociabilidade possível, com os serviços da rede formal, elas implementaram suas trajetórias de cuidado, tentando driblar os danos ocasionados pelos usos de drogas, mas, principalmente, nem sempre conscientes disso, elas tentaram sobreviver a despeito dos sofrimentos ocasionados pelos atravessamentos em suas existências de diversos marcadores sociais.

Em relação ao cuidado de si, aqui trabalhamos com o que Foucault (2006) nos traz sobre o as suas origens na Antiguidade. Para os filósofos gregos-helenísticos, o cuidado de si se baseava em não se deixar dominar nem pelos outros, nem por si próprios (suas paixões) e, por isso, era importante exercer as práticas de cuidado de si de modo a se conhecer e se dominar. Foucault não propunha um retorno aos modos de viver da

Antiguidade, mas uma reflexão sobre como as pessoas, nesse período, exerciam esse cuidado de si. Preocupava-se, especialmente, com a ideia de que o ser humano é esse ser que se constrói pelo cuidado de outros, sob o poder de outros, ao mesmo tempo em que é ele também um sujeito detentor de poder e de possibilidades de exercer um cuidado de si que lhe abre novas formas de viver consigo e com os outros e, portanto, produz impactos sobre sua realidade.

Neste sentido, as interlocutoras buscaram, em alguns dos contextos supracitados, exercer esse cuidado de si, como na retomada da educação formal, na imposição de limites nas relações familiares, que elas consideravam abusivas, na luta para se manterem independentes financeiramente, na busca de cuidado nos serviços de saúde, na procura por uma religião para socializar e acalantar os sofrimentos, na redução e manejo do uso de drogas, na realização de atividades físicas, no cuidado da aparência de acordo com seu próprio gosto e na formulação de projetos de vida que se mantêm acesos como faróis, faróis que lhes lembram de continuar neste exercício diário de cuidar de si, mesmo num contexto de sofrimentos e opressões.

Eu falei para ela hoje, falei assim, eu quero saber dizer não. Na minha vida, chega de gente que me humilha, chega de gente que quer que eu faça o que eles querem, eu quero ser uma pessoa de opinião própria, que ergue a cabeça. Hoje em dia, eu tomo dois remédios, tomo dois remédios de manhã e dois de noite. Mas os remédios que eu tomo são aqueles que eu não misturo com bebida, não misturo com álcool e, graças a Deus, eu estou com quinze dias limpa, quinze dias sem beber, sem fumar. Maravilha, sabe? Então isso aí já é um cuidado que eu estou tendo comigo mesma. Porque eu quero emagrecer, eu quero ficar gatinha. Eu quero chegar aos meus setenta anos gostosa (Kátia Flávia).

## **5. Considerações finais**

Trabalhamos nessa pesquisa a partir da perspectiva da lógica do cuidado que, segundo Annemarie Mol (2008), enxerga os pacientes não como um grupo-alvo, não como consumidores, mas como membros da equipe de atendimento. Dessa forma, na lógica do cuidado, o sujeito é visto como um sujeito ativo em todo o processo, não só como uma pessoa que compra um produto para consumo passivo, mas como alguém que deve se envolver ativamente no cuidado, mesmo que o processo seja longo, doloroso. Na lógica do cuidado, os profissionais sabem que esse processo pode ser exigente para os pacientes, então eles oferecem apoio, encorajamento, consolo, sem perder de vista o que essas pessoas precisam, que nem sempre coincide com o que essas pessoas querem ou preferem.

A compreensão das práticas de cuidado de mulheres com histórico de uso de drogas aqui proposta, teve como objetivo nos debruçar sobre os diversos contextos em

que esse cuidado acontece, os diversos atores e atrizes que participam desse cuidado e em que contexto social e com quais atravessamentos esse cuidado pode acontecer. O cuidado não pode ser algo construído de forma vertical, de profissionais para pessoas cuidadas e de forma descontextualizada, como uma mercadoria que é vendida ou imposta para o consumo daquelas/es que sofrem. É necessário entender o contexto sócio-histórico onde esse cuidado acontece e juntos, profissionais e usuárias/os dos serviços de saúde, compartilharem e buscarem conhecimentos que ajudarão nas decisões sobre o melhor cuidado.

Em nossa realidade brasileira, com sua história colonial, ainda fortemente permeada pela ideologia da democracia racial, com bases plantadas em um modelo de sociedade patriarcal, pensar o cuidado integral de mulheres com histórico de uso de drogas pode partir de uma perspectiva interseccional e tendo como bússola o feminismo decolonial. Essa perspectiva, que não deve se ater aos discursos da academia, mas que pode se disseminar pelos serviços da rede formal como um todo como uma práxis, pode nos defender de um cuidado fragilizado, homogeneizador, universalizante e reprodutor do machismo, do racismo e das desigualdades.

Portanto, finalizamos esse artigo com um chamamento para que possamos construir com as pessoas com quem fazemos o cuidado um aprendizado conjunto sobre a colonialidade do gênero, que possamos juntas caminhar pelos meandros e contextos em que o cuidado se constrói, possamos acentuar lugares de potência e questionar lugares de opressão. Família, trabalho, educação, redes de sociabilidade, religiosidade, rede formal de serviços, pistas preciosas ofertadas pelas interlocutoras para nos apontar por onde começar, por onde nossos olhares devem percorrer, compreender as dinâmicas e analisar como cada contexto se constrói sob a égide da colonialidade, assim como onde em cada contexto pode se construir um lócus fraturado (LUGONES, 2014), um espaço de cuidado e resistência à colonialidade do gênero.

Desvelar todas as implicações que a colonialidade do gênero tem nas trajetórias dessas mulheres pode ser um caminho potente de construção de um cuidado integral com autonomia, pois partiremos do lugar que elas devem ter poder de escolha; com liberdade, pois entenderemos as feridas dos aprisionamentos históricos e das institucionalizações; com equidade, pois elas e nós nos veremos a partir de nossas identidades e das implicações que elas têm nos bens e serviços que acessamos; com promoção do empoderamento, para que o poder da contratualidade seja instrumento de luta e resistência

diante das opressões; e, por fim, com o desafio enorme de construir coalizões através de reconhecimentos mútuos, laços de confiança e projetos de cuidado coletivos.

## 12 ARTIGO 03

### **A construção do cuidado com mulheres que usam drogas: a colonialidade do gênero e os desafios para a Rede de Atenção Psicossocial.**

#### **Resumo**

Este trabalho trata sobre as práticas de cuidado implementadas junto aos serviços de saúde por mulheres com histórico de uso de álcool e outras drogas e como questões relacionadas aos marcadores sociais da diferença, principalmente gênero, raça e classe, provocam atravessamentos nos modos de produção deste cuidado. Os resultados aqui apresentados são frutos de uma pesquisa que originou a tese de doutorado denominada “**Cuidados tecidos por mulheres que usam drogas: experiências e práticas sob um olhar feminista decolonial**”. Esta pesquisa, de cunho etnográfico, utilizou o método da História de Vida em combinação com registros fotográficos, vídeos e a Observação Participante, assim como um método participativo inspirado nos grupos operativos de Enrique Pichon-Rivière. A análise dos materiais obtidos se pautou numa perspectiva hermenêutica crítica e reflexiva, como também numa epistemologia feminista perspectivista, o feminismo decolonial. Encontramos nas trajetórias das interlocutoras uma “CAPS centralidade”, onde os Centros de Atenção Psicossocial apareceram como o serviço de saúde centralizador das práticas de cuidado, apontando para a boa vinculação das mulheres com o CAPS, ao mesmo tempo para uma fragilização de vínculos com outros serviços da rede social e de saúde. Numa perspectiva do feminismo decolonial, foi possível observar que os marcadores de raça, classe e gênero, em seus intercruzamentos, têm um papel fundamental na dificuldade de acesso e vinculação destas mulheres em outros serviços de saúde. Portanto, é preciso fortalecer as identidades destas mulheres em espaços coletivos e seguros, de modo a propiciar a construção de um cuidado que se reflita no exercício pleno da cidadania, assim como preparar os profissionais de saúde para esta empreitada. As interlocutoras nos convocam, com suas trajetórias, a pensar numa Reforma Psiquiátrica Brasileira que precisa, mais do que nunca, ser antimanicomial e radical em seus princípios antirracistas, feministas e decoloniais.

Palavras-chave: Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Práticas de cuidado; Assistência à saúde; Mulheres; Feminismo; Racismo.

#### **Abstract**

This work deals with the care practices implemented within health services by women with a history of problematic use of alcohol and other drugs and how issues related to social markers of difference, mainly gender, race and class, cause crossings in the modes of production of this Careful. The results presented here are the result of research that led to the doctoral thesis called “**Woven care for women who use drugs: experiences and practices from a decolonial feminist perspective**”. This ethnographic research used the Life History method in combination with photographic records, videos and Participant Observation, as well as a participatory method inspired by Enrique Pichon-Rivière's operative groups. The analysis of the materials obtained was based on a critical and reflective hermeneutic perspective, as well as a perspectivist feminist epistemology, decolonial feminism. We found in the trajectories of the interlocutors a “CAPS

centrality”, where the Psychosocial Care Centers appeared as the health service that centralized care practices, pointing to the good connection of women with the CAPS, at the same time to a weakening of bonds with others. social and health network services. From a decolonial feminist perspective, it was possible to observe that the markers of race, class and gender, in their intersections, play a fundamental role in the difficulty of accessing and linking these women to other health services. Therefore, it is necessary to strengthen the identities of these women in collective and safe spaces, in order to facilitate the construction of care that is reflected in the full exercise of citizenship, as well as preparing health professionals for this endeavor. The interlocutors invite us, with their trajectories, to think about a Brazilian Psychiatric Reform that needs, more than ever, to be anti-asylum and radical in its anti-racist, feminist and decolonial principles.

Keywords: Substance use disorders; Care practices; Health care; Women; Feminism; Racism.

### 1. Introdução

Este artigo versa sobre as práticas de cuidado implementadas junto aos serviços de saúde por mulheres com histórico de uso de álcool e outras drogas e sobre como questões relacionadas aos marcadores sociais da diferença, principalmente gênero, raça e classe, provocam atravessamentos nos modos de produção deste cuidado. As discussões aqui empreendidas partem dos resultados de uma pesquisa que originou a tese de doutorado denominada “**Cuidados tecidos por mulheres que usam drogas: experiências e práticas sob um olhar feminista decolonial**”, escrita pela primeira autora deste artigo sob orientação da segunda. Tal pesquisa teve como objetivo analisar, numa perspectiva feminista decolonial, experiências de cuidado de mulheres atendidas por um Centro de Atenção Psicossocial para usuárias/os de álcool e outras drogas (CAPS AD).

Em artigo publicado por nós a partir de uma revisão sistemática da literatura sobre o tratamento para o uso de drogas por mulheres, pudemos perceber que aspectos relevantes sobre o tratamento ofertado a mulheres em uso de drogas têm sido abordados pelas pesquisas científicas, como o acesso aos serviços, algumas de suas tipologias, a efetividade de alguns destes serviços, a importância da aliança terapêutica com as mulheres e seus familiares e as necessidades sociais e de saúde delas. Por outro lado, não encontramos, na maior parte dos trabalhos, uma análise sobre as questões de gênero a partir dos contextos socioculturais dessas mulheres e como estas questões têm influência no modo como profissionais atuam a partir de estereótipos e da reprodução do sexismo, do machismo e das discriminações envolvendo classe e raça (PINHEIRO; NUNES, 2023).

Dessa forma, se faz necessário pensar a construção do cuidado em saúde mental a partir de novas lentes teórico-metodológicas que possam trazer para a Reforma

Psiquiátrica Brasileira a discussão em torno de importantes marcadores sociais que atravessam as existências das usuárias dos serviços e os modos como elas sofrem. Relembrando Franco Basaglia (2005), que propõe colocar a doença entre parênteses como uma forma de questionar a forma como as pessoas são classificadas a partir de diagnósticos psiquiátricos e potencializar o nosso olhar para a multiplicidade e singularidade dos sujeitos em suas experiências e formas de sofrimento, colocar a doença entre parênteses nos permite enxergar as mulheres a partir de suas singularidades e dos diversos eixos de subordinação que se interseccionam na construção de seus sofrimentos (PASSOS; PEREIRA, 2017).

A feminista Maria Lugones (2014) se propõe a refletir sobre os impactos da colonialidade nas existências das mulheres por meio do conceito de colonialidade do gênero. O reconhecimento desta colonialidade parte da compreensão do lugar das mulheres não brancas no processo de colonização. Nessa perspectiva, a mulher colonizada não era vista como mulher, mas como fêmea, logo não existiria a categoria “mulher colonizada”, visto que nenhuma fêmea colonizada era considerada mulher, com suas características de feminilidade. A autora acrescenta que as fêmeas racializadas passaram de animais a símiles de mulher em tantas versões quantas foram necessárias para os processos do capitalismo e que sofreram muitas violências, entre elas a violência sexual, advinda de um sistema heterossexual de gênero, que é um dos fundamentos do controle patriarcal e racializado.

Grada Kilomba (2019) nos chama atenção para o fato de que o trauma de pessoas negras não tem como base apenas eventos de base familiar, mas também o racismo que coloca as pessoas de cor como a/o “Outra/o”, diferente, incompatível, conflitante, incomum. A/o “Outra/o”, onde a projeção branca deposita as informações indesejáveis, faz das imagens da mulheridade negra uma espécie de reservatório para os medos da cultura ocidental relacionados ao corpo, à fertilidade e à sexualidade. Ainda, segundo a autora, a experiência psicológica do racismo pode se caracterizar como um trauma no sentido de uma experiência indizível, impossível de simbolizar e que pode se expressar através da somatização. Nessa lógica, podemos pensar que o uso de drogas, também, pode se configurar como uma forma de lidar com esse e outros sofrimentos impingidos às mulheres não brancas em nossa sociedade brasileira.

Desta forma, é muito importante que possamos enxergar como as questões da colonialidade atravessam os sofrimentos que chegam aos serviços de saúde, mas também como, a partir desse vislumbre, podemos acessar as singularidades e modos de construir

cuidado e resistência em cada sujeito. Assim como Basaglia propõe colocarmos a doença entre parênteses para enxergar os sujeitos, Maria Lugones (2014) sinaliza que, para enxergar a resistência, é necessário colocar entre colchetes o gênero colonial dicotômico hierárquico (humano/não humano, homem/mulher), pois só assim será possível perceber a subjetividade ativa das/os colonizadas/os contra a invasão colonial.

Portanto, o feminismo decolonial pode contribuir de forma a ampliar nosso olhar ao pesquisar as condições de saúde das mulheres em um país como o nosso. É com essa contribuição teórica que poderemos dialogar com as mulheres usuárias de drogas de modo a compreender o lugar social que elas ocupam tanto em termos das opressões que as atravessam nas questões relacionadas ao gênero, à raça e à classe, mas, também, como, a partir desse lugar de subalternidade, de identidade como mulher e mulher não branca, elas podem, no reconhecimento de si, do que resiste, do que tem potência de transformação, abrir espaço para novas formas de estar no mundo, de construir cuidado e de se relacionar com as drogas.

É importante destacar também que aqui trabalharemos com noções de cuidado em saúde que têm como centralidade os sujeitos, suas necessidades e seus projetos de vida. Ayres defende que seja possível enxergar o Cuidado, que ele grafa com inicial maiúscula para marcar um lugar de ideal regulador, como uma categoria reconstrutiva que traz em si uma possibilidade reconciliadora entre as práticas assistenciais em saúde e a vida. Ele vai dizer que a interação terapêutica se apoia na tecnologia, mas não deve se limitar a ela, deve fugir de uma objetivação “dessubjetivadora” e aproveitar as trocas mais amplas que se realizam nesse momento. Assim, Ayres (2009) argumenta que a assistência à saúde deve se pautar numa sabedoria que se constrói num amálgama entre as necessidades dos sujeitos e as tecnologias e que deve ter como balizador o projeto de felicidade dos sujeitos.

Annemarie Mol (2008) vai destacar a importância de que o uso das tecnologias seja pautado numa lógica do cuidado, onde a prioridade não é o que as pessoas sabem, o que querem, ou como julgam as tecnologias propostas, mas o que elas precisam. A fragilidade é tomada como parte da vida e os profissionais de saúde devem olhar para os sujeitos em suas necessidades de forma complexa, não apenas como pessoas que vão escolher entre as tecnologias e aguardar de forma solitária os resultados disso, mas acompanhar os sujeitos no processo de cuidado. A partir desta perspectiva, o sujeito é visto como um sujeito ativo em todo o processo e os profissionais de saúde têm o importante papel de “co-construtores” desse cuidado, remodelando essa construção de acordo com cada momento e realidade vivida.

Então partiremos aqui da premissa de que o cuidado é implementado de forma conjunta entre mulheres e profissionais de saúde, numa condução conjunta que deveria ter como parâmetro as necessidades e realidades de cada mulher. Neste artigo, traremos o recorte desta relação das mulheres com os serviços de saúde, mas gostaria de destacar que este é só um dos contextos em que esse cuidado se constrói; elas também nos informaram sobre práticas no contexto da família, da educação formal, do trabalho, das redes de sociabilidade e da religião, que foram tratados em outro artigo.

## **2. Estratégia metodológica**

A pesquisa supracitada na introdução deste artigo, fruto da tese de doutorado da primeira autora, teve um cunho etnográfico e fez uso do método da História de Vida em combinação com registros fotográficos e Observação Participante. Por ter sido gestada a partir da atuação profissional da primeira autora deste artigo enquanto coordenadora de um grupo de mulheres, esta pesquisa também foi permeada por um método participativo inspirado nos grupos operativos de Enrique Pichon-Rivière. Tal pesquisa se deu a partir de um Centro de Atenção Psicossocial para usuárias/os de álcool e outras drogas (CAPS AD) no município de Salvador-BA, serviço que compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de acordo com a portaria 3.088 (consolidada na Portaria de nº 3 de 2017).

Fizemos do espaço do grupo uma parte do campo de pesquisa e, a partir dele, fizemos também do serviço CAPS como um todo e dos ambientes/espacos/lugares de circulação e vivência dessas mulheres uma extensão desse campo. Quanto ao grupo, a própria metodologia já utilizada (inspirada nos grupos operativos) para sua realização se mostrou profícua para a exploração dos temas de interesse das mulheres e para a análise de como elas enxergam e vivem o cuidado; por isso ela foi mantida com o acréscimo do registro do áudio e com a construção de diários de campo.

A escolha da continuidade do uso de técnicas dos grupos operativos para a condução do grupo no espaço da pesquisa partiu do fato de que o espaço propiciado por esse tipo de grupo é um espaço de construção do conhecimento por parte de seus integrantes a partir da interação entre eles com uma participação bem delimitada do coordenador, qual seja, manter a fluência da comunicação de forma que ela permaneça ativa e criadora. O aprender a aprender e o aprender a pensar, constituinte do grupo operativo, se dá a partir de uma atividade livre do grupo, que não pode ser regida por exclusões, mas pelas situações de complementariedade que, através da dialética, darão origem às sínteses que levarão à realização da tarefa, qual seja, o desenvolvimento de

uma apropriação instrumental da realidade, transformando-a e transformando-se ao mesmo tempo (PICHON-RIVIÈRE, 2009).

No caso do grupo de mulheres do CAPS AD, a tarefa é lidar com os problemas relacionados ao uso de drogas, de acordo com as características particulares que eles assumem para cada participante. A partir da psicologia social pichoniana, poderíamos dizer que o uso de drogas pode vir a se caracterizar por comportamentos estereotipados (uso repetitivo de grandes dosagens, perda de controle do uso, abandono do cuidado de si, perda do cuidado com o outro, exposição à uma série de riscos sociais e à saúde etc.) que dificultam a elaboração de estratégias e táticas de mudança e de adaptação ativa dessas mulheres às suas realidades. Ao mesmo tempo, a presença no grupo convoca para a mudança, mas não é possível operar essa mudança sem reativar as ansiedades básicas na formação dos vínculos (vínculos internalizados a partir do grupo familiar e social). Por isso, uma das funções da/o coordenadora/dor é também favorecer o vínculo entre o grupo.

Nesta pesquisa foram obtidas as narrativas de seis mulheres que fazem parte do grupo de mulheres do CAPS AD através dos registros das atividades do grupo, de entrevistas individuais e do acompanhamento em seus territórios de vida. As seis mulheres escolhidas são mulheres que acompanham o grupo com maior frequência e que se mostraram mais disponíveis para a participação. Além da interação com as mulheres, consideradas o alvo principal da pesquisa, foram somados contatos com outros informantes que me foram apontados por elas como importantes informantes sobre sua história. Estes também foram entrevistados, numa frequência e profundidade variável de acordo com cada caso. Entre estes informantes, tivemos três profissionais do CAPS AD e duas amigas das interlocutoras. A análise das narrativas e conteúdos advindos dos grupos se pautou numa perspectiva hermenêutica crítica e reflexiva, que tem como base a relação “dialógica” e a “fusão de horizontes” como condições do saber. Neste sentido há uma interpenetração entre os horizontes culturais do/a pesquisador/a e do/a pesquisado/a, como também entre o/a pesquisador/a e seu próprio horizonte teórico. Desta forma, é possível entender o encontro entre pesquisador/a e pesquisado/a como uma relação dialógica onde há a comunicação de universos culturais que se interpenetram sem anularem um ao outro (COSTA, 2002). Tal análise terá como norte teórico uma epistemologia feminista perspectivista, o feminismo decolonial.

Anterior ao acompanhamento com as mulheres foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com cada uma delas e foram dirimidas dúvidas trazidas pelas interlocutoras. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética do

Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e recebeu parecer de número 5.790.727 com aprovação para a realização da pesquisa.

### **3. Práticas de cuidado nos serviços de saúde: “CAPS centralidade” e desafios para a RAPS.**

Neste tópico do artigo, traremos elementos das trajetórias de Lourdes, Karen, Laura, Kátia Flávia, Vitória e Luciene<sup>6</sup> pelos serviços de saúde. Lourdes se autodenomina mulher cis, heterossexual, preta, tem 59 anos, tem experiência com o uso de álcool. Faz acompanhamento no CAPS AD do município de Salvador desde janeiro de 2019 e, no momento da pesquisa, estava em uso pontual e recreativo do álcool, que era seu objetivo no processo de cuidado. Os caminhos trilhados em suas itinações na construção do cuidado incluíram atendimento inicial no Pronto Atendimento Psiquiátrico do município de Salvador, encaminhamento para o CAPS AD no município de Camaçari, busca por um CAPS AD em Salvador, onde ela segue em cuidado atualmente. Já foi atendida numa emergência de hospital geral devido a uma queda quando estava em estado de embriaguez e num posto médico próximo de casa para cuidar da cicatrização dos pontos que levou. Também faz acompanhamento na Atenção Básica para hipertensão e diabetes. Sua técnica de referência do CAPS AD referiu já ter encaminhado Lourdes para tratamento oftalmológico, odontológico, ginecológico e fala em prescrever alta com encaminhamento para acompanhar o uso de medicamentos psicotrópicos na Atenção Básica.

Karen se autodenomina mulher cis, homossexual, preta, tem 54 anos e, no momento da pesquisa, fazia uso de álcool e cocaína. Além dos problemas com o uso de drogas, tinha também compulsão por jogos do tipo “caça níquel”. É acompanhada no CAPS AD desde outubro de 2017 e vem reduzindo o uso de drogas e o prejuízo no jogo. Karen teve sua primeira crise no ambiente de trabalho com sintomas de depressão e ansiedade, foi encaminhada para o médico do trabalho e psiquiatra da instituição, dando início ao uso de medicamentos psicotrópicos. Do trabalho foi encaminhada para o CAPS AD, mas antes passou pela emergência de um hospital psiquiátrico, de onde foi novamente encaminhada para o CAPS AD. Além do acompanhamento no CAPS AD,

---

<sup>6</sup> Todos os nomes que aparecem neste artigo são fictícios. Os nomes das interlocutoras foram escolhidos por elas e os demais por nós.

citou apenas tratamento numa clínica especializada em ortopedia por conta de problemas nas articulações e na coluna advindos do trabalho.

Laura se autodenomina mulher cis, heterossexual, parda, tem 63 anos. No momento da pesquisa, fazia uso de álcool. É acompanhada no CAPS AD desde janeiro de 2021 e persegue a redução do uso do álcool. Ela começou sua trajetória relacionada às questões de saúde mental na emergência de um hospital psiquiátrico devido ao luto pela morte de um filho, iniciou um tratamento ambulatorial nesta instituição e abandonou logo em seguida. Faz acompanhamento da pressão arterial na Atenção Básica e de lá foi encaminhada para o CAPS AD. Falou também de tratamento na rede de saúde suplementar para problemas nos joelhos, no nervo ciático e acompanhamento ginecológico. Seu técnico de referência pensa em fazer seu encaminhamento para acompanhamento da saúde mental na Atenção Básica.

Kátia Flávia se autodenomina mulher cis, heterossexual, branca, tem 59 anos. Já fez uso de álcool, cocaína e maconha. Faz acompanhamento no CAPS AD desde julho de 2009 e há muitos anos está abstinente da cocaína, mas, no momento da pesquisa, seguia em uso de maconha e álcool. Começou a sua trajetória no campo da saúde mental com um psiquiatra de uma clínica da rede de saúde suplementar devido ao uso de drogas e sintomas depressivos, depois ela encontrou por conta própria o CAPS AD no município de Salvador. Foi para São Paulo e lá também buscou o CAPS AD, mas encontrou barreiras de acesso e não deu continuidade ao cuidado. Retornou para Salvador e voltou a buscar o CAPS AD de origem. Não refere vinculação com nenhum outro serviço de saúde, apenas acesso pontual para realização de exames e consultas de rotina.

Vitória se autodenomina mulher cis, heterossexual, parda, tem 53 anos, fazia uso de álcool e, mais recentemente, estava fazendo uso acima da prescrição médica de Rivotril. Faz acompanhamento no CAPS AD desde janeiro de 2019 e, no momento da pesquisa, estava abstinente do uso do álcool e em uso do Rivotril conforme prescrição. A trajetória de Vitória no campo da saúde mental começou ainda na adolescência na emergência de um hospital psiquiátrico quando teve a primeira crise com tentativa de suicídio, depois passou por internamentos devido ao uso de álcool, sintomas depressivos e ao aparecimento de sintomas psicóticos. Viveu um período de porta giratória, com curtos internamentos subsequentes, até o hospital psiquiátrico encaminhá-la para o CAPS AD. Antes de chegar ao CAPS AD, tentou fazer acompanhamento para a saúde mental na Atenção Básica, mas a Unidade de Saúde da Família também a encaminhou para o CAPS AD. Além do acompanhamento no CAPS AD, falou sobre cirurgia bariátrica

realizada na rede suplementar de saúde e de ter feito exames, consultas e atendimentos em Unidades de Pronto Atendimento a partir de encaminhamento do CAPS AD.

Luciene se autodenomina mulher cis, heterossexual, parda, tem 49 anos, fazia uso de maconha, cocaína e álcool desde a adolescência. Deu início ao acompanhamento no CAPS AD em dezembro de 2018 e, no momento da pesquisa, se encontrava abstinente do uso de todas as drogas. Começou sua trajetória no campo da saúde mental com uma tentativa do marido de lhe colocar numa comunidade terapêutica, mas ela fugiu no primeiro dia. Para chegar ao CAPS AD, ela conta que passou por um “jogo de empurra”, foi encaminhada de uma unidade da Atenção Básica para o CAPS II, do CAPS II para um hospital psiquiátrico, do hospital psiquiátrico para o CAPS II, do CAPS II para um centro de tratamento para alcoolistas em hospital geral, deste centro de volta para o CAPS II e, finalmente, do CAPS II para o CAPS AD. Assim como as outras interlocutoras, o serviço central para suas questões de saúde é o CAPS AD, de onde é encaminhada para atendimentos pontuais em outras unidades, como consultas em outras especialidades e exames.

Estes resultados nos apontam para a centralidade do serviço CAPS AD no Projeto Terapêutico Singular destas mulheres, com uma participação pontual de outros serviços especializados, assim como da Atenção Básica. A RAPS tem como ordenadora do cuidado a Atenção Básica e se constitui de outros importantes serviços como Unidades de Acolhimento, leitos de saúde mental em Hospital Geral, Serviço Móvel de Urgência, Unidades de Pronto Atendimento, Centros de Convivência e Consultórios na Rua (BRASIL, 2017). Porém, a atenção em saúde mental parece continuar “CAPS centrada”, com os outros serviços como satélites do cuidado. Isso tem consequências no cuidado, que fica limitado a um serviço de média complexidade, dificultando, inclusive, a perspectiva de alta e continuidade do cuidado na Atenção Básica, e de uma desvinculação das identidades das mulheres à questão do uso de drogas. Seguem alguns trechos de entrevistas sobre essa temática:

O médico demora demais para conseguir uma vaga naquele posto perto de casa; agora, encaminhado do CAPS AD, foi rápido. Mas normalmente é uma agonia para conseguir. Às vezes você tem que fazer amizade para conseguir, se você é conhecida, elas colocam você na vaga, mas eu não concordo com esse tipo de amizade por isso, porque prejudica os honestos (entrevista com Laura).

Eu acho que, quando eu der alta, ela precisa seguir com o tratamento dela fora. Ela não consegue acreditar ainda na rede lá fora. "Quem vai prescrever medicação?". Eu digo, "quando você começar a se afinar mais com a Atenção Básica, você vai criar esse vínculo e você vai saber que o médico vai prescrever com coerência, com conhecimento em você". Eu acho que eu estou precisando

trabalhar mais com Kátia a questão de desapartar o vínculo daqui, são mais de 12 anos entre idas e vindas (entrevista com a técnica de referência de Kátia Flávia).

Estes trechos mostram que a centralidade do CAPS AD no que diz respeito ao cuidado parece ter duas vias, uma relacionada às barreiras de acesso que estas mulheres encontram para o cuidado em outros serviços e, por outro lado, profissionais do CAPS AD parecem preocupados em promover essa vinculação mais próximo do momento da alta. Minha hipótese é que seja mais “confortável” para as usuárias e profissionais disparar os encaminhamentos necessários para a rede, sem de fato promover uma vinculação com os outros serviços, visto que, para realizar tal trabalho, teriam que enfrentar as barreiras de acesso. Esta afirmação de Kátia Flávia nos fala sobre isso:

Dia 28 fui fazer meus exames. Consegui fazer meus exames todos, já peguei o resultado, já passei pelo doutor Luís (médico clínico do CAPS AD). Então o CAPS ajuda você também a acelerar um pouco a sua função de se cuidar, de se tratar, de fazer exames que às vezes lá fora você ficaria mais tempo para fazer (se referindo à marcação de exames na rede realizada por articulação da equipe de enfermagem do CAPS AD). Talvez essa comodidade me agrade também (entrevista com Kátia Flávia).

É importante lembrarmos que às pessoas usuárias de drogas, até final do século passado, com exceção de algumas poucas instituições de caráter privado, só era reservado o cuidado ofertado pelo hospital psiquiátrico e pelas comunidades terapêuticas (BRASIL, 2003; MACHADO; MIRANDA, 2007). Tal fato deixou marcas nos modos como ainda hoje a rede de atenção em saúde atende a esse público, as barreiras de acesso ainda existentes que têm como base os preconceitos e estigmas e a dificuldade de enxergar essas pessoas como sujeitos que necessitam de cuidado integral. Mesmo outros serviços especializados em saúde mental têm dificuldade em acolher as pessoas usuárias de drogas e articular a rede para a implementação do cuidado, como aparece neste trecho das narrativas:

O percurso foi grande para chegar aqui (CAPS AD), fui empurrada para tudo quanto foi canto. Fui para um posto de saúde, aí a psicóloga de lá mandou eu ir para o CAPS II. O CAPS que é perto de casa, esse aí. Aí o CAPS mandou ir para o São Daniel<sup>7</sup> (hospital psiquiátrico), o São Daniel mandou eu voltar de novo para o CAPS, o CAPS mandou eu ir lá para o Santa Bárbara (hospital geral). Aí eu fui para o Santa Bárbara, Santa Bárbara mandou de volta para o CAPS de novo, chegou lá no CAPS tiveram uma reunião, aí quiseram saber onde é que dessa vez eles iam me jogar, aí acabaram me jogando aqui, aí eu estou aqui, eu estou aqui até hoje (entrevista com Luciene).

O CAPS AD é o serviço especializado da RAPS para as questões de álcool e outras drogas e tem um importante papel na atenção à saúde de pessoas que têm problemas com

---

<sup>7</sup> Os nomes das instituições foram trocados por nomes fictícios ou foram omitidos.

o uso, mas o cuidado precisa ser compartilhado com toda a rede, em todos os seus níveis de atenção, para o alcance das mais diversas necessidades de saúde. Quando a atenção à saúde fica totalmente centralizada em um serviço especializado, como se as necessidades de saúde se resumissem aos problemas com o uso de drogas, o vínculo com os demais serviços se enfraquece, ou nem mesmo é formado. Esse enfraquecimento dos vínculos com os outros serviços não só impede a atenção integral, como, também, quando a pessoa tem suas questões relacionadas ao uso resolvidas, ela teme receber alta, porque se sente insegura perante os obstáculos que pode encontrar para a continuidade da atenção em saúde.

Vemos, também, nas trajetórias das interlocutoras, a presença de instituições como as comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos que historicamente implementam o cuidado de modo fragmentado, universalizante e empregando tecnologias que tendem a anular a subjetividade dos sujeitos, como o isolamento, a busca de cura e a negação de marcadores sociais como classe, raça e gênero na formulação dos projetos terapêuticos, assim como a falta de ações relacionadas à garantia de direitos e à autonomia (PINHEIRO; TORRENTÉ, 2020). Nestes trechos de entrevista, duas das interlocutoras falam destas instituições:

Ele me levou para o centro de recuperação. Eu tive que vir de Candeias até aqui, correndo descalça. Eu não cheguei a ficar tempo nenhum, que eu corri. [...]. Eu não pensei que eu ia ficar internada. Pensei que eu ia ficar voltando, que nem eu venho para aqui (CAPS AD). Aí o pastor veio para cá com a mulher dele, me levou para um quarto assim, com uns pedaços de pau deste tamanho, de quatro quinas, dizendo que era para mulher malcriada, me fazendo medo. Tinha até prego, também tinha uns com uns pregos, que era para dar bolo na mão da mulher. [...]. Larguei sandália, larguei tudo, saí foi correndo por dentro dos matos. [...] Peguei uma carona lá nos ônibus lá, pedi os ônibus na carona (entrevista com Luciene).

Porque os CAPS é para o paciente ficar durante o dia, o paciente fica o dia todo e depois, no final da tarde, vai pra casa, né? Fez essa coisa, né? E ali ele é medicado, ele é tratado e tem o profissional. A proposta é boa, não é? São Daniel (hospital psiquiátrico) podia também fazer isso, né? Mas parou tudo lá. Só faz atendimento de psiquiatra, não tem uma psicóloga, não tem vaga. Se você procurar por uma psicóloga, não tem vaga. Se quiser conversar, não conversa. A médica mal olha para você, já vai ver o que passou na receita há seis meses, bota lá só a mesma coisa. Se questionar uma coisa, como eu questionei do remédio, aí ela trocou a medicação, quando eu falo alguma coisa (entrevista com Vitória).

A presença destes tipos de dispositivos na rede e a necessidade de acessá-los por usuárias e familiares nos falam de algumas dificuldades ainda existentes na implementação da RAPS, como o déficit de serviços na rede, problemas na articulação intra e intersetorial, pouca visibilidade e divulgação dos serviços existentes e a

necessidade do combate aos estigmas e preconceitos, como a crença de que usuárias/os de drogas precisam de algum tipo de internamento ou isolamento da sociedade. Vitória nos falou em dois momentos, por exemplo, sobre a falta de divulgação acerca dos serviços territoriais e a cultura do internamento:

O CAPS é muito bom, mas eu não vejo muita divulgação. Eu acho que é o setor que deveria ser mais divulgado, ou então pelo menos mais encaminhado. O que eu vejo é muita gente na mesma situação que eu e eu vejo levar para internar, para não sei para onde, mas o acolhimento aqui, para conseguir chegar aqui, eu tive que correr (relato de Vitória no grupo de mulheres).

Olhe, tem várias mulheres no meu bairro que precisam de tratamento, tem várias. Tem duas mesmo, que é Luciana e uma outra, uma trabalha na sinaleira e a outra vive aí pela vida, não é? Eu não vejo elas, não passei a informação do meu processo. Quando a pessoa fala dessa situação, só fala em questão de internação. E aí muitas não querem, para não ficar internada, entendeu? E aí se recusa, não sabe desse processo, desse trabalho que é feito, dessas coisas que é feita, não sabe, entendeu? (relato de Vitória no grupo de mulheres).

Por outro lado, a boa vinculação das interlocutoras com o serviço CAPS AD nos demonstra a potência dos serviços comunitários e territoriais em saúde mental e que é possível seguirmos apostando na RAPS como uma rede que pode potencializar a desinstitucionalização e o cuidado em liberdade. As interlocutoras trouxeram em suas narrativas como os serviços abertos e territoriais podem ser espaços potentes de socialização, acolhimento, escuta e reconhecimento que trazem a possibilidade de promover, na construção conjunta do cuidado, transformações em suas situações concretas de existência e na relação com as drogas. Seguem alguns trechos sobre a boa vinculação entre as interlocutoras e o CAPS AD:

Eu posso ficar quatro meses, que nem eu já fiquei quatro meses sem beber, mas, de repente, tem um dia que eu entro naquela depressão, começo a sentir falta de tudo, solidão. “Vou tomar uma!”. Mas eu não estou mais bebendo como antes. Graças a Deus, me superei pra caramba! E estou me sentindo mais gente, me cuidando mais, que eu acho que é legal. Eu não estava me cuidando tanto. E eu agradeço ao CAPS por isso e pelos profissionais aqui também (relato de Kátia Flávia no grupo de mulheres).

A dedicação que o CAPS teve com a gente, o cuidado, porque é tão gostoso a gente ser cuidado, é tão gostoso a gente ser amada. Teve café da manhã, teve cuidado com a gente, com nossos cabelos, com nossa pele, teve roupas, teve bazar, teve sapatos, né? Teve música, teve dança, teve frutas, presente, a gente recebeu presente. Então eu acho que coisas que a gente não encontra lá fora, ou com a nossa família, o CAPS proporcionou à gente um dia de princesa, aquele dia que a gente sai daqui com outro astral, com a autoestima lá em cima, vendo que a gente pode ser cada dia melhor. Isso para mim me deixou muito satisfeita, porque saí com meu cabelo todo enrolado, mas com a minha cabeça sem enrolar nada, tudo na boa, tudo tranquilo, eu dancei, cantei, brinquei (relato de Karen no grupo de mulheres).

Eu estou me despertando para tanta coisa, parece que meus olhos estavam nublados com coisas, né? E parece que está limpando, quando a gente chega do lado de dentro e passa um pano e aquele embaçado sai, né? Minha vida tá

assim e eu só vou andar pra frente agora. Procurar o melhor para minha vida. E agradecer, agradecer muito, muito, muito, muito esse espaço, porque eu passei por todo esse problema e não toquei em uma dose de álcool, tudo sem álcool, sem nada. [...]. E eu estou procurando me valorizar e me cuidar mais (relato de Vitória no grupo de mulheres).

Ao falarem sobre a RAPS, Roberto Tykanori Kinoshita et al. (2016) destacam que:

Essa rede tem como horizonte a organização de estratégias de cuidado pautadas na singularidade dos sujeitos inseridos em seu contexto sociocultural, na complexidade dos territórios existenciais e na apreensão das necessidades de saúde para promover processos que aumentem o poder contratual de cada indivíduo e, simultaneamente, a solidariedade e a responsabilidade social (p. 50).

Após tal afirmação, estes autores reforçam o lugar estratégico dos serviços territoriais da RAPS, em especial os serviços da Atenção Básica, enquanto capazes de promover cuidados da atenção psicossocial que se fazem no território através da proximidade física com a realidade concreta das pessoas e que têm uma potência de promover, junto com usuárias/os e familiares, a desinstitucionalização e a superação da lógica manicomial (KINOSHITA et al., 2016).

Neste sentido, Mônica Nunes et al. (2016) afirmam que o incremento da saúde mental na atenção primária deve se dar numa relação entre Atenção Básica e Atenção Especializada que seja bidirecional, caracterizada por uma mútua influência e uma retroalimentação entre estes níveis e por uma perspectiva transvetorial, em que há um sentido de transversalidade somada à existência de uma pluralidade de dimensões ou vetores que são internos a esses níveis e que promovem uma articulação entre eles.

O que está aqui em pauta é o modo de configurar uma rede orgânica aos princípios norteadores da Reforma Psiquiátrica, onde ideias de inclusão social e de respeito à diferença e ações pautadas na ética da liberdade e no respeito à diferença circulem amplamente, seguindo orientações que as coordenam e favoreçam. Esse é o sentido para o qual deve caminhar um planejamento arejado, inventivo e pautado na corresponsabilidade. No que se possa vislumbrar como desenho dessa rede, defendemos que, embora múltiplos serviços e equipamentos sejam necessários para a sua existência, é imprescindível que cada ponto materialize e condense em si a lógica da rede e possa oscilar entre trabalho especializado e generalista ao mesmo tempo. Ou seja, cada ponto deve buscar no outro ponto o seu complemento, mas cada ponto deve também incorporar algumas propriedades do outro ponto (NUNES et al., 2016, p. 136-137).

Para além da importância destes dois componentes da RAPS, é preciso destacar que essa lógica transvetorial precisa alcançar todos os outros pontos da rede, como os serviços do componente de Urgência e Emergência e da Atenção Hospitalar. Assim como a importância de que haja cobertura ampla dos serviços, com quantidade suficiente de

profissionais e profissionais com uma formação condizente com os princípios da Reforma Psiquiátrica (NUNES et al., 2016).

Portanto, as interlocutoras desta pesquisa nos apontam que os CAPS podem estar num caminho de implementação de parte dos princípios da Reforma, mas, para radicalizar estes princípios dentro de uma perspectiva antimanicomial e libertadora, é necessário que toda a rede esteja implicada nesse processo, para não cairmos no risco de uma institucionalização “CAPS centrada”, tuteladora, que renuncia ao desenvolvimento da contratualidade e da autonomia. O receio da alta do CAPS por parte das/os usuárias/os, observada por nós não só nesta pesquisa, mas na vivência do cotidiano dos serviços, nos remete à falta de articulação entre os serviços e à ausência de disponibilidade e preparo dos outros componentes da rede para construir cuidado com pessoas que têm necessidades relacionadas ao campo da saúde mental. Luciene e Laura nos falaram sobre isso: “Parei de usar, parei de beber, mas psicologicamente eu não estou boa ainda não, viu? Não pensem que vão fugir de mim não, viu? Vai me aguentar aí, viu? Se eu sair do CAPS, eu surto!” (relato de Luciene no grupo de mulheres). “Esse negócio do SUS, sabe como é. Aqui (CAPS AD) é uma exceção, todo mundo fala mal dos outros lugares. Quando eu tiver alta, eu não quero ir para outro lugar não, porque todo mundo falando como são tratados, igual a bicho” (entrevista com Laura).

#### **4. E o que a colonialidade do gênero tem a ver com isso?**

Quando Laura nos fala que outros serviços de saúde, com exceção do CAPS, tratam as pessoas com necessidades relacionadas à saúde mental “igual a bicho”, isso nos remete a afirmação de Lugones (2014), ao tratar da colonialidade do gênero, de que a mulher colonizada não era vista como mulher, mas como fêmea. Ou a Kilomba (2019), que afirma que as pessoas de cor são vistas como a/o “Outra/o”. Nos remete também ao conceito de colonialidade do ser de Nelson Maldonado-Torres (2007), que versa sobre a negação da humanidade das populações não brancas a partir dos efeitos da colonialidade sobre a experiência vivida dos sujeitos subalternos, provocando “fraturas” em suas formas de existência. E à Franz Fanon (2008), que já nos alertava que o negro não é um homem, mas está localizado numa zona do não-ser, numa zona de inferioridade onde foi colocado pelo colonizador branco. “Por ser uma negação sistematizada do outro, uma decisão furiosa de recusar ao outro qualquer atributo de humanidade, o colonialismo compele o povo a se interrogar constantemente: “Quem sou eu na realidade?”” (FANON, 1968, p. 212).

Na década dos anos 60 do século passado, Fanon (1968) já fazia a seguinte afirmação: “A verdade é que a colonização, em sua essência, se apresentava já como uma grande fornecedora dos hospitais psiquiátricos” (p. 212). O autor traz à tona as feridas provocadas pelo processo colonizador que estariam profundamente relacionadas aos sofrimentos psíquicos entre pessoas colonizadas. Mas, na realidade brasileira, não só o sofrimento psíquico parece ter levado as pessoas negras para os hospitais psiquiátricos, mas também o desejo de aprisionar, isolar e excluir, sob o argumento da necessidade de correção, cura e adequação, aqueles que se afastavam do modelo de homem universal, europeu/branco/burguês/masculino/cisheteronormativo (PASSOS, 2023).

Emiliano de Camargo David e Maria Cristina Gonçalves Vicentin (2020) discutem, em revisão de literatura sobre a relação entre racismo e manicomialização, o papel do racismo científico brasileiro e da ideologia de branqueamento como basilares para a formação de uma cultura do encarceramento e da exclusão de pessoas negras a partir de um entrelaçamento entre raça negra e loucura. Os autores caminham, desde o século XIX até o século XXI, trazendo estudos que se reportam a experiências asilares que partiram da patologização de pessoas não brancas e da exclusão de pessoas em situação de vulnerabilidade social. Eles citam diferentes formas de manicomialização que vão da:

‘arianização’; ao combate de vícios como o álcool e o tabaco; ao incentivo de ‘bons hábitos, atividade física e intelectual’; à política do branqueamento e às práticas de controle de imigração dos considerados ‘inaptos’; à proibição de casamento entre os ditos ‘anormais’; à esterilização dos ‘degenerados’, atualizando-se no genocídio da população pobre, preta e periférica; assim como à guerra contra as drogas e ao combate em relação ao crack (DAVID; VICENTIN, 2020, p. 272-273).

Essa história de manicomialização da população negra e em vulnerabilidade social, uma população marcada pelo trauma psicossocial colonial (PASSOS, 2023), ainda se repete nos “desejos de manicômio” que colocam o internamento para as mulheres usuárias de drogas e em sofrimento psíquico como primeira opção de cuidado, ou na dificuldade que os serviços de saúde têm em acolher e construir cuidado junto a essa população, restringindo a ela o acompanhamento nos serviços especializados. Quando escutamos as interlocutoras, no que diz respeito às motivações para o início do uso e o estabelecimento de uma relação com as drogas que traz consequências biopsicossociais, podemos observar como as violências advindas do machismo e as condições sociais precárias estão na base de seus sofrimentos. Marcadores de classe e gênero que estão altamente imbricados com a raça e com o legado da colonialidade.

E aí eu me endividei muito. Eu vendi e não recebi. No caso fiado, que não recebia. Eu passei a não trabalhar em certos momentos, o dia todo, mesmo sendo para mim. [...] Então, foi começando a se agravar mais e mais o meu problema, porque eu era provedora de mim, da minha família, então aquilo me abalou muito, muito. Ao invés de eu melhorar, eu piorei, com esse afastamento do comércio. Porque eu era provedora de mim mesmo, e aquilo foi um choque muito grande para mim na época. A ponto de eu piorar o consumo. Eu só estava bem quando estava alcoolizada para esquecer. E no outro dia estava a mesma coisa. Passou a ser uma válvula de escape para mim (entrevista com Lourdes).

Então pelo fato de ser mulher e ser mulher assumida homossexual, casada duas vezes, a violência é praticamente, posso afirmar, que todos os tipos de violência contra a mulher, eu acredito que eu passei. Em algum momento da minha vida eu passei. É complicado para a gente ser mulher (relato de Karen para o grupo de mulheres).

A gente trabalhava desde os sete anos. Eu não tive uma infância, eu não tive, não tive nada, eu não passeava, não sabia, nunca tive uma boneca na minha vida, nunca ganhei uma boneca, não que minha mãe não tivesse até vontade, mas é comida, ou boneca, né? [...] Eu apanhava também muito, minha mãe me batia muito. Aí o que foi que aconteceu? Veio o casamento. Eu achei que, com o casamento, eu poderia me afastar de tudo aquilo ali que era ruim na minha vida, né? "Vou me casar, vou poder fazer o que eu quero", aí na minha cabeça, né? No meu juízo, né? Aí foi tudo ao contrário, não foi nada daquilo, foi uma prisão, foram mais agressões, porrada. Aí veio Leandro (filho dela), que já passou por essa situação também de porrada, de agressão, por causa do meu ex. Já sofreu muito ele, já vem sofrendo, porque aí já começou o meu álcool (relato de Vitória para o grupo de mulheres).

Eu apanhei dele (ex-marido), eu apanhei do pai dele, eu apanhei dos irmãos, das quatro irmãs dele que veio para me bater. Eu saí no tapa com elas e ele se divertia quando via os outros me batendo, ele só queria, finalmente, ele só queria o meu mal, tudo o que viesse contra mim, que era para me destruir. [...] Foi esse marido meu que tirou todas as minhas sortes, porque não me deixava raciocinar, não deixava, não me dava paz, para a minha cabeça, quando eu estava pensando que eu estava evoluindo alguma coisa, eu estava dando quatro passos para trás, porque ele chegava lá (no restaurante que ela trabalhava) procurando palhaçada. Ele chegava com facão, ele ficava dizendo para os caras que era meu marido, que o chef era veado, ficava esculhambando o chef. Sei que foi a minha destruição esse marido meu, então eu fiquei com raiva e saí do restaurante, pedi demissão e não apareci mais. Fiquei com vergonha. Aí fui me jogando mais nas drogas, me jogando mais nas drogas (entrevista com Luciene).

Acho que foi isso que eu pensei em me entregar para todos os homens, quis nem saber de pegar nenhuma doença. Porque minha mãe sofreu por causa deles, eu vou dar corno também em todo mundo. Eu só me quietei depois que "estrangulei" (ligadura de trompas), que até perto de casa eu dava corno, chegava em casa cheia de cachaça. [...]. Eu já bebia todos os dias, eu trabalhava, o sofrimento, a pobreza, para esquecer (entrevista com Laura).

Quando minha mãe separou do meu pai, eu tinha onze anos de idade. Meu irmão tinha 4 anos, minha irmã tinha sete. Quer dizer, com o tempo quem criou os meus irmãos fui eu. Porque minha mãe se picou para o Rio de Janeiro, meu pai tinha um bar, aí meu pai chegava todo dia "em água". Quando meu pai ia trabalhar de manhã, eu já entrava "em água" também. [...]. Já morei em favela, mas isso de opção minha. Eu saía da minha casa, meus pais não me queriam, eu ia para uma favela, ia morar com amiga. Eu ia morar com os gays, eu ia morar com um monte de gente, então eu tive opção também de escolher. Não tive opção de ter família, de ir para a casa dos meus pais, eu não tive não. Mas,

graças a Deus, Deus sempre me fez capaz de várias coisas. Apesar que foi três estupros, um na rua, outro dentro de casa, sempre desse jeito (entrevista com Kátia Flávia).

Eu acho que, assim, as mulheres que usam substâncias, elas têm muita dor, muita dor. A maioria delas passam por abusos lá na infância, outras tantas já na vida adulta, nesse uso abusivo, de estar na rua, de ser estuprada, não é? As que eu atendo nos acolhimentos, não teve uma que não passasse por um abuso sexual. [...]. Relações de violência, essas relações adoecedoras, perversas, estou falando do relacionamento afetivo entre mulheres, entre homem e mulher. Isso causa muito prejuízo para elas (entrevista com técnica de referência Lourdes e Kátia Flávia no CAPS AD).

As narrativas acima demonstram como as questões relacionadas às violências de gênero e a precariedade social presentes nas vidas destas mulheres estão intimamente relacionadas aos seus sofrimentos e aos modos como o uso de drogas entraram em suas trajetórias, um meio de esquecer, de se anestesiar diante das dores cotidianas. Luana Silva Bastos Malheiro (2018) e Priscila Coimbra Rocha (2022), em suas pesquisas também realizadas em Salvador, com mulheres usuárias de crack, no caso da primeira autora, e com mulheres com diagnóstico de transtorno mental, no caso da segunda, vão chamar a atenção para as marcas das violências nas trajetórias de suas interlocutoras na produção do sofrimento psíquico e social destas mulheres e como estes sofrimentos não podem ser desvinculados de questões relacionadas a gênero, raça e classe.

Podemos perceber que de maneira geral as parceiras que foram acessadas por essa investigação, possuem baixa escolaridade tendo abandonado a escola muito cedo, embora a grande maioria revele desejo de retorno ao ambiente escolar. A condição de pobreza é outro marcador importante para analisar as trajetórias pessoais das parceiras. Conflitos familiares, como abandono, rejeição, falecimento de genitores ou responsáveis pelo cuidado, episódios de estupro na infância por membro da família e as denúncias desses episódios que nunca são levadas a sério é também outra recorrência que vai determinar os caminhos trilhados pelas parceiras. Casos de estupro no contexto da rua e violência física, emocional e sexual de companheiros são fatores importantes que desencadeiam certa desorganização psíquica, levando muitas parceiras a buscar conforto a partir do uso abusivo de crack (MALHEIRO, 2018, p. 202).

O relato de Malheiro (2018) sobre as trajetórias das interlocutoras de sua pesquisa tem muitas similaridades com o que encontramos na nossa pesquisa, as interlocutoras nos disseram do quanto ser mulheres, negras, pobres e submetidas a uma série de violências, pode lhes tornar vulneráveis a um uso de drogas que começa como uma tentativa de alívio do sofrimento, mas que pode resvalar em um uso recursivo e com consequências que aumentam os estigmas e preconceitos que se constroem ao seu redor. Neste sentido, Malheiro (2018) destaca ainda que, no caso das mulheres negras usuárias de drogas, as questões raciais se interseccionam com preconceitos relacionados aos usos de drogas,

adicionando estigmas que vão desumanizar ainda mais estas mulheres e dificultar que haja o olhar de outros sujeitos sociais.

Também Rocha (2022) encontrou, entre os relatos das interlocutoras de sua pesquisa, como as diversas violências estavam relacionadas ao adoecimento psíquico.

As Marias em suas trajetórias, sem exceção, viveram desde a infância e durante suas vidas todas, situações sobredeterminadas pelo racismo estrutural, experiências marcadas pelo trauma colonial e de violências racistas e de gênero; racismo e sexismo moldando as vidas das mulheres negras, produzindo adoecimento. Seria possível falar em saúde mental sem falar em racismo e sexismo, em desigualdade social? Quando, nas vidas das Marias, exacerba-se a experiência vivida por si, ou pelos outros, como problemática ou produtora de sofrimento, os diagnósticos psiquiátricos e as consequentes internações das Marias as instituíram mulheres loucas, a “nega maluca” (ROCHA, 2022, p. 210).

A instituição de tais mulheres como “negas malucas”, ou como “sacizeiras”, categoria êmica encontrada por Malheiro (2018), vai ao encontro das narrativas das interlocutoras de nossa pesquisa no que diz respeito aos preconceitos sofridos por estas mulheres por serem usuárias de drogas na sociedade, de uma maneira geral, e a falta de acolhimento de seus sofrimentos em outros campos da saúde, para além dos especializados em saúde mental. Ressaltando que, mesmo no campo da saúde mental, as questões de raça, classe e gênero ainda são pouco visibilizadas e levadas em consideração no que diz respeito ao cuidado de mulheres usuárias de drogas, como foi possível verificar em revisão sistemática da literatura realizada por nós (PINHEIRO; NUNES, 2023).

Quando a rede de saúde não leva em conta as determinações sociais envolvidas na produção do sofrimento psíquico, não enxerga o trauma psicossocial colonial, sua tendência é silenciar os sintomas de tal sofrimento através do uso massivo de medicamentos, tendo como justificativa diagnósticos psiquiátricos que transformam problemas estruturais em problemas individuais (PASSOS, 2023). Trazendo a imagem da máscara de ferro usada pelas pessoas escravizadas para impedir que se embriagassem (numa tentativa de anestesia) ou comessem terra (numa tentativa de escapar pela morte), instrumento de contenção, suplício e silenciamento, Passos (2023) vai dizer que, na atualidade, a máscara utilizada é a máscara manicolonial:

Podemos dizer que a máscara além de silenciar, também promovia a indiferença à dor e ao sofrimento negro que é parte do repertório de destruição e gera efeitos nos processos de subjetivação e modos de vida da população brasileira. Dessa forma, compreendemos a máscara manicolonial como a materialização da contenção estando permanentemente atualizada e praticada pelo complexo industrial-prisional-manicomial-farmacêutico nas diferentes dimensões da vida social (p. 71).

Passos (2023) vai nos alertar que as dores que essa máscara tenta silenciar tem como base a colonialidade que marcou permanentemente os corpos e subjetividades negras e que segue marcando a partir de um cenário permanente de guerra vivido nas periferias das grandes cidades brasileiras. A guerra promovida pelo Estado brasileiro, que usa como justificativa o combate ao tráfico de drogas, a tão alarmada “Guerra às Drogas”, segue produzindo violência, sofrimento, adoecimento, encarceramento e morte para a população negra. No que se refere às interlocutoras dessa pesquisa, pudemos perceber em alguns de seus relatos como é adoecedor estar imersa nesta zona de guerra. Seguem alguns exemplos:

Eu estava no interior, estava ótima, comecei a ter problemas de saúde, tive que voltar para cá. Aí vivo o inferno no bairro que eu moro, você não pode ficar na porta, você não pode ligar uma televisão, porque no vizinho o som está nas alturas, outro nas alturas, outro nas alturas, ninguém respeita ninguém. Se você está sentado na porta, é capaz de tomar uma bala, já começa o tiroteio. A polícia, quando invade, já invade dando tiro. Então você vive num ambiente desse, você vai dizer que vai viver feliz? Vive dentro de casa, tudo trancado, a casa toda cheia de grade, tudo cheio de grade, com medo, medo de estar na rua. Mas, quando eu bebia, não tinha medo de nada. Eu enfrentava tudo, enfrentava todos (relato de Vitória para o grupo de mulheres).

Porque mataram também o menino, os meninos de lá de onde a gente morava veio e matou um menino dentro de casa, na frente da mãe, atrás da geladeira. A mãe pedindo por tudo, mas eles mataram o menino, aí também essa casa está lá para vender. Até hoje ninguém quer comprar essa casa que o menino morreu. E essa que eu moro, a vizinha foi embora por causa disso aí (entrevista com Luciene).

Diante disto, não podemos seguir produzindo cuidado que não leve em consideração a realidade em que estas mulheres vivem, não podemos seguir reproduzindo uma atenção centrada na “cura” e na “adequação” destas mulheres a parâmetros criados por uma cultura patriarcal, racista, proibicionista e por um modelo manicomial de abordagem dos sofrimentos psíquicos. É preciso produzir um cuidado em liberdade que envolva toda a RAPS em articulação com outros setores como a educação, a justiça e a assistência social, com o apoio das famílias e da comunidade. Porém, a caminhada das usuárias por esta rede, tecendo com os atores envolvidos um cuidado em liberdade, com autonomia, um cuidado empoderador, só será possível se desconstruirmos os modos de produção das máscaras manicoloniais que agem para a “manutenção das hierarquias raciais, sociais e generificadas através da patologização, medicalização e farmacologização das existências, propagando a afirmação do “homem universal”” (PASSOS, 2023, p. 92).

Essa necessária desconstrução dos modelos manicomiais de cuidado e a destruição das máscaras manicoloniais não nos parece viável sem a implicação e participação das

mulheres usuárias de drogas neste processo. O cuidado é uma construção conjunta entre as mulheres e todas as pessoas que operam o cuidado desde suas instituições e lugares sociais, logo as mudanças neste mesmo cuidado não podem ser verticalizadas, como prescrições ou protocolos construídos de cima para baixo.

As pesquisas de Malheiro (2018) e Rocha (2022) apontaram para a potência dos encontros das mulheres em sofrimento psíquico e usuárias de drogas entre si, dos espaços seguros que construíram junto a outras mulheres na criação de movimentos sociais com cunho feminista e antiproibicionista como a Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas (RENFA) e a Associação Papo de Mulher. De acordo com estas autoras, estes espaços propiciaram que as mulheres pudessem se reconhecer umas nas outras, trocar conhecimentos e construir cuidado mútuo. Esse fortalecimento mútuo pode ser propiciador de um agenciamento do cuidado junto às redes sociais e de saúde, de modo que essas mulheres possam ter maior participação e liderança nas decisões de como estas redes devem se estruturar para implementar o cuidado de acordo com suas reais necessidades.

No âmbito de nossa pesquisa, o grupo de mulheres que construímos no CAPS AD também se mostrou um espaço potente de construção deste reconhecimento e cuidado mútuos, de discussão de temas relevantes pautados pela ótica do feminismo decolonial e de uma clínica antimanicomial e antirracista, assim como um espaço propulsor da ocupação dos espaços da cidade e da participação em movimentos sociais. Nestes quatro anos de existência do grupo, já construímos juntas conhecimentos sobre diversos temas. Só durante o período da pesquisa, por exemplo, discutimos sobre crise, cuidado, empoderamento, felicidade, feminismo, maternidade, uso de medicamentos, morte, preconceitos, racismo, projetos de vida, Bem Viver, redução de danos, redes de sociabilidade, relações afetivas, relações familiares, religião, saúde mental das mulheres, sexualidade, socialização, sororidade, trabalho, cuidado para o uso de drogas e violências de gênero. A maior parte dos temas foi sugerida pelas mulheres, alguns poucos temas pela coordenadora do grupo.

Além destas discussões que ocorrem dentro do CAPS AD, realizamos visitas a diversos espaços de circulação da cidade. A escolha do local onde o encontro será realizado fica a cargo das mulheres, com ou sem sugestões da coordenadora. Já realizamos encontros em locais como parques, museus, cinema, teatro, entre outros. Estes momentos têm como objetivo que as mulheres façam contato com opções de lazer e cultura, assim como tenham a percepção de que tais espaços da cidade também lhes

pertencem e podem ser usufruídos por elas. Após cada encontro externo, discutimos no CAPS sobre as impressões causadas pelo espaço e pelo conteúdo do que foi visto em cada local, suscitando a emergência de temas relacionados à importância de exercer atividades prazerosas, que não estejam necessariamente vinculadas ao uso de drogas, assim como temas referentes à descoberta de novos conhecimentos históricos e culturais a partir dos quais elas ganham novas perspectivas sobre suas próprias realidades.

O grupo também participa de atividades em alusão ao Dia Internacional da Mulher, ao Julho das Pretas, ao Outubro Rosa e ao Novembro Negro, assim como da Parada do Orgulho Louco, atividade que ocorre na orla de Salvador em comemoração ao Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Também realizamos interlocuções com a Associação Papo de Mulher e duas mulheres do grupo passaram a frequentar mais esse espaço. Tais participações estimulam, gradativamente, o interesse em informações relacionadas aos seus direitos e o engajamento em movimentos sociais a partir da discussão sobre temas relacionadas ao exercício pleno da cidadania.

Todos os temas que emergiram no grupo de mulheres foram discutidos dentro da lógica dos grupos operativos e nos forneceram informações valiosas sobre as formas de pensar, sentir e atuar no mundo das interlocutoras e como elas podem também pensar, sentir e atuar no mundo de formas diferentes a partir da aprendizagem grupal. A formação de um conhecimento grupal possibilitou uma espécie de coalizão que pode nos remeter à necessidade de coalização entre as mulheres não brancas trazida pelo feminismo decolonial. À medida que as temáticas são discutidas no grupo, as mulheres vão acumulando conhecimentos e ferramentas para transformar a si e suas realidades. Essa construção do conhecimento se reflete, por exemplo, em se colocar num lugar prioritário diante de impasses e conflitos familiares; enxergar que é possível "ser uma mulher" sem estar em um relacionamento erótico com um homem; aprender sobre o manejo do uso de medicamentos; se sentir capaz de voltar à educação formal ou técnica; aprimorar a percepção de, quando se está entrando em um movimento de uso compulsivo ou quando se está deslocando a compulsão pela droga para outras compulsões; aprender a manejar situações de crise; aprimorar a percepção de situações de racismo e outras violências, entre outros. Ao mesmo tempo em que ocorrem esses aprendizados, elas constroem um espaço de vínculo e confiança mútua, que gera aos poucos uma rede apoio, uma base de onde elas podem se sentir mais seguras para alçar novos voos rumo aos seus projetos de felicidade.

O processo grupal é espiralar e dialético, onde o/a coordenador/a impulsiona o grupo para a próxima volta da espiral através de intervenções que favoreçam a quebra de comportamentos estereotipados, enquanto o/a coordenador/a também aprende e se modifica neste processo, recebendo informações e se fazendo depositário/a das experiências e observações transmitidas pelo grupo (PICHON-RIVIÈRE, 2009). Neste sentido, utilizar os resultados obtidos através dos grupos operativos e fazer uma análise hermenêutica das narrativas nos permitiu potencializar esta relação “dialógica” e a interpenetração de saberes entre o lugar de coordenadora/pesquisadora com os estudos teóricos sobre o feminismo decolonial e as concepções, pensamentos, sentimentos e formas de agir das interlocutoras nos seus processos de construção de cuidado.

Sobre esse movimento espiralar do grupo e a formação dos vínculos enquanto instrumentos potentes de transformação da realidade, seguem alguns trechos de narrativas das interlocutoras sobre o grupo de mulheres do CAPS AD:

O grupo me ajuda em tudo, na bebida principalmente. Porque vou dizer que eu estava nervosa, estressada, eu lembrei daqui, de vocês. Vou respirar, vou relaxar. E também porque o homem (companheiro) não quer ir embora. Sei lá, tanta coisa! E aqui já me deixa mais assim... Saio de casa, me distraio um pouquinho, que eu não saio não, mas não saio mesmo, só para o CAPS e para a igreja. Aprendo coisas no grupo, né? A mente é tudo, você faz, você pode tudo, se quiser, ser feliz se quiser (relato de Laura para o grupo de mulheres).

É por isso que, quando a gente se falava no virtual (grupo virtual no período da pandemia do coronavírus), eu lhe dizia, eu me sinto privilegiada de muitas coisas, porque é o grupo que tem me mantido e me fortalecido bastante. Sem falar agora que a gente voltou para o presencial. Esse contato com as meninas, nossa conversa. Eu falei com Kátia Flávia hoje, “vamos marcar nós, um encontro fora, ir ao parque”. Aí ela disse, “faça, faça que é interessante mesmo, eu quero, porque você é mais assim”, eu disse “não, não fique sempre se diminuindo, qualquer uma de nós somos capaz”. [...] A gente pode ir para a praia, não significa que a gente tem que consumir álcool, a gente pode ir para uma praia, se unir, a amizade lá fora continua (entrevista com Lourdes).

A gente está desabafando com pessoas que a gente tem uma confiança de dizer o que está acontecendo na nossa vida. Eu não vou chegar para um vizinho, uma pessoa qualquer, e contar o que eu estou contando para vocês. Eu não vou trocar essa ideia. Isso para mim é um desabafo, mas é um desabafo importante. É uma coisa que tem significado para mim, não está passando em vão, não está passando em branco o que eu estou aqui conversando com vocês. Quando eu desabafo, não é só um desabafo. Eu reciclo a situação e ponho em prática, né? Nem que seja só um pedacinho assim, mas vai ter que funcionar alguma coisa (relato de Kátia Flávia para o grupo de mulheres).

São muitas fases da nossa vida, muitas agressões que a gente passa e que a gente não percebe no momento que a gente está passando. Então a gente vai levando aos poucos, a gente vai tentando resolver, mas é difícil. É difícil e sozinha eu creio que a gente não consegue. É em um grupo. Aí quando as meninas falam, eu me coloco muito e me vejo no grupo (relato de Karen para o grupo de mulheres).

Então, eu consegui, se eu consegui, eu tenho certeza de que você (Kátia Flávia) também consegue, que você é forte, você é guerreira, você é valente, você vai conseguir tudo isso. Então a hora que você estiver precisando falar, precisando conversar, conversa com alguém que não vai te levar para essas duas caixas de cerveja, para esse pó, esse negócio aí. Conversa com alguém que possa te dizer que a gente vai melhorar. [...]. E eu quero estar, se possível, colada com você, porque eu acho que, se fosse antes, eu diria que eu não tinha condições, mas acho que hoje eu tenho, de dizer assim, “eu posso te dar uma palavra, eu posso te dizer alguma coisa” (relato de Vitória para o grupo de mulheres).

Estes relatos das interlocutoras, assim como as pesquisas de Malheiro (2018) e Rocha (2022), nos reafirmam aquilo que as autoras do feminismo negro e do feminismo decolonial vem ressaltando, a importância da coalizão entre as mulheres como um mecanismo potente do reconhecimento de si, como mulheres que podem construir juntas suas identidades enquanto mulheres. Não como mulher como uma categoria universal, mas “mulheres”, no plural, que têm similaridades e diferenças, mas que, a partir da construção de grupos seguros, de confiança e cuidado mútuos, podem ter as similaridades como espelho e como a liga dos objetivos em comum, assim como podem ter as diferenças como inspiração e reafirmação da sua própria singularidade.

No fortalecimento conjunto das identidades, podemos desenhar caminhos para o encontro destas mulheres com as questões relacionadas à raça, ao gênero, à classe social, à sexualidade e aos diversos marcadores sociais que atravessam suas existências e a trajetória de cada uma delas. A partir desse encontro, e da possibilidade de construir conhecimentos sobre os processos históricos e culturais imbrincados na realidade social em que vivem e na forma como estes processos interferem em seu acesso à saúde, educação, renda, entre outros, estas mulheres podem implementar o cuidado junto aos diversos agentes sociais presentes nas suas itinações de modo a convocá-los a um olhar que contemple as suas especificidades, sonhos e necessidades. Do lado de cá, nós, profissionais de saúde, precisamos nos comprometer com essa construção conjunta a partir de um olhar interseccional para as vivências destas mulheres, além de nos mostrarmos disponíveis para construir com elas estes espaços de cuidado nos diversos níveis do sistema de saúde.

## **5. Considerações finais**

Neste artigo, nos debruçamos sobre o cuidado construído por mulheres com histórico de uso de álcool e outras drogas e como questões relacionadas aos marcadores sociais da diferença, principalmente gênero, raça e classe, provocam atravessamentos nos modos de produção deste cuidado junto aos serviços de saúde. Para analisar estes atravessamentos, nós partimos do pressuposto de que a colonialidade do gênero marca a

existência destas mulheres e os modos como a rede de saúde constrói (ou se abstém de construir) cuidado junto a estas mulheres.

Este pressuposto de que a colonialidade do gênero e os estigmas que envolvem pessoas usuárias de drogas, em uma sociedade patriarcal, racista, capitalista e proibicionista como a brasileira, estão altamente imbrincados aos modos de produzir cuidado, parte do entendimento de que o uso de drogas pode se configurar como uma forma de lidar com os sofrimentos impingidos às mulheres, especialmente mulheres não brancas, em nossa sociedade brasileira, e que os serviços de saúde precisam se implicar com essa realidade a partir de um ponto de vista interseccional.

As histórias das interlocutoras desta pesquisa nos demonstraram que as violências de gênero sofridas por estas mulheres e a situação de constante vulnerabilidade social vivida por elas estão na base de uma relação com as drogas que aparece como um recurso para lidar com as dores cotidianas, mas que acaba por gerar novas situações de sofrimento e uma agudização de problemas psíquicos e sociais. Tal agudização vem associada a uma estigmatização relacionada ao uso que coloca estas mulheres em lugar crescente de opressão, enquanto mulheres pobres, mulheres negras e pobres, mulheres pobres, negras e usuárias de drogas, mulheres com pouco valor social, mulheres desviantes das normas de gênero, mulheres com seus potenciais reprodutor, cuidador e produtivo, diante da máquina capitalista, comprometidos.

Tal ciclo pode fazer com que as mulheres tenham dificuldade, vergonha ou mesmo medo de buscar o cuidado, como já nos disse a interlocutora Vitória. Medo de terem suas liberdades cerceadas pelo cuidado. Podem receber pouco suporte familiar para realizar essa busca, visto que são quase sempre elas as cuidadoras dos seus familiares. Podem ir em busca de cuidado sozinhas e não conseguirem ter acesso a esse cuidado nos primeiros níveis de atenção à saúde, como na Atenção Básica. Nenhuma das interlocutoras desta pesquisa tem um vínculo fortalecido com a Atenção Básica, a maior parte delas acessa os serviços da atenção primária de forma pontual e mediada pela Atenção Especializada. E como chegar à Atenção Especializada sem precisar fazer um exercício de corrida com obstáculos, como já nos narraram Vitória e Luciene? Como envolver outros serviços da Urgência e Emergência e da Atenção Hospitalar quando necessário? Como articular os serviços de saúde com os demais serviços da rede formal? Como construir um Cuidado pautado na ética, um Cuidado enquanto ideal regulador da rede de atenção à saúde, um Cuidado pautado na lógica do cuidado, das necessidades e projetos de felicidade destas mulheres?

São indagações para as quais essa pesquisa tem pistas, mas não respostas prontas. As interlocutoras nos convocam, com suas trajetórias na construção do cuidado, a olhar para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, para a Rede de Atenção Psicossocial, com novos questionamentos sobre os rumos da implementação desta “Rede Reformada”. Uma “Rede Reformada” é suficiente para lidar com os desafios que herdamos da nossa história colonial? Uma “Rede Reformada” é capaz de lidar com as feridas maquiadas pela medicalização que entorpece, pelo mito da democracia racial que naturaliza, pelo machismo que invisibiliza, pela precariedade social que vulnera?

As interlocutoras vêm construindo essa rede entre elas, conosco, mas vêm também nos mostrando que a Reforma Psiquiátrica precisa, mais do que nunca, ser antimanicomial e radical em seus princípios antirracistas, feministas e decoloniais, uma Reforma pautada na Luta Antimanicolonial (DAVID; VICENTIN, 2023). Implementar ações de Cuidado em todos os níveis de complexidade da atenção à saúde, da atenção primária à atenção hospitalar, adentrando os territórios de existência, fazendo vínculos, construindo coletivos e redes de suporte mútuo, construindo juntas conhecimentos e reconhecimentos outros, fora da lógica binária e colonial, podem ser caminhos que nos levem para a implementação de uma Rede de Atenção Psicossocial Antimanicolonial.

### 13 ARTIGO 04

#### **“Você é a primeira no Ilê Toloya”: práticas de cuidado de mulheres que usam drogas e feminismo decolonial.**

##### **Resumo**

Este artigo é fruto dos resultados de uma pesquisa cujo objetivo foi analisar, numa perspectiva feminista decolonial, experiências de cuidado de mulheres que fazem/fizeram uso de álcool e outras drogas. A pesquisa, que teve um cunho etnográfico, utilizou o método da História de Vida, registros fotográficos, vídeos e a Observação Participante, como também um método participativo inspirado nos grupos operativos de Enrique Pichon-Rivière. A análise se pautou numa perspectiva hermenêutica crítica e reflexiva, assim como numa epistemologia feminista perspectivista, o feminismo decolonial. Neste trabalho foi escolhida uma das interlocutoras da pesquisa para a reconstrução aprofundada do caso. No estudo das experiências desta interlocutora foi possível observar questões relacionadas ao gênero, raça e classe altamente imbricadas ao surgimento dos problemas relacionados ao uso de drogas, principalmente no que diz respeito às expectativas sociais impostas às mulheres e os sofrimentos sociais e psíquicos imputados sobre mulheres negras e pobres que chefiam famílias. Foi possível observar também que as práticas de cuidado implementadas em relação a esses sofrimentos foram operacionalizadas através das relações familiares, do encontro com serviços de saúde mental e de sua religião, o candomblé. Esta combinação de práticas de cuidado tem possibilitado que a interlocutora possa gerir seus desafios cotidianos com menos sofrimento e sem a necessidade de recorrer ao uso de álcool como um anestésico da vida. Tais resultados apontam para a importância da implementação e valorização de práticas decoloniais nos serviços de saúde mental, tais como o apoio ao livre exercício das religiões de matriz africana, atividades que levem em consideração as matrizes de opressão que atravessam as existências das mulheres negras e a necessidade de produzir autonomia com liberdade e equidade, na contramão da colonialidade do gênero.

Palavras-chave: Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Práticas de cuidado; Assistência à saúde; Mulheres; Feminismo; Racismo, Religião.

##### **Abstract**

This article is the product of the results of research whose objective was to analyze, from a decolonial feminist perspective, care experiences of women who use/have problematically used alcohol and other drugs. The research, which had an ethnographic nature, used the Life History method, photographic records, videos and Participant Observation, as well as a participatory method inspired by Enrique Pichon-Rivière's operative groups. The analysis was based on a critical and reflective hermeneutic perspective, as well as a perspectivist feminist epistemology, decolonial feminism. In this work, one of the research interlocutors was chosen for the in-depth reconstruction of the case. In the study of this interlocutor's experiences, it was possible to observe issues related to gender, race and class that are highly intertwined with the emergence of problems related to drug use, especially with regard to the social expectations imposed on women and the social and psychological suffering attributed to black women and poor people who head families. It was also possible to observe that the care practices implemented in relation to these sufferings were operationalized through family

relationships, encounters with mental health services and their religion, Candomblé. This combination of care practices has enabled the interlocutor to manage her daily challenges with less suffering and without the need to resort to the use of alcohol as an anesthetic of life. These results point to the importance of implementing and valuing decolonial practices in mental health services, such as support for the free exercise of African-based religions, activities that take into account the matrices of oppression that permeate the lives of black women and the need to produce autonomy with freedom and equity, against the coloniality of gender.

Keywords: Substance use disorders; Care practices; Health care; Women; Feminism; Racism, Religion.

## 1. Como eu conheci Lourdes

Este artigo, que versa sobre o encontro entre a primeira autora deste artigo e Lourdes<sup>8</sup>, trata de como esse encontro trouxe, para Caliandra, para Lourdes e para outras mulheres que participaram e ainda participam deste encontro, a oportunidade de construir cuidado. Utilizamos o termo “construir cuidado” em um sentido empregado pela autora Annemarie Mol (2008), para quem o cuidado é uma construção de várias mãos trabalhando juntas, uma interação em que a ação vai e vem na busca de um resultado, um resultado que está de acordo com o que os pacientes precisam.

A primeira autora deste artigo é psicóloga, mulher cis, heterossexual, negra de pele clara, pertencente à classe média, usuária de drogas, militante da luta antimanicomial, feminista, antirracista, antiproibicionista e trabalha com a escuta de mulheres, em especial mulheres negras, há cerca de quinze anos. Atualmente ela realiza esta escuta em um Centro de Atenção Psicossocial para usuárias/os de álcool e outras drogas (CAPS AD) no município de Salvador. Neste CAPS AD, Lourdes, mulher cis, heterossexual, autodeclarada preta, 59 anos, participa de um grupo de mulheres coordenado por Caliandra. Foi aí que esse encontro se deu. A partir deste encontro com Lourdes e com mais vinte mulheres que passaram por este grupo, nasceu a pesquisa intitulada “**Cuidados tecidos por mulheres que usam drogas: experiências e práticas sob um olhar feminista decolonial**”, fruto do projeto de tese da primeira autora deste artigo, com a orientação da segunda.

O grupo em questão tem seu funcionamento inspirado nos Grupos Operativos, técnica de grupos que é parte central da obra de Enrique Pichon-Rivière, psiquiatra que atuou com transtornos mentais no contexto argentino. De modo sucinto, podemos dizer que os grupos operativos estão centrados, de forma explícita, numa tarefa que pode ser a

---

<sup>8</sup> Todos os nomes que aparecem neste artigo são fictícios. Os nomes das interlocutoras foram escolhidos por elas e os demais por nós.

aprendizagem, a “cura” (grupos terapêuticos), o diagnóstico de problemas organizacionais, entre outros. De forma implícita, a tarefa diz respeito a uma necessidade de esclarecimento dos modelos estereotipados que dificultam a aprendizagem e a comunicação e que se colocam como obstáculo ao progresso ou à mudança (PICHON-RIVIÈRE, 2009). No caso do grupo de mulheres que realizamos, a tarefa é lidar com o fator comum de estereotipia dentro do grupo, qual seja, a ocorrência de problemas relacionados ao uso de drogas, de acordo com as características particulares que esse uso assume para cada participante. Durante a narrativa deste encontro com Lourdes, trarei mais alguns aspectos relacionados aos grupos operativos e como essa técnica contribuiu para a pesquisa e para a construção do cuidado entre as participantes do grupo de mulheres.

Neste artigo também queremos contar sobre a itinação de Lourdes pelos serviços de saúde e outras instâncias de cuidado. Bonet (2014) vai dizer que a itinação é um movimento que envolve criatividade e improvisação, que não conecta pontos de uma rede, mas é um sistema aberto de improvisações que se dá no cotidiano, no desenrolar da ação. Neste sentido, não preexiste uma rede de serviços ou instituições que prestam o cuidado; esta rede se materializa no acontecer da itinação e torna o cuidado possível através dela. Tal perspectiva propõe uma visão ampliada do cuidado, indo além de uma dimensão biológica ou terapêutica associada à saúde, mas abrangendo ações realizadas pelas/os usuárias/os que não são consideradas como ações de saúde, mas de cuidado. Sendo assim, essas ações mobilizam não só serviços de saúde, mas também outros recursos e outros atores que compõem o entorno do cotidiano destas pessoas. Portanto, esta pesquisa se centrou não na rede de serviços utilizada pelas mulheres, mas nas relações que estas mulheres estabeleceram ou estabelecem com os diversos serviços e profissionais e quais os sentidos atribuídos pelas mesmas a esse cuidado construído nesta itinação.

Para realizar esta pesquisa, nos valem de uma inspiração etnográfica. Caracterizamos como uma inspiração etnográfica, porque os caminhos teórico-metodológicos que foram base para a (re)imersão no campo da primeira autora, apesar de pertencerem a um fazer etnográfico, como a Observação Participante, não foram utilizados num modo de fazer clássico da etnografia, visto que foram combinados a outras ferramentas já utilizadas no contexto do grupo. Do fazer etnográfico, podemos destacar a postura no campo, o compromisso de levar em consideração a realidade local a partir de sua diversidade sociocultural e identitária e de suas próprias contradições. Um

compromisso que se assume a partir de um diálogo polifônico que se estabelece com aquelas com quem se pesquisa, mas, também, com as próprias premissas que a investigadora tem em relação a estes sujeitos que investiga (BUSTOS, 2010). Além da Observação Participante e dos Grupos Operativos, nos utilizamos também do método biográfico da História de Vida e de registros fotográficos. Estas duas últimas ferramentas nos auxiliaram a reconstruir as trajetórias de vida destas mulheres através de entrevistas individuais em profundidade e registros fotográficos feitos por nós e por elas.

Ao analisar o caminhar de Lourdes e das outras mulheres na construção do cuidado, nós utilizamos uma perspectiva hermenêutica que tem como base a relação “dialógica” e a “fusão de horizontes” como condições do saber. Na “fusão de horizontes”, a relação dialógica não permite uma reprodução pura e simples do modelo do outro, mas uma interpretação que tem a influência da “lente” do/a pesquisador/a que observa o/a pesquisado/a (COSTA, 2002). Esta perspectiva é fundamental para irmos além (mas tendo como ponto de partida) das subjetividades de pesquisador/a e pesquisado/a e caminhar rumo à historicidade e à cultura, para podermos retornar, então, numa circularidade contínua, a um sujeito dessa mesma cultura. Este percurso é imprescindível para que tenhamos uma postura ética e responsável quanto à produção de conhecimento.

Nessa relação dialógica com as interlocutoras, nossas lentes de análises se fundamentaram numa perspectiva interseccional que parte de uma análise contextual da realidade das mulheres marginalizadas, tendo como base o modo como as mulheres vivem suas vidas e buscando conhecer as várias influências que as moldam (CRENSHAW, 2002). Kimberlé Crenshaw (2002) explica que diversos eixos de subordinação se cruzam como vetores que percorrem avenidas e atingem as mulheres não brancas que se situam em cruzamentos, sofrendo colisões de opressões vindas de diversas direções, onde desvantagens interagem com vulnerabilidades preexistentes, produzindo novas dimensões que favorecem o desempoderamento. Este olhar interseccional tem suas raízes no feminismo negro e, no caso dessa pesquisa, nos utilizamos também do feminismo decolonial, movimentos políticos e teóricos que compreendem que sexismo, opressão de classes, identidade de gênero e o racismo estão inextricavelmente interligados (LUGONES, 2008, 2014). Falaremos mais sobre o feminismo decolonial no decorrer do artigo. Agora queremos contar para vocês um pouco mais de Lourdes.

## **2. Histórias que Lourdes nos contou**

Quando o grupo de mulheres teve início no CAPS AD, a primeira autora já conhecia Lourdes, porque esta participou de um grupo de acolhimento que ela coordenava à época. Lourdes chegou ao serviço contando que tinha problemas com o uso do álcool e que desenvolveu esse problema quando era dona de um bar. Ela disse que teve sintomas depressivos e ansiosos, mas não conseguia reconhecê-los inicialmente, assim como não conseguiu reconhecer que estava usando álcool de forma prejudicial. Ela nos contou que foram seus familiares e o babalorixá do terreiro de candomblé que frequenta que se atentaram para o problema com o uso do álcool. Sobre os sintomas depressivos e ansiosos, ela disse que só os reconheceu após uma consulta no Pronto Atendimento Psiquiátrico, primeiro serviço de saúde onde ela teve escuta sobre sua saúde mental. Quando conhecemos melhor a história de Lourdes, podemos compreender que uma mulher negra, pobre e chefe de família não tem muito tempo para perceber ou nomear os próprios sentimentos. O cansaço causado pelas inúmeras atividades se confunde com a tristeza e a ansiedade que provoca e esconde ao mesmo tempo.

Em relação ao grupo de mulheres, Lourdes participou desde o início das atividades. Chegou ao grupo por intermédio de sua técnica de referência do CAPS e caminhou conosco nestes cinco anos de existência do grupo. Sempre foi muito assídua, se ausentando apenas quando tinha outros compromissos que envolvessem também o cuidado de si, como exames clínicos, consultas médicas e, principalmente, compromissos relacionados ao terreiro de candomblé. Usamos aqui o conceito de cuidado de si numa perspectiva foucaultiana, como práticas de cuidado realizadas pelo sujeito para consigo mesmo que possibilitariam o conhecimento e a modificação de si, sendo tal cuidado imprescindível para estabelecer o melhor agir para com os outros (FOUCAULT, 2006).

Lourdes sempre teve uma postura bastante participativa no grupo, um jeito sempre sereno e seguro de se colocar, contribuindo para a construção do conhecimento sobre os temas propostos e trazendo momentos de sua história de vida. Estes momentos que ela traz sobre si vão formando uma imagem dela para nós. Vamos vagarosamente descobrindo novos fatos de sua trajetória, assim como o seu modo de pensar, sentir e agir diante dos desafios que lhe aparecem. Todas as mulheres do grupo sempre tiveram uma postura de muito respeito e admiração em relação a Lourdes; algumas delas parecem enxergar nela uma “mais velha”, apesar de ela não ser a pessoa mais idosa do grupo e termos outras mulheres com idades muito próximas à dela. Nossa hipótese é que a trajetória de Lourdes assim como sua postura sempre firme no modo de se expressar

provocam nas outras mulheres essa sensação de que Lourdes é uma “mais velha”, uma fonte de sabedoria, uma liderança.

Que trajetória é essa que provoca tanta admiração e respeito? Vamos reunir agora alguns fatos que sabemos da trajetória de Lourdes, tanto a partir das narrativas que obtivemos nas entrevistas individuais, nas observações no campo, assim como nos relatos do grupo de mulheres, para contar o que dela sabemos até aqui. Lourdes nos contou que ela nasceu no interior da Bahia, no município de Teodoro Sampaio, onde morava com os pais e mais cinco irmãs. O pai faleceu quando ela tinha quatro anos. A mãe de Lourdes, que era analfabeta e vivia numa difícil situação socioeconômica, trabalhava nas roças e nos trapiches de fumo, até resolver vir para Salvador para buscar oportunidades de emprego, deixando as crianças com sua mãe, a avó de Lourdes. Aqui em Salvador ela conseguiu trabalho de empregada doméstica e mandava o salário para os custos das crianças no interior.

Quando Lourdes tinha 12 anos, sua avó faleceu e sua mãe resolveu trazer as crianças para a capital baiana. Lourdes conta que elas vieram morar com a mãe em um conjunto de casas (chamado na época de “avenida de casas”) em um bairro do Subúrbio Ferroviário. A casa nada mais era que um vão único e elas dividiam um banheiro coletivo com as outras casas do conjunto. Nesta época, a mãe de Lourdes trabalhava como ajudante de cozinha num restaurante no centro da cidade e as crianças ficavam o dia inteiro sozinhas, como Lourdes mesma nos conta, “os maiores tomando conta dos menores”. Ela conta que passaram muitas privações materiais neste período, mas nunca passaram fome, aprenderam a “mariscar” com os vizinhos, iam para a praia na maré baixa catar mariscos, assim como iam para as feiras pedir os alimentos descartados pelos feirantes para se alimentar. Lourdes refere que nesse período não foi possível para a mãe lhes colocar numa escola; só voltaram a estudar quando as condições melhoraram.

As condições melhoraram quando um tio de Lourdes, que também residia em Salvador, resolveu comprar para sua mãe um terreno, fruto de invasão, que se localiza em um bairro na região da rodoviária da cidade. Bairro onde hoje funciona o CAPS AD que Lourdes frequenta. Lourdes mora hoje neste mesmo terreno e conta que, na época em que sua mãe chegou lá, construiu uma casa de taipa com portas e janelas de papelão. Depois de algum tempo neste novo bairro, a mãe de Lourdes conseguiu um emprego como coletora de lixo, popularmente conhecido como “gari”, passou a ganhar melhor e ter um salário estável. Lourdes fala que a mãe se orgulhava de seu emprego, apesar das discriminações que sofria.

Para minha mãe, que já tinha sofrido tanto e tinha muito ainda para percorrer na vida e sobreviver, não era vergonhoso. Simplesmente levantava a cabeça e seguia, mas algumas pessoas achavam que aquilo era vergonhoso. Uma mulher fardada de cor de abóbora, que já sabia que era varredora de rua e coletora de lixo, não é? Muitos até nem queriam encostar, atravessavam a rua para não passar por perto de uma varredora de rua (entrevista com Lourdes).

Fiz questão de destacar esse trecho da narrativa de Lourdes, porque ela menciona em seus relatos, diversas vezes, que aprendeu com a sua mãe, mulher preta, a não ter vergonha de ser quem se é, uma mulher preta, pobre, mas lutadora, que corre atrás da sua sobrevivência. Lourdes começou a trabalhar como empregada doméstica aos 13 anos. Nesta primeira casa, ela conta que foi “adotada” pela família para qual trabalhava. Ela passava a semana inteira na casa dos patrões e ia duas a três vezes no mês em casa, nos finais de semana. Lourdes refere que não recebia salário, que os patrões davam algum dinheiro e presentes diretamente a sua mãe. “Não me pagavam salário, naquele tempo era para me dar o estudo, ‘eu vou levar sua filha, porque eu vou dar o estudo a ela, cuidar dela e ajudar você como eu puder’” (entrevista com Lourdes). Ela conta que os patrões eram negros e que era uma família maravilhosa, comia na mesa com eles, lhe matricularam na escola e cuidavam muito bem de seus cabelos e vestuário. Ficou cerca de quatro anos com essa família, mas pediu para voltar para casa quando se apaixonou por um adolescente de seu bairro.

Lourdes trabalhou por muitos anos como empregada doméstica, disse que essa era a opção mais acessível para ela diante do fato de ter cursado só até a quarta série (atual 5º ano do ensino fundamental). Conta que já foi muito explorada em algumas das casas que trabalhou, pois os patrões exigiam que ela residisse no emprego, o trabalho começava muito cedo da manhã e ia até o final da noite, tendo direito a uma única folga quinzenal. Além do trabalho como doméstica, Lourdes também trabalhou por quase três anos como entregadora de jornais, único trabalho que exerceu com carteira assinada. Ao mesmo tempo que exercia essa função, trabalhou com uma de suas irmãs no fornecimento de marmitas para trabalhadores da construção civil. Saía de casa às três e meia da manhã para fazer a entrega dos jornais e depois seguia para o trabalho de confecção de marmitas com a sua irmã. Porém, não conseguiu ficar nessa dupla jornada por muito tempo, pois o pessoal do jornal passou a exigir que ela cumprisse oito horas diárias de trabalho. Ela avaliou que o risco que corria ao trabalhar de madrugada, aliado a essa nova exigência, fazia com que o trabalho não valesse mais a pena, então ela passou a trabalhar só com a irmã por um período.

Lourdes contou que trabalhou também como baiana de acarajé e em um restaurante na orla da cidade. Conta que nesse período seus filhos eram pequenos e que pagava alguém para ficar com sua filha. Já seu filho ficava na casa da avó paterna. Mais tarde ela conseguiu comprar um imóvel onde abriu um pequeno bar, localizado no bairro onde mora. Ela referiu trabalhar sozinha nesse bar, vendia bebida e petiscos preparados por ela. Teve a ajuda da filha por um período, mas a maior parte do tempo foi ela quem assumiu o bar sozinha. Contudo, Lourdes nos contou que foi necessário fechar esse bar:

E devido ao meu problema de depressão e ansiedade, mais o alcoolismo, foi aonde eu tive que abrir mão de comercializar. [...]. Começou pequenininho (o bar), fui ampliando, mas, por eu estar usando álcool abusivamente, então eu lidando com ele era macaco lidando com banana. Não só fechei, como também, devido a minha situação emocional, no caso, minha saúde mental, eu comecei a não saber lidar com essas coisas mais. E aí eu e me endividei muito. Eu vendi e não recebi. No caso fiado, que não recebia. Eu passei a não trabalhar em certos momentos, o dia todo, mesmo sendo para mim. A intercalar, houve dias que eu queria ir trabalhar, porque no outro dia eu estava indisposta. E assim foi se agravando cada vez mais. E havendo a necessidade de eu me afastar mais ainda do ambiente por causa do álcool (entrevista com Lourdes).

Quando fiz as entrevistas com Lourdes, ela estava vivendo do aluguel desse ponto comercial e de uma casa que construiu em cima desse ponto. Disse que já havia sido beneficiária do Bolsa Família através do cadastro de sua filha, mas estava tentando fazer um cadastro em seu próprio nome. Além disso, ela nos contou que seu sonho agora é costurar. Disse que vai comprar uma máquina de costura e que tem duas pessoas que estão dispostas a lhe ensinar. Esse encanto pela costura teve como um dos disparadores sua experiência em uma oficina de costura da Rede Gerar de Economia Solidária e Saúde Mental, projeto que foi desenvolvido pela Universidade Federal da Bahia. Ela nos falou com entusiasmo desse projeto:

Olha, era só uma vez por semana que eu tomava (aula), mas fiquei 4 meses lá. E eu queria porque queria que tivesse mais dias, que eu ia, nem que fosse a semana inteira. Mas só tinha uma professora, era uma vez por semana, tinha outras coisas lá, como teatro, viu? Tinha artesanato, mosaico. Mas estava tudo sem vaga. [...]. Assim, aí eu queria ir a semana toda, mesmo que eu tivesse que me virar com o transporte. Eu ia pedir ajuda. Minha filha me daria, pediria aos amigos, para eu pegar meu transporte de ida e vinda para poder eu ir. E também nesse período começou a me ajudar bastante essa ocupação (entrevista com Lourdes).

A trajetória de Lourdes no mundo do trabalho nos informa sobre o lugar das mulheres negras no pós-escravidão. Depois de viver uma infância difícil, Lourdes, com apenas treze anos, passa a morar na casa de pessoas estranhas para ser “criada”. “Criada” aqui utilizo nos dois sentidos do termo, criada no sentido de que aquela família passou a ter a responsabilidade do seu sustento e educação, e criada no sentido de serviçal, de

alguém que exerce o trabalho doméstico em casa alheia. Depois de sair da casa desta família, veio uma sucessão de trabalhos como empregada doméstica que, naquele período, não era uma profissão regulamentada, expondo mulheres como Lourdes a um trabalho análogo ao das mulheres escravizadas. As interlocutoras desta pesquisa que exerceram o trabalho doméstico eram negras, pobres e, infelizmente, viveram essa precariedade do trabalho num momento histórico em que a luta das trabalhadoras domésticas ainda não tinha alcançado a aquisição de alguns direitos, como os pleiteados pela “PEC das domésticas”, Proposta de Emenda Constitucional n. 72 de 2 de abril de 2013, que afetou dois aspectos cruciais da subordinação imposta a estas mulheres, a regulação da hora extra e do trabalho noturno. “Não havia sujeitos de direitos do outro lado e a PEC procura romper com a lógica naturalizada do abuso que, justamente por ser naturalizada, não traz constrangimento ao ser enunciada” (LIMA, PRATES, 2019, p. 152).

Tentando encontrar alternativas, Lourdes consegue um trabalho de carteira assinada, mas não se sustenta, porque, ainda assim, esse trabalho lhe vulnerabiliza, expondo o seu corpo de mulher aos riscos que trabalhar de madrugada pode oferecer. O trabalho autônomo aparece como uma possibilidade de conquistar alguma alforria destes espaços que vulnerabilizam. Lourdes abriu seu próprio negócio sozinha, atuava como gerente, cozinheira, garçonne, tudo ao mesmo tempo, como ela nos diz, “mas também, trabalhando para mim, eu trabalhava o dobro, eu trabalhava o triplo” (entrevista com Lourdes). Com um histórico de exploração no campo do trabalho, chefe de família e “faz tudo” em seu negócio, Lourdes adocece, aparecem os sintomas depressivos e ansiosos. O álcool, ali próximo, ao alcance da mão, se tornou um companheiro diário, um anestésico de fácil acesso para lidar com a dureza cotidiana. Por outro lado, ela nos apontou como o uso do álcool foi desorganizador, dívidas se acumularam, falta de disposição para o trabalho, piora da saúde mental.

Sobre Lourdes ter sido chefe de família, ela nos contou que conviveu em união estável com o primeiro namorado. Aquele sobre o qual já nos referimos, que a motivou a sair da primeira casa onde morava e trabalhava. Lourdes conta que se apaixonou por ele aos 15 anos e que aos 19 anos tiveram seu primeiro filho. Ela conta que pensou em abortar essa criança, mas o namorado disse que deveriam ter o filho e a chamou para morar com ele. Um ano depois tiveram a segunda filha. Viveram em união estável por cerca de sete anos, mas Lourdes decidiu se separar, porque achava que ele era “mulherengo”, o que era motivo para ciúmes e brigas. Contou também que ocorreram episódios de violência

psicológica e física, que ela voltava diversas vezes para a casa da mãe por conta destes episódios, até o dia em que ficou na casa da mãe de vez. Na época sua mãe não residia mais na casa original que construiu, Lourdes foi dividir essa casa com uma irmã e mais tarde construiu sua própria casa na laje.

Algum tempo depois que voltou para a casa de sua mãe, Lourdes entrou em outro relacionamento. O pai de seus filhos tirou o menino de casa por não querer que outro homem o criasse, levou o filho para a casa da avó paterna, deixando apenas a menina com Lourdes. Lourdes conta que ainda assim era ela que mandava o dinheiro das despesas do menino. Ela conviveu durante 12 anos com esse segundo companheiro. Não tiveram filhos, na única gravidez que teve desta relação Lourdes decidiu pelo aborto, pois não queria ter mais filhos. Lourdes conta que se separaram por conta da descoberta de que ele lhe traía com outra mulher e que esta estava grávida. Disse ter tido uma relação mais tranquila com esse homem do que com o primeiro companheiro e que são muito amigos até os dias de hoje. Lourdes afirma que, depois deste relacionamento, não quis mais morar com ninguém. Namora quando aparece alguém que lhe interessa, mas sem a pretensão de morar junto. Sobre isso ela nos contou no grupo de mulheres:

Mesmo com meu empoderamento de trabalhar, mas eu colocava esta parte sentimental como foco, porque eu achava que, pelo fato de eu ter dois filhos, eu teria que estar com o pai, apesar das brigas, ao ponto de haver violência física. [...]. Então eu pus em questão de ter alguém do meu lado para repartir carinhos, atenções, conversas, ou ter alguém ao meu lado para, no momento de desentendimento, bate boca, empurrões, violências, agressões verbais de ambas as partes, porque, modéstia parte, eu não ficava calada, se me xingava, eu rebatia com xingamento, se viesse me empurrar, eu empurrava também. Então aquele tipo de coisa para mim não era agradável, não se tornou agradável. Então, desde quando veio a segunda separação, eu analisei em mim e na minha vida, nas minhas condições emocionais, que eu não precisava e que eu não queria mais aquilo para mim. Por isso eu digo hoje, hoje eu estou só por opção (relato de Lourdes para o grupo de mulheres).

Pudemos perceber, pelo relato de Lourdes, que ela sempre foi uma mulher responsável pelo seu próprio sustento e pelo sustento dos seus filhos. Mesmo tendo convivido com o pai de seus filhos e com um segundo companheiro, seus relatos nos mostram que ela era a principal responsável pelo sustento da família, uma realidade comum entre as mulheres negras de baixa renda. Desde a história de vida de sua mãe e se estendendo à história de Lourdes, percebemos a marca da matriarcalidade, conceito que aqui utilizo de acordo com Maria Gabriela Hita (2014), que trata em seu trabalho “A Casa das mulheres n’outro terreiro” sobre famílias negras baianas onde a chefia feminina é marcada pela posse da casa, recursos materiais para prover a família, força, autonomia e determinação. Tal matriarcalidade é caracterizada pela centralidade da relação entre mães

e filho/as, pela consanguinidade, não pela relação entre mulheres e homens que venham a fazer parte da família pelas relações eróticas ou amorosas.

Ainda assim, como ela mesma destaca em seu relato no grupo de mulheres, em parte de sua vida Lourdes colocou a vida amorosa como foco, relato que corrobora com o que a autora Valeska Zanello (2018) nos descreve como a captura pelo dispositivo amoroso. A autora considera que as mulheres, ao se subjetivarem através do dispositivo amoroso, têm o amor como centro deste processo de subjetivação a partir de um ideal de relação heterossexual sempre marcada pela assimetria afetiva e por uma relação consigo mesmas mediada pelo olhar de um homem que as escolha.

Além do dispositivo amoroso, a autora vai falar sobre o dispositivo materno, que diz respeito à associação entre maternagem (capacidade de cuidar) e a capacidade de procriar, fazendo com que a mulher seja demandada culturalmente a ser procriadora e cuidadora (ZANELLO, 2018). Vemos que, na trajetória de Lourdes, estes dois dispositivos aparecem no modo como ocupa o lugar de mãe e esposa. Enquanto mãe, ela centralizava o cuidado dos filhos, mesmo que compartilhando com outras mulheres as quais pagava para cuidar deles; enquanto esposa, ela tentou colocar a vida amorosa como centro, a despeito de a relação lhe trazer sofrimentos. Tal realidade vai se modificando à medida que Lourdes amadurece e começa a priorizar a si mesma, cuidar de si, impor limites aos homens e às pressões sociais de que ela cumpra os papéis ditados por estes dispositivos, ocupando cada vez mais um lugar de matriarca.

As práticas de cuidado possíveis para Lourdes dentro deste contexto familiar tiveram como limitadores estas vivências fortemente marcadas pelo gênero e pela raça, onde a vulnerabilidade às violências, as relações amorosas marcadas pelo machismo, o lugar esperado de cuidadora, atravessaram as possibilidades de ela construir cuidado junto aos familiares. Ainda assim, ela trouxe em sua narrativa a importância do apoio de parentes e da filha:

Porque eu não aceitava que eu estava doente, eu achava que poderia parar a qualquer hora, sozinha. [...]. Então eu fui vendo a necessidade de eu ter uma coisa financeira que eu pudesse contar. Passei a depender de ajuda financeira de parente e da minha filha. Eu tenho um casal, mas nesse ponto, só foi minha filha. [...] Aí ela sempre, "minha mãe, a senhora tem que sair dessa" (entrevista com Lourdes).

Figura 17 - Café comemorativo de aniversário de Lourdes feito por sua família



Fonte: Foto produzida por Lourdes

Parte importante do cuidado de si para Lourdes foi a sua inserção no ambiente religioso. Ela conta que, quando jovem, foi criada em um ambiente onde catolicismo e candomblé se misturavam. Na idade adulta, chegou a frequentar a Igreja Universal, mas de modo temporário. Numa atividade do grupo de mulheres cujo tema foi religião, ela nos contou que há dez anos ela foi confirmada no Candomblé e que em seu Ilê ocupa o cargo de “ekedi”, uma espécie de mãe (cuidadora de Orixá). Sobre sua inserção neste ambiente religioso, ela nos diz:

Porque para mim o que acontece no meu Ilê é uma coisa fantástica, que me completa, é família, a gente se reúne, é muito bonito e muito bom, sabe? Todas as coisas que a gente vive, todos os rituais. Na hora, no dia, na data, nos horários, todo mundo se reúne, todo mundo está junto, é minha segunda família, é uma segunda família. Todo mundo com muito respeito, com muita consideração. Eu tenho um cargo dentro do meu Ilê, que eu sou ekedi. [...]. Eu sou ekedi, e ekedi dentro do ritual do candomblé foi escolhido pelos orixás como mãe (relato de Lourdes para o grupo de mulheres).

Diversas vezes, no grupo de mulheres e nas entrevistas individuais, Lourdes se refere à importância da religião no cuidado de si e na regulação do uso de álcool. Ela

conta que passou quatro meses morando no terreiro na tentativa de reduzir o uso, disse que foi um período muito importante para que ela se desse conta da magnitude do seu problema com o álcool. Sobre esse período no terreiro, ela nos contou:

Então, foi nessa época que eu comecei também a me degradar mais ainda e as pessoas que queria me ajudar, minha filha, meu babá, pessoas ao meu redor e aí eu fui para lá (terreiro) e fiquei quatro meses. Lá eu tinha uma possibilidade de mexer com as plantas, mexer com os bichos. E aquilo realmente começou a me fazer bem, porque, se eu me levantasse de manhã, eu às vezes saía andando, futucando, cortando galhos e plantas para que fosse uma distração pra mim, na minha cabeça, para eu não ficar martelando, pensando no álcool. [...] Eu comecei a sentir muita vontade de vir embora. Não por maltrato, era muito bem tratada e respeitada. E, depois, então, que o pessoal soube que tinha que me policiar e cuidar de mim, começou a ter um cuidado sufocante, não é? Comecei a me sentir sufocada com aquele cuidado o tempo todo, de tudo (entrevista com Lourdes).

Lourdes nos contou que, além da permanência no terreiro, seu babalorixá também lhe propôs que fosse a uma consulta médica no Pronto Atendimento Psiquiátrico de Salvador, onde conhecia alguém que poderia atendê-la. Ela conta que foi a essa consulta e que saiu de lá com medicamentos prescritos e um encaminhamento para o CAPS AD de Camaçari, visto que seu terreiro se localiza neste município. Deu início ao acompanhamento neste CAPS AD e, depois de algum tempo, resolveu retornar para sua casa em Salvador, pois se sentia algumas vezes sufocada pela supervisão de todos no terreiro e achava que estava preparada para controlar o uso do álcool em casa. Ao retornar para Salvador, as idas para o CAPS AD de Camaçari ficaram trabalhosas, por isso pediu para ser transferida para o CAPS AD de Salvador, onde ela faz acompanhamento até hoje.

Figura 18 - Oferenda produzida e ofertada por Lourdes



Fonte: Foto produzida por Lourdes

O acompanhamento de Lourdes nos CAPS AD sempre foi permeado pela importância do cuidado produzido com a comunidade do terreiro. Clarice Portugal et al. (2019), ao tratarem das trajetórias de desinstitucionalização de adeptos do candomblé, referem que a mãe ou pai de santo ocupa importante lugar de agente ativo na busca e acesso de cuidados em saúde para os seus filhos de santo, seja este cuidado dentro ou fora do terreiro, nos serviços de saúde. Além disso, Clarisse Portugal e Mônica Nunes (2020) destacam que este cuidado não diz respeito apenas ao modo de agir das lideranças religiosas do terreiro, mas se distribui entre todos os seus membros. A própria Lourdes refere, neste trecho de sua narrativa, como ocupa um lugar de cuidado no terreiro e como isso repercute na necessidade de que ela cuide de si:

E às vezes eu bebia fora e voltava embriagada para dentro do Ilê. Então eram momentos que, no outro dia, quando falavam, eu me decepcionava comigo mesmo. Eu ficava com vergonha perante aquelas pessoas. Sábado e domingo, lá tem função, que a gente chama lá o nome função. Então é o período que muitos filhos, ou quase todos de fora, vêm para o Ilê. Então como eu ficava perante aqueles filhos todos, para eu dar um exemplo? Tudo isso já foi muito conversado na minha cabeça por pessoas com hierarquia mais alta também,

com posto mais alto, com posto igual ao meu, mesmo não sendo da casa, mas frequentadora da família, né? Família do axé. “Você é a primeira, você é quem tem que dar o maior exemplo, é você, você é a primeira do Ilê Toloya”. E isso também foi me ajudando muito (entrevista com Lourdes).

Este trecho da narrativa de Lourdes vai ao encontro do que Portugal e Nunes (2020) afirmam sobre a relação entre o conceito de cuidado de si em Foucault e o cuidado implementado por adeptos do candomblé:

Mesmo passando por uma série de percalços em suas existências e itinerários terapêuticos, observamos que ocorre uma interessante inversão, de forma que o ponto final dessas linhas de cuidado deixa de ser o cessar do sofrimento ou a resolução das demandas e passa a se pautar na construção de um lugar de abertura em que o “cuidar do outro” passa a ser também um “cuidado de si” nos termos foucaultianos (p. 125).

Figura 19 - Arranjo confeccionado por Lourdes para festa no terreiro



Fonte: Foto produzida por Lourdes

Dessa forma, Lourdes encontra na experiência do terreiro uma dupla forma de cuidado, o cuidado que seu babalorixá e os outros membros constroem com ela para lidar com o uso do álcool, assim como o cuidado de si que ela constrói a partir da necessidade de cuidar dos outros filhos de santo e exercer aí também um lugar de matriarca. Essa

potência da religião parece ser levada em conta por sua técnica de referência no CAPS AD. Em entrevista individual à técnica de referência de Lourdes, ela nos diz:

Talvez pelas questões dela, que ela trazia muito para mim, da questão da religião dela de matriz africana, aí eu comecei a fazer o tratamento nessa linha do empoderamento, que eu disse a ela, “você é tão potente, você conhece tanto a religião de matriz africana, porque não se aproximar mais desses orixás que te protegem, para que você consiga ser melhor orientada, seguindo um tratamento mais bacana?”. Porque ela, quando veio para mim, ainda fazia muito o uso do álcool. E aí, todas as vezes que a gente se atendia, porque ela trazia para mim o ensinamento da religião de matriz africana e até hoje ela me ensina várias coisas sobre a religião, eu acho que essa aproximação da gente enquanto mulher de religião de matriz africana e negras, eu acho que deu um feedback bem bacana no nosso tratamento. Lourdes se engajou verdadeiramente nisso (entrevista com a técnica de referência de Lourdes).

Podemos perceber, na fala da técnica de referência, um construir conjunto desse cuidado, um construir onde os saberes da profissional e de Lourdes se fusionam, se influenciam mutuamente, como em um círculo hermenêutico (GADAMER, 1999), onde a técnica de referência compreende Lourdes a partir de sua cultura, gerando um novo saber que estrutura esse processo de cuidado e traz novas ferramentas para o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Aí podemos identificar, também, um cuidado implementado nos moldes da lógica do cuidado proposta por Mol (2008), a partir de um trabalho conjunto entre profissional e paciente, onde o paciente é membro da equipe de atendimento, sujeito ativo do processo de cuidado.

Sobre o seu processo de cuidado, Lourdes refere que o seu PTS se estrutura a partir de seu cuidado no CAPS AD, com a participação em algumas oficinas e grupos terapêuticos, acompanhamento pela técnica de referência e pelo profissional da psiquiatria; fora dos muros do CAPS AD, seu PTS é composto pelo acompanhamento na Atenção Básica, relacionado a um quadro de diabetes que desenvolveu devido ao alcoolismo; pelo fortalecimento de sua participação no ambiente religioso; pelo apoio familiar, do qual destaca papel importante da relação de cuidado que estabelece com sua filha; e, mais recentemente, a partir da observação em campo, poderíamos incluir a participação de Lourdes em movimentos sociais ligados ao feminismo negro e à luta antimanicomial. Lourdes refere o desejo de incluir nesse Projeto atividades de geração de renda, como a experiência que teve na Rede Gerar de Economia Solidária e Saúde Mental, que, infelizmente, está com suas atividades suspensas no momento.

Com a implementação deste Projeto Terapêutico, Lourdes conseguiu alcançar uma modificação no seu modo de se relacionar com o álcool. Ela refere fazer uso de álcool de forma pontual e recreativa na maior parte do tempo, com pequenas oscilações

que estão relacionadas ao surgimento de problemas, principalmente questões familiares. Com o conhecimento que ela construiu, nestes anos de implementação do cuidado, ela consegue identificar os motivos destas oscilações e buscar apoio em sua rede de suporte para lidar com os sofrimentos.

### **3. Lourdes, histórias que contamos através dela.**

Voltando à percepção sobre a qual falamos para vocês, sobre Lourdes ser vista pelas mulheres do grupo como uma “mais velha”, imaginamos que as histórias contadas no tópico anterior começam a dar sentido a essa nossa percepção. Lourdes tem uma história admirável de superação das adversidades, uma história permeada pelo uso de diversas ferramentas que ela vai combinando, construindo cuidado com atores diversos, criando uma espécie de bricolagem que, como nos sugere Mônica Nunes (2018), “combina, de forma casual, improvisada e oportuna, uma variedade de microações, múltiplos trânsitos e uma rede de interações, configurando um conjunto de possíveis em situações de vida de diversas necessidades não satisfeitas” (p. 304).

Essa bricolagem aparece, não só na narrativa de Lourdes, mas nas narrativas de outras mulheres do grupo. No espaço grupal, elas têm a oportunidade de trocar experiências sobre esses modos de cuidar de si, sobre essas construções do cuidado com os outros, sobre as histórias que se cruzam em suas afinidades, diferenças e vão permitindo uma reflexão sobre a realidade de cada uma e suas potencialidades de transformação. Sobre o grupo, Lourdes nos disse:

Eu gostava muito quando tinha (primeira versão presencial do grupo), eu fazia questão de esperar o horário do grupo pela tarde, eu ia segunda pela manhã, mas já fazia questão de ficar à tarde. Aí foi ficando escasso (no início da pandemia do COVID-19) e para mim me fez uma falta também, porque, no grupo, o que eu não via antes, não tinha antes de começar a me tratar, essa visão de que tinha muitas pessoas com problema idêntico, piores até do que o meu, e aí a gente se identificava (entrevista com Lourdes).

A aposta da primeira autora deste artigo, ao criar o grupo de mulheres inspirado na técnica dos grupos operativos, era justamente utilizar esta identificação entre as mulheres como um facilitador de formação de vínculos e de trocas de experiências entre elas. Esse vínculo é essencial para que elas possam, não só construir um espaço de pertença ao grupo e confiança nos pares, mas também para permitir que mudanças no modo de se relacionar com outras pessoas significativas e com o uso de drogas possam acontecer (PICHON-RIVIÈRE, 2009).

A formação do que Pichon-Rivière (2009) vai chamar de Esquema Conceitual Referencial Operativo (ECRO), constituído a partir dos esquemas conceituais que cada integrante traz individualmente e que, em interação no espaço grupal, se transforma e forma um esquema grupal, só é possível a partir da formação do vínculo. O ECRO é composto por um conjunto de conhecimentos e experiências a partir do qual os sujeitos agem e lidam com as suas realidades. Esse compartilhamento de um novo esquema referencial pode propiciar reaprendizagens, restabelecimento de redes de comunicação atingidas pelo adoecimento e quebras de resistência à mudança.

O que pudemos observar, a partir da história de Lourdes e das narrativas de outras mulheres que participam deste grupo, é que a capacidade de adaptação ativa à realidade e as possibilidades de modificação de si se fortalecem neste espaço grupal. A história de Lourdes inspira as outras mulheres em seus processos de mudança, assim como Lourdes se sente amparada entre “iguais” para seguir construindo o seu cuidado a partir das histórias das outras mulheres. Este movimento, onde os papéis exercidos no grupo são flexíveis e móveis, circulando entre as participantes de forma funcional, colabora para que as mulheres adquiram consciência de sua própria identidade e da identidade das outras, assim como construam novos entendimentos sobre as realidades que vivem e sobre as possibilidades de modificação de si mesmas e do seu entorno.

Dessa forma, ter como inspiração os grupos operativos implicou na possibilidade de acessar o ECRO de cada mulher e do grupo, o que nos forneceu informações valiosas sobre suas formas de pensar, sentir e atuar no mundo e como elas podem também pensar, sentir e atuar no mundo de formas diferentes a partir de um ECRO grupal. Este ECRO grupal vem se construindo a partir da discussão de diversos temas que emergem no grupo e que giram em torno, principalmente, de questões relacionadas ao lugar social das mulheres em nossa sociedade patriarcal e capitalista, especialmente o lugar das mulheres negras (maioria no grupo), e a implicação deste lugar na produção de seus sofrimentos e no modo como se relacionam com as drogas. O que vem sendo construído pelo grupo é um conhecimento que se dirige ao enfrentamento individual e coletivo destas questões, seja através de mudanças nos comportamentos individuais de cada participante, mas, principalmente, através de um tensionamento provocado pela figura da coordenação, de que é necessário o fortalecimento de vínculos e o reconhecimento deste lugar social para o enfrentamento de questões que parecem individuais, mas são coletivas.

Assim, a formação de um ECRO grupal vem construindo uma espécie de coalizão que pode nos remeter à necessidade de coalizão entre as mulheres não brancas trazida

pelo feminismo decolonial. Lugones (2014) propõe o conceito de colonialidade do gênero a partir da compreensão do lugar das mulheres não brancas no processo de colonização. Segundo a autora, a mulher colonizada não era vista como mulher, mas como fêmea, logo não existe a categoria “mulher colonizada”, visto que nenhuma fêmea colonizada era considerada mulher, com suas características de feminilidade. A autora acrescenta que as fêmeas racializadas passaram de animais a símiles de mulher em tantas versões quantas foram necessárias para os processos do capitalismo e que sofreram muitas violências.

Desta forma, a compreensão da dor e do sofrimento que estão relacionados ao uso de drogas, em países de origem colonial, precisa levar em consideração a marca da colonialidade de gênero nestas vivências, oportunizando o desvelamento de situações existenciais relacionadas à dificuldade de lidar com feridas profundas que podem advir de diversas opressões e apagamentos de si em suas experiências de vida. Neste contexto, o uso de drogas pode se configurar como uma forma de não entrar em contato direto com a realidade, pois ela é causadora de sofrimento. O problema é que esse uso pode se tornar incontrolável, a busca pelo prazer, ou pelo distanciamento da realidade, pode se tornar incessante. Pudemos observar, na trajetória de Lourdes, como ser uma mulher negra e pobre lhe tornou vulnerável a experiências de privação material, à exploração da sua mão de obra e à violência doméstica, assim como pudemos observar como o uso contínuo do álcool se tornou uma válvula de escape para lidar com os sentimentos de tristeza e ansiedade provocados pelas feridas que carregava.

Como modo de enfrentamento da colonialidade do gênero, o feminismo decolonial busca, na compreensão da relação oprimir – resistir, o que resiste nas mulheres subalternas, apesar do processo colonizador. No processo da colonialidade, há um encontro tenso no qual se produz a dominação colonial, mas neste encontro há algo na/o colonizada/o que não se rende completamente ao processo, criando aí um lócus fraturado onde se expressa a diferença colonial. O sistema capitalista global não é exitoso em todos os sentidos na destruição das culturas locais, há um processo contínuo de resistência/opressão até os dias de hoje. É isso que resiste, que habita essa tensão num lócus fraturado, que nos informa sobre a subjetividade da/o colonizada/o (LUGONES, 2014).

Lugones (2014) nos diz que a tarefa da feminista decolonial é partir da diferença colonial e largar o encantamento com a ideia universal de “mulher” para aprender sobre como outras mulheres de cor resistem à diferença colonial num movimento de coalizão. O lócus fraturado é comum a todas e é nas histórias de resistência onde devemos residir

e aprender umas sobre as outras. Nesse lócus se torna possível enxergar os modos de ser que são antitéticos à lógica do capital, ou seja, as recriações, adaptações, rejeições, adoções, desconsiderações e integrações que compõem os modos de resistência. Ao deixar clara essa tarefa da feminista decolonial, a autora ressalta que tal empreitada só é possível em coalizão, em comunidade, produzindo novas formas de relação que contraponham os valores individualistas, dicotômicos, hierarquizados e deem lugar ao comunalismo, afirmando e fortalecendo a relação dos entes entre si.

Neste sentido, podemos nos apropriar de um mecanismo de avaliação dos grupos operativos para refletir sobre a trajetória de Lourdes. De acordo com Pichon-Rivière (2009), os grupos operativos atuam em dois níveis, tanto no nível individual como grupal. Por isso, ao analisar as atividades do grupo, é necessário fazê-lo a partir de duas posições, da vertical, centrada na singularidade de cada integrante e sua história pessoal, e na horizontal, a partir da funcionalidade do grupo como um todo.

Ao analisarmos a história pessoal de Lourdes, em um movimento vertical, podemos perceber como o fortalecimento de sua identidade enquanto mulher negra, seja através do modo como foi criada por sua mãe, seja pela participação em religião de matriz africana, assim como pela visibilização e valorização de sua negritude por profissionais do CAPS AD, contribuíram para a construção de uma consciência de si, enquanto mulher negra, positivada. Tais contribuições reconhecem, de alguma forma, o lócus fraturado e valorizam o que resiste em Lourdes, a cultura de seus ancestrais vindos de África e a herança de sua família materna. O trecho de narrativa que trazemos a seguir, expressa um tanto dessa consciência de si que Lourdes carrega:

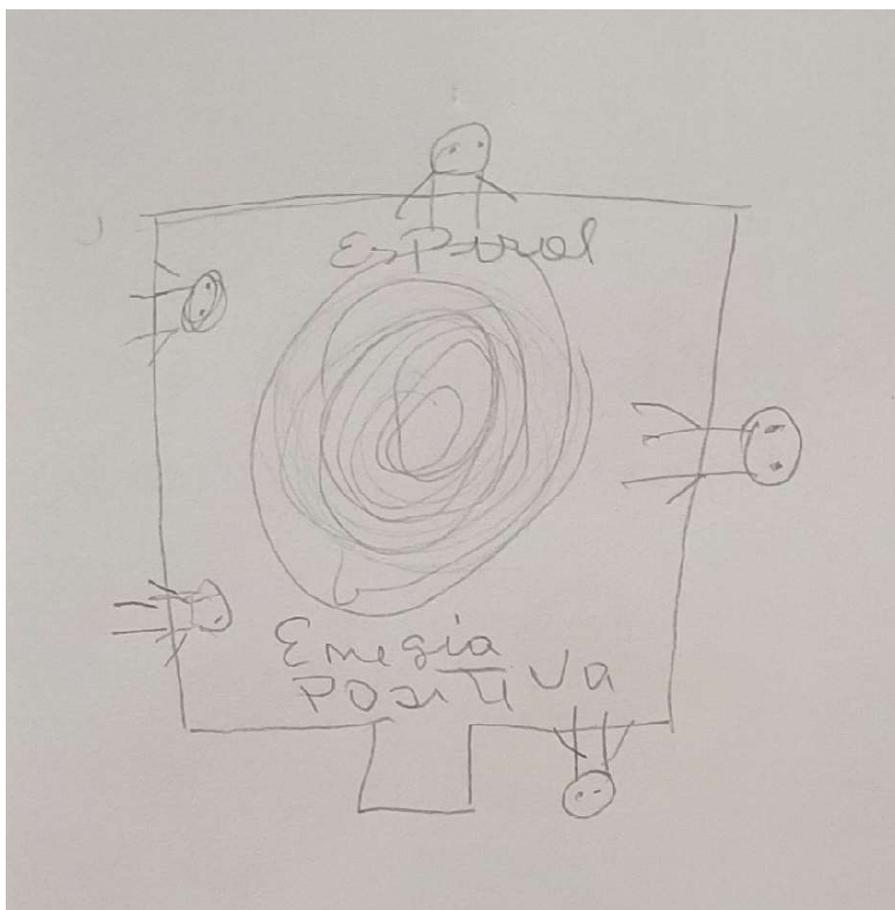
Eu acho que eu bateria boca para defender, entraria em conflito com qualquer um para defender a minha religião e a minha cor e a minha posição. Então eu sou uma pessoa assim. Eu não tenho um grau de instrução elevada, mas também não aceito certas coisas. Mesmo que eu pronuncie a palavra errada, escreva errado, mas eu não me rebaixaria. Mas é o que eu digo, eu tive uma mãe analfabeta, mas uma mulher que sempre fazia a gente levantar nosso queixo, mesmo sendo mulher (entrevista com Lourdes).

Numa análise em nível grupal, esta consciência de si trazida por Lourdes vem sendo aguçada e reforçada continuamente no grupo de mulheres, assim como sua história, como nos diz Lugones (2014), gera uma oportunidade de aprendizado para as outras mulheres. Nesse movimento espiralado, típico do funcionamento dos grupos operativos, a história de resistência de Lourdes se encontra com outras histórias de resistência das outras mulheres, cada uma com suas singularidades, assim como se encontra com as intervenções produzidas pela coordenação do grupo. Desse encontro de histórias e

intervenções, surge um novo emergente grupal, uma síntese, que fecha uma volta da espiral do acontecer grupal com novos aprendizados para todas, aprendizados que apontam para a sustentação e fortalecimento das subjetividades e para a visibilização da potência do vínculo entre elas. O trecho abaixo, retirado da entrevista com Lourdes, ilustra esse movimento de vínculo e coalização que começa a se formar, assim como o desenrolar do aprendizado que ocorre entre elas nesse processo:

É por isso que, quando a gente se falava no virtual (grupo de mulheres virtual no período da pandemia do COVID-19), eu lhe dizia, eu me sinto privilegiada de muitas coisas, porque é o grupo que tem me mantido e me fortalecido bastante. Sem falar agora que a gente voltou para o presencial. Esse contato com as meninas, nossa conversa. Eu falei com Kátia Flávia hoje, “vamos marcar nós, um encontro fora, ir ao parque”. Aí ela disse, “faça, faça que é interessante mesmo, eu quero, porque você é mais assim”, eu disse “não, não fique sempre se diminuindo, qualquer uma de nós somos capaz”. [...]. A gente pode ir para a praia, não significa que a gente tem que consumir álcool, a gente pode ir para uma praia, se unir, a amizade lá fora continua (entrevista com Lourdes).

Figura 20 – Desenho confeccionado por Lourdes sobre o grupo de mulheres



Fonte: Foto produzida pela primeira autora do artigo

A partir desse movimento de coalizão, que se inicia no grupo de mulheres do CAPS AD, Lourdes também tem participado de outros coletivos. Em dois dos encontros do grupo de mulheres convidamos Helisleide Bonfim, representante da Associação Papo de Mulher, um coletivo feminista antimanicomial formado por mulheres em sofrimento mental, para falar sobre a associação e sobre a importância do coletivo para o fortalecimento das mulheres. Depois do primeiro encontro, Lourdes demonstrou interesse em participar da associação, sendo atualmente membra ativa deste coletivo. A partir do Papo de Mulher, Lourdes acessou também outros coletivos, como a Associação Metamorfose Ambulante de Usuários e Familiares do Serviço de Saúde Mental (AMEA), em relação à qual está em processo de aproximação, assim como participou do 13º Acampamento Estadual das Mulheres do Campo e da Cidade, promovido pelo Movimento Sem Terra (MST).

Figura 21 - Participação de Lourdes no Acampamentos de Mulheres



Fonte: Foto produzida por Lourdes

A trajetória de Lourdes, o modo com ela desenvolve o cuidado de si, a construção do cuidado com o CAPS AD, a sua religiosidade, os seus vínculos familiares, a consciência positivada de sua negritude, a sua afiliação aos coletivos, tudo isso faz dela uma corporificação do processo decolonizador. O corpo de mulher negra de Lourdes, “a primeira no Ilê Toloya”, é um corpo potente, ganhando cada vez mais autonomia e liberdade. É um corpo em processo de decolonização. O corpo de Lourdes no mundo nos lembra, em nosso contexto brasileiro, latino-americano, de onde viemos, dos ventres negros que nos trouxeram a essa terra, da sabedoria de nossas ancestrais, mas, principalmente, para onde queremos ir, para o alcance de uma sociedade menos desigual

e mais equânime, com condições sociais e de saúde mais dignas para todas, mas que não conseguiremos chegar lá sozinhas.

#### **4. Lourdes, filha de Yansã e Omolu.**

Um dia Oiá foi enviada por Xangô às terras dos baribas.  
De lá ela traria uma poção mágica,  
cuja ingestão permitiria cuspir fogo pela boca e nariz.  
Oiá, sempre curiosa, usou também a fórmula,  
e desde então possui o mesmo poder de seu marido.

Reginaldo Prandi, 2000, p. 404.

Em um dia de atividade externa do grupo de mulheres, fomos fazer uma visita a um museu. Neste museu acontece a exposição de um vídeo sobre as festas populares de Salvador e, no momento que chegamos a esta exposição, o tema do vídeo era a festa de Santa Bárbara. O vídeo fazia referência ao sincretismo religioso entre candomblé e catolicismo, e explicava que Santa Bárbara era sincretizada com Iansã (também chamada de Oiá). Lourdes nos contou neste momento que ela é filha de Iansã e Omolu. Iansã, que traz em sua mitologia histórias do uso de muita perspicácia, inteligência, astúcia e sagacidade na luta pela sobrevivência. Iansã usava de diversas táticas para aumentar o seu poder e conseguir os seus objetivos, uma delas era se apropriar dos poderes dos orixás com quem se relacionava, adquirindo, entre outros poderes, o domínio da espada, do fogo e dos raios (PRANDI, 2000). Assim como Iansã, Lourdes precisou guerrear para garantir sua sobrevivência, aprender com as relações pelas quais passou, amadurecer a ponto de colocar a si mesma em primeiro plano e, assim, seguir construindo, paulatinamente, o maior poder de todos, aquele de conhecer a si mesma para cuidar de si e dos outros.

Também filha de Omolu (também conhecido como Obaluaê), orixá que aprendeu a curar as próprias chagas, que ficou conhecido pelo domínio dos segredos da vida e da morte (PRANDI, 2000), Lourdes precisou lidar com as suas chagas, com seu sofrimento psíquico e social, aprender a arte de tecer o cuidado, construindo suas bricolagens e buscando sustentação nas mãos que se estenderam a ela pelo caminho. Assim como Omolu, Lourdes também compartilha sua cura, seu cuidado, seus aprendizados com os outros, seja no grupo de mulheres do CAPS, seja como ekedi em seu Ilê, ou como mãe, irmã, tia, amiga.

Escolhemos falar sobre o nosso encontro com Lourdes neste artigo, porque sua trajetória é um exemplo vivo de que olhar de modo interseccional para as realidades das mulheres que chegam até nós, profissionais de saúde, é parte essencial do processo de

cuidado. A trajetória de Lourdes nos aponta para a importância da implementação e valorização de práticas decoloniais nos serviços de saúde, tais como o apoio ao livre exercício das religiões de matriz africana, valorização da identidade e cultura negras, incentivo à formação de vínculos, coalizões e coletivos, atividades que levem em consideração as matrizes de opressão que atravessam as existências das mulheres negras e a necessidade de produzir autonomia com liberdade e equidade, na contramão da colonialidade do gênero. O campo da Saúde Coletiva deve ter, dessa forma, o compromisso de construir com estas mulheres conhecimento que possa fundamentar a construção de uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial que se proponha também a ser feminista, antirracista e decolonial.

Ainda tratando sobre a construção do cuidado e a força das coalizões, finalizamos este artigo com a mitologia dos orixás:

*Obaluaê tem as feridas transformadas em pipoca por Iansã*

Chegando de viagem à aldeia onde nascera,  
Obaluaê viu que estava acontecendo  
uma festa com a presença de todos os orixás.

Obaluaê não podia entrar na festa,  
devido a sua medonha aparência.

Então ficou espreitando pelas frestas do terreiro.

Ogum, ao perceber a angústia do orixá,  
cobriu-o com uma roupa de palha que ocultava sua cabeça  
e convidou-o a entrar e aproveitar a alegria dos festejos.

Apesar de envergonhado, Obaluaê entrou,  
mas ninguém se aproximava dele.

Iansã tudo acompanhava com o rabo do olho.

Ela compreendia a triste situação de Omolu  
e dele se compadecia.

Iansã esperou que ele estivesse bem no centro do barracão.

O *xirê* estava animado.

Os orixás dançavam alegremente com suas *equedes*.

Iansã chegou então bem perto dele  
e soprou suas roupas de *mariô*,

levantando as palhas que cobriam sua pestilência.

Nesse momento de encanto e ventania,  
as feridas de Obaluaê pularam para o alto,  
transformadas numa chuva de pipoca,  
que se espalharam brancas pelo barracão.

Obaluaê, o deus das doenças, transformou-se num jovem,  
num jovem belo e encantador.

Obaluaê e Iansã Igbalé tornaram-se grandes amigos  
e reinaram juntos sobre o mundo dos espíritos,  
partilhando o poder único de abrir e interromper  
as demandas dos mortos sobre os homens.

Reginaldo Prandi, 2000, p. 261-262.

## 14 CONSIDERAÇÕES FINAIS

[...]. E acredito, acredito sim  
 que os nossos sonhos protegidos  
 pelos lençóis da noite  
 ao se abrirem um a um  
 no varal de um novo tempo  
 escorrem as nossas lágrimas  
 fertilizando toda a terra  
 onde negras sementes resistem  
 reamanhecendo esperanças em nós.

Conceição Evaristo, 2017, p. 13.

Gostaria de começar essas considerações finais rememorando o motivo de eu ter chegado até aqui, de ter percorrido toda essa trajetória que vocês puderam acompanhar na leitura que agora se aproxima do final. A mulher, a pesquisadora, trabalhadora de CAPS, técnica de referência da gestão estadual de saúde mental que iniciou esta pesquisa, era uma mulher com o desejo de fazer da sua experiência com o grupo de mulheres do CAPS AD, assim como das diversas interrogações que cresciam dentro dela no cotidiano da gestão, material para estudo e produção de conhecimento. Aqui, neste momento de finalização, posso dizer que alcancei esse objetivo, que ele me oportunizou conhecimentos que me pareciam distantes ou que eu nem mesmo vislumbrava. Mais do que isso, essa trajetória proporcionou o aprofundamento das minhas relações com mulheres incríveis com quem eu construo cuidado cotidianamente. Não só cuidei delas, elas cuidaram de mim, compartilharam comigo muitas histórias e conhecimentos de uma forma muito generosa. Elas seguem comigo, me lembrando como o cuidado entre mulheres é uma ferramenta potente.

Com o caminhar da construção do projeto de doutorado e com a vivência híbrida de pesquisadora/psicóloga no campo de pesquisa, fui compreendendo mais e mais que era sobre esse cuidado potente construído entre mulheres, mas também entre mulheres e profissionais de saúde, de que se tratava essa tese. É uma tese sobre cuidado decolonial, se assim posso dizer. O cuidado decolonial só pode ser construído no encontro, no encontro genuíno que nos permite enxergar a outra, mesmo através da limitação/potência de nossas lentes, em suas múltiplas facetas e atravessamentos. Só quando me proponho a estar ao lado, não acima, não abaixo, mas ao lado de outra mulher, abrindo os caminhos para nos enxergar mutuamente, nos enxergar em nossas complexidades, é que posso trabalhar com uma lógica do cuidado que caminhe no sentido da decolonialidade.

Uma das preocupações desta pesquisa era compreender como a dor e o sofrimento que estão relacionados ao uso de drogas, em países de origem colonial, têm relação com a marca da colonialidade de gênero nas vivências destas mulheres, oportunizando o desvelamento de situações existenciais relacionadas à dificuldade de lidar com feridas profundas que podem advir de diversas opressões e apagamentos de si em suas experiências de vida. As trajetórias aqui abordadas, em maior ou menor profundidade, nos mostraram diversas destas feridas, desde as vivências de violência e abandono no contexto familiar, de opressão e desvalorização no campo do trabalho, as impossibilidades no acesso à educação, a desconfiança e o esgarçamento das redes de sociabilidade, as dificuldades de acesso e acolhimento nos serviços de saúde.

Pudemos perceber como as questões de gênero, raça e classe, entre outros marcadores sociais, davam a “tonalidade” e a forma destas experiências, assim como o uso de drogas era/é um recurso, linha de fuga, anestésico, meio de suportar e sobreviver. Além disso, pudemos buscar no feminismo decolonial os caminhos para construir cuidado no campo da saúde ao lidar com essas feridas. Experimentamos construir vínculo, confiança, coalizão, reconhecimento próprio e reconhecimento mútuo, acolhimento, empoderamento, ocupação dos espaços da cidade e dos movimentos sociais, entre outras estratégias de fortalecimento de si, com as outras.

Dessa forma, essa é uma tese que se construiu junto a um processo de cuidado que não se encerra aqui, vai seguir reverberando nos próximos encontros do grupo de mulheres, nos encontros que terei com novas mulheres que chegarão ao CAPS AD, com as mulheres diversas que cruzarei em minha jornada. Então, a minha devolutiva para as interlocutoras da pesquisa aconteceu no processo em si de construção desta tese e seguirá acontecendo enquanto nosso encontro durar.

Algumas das interlocutoras estão seguindo outros rumos. Quando escrevo essas considerações finais, tenho a alegria de compartilhar que Luciene não tem frequentado o grupo de mulheres há algumas semanas, porque no horário em que se realiza o grupo ela está fazendo um curso de costura industrial que era um grande desejo dela. O mesmo está acontecendo com Vitória, que está se sentindo fortalecida o suficiente para ir morar definitivamente numa cidade do interior do estado, numa cidade onde ela construiu uma linda casa com quintal. Vitória tem passado mais tempo lá do que aqui em Salvador. Kátia Flávia e Lourdes também não devem se demorar neste nosso encontro, pois já estão vinculadas a outras atividades fora do CAPS AD e com perspectiva de iniciar o processo de alta do serviço. Estas quatro interlocutoras também têm algo em comum, elas

conseguiram modificar a relação com o uso de drogas, algumas escolhendo a abstinência e outras o manejo do uso.

A tese nasce junto com o amadurecimento do grupo de mulheres e com as primeiras mulheres saindo do grupo não por abandono da atividade, mas porque a atividade já cumpriu a missão a que se destina. Também nasce com uma renovação do grupo, que recebeu uma nova coordenadora que atualmente divide comigo essa função e com a qual eu tenho o prazer de comungar sobre as perspectivas interseccionais. Os desafios dentro do grupo também se renovam, novas mulheres chegam, com elas suas questões e singularidades, a espiral do grupo operativo segue se desenrolando com novos emergentes, a mudança segue como objetivo, tema, desejo e possibilidade que continua a se abrir a partir dos nossos encontros.

A busca por mudanças se opera não só através do grupo de mulheres, mas nos mais diversos caminhos que a construção do cuidado percorre. Recapitulando os artigos que compõem a tese, os caminhos aqui trilhados passaram pela construção do cuidado realizada pelas interlocutoras nos mais diversos espaços de suas redes informais, que foi ênfase do segundo artigo; na rede de saúde, em especial no CAPS, sobre a qual me focalizei no terceiro artigo; e por fim, o quarto artigo versa sobre como a implementação do cuidado ocorre a partir de um caso emblemático, caso que nos permite enxergar o entrelaçamento das redes formais e informais através da bricolagem produzida pela interlocutora.

O saber sobre a importância das redes formais e informais para o cuidado em saúde mental não é uma novidade, mas pensar sobre essa construção do cuidado de mulheres usuárias de drogas a partir de uma perspectiva feminista decolonial é um movimento ainda incipiente no mundo acadêmico, como mostra o primeiro artigo desta tese. Desta forma, ao trazeremos epistemologias feministas, o feminismo negro, a interseccionalidade e o feminismo decolonial como perspectivas teóricas, como lentes não só de análise, mas que também estão na base do trabalho realizado junto ao grupo, estamos reivindicando espaço para esses pontos de vista que não são novos nos movimentos sociais, mas que ficaram à margem no espaço acadêmico da Saúde Coletiva e nas práticas em saúde.

Collins (2022), ao discutir sobre o conceito de interseccionalidade enquanto uma teoria social crítica em construção, nos diz:

Do ponto de vista metodológico, a interseccionalidade sugere algo muito mais radical a respeito do processo de teorização que a contemplação pacífica feita por uma intelectual solitária isolada do mundo social. Em vez de rejeitar a

experiência e a ação social como dimensões de sua teorização crítica, sugiro que seria melhor a interseccionalidade redefinir a ação social como modo de conhecimento que, por valorizar a experiência, torne possível o fortalecimento da teorização interseccional (p. 28).

Desta forma, Collins (2022) nos aponta que essa teoria social crítica em construção não deve operar apenas no sentido de nos ofertar metáforas para a análise da realidade das mulheres, mas também para apontar o lugar central da experiência e da ação social nos estudos interseccionais. Neste sentido, a interseccionalidade deve ter como horizonte estratégias de ação que possibilitem avanços na resolução de problemas da vida cotidiana e na luta contra estigmas.

A presente pesquisa, que parte da experiência desta pesquisadora que vos fala e que trouxe as experiências de mulheres com problemas relacionados ao uso de drogas, buscou não só trazer aspectos teóricos, resultados que auxiliem no cuidado de mulheres usuárias de drogas, mas também apontar para a potência da utilização da experiência como centro do método de pesquisa, tendo como finalidade não só a produção de conhecimento, mas o impacto na construção de ações que possam trazer mudanças para a realidade das mulheres.

É importante reconhecer que tal metodologia traz limites aos resultados encontrados. A distância ótima que pude operar junto às interlocutoras estava condicionada a um lugar de muita proximidade já construído anteriormente. Tal proximidade se refletiu nas narrativas em maior ou menor grau a depender da interlocutora ou do tema em discussão. Outra limitação diz respeito ao CAPS AD escolhido para realizar a pesquisa, que tem suas singularidades e não necessariamente reflete de forma abrangente a realidade vivida por outros serviços com a mesma especialidade. Podemos também apontar aqui os limites da minha capacidade interpretativa e da dimensão desta tese, o material extraído das entrevistas, dos grupos e dos diários de campo é enorme e poderia me levar por diversos caminhos, recortes, ênfases, mas é necessário fazer escolhas e renúncias. Tais escolhas se refletem na renúncia de discussões relevantes que não puderam ser alcançadas, sobre diversos temas que foram secundarizados, apenas citados ou omitidos.

Estas escolhas tiveram como base a minha tentativa de responder ao objetivo desta pesquisa, “analisar, numa perspectiva feminista decolonial, experiências de cuidado de mulheres que fazem/fizeram uso de álcool e outras drogas”. É um objetivo amplo, que poderia me levar por várias trilhas, mas espero que, ainda assim, a trilha escolhida tenha nos conduzido a algumas respostas, assim como apontado caminhos para outras/os

pesquisadoras/es desbravarem mais profundamente estas florestas. Desejo também que o conhecimento aqui construído possa ser útil para estudantes e profissionais de saúde que estão construindo ou desejem construir cuidado com as mulheres usuárias de drogas e/ou em sofrimento psíquico, que essa tese possa ser motivo de curiosidade sobre o tema, troca de conhecimentos entre colegas e entre profissionais e usuárias dos serviços.

Por fim, espero que essa tese seja mais um disparador para a discussão e construção do conhecimento no que tange aos usos da teoria interseccional e das perspectivas dos feminismos negro e decolonial dentro do campo da Saúde Coletiva. Tal construção do conhecimento é fundamental para o cuidado em saúde mental, para a Reforma Psiquiátrica Brasileira e para o fortalecimento de uma luta que pode se tornar antimanicolonial.

## REFERÊNCIAS

- ABU-LUGHOD, L. ¿Puede haber una etnografía feminista? In: CAICEDO, A. (Org.) **Antropología y feminismo**. Bogotá: Asociación Colombiana de Antropología, 2019.
- ADAMSON, G. **O ECRO de Pichon-Rivière**. Disponível em: <https://www.interpsic.com.br/saladeleitura/textos/ECroPichon.html>. Acesso em: 23 mai. 2023.
- AGUIAR, D. O. **Narrativas de mulheres alcoolistas**: contribuições para a prática da enfermeira no CAPS AD. 2014. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- ALAM-MEHRJERDI, Z., DANESHMAND, R., SAMIEI, M., SAMADI, R., ABDOLLAHI, M., & DOLAN, K. (2016). Women-only drug treatment services and needs in Iran: the first review of current literature. **Daru: journal of Faculty of Pharmacy**, Tehran University of Medical Sciences, 24, 3. <https://doi.org/10.1186/s40199-016-0141-1>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4758153/>. Acesso em: 11 maio. 2019.
- ALBUQUERQUE, C. de S.; NOBREGA, M. do P. S. S. Barreiras e facilidades encontradas por mulheres usuárias de substâncias psicoativas na busca por tratamento especializado. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v.12, n.1, p.22-29, mar. 2016. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762016000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762016000100004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 11 maio. 2019.
- ALENCAR, R.; RAMOS, E. M. L. S.; RAMOS, M. F. H. Violência Doméstica nas Relações Lésbicas: Registros da Invisibilidade. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 174–186, 2018. DOI: 10.31060/rbsp.2018.v12.n1.809. Disponível em: <https://revista.forumseguranca.org.br/index.php/rbsp/article/view/809>. Acesso em: 23 ago. 2024.
- ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O Cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (org.) **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CAPESC/UERJ, ABRASCO, 2006. p. 221-240.
- ANDERSON, E. Feminist Epistemology and Philosophy of Science. **The Stanford Encyclopedia of Philosophy** (Spring 2020 Edition). Disponível em: <https://plato.stanford.edu/archives/spr2020/entries/feminism-epistemology/>. Acesso em: 23 nov. 2020.
- ANDREWS, C.; CAO, D.; MARSH, J.; SHIN, H. The Impact of Comprehensive Services in Substance Abuse Treatment for Women With a History of Intimate Partner Violence. **Violence against women**. v. 17. p.550-67. 2011. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/51081681\\_The\\_Impact\\_of\\_Comprehensive\\_Services\\_in\\_Substance\\_Abuse\\_Treatment\\_for\\_Women\\_With\\_a\\_History\\_of\\_Intimate\\_Partner\\_Violence](https://www.researchgate.net/publication/51081681_The_Impact_of_Comprehensive_Services_in_Substance_Abuse_Treatment_for_Women_With_a_History_of_Intimate_Partner_Violence). Acesso em: 16 jun. 2019.

AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2006, v. 40, n. spe p. 121-132. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000400017>>. Acesso em: 08 dez. 2022.

ARAÚJO, M. de F.; SCHRAIBER, L. B.; COHEN, D. D. Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da Saúde Coletiva. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2011, v. 15, n. 38 p. 805-818. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000039>>. Acesso em: 08 dez. 2022.

ASSIS, D. F.; DE CASTRO, N. T. Alcoolismo Feminino: início do beber alcoólico e busca por tratamento. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 358 - 370, 23 dez. 2010. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7260>. Acesso em: 28 jan. 2020.

ASSIS, J. T. de; BARREIROS, G. B.; CONCEICAO, M. I. G. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 16, n.4, Dez. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142013000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142013000400007&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 06 mar. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142013000400007>.

AYRES, J. R. C. M. **CUIDADO**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009.

AYRES, J. R. de C. M. O cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade. *In*: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. da (org) **Cidadania no Cuidado**: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC, 2011, p. 27-44.

BALLESTRIN, L. América Latina e o giro decolonial. **Revista Brasileira de Ciência Política**, 11: 89-117, 2013.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BIRATH, C. S.; DEMARINIS, V.; STENBACKA, M.; AF KLINTEBERG, B. Women with alcohol problems: the possible significance of personality clustering for treatment planning. **Drug and alcohol review**, v.30(2), p.207–215. 2011. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2010.00221.x> Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21355913/>. Acesso em: 28 jan. 2020.

BIROLI, F. Responsabilidades, cuidado e democracia. **Revista Brasileira de Ciência Política**, nº18. Brasília, setembro - dezembro de 2015, pp. 81-117. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-335220151804>.

BISPO, S. S. **Feminismos em debate**: reflexões sobre os movimentos de mulheres negras em Salvador (1978-1997). 2011. Dissertação (Mestrado em Estudos

Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

BONET, O. Itineranças e malhas para pensar os itinerários terapêuticos de cuidado. A propósito de Tim Ingold. **Sociologia & Antropologia** [online]. 2014, v. 4, n. 2. pp. 327-350. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2238-38752014v422>>. Acesso em: 04 abr. 2022.

BORDO, S.R. O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: JAGGAR, A. M.; BORDO, S. R. (org.) **Gênero, corpo, conhecimento**. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1997.

BRANDÃO, E. R., ALZUGUIR, F. C. V. **Gênero e saúde: uma articulação necessária**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, seção 1. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em 28 de set. de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf)>. Acesso em: 03 outubro 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2007/politica\\_mulher.pdf](https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf). Acesso em 08 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html). Acesso em 23 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 3588**, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588\\_22\\_12\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html). Acesso em 23 out. 2021.

BRIGHT, C.; OSBORNE, V.; GREIF, G. One Dozen Considerations When Working with Women in Substance Abuse Groups. **Journal of psychoactive drugs**. 43. 64-8. 2011. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/51167580\\_One\\_Dozen\\_Considerations\\_When\\_Working\\_with\\_Women\\_in\\_Substance\\_Abuse\\_Groups](https://www.researchgate.net/publication/51167580_One_Dozen_Considerations_When_Working_with_Women_in_Substance_Abuse_Groups). Acesso em: 16 jun. 2019.

BROWN, S.; TRACY, E. M.; JUN, M.; PARK, H., MIN, M. O. Personal network recovery enablers and relapse risks for women with substance dependence. **Qualitative health research**, 25(3), 371–385. 2015. <https://doi.org/10.1177/1049732314551055>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4608244/>. Acesso em: 18 ago. 2019.

BUNING, E. Vinte e Cinco Anos de Redução de Danos: A Experiência de Amsterdã. *In*: SILVEIRA, D. X. ; MOREIRA, F. G. (org.) **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. p. 345-354.

BUSTOS, T. P. Reflexiones sobre una etnografía feminista del Software Libre en Colombia. **Revista Estudos Feministas** [online]. 2010, v. 18, n. 2. pp. 385-405. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-026X2010000200006>>. Acesso em: 12 out. 2021.

BUTLER, J. **Problemas de gênero**. Feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CABRAL, J. F.; CARDOSO, T. P.; LEMES, A. G.; LUIS, M. A. V.; MOLL, M. F.; NASCIMENTO, V. F.; SILVA, R. G. M. Perspectivas de mulheres em recuperação de drogas sobre o tratamento em uma comunidade terapêutica. **Revista Saúde** (Sta. Maria). 2017. 43 (3).

CASANOVA, E. M. de.; BRITES, J. G. Dossiê Trabalho, Cuidado e Emoções. **Século XXI, Revista de Ciências Sociais**, v.9, no 3, Ed. Especial, p.709-719, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/seculoxxi/article/view/48494>. Acesso em: 26 jun. 2024.

CEZAR, L. S. O estatuto da fotografia e a pesquisa etnográfica: direito de uso de imagem e representação autorizada. *In*: FERRAZ, A. L. M. C.; MENDONÇA J. M. (Org). **Antropologia visual: perspectivas de ensino e pesquisa**. Brasília, 2014, p.505-531.

CARNEIRO, S. Mulheres em movimento. **Estud. Av.** 2003. v.17, n. 49, p. 117-132. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142003000300008>. Acesso em: 14 abr. 2021.

CARNEIRO, S. Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. *In*: HOLLANDA, Heloisa Buarque de (org). **Pensamento Feminista: conceitos fundamentais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

CIEG – Centro Interdisciplinar de Estudos Grupais Enrique Pichon-Rivière. **Enrique Pichon-Rivière**. Disponível em: <https://www.ciegepr.org.br/enrique-pichon-rivi%C3%A8re>. Acesso em 23 mai. 2023.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. Tradução: Rane Souza. São Paulo: Boitempo, 2020.

COLLINS, P. H. **Bem mais que ideias: a interseccionalidade como teoria social crítica**. Tradução: Bruna Barros, Jess Oliveira. São Paulo: Boitempo, 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - **Resolução CNS nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 28 de set. de 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação para usuários de drogas. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011. Disponível em: <[http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a\\_Edixo\\_relatorio\\_inspecao\\_VERSxO\\_FINAL.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf)>. Acesso em 20 de set. de 2015.

COSTA, S. F. O processo de reinserção social do dependente químico após completar o ciclo de tratamento em uma comunidade terapêutica. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 3, n. 2, p. 215-242, jan./jun. 2001. Disponível em: <[http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c\\_v3n2\\_processo.htm](http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v3n2_processo.htm)>. Acesso em 06 mar. 2015.

COSTA, M. C. S. Intersubjetividade e historicidade: contribuições da moderna hermenêutica à pesquisa etnográfica. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 372-382, junho 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692002000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000300011&lng=en&nrm=iso). Acesso em abril 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000300011>

COSTA, J. B. Decolonialidade e interseccionalidade emancipadora: a organização política das trabalhadoras domésticas no Brasil. **Sociedade e Estado**, [S. l.], v. 30, n. 1, p. 147–163, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/sociedade/article/view/5955>. Acesso em: 21 jul. 2024.

COSTA-JUNIOR, F. M. da; MAIA, A. C. B. Corporeidade e gênero: relações entre homens e mulheres com os cuidados com a saúde. In: VALLE, T. G. M., MELCHIORI, L. E. (org.) **Saúde e desenvolvimento humano** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. 257 p. ISBN 978-85-7983-119-5. Disponível em: SciELO Books <http://books.scielo.org>. Acesso em: 16 set. 2018.

CRENSHAW, K. “Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero”. Em **Revista de Estudos Feministas**, ano 10, 2002. Florianópolis: UFSC.

CRESWELL, J. W.; CRESWELL J. D. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Penso, 2021. 5 ed.

CUCCIARE, M. A.; LEWIS, E. T.; HOGGATT, K. J.; BEAN-MAYBERRY, B.; TIMKO, C.; DURAZO, E. M.; JAMISON, A. L.; FRAYNE, S. M. Factors Affecting Women's Disclosure of Alcohol Misuse in Primary Care: A Qualitative Study with U.S. Military Veterans. **Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health**, 26(2), 232–239. 2016. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2015.07.010>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26341569/>. Acesso em: 01 set. 2019.

CURIEL, O. Construindo metodologias feministas a partir do feminismo decolonial. *In*: HOLLANDA, H. B. de (org). **Pensamento Feminista hoje: perspectivas decoloniais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020.

DAS, V. **Vida e Palavras: a violência e sua descida ao ordinário**. São Paulo: Editora UNIFESP, 2020.

DAVID, E. DE C.; VICENTIN, M. C. G. Nem crioulo doido nem negra maluca: por um aquilombamento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe3, p. 264–277, out. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pD3P9BXwjVWns4VKfl6jr4s/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 11 dez. 2023.

DAVID, E. DE C.; VICENTIN, M. C. G. PRÁTICAS ANTIRRACISTAS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: RACIALIZAR E DESNORTEAR. **Psicologia & Sociedade**, v. 35, p. e277115, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/6V5s3KqZnwmGj7WVccymnfx/#>. Acesso em: 11 dez. 2023.

DAVIS, A. **Mulheres, Raça e Classe**. São Paulo: Boitempo, 2016.

DENZIN, N. K. *The research act: a theoretical introduction to sociological methods*. New Jersey: Prentice Hall, 1989. p. 182-209.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICAS E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS – DIEESE. **As dificuldades da população negra no mercado de trabalho**. São Paulo: Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos, 2023. Disponível em: <https://www.dieese.org.br/boletimespecial/2023/conscienciaNegra2023.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2024.

DOLAN, K.; SALIMI, S.; NASSIRIMANESH, B.; MOHSENFAR, S.; MOKRI, A. The establishment of a methadone treatment clinic for women in Tehran, Iran. **Journal of public health policy**. 32. p.219-30. 2011. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/50352073\\_The\\_establishment\\_of\\_a\\_methadone\\_treatment\\_clinic\\_for\\_women\\_in\\_Tehran\\_Iran](https://www.researchgate.net/publication/50352073_The_establishment_of_a_methadone_treatment_clinic_for_women_in_Tehran_Iran). Acesso em: 01 set. 2019.

ESCOHOTADO, A. **Historia General de las Drogas**. Madrid: Alianza Editorial, 1998.

EVARISTO, C. *Poemas da recordação e outros movimentos*. Rio de Janeiro: Malê, 2017.

ESPÍNOLA, A. F. **Metodología feminista: ¿una transformación de prácticas científicas?** 2014. 572f. Tese de doutorado – Facultad de Ciencias Políticas y Sociología, Univesidad Complutense de Madrid, Madrid.

FANON, F. **Os Condenados da Terra**. Tradução: José Laurênio de Melo. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. Tradução: Renato da Silveira. Salvador: EDUFBA, 2008.

FARAHMAND, M. Ethnography and Photography: What Kind of Collaborations for What Kind of Communications? **Anthrovision** [Online], 5.2, 2017, Disponível em: <http://journals.openedition.org/anthrovision/2658>

FERNANDES, E. B. Morte ao patriarcado: fraternidade, irmandade, sororidade. **Cadernos Pagu**, n. 63, p. e216309, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/kzKGbt3svhfMHF96CNrVSnJ/#>. Acesso em: 05 mar. 2024.

FERNANDES, F. M. B. Considerações Metodológicas sobre a Técnica da Observação Participante. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p. 262-274. Disponível em: [www.ims.uerj.br/ccaps](http://www.ims.uerj.br/ccaps). Acesso em: 18 mai. 2016.

FERNANDES, F. M. B.; MOREIRA, M. R. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 511-529, junho 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312013000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000200010&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 mai. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000200010>.

FIGUEIREDO, A. Carta de uma ex-mulata a Judith Butler. In: HOLLANDA, H. B. de (org). **Pensamento Feminista hoje: perspectivas decoloniais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020.

FINFGELD-CONNETT, D.; JOHNSON, E. D. Substance abuse treatment for women who are under correctional supervision in the community: a systematic review of qualitative findings. **Issues in mental health nursing**, 32(10), 640–648. 2011. <https://doi.org/10.3109/01612840.2011.584363>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3190982/>. Acesso em: 15 set. 2019.

FOGGER, S. A. Reducing the Risk of Alcohol Use Disorders in Women. **Nursing for women's health**, 19(6), 537–541. 2015. <https://doi.org/10.1111/1751-486X.12249>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26682661/>. Acesso em: 01 set. 2019.

FONTOURA N. Debates conceituais em torno do cuidado e de sua provisão. In: CAMARANO, A. A.; PINHEIRO, L. (org.). **Cuidar, verbo transitivo: caminhos para a provisão de cuidados no Brasil**. Rio de Janeiro: Ipea, 2023. ISBN: 978-65-5635-057-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/9786556350578>.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1996.

FOUCAULT, M. **A Hermenêutica do Sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GADAMER, H-G. **Verdade e Método**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

GARCIA, M. I. G.; SEDEÑO, E. P. Ciencia, Tecnología e Género. **Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología, Sociedad e Innovación**. n. 2. jan – abr 2002. Disponível em: <https://www.oei.es/historico/revistactsi/numero2/vari0s2.htm>. Acesso em: 23 nov. 2020.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. (org.) **Observação e coleta de dados sensoriais**: sons, imagens, sensações. Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: Um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002. P. 64-89.

GIL, C. G. Explorar posibilidades y potencialidades de una etnografía feminista. **Disparidades. Revista de Antropología**. v. 74. n. 002. Jan-jun 2019. Disponível em: <https://dra.revistas.csic.es/index.php/dra/article/view/595>. Acesso em: 16 out 2021.  
GODOLPHIM, N. A fotografia como recurso narrativo: problemas sobre a apropriação da imagem enquanto mensagem antropológica. **Horiz. Antropol.** Porto Alegre. Ano 1, n. 2, pp.125-142, 1995.

GILBERT, A. R.; DOMINO, M. E.; MORRISSEY, J. P.; GAYNES, B. N. Differential service utilization associated with trauma-informed integrated treatment for women with co-occurring disorders. **Administration and policy in mental health**, 39(6), 426–439. 2012. <https://doi.org/10.1007/s10488-011-0362-z>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3652378/>. Acesso em: 15 set. 2019.

GOES, F. L.; MARQUES, F. M. da C.; RIBEIRO, T. da S.; PEREIRA, C de F. Equidade racial e a agenda de cuidados no Brasil. In: CAMARANO, A. A.; PINHEIRO, L. (org.). **Cuidar, verbo transitivo**: caminhos para a provisão de cuidados no Brasil. Rio de Janeiro: Ipea, 2023. ISBN: 978-65-5635-057-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/9786556350578>.

GOMES, C. M. Gênero como categoria de análise decolonial. Civitas, **Rev. Ciênc. Soc.**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 65-82, 2018.

GOMES, M. M.; FERRERI, M.; LEMOS, F. O cuidado de si em Michel Foucault: um dispositivo de problematização do político no contemporâneo. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 30, n. 2, p. 189-195, jul. 2018. doi: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v30i2/5540>. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/5540/7052>. Acesso em: 03 mai. 2023.

GONZALEZ, L. Por um feminismo afro-latino-americano. **Revista Isis International**. 1988. Vol. IX, p. 133-141. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/271077/mod\\_resource/content/1/Por%20um%20feminismo%20Afro-latino-americano.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/271077/mod_resource/content/1/Por%20um%20feminismo%20Afro-latino-americano.pdf). Acesso em: 14 abr. 2021.

GONZALEZ, A. G. Desde el conflicto: epistemología y política en las etnografías feministas. **Antipod. Rev. Antropol. Arqueol.**, Bogotá, n. 35, p. 3-21, Abr. 2019. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1900-54072019000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-54072019000200003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 out. 2021.

GREENFIELD, S. F.; SUGARMAN, D. E.; FREID, C. M.; BAILEY, G. L.; CRISAFULLI, M. A.; KAUFMAN, J. S.; WIGDERSON, S., CONNERY, H. S.; RODOLICO, J.; MORGAN-LOPEZ, A. A., FITZMAURICE, G. M. Group therapy for women with substance use disorders: results from the Women's Recovery Group Study. **Drug and alcohol dependence**, 142, p.245–253. (2014).

<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.06.035>. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4150678/>. Acesso em: 09 jun. 2019.

GUIMARÃES, N. A.; HIRATA, H. S.; SUGITA, K.. CUIDADO E CUIDADORAS: O TRABALHO DE CARE NO BRASIL, FRANÇA E JAPÃO. *Sociologia & Antropologia*, v. 1, n. 1, p. 151–180, jan. 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sant/a/kwYwJSWSd38BRbd5fCBGYmw/?lang=pt#>. Acesso em: 19 set. 2023.

HARDING, S. **The Science Question in Feminism**. New York: Cornell University Press, 1986.

HARDING, S. A instabilidade das categorias analíticas na teoria feminista. *In*:

HOLLANDA, H. B. de (org). **Pensamento Feminista: conceitos fundamentais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

HESLIN, K. C.; GABLE, A.; DOBALIAN, A. Special Services for Women in Substance Use Disorders Treatment: How Does the Department of Veterans Affairs Compare with Other Providers?. **Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health**, 25(6), 666–672. 2015.

<https://doi.org/10.1016/j.whi.2015.07.005>. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26329259/>. Acesso em: 17 ago. 2019.

HETTEMA, J.; COCKRELL, S.; RUSSO, J.; CORDER-MABE, J.; YOWELL-MANY, A.; CHISHOLM, C.; INGERSOLL, K. Missed Opportunities: Screening and Brief Intervention for Risky Alcohol Use in Women's Health Settings. **Journal of women's health**, 24(8), 648–654. 2015. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4961>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC426230758/>. Acesso em: 18 ago. 2019.

HITA, M. G. **A casa das mulheres n'outro terreiro: famílias matriarcais em Salvador**. Salvador: EDUFBA, 2014.

HOOKS, B. Mulheres negras: moldando a teoria feminista. **Rev. Bras. Ciênc. Polít.** 2015. n. 16, p. 193-210. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-335220151608>. Acesso em: 14 abr. 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em:

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/pesquisa/23/22787>. Acesso em: 16 mai. 2023.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua)**. 4º trimestre de 2022. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6403#resultado>. Acesso em: 16 mai. 2023.

\_\_\_\_\_. **Panorama do município de Salvador:** população estimada [2021]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama>. Acesso em: 16 mai. 2023.

\_\_\_\_\_. **Panorama do município de Salvador:** salário médios dos trabalhadores formais [2020]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/salvador/panorama>. Acesso em: 16 mai. 2023.

\_\_\_\_\_. **Desigualdades por cor ou raça em Salvador, “segundo o IBGE”.** Supervisão de Disseminação de Informações. Unidade Estadual do IBGE na Bahia, 2019. Disponível em: [http://generoesexualidade.ffch.ufba.br/wp-content/uploads/2019/04/apresenta\\_camara\\_abr19\\_semvideo\\_compressed.pdf](http://generoesexualidade.ffch.ufba.br/wp-content/uploads/2019/04/apresenta_camara_abr19_semvideo_compressed.pdf). Acesso em: 16 mai. 2023.

KILOMBA, G. **Memórias de plantação** – Episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro: Cobogó, 2019.

KINOSHITA, R. T.; BARREIROS, C. A.; SCHORN, M. da C.; MOTA, T. D.; TRINO, A. T. Cuidado em saúde mental: do sofrimento à felicidade. *In*: NUNES, M.; LANDIM, F. L. P. **Saúde mental na atenção básica:** política e cotidiano. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 47-76.

KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B. Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. **Ann Intern Med.** 1978; 88:251-258. doi:10.7326/0003-4819-88-2-251

LANDA, M. B. Imagen e investigacion social. In FERRAZ, A. L. M. C.; MENDONÇA J. M. (Orgs). **Antropologia visual:** perspectivas de ensino e pesquisa. Brasília, 2014, pp. 719-727.

LENINE, E.; NUMALA, E. Feminismos africanos e a sororidade internacional: há espaço para as epistemologias feministas africanas nas RI? **Relações Internacionais**, n. 73, p.85-101. DOI: <https://doi.org/10.23906/ri2022.73a07>. Disponível em: [https://ipri.unl.pt/images/publicacoes/revista\\_ri/pdf/RI73/RI73\\_art07\\_ELEN.pdf](https://ipri.unl.pt/images/publicacoes/revista_ri/pdf/RI73/RI73_art07_ELEN.pdf). Acesso em: 05 mar. 2024.

LIMA, H. P.; MACEDO, J. Q.; BRAGA, V. A. B.; LEMOS, A. M.; SILVA JÚNIOR, I. A. Caracterização de drogaditas atendidas em centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas – estudo documental. **Revista Online Brazilian Journal of Nursing**, Vol 10, Nº 2, 2011. Disponível em: <https://silo.tips/download/caracterizao-de-drogaditas-atendidas-em-centro-de-atenao-psicossocial-alcool-e#modals>. Acesso em: 15 jun. 2019.

LIMA, M.; PRATES, I. Emprego doméstico e mudança social - Reprodução e heterogeneidade na base da estrutura ocupacional brasileira. **Tempo Social**, v. 31, n. 2, p. 149–172, maio 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ts/a/mZtFVwnF8twnKKwnD9FhZnG/#>. Acesso em: 21 jul. 2024.

LIMBERGER, J.; SCHNEIDER, J. A.; ANDRETTA, I. Especificidades do tratamento de mulheres usuárias de crack: interface com direitos humanos. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora, v.9, n.2, p.13-147, dez. 2015. Disponível em:

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1982-12472015000200004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472015000200004&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 26 jan. 2020.

LUGONES, M. Colonialidad y Género. **Tabula Rasa**, Bogotá, n. 9, p. 73-102, dez. 2008. Disponível em:

<[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-24892008000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-24892008000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 dez. 2021.

LUGONES, M. Rumo a um feminismo descolonial. **Rev. Estud. Fem.** [online]. 2014, vol.22, n.3, pp.935-952.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, jul.-set. 2007. Disponível

em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702007000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300007&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 01 setembro 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702007000300007>.

MACRAE, E. **A subcultura da droga e prevenção**. Centro de Terapia ao Abuso de Drogas, Salvador, 2003. Disponível em: [http://www.neip.info/downloads/t\\_edw5.pdf](http://www.neip.info/downloads/t_edw5.pdf). Acesso em: 24 maio 2016.

MACRAE, E. **Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos**. s.n.t. 04p. Disponível em: <http://www.neip.info/downloads/edward2.pdf>. Acesso em: 24 maio 2016.

MACRAE, E; VIDAL, S.S. A Resolução 196/96 e a imposição do modelo biomédico na pesquisa social: dilemas éticos e metodológicos do antropólogo pesquisando o uso de substâncias psicoativas. **Ver. Antropol.**, v.49, n.2, p. 645-666, 2006.

MACY, R. J.; GOODBOURN, M. Promoting successful collaborations between domestic violence and substance abuse treatment service sectors: a review of the literature. **Trauma, violence & abuse**, 13(4), p.234–251. 2012.

<https://doi.org/10.1177/1524838012455874>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22899704/>. Acesso em: 25 ago. 2019.

MALDONADO-TORRES, N. Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de um concepto. *In*: CASTRO-GÓMEZ, S.; GROSFUGUEL, R. (org.) **El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global**. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; Universidad Central, Instituto de Estudios Sociales Contemporáneos y Pontificia Universidad Javeriana, Instituto Pensar, 2007.

MALHEIRO, L. S. B. **Tornar-se mulher usuária de crack: trajetórias de vida, cultura de uso e política sobre drogas no centro de Salvador, Bahia**. 2018. 292f. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-graduação em Antropologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

MALUF, S. W.; ANDRADE, A. P. M de. Entre políticas públicas e experiências sociais: impactos da pesquisa etnográfica no campo da saúde mental e suas múltiplas

devoluções. **Saúde e Sociedade** [online]. 2017, v. 26, n. 1, pp. 171-182. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017168331>>. Acesso em: 10 out. 2021.

MCCUTCHEON, V. V.; LUKE, D. A.; LESSOV-SCHLAGGAR, C. N. Reduced Social Network Drinking is Associated with Improved Response Inhibition in Women During Early Recovery from Alcohol Use Disorders: A Pilot Study. **Alcoholism, clinical and experimental research**, 40(1), 170–177. 2016. <https://doi.org/10.1111/acer.12925>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6791358/>. Acesso em: 01 set. 2019.

MIN, M. O.; TRACY, E. M.; KIM, H.; PARK, H.; JUN, M.; BROWN, S.; MCCARTY, C.; LAUDET, A. Changes in personal networks of women in residential and outpatient substance abuse treatment. **Journal of substance abuse treatment**, 45(4), 325–334. 2013. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.04.006>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3742636/>. Acesso em: 25 ago. 2019.

MIÑOSO, Y. E. De por qué es necesario un feminismo descolonial: diferenciación, dominación co-constitutiva de la modernidad occidental y el fin de la política de identidade. **Revista Solar**, ano 12, n. 1, Lima, 2016. Disponível em: <http://revistasolar.org/wp-content/uploads/2017/07/9-De-por-qu%C3%A9-es-necesario-un-feminismo-descolonial...Yuderkys-Espinosa-Mi%C3%B1oso.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2020.

MIÑOSO, Y. E. Fazendo uma genealogia da experiência: o método rumo a uma crítica da colonialidade da razão feminista a partir da experiência histórica na América Latina. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque de (org). **Pensamento Feminista hoje: perspectivas decoloniais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 2004. 8ª ed. Cap. 03. p. 105-196.

MOL, A. **The Logic of Care: Health and the problem of patient choice**. Londres: Routledge, 2008.

MORAES, M. Gênero e usos de drogas: porque é importante articular esses temas. In: MORAES, M.; CASTRO, R.; PETUCO, D. (Org.). **Gênero e drogas: contribuições para uma atenção integral à saúde**. Recife: Instituto PAPAI, 2010. Disponível em: <[http://psicologiasocial.uab.es/fic/es/webfm\\_send/523](http://psicologiasocial.uab.es/fic/es/webfm_send/523)>. Acesso em: 16 set. 2018.

MORAS, D. Images et relations en maison de retraite. **Images du travail, Travail des images**. n° 4. 2017. Disponível em: <http://09.edel.univ-poitiers.fr/imagesdutravail/index.php?id=1467>. Acesso em: 18 out. 2021.

MORTARI, L. **Filosofia do Cuidado**. Tradução: Dilson Daldoce Junior. São Paulo: Paulus, 2018.

MUNANGA, K. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil: identidade nacional versus identidade negra**. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

NOVAES, S. C. A construção de imagens na pesquisa de campo em antropologia.

**Iluminuras**, vol. 13, num. 31, 2012, pp. 11-29.

NOWLIS, H. **La drogue démythifiée**. Paris: Les Presses de l'Unesco, 1975.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M. de.; LANDIM, F. L. P. Saúde mental e atenção primária: transvetores de articulação. *In*: NUNES, M.; LANDIM, F. L. P. **Saúde mental na atenção básica**: política e cotidiano. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 123-141.

NUNES, M. A emergência do sujeito político nas trajetórias de desinstitucionalização. *In*: NUNES, M.; MARQUES, T. P. **Legitimidades da loucura**: sofrimento, luta, criatividade e pertença. Salvador: EDUFBA, 2018. p. 285-307.

O'FARRELL, T. J.; SCHUMM, J. A.; MURPHY, M. M.; MUCHOWSKI, P. M. A randomized clinical trial of behavioral couples therapy versus individually-based treatment for drug-abusing women. **Journal of consulting and clinical psychology**, 85(4), p.309–322. 2017. <https://doi.org/10.1037/ccp0000185>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5364810/>. Acesso em: 08 set. 2019.

OLIVEIRA, J. F.; PAIVA, M. S.; VALENTE, C.M.L. A interferência do contexto assistencial na visibilidade do consumo de drogas por mulheres. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 61-67, março-abril. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt\\_v15n2a09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a09.pdf) . Acesso em: 29 ago. 2018.

OTIASHVILI, D.; KIRTADZE, I.; O'GRADY, K.E.; ZULE, W.; KRUPITSKY, E.; WECHSBERG, W. M.; JONES, H. E. Access to treatment for substance-using women in the Republic of Georgia: socio-cultural and structural barriers. **Int J Drug Policy**. 2013, Nov; 24(6):566-72. doi: 10.1016/j.drugpo.2013.05.004. Epub 2013 Jun 4. PMID: 23756037; PMCID: PMC3797849. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3797849/>. Acesso em: 15 jun. 2019.

PASSOS, R.G.; PEREIRA, M. de O. Luta Antimanicomial, Feminismos e Interseccionalidades: notas para um debate. *In*: PEREIRA, M. O., PASSOS, R. G. (org.). **Luta antimanicomial e feminismos**: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Autografia, 2017. p. 25-51.

PASSOS, R.G. **Teorias e Filosofias do Cuidado**: Subsídios para o Serviço Social. Campinas: Editora Papel Social, 2018.

PASSOS, R. G. **“Na mira do fuzil”**: a saúde mental das mulheres negras em questão. São Paulo: Hucitec, 2023.

PEREIRA, B. C. J. **Economia dos Cuidados: marco teórico-conceitual**. Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7412>. Acesso em: 26 jun. 2024.

PEREIRA, T. T. S. O. Pichon-Rivière, a dialética e os grupos operativos: implicações para pesquisa e intervenção. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 21-29, 2013. Disponível em:

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702013000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702013000100004&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 07 fev. 2024.

PEREIRA, M. de O; PASSOS, R. G. Luta Antimanicomial e feminismos: manicomializações, Estado e racismo. *In*: PEREIRA, M. de O, PASSOS, R. G. (Org.). **Luta antimanicomial e feminismos: inquietações e resistências**. Rio de Janeiro: Autografia, 2019.

PÉREZ, L. M. Retos de la antropología feminista: entre teorías y prácticas etnográficas. **Xornada Mulleres e antropoloxía en Galicia. Antropoloxía aplicada na acción sociocultural**. Santiago de Compostela: Consello da Cultura Galega, 2019. Disponível em:  
[http://consellodacultura.gal/mediateca/extras/CCG\\_ac\\_2019\\_mullereseantropoloxia\\_lou\\_rdesmendez.pdf](http://consellodacultura.gal/mediateca/extras/CCG_ac_2019_mullereseantropoloxia_lou_rdesmendez.pdf). Acesso em: 14 out. 2021.

PERRONE, P. A. K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, Feb. 2014. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000200569&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200569&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 mar. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.00382013>

PICHON-RIVIÈRE, E. Conceito de ECRO. *In*: CHATELEIN, G.; AVENA, M. L. E. Curso Aprofundando a Psicologia Social. Módulo do Centro Interdisciplinar de Estudos Grupais Enrique Pichon-Rivière. Texto traduzido em 1995.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 2009. 8.ed.

PIEIDADE, V. **Dororidade**. São Paulo: Editora Nós, 2017.

PILLON, S. C.; SANTOS, M. A. DOS; FLORIDO, L. M.; CAFER, J. R.; FERREIRA, P. S.; SCHERER, Z. A. P.; MARCHINI, G. P. DE O. Consequências do uso de álcool em mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 338-45, 30 jun. 2014. Disponível em:  
<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/22712>. Acesso em: 20 set. 2018.

PINHEIRO, C. M. **Desinstitucionalização e integralidade: tramas tecidas na construção do cuidado de pessoas com experiência de uso problemático de álcool e outras drogas**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

PINHEIRO, C. M.; TORRENTÉ, M. N. de. Serviços abertos e fechados no tratamento do abuso de álcool e outras drogas do ponto de vista do(as) usuário(as). **Saúde e Sociedade** [online]. 2020, v. 29, n. 2 [Acessado 2 Novembro 2021], e190301. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190301>>. Epub 17 Jul 2020. ISSN 1984-0470. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190301>.

PINHEIRO, C. M.; NUNES, M. TRATAMENTO PARA MULHERES QUE USAM DROGAS: UMA CRÍTICA SOB A PERSPECTIVA DO FEMINISMO

DECOLONIAL. **Psicologia & Sociedade**, v. 35, p. e259943, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/PGNhjCGGfRb7qGF3hVYLd7b/?lang=pt>. Acesso em: 11. dez. 2023.

PINTO, R. M.; CAMPBELL, A. N.; HIEN, D. A.; YU, G.; GORROOCHURN, P. Retention in the National Institute on Drug Abuse Clinical Trials Network Women and Trauma Study: implications for posttrial implementation. **The American journal of orthopsychiatry**, 81(2), 211–217, 2011. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2011.01090.x> Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3088880/>. Acesso em: 26 ago. 2019.

PORTUGAL, C. M.; NUNES, M. D. O.; COUTINHO, M. F. C. Caminhos de axé na busca por cuidado: uma análise preliminar da experiência de crise de adeptos do Candomblé em processo de desinstitucionalização em saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 4, p. e290416, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/njNkWzTMHrxn6DJVXP8JZDh/#>. Acesso em: 17 mar. 2024.

PORTUGAL, C. M.; NUNES, M. D. O. A(s) casa(s) e a rua: o zelo pela moradia dos deuses e de si-mesmo por parte de candomblecistas em processo de desinstitucionalização em saúde mental. **Teoria e Cultura**, v. 15, n. 1, junho. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/TeoriaeCultura/article/view/27145>. Acesso em: 17 mar. 2024.

POWELSON, E.; LORVICK, J.; LUTNICK, A.; WENGER, L.; KLAUSNER, J.; KRAL, A. H. Unmet healthcare need among women who use methamphetamine in San Francisco. **Substance use & misuse**, 49(3), p.243–252. 2014. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.825919>. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/256098658\\_Unmet\\_Healthcare\\_Need\\_Among\\_Women\\_Who\\_Use\\_Methamphetamine\\_in\\_San\\_Francisco](https://www.researchgate.net/publication/256098658_Unmet_Healthcare_Need_Among_Women_Who_Use_Methamphetamine_in_San_Francisco). Acesso em: 15 set. 2019.

PRADO, M. A. M.; QUEIROZ, S. de I. A emergência da politização da intimidade na experiência de mulheres usuárias de drogas. **Estudos de Psicologia** [on line] 2012, 17 (Maio-Agosto). Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26124614015> Acesso em: 29 ago. 2018. ISSN 1413-294X

PRANDI, R. **Mitologia dos Orixás**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

PRICE, C.; SMITH-DIJULIO, K. Interoceptive Awareness Is Important for Relapse Prevention: Perceptions of Women Who Received Mindful Body Awareness in Substance Use Disorder Treatment. **Journal of addictions nursing**, 27(1), p.32–38. 2016. <https://doi.org/10.1097/JAN.000000000000109>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4784109/>. Acesso em: 17 ago. 2019.

QUEIROZ, I. S. **Norma de gênero e uso de drogas: normalização e diferença na experiência de mulheres**. 2015. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

QUEIROZ, I. S. de; PRADO, M. A. M. Pesquisa narrativa com mulheres que usam drogas: uma experiência etnográfica feminista. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 226-235, Aug. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642018000200226&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642018000200226&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 set. 2018.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina. *In: A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas*, Buenos Aires: CLACSO Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales), 2005, p. 117 – 142.

RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, R. C. **Da Pessoa que Recai à Pessoa que se Levanta: a recursividade dos que usam drogas**. Curitiba: Editora CRV, 2020.

RAMOS, M. E. R. **TERRITÓRIO AFRODESCENDENTE**: Leitura de cidade através do bairro da Liberdade, Salvador (Bahia). 2007. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) - Faculdade de Arquitetura, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

RASCH, S. S.; ANDRADE, A. N. de; AVELLAR, L. Z.; RIBEIRO NETO, P. M. Projeto Terapêutico Singular no atendimento de mulheres em um CAPS AD III. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora, v.9, n.2, p.105-115, dez. 2015. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1982-12472015000200011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472015000200011&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 26 jan. 2020.

RAUPP, L. M.; MILNITISKY-SAPIRO, C. A "reeducação" de adolescentes em uma comunidade terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 24, n. 3, Sept. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722008000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722008000300013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 04 mar. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722008000300013>.

RIBEIRO, D. V. A.; TURATO, E. R.; AZEVEDO, R. C. S.; CAMPOS, C. J. G. Views on treatment adherence among psychoactive substance-dependent women in the outpatient setting: a qualitative study. **Trends Psychiatry Psychother.**, Porto Alegre, v. 34, n.4, p.198-206, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-60892012000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892012000400005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 maio. 2019.

RIBEIRO, H. O desafio da endoetnografia. *Ilha Revista de Antropologia*. v. 20. n. 1, p. 177-206, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ilha/article/view/2175-8034.2018v20n1p177>. Acesso em: 03 dez. 2021.

ROCHA, P. C. **Sobre viver**: mulheres negras em trajetória de desinstitucionalização, uma perspectiva interseccional. Ome ife ukwu, “aquela que faz coisas incríveis”. 2022. 236f. Tese de doutorado – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

- RODRIGUES, T. F. Desigualdade de Gênero e Saúde: Avaliação de Políticas de Atenção à Saúde da Mulher. **Revista Cantareira**, n. 22, 5 fev. 2019. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/cantareira/article/view/27794>. Acesso em: 07 dez. 2022.
- ROHDEN, F. A construção da diferença sexual na medicina. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2003, v. 19, suppl 2. p. S201-S212. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800002>. Acesso em: 08 dez. 2022.
- ROSTAGNOL, S. Antropologia feminista o cuando el adjetivo se torna sustantivo. **Revista Feminismos**, [S. l.], v. 6, n. 1, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/30370>. Acesso em: 7 dez. 2021.
- SABINO, N. Di M.; CAZENAVE, S. de O. S. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. **Estud. psicol.** (Campinas), Campinas, v. 22, n. 2, Jun 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2005000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2005000200006&lng=en&nrm=iso). Acesso em 06 mar. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2005000200006>.
- SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 265-272, Abril. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000200011&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 06 fev. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000200011>.
- SANTOS, B. S. **Para Além do Pensamento Abissal**: das linhas globais a uma ecologia dos saberes. *Novos Estudos, SEBRAP*, 79: 71-94, 2007.
- SANTOS, J. A. T.; PERRUCCI, L. G., PEGORARO, N. P. J.; SCHERER, Z. A. P., SOUZA, J. de.; SANTOS, M. A. dos.; PILLON, S. C. Uso de substâncias psicoativas em mulheres em tratamento ambulatorial. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, supl. 3, p.178-183, Dec. 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000900178&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000900178&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 26 jan. 2020.
- SARACENO, B. (2001). Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Ed.), **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec. p. 13-18
- SARDENBERG, C. M. B. **“Da Crítica Feminista à Ciência a uma Ciência Feminista?”**. X Encontro da REDOR, NEIM/UFBA, Salvador, 29 de outubro a 1 de novembro de 2001. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6875/1/Vers%C3%A3o%20Final%20Da%20Cr%C3%ADtica%20Feminista.pdf>. Acesso em: 21 set. 2018.
- SCHNEIDER, D. R.; LIMA, D. S. de. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. **Psico**, Florianópolis, v. 42, n. 2, p.168-178, abr./jun 2011. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/7153>. Acesso em: 06 mar. 2015.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Revista Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez. 1995.

SEVERO, R. T. Letramento racial e técnicas de si. **Fórum Linguístico**, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 6400 - 6415, jul./set. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/forum/article/view/82010>. Acesso em: 23 ago. 2024.

SILVA, M. B. J. da **Posições de sujeito usuário/a de substâncias psicoativas na política de redução de danos: uma análise cultural**. 2016. 110f. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

SILVA, E. B. de O. **Singularidades de gênero no cuidado psicossocial às usuárias de cocaína e crack: contribuições para a enfermagem**. 2014. 108f. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SILVA, E. B. de O.; PEREIRA, A. L. de F.; PENNA, L. H. G. Estereótipos de gênero no cuidado psicossocial das usuárias de cocaína e crack. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, e00110317, 2018. . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000505004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000505004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 jan. 2020.

SOUZA, D de; SILVA M. A. da; BEIRAS, A. Violência nas relações íntimas entre mulheres. Revisão integrativa da literatura. **Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology** [on-line]. 2021, 55(2), 1-21. ISSN: 0034-9690. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28474830007>. Acesso em 23 ago. 2024.

STRATHERN, M. Uma relação incômoda: o caso do feminismo e da antropologia. **Mediações - Revista de Ciências Sociais**. v. 14, n.2, p. 83-104, Jul/Dez. 2009. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/365006/mod\\_resource/content/1/Strathern%2C%20Uma%20rela%C3%A7%C3%A3o%20inc%C3%B4moda.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/365006/mod_resource/content/1/Strathern%2C%20Uma%20rela%C3%A7%C3%A3o%20inc%C3%B4moda.pdf). Acesso em: 13 nov. 2021.

SOUZA, M. C. H. de; MÜHLEN, B. K.; COELHO, L. R. M.; OLIVEIRA, C. P. de; RODRIGUES, V. S.; OLIVEIRA, M. da S.; STREY, M. N. Assertividade em mulheres dependentes de crack. **Aletheia**, Canoas, n. 43-44, p. 105-115, ago. 2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942014000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942014000100008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 20 set. 2018.

TERPLAN, M.; LONGINAKER, N.; APPEL, L. Women-Centered Drug Treatment Services and Need in the United States, 2002-2009. **American journal of public health**, 105(11), e50–e54. 2015. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302821>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4605167/>. Acesso em: 12 maio. 2019.

UNITED NATIONS. United Nations Office on Drugs and Crime. **World Drug Report 2018**. Viena: United Nations Office on Drugs and Crime, 2018. Disponível em: <http://www.unodc.org/wdr2018/index.html>. Acesso em: 22 set. 2018.

VENOSA, P. DE A. E S. Grupos psicoterapêuticos de mulheres dependentes químicas: questões de gênero implicadas no tratamento. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v.12, n. 1, p. 56-65, jun. 2011. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702011000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000100007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 set. 2018.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

ZANELLO, V. Saúde Mental, Gênero e Interseccionalidades. *In*: PEREIRA, M. O., PASSOS, R. G. (org.). **Luta antimanicomial e feminismo**: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Autografia, 2017. p. 52-69.

ZANELLO, V. **Saúde Mental, gênero e dispositivos**: cultura e processos de subjetivação. Curitiba: Appris, 2018.

WADLEY, G. **How psychoactive drugs shape human culture**: A multi-disciplinary perspective. *Brain Res. Bull.* (2016). <http://dx.doi.org/10.1016/j.brainresbull.2016.04.008>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Mental Health and Substance Dependence. **Gender disparities in mental health**. Department of Mental Health and Substance Dependence, 2018. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/242.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf?ua=1). Acesso em: 30 set. 2018.

## ANEXO 01

TABELA 02 - PRINCIPAIS CONCEITOS E DIMENSÕES DE OBSERVAÇÃO

<b>Conceitos</b>	<b>Espaços a explorar</b>	<b>Dimensões de Observação</b>
Experiência	Mundo da família e dos afetos	Gestão da vida privada/íntima Relações/dinâmicas familiares Relações de parentalidade Emoções expressas.
Cuidado		
Itineração	Mundo do cuidado	Práticas Terapêuticas Gestão de medicamentos Gestão da higiene Gestão do uso de drogas
Marcadores sociais (raça, gênero, classe, orientação sexual, geração, etc).		
Estratégias de enfrentamento/resistência.	Mundo da religiosidade/e espiritualidade	Práticas rituais Relações de “parentesco religioso” Significantes religiosos
Estratégias de coalizão.	Mundo do trabalho e Mundo da Assistência social	Geração de renda Estratégias de sobrevivência BPC Gestão da renda Produção/criação Consumo
	Mundo da militância	Politização Protagonismo
	Mundo do lazer, da natureza e das artes	Diversão, fruição, criação, esportes, viagens. Estética pessoal e da vida Relação com a natureza
	Mundo das redes de apoio (incluindo internet)	Gestão da vida social Solidariedade Redes de socialidade
	Mundo dos equipamentos sociais	Transporte Moradia Educação Conhecimento (leitura) Assessoria jurídica

## ANEXO 02



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada/o Senhora/or

Gostaria de convidá-la/o para participar da minha pesquisa. Para isso, vamos começar com algumas informações sobre a mesma para que a/o senhora/or possa decidir sobre sua participação, após estar esclarecida/o sobre a mesma.

Esta pesquisa tem o nome de “As experiências de mulheres em uso problemático de drogas: práticas de cuidado sob uma perspectiva feminista”. A pesquisa tem como objetivo analisar as experiências de mulheres com histórico de uso problemático de álcool e outras drogas na busca de cuidado a partir de uma perspectiva feminista decolonial. O compromisso desta pesquisa é com as mulheres que usam drogas, seus sofrimentos, suas histórias, seus contextos e quais os significados atribuídos por elas aos cuidados recebidos nas instituições e nos espaços onde circulam. Junta-se a esse o compromisso político e acadêmico de produzir conhecimento que contribua para a formulação de políticas que levem em conta as reais necessidades destas mulheres e que possa ser compartilhado com profissionais em formação ou atuantes na área da saúde mental, fortalecendo assim os serviços substitutivos no cuidado integral destas mulheres.

Concretamente, nesta pesquisa serão realizadas observações do dia a dia de algumas participantes e realizadas entrevistas com as mesmas e com outras/os informantes para as quais serão utilizados gravadores de áudio e câmera fotográfica para se garantir que todos os dados fornecidos pelas pessoas da pesquisa possam ser recuperados e analisados posteriormente. Pedimos ainda permissão para que, eventualmente, as imagens sejam divulgadas com o objetivo de disseminação do conhecimento em ambientes educativos.

---

(Rubrica da/o participante da pesquisa)

---

(Rubrica da Pesquisadora)

É meu compromisso preservar a identidade e a privacidade das/os participantes/es da pesquisa, assim como a confidencialidade das respostas coletadas quando da transcrição das falas e incorporação das informações na redação da tese, garantindo que seus nomes não serão revelados, exceto daquelas pessoas que concordarem com a eventual publicação da sua imagem.

A/o senhora/or tem liberdade para se recusar a participar, ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenha nenhum tipo de prejuízo. Vale dizer que as/os participantes não terão nenhuma despesa e também não receberão nenhuma remuneração financeira advinda dessa pesquisa. Em casos de danos decorrentes da sua participação na pesquisa fica garantida indenização.

Esta pesquisa tem como benefícios a participação ativa das participantes no processo de construção do grupo onde se realizará a coleta de dados, tornando o espaço da pesquisa um espaço não só de obtenção de informações, mas também de realização de uma atividade que beneficie as usuárias em seu processo de cuidado. Desta forma, o compromisso desta pesquisa é com as mulheres usuárias de drogas, seus sofrimentos, suas histórias, seus contextos e quais os significados atribuídos por elas aos cuidados recebidos nas instituições e nos espaços onde circulam e atuará a favor de suas necessidades e dos seus projetos de vida, seja no momento em si da pesquisa, como também na possível utilização de seus resultados na qualificação de profissionais e dos serviços de saúde que as assistem.

Ressaltamos ainda que a pesquisa pode apresentar o risco de provocar algum tipo de desconforto ou constrangimento ao falar do tema devido aos preconceitos e estigmas relacionados à temática do uso de drogas e às pessoas que fazem uso. Caso surja algum incômodo decorrente das entrevistas ou da observação participante, você deve relatar à pesquisadora e a mesma terá o compromisso de lhe fornecer o devido suporte, fazendo o encaminhamento para um serviço de saúde, caso seja pertinente e do seu interesse, mesmo que a pesquisa esteja em fase de finalização.

A pesquisadora se compromete também a prestar quaisquer tipos de esclarecimentos, antes e durante a pesquisa, sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados a ela.

Informo ainda que o retorno dos resultados da pesquisa será realizado através do processo mesmo de construção e consecução dos grupos operativos de mulheres, que em si já serão um resultado de pesquisa, onde teremos também a oportunidade de discutir sobre os temas emergentes da mesma. Além disso, farei a entrega dos resultados a cada interlocutora, que serão discutidos com as mesmas se for do interesse de cada uma delas. Os resultados também serão disponibilizados para a equipe do CAPS AD onde se dará a pesquisa, assim como será ofertada uma apresentação dos mesmos em reunião técnica.

---

(Rubrica da/o participante da pesquisa)

---

(Rubrica da Pesquisadora)

Sendo assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, após leitura minuciosa das informações sobre a pesquisa e ciente dos objetivos e procedimentos da mesma, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, o(a)

Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da pesquisa proposta. Esse termo será assinado em duas vias, todas as suas folhas serão rubricadas pela pesquisadora e pela/o participante, sendo um deles entregue à pessoa pesquisada.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Salvador/BA, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura da/o Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

A sua participação em qualquer pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida, entre em contato com a pesquisadora, Caliandra Machado Pinheiro, pelo telefone (71) 988076073 ou pelo e-mail [caliandra.pinheiro@ufba.br](mailto:caliandra.pinheiro@ufba.br). Você pode também falar com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva. O Comitê de Ética é composto por professores que aprovam e acompanham os projetos, sendo responsável por cobrar dos responsáveis por cada estudo o cumprimento do que está acordado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O referido Comitê funciona na Rua Basílio da Gama s/n 2º andar, Campus do Canela, Salvador, Bahia, de 2ª a 6ª feira, das 14h às 17h e o telefone de contato é (71) 3283-7438

#### **Solicitação para veiculação da imagem**

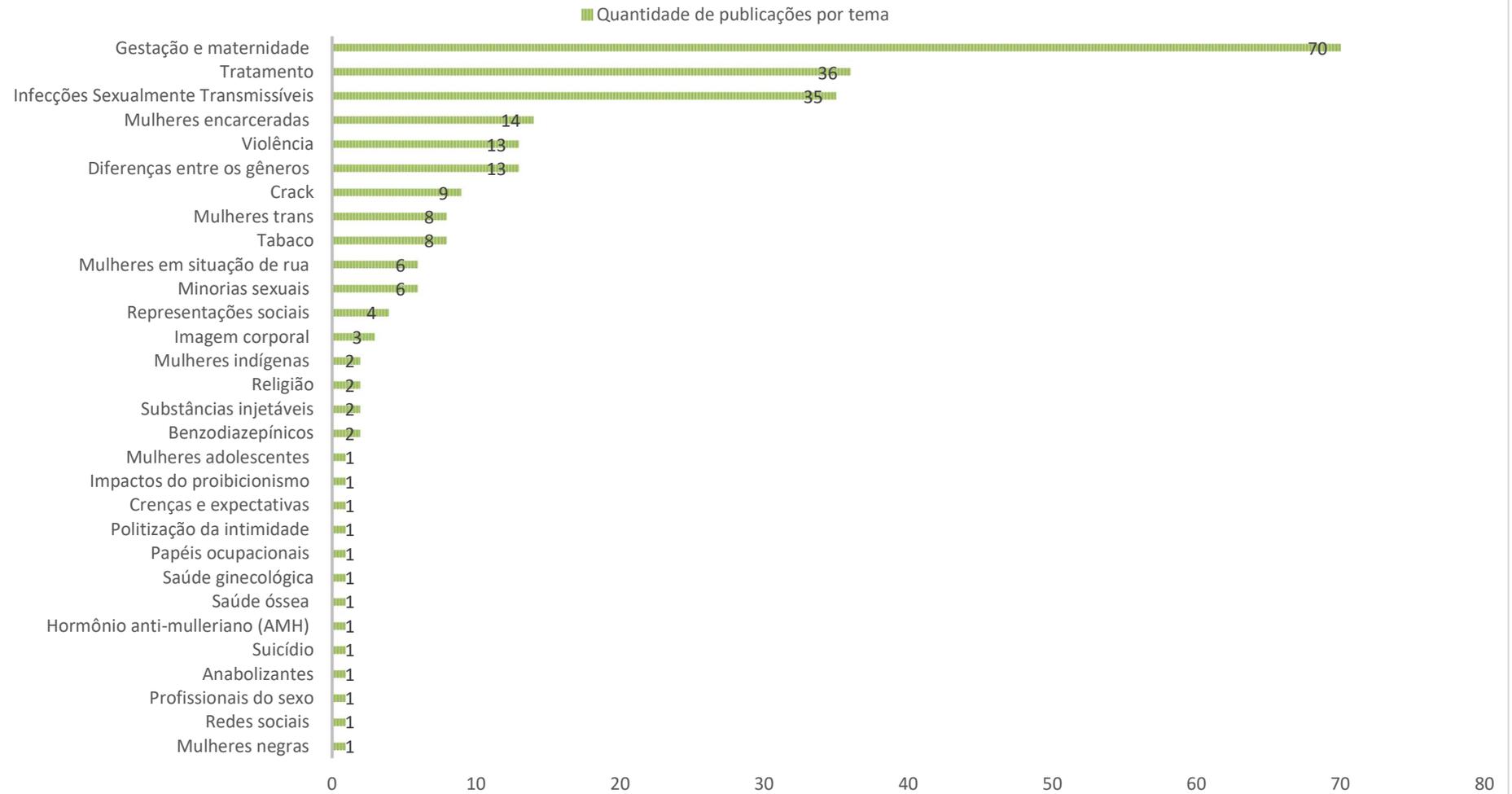
Caso a senhora aprove que as suas imagens fotografadas sejam usadas com a finalidade de divulgar suas experiências e história de vida com fins educativos, peço-lhe que assine o consentimento na linha abaixo.

Assinatura da Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

## ANEXO 03

**GRÁFICO 01 - TEMAS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR MULHERES**



## ANEXO 04

GRÁFICO 02 - TEMAS RELACIONADOS AO TRATAMENTO PARA O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR MULHERES

