



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

Thaís Machado Dias

**Cuidado às Mulheres Gestantes em Situação de Rua no Município  
de Campinas – SP: Clínica no Limite e o Limite da Clínica.**

Campinas  
2019

Thaís Machado Dias

**Cuidado às Mulheres Gestantes em Situação de Rua no Município de Campinas – SP: Clínica no Limite e o Limite da Clínica.**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em saúde coletiva na área de concentração em Planejamento e Gestão de Políticas Públicas em Saúde.

ORIENTADOR: Prof. Dr. SÉRGIO RESENDE CARVALHO

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À  
VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO  
DEFENDIDA PELA ALUNA THAÍS MACHADO  
DIAS, E ORIENTADA PELO PROF. DR.  
SÉRGIO RESENDE CARVALHO.

Campinas

2019

---

**ORIENTADOR: SÉRGIO RESENDE CARVALHO**

---

**MEMBROS:**

- 1. PROF. DR. Sérgio Resende Carvalho** (Presidente da banca)
- 2. PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup> Taniele Cristina Rui**
- 3. PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. Carmen Simone Grilo Diniz**

---

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

**Data de Defesa: 21/02/2019**

## AGRADECIMENTOS

“Mamãe, mamãe, não chore  
A vida é assim mesmo  
Eu fui embora  
(...)”

Mamãe, mamãe, não chore  
A vida é assim mesmo  
Eu quero mesmo é isto aqui  
(...)”

Mamãe, mamãe não chore  
Não chore nunca mais, não adianta  
Eu tenho um beijo preso na garganta  
Eu tenho um jeito de quem não se espanta  
Braço de ouro vale 10 milhões  
Eu tenho corações fora do peito  
Mamãe não chore, não tem jeito”

(Mamãe Coragem - Caetano Veloso e Torquato Neto)

Agradecimentos nunca seriam o suficiente neste trabalho. E devo sua conclusão a muitas pessoas que foram fundamentais neste percurso.

Mas sem dúvida o primeiro agradecimento deve ser à minha mãe. Longe de ser uma mera formalidade ou automatismo não refletido. Como já disse Adélia Prado “Minha mãe achava estudo a coisa mais fina do mundo”. Devo de fato a ela todo o meu estudo. Desde a infância onde colocou uma boa escola como prioridade diante de necessidades domésticas (que eram muitas), trabalhou duro como dentista na atenção primária por mais de vinte anos e com toda garra para me manter na faculdade em momentos familiares tão difíceis, e em especial agradeço todo seu esforço para compreender os caminhos que escolhi percorrer após a graduação. Mamãe, coragem nessa vida eu certamente aprendi foi contigo.

E usarei minha mãe e seus modos de vida feministas, mesmo não conscientes disso, para agradecer a todas as mulheres da minha família materna, igualmente resistentes. Minha avó materna Arlene, professora e diretora de escola pública, que nos cuidava e com quem tive pela primeira vez vontade de dar aulas. À minha bisavó Lúcia, que criou sozinha e sustentou sozinha nove filhos após ficar viúva. Com ajuda das filhas mais velhas que também passaram a trabalhar. Na minha linhagem materna o domicílio já não é o espaço destinado às mulheres há quatro gerações. E com elas minha coragem e minha vontade de alegria, como disse Adélia “sua raiz vai do meu

mil avô”. E a todas essas mulheres que me ensinaram a força que o feminino pode ter eu sou profundamente grata.

Também grata à minha avó paterna, que a sua maneira sempre desafiou os “bons costumes” no interior mineiro e era conhecida pela personalidade forte e por não se adequar ao que se esperava como uma mulher recatada. E à minha tia Alcione que com seu exemplo de mulher que luta pela sua felicidade me inspira quotidianamente.

Não posso deixar de ser grata ao meu pai, que foi sempre uma grande referência de cuidado e muito afeto em casa, mesmo numa época em que isso costumava ser majoritário, e quase restrito às relações femininas. Ao meu padrinho Anderson, que sempre foi padrinho no sentido mais clássico da palavra, de estar sempre junto quando meu pai já não mais estava. E ao meu irmão, Thiago, que foi sempre meu maior companheiro de infância e adolescência à sua maneira também tenta com afeto compreender os meus caminhos na vida adulta.

Algumas mulheres marcaram meu percurso acadêmico e profissional, mas também foram sempre cuidadosas comigo enquanto mulher, e gostaria muito de deixar registrado aqui, como a professora Edwiges Maria Morato, que na graduação me introduziu à pesquisa e produção acadêmica. Dilma Lucena e Carmen Costa, as mulheres que durante a residência mais construíram o cuidado em saúde que exerço hoje, e que me cuidaram tanto neste momento tão delicado da vida. Filomena Vargas, a primeira mulher que me conduziu nas artes do cuidado de mim mesma. E Naoli Vinaver, com quem aprendi pela primeira vez a ressignificar o cuidado ao feminino.

Agradeço profundamente ao Serviço de Saúde Candido Ferreira e suas equipes onde trabalhei que me acolheram, crua, recém-saída da residência e que me ensinaram boa parte do que eu sei sobre o cuidado de pessoas em uso de álcool e outras drogas. E faço esse agradecimento a todos na figura das três mulheres, gestoras de serviços que me acolheram como trabalhadora me ensinaram muito e chefiam suas equipes com tanto afeto: Camila Oliveira, Alcyone Januzzi, Carla Linarelli.

É necessário fazer menção especial à equipe do consultório na rua, onde eu passei mais tempo trabalhando, e que juntos passamos pelas experiências mais transformadoras da vida e da clínica.

Agradeço a todos do GT maternidades do estado de São Paulo, pela acolhida, confiança e pelo trabalho realizado junto, e o farei através de Anna Carolina, Marcos Barbieri, Ariane Rios, Janaína Gomes.

Agradecimento aos membros do grupo de pesquisa Conexões, nas figuras de Thiago, Luana, Cathana, Henrique, John que acolheram com paciência minhas crises e tanto colaboraram no amadurecimento do trabalho.

Agradeço através de Gines, Daniela, Ana Laura e Eliza a todos os meus amigos que eu tanto amo e que compreenderam as ausências.

Agradeço a Sergio, o melhor (des)orientador que eu poderia ter, que nos acolhe nas nossas loucuras, confia em nosso potencial e com alta sensibilidade e carinho nunca deixa de estar junto nos momentos de necessidade.

Agradeço a Felipe, que com paciência me aguentou nas dificuldades, e com paciência e amor me cuidou nesses momentos. Que foi para mim durante toda a pesquisa um exemplo de dedicação e comprometimento com o trabalho de pesquisador. Grata também pelo exemplo de que a pós-graduação era um caminho possível, prazeroso, e necessário para um mundo um pouco melhor.

O agradecimento talvez mais importante a ser feito, seria em especial à cada mulher, que por desejo ou necessidade dividiu suas histórias com meus ouvidos e seu corpo com minhas mãos. É com essas histórias na cabeça e esses corpos nas mãos que escrevo cada linha que se segue nessa dissertação.

## **RESUMO**

Essa dissertação busca desenvolver uma análise das racionalidades políticas, programas de governo, tecnologias e práticas de atenção à saúde à mulheres gestantes atendidas nos serviços do Consultório na Rua (CnR) e Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) do município de Campinas. Tem como foco o governo das condutas das mulheres na rua, em especial na situação de gravidez, assim como processo de construção do cuidado pré-natal de mulheres em uso abusivo de substância e/ou situação de rua. Busca com a elaboração que realiza contribuir para a melhoria da assistência à população de mulheres em situação de rua e seus bebês, e também servir de apoio aos serviços e trabalhadores que cotidianamente estão diante desses encontros que tanto nos desestruturam e nos ensinam.

Palavras-chave: Redução de danos. Pré-natal.

## **ABSTRACT**

This dissertation develops an analysis of political rationalities, government programs, technologies and health care procedures directed to pregnant women assisted by public health services such as the Clinic on the Street and the Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs in the city of Campinas. The focus is on the government of behaviors of women living on streets, especially those who are pregnant, and the construction process of prenatal care of women under abusive use of psychoactive substance and/or who are homeless. This work intends to contribute for the improvement of the assistance to homeless women and their babies and also to serve as a supporting research for the services and workers who face on a daily bases such unsettling situations, from which we learn so much

Keywords: Harm Reduction. Prenatal Care.

## LISTA DE SIGLAS

CAM - Centro de Atendimento Multidisciplinar

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas

CAPSC - Centros de Atenção Psicossocial

CnR - Consultório na Rua-

ISTs - Infecções Sexualmente Transmissíveis

LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social

OAF - Organização de Auxílio Fraternal

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PANAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNPR - Política Nacional para a População em Situação de Rua

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SAMIM - Serviço de Atendimento ao Migrante, Itinerante e Mendicante

SMADS-SP - Secretaria Municipal de Assistência Social de São Paulo

SNAS - Secretaria Nacional de Assistência Social

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

## Sumário

1. Introdução.....	11
1.1. De Onde Partimos .....	11
1.2. Discussão de Percursos Metodológicos e Fontes .....	33
1.2.1. “A Aventura de Contar-se” – Diário de Campo.....	42
1.2.2. A Aventura de Contá-las .....	47
1.3. Lentes de Investigação.....	64
2. O Governo da Rua e das Mulheres .....	74
2.1. Vadios e Vadias, Mendigos e Putas - A Rua:.....	75
2.2. Redução de Danos – Um Outro Encontro Com a Rua.....	105
2.3. O Cenário das Práticas Clínicas em Campinas.....	117
2.4. Marias ou Genis – O Governo da Vida e da Saúde das Mulheres.....	124
3. Pré-Natal: É Possível Construir um Cuidado Não Governamental? .....	147
3.1. Experiência do Consultório na Rua de Campinas .....	165
3.2. “Pra Não Dizer Que Não Falei Das Flores” – Práticas de Resistência e de Liberdade .....	205
4. Conclusão – “O futuro tem mais força que o passado”.....	239
Referências.....	249

## 1. Introdução

### 1.1. De Onde Partimos

*“Eu não estou interessado  
Em nenhuma teoria  
Nem nas coisas do oriente  
Romances astrais  
A minha alucinação  
É suportar o dia-a-dia  
E meu delírio  
É a experiência com coisas reais”*

Alucinação - Belchior (1976)

#### **CASO JUSSARA – Diário de Campo**

*No dia em que Jussara fez 39 ou 40 semanas, já não me lembro ao certo, fomos visitá-la na casa do Pedro para fazer a consulta semanal de pré-natal nessa idade gestacional. Pedro era uma figura excêntrica, um senhor com seus cinquenta anos. Muitas vezes ao nos ver ele chegava tocando violão, me deu até um CD uma vez, que ele havia gravado anos atrás. Era conhecido na região por abrigar usuárias de crack em momentos de cansaço ou em grande debilidade física em troca de sexo. Houve um dia em que chegamos em sua casa e haviam duas, Jussara já grávida num outro quarto, e uma outra mulher, visivelmente usuária de crack, provavelmente daquela região, em sua cama. Segundo Jussara ele não era pai da criança, e ele também enfatizava isso. Algum tempo depois descobrimos que ele tinha alguma questão peniana, que o impedia de ter penetração, algo como uma tortuosidade importante, provavelmente secundária à fratura, e não sabemos se isso de certa forma se relacionava com a escolha por justamente aquelas mulheres com que ele se relacionava. Jussara estava novamente naquele quartinho escuro, mofado, com cheiro forte e ruim. A cozinha com fogão e panelas com grossas crostas pretas engorduradas, tratava-se daquele cenário de sempre. Este lugar, apesar de familiar, ainda conseguia me revirar o estômago, em especial pelo cheiro. Via constantemente mocós nas ruas muito mais limpos que aquilo. Jussara estava bastante sonolenta,*

numa 'rebordosa' pois tinha usado muito durante toda a noite. Não queria papo conosco.

Com muita dificuldade, e com muito esforço de Suzana, redutora de danos, conseguimos fazer com que ela permitisse a consulta.

Conversamos um pouco, ela de poucas palavras. Formos ao exame físico: Altura Uterina de 29 cm. 40 semanas e 29 cm? Como? Eu já tinha feito a consulta da semana anterior, definitivamente não estava com uma discrepância tão grande assim. Peço à Margarida, enfermeira do consultório para refazer a medida e confirmar. Confirmado: 29 cm. Havia alguma coisa errada ali. O sonar que tínhamos na Kombi não funcionou. Justo nesse dia. Não conseguimos medir os batimentos cardíacos fetais, o que era bem preocupante nesse contexto.

Pensei: 'Só pode estar com bolsa rota'. Precisava fazer no mínimo um toque vaginal. Foi extremamente difícil convencê-la a ser tocada, ela não queria se submeter ao exame de jeito nenhum. Precisamos de muita ajuda da Suzana novamente para isso.

Ela deita na cama do quatinho mal cheiroso. Ao toque, já era perceptível que a bolsa estava evidentemente rota, e o colo uterino com cerca de 4 cm de dilatação.

Passa imediatamente pela minha cabeça: "Meu Deus, e agora o que eu faço com isso?" Mesmo com plena consciência da importância do nosso trabalho, em algum lugar de mim eu preferia não ter tocado, preferia não ter visto, para não ter que ser responsável pela condução desse problema: Uma gestante, em franco trabalho de parto, na rua'.

Ela repetia: 'Quero fumar, quero fumar pelo menos mais uma'

A gente não sabia o que fazer. As pessoas da equipe se entreolhavam.

Acho que de todos momentos da minha vida profissional eu nunca tive tanta raiva de ser eu a pessoa com CRM. Assim que eu fiz o toque vaginal, lembro dos olhos da Suzana e a pergunta: "E aí?". Quando eu disse que estava com bolsa rota e 4 cm de dilatação lembro-me da cara da Nívea, psicóloga da equipe: "Isso é muito grave? O que a gente faz agora?" e das pessoas olhando para mim, esperando que eu dissesse o quão grave era o quadro. Era horrível dizer aquilo, assim como era horrível a sensação de que alguns, não todos, membros da equipe (e principalmente eu mesma) esperavam de mim uma conduta. E não, eu definitivamente não sabia que conduta tomar.

*Em nenhum momento da faculdade ou da residência médica eu havia aprendido o que fazer com um trabalho de parto na rua em que a mulher simplesmente insiste irreduzível a ‘fumar mais uma’.*

*E ela queria fumar mais uma, de qualquer jeito. Eram cinco da tarde. Fomos unânimes em dizer muito rapidamente sem pestanejar: “a gente espera”.*

*Surge então um novo problema: com que dinheiro? Pedro dizia que já não tinha mais, Jussara também não tinha.*

*E ela só repetia, várias vezes, que queria mais pedra.*

*Chego a pensar firmemente em dar eu os 5 ou 10 reais da pedra, e assistirmos seu consumo desde que ela se comprometesse depois do consumo a ir para a maternidade conosco. Mas nem assim ela se comprometia.*

*Nesta hora início o raciocínio: “Vou levar à força? Involuntário? Mas se eu for levar à força eu faço como? Sedo? Não posso sedar, pois: 4 cm de dilatação, em trabalho de parto, o bebê pode nascer com rebaixamento de nível de consciência e comprometimento respiratório caso eu sede a paciente. Contensão física: amarro então. Mas vou amarrar uma gestante? Contensão física assim? Sem sedação, daquelas feitas na marra, no braço, violentas? Com aquela barriga? Essa é mesmo a minha proposta? Jura? Para depois de contida levar como? Na Kombi se debatendo?”*

*Tudo que se passava pela minha cabeça naquela hora parecia absolutamente inviável.*

*Minha vontade “real” (e absolutamente fantasiosa) era sentar eu na calçada daquela ladeira do Santa Lúcia e chorar. Chorar e chorar. Ficar lá esperando aquela menina usar. Assistir aquele parto naquela biqueira. Sei lá. Qualquer coisa que me desse a impressão de que eu estava fazendo alguma coisa com a responsabilidade que eu tinha (ou que achava que tinha naquela época).*

*Mais vontade de chorar. Um tanto também de raiva da paciente que parecia ignorar completamente a gravidade daquele momento, ignorar que estava em trabalho de parto. Muita raiva de mim, de não saber o que fazer.*

*A coordenadora do consultório de férias, para piorar tudo.*

*Fernanda, terapeuta ocupacional da equipe tem uma ideia. Ligamos para Sandro, um dos diretores da Instituição Cândido Ferreira. Sandro, com a calma e clareza de quem além de muito experiente não está em cena, sugere: ‘Chama o SAMU’. E nesta hora uma tranquilidade me invade: “Claro! É isso. SAMU! Como eu não pensei nisso antes!”*

*Volto a ter raiva de mim por não ter pensado nisso antes.*

*Já são 18:30. Chamamos o SAMU.*

*Fui embora com vontade de chorar. Com muita raiva de não ter pensado isso, de não saber o que fazer. Vontade de escrever no diário de campo. Poxa! Esse dia tinha que estar registrado. Mas eu não conseguia escrever. Não conseguia nem chorar na verdade.*

*No dia seguinte descobrimos que o SAMU levou a paciente para a maternidade. E que a paciente evadiu. Mas... Evadiu? Como assim: evadiu? Gestante com bolsa rota? Como ela consegue sair de uma maternidade? Pulou um muro com aquela barriga? Saiu andando? Pela porta da frente? Como pode? Depois de tudo que a gente passou naquela tarde! Como ela simplesmente sai da maternidade?*

*A equipe da tarde na terça-feira vai procurá-la. Pessoalmente eu não acreditava que ela ainda estava gestante. Eram quase 24 horas de trabalho de parto, como não tinha evoluído? Independente da minha descrença a paciente foi encontrada usando, na beira do córrego. Segundo Breno, outro médico da equipe, fechando as pernas para que o bebê não nascesse.*

*O que eu sei disso, foi Breno quem contou: Foi conversando com o dono da biqueira, com ajuda dos redutores, que: “se o bebe nascesse ali, seria necessário chamar o SAMU e Polícia, podia dar jornal, e tudo isso seria muito ruim pra ele.” O tráfico então fecha a biqueira para ela, e assim a “convence” a novamente ir com o SAMU. Jussara tem o bebê na maternidade na terça-feira. O bebê nasce com danos neurológicos importantes segundo nossa colega que o avaliou depois.”*

Meses depois de escrever esse relato, ao fazer uma exposição pelo GT Maternidades num evento promovido pelo Serviço Social de uma importante maternidade de Campinas – a propósito, a que mais recebe esses casos no município - me dei conta de um fato: Jussara, já havia tido dois partos anteriores a esse, igualmente em situação de rua e em uso intenso de substância. No dia em que nos conhecemos, quando estávamos a caminho de seu primeiro ultrassom dessa terceira gestação cujo parto foi narrado acima, teve comigo um diálogo extremamente difícil:

*“— Você que é a médica?*

*— Sim, sou eu sim. (respondo com um sorriso)*

*— Na hora do parto você pode me anestésiar?*

— *Eu não posso, querida (e naquele momento começo a discutir confiante sobre analgesia de parto e violência obstétrica, assunto que eu achava que ela estava colocando como necessidade de ajuda). O médico que fica no hospital é o anestesista, eu vou fazer só teu pré-natal, mas a anestesia é um direito seu que não pode ser negado, e que você pode pedir a qualquer momento que estiver com dor...*

— *Não dona, é que eu queria pedir aquela de dormir.*

— *De dormir?*

— *Sim, aquela que apaga a gente, por que é muito ruim nascer, a gente ver chorar, e depois ter que dar.” (Diário de campo – Caso Jussara)*

Esse diálogo da nossa primeira consulta ficou por semanas, meses, na minha cabeça depois que ocorreu. Assim como seu atendimento no parto. Foi apenas montando aquela apresentação, muito tempo depois do bebê ter nascido, que me dei conta de que naquele momento do trabalho de parto, Jussara quis anestesiarse. “Apagar-se” a qualquer custo, e seu instrumento mais conhecido e garantido para isso era o crack, já que nós do consultório não poderíamos anestesia-la como ela gostaria. “*Eu preciso fumar mais uma*” repetia ela, o que naquele momento eu não consegui entender. Esse episódio evidencia o quanto o cuidado, se feito nesse encontro radical, exige leituras finas, sutis, que o cotidiano do trabalho ou a inexperiência às vezes dificulta ter.

#### CASO SANDRA – Diário de Campo

*Sandra foi uma das minhas primeiras consultas no CAPS AD Independência. Dos primeiros pacientes que eu atendi no serviço como um todo, e dos primeiros dias na vida trabalhando num CAPS. Uma das primeiras consultas de fato na rede de saúde mental, e não na atenção primária.*

*Quando eu estava na unidade de saúde, sempre que eu fazia um atendimento em que entrava ao máximo na subjetividade dos pacientes, eu, na minha imaturidade, me sentia uma médica melhor. Quanto mais mexia nas questões me sentia mais humanizada. Até que no CAPS um dos meus primeiros atendimentos como profissional foi Sandra. Gestante, vinte e poucas semanas. Fiz o atendimento com Fagner, um ex-enfermeiro do SAMU que tinha acabado de chegar na saúde mental, e estava na sua primeira semana também.*

*Usei uma técnica de EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing — Dessensibilização e Reprocessamento por meio dos Movimentos Oculares) aprendida na residência de medicina de família, e a paciente chorou muito. Falou da mãe, com quem tinha aprendido a usar crack aos 12 anos de idade, e da filha, assunto que a fazia chorar mais, ao contar que a menina que estava abrigada.*

*Sandra saiu do atendimento de mais de uma hora bastante mobilizada após ter chorado tanto e contado várias coisas da sua história de vida. E eu saí me sentindo uma ótima médica, que abordava as questões subjetivas de meus pacientes.*

*Isso era próximo ao fim do expediente.*

*No dia seguinte pela manhã, chego no CAPS para trabalhar. Logo depois de mim chega Sandra. Estava suja, completamente intoxicada de crack, descabelada e chorando. Ela estava naquele momento no abrigo Santa Clara, da assistência social, e não tinha dormido na casa. Disse-me claramente que não suportou aquelas lembranças todas suscitadas na consulta e que recaiu. Chorava muito, mais que na consulta do dia anterior. Procurou por mim assim que chegou no CAPS.*

*Ela pode ter recaído por vários motivos. Ela pode ter recaído porque já iria recair, já estava “prestes a”. Mas de forma alguma eu consegui reduzir minha sensação de culpa ao atendê-la naquela manhã. Fui eu quem fiz aquilo? Eu fui responsável pela recaída de uma gestante que estava num abrigo? Isso não deixava de passar pela minha cabeça, ainda que eu tentasse me convencer que é sempre multifatorial. Era uma enorme iatrogenia que estaria silenciosamente na minha conta nesta vida. Fui depois conversar sobre isso com Catarina, minha chefe no serviço do CAPS, que me ajudou muito nessas questões da clínica e do cuidado na saúde mental, desde o início do trabalho. Foi muito difícil para mim passar por aquilo tudo naquela manhã.*

*Atendi Sandra muitas outras vezes depois. Tínhamos um ótimo vínculo. Ela sempre teve muita dificuldade de falar dos sentimentos em atendimentos formais de terapia com a psicóloga ou no consultório. Era uma paciente que se saíria bem melhor em cenários de terapia ocupacional eu achava. Ela adorava fazer as atividades. Lembro-me uma vez de um exame de ultrassonografia que a levamos para realizar. Durante o transporte, na Kombi, a caminho do serviço de referência do pré-natal de alto risco, assim como durante a realização do exame, falou muito sobre si, sobre a relação com a droga, com o serviço da assistência social, muito mais que nas tantas consultas que tínhamos feito. Era impressionante que toda a timidez do consultório*

*desaparecia no banco do carro! Mas dessa vez eu sempre absolutamente preocupada e atenta a seus limites, seus bloqueios, digressões, etc.*

*“Eu queria fazer na casa (se referia ao abrigo) minhas pulseiras de miçanga, meus colares de miçanga, que é o que mais me relaxa. Lá tem terapeuta ocupacional que eu sei, mas ela disse que não pode fazer, ela disse que eu tenho que tá construindo minha saída e minhas atividades fora da casa. Mas eu queria tanto poder fazer as coisas lá. Lá a gente tem que ‘construir’, tudo lá é ‘construção’, tudo tem que tá ‘construindo’... eu não aguento mais ouvir essa palavra.*

*Lembro-me de que pouco antes da criança nascer, ela me contou de um sonho que teve. Sonhou que a criança nascia no meio da rua, na calçada. No sonho, todos pegavam o bebê para cuidar e a deixavam ensanguentada na calçada. Os transeuntes passavam por cima dela e não a viam, e ela ficava esquecida em meio ao sangue. Achei tão simbólico aquilo tudo. Doía ouvir ela contar durante a consulta de pré-natal esse sonho. Parecia que era isso que a gente sempre fazia, dava abrigo porque estava gestante. Casa, geração de renda, internação... tudo por que estava gestante. Se não estivesse, esses arranjos seriam muito mais difíceis. Indiretamente a mensagem que acabávamos passando era sempre essa: a gente cuidava sempre do feto.*

*Sandra, devido a recaídas e fissuras, opta conjuntamente com a equipe pela internação. Fizemos uma grande discussão num hospital universitário da cidade se ela ficaria na enfermaria de patologia obstétrica ou na enfermaria de psiquiatria. Nós, enquanto equipe, optávamos pela enfermaria de patologia obstétrica. A paciente estava relativamente tranquila, ciente e desejava a internação. Estava há alguns meses já no abrigo, e tratava-se de uma vaga mais fácil de conseguir. Mas a discussão entre os dois departamentos, psiquiatria e ginecologia era infundável. E não entravam num acordo. Íamos de um lado para o outro do quarteirão, pois a maternidade ficava numa esquina e o pronto atendimento de psiquiatria na outra, tudo a pé sob o sol para duas ou três avaliações.*

*Lembro-me bem do dia da internação. Saio desse serviço depois de muita discussão entre o serviço da obstetrícia e da psiquiatria, às 21h da noite - o que daria um capítulo à parte a discussão de rede.*

*A bebê nasce. Sandra tem duas recaídas logo após o nascimento, uma na festa junina na pracinha em frente ao CAPS, e outra durante um feriado. Já estava difícil sustentar a situação no abrigo e no CAPS. Ela parecia não conseguir se adaptar à maternidade.*

*Um dia, já no fim do horário de trabalho do CAPS, por volta das 18h, recebo um telefonema de Adelaide, gestora do Consultório na Rua: “Thais, estamos com a Sandra. Ela está com o bebê aqui debaixo do pontilhão, antigo restaurante da guarda municipal”. Tratava-se de um local sob um viaduto de Campinas, um restaurante abandonado, lugar que reunia vários usuários de crack perto do Terminal Central. A bebê, uma menina, estava com 17 dias, não me esqueço disso. No telefone, Adelaide: “Você é a pessoa que tem mais vínculo com ela, mas acho que não dá mais, a gente tem que tirar esse bebê daqui urgente, não tem condições”. Hoje, mais de um ano depois não me lembro mais (e não sei se faz diferença) se me chamaram ou não para estar lá na cena, mas foi um desespero só. Eu simplesmente fui, sem raciocinar muito. Saio do CAPS às 18h, com meu carro próprio, sem camiseta da equipe do CnR, nem nada que me identificasse como profissional de saúde, para um cenário de uso intenso de crack.*

*Sandra estava completamente intoxicada, usando a bebê em meio aos carros no semáforo para conseguir mais dinheiro para fumar mais. Nem sabíamos como ficava a bebê na hora do consumo efetivo da droga. A bebê urrava de fome. Aquele choro doído de um recém-nascido faminto.*

*Fui conversar com ela, tentar acolhê-la e explicar o que estava acontecendo.*

*Foi muito complicado efetivamente tirar a bebê dos braços dela.*

*Escureceu. A bebê chorava muito, nervosa e com fome. Era desesperador.*

*Outros membros da equipe, com a bebê nas mãos, começaram a tentar leite nos botecos em volta para ofertar num copinho de plástico para ela, que até então estava em aleitamento exclusivo. Foi muito difícil iniciar pela primeira vez uma alimentação complementar nessas circunstâncias.*

*Sandra começava a contar para mim uma história evidentemente fantasiosa de uma “dívida” que o ex-companheiro teria deixado para ela, e tentava arrancar de nós profissionais dez reais a qualquer custo. Mas era um desespero tamanho de perceber que perderia aquela guarda naquele momento, associado à fissura de querer mais droga exatamente após seu uso, que a mentira não dava nem raiva de tanta dó. Uma situação completamente caótica, sentadas nós duas, eu e ela, na calçada da rua, sem uniforme, à noite.*

*Me falta o ar só de lembrar.*

*Eu fiquei o tempo todo ao lado de Sandra, que chorava muito, assim como a bebê. Eu tentava fazer uma contenção física e afetiva com abraços, para que ela não tentasse pegar nos braços a filha de novo, que já estava com outros profissionais.*

*A cena era mórbida.*

*Adelaide ligou para o MVM e para o conselho tutelar. Só eles poderiam tirar a criança dali. Se saíssemos nós, profissionais do consultório, com um bebê sem o consentimento da mãe, mesmo que de um cenário de uso de crack, poderia ser considerado um sequestro de menor. Era preciso fazer as coisas minimamente dentro da legislação.*

*Enquanto isso, a noite corria. Sandra chorava abraçada comigo; um bebê de 17 dias chorava no colo de alguém da equipe tentando tomar, sem conseguir a princípio, um pouco de leite num copinho. A noite seguia escura. Os faróis dos carros. As pessoas olhando. Transeuntes, frequentadores dos bares em volta e também frequentadores do cenário de uso, todos nos olhando. A gente na esquina, abraçadas, eu sem uniforme e também com olhos marejados o tempo todo.*

*Como estava fora de horário comercial, demoraram 2 horas para chegar e levar a bebê. DU-AS-HO-RAS dessa cena.*

*Quão longas foram essas duas horas eu não sei. Foram infinitas. Duraram até aqui, por essas páginas de um diário de campo para uma dissertação de mestrado.*

*Duas horas até pegarem a bebê e levarem para um abrigo de crianças. Sandra ameaçava se jogar da ponte ao perceber concretamente a perda da guarda, depois de muita conversa saiu vagando noite a fora e fugiu da equipe. Saímos de lá cerca de 21h30 da noite. Uma amiga tinha chegado em casa de Pouso Alegre aquela noite e eu nem consegui receber, de tão tarde. E de tão morta. Eu não consegui nem chorar aquela noite.*

*Lembro-me do dia seguinte, quando fomos ao abrigo para ter notícias e discutirmos o caso. Sandra não havia dormido em casa, e apareceu no abrigo pela manhã, enquanto ainda estávamos lá. Foi muito, muito, muito hostilizada pelas outras mulheres moradoras da casa. Lembro da cena dela no portão, ainda alcoolizada tentando entrar na casa, e algumas moradoras na porta, que a chamavam: de puta, de nóia, de irresponsável, e de monstro. Ela também gritava e chorava muito. Foi levada então por nós para um leito-noite no CAPS.*

*Pouco depois disso houve uma transferência minha do CAPS Independência, para outra unidade, o Reviver. Não pude seguir Sandra mais. Foram raros os*

*atendimentos com a paciente. Em geral, nos encontrávamos eventualmente no núcleo de oficinas terapêuticas.*

*A equipe como um todo havia chegado à conclusão que Sandra nunca quis de fato a maternidade, mas parecia que nós queríamos que ela quisesse. Ela percebeu a gestação como um meio de receber um certo cuidado dos serviços com uma intensidade que nunca havia recebido antes. (Caso Sandra – Diário de Campo)*

O caso de Sandra me mobilizou muito. Foram muitos afetos envolvidos na época e ainda hoje. Inicia-se com uma dificuldade de clínica e cuidado em saúde mental, e devo a ela um dos maiores aprendizados profissionais que eu tive: sobre como tentar de fato respeitar, no cotidiano e na prática clínica, os limites de cada um. Mas trata-se de um caso que também me tocou profundamente em relação à construção dos papéis de gênero. Do feminino que habita em todas nós. Sem uniforme, éramos apenas duas mulheres, com olhos úmidos sentadas numa caçada. Esse feminino percorre o uso de crack apreendido com a própria mãe e tensiona o estereótipo de cuidado materno. Este feminino que percorre a oferta do cuidado dos serviços vinculados à situação de gestação e de rua quando o reforça num modelo estereotipado de maternidade ou de desejo por ela; percorre a ambivalência em relação à maternidade, que é comum a qualquer uma de nós. Lembra-nos do quanto somos, e seremos sempre, “monstros” aos olhos do patriarcado.

#### CASO KEYLA - Diário de Campo

*Keyla já era uma mulher um tanto mais velha, com seus trinta e sete anos, ou trinta e cinco, talvez. Ficava na região do bairro São José, em Campinas.*

*Para mim era claro que a desigualdade sócioespacial da cidade se reflete também nos usuários de crack. Sempre achei que usuários de zonas periféricas comumente se encontram em pior situação clínica e social, e consideravelmente com menos apoio do Estado. Os principais aparatos públicos de saúde e assistência social para moradores de rua se encontravam no centro da cidade, pela maior concentração de moradores nesses locais. No entanto, é mais difícil o acesso dos usuários moradores de bairros periféricos a esses equipamentos.*

*Não me lembro com certeza quem nos chamou pela primeira vez para atender este caso. Muito provavelmente foi o Serviço de Orientação Social Para Pessoas em*

*Situação de Rua(SOS-Rua). Lembro que o Breno, outro médico da equipe, já havia feito alguns atendimentos.*

*Fui acompanhar Keyla num exame de ultrassom para discutir com o médico ultrassonografista algumas questões sobre o caso.*

*Ao exame, o bebê estava bem. Esperamos então no serviço para atualizar o cartão de vacina, e realizar as que estavam faltando para o pré-natal. Nesse tempo de espera, Keyla começa a falar sozinha, dirigindo-se a uma “loira” com quem ela passou a gritar e brigar arduamente. Isso tudo sob o sol no meio do pátio do serviço de saúde.*

*Eu só conseguia pensar: “Caramba. Como uma paciente completamente psicótica tinha passado tão despercebida até agora durante o pré-natal! Como comemos bola!”*

*Uma coisa que era típica de Keyla era que ela fazia os ultrassons e as consultas de pré-natal sempre em troca de banho. Detestava ser examinada suja. Recusava-se sempre. Adorava banho e produtos de limpeza, como shampoos e sabonetes.*

*Ela já estava no sétimo filho.*

*No seu mocó, por sua vez, havia fezes humanas dela e do companheiro perto de onde ela dormia. Sempre que olhava para aquilo pensava nos cães que eu conheço, que sempre fazem cocô longe de onde dormem. E que aquela mulher fazia cocô ao lado de onde dormia. Era um pensamento que vinha à mente toda vez que ia lá.*

*Paciente sempre emagrecida. Sempre em uso intenso.*

*Keyla estava com 34 semanas de gestação.*

*Numa manhã ensolarada vamos eu e Ângelo, um assistente social do SOS Rua, fazer uma consulta de pré-natal com ela. Estávamos na Kombi do SOS. Chegamos lá, e Keyla dormia num colchão na calçada com o companheiro, atrás de uma caçamba de descarte de materiais de construção. Ao nos ver, ela foi se levantar, e neste processo de se levantar direto do chão com uma volumosa barriga de 34 semanas, (o que é concretamente difícil) sem querer ela pisou no companheiro que estava dormindo. O companheiro, que foi acordado pela “pisada” sem querer, começou a discutir e gritar com ela. Ele, naquele momento, pega então uma barra de ferro/alumínio que estava próxima do colchonete onde estavam e a agride com uma “paulada”.*

*Uma paulada.*

*Em uma gestante de 34 semanas, que ao se levantar direto do chão com uma barriga grande pisa e acorda o seu parceiro sem querer.*

*Uma paulada na frente de dois profissionais.*

*Uma paulada numa mulher. Uma paulada numa gestante.*

*A raiva, a revolta que me tomaram naquela hora são indescritíveis.*

*Só de lembrar e escrever isso me assola novamente.*

*Uma raiva profunda da vida, do mundo que produz essas atrocidades. Uma gestante sendo agredida com uma barra de ferro na nossa frente. E a gente assistindo isso. Como que faltando o ar. Faltando a voz. Foi muito, muito duro para mim.*

*Aquele dia um grito ficou preso. Uma raiva ficou entalada na garganta.*

*Mulher gestante de 34 semanas, psicótica, em uso intenso de crack, sofrendo agressão com uma barra de ferro na frente de dois profissionais (imaginávamos então o que não sofria quando estavam sozinhos).*

*Naquele momento eu só pensei: “Chega!” eu pensava: “O que estamos esperando? Vamos ficar assistindo a isso sem fazer nada? O que a gente está fazendo aqui então? O que estamos fazendo como profissionais? Profissionais de um serviço público! O que estamos fazendo como seres humanos? É passar, olhar, ver tudo isso e ir embora? Ir embora, e fazer depois uma discussão a respeito? É isso? Já deu”. E com muito medo, propus a Ângelo, assistente social do SOS-Rua que fizéssemos uma internação involuntária.*

*Liguei para Adelaide, coordenadora do consultório, para fazer a proposta. Liguei para Karen, psiquiatra da equipe, que também dava plantão num hospital universitário de referência para discutir o caso.*

*Lembro bem da sensação de: “Qual é o limite? Até onde a gente pode esperar? O quanto a gente pode se permitir, se dar ao luxo de esperar e discutir? Até que ponto respeitamos a ‘decisão’ dela de estar na rua em uso? Eu estou recebendo do Estado, venho aqui fazer esse pré-natal para que mesmo?”*

*Em poucos minutos ligamos para o CAPS, avisamos também a equipe do Consultório na Rua, e pronto-socorro psiquiátrico.*

*Como Keyla gostava muito de banho, nós nos oferecemos para levá-la para um ‘banho’ no CAPS. Com muita dificuldade de convencimento, ela topou. No CAPS, ela ficou muito feliz com os produtos de higiene pessoal. Ainda com muita dificuldade, acabamos realizando uma sedação. Chamamos o SAMU que a transfere do CAPS já sedada e com a vaga regulada para o pronto atendimento de psiquiatria.*

*A paciente acorda já contida (amarrada) numa maca de um pronto-socorro absolutamente lotado de um hospital geral, que tinha emergência psiquiátrica. Conhecendo bastante esse pronto-socorro, seu volume de pacientes graves, seus cheiros e barulhos, essa experiência deve ter sido aterradora.*

*Nesta época, os fluxos de internação estavam frágeis, a discussão de rede sobre “para onde iriam essas mulheres gestantes em uso de crack” estavam a todo vapor no município. Keyla foi transferida do pronto atendimento para ser internada no Serviço de Saúde Cândido Ferreira, um antigo manicômio, dos poucos que recebia, em última instância, as nossas mulheres.*

*Várias coisas foram marcantes nesse caso para mim. Tratou-se da minha segunda internação involuntária da vida, e de toda situação de violência explícita contra a mulher. Além disso, foi depois desse episódio que Keyla começou a me chamar de “loura 171” (em referência ao artigo do código penal para estelionato) que tinha dado um “golpe” nela, falado com ela que ela ia tomar banho e ela foi internada.*

*Keyla era negra, periférica.*

*“Você é a loira ‘um-sete-um’ que me botou naquela senzala!”*

*Keyla repetiu essa frase diversas vezes, muitas delas para se recusar a ser atendida por mim. E essa frase, vinda de uma mulher negra, bem retinta, ecoava na minha cabeça louca. E durante as três semanas de internação que seguiam, ela repetia. E muitos meses após o acontecimento também.*

*Dizia se senzala se referindo à internação involuntária que havia sido realizada na enfermaria de um hospital psiquiátrico do município, cuja estrutura data de 1924. A instituição matinha a arquitetura histórica no local. Ela, umas vezes psicótica outras não, sempre se referiu ao local como senzala.*

*Sempre achei essa frase tão simbólica. Eu, branca, louca, colocando Keyla uma negra retinta na senzala. A dimensão “manicomial” de uma internação, a semelhança do manicômio com uma senzala. A loucura e simplicidade dela eram de uma lucidez chocante.*

*Keyla, com muitas, muitas dificuldades, foi ficando na internação por duas semanas. Pedia para sair todos os dias. Ganhou peso, tomou medicação, reduziu significativamente os sintomas psicóticos. Mas pedia para ir embora todos os dias ininterruptamente.*

*Lembro-me de uma reunião de equipe, em que discutimos o caso. Muitas foram as críticas e questionamentos que recebi sobre a internação involuntária. E que bom*

*que a gente não acha isso normal. Tanto naquela época quanto hoje me questionava muito, mas no fundo acho que não me arrependi de ter feito. Talvez devesse me arrepender, eu não sei.*

*Com 37 semanas de gestação. Completando a terceira sofrida semana de internação, Keyla foge do Cândia.*

*Keyla F-O-G-E. Mas como fugiu?*

*Depois de todo o trauma institucional e pessoal de uma internação involuntária, depois de toda discussão na rede sobre onde internar, com um bebê quase a termo, era muito difícil escutar essa notícia.*

*Como uma gestante com uma barriga de 37 semanas foge de um hospital psiquiátrico? Ela pulou muro? Com aquela barriga? Acho que não. Saiu pela porta? Qual porta? A porta estava aberta? Quem deixou a porta aberta? Como passa despercebido uma gestante de 37 semanas indo embora numa enfermaria de psiquiatria?*

*Essas perguntas ressoavam com raiva na minha cabeça. Como aquilo era possível, que sintoma institucional era esse?*

*Mas pensar que uma mulher negra, gestante de 37 semanas foge da “senzala” parecia bom.*

*Fomos fazer então uma busca ativa de Keyla. Não a encontramos.*

*Na semana seguinte, já com 38 semanas, depois de dias procurando, nós a encontramos. Desta vez, obviamente, muito mais resistente ao nosso contato e às nossas ofertas. Mesmo que durante todo o tempo de internação, a equipe tenha investido muito na criação de vínculo com ela. Mas uma internação involuntária como aquela deixa sempre suas marcas.*

*Com o caminhar da internação, a equipe foi se apropriando de fato dos seus sintomas psicóticos - que até então só eu tinha visto no atendimento do ultrassom. Falava sozinha, via coisas, comia os cabelos que constantemente arrancava da cabeça. Antes, era quase um sintoma psicótico meu dizer aquilo solitária na equipe. E os questionamentos da equipe sobre a internação involuntária foram diminuindo com o passar do tempo.*

*Com extrema dificuldade, conseguimos levar a paciente para avaliação fetal. A criança ficaria com uma irmã do companheiro. Ela já tinha conversado e decidido.*

*Keyla tinha uma fala também muito interessante: “Eu já tive seis filhos antes desse daqui. Não criei nenhum. Mas nenhum deles hoje está em orfanato, eu sei*

*direitinho onde cada um está. Nunca deixei filho meu em orfanato não!”. Sempre achei isso fantástico, esse foi o jeito dela cuidar deles!*

*Com 38 semanas, o Serviço de Saúde Cândido Ferreira não estava disposto a aceitar a gestante, alegando não ter retaguarda clínica, o que era relativamente concreto. Keyla acabara de fugir deste hospital psiquiátrico e, na nossa opinião, dificilmente sustentaria uma internação numa enfermaria de patologia obstétrica. As comorbidades psiquiátricas eram muito pronunciadas e careciam de um manejo bem específico de profissionais habituados com casos de saúde mental. Uma enfermaria psiquiátrica do município, gerida por uma organização social, praticamente não internava em sua ala psiquiátrica gestantes acima de 34 semanas, alegando não ter ginecologia e obstetrícia no hospital. Era difícilimo conseguir vaga lá para essas mulheres. A enfermaria psiquiátrica do hospital universitário não tinha vaga naquele momento e também tinha lá suas resistências com nossos casos, que eram sempre avaliados para que o hospital se certificasse que não se tratava de um suposto “leito social”.*

*Chegamos eu e Adelaide com uma proposta audaciosa na maternidade. Keyla definitivamente não queria se internar em lugar algum, estava em altíssima vulnerabilidade, nenhuma enfermaria psiquiátrica estava aceitando naquele momento uma mulher na sétima gestação, com um provável parto rápido, com 38 para 39 semanas. Não queríamos violentá-la com uma involuntária de novo. E o risco do bebê nascer naquele mocó com fezes humanas no bairro São José era muito alto.*

*A proposta indecente e audaciosa que pensamos era interrupção cirúrgica da gestação. Uma cesariana com as 38 semanas que ela se encontrava. Claro que isso me doía só de pensar nas discussões de humanização de parto que eu pessoalmente também fazia e acompanhava. Mas naquele caso, a gente realmente achava que uma cesárea agendada era menos violento que outra internação involuntária na “senzala” (que provavelmente era a única enfermaria que nos aceitaria naquele contexto do município) e menos violento que um bebê nascendo no mocó sob uso de crack.*

*No hospital foram contra. “Depois ainda vão vir aqui dizer que a gente tem alta taxa de cesariana, vão dizer que a gente opera sem indicação”. Eu particularmente não acreditava que estava ouvindo aquilo do médico assistente contratado no pronto atendimento. Em especial depois de tudo que tinha visto ali na minha graduação como estudante.*

*Era impressionante como ninguém conseguia discutir o caso. Não conseguiam olhar para a rede e a ausência de propostas. Não conseguiam ver essa mulher como um todo. Só conseguiam discutir a conduta obstétrica. Ela já tinha pródromos de trabalho de parto, mas não tinha critérios de internação para trabalho de parto ativo, ou de data de indução. Mandaram-nos, eu e Adelaide, para o diretor clínico.*

*Aquela conversa foi tão confusa que eu não sei até hoje se eu a entendi direito. Ele basicamente sugeriu que assumíssemos a indicação da cesariana no prontuário para que o hospital se desresponsabilizasse judicialmente do caso. Que a cesariana seria realizada as 38 semanas fora dos critérios de trabalho de parto e indução porque nós a indicamos e não eles. Foi uma conversa esquisita. Eu poderia indicar uma conduta obstétrica? Num serviço que não trabalho? Não chegamos naquele dia a um acordo sobre a conduta no caso. E falta saber se era isso mesmo que estava colocado.*

*Só sei que não internaram Keyla. Parecia que não queriam “dar o braço a torcer” e fazer nossa conduta. Justificativas de que havia muita gente no centro obstétrico e no pré-parto. Que não podiam dar uma noite de “leito social” para alguém fora de trabalho de parto ou fazer uma indução de parto ou cesariana naquela mulher.*

*Solicitaram que fôssemos embora e voltássemos no dia seguinte com ela para discussão da indução de parto. Por mais que tentássemos discutir a vulnerabilidade do ambiente que ela iria dormir, da chance de não a encontrarmos no dia seguinte, nada foi suficiente. Não adiantava tentar explicar que não dá para simplesmente “agendar” para o dia seguinte com uma paciente nessas condições. Foram irreduzíveis.*

*Saímos com a paciente da maternidade e a deixamos no mocó às 17 horas. Às 22 horas, na noite daquele mesmo dia, Adelaide recebeu uma ligação dizendo que Keyla havia entrado em franco trabalho de parto (provavelmente após uso intenso de crack, o que acelera o processo) e que havia chamado o SAMU. O bebê nasceu felizmente na ambulância a caminho da Maternidade Municipal, sendo recebido lá. Por muito pouco não nasceu no mocó.*

*Sim, uma mulher que recebe alta de um pronto atendimento de uma maternidade às 17 horas, tem o filho às 22, na rua, intoxicada de crack. Havia um medo que isso fosse parar num jornal. Isso ocorre depois de tudo que a gente passou. Da internação, fuga, busca, discussão de caso. Era absurdo pensar aquilo.*

*Violência contra a mulher, internação involuntária, parto na rua; já seria mais que o suficiente para um caso, mas ainda tinha mais.*

*Sétimo filho, e Keyla solicitava o tempo todo a laqueadura. Não, ela não fez nenhum processo formal para laquear antes da gestação, ou coisa assim. Ela apenas pedia durante o pré-natal.*

*Iniciava agora a discussão da rede sobre a possibilidade da laqueadura dentro das 48 horas de internação pós-parto, sem iniciar o processo previamente à gestação - o que está fora da legislação atual. Falamos com a secretária da Saúde da Mulher da Prefeitura.*

*Durante a discussão sobre a laqueadura de Keyla, Fábio, outro médico do consultório, iniciou uma discussão profunda sobre porque faríamos uma laqueadura assim: sem respeitar os tempos necessários, se era só porque era moradora de rua, se era uma conduta de esterilização das classes populares etc., que ela estava no pós-parto sem condições de decidir sobre isso. E numa troca de e-mails com a coordenadora da saúde da mulher do município, contradisse nosso próprio pedido enquanto instituição. Foi um momento bastante complexo internamente na equipe e externamente na rede municipal.*

*Já vi a Keyla nas três últimas injeções de Depo-provera. Estamos em janeiro e ainda não conseguimos fazer a laqueadura nessa mulher. Ela se mantém com o mesmo companheiro. Mesmo com os sintomas psicóticos. E ainda me chama de loura 171 mesmo um ano depois de sua internação involuntária.*

*Tem estado cada vez mais reativa ao uso de injeções. Ainda solicitando laqueadura.*

*Não tivemos tempo devido às demandas institucionais (e creio também devido a não prioridade do serviço) de pactuarmos de fato e debatermos com a área de saúde da mulher do município essa questão do fluxo de laqueaduras para as mulheres em situação de rua.”*

O caso de Keyla diz muito, do cuidado as mulheres na rua, e da rede que esse cuidado exige. Provoca a pensar a rede em saúde mental, as internações involuntárias, assim como a garantia de direitos sexuais e reprodutivos nessa população como uma adequada assistência ao parto e planejamento reprodutivo.

Esses casos serão transversais a toda a dissertação, mas certamente terão seus aspectos mais aprofundados no Capítulo III – Artesanato de Cuidado.

Iniciar por esses casos foi a forma mais genuína de responder ao questionamento “de onde partimos”. Partimos a todo momento dessas experiências e experimentações:

“Escrevo a partir da feiura e para as feias, as caminhoneiras, as frígidas, as mal comidas, as incomíveis, as histéricas, as taradas, e todas as excluídas do grande mercado da boa moça” (1) (pag 7)

Esta pesquisa, que nasce a partir desses casos, buscou desenvolver uma análise de práticas da atenção à saúde das mulheres gestantes em uso abusivo de álcool e outras drogas e/ou em situação de rua. O foco foi discutir:

1) O governo de conduta das mulheres em situação de rua, em especial durante o momento da gestação, assim como as práticas de resistência e contra-condutas vivenciadas;

2) Os desafios pessoais e institucionais de se ofertar um cuidado pré-natal nessas circunstâncias.

Dois cenários serviram *settings* de investigação: o primeiro consiste na atuação da pesquisadora como médica na equipe de Consultório na Rua, integrante do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Campinas-SP, nos anos de 2015, 2016 e 2017. Como segundo cenário, temos a atuação como membro do Grupo de Trabalho Maternidades (criado em 2016 pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo) nos anos de 2017 e 2018.

Esses diferentes campos permitiram uma aproximação múltipla em relação ao tema: através da assistência clínica e de cuidado direto a essas mulheres no município de Campinas; através de atividades de educação permanente, realizadas diretamente com outros profissionais assistentes; e também por meio de discussões de casos que o Grupo de Trabalho Maternidades promoveu em outros municípios no interior do estado e na capital. É a partir dessa aproximação, e não sem dificuldade, que construo essas duas questões de pesquisa.

Poderia narrar o início da aproximação com o tema investigado de várias formas diferentes, com o benefício que há em olhar para trás e recontar uma história ressignificando o passado.

Poderia começar pela graduação, onde sempre gostei muito dos atendimentos em saúde mental e não gostava de forma alguma de saúde da mulher. Onde, no

internato, realizamos um blog de denúncia de violência obstétrica durante o estágio de obstetrícia, e sofremos como alunos uma série de violências institucionais no espaço, em especial depois dessa intervenção. Ou então, poderia escolher começar pelo curso de 20 dias sobre Sexualidade, Parto e Nascimento da antropóloga e parteira mexicana Naoli Vinaver, em 2015, onde ressignifico totalmente meu atendimento e meu cuidado em saúde da mulher. Ou talvez iniciar a narrativa quando saio da residência em Medicina de Família e Comunidade em João Pessoa e encaro um emprego num Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) e no Consultório na Rua de Campinas.

Durante a minha graduação eu nunca havia colocado os pés em um CAPS. Só fui entender mesmo de que se tratava essa instituição durante a residência - e nela, infelizmente, não foi possível a realização de estágio especificamente no CAPS AD. Ou seja, foi como trabalhadora, literalmente, que se deu meu primeiro contato com esses cenários de atendimento. Isso implicou numa construção de prática de cuidado sem modelo observacional anterior. E ainda que eu estivesse absolutamente instigada e disposta a aprender e trabalhar, muito feliz com aquela oportunidade, eu certamente não fazia ideia do que estava por vir.

Certamente, esses anos de trabalho foram das experiências mais desestruturantes como pessoa e como profissional, mas permitiu certamente uma reestruturação de outro ser no mundo e uma outra possibilidade de encontro com o outro, no cuidado clínico ou fora dele.

Mas também, a dissertação poderia começar assim:

*“Foi exatamente depois da primeira consulta de Vânia que eu decidi fazer o mestrado em relação às gestantes do Consultório. Havíamos como equipe acabado de sair do caso de Keyla, em que eu junto com o assistente social do SOS-Rua, realizamos a opção pela internação involuntária diante da agressão física (uma paulada) que ela sofreu do parceiro na nossa frente. Foram extensas e bastante acaloradas discussões em equipe sobre isso nas reuniões, por semanas a fio. Discutíamos sobre internação involuntária, sobre a peculiaridade da gestação, sobre o feto e a tal “proteção ao feto”, sobre violência, escolhas e autonomia. Quando eu achava que estava amadurecendo esta atuação como profissional com a ajuda dos debates em reunião de equipe, aparece Vânia.*

*Atendo Vânia a pedido do SAMIM (Serviço de Atendimento ao Migrante, Itinerante e Mendicante). Vânia tinha 13 nos de idade. 13 Anos de idade! 13! A sensação que eu tinha era que tudo que eu achava que estava um pouco mais sólido em mim em termos de cuidado e de discussão sobre a autonomia dessas mulheres acabava de ir embora, de fragilizar-se de novo. O que a gente faz com uma gestante de 13 anos na rua? Que não passe por uma internação involuntária, por ferir sua autonomia... E ela escolhia estar na rua... Mas, aos 13 anos, ela escolhia estar na rua? Era isso mesmo? Uma escolha? Como dizia Márcio, psiquiatra do CAPS Reviver “é a escolha da não-escolha”? E, por ser menor de idade, haveria implicações jurídicas para a equipe?*

*A parca segurança que eu havia adquirido com a experiência do caso da Keyla se esvaía. E em tão pouco tempo! Foram umas duas semanas depois! Era inacreditável! Naquele dia, depois de atender Vânia na porta do SAMIM voltando para a base, eu decidi que, se eu precisava de um tema que me afetasse para encarar um mestrado, esse seria o tema da pesquisa” (Diário de Campo – Caso Vânia)*

Olhando para trás, muita coisa me incomodava, me provocava a pensar e a repensar toda a minha prática nesses casos. E era bastante evidente que não acontecia só comigo, colegas de equipe e colegas de outros serviços também pareciam sentir o mesmo. O acompanhamento realizado pelo Estado (nas suas múltiplas faces: como saúde, assistência social ou jurídica) dessas gestantes era sempre um “acontecimento” que afetava a todos e que sempre produziu uma importante mobilização, tanto na subjetividade dos trabalhadores, quanto no seu cotidiano de trabalho, afinal, todas as ações nessa condição de gestação parecem ter muita pressa. Era semana a semana. Sempre contando. O tempo atravessa de outro jeito a condução dos casos. Em geral, mulheres que provocavam a articulação de uma rede intersetorial importante dentro dos municípios: SUS, SUAS (Sistema Único de Assistência Social), Defensoria Pública e/ou Ministério Público.

Trata-se também de um tema que apresenta amplo apelo em meios midiáticos e na opinião pública, o que impacta consideravelmente o trabalho cotidiano das equipes. Era comum ouvir os clichês colocados pelas mídias em geral nos matriciamentos realizados no município.

“Um Lar Para os Filhos do Crack”, diz a capa da revista Veja São Paulo em 05/10/2016, uma revista de ampla circulação, em especial nas classes mais abastadas da região. O título da reportagem traz uma metáfora muito recorrente em relação à droga; em que o crack adquire características humanas (comuns em reportagens: “o crack invade as famílias” “o crack destruiu a carreira da modelo”) o crack assume características humanas como a de ter filhos inclusive, e não de maneira trivial, a mulher mãe desaparece. É filho do crack, não dela. A fotografia que acompanha este título na capa é de uma menina negra num abraço caloroso de um homem branco, aparentando boas condições financeiras. Este homem representa simbolicamente na revista as famílias adotantes desses “filhos do crack”.

Reportagens semelhantes e com o mesmo recurso linguístico de desaparecimento dessa mulher e mãe são absolutamente frequentes e não faltam exemplos numa pesquisa simples de internet. Igualmente frequentes são reportagens que associam usuários numa condição de menos humanidade a zumbis, em oposição à droga que cada vez mais ganha agência. Isso compõe muitas vezes o imaginário da população e dos trabalhadores em relação a esses casos e ao problema do uso compulsivo de crack especialmente, como discutido por Taniele Rui em seu livro “Nas tramas do crack – etnografia da abjeção” (2).

A gestação também se trata de um momento de vida que costuma mobilizar a todos. Todos fomos gerados, paridos e criados, e essa experiência é das mais profundas em cada um de nós, assim como muitos dos trabalhadores dos SUS, SUAS e judiciário são pais e mães.

O uso afirmar a hipótese de que, para além das pressões judiciais e de vigilância em saúde, é a mobilização de afetos na subjetividade do trabalhador, e claro, principalmente na subjetividade dessas mulheres atendidas, que tem feito com que recentemente uma série de profissionais se organizassem em grupos de trabalho em diversos municípios para abordar a questão. Esse fato pode ser demonstrado por alguns exemplos mais ou menos recentes de formação de coletivos intersetoriais envolvendo saúde, assistência social e poder judiciário no estado de São Paulo, região onde ocorre essa investigação. Esses coletivos - cada um, à sua maneira - atravessaram diretamente esta pesquisa:

a) Em Jundiaí foi iniciada, no ano de 2013, a *Comissão Flor de Lótus*, uma comissão interssetorial onde são debatidos conjuntamente os casos de gestantes em situação de rua do município e se elaboram propostas para seguimento das mulheres na rede da cidade caso a caso.

b) Em outubro de 2016 cria-se o *Grupo de Trabalho 'Maternidades'* da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, com participação interssetorial nas reuniões, discussão e matriciamento de casos concretos, elaboração de eventos e educação em direitos. Reuniões presenciais são feitas em São Paulo capital, mas com participação de núcleos do interior do estado por vídeo conferência.

c) Em 2014 surge o *Grupo de Trabalho Maternidades do município de Campinas*, também interssetorial, organizado pela Assistência social do Município. A partir de 2016 apresenta protagonismo importante do núcleo CAM<sup>1</sup> (Centros de Atendimento Multidisciplinar) da Defensoria Pública de Campinas, e também com intensa participação de serviços de saúde, que discutem os casos mais complexos da rede do município. Igualmente importantes, são os fluxos das redes e a relação entre os setores envolvidos.

Tentei, ao longo da pesquisa, participar da melhor maneira possível desses espaços. Neles, fomos coletivamente construindo um trabalho nesta região do estado que hoje é reconhecido nacionalmente como uma possibilidade de acolhimento do tema da gestação de mulheres em situação de rua.

Muitos dos profissionais que compuseram estes grupos, realizaram também uma série de pesquisas sobre o tema da gestação em situação de rua, as quais foram centrais tanto no surgimento dos grupos citados acima quanto nas mudanças de práticas cotidianas de trabalho a partir deles. Essas investigações produzidas (3) (4) (5) (6) tratam-se de uma produção acadêmica que influenciou sobremaneira o campo de atuação do trabalho em rede e o campo de investigação nos municípios onde se realizaram, assim como formularam e compuseram boa parte do modo de atuação do GT Maternidades da Defensoria Pública do Estado.

---

<sup>1</sup> O Centro de Atendimento Multidisciplinar (CAM), previsto na Lei de Criação da Defensoria Pública (Lei nº 988, de 09 de janeiro de 2006), foi implantado a partir de 2010, ano do primeiro concurso para assistentes sociais e psicólogos na Defensoria do estado de São Paulo. A inclusão destes profissionais possibilita atenção a demandas complexas associadas às demandas jurídicas, tais como: transtorno mental, uso problemático de drogas, violência doméstica e outros tipos de violência, vulnerabilidades sociais e conflitos familiares. A atuação interdisciplinar junto aos defensores públicos, amplia o sentido de justiça e potencializa as estratégias para seu acesso.

No processo de realização das investigações citadas, que inclui também o presente mestrado, esses pesquisadores criaram e participaram dos grupos de trabalho, reformularam fluxos em seus respectivos municípios, realizaram eventos e reuniões com profissionais para discussão de práticas clínicas dentro e fora dos municípios de origem, na capital e no interior do estado. Essas pesquisas foram, então, fundamentais no contexto aqui investigado, tanto no plano teórico quanto nas práticas assistenciais que se desenvolveram nesses municípios. Muitas das atividades clínicas e de educação permanente eram realizadas e discutidas coletivamente. Isso posto, tanto no sentido clínico quanto de produção acadêmica, este mestrado trata-se de uma investigação que não se propõe ao ineditismo, ainda que seja original.

Também é de suma importância colocar a outra dimensão coletiva que atravessa essa pesquisa no que remete à sua dimensão do cuidado. As práticas e tecnologias que aqui se investigam, foram sempre produzidas coletivamente nas equipes que se realizaram, tanto a equipe do Consultório na Rua de Campinas quanto nas duas equipes dos Centros de Atenção Psicossocial pelas quais transitei como médica nestes dois anos e meio (Independência e Reviver). Certamente, essas equipes têm papel estruturante e fundamental no cuidado que exerço e ensino hoje, e que exerci na época de investigação para esta pesquisa.

O trabalho tem como ponto de partida, portanto, um contexto de trabalho e de investigação específico que foi compartilhado com esses profissionais dos serviços e dos grupos de trabalho. De muitas formas diferentes, essas colaborações - que também incluem o grupo de pesquisa Conexões – Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade - forneceram a sustentação necessária para a construção de um caminho próprio, mas que só foi possível a partir desses outros percursos trilhados por estes companheiros de travessia.

## **1.2. Discussão de Percursos Metodológicos e Fontes**

De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida onde a questão de saber se, se pode pensar diferentemente do

que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para se continuar a olhar ou a refletir (pag 294)(6)

De tudo aquilo que tiveres percorrido com o olhar, retira um pensamento próprio para bem digerir esse dia. É também o que eu faço. Entre muitos textos que acabo de ler, é sobre um deles que recai a minha escolha. Eis a minha safra de hoje. (Seneca) apud (8)

A apresentação da dissertação é uma etapa necessária à obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva, e o processo de escrita, não apenas pela formalidade, é fundamental na consolidação e incorporação (no corpo, e no corpo do texto) das leituras feitas. No entanto, essa escrita jamais dará a dimensão do que foi, como trabalhadora e pesquisadora esse percurso de pesquisa e o cotidiano de trabalho com mulheres gestantes em uso abusivo de álcool e outras drogas e/ou em situação de rua. Há experiências e experimentações para as quais falta língua. E o verbo, insuficiente, sempre exigirá outras linguagens.

A escrita deste texto trata-se de uma tentativa, ainda que fadada ao fracasso, da “digestão” desse processo e de compartilhar esse percurso. Uma tentativa de torná-lo comum, a fim de que possa promover encontros entre essa experiência aqui vivida, parcialmente digerida, e relatada, e as muitas outras vivências possíveis que possam por meio da leitura e dos leitores se encontrarem com este texto, com essa forma de pesquisar e com essa reflexão sobre o cuidado.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa em saúde.

De acordo com Denzin e Lincoln (9) a palavra qualitativa implica uma ênfase sobre as qualidades das entidades, sobre processos e significados que não são examinados ou medidos experimentalmente em termos de quantidade ou frequência. Esses autores ressaltam que a competência da pesquisa qualitativa é o mundo da experiência da vida. É exatamente neste campo da experiência da vida que esse trabalho adentra ao discutir esse percurso como profissional no atendimento às gestantes em situação de rua e/ou uso abusivo de drogas e o governo de condutas de mulheres nas ruas.

Nesse sentido, segundo Ferigato e Carvalho (10) a Etnografia, que foi proposta pela antropologia social a partir da vivência direta do pesquisador na realidade onde o objeto está inserido, marca o pioneirismo nas metodologias qualitativas, especialmente a partir dos estudos de Bronislaw Malinowski desenvolvidos a partir

de 1920. Também foi neste momento em que surge e se estrutura a perspectiva etnográfica e que houve o início de um uso sistemático de uma ferramenta fundamental a esse trabalho: o Diário de Campo.

A partir da década de cinquenta, inicia-se uma fase mais moderna de pesquisa qualitativa marcada pelos estudos de processos sociais. Uma metodologia que buscava ser rigorosa como a pesquisa quantitativa, mas valendo-se de recursos próprios como a observação participante, entrevistas, discussão sobre critérios de análise dos materiais produzidos, além da utilização conjunta de dados estatísticos (9). Atenta-se para o fato de que nesta época os pesquisadores escreviam trabalhos qualitativos ressaltando a “objetividade” de sua experiência de campo, e no centro de suas preocupações estava o fato de oferecerem uma interpretação válida, confiável e objetiva e ‘verdadeira’ dos fatos observados (10) - o que demonstra uma forma à época bastante positivista em relação à pesquisa qualitativa. Muitas dessas características seguem presentes em parte dos estudos qualitativos, mas não neste trabalho, ainda que ele “objetivamente” pretenda discutir aspectos sobre o que se dispõe a investigar e intervir.

“infelizmente, pesquisa qualitativa, em muitos formatos (observação, participação, entrevista, etnografia), serve como uma metáfora para o conhecimento, o poder e a verdade colonial. A metáfora funciona desta maneira. Pesquisa - quantitativa e qualitativa - é ciência. A pesquisa nos dá o fundamental para o informe e a representação do “outro”. No contexto colonial, a pesquisa se torna um caminho objetivo de representar o outro de pele escura para o mundo branco” (pag 1)  
(9)

Esse trecho nos alerta para o fato de que o simples adjetivo “qualitativo” não nos garante compromisso ético com a produção das múltiplas formas de vida. Muitas vezes formulações dessa modalidade de pesquisa seguem comprometidas com uma maneira de entender e, em especial, de controlar o “outro”. A afirmação de Denzin me provoca profundamente. Sendo branca, e me encontrando nesse mundo branco da academia e dos jalecos médicos, há um exercício constante (e não necessariamente exitoso) de não produzir um instrumento para a colonização do outro, em especial dessas mulheres que são em sua maioria negras e vulnerabilizadas.

Houve ao longo do tempo uma variedade de vertentes e metodologias que se colocaram como correntes alternativas ao positivismo científico, sendo utilizadas por

pesquisadores de maneiras diversas. Essas vertentes apresentam distintas visões em relação ao sujeito de pesquisa, ao objeto, e ao “ethos” do pesquisador. Entretanto, apresentam como uma base comum a preocupação com a complexidade histórica do campo, o contexto do objeto investigado e a experiência vivida, tencionando “a natureza socialmente construída da realidade, a relação íntima entre o pesquisador e o que é estudado, os constrangimentos situacionais que formatam a pesquisa (e enfatizando) a natureza intrinsecamente valorativa da pesquisa”(9). A partir disso, acreditamos que no percurso traçado pela produção científica nas áreas qualitativas, uma das mudanças mais paradigmáticas ocorridas, em especial no Brasil, tenha sido a noção de implicação.

Acredita-se neste trabalho que a atividade de investigação se conforma a partir da implicação do pesquisador em relação ao objeto e seu entorno. Opto por desenvolver um mestrado no qual assumo como uma “atitude de pesquisa” a ideia de que a interferência e implicação do investigador em relação ao objeto não constitui uma dificuldade própria às pesquisas sociais, ou em uma subjetividade a ser superada ou justificada no tratamento dos dados, configurando-se antes como condição própria do conhecimento (10).

Esta posição não se situa apenas na produção de metodologias alternativas aos tradicionais métodos quantitativos, ou mesmo qualitativos, mas carrega a marca de um redimensionamento do encontro que se dá em ato entre pesquisador e “objeto” de pesquisa (10). Este redimensionamento impacta no que é discutido nesta dissertação, visto que as “mulheres gestantes em uso abusivo de drogas” e “a vivência da pesquisadora” são os dois “objetos” de investigação que se entrecruzam o tempo todo, no texto e na vida. Há uma aposta de que por meio de um é sempre possível ver o outro, e vice-versa, e este movimento se alterna durante todo o texto.

Segundo Kastrup (11) e Paulon (12), a noção de pesquisa-intervenção é oriunda do movimento da Análise Institucional, que, dentre outros aspectos, problematizou a temática da implicação na produção científica a partir de uma leitura crítica e criativa dos conceitos de transferência e contratransferência psicanalítica. A ideia de implicação contribui para questionar os pressupostos objetivistas que buscavam se afirmar como ideais na produção de conhecimento, muitas vezes dentro das pesquisas qualitativas. É uma proposta metodológica que também reconhece que todos estamos, de uma maneira ou de outra, implicados em qualquer atividade que

exercemos, e propõe neste caso que façamos, na verdade, a análise crítica dessas implicações.

Nesse sentido, esse trabalho tenta conscientemente intensificar essa perspectiva quando coloca a implicação como motivador da pesquisa, a pesquisadora como objeto a ser investigado, e a escrita como um ato de “artes do viver” da autora, melhor explorado no item seguinte desse texto, ainda relacionado à metodologia.

Esse cerne de pesquisa, que parece a princípio pessoal, aposta num trabalho em que o “pessoal é político” e se transforma no meio pelo qual se fazem ver muitos aspectos do universo do atendimento de clínica e de rede, além, claro, da vida dessas mulheres em situação de rua e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas.

A pesquisa-intervenção afirma também o ato político de toda investigação, e se embasa em uma oposição direta à prática científica mais ortodoxa, que propõe uma suposta eliminação da participação do pesquisador na produção de conhecimento que é dito “objetivo” a partir de uma suposta neutralidade de sua produção.

Propomos essa pesquisa como uma ferramenta de transformação da realidade, invertendo a lógica mais tradicional que se afirma na expressão “conhecer para transformar”, transformando-a em para “transformar para conhecer” (12). Nessa perspectiva se encontram de forma explícita ou não todas as pesquisas dos colegas do GT Maternidades, ou do grupo de pesquisa Conexões, citados anteriormente, com os quais dividi esse percurso de investigação e trabalho. A produção de conhecimento em saúde tem sempre um caráter clínico-político e defendemos que seja uma prática desnaturalizadora e modificadora das ações, e de nós mesmos.

A metodologia desse trabalho foi se delineando tanto a partir das problematizações que o tema nos colocava nos espaços de atuação, quanto do que as orientações e o campo teórico ofertavam. Ela se constituiu, portanto, durante o ato da pesquisa, numa trajetória tal qual descrita por Tadeu de Paula Souza:

“Criamos não porque queríamos, mas porque fomos forçados. As experiências que vivemos, as vidas com as quais nos encontramos e os lugares por onde passamos nos forçaram a propor articulações entre referenciais metodológicos distintos. O empírico nos impulsionava a criar um caminho metodológico singular” (13) (pag.34)

A leitura das fontes bibliográficas foi feita durante todo o processo de pesquisa e possibilitou estruturar uma caixa de ferramentas teórico-conceitual mais

amadurecida que foi tomando forma ao longo da investigação. Foi realizado um constante exercício de aproximações e confrontos com livros, artigos, e o próprio diário de campo; produzindo, criando e recriando este texto e a mim mesma no ato da leitura e da escrita.

Neste texto, não há um autor ou teoria que sustente todo o trabalho, há muitos autores com os quais mantenho diálogo sobre diferentes aspectos dele. Ainda assim, como descrito acima, isso não impede que se marquem posturas éticas e teórico-metodológicas que defendam que o campo de análise científica não se separa do campo de intervenção, e que conhecer não é uma representação dessa realidade pré-existente, e sim uma construção dessa realidade e de si mesmo. Foucault no texto *Escrita de Si*, referência fundamental a este trabalho, discorre:

“Pouco importa, diz Epicteto, que se tenha lido ou não Zenão ou Crisipo inteiros; pouco importa que se tenha discernido exatamente aquilo que eles quiseram dizer, e que se seja capaz de reconstituir o conjunto da sua argumentação [...] O essencial é que ele possa considerar a frase escolhida como uma máxima verdadeira naquilo que afirma, conveniente naquilo que prescreve, útil em função das circunstâncias em que nos encontremos”. (8)

E a dissertação, na verdade, é constituída a partir da tentativa de elaboração, e “digestão” de todas essas fontes de investigação:

a) O empírico, o vivido que se faz mostrar pelo diário de campo (mas não só, também se mostra pelas escolhas de referências teóricas e metodológicas que mais se aproximavam dele e dos afetos que ele provocava)

b) As contribuições conceituais em torno de diferentes aspectos das questões de pesquisa que muitos autores ofereceram.

“Digiramos a matéria: de outro modo, ela passará à nossa memória, mas não à nossa inteligência (in memoriam non in ingenium). Adiramos cordialmente aos pensamentos de outrém e saibamos fazê-los nossos, de tal modo que unifiquemos cem elementos diversos assim como a adição faz, de números isolados, um número único”. O papel da escrita é constituir, com tudo o que a leitura constituiu, um “corpo” (quicquid lectione collectum est, stilus redigat in corpus). E, este corpo, há que entendê-lo não como um corpo de doutrina, mas

sim – de acordo com a metáfora tantas vezes evocada da digestão – como o próprio corpo daquele que, ao transcrever as suas leituras, se apossou delas e fez sua a respectiva verdade [...] Em contrapartida, porém, o escritor constitui a sua própria identidade mediante essa recolção das coisas ditas” (pag 5) (8)

A construção deste mestrado como um todo e em especial da escrita desta dissertação trata-se de um exercício de “escrita de si” da autora “Não se trata de um saber que captura a alma, que faz do eu o próprio objeto do conhecimento. É preciso que essa verdade afete o sujeito, e não que o sujeito se torne objeto de um discurso supostamente verdadeiro” (pag 9).

Ainda que seja uma escrita de si, não é feita no plano individual. Para além da construção coletiva da pesquisa já descrita, há no diário de campo um material do qual ecoam muitas vozes, de muitas mulheres, que não apenas a da pesquisadora.

A pesquisa se dá como parte de uma elaboração do que foi ser médica assistente dessas mulheres gestantes em situação de rua. Para “digerir” essa questão, um dos recursos possíveis dos quais lancei mão foi uma tentativa de compreensão teórica a respeito do campo em que o tema se inscrevia: pessoas em situação de rua, saúde da mulher, maternidade, e uso de álcool e outras drogas. A investigação também se deu num momento em que, além da entrada na pós-graduação, assumo simultaneamente um concurso na universidade como preceptora de alunos de medicina na graduação e na residência de Saúde da Família; deparei-me então, pela primeira vez depois da minha própria graduação, de maneira mais concreta com a academia no quotidiano e o que tradicionalmente ela propõe como formação de profissionais e, portanto, como prática clínica e produção científica. Nesse sentido, essa escolha metodológica se coloca como escrita e cuidado de si, e de como se colocar e se construir nesse contexto da academia e como incorporar, no corpo e no corpo desse texto, o vivido no serviço.

A noção de Escrita de Si analisada por Foucault compõe segundo o autor (8) na antiguidade clássica uma das dimensões da “cultura de si”, ou das “artes da existência” – “a techne tou biou” sob suas diferentes formas, segundo a qual é preciso tomar conta de si mesmo (15). Nesse sentido, a escrita para si mesmo ou para o outro como as cartas, (ou as dissertações e teses!) poderia desempenhar uma ação determinante na elaboração e constituição de si como sujeito. Tal escrita fazia parte

das relações de si para consigo, não como um assujeitamento às disciplinas e à norma, pois essas práticas de cuidado de si ainda não eram investidas pelas instituições religiosas, pedagógicas, médicas ou psiquiátricas (14). Não se trata aqui de prestação de contas de si mesmo, nem de apresentar um caráter confessional, como segundo Foucault foi dado aos diários íntimos em especial após o cristianismo.

“[...] A escrita constitui uma etapa essencial no processo para o qual tende a askêsis: ou seja, a elaboração dos discursos recebidos e reconhecidos como verdadeiros em princípios racionais da ação. Como elemento de treinamento de si, a escrita tem, para usar uma expressão que se encontra em Plutarco, uma função etopoiética: ela é operadora da transformação da verdade em ethos” (14) (pag 3)

Uma das práticas sobre a qual Foucault discorre em seu texto é a dos Hypomnemata, livros ou cadernetas individuais que compilavam cálculos, anotações, exemplos citações, reflexões: “Eles constituem uma memória material das coisas lidas, ouvidas ou pensadas; assim, eram oferecidos como um tesouro acumulado para releitura e meditação posteriores” (8). São materiais que serviam para exercícios a serem executados posteriormente, como reler, meditar, conversar consigo e com os outros. Como Foucault afirma, não devem ser entendidos como diários íntimos: “trata-se não de revelar o oculto, não de dizer o não dito, mas de captar pelo contrário o já dito, o que se pôde ouvir ou ler, e isso com uma finalidade de constituição de si” (pag 3) (8). Sobre os Hypomnemata o autor descreve:

“Constituíam uma memória material das coisas lidas, ouvidas ou pensadas; ofereciam-nas assim, qual tesouro acumulado, à releitura e à meditação ulterior. Formavam também uma matéria prima para a redacção de tratados mais sistemáticos, nos quais eram fornecidos argumentos e meios para lutar contra este ou aquele defeito (como a cólera, a inveja, a tagarelice, a bajulação), ou para ultrapassar esta ou aquela circunstância difícil (um luto, um exílio, a ruína, a desgraça)” (8) (pag 3)

Esta reflexão de Foucault sobre os Hypomnemata se assemelha ao que se desenvolve durante a dissertação. Daí a perspectiva que boa parte da metodologia da pesquisa é a Escrita de Si foucaultiana.

O livro: “A Aventura de Contar-se”, de Margareth Rago (16) que dá título à seção seguinte foi um dos encontros mais transformadores do percurso teórico, que de certa forma apaziguou (ainda que momentaneamente) a angústia de pensar sobre quais metodologias de fato se construiria a pesquisa: etnografia, autoetnografia, cartografia e muitas outras abordagens potentes dentro das pesquisas qualitativas que valorizassem a implicação.

Neste livro, Rago faz a biografia de sete mulheres, sete feministas brasileiras, por meio de entrevistas, reportagens, livros escritos por elas e por outros e outras a respeito delas, e essa investigação a autora chama de “espaço autobiográfico a ser cartografado”, que de certa forma se constitui a aposta deste trabalho. No livro, (p. 33) (16) a autora cita o diário como forma de cartografar a própria subjetividade. Coloque-me através do diário também como o objeto de investigação e, de certa forma, em conjunto com a trajetória dessas mulheres, tornando-me também campo a ser conhecido e transformado no processo do conhecimento. No caso da presente pesquisa, não só o aspecto da assistência às gestantes em uso de substância é foco de análise, mas também os afetos produzidos nessa relação clínica, e como isso impacta no processo de cuidado, de elaboração de conhecimento e do atendimento clínico às pessoas em situação de rua ou uso de álcool e outras drogas.

Márcio Seligmann, ao fazer o prefácio da obra de Margareth Rago, salienta que a própria Margareth é a oitava biografia, que fala de si ao falar do outro, e que sua história é contada através da história dessas mulheres, constituindo então o que ele chamou de “heteroautobiografia”. Assumo como principal fonte empírica de investigação o diário de campo, de modo que esta dissertação se constitui também em muitos momentos, em uma “heteroautobiografia” das mulheres por meio dos momentos de biografia da pesquisadora. Uma aposta numa produção de narrativa que fala de si ao falar do outro, e fala do outro ao falar de si, entendendo que desse diário ecoam muitas vozes que não só a da narradora/personagem médica que escreve suas memórias, pensamentos, afetos e impressões. Desse diário ecoam também as vozes da equipe multiprofissional, da rede intersetorial, e das mulheres atendidas, todas imbricadas e indissociáveis na narrativa.

“Na escrita de si trata-se de um trabalho de construção subjetiva na experiência da escrita, em que se abre a possibilidade do devir, de ser

outro do que se é, escapando às formas biopolíticas de produção do indivíduo. Assim, o eu de que se trata não é uma entidade isolada, mas um campo aberto de forças. Entre o eu e seu contexto não há propriamente diferença, mas continuidade, já que o indivíduo se auto confirma a partir da relação com os outros. [...] Nas técnicas de si, há um movimento ativo de auto construção de subjetividade a partir das práticas de liberdade[...] aqui trata-se de assumir o controle da própria vida, tornar-se sujeito de si mesmo pelo trabalho de reinvenção da subjetividade possibilitado pela escrita de si. Trata-se de tornar-se autor do próprio script a partir de uma relação específica do indivíduo consigo mesmo” (16)(pag. 52)

Isto posto, iniciamos então a aventura de contar, e de contar-se:

### **1.2.1. “A Aventura de Contar-se” – Diário de Campo**

“E começo assim para que tudo fique bem claro: não me desculpo de nada, não vim aqui para reclamar. Não trocaria de lugar com ninguém”  
Virgínie Despentes (1) (pag. 7)

*“Lembro direitinho de chegar na Casa das Gestantes para busca-la. Estava linda. Cabelos arrumados e rímel azul (detalhe que me impressionou pelo quanto ficou bem nela, um toque despojado e bonito). Ela me mostrou um cartão que tinha feito para ele. Colorido com canetinhas e glíter. E que tinha escrito um diário nos dias de internação que queria compartilhar com o companheiro. Para que ele tivesse certeza do quanto ela sentiu sua falta” (Caso Maria Célia – Diário de Campo)*

Foucault (8) ao discutir a prática diarística no processo de construção da subjetividade dos homens, faz uma análise da prática da escrita como uma das práticas de si. Ele coloca que o papel do diário pode ser de uma “relação que atenua os perigos da solidão”, o que provavelmente se desenvolveu com Maria Célia, uma das mulheres acompanhadas cujo diário está citado acima. Foucault discorre que, assim como ‘os outros’ (homens) são para os ascetas o que suscitam respeito e vergonha, o caderno de notas pode ser o mesmo para o solitário. O autor coloca a “ascese” como um trabalho sobre si, que não se dá apenas sobre os atos, mas também sobre os pensamentos, e pode ser efetuado no viés da culpa e da confissão, especialmente após o advento do cristianismo; é uma prática semelhante a escrita e,

em especial, a produção de diários pessoais, exercício também confessional: “o constrangimento que a presença alheia exerce sobre a ordem da conduta, exercê-lo-á a escrita na ordem dos movimentos internos da alma; neste sentido, ela tem um papel muito próximo do da confissão.” (8)

Nunca soube de fato do conteúdo do diário de Maria Célia, uma gestante que acompanhamos pelo Consultório na Rua, infelizmente não o li. E nem pensei nisso naquele momento do qual me lembro tão bem. O gliter e o colorido do cartão que ela confeccionara para Cristiano e levava nas mãos me afetaram mais. Ambos, para mim, naquele momento, soavam absolutamente infantis e contrastavam veementemente com a mulher que eu via: forte, bonita, mais velha que eu, negra que saiu de Blumenau e havia se prostituído no bairro Jardim Itatinga<sup>2</sup> por muitos anos e agora se encontrava em situação de rua. Grávida da segunda filha, já havia passado por tantos sofrimentos em seu trajeto de vida até ali e, no entanto, sua solidão tinha sido atenuada por um diário, canetinhas e gliter ofertados na internação. Para ela, era preciso “confessar” e “provar” a Cristiano, seu parceiro, que ela havia, como o prometido, pensado nele, homem que ela temia muito perder. Mas sem dúvida ele foi uma dimensão importantíssima de constituição de si durante a internação.

Assim como Maria Célia levava seu diário na bolsa até o abandonado VLT<sup>3</sup> de Campinas para encontrar-se com o parceiro num acompanhamento terapêutico<sup>4</sup> junto da equipe, eu também levava o meu diário na valise médica, para a digestão de cada encontro e para minha constituição como profissional - ainda que isso inicialmente não fosse tão claro, e só o tenha ficado após os férteis encontros com as fontes teóricas deste estudo.

Há também aqui uma tentativa de escrita feminista, do diário e do texto da dissertação como um todo, mas não só. Há também a tentativa de uma “escrita no

---

<sup>2</sup> Com entrada pela Rodovia Santos Dumont, o bairro Jardim Itatinga é um dos locais mais “emblemáticos” do município de Campinas-SP. Trata-se de uma das maiores áreas de prostituição da América Latina. Foi criado pelo poder público em plena ditadura militar, num movimento chamado “Operação Limpeza” em 1966 para isolar as profissionais do sexo dos moradores para não “ameaçar a ordem” na cidade. (96)(63)

<sup>3</sup> O Veículo Leve Sobre Trilhos, idealizado na gestão do então prefeito de Campinas Jacó Bittar, operou na cidade entre os anos de 1990 e 1995. A construção deste transporte coletivo foi marcada por denúncias de corrupção e de superfaturamento e por isso não foi concluída, sendo por fim desativada, ficando então com muitas áreas construídas abandonadas que hoje são ocupadas por moradores de rua.

<sup>4</sup> O acompanhamento terapêutico consiste em transitar pela cidade ajudando a resolver problemas concretos com pacientes psicóticos ou com alterações psíquicas graves. O objetivo que se busca é a conexão com pessoas, atividades e locais. O “ir e vir” com o paciente pode ser, em alguns casos específicos, a única possibilidade de tratamento ou o que o paciente precisa naquele momento. (50)(46)

feminino”: “Não por que escrita por uma mulher, mas por se abrir às ondas de forças desestruturantes, por se deixar abalar pela paixão e pela compaixão [...] essa abertura não implica tão pouco abrir mão do rigor” (16). Escrita feminista por enfatizar o aspecto contra-hegemônico e libertário que essas histórias de vida comigo compartilhadas apresentam, tanto pela escolha (ou falta de escolha) da rua como local de existência; do espaço público para produzir a vida e não o privado da casa; pelas muitas formas possíveis de ser mulher que elas nos ensinam, ainda que muitas vezes esses aspectos sejam ofuscados pelo intenso recorte também presente de opressões, como classe social e desigualdades diversas que essas narrativas carregam. Escrita no feminino, por me abrir e tentar, por meio dessa dissertação, compartilhar todos os afetos que essas histórias provocavam.

“E para isso, é preciso que eles não sejam simplesmente arrumados como num armário de recordações, mas profundamente implantados na alma, “gravados nela”, diz Sêneca, e que desse modo façam parte de nós próprios: em suma, que a alma os faça não apenas seus, mas si própria. A escrita dos hypomnemata é um veículo importante desta subjetivação do discurso.”(8)

Apreendi no diário fragmentos de falas diversas, opiniões, observei os contextos, me afetei profundamente pelos encontros e fiz considerações, produzindo uma narrativa inicial. Não se trata de uma metodologia em que o pesquisador se mantém como observador numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica, como é o caso de muitas pesquisas qualitativas e etnográficas que, ao participarem da vida dos “observados” e “coletarem” dados, ao mesmo tempo compõem e se constituem parte do setting de observação, modificando e sendo modificadas por ele. Ainda que houvesse um interesse em investigar o tema, e eram iniciadas as negociações a respeito da orientação do mestrado, o diário analisado não foi escrito com finalidade da pesquisa, ele é anterior a ela. Mas se configurou, com o passar do tempo, como a fonte principal pela qual o campo empírico se faz presente.

O uso do diário foi autorizado pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp sob o parecer de número CAE: 2.397.849, de acordo com a resolução 510 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde. Este é a

resolução que reformula a legislação sobre ética em pesquisa e uso de dados obtidos sem a finalidade de produção científica (artigo 1, parágrafo VIII).

Ao iniciar essa escrita de si, por meio do diário de campo para tentar elaborar o vivido no cotidiano do trabalho, é percebida a importância dos encontros teóricos com os corpos de textos que a realização do mestrado ia proporcionando.

“A prática de si implica a leitura, pois não é possível tudo tirar do fundo de si próprio nem armar-se por si só com os princípios de razão indispensáveis à conduta: guia ou exemplo, o auxílio dos outros é necessário. Mas não se deve dissociar leitura e escrita; deve-se ‘recorrer alternadamente’ a estas duas ocupações, e ‘temperar uma por meio da outra’. Se escrever demais esgota (Sêneca pensa aqui no trabalho do estilo), o excesso de leitura dispersa” (8)

O diário de campo desde o início se aproximou muito da discussão que Foucault realiza sobre os Hypomnemata:

“Por mais pessoais que sejam, estes hypomnemata não devem, porém, ser entendidos como diários íntimos, ou como aqueles relatos de experiências espirituais (tentações, lutas, fracassos e vitórias) que poderão ser encontrados na literatura cristã ulterior. Não constituem uma narrativa de si mesmo; não têm por objetivo trazer à luz do dia a ‘arcana conscientiae’ cuja confissão – oral ou escrita – possui valor de purificação. O movimento que visam efetuar é inverso desse: trata-se, não de perseguir o indizível, não de revelar o que está oculto, mas, pelo contrário, de captar o já dito; reunir aquilo que se pôde ouvir ou ler” (8)

Foi nesse sentido que nos propusemos a olhar, construir o diário. Ao mesmo tempo, os registros presentes aqui também constituem biografias, escritas da vida, seja minha, seja das histórias das muitas mulheres que compõem o diário, no sentido que Rago destaca:

“É antes uma desconstrução das biografias tradicionais. Essas calcadas na idéia de grandes vidas exemplares, exaltavam o heroísmo e as enormes façanhas de ‘grandes homens’ em histórias lineares sem grandes ambiguidades. [...] trata-se de uma luz que não recua diante dos acidentes das quebras e rupturas, não deleta as ambiguidades das situações vividas [...] As passagens abjetas, quando a vida se reduz a quase nada e a carne e os fluidos do corpo ganham um espaço que ofusca as ideias e embota a fala são igualmente lembradas ao lado das vitórias”(pag 15) (16)

Na escrita de si, segundo os autores aqui citados, em vez do testemunho ou da confissão, predomina o trabalho mais sutil da reconstrução do sujeito e sua rede de relações, na qual o individual muitas vezes cede lugar ao coletivo. A escrita como uma ferramenta para explorar os espaços que se abrem a partir da linguagem e da escrita como prática da relação renovada de si para consigo e também para com o outro. A posição de quem fala e seu objetivo político são constitutivos dessa narrativa. E assim se deu durante toda a elaboração e análise do diário de campo.

“Assim como essas mulheres recorreram à prática da escrita de si para tentar se reinventar, costurando sua subjetividade a partir de suas trajetórias, conflitos, frustrações e vitórias, utilizando essa escrita como ferramenta política” (pag 16) (16)

Dimensão narrativa da construção do eu na objetivação da experiência, isso é, a maneira pela qual me constituo discursivamente como sujeito, como recorto o passado, quais experiências valorizo ou silencio também é constitutiva da elaboração do diário e, portanto, da pesquisa. O diário de campo trata-se de narrativas nas quais reconstruo o próprio passado, avalio as experiências vividas e dou sentido ao presente.

A experiência, portanto, deixa de ser vista como autenticidade do vivido, como evidência em si mesma, assim como o discurso deixa de ser considerado como mera abstração conceitual, reflexo da realidade, numa oposição binária que hierarquiza teoria e prática, pensamento e ação (pag 31) (16)

Segundo Rago, escrever é inscrever-se, é fazer existir publicamente, o que no caso das mulheres tem uma grande importância, já que o anonimato caracterizou a condição feminina até algumas décadas atrás. A escrita de si impõe-se como necessidade de ressignificação de um passado pessoal, mas também coletivo, de outra perspectiva. É importante perceber que essas experiências subjetivas se inscrevem também em marcos sociais e políticos, e passam pelas interpretações pessoais de processos históricos vividos, seja dessas mulheres em situação de rua, seja minha enquanto profissional, e que a tentativa de investigar as experiências passa por um potencial e um desejo de transformação individual e coletiva.

### **1.2.2. A Aventura de Contá-las**

A escrita de si da autora e as histórias dessas mulheres são as fontes de investigação junto às referências bibliográficas para investigação da experiência e do problema aqui colocado da gestação em situação de rua e/ou uso intenso de substância.

Sobre os sujeitos dessa pesquisa, vale lembrar que, vinculando-se a uma teoria Foucaultiana, o sujeito não é condição de possibilidade da experiência, não pré-existe aos acontecimentos; ao contrário, constitui-se na ação e em redes de relações em que vivencia a experiência. Nessa perspectiva, Foucault entende por “modos de subjetivação” os processos pelos quais se obtém uma constituição de subjetividade, ao contrário dos modos de sujeição que supõem obediência e submissão aos códigos normativos. (16)

Não é o objeto central dessa pesquisa a investigação do que é a condição de gestante das mulheres na rua, ainda que esse aspecto seja visceral e atravesse todo o trabalho. Não há entrevista com essas mulheres, por exemplo, mesmo que haja a sua voz, com transcrições na maioria das vezes literais de suas falas, mas dentro de um diário de campo que é escrito por mim. O que há neste material é uma dobra constante de falar do outro ao falar de si, e dizer de si ao falar do outro.

Serão aqui apresentados de maneira breve e sucinta todos os casos que estão descritos no diário de campo. Todas as mulheres cujas histórias foram escritas no diário ao longo dos anos de trabalho no Consultório na Rua de fevereiro de 2015 até maio de 2017. Tratam-se das nossas companhias de travessia nesse percurso que foi o campo, e que será o texto. Todas as mulheres gestantes que de alguma forma eu atendi como médica nesses anos. Não houve, então, uma seleção das que entrariam ou não no diário, assim como das que entrariam ou não neste momento da dissertação. A escolha de contá-las todas, é por que todas, sem exceção, compõem o corpo do texto e o corpo da clínica, do cuidado desenvolvido pela pesquisadora que é investigado. Ainda que nem todos os casos sejam pormenorizados no trabalho, como alguns foram no início, todos de alguma forma compõem não só a dissertação como o corpo de aprendizado da autora, e merecem estar citados. Aqui, inspiro-me

em Rago, como bem descreve Márcio Seligmann: “Para Margareth os fatos de vida narrados já são teoria: uma série de lições paradigmáticas de vida” (pag 18)(16)

Há aqui uma tentativa tanto de enfatizar a singularidade de cada vida narrada como também de construir uma comunidade entre elas. Será pelo nome fictício escolhido neste momento que as histórias e citações do diário serão identificadas ao longo do texto. Como indico, este trabalho não tem pretensão alguma de se apoiar nas análises quantitativas sobre essa produção. A ideia é dar um panorama, ainda que impressionista, de todas as histórias que compuseram essa escrita (do texto, e de mim), mas é também uma forma de dar visibilidade a uma série de questões a respeito dos casos: sua ampla variedade de cenários, histórias, necessidades sociais e de saúde, assim como as possibilidades diversas de atuação clínica e de rede.

Essas mulheres tem uma relação com a vida e consigo mesmas, com seus filhos e parceiros, muito diferentes umas das outras, embora todas registrem, de certa forma, um comum: uma inadaptação diante dos modelos mais tradicionais de vida, e em especial de mulher e maternidade, minimamente evidente no aspecto do uso de drogas ou da ocupação da rua (e não do domicílio) como território existencial. E nesse ponto é que reconhecemos na existência delas: “artes do viver” feministas.

Nesse sentido, vale dizer que, assim como Rago, considero aqui *feminismos* linguagens que não se restringem aos movimentos que se auto denominam feministas, mas que se referem a práticas sociais, culturais, políticas e linguísticas que atuam no sentido de libertar mulheres de uma cultura misógina de imposição de um modo de ser único e ditado pela lógica misógina e masculina. Entendendo o feminismo como um movimento “que luta justamente para libertar as mulheres da colonização de seus corpos e psiques. Enfim, criticando a identidade de Mulher como forma opressiva instaurada pela lógica masculina” (16), essas histórias e mulheres são feministas ao recusarem de maneira concreta as identidades e modos de vida tradicionalmente impostos ao feminino. É perceptível nas narrativas que isso se traduza muitas vezes uma vivência de certo sofrimento, mas em outras tantas em vivências de liberdade.

Ao formular quais aspectos seriam abordados nesse momento nessa fotografia pouco nítida de apresentação dessas mulheres, o primeiro aspecto inicialmente escolhido foi quase uma antítese: o parceiro. Esses homens são, cada um à sua

maneira, na sua presença ou ausência, centrais na forma como essa mulher se apresenta ao mundo neste momento: gestante. Nesta população o homem ainda é condição necessária para a gestação, devido ao fato de que a elas ainda não está dado o acesso às novas tecnologias reprodutivas como inseminação artificial - tecnologias pouco presentes no Sistema Único de Saúde e, no mais das vezes, ainda restritas às mulheres de alta renda.

Os parceiros poucas vezes são citados ou incluídos nas técnicas e práticas que temos mais tradicionalmente desenvolvido em torno da gestação, e em especial da gestação em situação de rua, como: pré-natal, abrigos, ações judiciais, dentre outras. É relativamente comum a realização de processos de perda de guarda, por exemplo, em que o pai da criança nem sequer é citado no documento judicial, não é chamado pela equipe de serviço social das maternidades ou pelo conselho tutelar, e a família extensa desse homem não é acionada antes da adoção. Citá-los é reconhecer e dar visibilidades à sua participação ou ausência nesse processo da gestação e da construção ou não da parentalidade.

*“Chegou ao ponto de Sidney, que era ‘disciplina’ da região, avisar que estava ‘pegando mal’ uma mulher grávida com a barriga tão grande usando tanto. Que todos, inclusive nós da equipe sabíamos que o principal fator para ela não querer sair de lá era a relação com Cristiano. Que os chefes do tráfico já estavam ameaçando Cristiano por esse motivo. Sidney, numa conversa com Cristiano: “Todo mundo sabe aqui que ela não sai daqui e não vai se tratar por sua causa. Você assumiu ela, então tem que cuidar. Leva ela para se tratar, vai com ela”. (...) Até que certo dia Cristiano apanha bastante do pessoal, muito provavelmente por esse motivo, e, com toda essa situação, Maria Célia aceita “voluntariamente” a internação. Cristiano continua na rua.(...) (Num diálogo comigo durante a internação) Maria Célia diz: “Doutora, aqui eu sinto mais falta dele do que do crack.” (Caso Maria Célia - Diário de Campo)*

Outro aspecto escolhido foi o número de gestações, e qual gestação estava sendo acompanhada pelo serviço no momento da elaboração do diário. Isto dado que as experiências prévias de maternidade são absolutamente centrais na forma como uma mulher se relaciona com a gestação atual.

*“Eu já tive seis filhos antes desse daqui. Não criei nenhum. Mas nenhum deles hoje está em orfanato, eu sei direitinho onde cada um está. Nunca deixei filho meu em orfanato não!”* (Caso Keyla – Diário de Campo)

Raça/cor também foi um elemento colocado. Acredito que se trata de um aspecto central na experiência de mundo que cada sujeito tem, em especial numa sociedade que ainda é estruturalmente racista como a nossa. Para além desse fato, é importante lembrar que na Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua, realizada no ano de 2008, 69% se declararam afrodescendentes (29,5% se declaram pretos e 39,1% pardos) (17) assim como a Pesquisa Nacional Sobre o Uso de Crack, em 2014, onde nas capitais 77,73% se autodeclararam negros ou pardos, e 82,16% nas demais cidades (18).

*“Foi depois desse episódio que Keyla começou a me chamar de ‘loura 171’ (artigo penal para estelionato), que tinha dado um ‘golpe’ nela, falado com ela que ela ia tomar banho e ela foi internada.*

*Keyla era negra, periférica.*

*“Você é a loira ‘um-sete-um’ que me botou naquela senzala!”*

*Dizia isso se referindo à internação involuntária, que por ventura ainda havia sido realizada na enfermaria de um hospital psiquiátrico do município, cuja estrutura data de 1924. A instituição matinha a arquitetura histórica no local. Ela, umas vezes psicótica outras não, sempre se referiu ao local como senzala.*

*Keyla repetiu essa frase diversas vezes, muitas delas para se recusar a ser atendida por mim. E essa frase, vinda de uma mulher negra, bem retinta, ecoava na minha cabeça loura. E durante as três semanas de internação que seguiam ela repetia. E nos meses após o acontecimento também.”* (Caso Keyla – Diário de Campo)

Mostrar a forma como essa paciente chega até o serviço do Consultório na Rua, e quais os serviços da saúde ou da assistência social de que essa mulher necessitou também foi fundamental para pensarmos as redes de atenção, que são essenciais para a clínica nessa população. Assim, pudemos também considerar qual foi a articulação de rede formal (ainda que, às vezes, a principal rede fosse informal) necessária para a condução do caso. Ainda que esse manejo não seja necessariamente o ideal, foi o possível naquelas circunstâncias.

Será trazido aqui o desfecho da maternagem das mulheres pelo menos até o período em que foi escrito o diário de campo. Ainda que pudesse ser feita uma análise quantitativa do desfecho dessa maternidade - num sentido de quantas mães ficaram com a guarda dos seus filhos, quantos foram para família extensa ou quantos foram para adoção - isso nos diria muito pouco, em relação aos objetivos dessa pesquisa.

Um primeiro complicador se coloca pelo fato de serem anos de intensa transição em termos de redes e serviços ofertados a essas mulheres. Há casos, por exemplo, antes do surgimento de um equipamento de rede importantíssimo em Campinas, que é a Casa das Gestantes, assim como há casos posteriores ao seu surgimento, o que faz toda diferença quanto ao abrigo e desfechos dos casos. Alguns casos citados foram para adoção direto da maternidade e há também casos em que a perda de guarda ocorre após uma oferta de serviço e amparo a essa mulher que consegue exercer o direito à maternagem no tempo que deseja e consegue, ainda que seja curto, isso também faz uma diferença fundamental na condução dos casos. Essas análises não são o foco do presente mestrado e seriam demasiado trabalhosas de serem feitas com a seriedade que merecem. Um autor que tem se aprofundado em seus projetos de pesquisa nesses dados é Marcos Antônio Barbieri Gonçalves, psicólogo da defensoria pública de Campinas que está em vias de publicação de suas investigações. Marcos analisa quantitativa e qualitativamente a perda de guarda no município de Campinas, e o chamado “Superior Interesse da Criança” no judiciário, cruza os números com o surgimento das políticas e dos equipamentos no município produzindo sua análise a partir da discussão da implantação das políticas e seu impacto nos desfechos. O que advogo ser o jeito mais responsável de apresentar esses dados.

Os 25 casos serão apresentados pela ordem em que estão relatados no diário de campo, o que não é necessariamente a ordem cronológica de atendimento de cada mulher. A vontade mais sincera como autora era nomear uma por uma, e contar todos seus “causos”, que são reais, têm nome e sobrenome, cor, cheiro, dentes ou não, e abraços apertados. Usarei, no entanto, nomes fantasia, numa tentativa de fazer com que o leitor acesse e se conecte com essas mulheres simples, se concentrem nelas e em suas histórias optei por nomes comuns, que não provocassem a princípio nenhuma outra lembrança ou conjunto de associações.

**Pâmela:** Morena, cabelos bem lisos e bem pretos. Quarta gestação. Parceiro era atendido há muito tempo no CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas) e foi atendido por mim muitas vezes, era expansivo e impulsivo. Ele, durante o pré-natal da companheira, interna-se voluntariamente numa comunidade terapêutica da qual acaba fugindo posteriormente. Pâmela chega na equipe do CnR (Consultório na Rua) pelos redutores de danos da própria equipe, que conheciam o parceiro dela há anos e também por um pedido das assistentes sociais do SAMIM (Serviço de Atendimento ao Migrante, Itinerante e Mendicante) que acabavam de abrigá-la para proteção contra violência doméstica. Durante o pré-natal, a paciente é reinserida no CAPS AD que havia frequentado antes, quando levada por uma ex-sogra, a qual lhe fez apenas duas visitas. Manteve pouco vínculo no CAPS, usa do SAMIM e faz bom vínculo com equipamento Casa das Gestantes. É atendida de forma importante com demanda de violência conjugal, com muitas agressões várias vezes. Criança fica com guarda em família extensa.

*“Havia o relato dele ter chutado sua barriga, queimado cartão de pré-natal, e queimado-a com ponta de cigarro.*

*Me lembro da cena quando eu a vi pela primeira vez no SAMIM. Ele havia queimado com bituca de cigarro a ponta do nariz dela. A PONTA do nariz! E a barriga também. Mas a ponta do nariz me soava pior que a barriga, já volumosa pela gestação. O nariz para mim era um requinte de crueldade, como um gado marcado, no rosto para todo mundo ver. Me embrulhava o estômago” (Diário de Campo - Caso Pâmela)*

**Jussara:** Branca, de poucas palavras. Terceira gestação. Pai da criança ignorado pelo serviço. Parceiro eventual Pedro, já apresentado no início do trabalho, foi uma importante rede de apoio da equipe e da paciente. Não era o pai da criança. Muitas vezes a relação de Pedro com a paciente dividia a equipe em calorosas discussões entre vê-lo como fator protetivo ou uma violência a ela. Jussara chega à equipe do CnR por meio de matriciamento solicitado pela equipe de atenção básica de referência do território de uso e moradia. Estava em situação de rua, mas em especial no fim da gestação ficou na casa de Pedro, que era coberto também pelo centro de saúde e visitado por eles. Não acessou nenhum serviço da assistência social, e há alguns anos perdeu segmento de CAPS AD. Não deseja/consegue

retomar esse segmento durante o pré-natal. Criança vai para abrigamento direto da maternidade. Caso relatado no início desse trabalho.

**Fabiana:** Morena de cabelos negros e cacheados, bem baixa e magra. Sardas na face. Parceiro ignorado e não acessado pelo serviço. Está na segunda gestação, sendo que houve óbito fetal anterior por malformação e sífilis congênita. O redutor de danos nos lembra que foi tentado o acompanhamento dela pela equipe do Consultório na Rua em sua primeira gestação, mas sem sucesso. Encontramos Fabiana durante o campo em que fomos, na verdade, procurar Jussara. Ela também foi matriciada, mas com duas unidades de saúde de atenção primária, sendo uma a do domicílio formal, e a outra da área de uso em que passava a maior parte do tempo. Não faz segmento em nenhum outro serviço de saúde ou da assistência social. A mãe também era usuária de crack, mas trabalhava como diarista e fazia um uso bem mais moderado que a filha, que ficava praticamente o tempo todo na rua. Acompanhando uma consulta de pré-natal de Fabiana, sua mãe me disse uma vez: *“Eu vim do maranhão, sabe, eu e meus irmãos. A gente passou muita fome na vida, muita mesmo. Esse bebê vai ter de tudo. O povo fala de nós duas usarmos, mas ele vai ter de tudo. Te garanto que aqui ele terá uma vida muito melhor do que a que eu tive”* (Diário de campo – Caso Fabiana). Criança foi para abrigamento direto da maternidade, a contragosto da família extensa.

**Sandra:** Negra. Muito sorridente, gostava de fazer pulseiras de missanga e adorava oficinas de Terapia Ocupacional na mesma proporção que detestava psicólogos. Aprendeu a usar crack com a própria mãe aos 12 anos de idade. Pai da criança não era acessado pelo serviço. Segunda gestação. Primeira filha abrigada. Era atendida por mim no CAPS AD e no Consultório na Rua simultaneamente. Foi, na verdade, uma das primeiras pacientes que atendi quando comecei a trabalhar. Durante o pré-natal faz internação voluntária para promoção de abstinência, que se deu, após extensa discussão entre serviço de psiquiatria e maternidade, na enfermaria de patologia obstétrica na maternidade de referência de um hospital universitário. *“Saí aproximadamente as 21:00 da internação dela, me lembro de caminharmos no sol durante toda a tarde de um serviço para o outro, que eram no mesmo quarteirão, em*

*lados opostos, várias vezes literalmente de um lado para outro, para avaliações psiquiátricas e obstétricas, além da discussão de caso” (Diário de Campo – Caso Sandra). Ficou abrigada em serviço da assistência social na Casa Santa Clara. Perde a guarda da criança por recaídas sucessivas aos 17 dias de vida da bebê, enquanto ainda estava abrigada em equipamento da assistência social. Mantém segmento e estreito vínculo com CAPS AD e Consultório na Rua após o fato. Caso relatado no início do trabalho.*

**Keyla:** Negra, com 37 anos. Segundo ela o que mais sentia falta na rua era de tomar banho com regularidade, adorava ganhar produtos de higiene pessoal como cremes e sabonetes. Estava na sétima gestação. Parceiro em situação de rua, em uso abusivo de crack, sem nenhum acompanhamento de serviço de saúde, apenas serviço de orientação social a pessoas em situação de rua e tinha afeto pelos profissionais da assistência. Tinha um bom vínculo prévio também com redutores de danos do CAPS AD da região, mas nunca havia ido à unidade propriamente dita. Teve internação involuntária em enfermaria de psiquiatria durante o pré-natal. Importante atendimento de violência conjugal. Criança fica com família extensa, e Keyla segue acompanhada pelo Consultório na Rua para contracepção, visto que não foi possível realização de laqueadura até o momento. Caso relatado no início do trabalho.

**Dandara:** Negra. Foi abrigada em orfanato dos 6 aos 18 anos por negligência secundária segundo ela, ao uso de álcool da mãe. Mesmo tendo crescido sob tutela do Estado, mantém-se analfabeta até hoje. *“Mas eu que fugia da escola”*, justificava. Adorava fazer tapetes. Terceira gestação. Parceiro foi encarcerado no início da gestação. Vendia os tapetes feitos nas oficinas para levar comidas e presentes para ele na cadeia. Já tinha um ótimo vínculo com CAPS AD antes da gestação há seis anos, e foi atendida também por mim nesse espaço do CAPS além do Consultório na Rua. Usa durante o pré-natal tanto da Casa das Gestantes como de abrigo da assistência social Santa Clara. Teve seu primeiro filho aos 13 anos, dentro do orfanato, do qual perdeu a guarda no momento do parto, sendo o bebê enviado a outra instituição. O segundo filho estava sob guarda da família extensa do companheiro, que segundo Dandara era racista com a criança por achar que sendo a

menina muito “escura”, não era filha dele. *“Se não é filha dele é de programa que eu fiz para sustentar a droga dele. E ele registrou. Ninguém tem o direito de ser racista com a minha filha”* (Diário de Campo- Caso Dandara). Também teve um apoio central no decorrer do caso do núcleo CAM (Centro de Atendimento Multidisciplinar) da defensoria pública durante pré-natal, parto e puerpério, incluindo em relação à guarda da filha anterior. Paciente sustenta a guarda da criança mesmo dois anos após o parto, e luta judicialmente no momento atual para recuperar a guarda da segunda filha.

**Sueli:** Branca, de olhos azuis e sorridente. Dois filhos anteriores. Trata-se de um caso de pseudociese (ou gravidez psicológica) com direito a aumento de volume abdominal e tudo. Tão complexo quanto dar a notícia diante do ultrassom do diagnóstico de pseudociese para ela, foi dar para o companheiro. *“Ao chegar para fazer o ultrassom, a primeira dúvida: ele queria/iria acompanhar? E se quisesse a gente faria o que? Como seria? Ele entenderia pseudocieses como patologia ou colocaria numa conta moral como se ela estivesse propositadamente enganando-o? Ela sofreria algum tipo de violência depois do exame e da confirmação da hipótese diagnóstica? Algum tipo de retaliação? Como poderíamos impedir ou contornar isso? Todos estávamos tensos com aquela situação. Ele entra na sala para fazer o exame. O caso e a hipótese diagnóstica, tudo bem descrito no pedido de ultrassom. A médica ultrassonografista não lê, e já pergunta para a paciente o motivo do ultrassom. Sueli calmamente responde: “gravidez”. Nesse momento, nossa gestora que estava acompanhando o exame intervém e com um olhar severo aponta para o pedido, solicitando com o olhar que a médica fizesse a leitura do pedido do exame que estava em suas mãos”* (Diário de campo- Caso Sueli). Sueli chega a equipe do Consultório na Rua através de um pedido de matriciamento feito pela equipe de atenção básica da região onde ficava. Não desejou, naquele momento, inserção em nenhum equipamento de saúde mental ou assistência social, manteve-se ligada à UBS (Unidade Básica de Saúde).

**Núbia:** Negra. Primeira gestação. Parceiro foi abrigado também pela assistência social em casa de passagem masculina durante o pré-natal, concomitantemente ao abrigo da mulher na assistência social da casa de apoio

Santa Clara. Chega para a equipe do Consultório na Rua pela ação dos redutores de danos em campo. Núbia é inserida em CAPS AD. Recebe o diagnóstico de HIV durante o pré-natal, e é levada ao centro de referência para iniciar terapia antirretroviral. Mantém a guarda do bebe consigo com muito apoio da família do companheiro. A mãe do companheiro, sua sogra, tinha boas condições financeiras e tentava a todo momento ajudá-los. Já havia inclusive pago internação privada para ambos anteriormente num famoso hospital psiquiátrico em uma cidade próxima. Companheiro tem múltiplas recaídas após o nascimento do filho, volta para a situação de rua, mas ela se mantém até o momento abstinente e com a guarda do filho, morando junto com a sogra com quem tem um bom relacionamento. Não houve transmissão vertical do HIV devido ao adequado seguimento pré-natal, parto e puerpério.

**Raquel:** Morena de cabelos cacheados. Terceira gestação. Parceiro em uso intenso de crack e sem adesão a serviço de saúde ou da assistência social. Chega à equipe do consultório pela ação dos redutores de danos no campo dos Correios, no centro da cidade. Fica em abrigo da assistência social Santa Clara durante pré-natal e puerpério. Atendida por violência conjugal durante todo o período, com muitas ameaças graves, que variavam de morte a sequestro de ambos, inclusive dentro do abrigo. Houve inclusive momentos em que foi necessário chamar a polícia dentro do equipamento. *“Tem algum remédio para fazer ela emagrecer doutora? Por que ela engordou muito na gravidez, Eu nunca gostei de mulher gorda.” Essa frase, na minha frente, dirigida mim na presença dela me doía profundamente. Um pouco pelas teorias feministas já estudadas, um pouco por empatia de pensar como estava sendo para aquela mulher escutar aquilo numa consulta de puericultura de um bebê com baixo peso, mas muito pela relação que eu mesma tinha com meu próprio peso, desde os transtornos alimentares de adolescência que foram e são tão difíceis de superar. Não conseguia deixar de imaginar como seria se eu estivesse no lugar de Raquel escutando aquilo de um parceiro com um bebê de 4 meses na mão”* (diário de campo – Caso Raquel). Criança acaba abrigada após 5 meses de vida.

**Isabela:** Branca, de olhos pequenos e escuros. Falava sempre seu nome verdadeiro (não o de guerra, com o qual se prostituía) sussurrando baixinho em meus ouvidos. As receitas de medicação que ela pegaria no posto precisariam ser escritas com o nome verdadeiro, que de fato aparecia no documento de identidade e cartão do SUS. Sussurrava para que ninguém na rua escutasse qual era. Isabela trabalhava como profissional do sexo e durante a gestação como vendedora de trufas de chocolate, no mesmo ponto das Lojas Renner perto da catedral de Campinas. Tinha insuficiência istmo-cervical, levando-a a inúmeras perdas gestacionais. Esta foi a primeira gestação completa, mas precisou de cerclagem de colo uterino e parou de fazer programas temporariamente por isso. Assim começou a vender trufas. Mas mantinha os pequenos furtos em lojas de cosméticos do centro da cidade e revendia os produtos a baixo preço para as companheiras de ponto de prostituição. O parceiro era pedreiro, ambos moravam em casa própria numa cidade ao lado de Campinas. Ele, segundo Isabela, não sabia da profissão dela. Por isso que ela se prostituía em outra cidade. Chega ao Consultório na Rua solicitando consulta em campo de atendimento fixo do serviço. Teve parto prematuro com bebê atendido na UTI neonatal de um Hospital Estadual na cidade onde residia com o esposo. *“Doutora, eu vou lá amamentar todo dia, todo dia de manhã antes de vir para aqui trabalhar. Vou, porque dizem que se a gente falta um dia só, as assistentes sociais já vão atrás da nossa vida. Se descobrirem que eu sou puta é capaz de tirarem ela de mim”* (Diário de Campo- Caso Isabela).

**Maria Célia:** Negra. Muito sorridente. Gostava de colorir e desenhar. É a segunda gestação. Pai da criança em uso intenso de crack sem nenhum acompanhamento de saúde ou assistência social. Ainda trabalhava como prostituta quando engravidou. Atual parceiro em uso intenso de crack com acompanhamento do Consultório na Rua e com permanente recusa a acessar outros serviços. Chega à equipe do Consultório por ação dos redutores de danos do CAPS AD no território em que ficava, faz um vínculo muito importante com assistente social da equipe. Paciente durante o pré-natal foi internada em leito de enfermaria psiquiátrica, assim como inicia segmento em CAPS AD. Também fica abrigada na Casa das Gestantes. Durante a internação, às vezes brincava que estava vendendo a criança por 120 reais, se alguma

enfermeira ou médica queria comprar. Criança foi abrigada com menos de 60 dias, a despeito da tentativa de guarda por parte da família extensa.

**Vânia:** Negra e inicialmente bem tímida. Primeira gestação. Devido à idade de 13 anos, é inserida, e o caso compartilhado com CAPS Infantil. Parceiro de 30 anos, em uso moderado de substâncias psicoativas, sem acompanhamento algum por setores de saúde ou assistência social. Chega à equipe do Consultório na Rua a pedido de funcionários do SAMIM. Mantém guarda do filho com ajuda da família até o momento em que o diário de campo foi escrito. *“Fui criada desde os meus 4 anos de idade com a minha avó. Ano passado ela morreu e eu fui morar com a minha mãe. Só que eu brigava muito com o namorado dela. Quando eu pedi para ela escolher entre eu e ele, ela escolheu ficar com ele”* (Diário de Campo - Caso Vânia)

**Juliana:** Negra. Mulher de poucas palavras, que demorou muito a se abrir. Segunda gestação. Ela e parceiro foram atendidos pelo consultório nas ruas, pelo trabalho dos redutores e por mim foi atendida inicialmente dentro da comunidade terapêutica. Sem dúvida tratava-se do companheiro mais presente e preocupado com a gestação e o filho de todo esse trabalho. Havia boatos - os quais nunca soubemos se eram verdadeiros ou não - de que ela já teria afogado uma filha anterior, recém-nascida, na privada. Posteriormente, constrói um importante local de cuidado no CAPS AD e vai para a Casa das Gestantes, onde fica inclusive por todo o puerpério. O bebê teve um acidente vascular cerebral hemorrágico intra-útero. O parceiro insistia repetidas vezes para ela ter fé, que se ela tivesse fé o bebê nasceria normal, afinal, para Deus nada era impossível. Aquilo para mim soava também muito opressor, pois caso o bebê nascesse com sequelas, a culpa, além do uso de drogas, seria também da falta de fé da mãe. Mantém a guarda do filho até o fim do registro do diário, que ficou com sequelas motoras mínimas no membro superior esquerdo, que depois de um ano de idade eram praticamente imperceptíveis. Companheiro tem recaída importante e reduz significativamente o contato com o filho.

**Ana Cecília:** Negra. Mulher de temperamento explosivo, forte. Sendo acompanhada na segunda gestação. Foi acompanhada pelo consultório na rua também na terceira gestação, mas como eu já havia assumido o concurso na universidade e saído da equipe do CnR, acompanhei pessoalmente apenas a segunda. Ana expulsa e agride uma colega que andava com ela e o parceiro. O motivo? A colega ter feito sexo com seu companheiro quando Ana não queria mais ter relações sexuais por estar com a barriga muito grande. Briga com a amiga, expulsa-a do mocó, mas “perdoou a traição” aparentemente sem muita dificuldade. Parceiro em uso intenso de crack, acessa apenas serviço de orientação social na rua. Ela não adere a nenhum serviço de saúde ou proposta de abrigo da assistência durante a segunda gestação. Chega ao serviço pela atuação dos redutores de danos em campo. Tem os dois pré-natais (segunda e terceira gestação) feitos inteiros na rua, mesmo com hipertensão gestacional. Nunca aceitou ou foi a qualquer serviço a não ser na urgência e emergência e à equipe do Consultório na Rua. O segundo parto foi feito em hospital privado do município devido à convênio que a paciente tinha, pago pela família, que morava num município vizinho, Paulínia. Em nenhum momento foi cogitado na maternidade privada acionar serviço social para perda de guarda, sequer foi feito um telefonema para a nossa equipe, que realizou o pré-natal inteiro. Guarda das três crianças está com a família extensa.

**Janice:** Morena, magra de cabelos longos e cacheados. Foi acompanhada na primeira gestação. Ficou em abrigo durante parte da infância. Parceiro em uso, sem acompanhamento de nenhum serviço da saúde, apenas orientação social em situação de rua. Inserida no CAPS e também na Casa das Gestantes. Com seus 20 anos, no puerpério, um dia me solicita uma consulta com um motivo especial: “*eu nunca gozei, tem algum problema na minha vagina?*” (Diário de Campo- Caso Janice). Neste momento sempre penso no quanto a existência feminina tem de comum a todas as mulheres. Chega ao serviço a pedido da Casa das Gestantes. Durante o puerpério é atendida pela equipe sob perseguição e ameaça de morte por parte do ex-companheiro. O filho foi abrigado antes de completar um ano. “*Janice chorando no banco de trás da Kombi. Ela dizia: pensar no Newton (filho) abrigado o que mais dói é lembrar de quando eu fiquei no abrigo, era horrível, dá muita vontade de chorar.*” (Diário de Campo – Caso Janice)

**Mariana:** Negra. De fala apressada. Estava na segunda gestação. Realizada apenas uma consulta. Foi encontrada durante atendimento de campo em que fazíamos busca ativa por contactantes de tuberculose de um caso acompanhado pela Equipe do Consultório. Repetia várias vezes o quanto o pai da criança tinha posses, e que ela estava bem, apesar de extremamente emagrecida e sob efeito de crack no momento. Principal vínculo da paciente era a atenção básica, da qual falou muito bem.

**Paola:** Branca. Baixinha e de sardas. Primeira gestação. 18 anos, passou infância e adolescência em abrigos da assistência social, portanto era bem conhecida nessa rede. Companheiro em uso de substância moderado, sem acompanhamento por serviço de saúde. Estava num barraco na periferia com o companheiro, morada que acabou perdendo por um incêndio espontâneo. Chega ao Consultório na Rua a pedido da Casa das Gestantes, cuja coordenadora que atuava naquela época havia, há anos atrás, gerenciado o abrigo em que Paola crescera. *“Ela disse que gostou muito do atendimento do Consultório na Rua porque ganhou abraços, e até da médica! Me contou, rindo, um monitor da casa que sabia que era eu que tinha atendido”* (Diário de Campo- Caso Paola). Durante a gestação e puerpério fica na Casa das Gestantes, entremeando a estadia com alguns períodos em que esteve com o companheiro, ainda que sempre voltasse para a instituição. Mantém a guarda da criança até o fim da escrita do diário.

**Anália:** Negra. De fala e gestos rápidos, apressados. Conhecida antiga da redutora de danos do Consultório na Rua. Quinta gestação. Parceiro desconhecido pelo serviço. Atendida duas vezes pela equipe por ser encontrada durante atividades de campo. Na primeira abordagem, chegou a nos pedir um local mais privativo para fazer o exame físico, escuta dos batimentos do bebê, avaliação de altura uterina; concordamos, e ela simplesmente desapareceu no caminho. Na gestação acompanhada, a criança fica abrigada. Anália é encarcerada ainda durante a elaboração do diário de campo por furto e tráfico de drogas.

**Graça:** Negra. Alta e imponente. Muito afetiva com a equipe do Consultório. Parceiro com acompanhamento intermitente pelo CAPS AD e Serviço de Orientação Social a pessoas em situação de rua e Consultório na Rua. Terceira gestação. Teve o pré-natal inteiro realizado na rua, em cenários de uso. Foi com o apoio fundamental da defensoria pública, em especial no momento do parto, que a criança ficou com guarda formalmente dada a família extensa, mas sendo muito cuidada pela própria mãe grande parte do tempo. Graça volta para casa após o parto e se mantém cuidando da filha e dos filhos anteriores por mais de um ano. Após recaída no uso de substância, associada a violência doméstica do companheiro que invade sua casa, quebra várias coisas, passou por abrigo da assistência social Santa Clara. Com a guarda da filha estando com sua mãe, avó da bebê, garantia-se assim que Graça e sua filha mantivessem contato. *“Atendo hoje a filha mais velha de Graça, que estava agora em situação de rua, havia se separado do ex-marido, e deixado com a ex-sogra o filho de um ano. Dizia enfática: ‘Eu só cheiro, e as vezes só, nunca vou usar crack pra nunca ficar igual à minha mãe!’ E eu só pensava no quanto ela era jovem, e parecia já fazer os mesmos percursos. Ainda que dissesse o contrário. Estava conseguindo um bom dinheiro na rua fazendo tranças afro muito bonitas. Foi muito triste atendê-la. Naquele momento pensei que ser médica de família, e atender de fato a família no Consultório na Rua era muito ruim”* (Diário de Campo - Caso Graça)

**Ruth:** Branca. Bastante articulada na fala. Terceira gestação. Parceiro com uso moderado de substância sem acompanhamento por nenhum serviço de saúde ou assistência social. Estava num programa de moradia e após perda do espaço foi atendida por mim apenas uma vez no SAMIM, em puerpério. O abrigo precisava de uma “receita médica” de papinha para o bebe, porque sem a receita não receberia, teria apenas as marmitas de adultos. Manteve guarda da criança até o fim do diário de campo.

**Muriel:** Branca. Inicialmente tínhamos enquanto Consultório na Rua um contato extremamente difícil, mas com o passar do tempo fez um vínculo muito forte com o equipamento, em especial com o psicólogo da equipe. Estava na segunda gestação. Parceiro era desconhecido. Inicia o pré-natal com a equipe, encaminhada pelo Serviço

de Orientação Social a Pessoas em Situação de Rua. É internada em enfermaria psiquiátrica durante o pré-natal e depois inserida em CAPS Adulto tipo III. Muriel muitas vezes tinha uma aparência um tanto andrógina. Pessoalmente nunca conversei com ela ou com a equipe sobre sua orientação de gênero ou sexual. Também foi atendida por questões relacionadas à violências sexuais anteriores importantes. Filho fica com família extensa. *“Foi muito marcante para mim que a atual esposa do pai, que nunca conseguiu engravidar, começou a querer ‘ajudar’ a enteada na gestação. Uma “boa vontade” que nunca havia tido antes. Visivelmente apresentava interesse real em ficar com a criança depois que ela nascesse, não em Muriel em si. O que de fato aconteceu. O maior vínculo familiar de Muriel era, na verdade, uma tia, e não a madrasta. Mas a guarda ficou com seu pai e a atual esposa”.* (Diário de Campo - Caso Muriel)

**Paula:** Negra. De olhar marcante, sorriso largo. Trabalhava como profissional do sexo quando engravidou. *“Paula conta que um de seus clientes fixos mais antigos, um senhor mais idoso, se mantinha pagando a ela um valor fixo mensal mesmo ela estando no puerpério sem realizar a ele as visitas semanais para o trabalho. Quase como uma ‘licença maternidade’. E ela não contava ao parceiro do dinheiro, e o colocava direto na poupança, “a gente não pode nunca contar para homem de todo o dinheiro que a gente tem. Tem que sempre ter uma reserva que eles não saibam” dizia com ar de experiência. Chorava e pedia o tempo todo remédios para emagrecer no puerpério, pois tinha ganhado muito peso na gestação e tinha muito medo de não conseguir mais agradar a seus clientes, em especial os fixos”* (Diário de Campo - Caso Paula) Quarta gestação. Parceiro foi atendido no CAPS AD várias vezes por mim, principalmente no puerpério da mulher. *“Ele sabia que eu atendia Paula, e de certa forma ficou constrangido em admitir e conversar muitas coisas em consulta: que tinha vontade de simplesmente sumir, que queria abandoná-la, e que não aguentava as cobranças que ela fazia em relação ao cuidado com ela e com o filho, que não queria ter sido pai naquele momento”* (Diário de Campo – Caso Paula). Paciente chega ao consultório por ação dos redutores de danos no campo. É inserida no CAPS AD onde também foi atendida por mim, durante o pré-natal e puerpério. Fica no abrigo da assistência social Santa Clara por um bom tempo após o nascimento do filho. Mantém guarda da criança até o momento atual. Tivemos um encontro tempos depois, fora do

contexto formal de trabalho, em uma ocupação urbana no município, onde Paula estava com o companheiro e o bebê, e eu, numa brigada de médicos da ocupação. Eles me reconheceram e acharam graça. Mas também pediram dinheiro. Coisa que trabalhando nunca havia acontecido. *“No fim ela e o companheiro ficaram juntos. Frequentemente apareciam para atendimento no Consultório ou eram encontrados em atividades realizadas num campo de profissionais do sexo. Era muito frequente ver o parceiro cuidando do filho na praça, enquanto Paula fazia o ponto e/ou seus programas”* (Diário de Campo – Caso Paula)

**Amanda:** Negra. Também de personalidade forte, impactante e gargalhada alta. Sexta gestação. Parceiro desconhecido pela equipe. Chega à equipe pelo trabalho de redutores de danos e parceria com serviço social hospitalar, fomos chamados por esse serviço social para visitar outra gestante na maternidade - a encontramos internada por agressão física. Após alguns atendimentos, foi internada voluntariamente em enfermaria de psiquiatria durante o pré-natal. Os profissionais da enfermaria na qual foi internada chamaram a equipe para um atendimento e uma espécie de contenção afetiva da paciente que estava em crise na internação. Era engraçado voltar àquele hospital universitário - que me trazia tantas lembranças, e muitas delas ruins e de muito autoritarismo durante a graduação - estando agora ali presente a partir de um outro lugar, a pedido deles para ajudá-los. Uma equipe teoricamente de atenção básica sendo chamada para ajudar uma equipe de referência a conter e cuidar de um paciente. Uma espécie de matriciamento que nunca tinha visto acontecer de fato, e ainda nunca vi fora do Consultório na Rua, que é a especialidade pedindo ajuda com o caso. Com vínculo intermitente com CAPS AD. Criança abrigada, e mãe encarcerada antes do fim do diário de campo.

**Tamires:** Morena, cabelos lisos. Parecia sempre guardar uma série de “segredos” que nunca expunha a ninguém. Parceiro desconhecido. Chega à equipe do consultório na rua a pedido da Casa das Gestantes, para atendimento. Antes, atuava como profissional do sexo no bairro mais famoso de prostituição da cidade, o Itatinga. Ficou durante o puerpério na Casa das Gestantes a pedido de assistente social da maternidade. Teve um período de internação em enfermaria de psiquiatria

por sintomas psicóticos muito pronunciados dentro da casa. Criança foi abrigada durante o acompanhamento a e elaboração do diário de campo.

**Luana:** Branca. Falante e espontânea. *“Luana era paciente do Consultório na Rua desde o início do serviço. Dizia que por isso a filha era a ‘mascotinha’ do Consultório. Tinha casa, mãe, não dormia na rua, mas passava a maior parte do tempo lá. Apresentava conflitos com a mãe, mas existia sempre uma relação de cuidado também”* (Diário de Campo - caso Luana). Segunda gestação. Companheiro encarcerado. Chega a equipe do Consultório na Rua, pois já era acompanhada sempre em campo fixo apesar de ter domicílio. Fica na casa das gestantes durante gestação e puerpério. Mantém a guarda da criança. *“Durante a estadia na Casa das Gestantes no puerpério Luana mantém abertamente uma relação com um parceiro. Enquanto o pai de sua filha, mesmo encarcerado, mandava dinheiro mensalmente para sua filha. Mesmo de dentro da cadeia, ele descobre a relação de Luana, que fica então ameaçada de morte”* (Diário de Campo - caso Luana)

Todas essas mulheres são as grandes companheiras de travessia desse percurso do mestrado e, em especial, do texto dessa dissertação. Suas histórias irão compor essa escrita ou de forma explícita, cada uma para dar luz e cor a uma dimensão diferente da investigação, ou de forma implícita, pois todas elas juntas compuseram a experiência e o corpo da investigadora e da pesquisa.

A vida dessas mulheres e suas práticas de si, que questionam o tempo todo os pregressos modelos de mulher e feminino, são, portanto, na perspectiva aqui defendida, feministas. E estudá-las e acolhê-las socialmente contribui para a liberdade de todas as mulheres da figura feminina, da identidade de mulher como modelo universal construído pelos discursos científicos e religiosos.

### **1.3. Lentes de Investigação**

A elaboração teórica a respeito da gestação nas mulheres em uso abusivo de drogas e/ou situação de rua inclui a atenção pré-natal, parto e puerpério, ainda que a ênfase desse estudo seja o pré-natal.

Atravessam essa tecnologia em saúde, que é o pré-natal dessas mulheres, muitas dimensões diferentes, como: políticas públicas sobre saúde da mulher; políticas públicas no Brasil sobre álcool e outras drogas; a constituição da população em situação de rua; e a forma como a sociedade produz e se relaciona com ela, por meio ou não do Estado. Essas políticas são atravessadas por racionalidades e práticas sobre mulheres e sobre a maternidade em geral; racionalidades e práticas em torno do uso de substâncias psicoativas e a alteração de consciência e os prazeres, assim como racionalidades sobre a função do Estado na sociedade. As tecnologias e técnicas operadas no dia-a-dia pelos equipamentos do Consultório na Rua e pelos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas respondem e ao mesmo tempo constroem esse contexto e esses atravessamentos todos.

Como articular tantas práticas e atravessamentos num texto coeso é certamente uma tarefa que exige um exercício de elaboração teórica e de escrita que é bastante complexo. No entanto, o campo empírico evidencia essas práticas, políticas e racionalidades imbricadas a cada atendimento, a todo momento. Procuraremos então explorar conceitualmente essas dimensões durante a dissertação.

Como afirma Deleuze (19), todo conceito é um composto e surge para responder a um problema. O conceito vem então acompanhado de outros conceitos e estabelece com eles relações de articulação, corte e superposição. Possui, portanto, limites irregulares, margens e brechas pelas quais outros conceitos podem se agregar. Sendo assim, um conceito não é definido somente pela sua consistência própria e interna, mas pelo território conceitual e problemático que o cerca. Nenhum conceito tem um sentido absoluto e único, eles variam de acordo com as relações que estabelecem. No entanto, estas relações não ocorrem ao acaso. O campo problemático em que o conceito se insere gera um tensionamento sobre o próprio conceito. Essa tensão força a construção de redes de conceitos, que uma vez interligados possibilitam um novo modo de abordar o problema. Os conceitos neste sentido operam como ferramentas que produzem cortes, rupturas e linhas de fuga para um dado problema. Todo conceito está atrelado a problemas concretos e é

formulado para servir como ferramenta que opera realidades. Escolhemos as nossas referências teóricas porque neste percurso descrito elas despertaram força e crítica, mas seu uso aqui será sempre uma torção do conceito original e uma apropriação para um uso próprio que se torna singular (13).

Iniciaremos por uma breve exposição dos conceitos de sujeito, poder e governo a partir de Foucault para estruturar uma espécie de alicerce até Nikolas Rose, sociólogo inglês, que a partir desse panorama constrói uma elaboração sobre *governo de condutas*, que será a base para a organização e apresentação do problema dessa dissertação.

Foucault, ao longo de sua obra, discute a construção do sujeito (ou das subjetividades que compõem o sujeito) em grande parte por meio das relações de poder no campo social. Entende que poder é um conceito que se constitui em torno das redes de relações estratégicas que tem como intenção governar a conduta do outro. Seu exercício se efetua através de uma profusão de alianças cambiantes entre diversas autoridades, que através de seus projetos, suas racionalidades, éticas e políticas buscam governar múltiplas facetas da vida social e das subjetividades dos indivíduos. Isto se manifesta tanto sobre a conduta, como sobre as possibilidades de conduta.

Diferenciando-se de muitas vertentes do campo das ciências políticas, o filósofo coloca em evidência o caráter produtivo do poder, sua natureza propositiva. Para Foucault o poder se sustenta e é aceito menos por aquilo que afirma como negativo, da ordem da repressão, mas muito mais pelo que atravessa e produz de coisas, seu caráter produtivo. O poder fabrica prazer, formas de conhecer, discursos e as mais variadas formas de viver a vida (20).

Além do poder, outro conceito articulado na dissertação é o de resistência. Para o autor, onde há exercício de poder, há resistência a ele, de diferentes modos, mais ou menos eficazes. Não há relação de poder sem práticas de resistência, nem controle de conduta sem práticas de contra conduta (20) isso seria a dominação, e não relações de poder. Estas relações de poder e tentativas de gestão das condutas pode ser reconhecida a partir de práticas e tecnologias capilarizadas em toda sociedade, no Estado mas também para muito além dele.

Nesse sentido, o Estado não constitui nem o ponto de partida nem de chegada das distintas estratégias que buscam gerir a vida e governar condutas, elas se distribuem pela economia, pela família, religião e buscam governar a vida por meio de uma multiplicidade de práticas para muito além do Estado. Essas práticas não tem sua origem no Estado, não são por ele controladas, mas lhe são fundamentais (21), (22).

“O governo é a matriz historicamente construída dentro da qual formulamos todos aqueles sonhos, esquemas, estratégias e manobras de autoridade que buscam modelar a conduta dos outros em direções almejadas, influenciando a vontade deles, suas circunstâncias e seu ambiente. Em relação a essa rede de governo é que formas de governo especificamente políticas no ocidente moderno definem-se, delimitam-se e narram a si mesmas” (Rose, pag 72)(22)

Ao aliar os conceitos de “governo” e “mentalidade” (ou racionalidade), Foucault constrói o conceito de “governamentalidade”, segundo o qual não é possível estudar as tecnologias e práticas de produção de subjetividade e construção da verdade sem a análise das formas de pensar e agir às quais se relacionam.

Opto por organizar essa elaboração teórica sobre as gestantes em situação de rua e/ou uso abusivo de substância à luz de conceitos formulados pelo sociólogo inglês Nikolas Rose, em conjunto com Peter Miller, que partindo de elaborações Foucaultianas do conceito de ‘governamentalidade’, ou ‘mentalidade/racionalidade de governo’, elaboram algumas dimensões sobre o governo de condutas em seu livro *Governing The Present: Administering Social and Personal Life*. (22) Para Rose e Miller, o poder não é tanto de impor restrições aos cidadãos, mas de inventar cidadãos capazes de suportar um certo tipo de liberdade controlada. A autonomia pessoal não é a antítese do poder político, mas um termo chave em seu exercício que atualmente tem como elemento central o auto-governo. Isso por que a maioria dos indivíduos não é meramente súdita do poder, mas desempenha uma função central em suas operações tanto no governo do outro, quanto no governo de si. Segundo o autor, as formas modernas de governo demonstram como neste projeto têm sido fundamentais as associações formadas entre entidades chamadas “políticas” ou do Estado, e os projetos, planos e práticas de autoridades econômicas, legais, médicas e técnicas da sociedade civil. Autoridades que se esforçam para administrar a vida dos outros à luz do que pode ser chamado de: bom, saudável, normal, virtuoso e proveitoso.

É possível discutir poder a partir da análise de tecnologias de governo da conduta, que não são prioritariamente repressivas, mas constituídas sob a égide do bem-estar e da saúde individual e da população. Assim, podemos nos questionar de que modo um discurso da busca de fazer o bem cria tecnologias que normatizam, delimitam pontos, meios e situações em que é necessário usar a força, imposição e até mesmo violência concreta. O poder não deve ser visto somente pela sua dimensão coercitiva e dominadora, mas pela dimensão que conduz e normatiza na medida em que cuida e acolhe. Esta é postura que será discutida em relação às práticas de cuidado aqui analisadas sobre as gestantes, embora sejam comuns a todos nós.

Nesse sentido o conhecimento, o saber, é central a essas atividades de governo, poder, produção de subjetividade e critérios de verdade. Pois o conhecimento é central na própria formação dos objetos de governo. Conhecimento aqui refere-se ao vasto conjunto de pessoas, teorias, projetos, experimentos, técnicas que são intimamente ligados ao governo, chamados pelos autores (22) de expertise, ou autoridades de saber a respeito do problema a ser governado. A aposta nessa dissertação é que essa discussão apresentada sobre o governo de condutas é potente para pensar o cuidado à gestação dessas mulheres cujas histórias serão aqui analisadas.

Essa elaboração, longe de ser um arcabouço teórico em que “enquadramos” o empírico discutido neste mestrado, é antes uma possibilidade de expor o problema abordado, uma lente de análise, que surge durante o processo de escrita. O uso da teoria de Rose e Miller foi uma forma encontrada para articular os diversos e aparentemente distintos elementos teóricos, como saúde da mulher, política em torno das substâncias psicoativas ou população em situação de rua, que são de suma relevância em torno da experiência aqui investigada.

Rose e Miller deslocam a questão do Estado em si para a Administração da Vida, que vai muito além dele. Dividem esquematicamente alguns elementos do governo de condutas e da administração da vida em:

- 1) Racionalidades Políticas
- 2) Programas de Governo
- 3) Tecnologias de Governo

São essas divisões esquemáticas que auxiliarão a compreensão e a articulação dos diversos conteúdos que atravessam o problema das gestantes em uso abusivo de drogas e/ou situação de rua ao longo dessa escrita. Observemos cada uma mais de perto.

#### 1) Racionalidades Políticas:

Embora não tenham um caráter sistemático e fechado, é possível discernir regularidades que podem ser chamadas de racionalidades políticas. Trata-se dos campos discursivos dentro dos quais o exercício do poder é conceituado:

a) As noções das formas, objetos e limites sobre os quais se fala, as conceituações e concepções existentes a respeito do tema em questão. Há aqui o que podemos chamar *caráter epistemológico da racionalidade política*, a partir do qual são formulados conceitos em relação a uma concepção, à natureza desses objetos governados. Como exemplo: o que é droga, como se desenvolve a dependência química, o que é um feto etc.

b) A adequada distribuição de tarefas de exercício de governo de conduta dentro do tema em questão: o que é função do estado, da família, da religião por exemplo. Também se encontram aqui as justificativas morais para modos particulares do exercício do poder por parte desses diversos “experts” (nas palavras do autor), que aqui chamaremos de *autoridades*. Quem é a autoridade mais adequada a dizer e, portanto, a decidir sobre a maternidade, ou sobre o uso de substância? Quem tem o conhecimento/saber a respeito desse tema e assim adquire, através de uma complexa rede, a capacidade de governar os campos de possibilidade de conduta?

c) As *justificativas morais* e os princípios pelos quais o governo deveria estar orientado como o bom, a felicidade, a prosperidade, a justiça e semelhantes podem ser alcançados.

O uso de substância psicoativa exemplifica bem este primeiro conceito de racionalidade política. Enquanto a dependência química tem os principais modelos conceituais e explicativos que oscilam entre a falha moral e de caráter, e o modelo bioquímico e biomédico. O exercício da correção e de governo de conduta igualmente

oscilará, dividido entre as instituições religiosas e policiais para a correção moral e de caráter e as instituições médicas e psiquiátricas para as correções biológicas e bioquímicas.

No presente trabalho, essa elaboração direcionou-se a um estudo que é atravessado pelo uso de drogas e também sobre a produção sobre a mulher, em especial a mãe. Há certamente discursos sobre a natureza dessas questões, discursos morais que subsidiam o governo de condutas nas duas situações.

As elaborações conceituais sobre esses temas influenciam sobremaneira as políticas, e as práticas direcionados a eles. Essa racionalidade do que seria uma mulher, uma mãe, (em especial uma boa mãe). Assim como racionalidades e moralidades sobre a consciência, a alteração de consciência, a abstinência e, conseqüentemente, sobre controle sobre os prazeres, o que é saúde ou doença.

## 2) Programas de Governo:

Governar, para esses autores, é uma atividade essencialmente problematizadora. Esses “problemas” expõem as obrigações às quais os governantes procuram tratar. Os ideais de governo e os problemas de governo estão intrinsecamente ligados, é ao redor desses ideais que ele circula, as falhas que pretende retificar, as doenças que ele tenta curar, a morte e os desvios morais. Trata-se de uma história de problematização na qual políticos, intelectuais, filósofos, médicos, militares tem medido o real com o ideal, descobrindo-o em falta. É ao redor das dificuldades e falhas identificadas que os programas de governo têm sido elaborados.

Isto também é central quando discutimos, por exemplo, que a saúde da mulher-mãe, da atenção ao pré-natal e ao puerpério, torna-se objeto de um programa de governo que surge em resposta ao problema da mortalidade infantil (que precisava ser corrigido), e não da saúde da mulher como um valor em si mesmo(23).

A relação entre racionalidades políticas e programas de governo não é de derivação ou determinação, mas de uma espécie de tradução. Um exemplo seria a racionalidade de governo em torno da normalização e da normação da abstinência. Que toma a abstinência como o normal, e a norma a ser imposta por meio dos

governos de conduta e de possibilidades de conduta. Uma norma a ser produzida. A partir desta perspectiva, o uso de drogas e a alteração de consciência são vistos como um problema- o que não é uma afirmação natural ou uma verdade em si mesma.

Este problema, que foi produzido a partir da racionalidade da abstinência, precisa então ser corrigido e governado. Surgem então, como resposta a essa problemática, a concepção de “guerra às drogas” e suas múltiplas ações como um programa de governo.

O cálculo da mortalidade materna e infantil enquanto um problema a ser superado não é algo natural, da natureza tem seu início historicamente marcado nas populações. Mulheres e crianças sempre morreram, mas não necessariamente esse fato contingente da natureza era visto como problema. É um ótimo exemplo de tecnologias como cálculos produzindo um objeto específico que não existia anteriormente sobre o qual será exercido governo. Isso gera um governo de conduta das mulheres, e produz um tipo determinado de vida e existência feminina. Como disse Rago, de “Colonização da vida e do corpo feminino” (24).

Um ideal, uma racionalidade política de mulher e mãe específica era necessário para resolução desses novos “problemas” citados. Era preciso produzir um adequado cuidado das crianças e o exercício supostamente correto da maternidade para redução desses índices que começavam a ser contados e calculados. Surgem então políticas públicas específicas para “corrigir” esses modos de vida que geravam os tais problemas e produzir a “boa mãe”. Para tanto, era preciso governar bem de perto a conduta feminina, sempre vista como uma possível mulher-mãe.

Percebe-se por meio dos exemplos citados que os caminhos podem ser distintos. Enquanto uma racionalidade política que prega uma “norma da abstinência” surge em determinado momento histórico, isso possibilita a origem de programas de governo de combate às drogas, como ocorreu nos EUA, por exemplo, com a proibição do álcool no governo Nixon. Já no caso feminino, é a problematização em torno da mortalidade infantil e da criação dos filhos que de certa forma vai construindo a racionalidade política do que seria uma boa mãe (e, conseqüentemente, por analogia, também do que seria uma mãe má) (23) (24). Ainda que a mortalidade infantil venha de outra racionalidade política que é o valor em torno da população em especial da população produtiva para os Estados Nacionais.

### 3) Tecnologias de governo

Estas tecnologias seriam então um campo de estratégias e técnicas de conhecimento através das quais forças diferentes tornam os programas operáveis. São um complexo de programas rotineiros, como cálculos, técnicas, aparatos, documentos e procedimentos mediante os quais se procura por em prática as racionalidades políticas e os programas de governo. Onde se coloca em prática de fato o governo de conduta.

Por elas, uma multidão de conexões é realizada entre as ações das autoridades, dos experts, e as atividades de indivíduos ou grupos. Mediante tecnologias é que as racionalidades políticas e os programas de governo que as sistematizam se tornam capazes de serem utilizados. Não se trata de implementação de esquemas ideais na realidade, mas sim de formas de operar essa mesma realidade. São os mecanismos mais simples, ordinários e quotidianos de operação da vida: procedimentos, exames, anotações, inspeções, laudos, sistemas de treinamento e criação de hábitos, vocabulários profissionais, modelos arquiteturais, dentre tantos outros. A lista é heterogênea, e como dizem os autores, a princípio é ilimitada. Essas formas podem inclusive operar, na verdade, racionalidades diferentes das quais foram criadas para servir inicialmente. Podem operar como pontos de resistência às racionalidades de governo iniciais. E neste aspecto o Consultório na Rua, os Centros de Atenção Psicossocial, e as tecnologias e práticas por eles operadas, consultas, pré-natais, internações, abrigamentos, serão discutidas como uma tecnologia de governo neste trabalho.

Apesar do texto original do autor estar assim dividido, é preciso enfatizar que isso não significa necessariamente uma ordem ou hierarquia entre racionalidades, programas e tecnologias. Assim, opto por partir dos programas de governo, em torno dos quais se organizaram as práticas aqui discutidas. Discorrerei sobre as tecnologias em torno do trabalho realizado no Consultório na Rua, aspecto que será mais aprofundado no capítulo 3, com hipóteses construídas no capítulo 2 sobre as racionalidades de governo às quais esses programas e tecnologias respondem.

Também há uma proposta de usar durante essa dissertação o conceito de *práticas de resistência*, visto que, na linha da teoria Foucaultiana, onde há poder e exercício de poder, (não de dominação) há sempre práticas de resistência. Procurei investigar como as próprias histórias de vida dessas mulheres, e algumas formas de realizar cuidado se tornam práticas de resistência a esse instituído. Como afirma Rago:

“é sobre a questão moral que recai o maior peso da opressão sobre a mulher. A não amamentação, a prática do aborto, a contestação do papel de esposa-mãe-dona-de-casa podem ser pensadas como sinais de um outro tipo de resistência social das mulheres” (pag 102) (24)

Espaços e práticas de resistência podem se configurar a partir de racionalidades ou tecnologias operadas no cotidiano dos serviços. Um exemplo possível seria um uso específico de teorias e práticas em torno de Redução de Danos ou Direitos Sexuais e Reprodutivos.

Como procurarei expor, esses conceitos, necessariamente um uso possível e determinado deles, fazem resistência às racionalidades políticas envoltas no ideal de abstinência e no modelo ideal de mulher e mãe.

## 2. O Governo da Rua e das Mulheres

É relativamente frequente que dissertações na área de saúde que versam sobre a população em situação de rua iniciem a contextualização do campo em que se inserem com a Política Nacional Para a População de Rua do ano de 2009. O que percebemos durante as aproximações com alguns referenciais teóricos, é que há programas de governo e práticas em torno dos que habitam as ruas há muito tempo. Essas antigas políticas, ainda que não existam mais do ponto de vista formal, ou que muitos outros programas de governo tenham sido criados posteriormente, não diferem entre si em sua maioria, quanto a racionalidade política que as subsidiam.

Em se tratando de racionalidades políticas falamos da forma também como delimitam o objeto dos quais tratam e das relações morais que se desenvolvem a partir dele. Podemos dizer da forma de conceitualizar, e valorar a população de rua: como uma ameaça em potencial, para as outras pessoas e para si mesmos. Isso justifica as mais diversas intervenções, seja pelo pretexto de ameaça à segurança com os furtos, ameaça à “higiene” e essas pessoas vistas como risco biológico, por exemplo: tuberculose ou HIV, até mesmo ameaça da “estética” urbana como nas políticas do prefeito João Dória (PSDB) em São Paulo no ano de 2018. Outra percepção, é que além das racionalidades, as práticas quotidianas sustentadas por esses diversos programas também têm muita semelhança ao longo da história, ainda que veiculadas por diversos atores.

Há uma proposta de iniciarmos a investigação por programas e políticas de governo, que, na perspectiva do sociólogo Nikolas Rose (22), expõem as obrigações as quais os governantes procuram tratar.

Elencamos aqui então dois grandes “problemas” que foram construídos historicamente como algo a ser governado e controlado por meio de programas de governo:

- 1) A População em Situação de Rua e seus modos de viver a vida.
- 2) A Mulher e seus modos de viver a vida.

Esses dois “problemas” em torno dos quais foram construídas racionalidades políticas, ideias de “falhas”, “desvios morais”, “doenças” geraram programas e

políticas específicas que em conjunto constroem a rede de práticas e o governo de condutas que se investiga em torno dessas mulheres gestantes que compõem essa pesquisa.

Não me proponho a fazer aqui uma abordagem historiográfica linear propriamente dita sobre o surgimento de todas essas políticas, o que seria extenso e não necessariamente produtivo para a dimensão que procuro discutir nesta dissertação. O que proponho realizar trata-se de um resgate específico que tem como objetivo “analisar as histórias das relações de saber-poder das tecnologias de governos das condutas. Nessa perspectiva, os fatos da história interessam na medida em que é possível extrair deles a formação de um regime ou diagrama mais geral de saber-poder” (13).

Por isso, dá-se aqui uma forma singular de contar essa narrativa da formação dessas políticas de governo. Trata-se da apropriação e da “digestão” dos textos lidos e de uma forma específica de articulá-los.

### **2.1. Vadios e Vadias, Mendigos e Putas - A Rua:**

“um fora/dentro da cidade, um espaço existencial envolvido pela cidade, mas que, todavia escapa às suas leis e dinâmicas oficiais [...] a rua acaba sendo o lugar de tudo que não tem lugar na cidade: o que não cabe nas casas de classe média, o que não cabe na comunidade. Não só a miséria leva as pessoas para a rua. Uma conjunção de fatores produz esse território existencial. A rua se constitui então como esta zona ‘obscura’ na cidade, zona estrangeira, ‘estranha/íntima’ na cidade. A rua como um fora/dentro da cidade que marca distâncias entre cidades numa mesma cidade”(26)

“que vagam pelas ruas e entregam-se à prática de atos torpes. Alertava para a necessidade de retirar as crianças das ruas; os meninos vagabundos em potencial, as meninas futuras prostitutas” (Relatório do chefe de polícia Sebastião José Pereira, apresentado em 07/01/1871) (pag -128) (25)

A história das tentativas de governo das pessoas que ocupam as ruas, e a abordagem dessas pessoas como um problema político e social a ser resolvido é antiga.

Simone Maziara Frangella em seu livro *Corpos Urbanos Errantes: Uma Etnografia da Corporalidade de Moradores de Rua em São Paulo* discute o conceito que chama de “homelessness” a partir dos movimentos de errância e itinerância, a partir da idade média no contexto europeu. Defende que para cada período houve uma leitura específica do movimento itinerante de acordo com a organização social e política em vigor. Vagabundos, mendigos, migrantes, incapacitados, sem domicílio fixo. Cada categoria segundo a autora possuía uma forma diferente de circular, de estar nas ruas e de ser vista socialmente.

O ato de vagar, também traduzido ao longo dos séculos por vadiar foi sendo reconfigurado ao longo dos séculos, sem entretanto, perder a racionalidade política que os colocava como um seguimento à parte, à margem das ordenações sociais e urbanísticas.

“O termo ‘vagabond’, vem sendo utilizado na língua francesa e inglesa e em textos escritos em língua portuguesa ao longo dos séculos para indicar o ato de vagar. A conotação moral negativa que o termo suscita atualmente está presente nas descrições históricas e literárias sobre esse universo, uma vez que essa movimentação sofreu continuamente condenações. Porém servia de maneira geral; designava os vagabundos, os que vagavam sem eira nem beira” (pag 42) (27)

Ainda que o “vagabundo” veja seu estatuto se modificar ao longo dos anos, longe de desaparecer ele permanece sempre inserido no tecido social. Desde o surgimento das cidades, nos burgos medievais até hoje. Longe de desaparecer ele permanece sempre inserido na dinâmica do urbano.

Desde a idade média, a errância aceita era a justificada dentro da moralidade, da racionalidade política da busca pelo trabalho. Pessoas sem emprego fixo que vagavam em busca de empregos temporários e sazonais, a relação de estranhamento se atenuava. Era mais aceitável, mais ainda caso se configurasse uma condição passageira, em que havia um desejo de fixar-se, menos aceitável caso de configurasse como um modo de vida. (27)

Nesse grupo havia uma variedade importante de identidades, que eram (e ainda são) divididas entre os mendigos “verdadeiros” : os aleijados, doentes, os loucos os velhos, as viúvas e órfãos; ou os “falsários”: os que fingiam essas condições, e

tinham a mendicância como meio de vida e não os trabalhos tradicionais, como uma performance de indigência.

“Quero descrever o elefante do homelessness. É um estranho animal chamado de diferentes nomes em diferentes épocas. Através dos séculos tem sido visto como definitivamente ameaçador [...] Séculos atrás os errantes eram tratados como escravos fugitivos; depois como criminosos reais ou potenciais. A legislação impôs duras punições, em padrões modernos, embora essas práticas fossem normais para o período. Os itinerantes eram vistos como a fonte de todos os problemas e doenças sociais. No século XIX sua presença atacou as virtudes principais da ética protestante, da indústria e da economia” (pag 1-4) (28) apud (27)

Essa “problematização” das pessoas que tem na rua seu território existencial, um uma forma nômade de ser no mundo, sem o domicílio, se configurou uma questão a ser governada por muitos aparatos e de muitas formas diferentes ao longo do tempo. Desde a formação dos Estados nacionais e se configura como um problema Estatal, mas sempre como uma questão de governo anterior e além dele.

Na idade média a piedade e a caridade em torno dos errantes eram inicialmente incentivadas pelo cristianismo. No entanto após crises econômicas e sociais a própria igreja começou a condenar a itinerância (27). Da caridade ao ato disciplinador vão se fomentando ao longo dos séculos a “política dos pobres”.

Para analisar o caso Brasileiro, podemos voltar à Portugal. Desde muito tempo a “vadiagem” e posteriormente a “mendicância” já eram definidas como problemas de governo e foram então tipificadas em códigos penais como as “Ordenações Filipinas” de 1603, durante a união de Portugal e Espanha. O que significa que os programas e tecnologias para governá-los eram da ordem policial e jurídica após a formação dos Estados Nacionais. Essas ordenações consistiam numa compilação jurídica do rei Felipe II da Espanha, que em seu reinado sobre Portugal reformou o Código Manuelino, sendo que sua produção jurídica se fixou no país e foi modelo para os primeiros códigos jurídicos brasileiros. Nas ordenações Filipinas já havia um capítulo intitulado “*Dos Vadios*” (LXVIII). No Brasil essas leis se consolidaram mais formalmente no Código Criminal do Império de 1830. O Capítulo IV desse código tratava dos “Vadios” e o artigo 295 previa pena de “*prisão com trabalho por oito a vinte e quatro dias*” quando “*não tomar qualquer pessoa uma ocupação honesta e útil de que possa subsistir, depois de advertida pelo juiz de paz*”. No novo código de penal

que surge no Brasil em 1890 foram acrescentados os crimes de Mendicância e Embriaguez, discriminados no capítulo XII “Dos mendigos e Ébrios”. O artigo 296 do novo código previa que seria considerado mendicância aquele que andasse “mendigando”:

“1- Nos lugares em que não existem estabelecimentos públicos para os mendigos, ou não havendo pessoa que se ofereça a sustentá-los. 2- Quando os que mendigarem estiverem em termos de trabalhar, ainda que nos lugares não haja os ditos estabelecimentos. 3- Quando fingirem chagas ou outras enfermidades. 4- Quando mesmo inválidos mendigarem em reunião de quatro ou mais, não sendo pai e filhos, e não se incluindo também no número dos quatro as mulheres que acompanharem seus maridos e os moços que guiarem os cegos.” (29)

O processo de criminalização da vadiagem se inicia no contexto do Código Penal de 1890, e se insere nos processos que levariam à abolição da escravatura em 1888. O empreendimento político de repressão à ociosidade repercutia o medo das elites com a condição do liberto, ou seja, o medo da desordem, que uma nova ordem (livre e não desejada) poderia representar. Poucos dias após a abolição em 1888 é apresentado pelo então ministro da justiça Ferreira Vianna à câmara dos deputados o “Projeto de Repressão à Ociosidade” com a finalidade de agravar o controle dos negros agora libertos. O Código Penal de 1890 absorve isso destinando aos “vadios e capoeiras” a pena de 1 a três anos em colônias penais. (30)

“A vadiagem correspondia exatamente à versão em negativo do projeto de nação moderna e ordeira das elites, naquele momento, pretendiam ver construído no país, e para o qual o estado de São Paulo estaria a frente. Denunciar, perseguir e controlar a vadiagem além de se referir à modulação de comportamento de categorias sociais alvos do controle social também respondia a uma outra ordem de transformações pelas quais o país atravessava na emergência do trabalho livre na nova ordem econômica e processo de urbanização. A disciplinarização das classes populares para o trabalho passava a constituir em São Paulo no começo do século uma medida imperiosa para a qual a noção de progresso concorria. Daí a necessidade imperiosa e o empenho de agravar penas e criminalizar efetivamente a conduta do desocupado, objetivando nele de modo pioneiro a pena como regeneração moral” (pag 57) (30)

A vadiagem o principal alvo de controle social a partir da primeira república. Foi em torno e em direção a ela ou de sua representação que a política repressiva e os instrumentais de controle materializados em prisões correcionais ou prisões para

averiguação (pessoas presas sem provas, para que se investigue ainda os supostos crimes) eram mais dirigidos. (30)

Rago, no livro *Do Cabaré ao Lar*, já aponta que há em 1902 a criação do Instituto Disciplinar de São Paulo, uma instituição Estatal para “incutir hábitos de trabalho” e educar profissionalmente os “*pequenos mendigos, vadios, viciosos e abandonados*” que eram na época crianças a ocuparem as ruas. E, em 1911, escolas profissionalizantes para os filhos das classes populares, para que não se entregassem à vadiagem (24). Isso nos diz da racionalidade política do “pecado do ócio”, mas desde que se tratasse da população pobre que ocupasse esses espaços públicos da cidade. O ócio sempre foi permitido aos que têm muito dinheiro, e sempre foi considerado como vagabundo o pobre que o cometesse. Essa racionalidade, esse discurso moral, parece distante, mas se faz presente em muitos momentos de formas diferentes nos atendimentos dos diversos setores entre saúde, assistência social e judiciário em relação à população de rua.

Na reforma do código penal em 1940 na era Vargas a mendicância e a vadiagem tornaram-se parte da categoria das contravenções penais. E a perseguição se intensifica novamente. Tratava-se do Decreto-Lei 3688 de 03 de outubro de 1941, artigos 59 e 60:

#### Vadiagem

Art. 59 – Entregar-se alguém habitualmente à ociosidade, sendo válido para o trabalho, sem ter renda que lhe assegure meios bastantes de subsistência, ou prover a própria subsistência mediante ocupação ilícita: Pena – prisão simples, de 15 (quinze) dias a 3 (três) meses. Parágrafo único – A aquisição superveniente de renda, que assegure ao condenado meios bastantes de subsistência, extingue a pena.

#### Mendicância

Art. 60 – Mendigar, por ociosidade ou cupidez: Pena – prisão simples, de 15 (quinze) dias a 3 (três) meses. Parágrafo único – Aumenta-se a pena de um sexto a um terço, se a contravenção é praticada: a) de modo vexatório, ameaçador ou fraudulento; b) mediante simulação de moléstia ou deformidade; c) em companhia de alienado ou de menor de 18 (dezoito) anos

Alexandra Teixeira enfatiza que a maior parte dos trabalhos acadêmicos sobre o período voltam-se para o modo como essas contravenções se tornaram instrumento concreto usado para repressão política. Sendo usada como argumento para prisão de

comunistas, estrangeiros e opositores do regime. Nesta época as pessoas andavam com as carteiras de trabalho para evitar prisões arbitrárias para averiguação. A autora, no entanto, chama atenção para o impacto social da centralidade do valor (da racionalidade política) do trabalho na Era Vargas, em especial junto às classes populares, que pode ser percebido pela regulamentação das leis trabalhistas e instituição do sistema previdenciário. Mas também colocando novamente, assim como no pós-abolição o trabalho como elemento moralizador e afeito à ideia de progresso (30).

A contravenção penal da mendicância só deixou de existir formalmente muito recentemente, pela lei 11.983/09 desde 17 de setembro de 2009. Em 08/08/2012 foi aprovado em âmbito federal pela câmara dos deputados o projeto de lei 4668/04, que retira a tipificação de vadiagem dentre as contravenções, mas ainda não passou formalmente pelo senado. Vale lembrar que, ainda hoje, vadiagem é uma contravenção penal inafiançável.

Trata-se de leis em geral com notório potencial para práticas de criminalização das classes populares, visto que integrantes de famílias ricas ainda que tenham ‘condições físicas’ para o trabalho, mas que não o façam devido à renda familiar que lhes assegura subsistência, praticamente não eram incluídos nesses casos; e sim as pessoas geralmente de classes pobres que circulavam pelas ruas da cidade (31). Isso nos leva a uma reflexão que, de fato, o que é criminalizado não é o ócio simplesmente dito, visto que nas famílias abastadas isso não era um problema, mas a ocupação desse território marginal, esse modo de vida “anormal” feito especialmente por classes populares. Era essa “anormalidade”, essa ocupação desse território que gerava uma política/programa de Estado em resposta a ela que era operacionalizada por técnicas no âmbito criminal e policialesco.

“São Paulo caminha para uma perdição moral [...] Outrora em ruas onde só se encontravam famílias e casas habitadas por quem tem o que fazer, vêem-se hoje caras impossíveis” Artigo publicado pelo jornal Diário Popular em 27/10/1893 (25)

*“Fui pensar de novo no SAMIM (Serviço de Apoio ao Migrante, Itinerante e Mendicante de Campinas) agora com o projeto de extensão que o grupo de pesquisa organiza. É estranho perceber como os alunos se incomodam tanto com o espaço, e*

*o quanto depois de dois anos e meio trabalhando, e um ano pesquisando, eu, de certa forma, me acostumei com ele. Mas ao ouvir os alunos comentando, fui procurar na memória a impressão que tive a primeira vez que o conheci.*

*Foi no primeiro dia de trabalho. Após chegar duas horas atrasada por me perder na cidade, eu finalmente chego na base do CnR. Eu usava um vestido roxo longo, achava que iam me apresentar coisas e formas de trabalho, e que jamais iria a campo no primeiro dia. Disseram que havia uma gestante passando mal na porta do SAMIM, e lá fomos nós, eu de vestido longo e tudo. Era engraçado e contraditório perceber que na porta do abrigo havia muitos moradores na calçada, assim como atravessando a rua, um galpão também ocupado por eles. Uma ocupação do espaço, um fora-dentro que eu não entendia na época.*

*Chegando lá a moça não estava gestante, fizemos na rua mesmo uma fita urinária de teste gestacional num copo de plástico. Ela provavelmente só havia bebido muito sem se alimentar.*

*Me lembro que Zico, morador que havia nos ligado e nos chamado para resolver a questão, estava agora me abordando: “Doutora, eu estou com muita dor no estômago. Me dá um omeprazol?” Era um homem negro, baixo, emagrecido, morador de rua com um corote<sup>1</sup> na mão.*

*Na mesma hora eu, no meu primeiro atendimento na equipe, só conseguia pensar: “Omeprazol? Eu vou enganar quem com isso, eu ou ele? Ele mora na rua, não se alimenta bem, deve beber essa cachaça horrorosa o dia todo, o que um remédio fará de diferença aqui? ” Estaria eu medicalizando aquela condição social toda? Ao mesmo tempo pensava: E quantos dos pacientes de atenção primária que eu já atendi de fato faziam uma dieta adequada para gastrite? Quantos não deveriam ser alcoólatras sem me contar? Só por que nessa situação isso era óbvio não daria o omeprazol”*

*Creio que num primeiro atendimento não entendia de redução de danos no cotidiano, e essas perguntas ressoavam na minha cabeça. Dei o omeprazol. Mas certamente mais por não saber como negá-lo, do que por naquele momento estar convencida da prescrição. Hoje eu estaria. Mas ainda consigo acessar aquele sentimento.*

---

<sup>1</sup> Corote é uma marca de bebida destilada, de baixo custo, mas também é o nome pelo qual muitos moradores de rua se referem há embalagens redondas de plástico onde há cachaças e ou destilados baratos que são amplamente consumidos por essa população.

*Me lembro naquele dia de entrar no SAMIM para conhecer, a pedido da Equipe que achou produtivo que eu me familiarizasse com o espaço. Duas coisas me impactaram muito: Primeiro eram as instalações. Um galpão enorme, escuro, com vários beliches enfileirados um ao lado do outro, com colchões sem roupa de cama, colchões de couro azul. Um cheiro forte. Uma porta também azul enorme, de ferro e pesada, com um cadeado e que durante o dia ficava trancada. Um mato feio na frente num lugar que parecia um espaço para um jardim que nunca foi feito. Pessoas conversando. A grande maioria parecia bastante com o estereótipo do morador de rua e/ou usuário de substância. Pergunto sobre o funcionamento e é dito dos horários para entrar e sair, assim como que às 22h a porta é trancada. A partir dali, ninguém entra mais ou sai do quarto. E todos os usuários ficam lá. Parecia uma cadeia.*

*Isso contrastava com a outra figura que me chamava muito a atenção, o segundo ponto: Os guardas, e seguranças do abrigo. Uns ríspidos, outros mais acolhedores, conosco e com os usuários. Sempre imaginei de onde viriam aqueles homens pobres. Provavelmente dos mesmos bairros de periferia dos usuários, com o mesmo perfil familiar, mas que “trabalham duro” num emprego mal pago, terceirizado, para ver os “mendigos” com um bom atendimento médico que bastou um telefonema para que ali chegassem. Acesso, na visão deles, muito mais facilitado do que eles provavelmente têm na sua unidade básica do próprio bairro, e o quanto isso daria um nó na cabeça daquelas pessoas.*

*Me sentia assim, de forma muito semelhante aos guardas do abrigo, com os técnicos de enfermagem e seguranças dos CAPS. Que tantas vezes faziam o duro trabalho das contensões físicas, de separar brigas, de ver os furtos dentro do estabelecimento, enquanto os profissionais de ‘nível superior’ ficavam com a parte do ‘acolhimento’ dos usuários. E tantas vezes em reuniões de equipe e em discussões acaloradas nos CAPS acusavam profissionais, em especial do campo psi de ‘passar a mão na cabeça’ de usuários com más condutas” (Diário de Campo - Projeto de Extensão)*

A leitura aqui desenvolvida de boa parte das fontes bibliográficas mostra que em larga medida a literatura encontrada sobre as pessoas que faziam da rua seu território existencial, sobre a vadiagem e a mendicância, apresentam viés de gênero. Eram, de maneira geral, trabalhos acadêmicos voltados aos homens, possivelmente trabalhadores, ou um “não trabalhador” que “deveria estar

trabalhando”. O trabalho formal era restrito neste momento, na maioria das vezes, às pessoas do gênero masculino. A mulher é citada na legislação como “acompanhante do mendigo”, mas não é nem contada como “um” no caso da mendicância em grupo, numa completa invisibilidade. E dessa forma manteve-se um questionamento, visto que essa dissertação versará sobre as gestantes: mas as mulheres não estiveram nas ruas antes? Qual mulher era a “vadia” do século XIX e XX no Brasil?

Há aqui então uma aposta não natural ou necessariamente compartilhada em relação a alguns dos trabalhos que versam sobre a constituição da população em situação de rua. De que juntamente aos mendigos, ébrios e vadios, a mulher sempre ocupou sim o espaço da rua: como prostituta.

A escolha por trazer para a investigação a prostituição se dá não só pelo fato de que muitas mulheres cujas histórias compuseram este mestrado realizaram essa atividade formalmente ou eventualmente, mas por entender que elas foram, de fato, as “Vadias”, as “Mulheres da Rua” há muitos e muitos séculos atrás. Ao serem as mulheres da rua, da calçada, conseqüentemente engendram uma recusa ao espaço doméstico como local unicamente a elas destinado, recusa territorial que traz por conseguinte uma recusa de identidade do feminino burguês da época. A essas mulheres, que tinham a rua como seu território existencial, era imputado o mesmo julgamento moral, de falha de caráter, que era imputado aos homens mendigos, vadios e ébrios.

Elas também eram um problema de governo à sua época, sendo alvo das diversas tentativas de governo de conduta por parte do Estado, da polícia, da Igreja e da sociedade como um todo. Rago, no livro *Os Prazeres da Noite – Prostituição e Códigos da Sexualidade Feminina em São Paulo* (25), faz referência ao termo internacionalmente usado de “mulher pública” em oposição à esposa, que era a mulher privada, doméstica. Este livro investiga a prostituição a partir de 1890 no país, e traz contribuições importantes sobre como se deu sua construção enquanto um problema de governo, e mais especificamente de Estado naquele momento. A autora enfatiza que “construído no século XIX a partir de uma referência médico-policial, o conceito de prostituição não pode ser projetado retroativamente para nomear práticas de comercialização sexual do corpo feminino em outras formações sociais” (25). Isso não nos impede de pensar nessa mulher que se recusa ao privado, à vida doméstica, que ocupa as ruas, os bares, e que isso fará parte da constituição da mulher vadia que tratamos nesta investigação.

Também é potente o estudo das *políticas e tecnologias operadas em relação à prostituição e às mulheres da rua*, pois essas tecnologias e práticas refletem de certa forma essa racionalidade política que ainda opera nas nossas práticas da divisão entre mulheres castas ou putas, as mães imaculadas ou as mulheres “degeneradas”. Escolho esta entrada de pesquisa pela possibilidade de reflexão em torno do incômodo gerado, dos afetos e da dificuldade que tradicionalmente se enfrentam na relação com as mulheres vadias e da rua quando estão gestantes.

A condição da gestação dessas mulheres nos questiona concretamente quanto a essa dualidade mães-assexuadas-castas-donas-de-casa e putas-sexuadas-degeneradas-vadias-da-rua. Mulheres de rua gestantes realizam em ato e no corpo a síntese dessa aparente dualidade e ambiguidade, e reivindicam esse lugar de vadia e mãe, ainda que cada uma o exerça à sua maneira.

*“Eu já tive seis filhos antes desse daqui. Não criei nenhum. Mas nenhum deles hoje está em orfanato, eu sei direitinho onde cada um está. Nunca deixei filho meu em orfanato não!”* (Caso Keyla – Diário de Campo)

Essas mulheres públicas, mesmo antes do século XIX, ainda que não formalmente através da prostituição que conhecemos, se transformaram a cada dia, ocuparam as ruas e questionaram com sua própria vida e suas próprias “artes do viver” e suas estéticas da existência os modos e a estética de existência das boas moças, das mulheres de família e da identidade de Mulher à qual era reservado apenas o espaço doméstico.

Essa divisão entre esses dois tipos de mulheres muitas vezes se mantém no imaginário coletivo atual como nos mostra Isabela: *“Eu vou lá amamentar todo dia, todo dia de manhã antes de vir para cá trabalhar. Vou por que dizem que se a gente falta um dia só as assistentes sociais já vão atrás da nossa vida. Se descobrirem que eu sou puta é capaz de tirarem ela de mim”* (Diário de Campo Caso Isabela, cuja filha nasceu prematura e se encontrava internada em um Hospital Estadual Regional).

*“Estávamos na UPA (Unidade de Pronto Atendimento) do centro de Campinas, numa atividade de matriciamento e educação permanente, cujo objetivo era apresentar o equipamento do Consultório na Rua e discutir sobre o atendimento a essa população, visto que frequentávamos muito esse espaço. Eu peguei o turno da*

*noite para matriciar. Sempre que mostrava as atividades de pré-natal era certo provocar as reações mais diversas: de alegria e também de desprezo. Perdi a conta de quantas vezes escutei comentários maldosos. Me lembro de uma técnica de enfermagem: “Tanta mulher boa que quer ter filho e não consegue; esse povo usa tudo quanto é droga e parece que tem um filho por ano. É muito injusto” (Diário de Campo- Matriciamento UPA do Centro)*

Apesar do trabalho sexual não ser até hoje formalmente regulamentado, no Brasil hoje não se configura crime propriamente dito a troca de sexo por dinheiro. Ao contrário da vadiagem. O que não quer dizer que por muito tempo as práticas da prostituição não tenham sido também, de diferentes formas, criminalizadas e tratadas como um problema de governo a ser resolvido com tecnologias e práticas jurídico-policiais como descrito sobre a mendicância e vadiagem. Nos séculos anteriores, essas profissionais, em especial as mais “escandalosas”, eram criminalizadas por “atentado à moral e aos bons costumes”. Tentava-se conter, governar e delimitar geograficamente os locais onde se estabeleciam os prostíbulos, as “Casas de Tolerância”, onde esse comportamento seria então: tolerado (25).

“Durante as duas primeiras décadas do século XX, as autoridades policiais reivindicaram a ampliação de seus poderes para deliberar sobre casos de lenocínio, meretrício, uso de entorpecentes e jogos – Medida que só se concretizou formalmente em 30/12/1924 com a criação da Delegacia de Costumes e Jogos do Gabinete Geral. Portanto, no mesmo movimento em que recamavam a necessidade de regulamentar a prostituição, controlar os bordéis, e disciplinar o comportamento das “mulheres públicas”, os chefes de polícia exigiam do governo provincial ampliação de seu espaço de atuação para tratar das práticas ilegítimas da população” (pag 131)(25)

Margareth Rago enfatiza como a prostituição vai sendo regulamentada numa zona cinza e comum entre a medicina e a criminologia por meio da Polícia dos Costumes e da Delegacia de Costumes, especialmente a partir de 1915. Os policiais civis sempre reivindicaram a ampliação de seus poderes de deliberação sobre os casos de meretrício, usos de entorpecentes e jogos, medida que só se concretizou formalmente em 1924, com a criação da Delegacia de Costumes e Jogos do Gabinete Geral na cidade de São Paulo. Esse fato ilustra a importância de uma postura teórica sobre a prostituição que considera uma abordagem sobre os governos de conduta

dessa população que hoje ocupa as ruas, em vez de se ater a sua simples associação com mendicância e vadiagem.

Rago discorre também sobre o importante papel das ISTs (infecções sexualmente transmissíveis), em especial da sífilis, no processo de colocar o poder médico nesse lugar de decisão e poder sobre governo de conduta dessa população específica. O advento dessas doenças produziu uma operação de mudança de racionalidade política sobre o problema que se constrói ao redor dessa população e, portanto, sobre os experts autorizados socialmente a construir o discurso sobre ele. Da falha moral e de caráter para o risco biológico e sanitário fundamentalmente. Não que a noção não estivesse presente anteriormente, mas não era dessa forma centralizada pelo Estado. Isso gera também mudanças de programas, políticas, tecnologias e práticas.

Ainda sobre a discussão de que filhos de famílias abastadas, ainda que não trabalhassem e vivessem pelas ruas e prostíbulos da cidade desde o século XIX dificilmente seriam considerados “vadios”, isso não acontecia com as mulheres que, mesmo ricas, se não se restringissem ao modelo burguês da mãe e do espaço doméstico, sempre seriam consideradas “vadias” ou putas. Mas claro, as prostitutas ricas sofriam bem menos com a regulação policial e os aparatos de governo dos costumes do que as áreas mais pobres de comércio sexual.

*“Chegamos na reunião na Unidade Básica de Saúde para discutir o caso de Fabiana. Havia o centro de saúde do domicílio onde estávamos, o centro de saúde da região de uso, que de fato descobriu a gestante, nós do consultório na rua e a enfermeira da vigilância epidemiológica do distrito que queria discutir o tratamento de sífilis da paciente, que já tinha anteriormente um óbito fetal por sífilis congênita.*

*Logo que chegamos uma agente comunitária de saúde olha para Suzana, nossa redutora de danos, e exclama: “Ué, o que você está fazendo aqui? Você não era puta? Eu lembro de você porque eu trabalhei no Centro de Saúde do Itatinga, você era da associação de lá não era?” Disse isso em voz alta, diante de todos os funcionários que se entreolhavam.*

*Eu apenas olho para nossa coordenadora. Visivelmente estávamos as duas duvidando que estávamos realmente passando por aquela situação. Não era possível. Era inacreditável.*

*Suzana calmamente respondeu: “Era sim, mas hoje eu trabalho como redutora de danos no Consultório, e vim aqui discutir o caso da Fabiana”.*

*Suzana certamente já passou por muitas situações bem piores que essa na vida. Desde a efetiva situação de rua à prostituição, e a perseguição por ser uma mulher trans há mais de vinte anos. Ela, pelo menos aparentemente, estava menos chateada que eu ou Adelaide, nossa coordenadora, por ouvir aquilo.*

*Na hora eu apenas pensava: “Como ela continua sendo (des)tratada assim? Quase que de propósito para constrangê-la diante dos funcionários? Ela estava com uniforme da equipe, com crachá do Cândido. Como era possível?”*

*Reparei que eu, por exemplo, nunca usei o crachá, e ela sempre usava. E mesmo assim era constrangida desse jeito. Assim como outros redutores são muitas vezes revistados pela polícia em campo, quase sendo levados juntos para averiguação se não estivessem devidamente identificados. Quase como se eles saíssem da rua e a rua não saísse deles, eles continuam sendo tratados de forma semelhante aos moradores. Não sei se é a cor, racismo, ou a identidade que os redutores têm com essa população. Mas a forma com que são tratados ainda me choca” (Diário de Campo – Caso Fabiana)*

Foram calorosas as discussões no início do século XIX, sobre as possíveis respostas do Estado ao problema da prostituição, como deveria ser governado, e quais as diferentes formas de fazê-lo: a) repressão: os que achavam que era uma atividade passível de penalização para a mulher; b) regulamentação: os que achavam um “mal necessário” que deveria ser tolerado, porém controlado pela razão e pela violência policial; ou c) abstenção: isto é, tratava-se de uma questão moral individual na qual o estado não deveria interferir (25). Há uma análise sobre o “governo dos prazeres” que se assemelha muito à discussão atual sobre as substâncias psicoativas por exemplo:

“A expansão do comércio do prazer e a sofisticação crescente do mundo da prostituição provocaram reações moralistas entre setores diversificados da população. Ao lado dos chefes de polícia envolvidos com a moralização dos costumes, a imprensa promoveu sucessivas campanhas exigindo respostas mais eficazes de vigilância do submundo. Logo mais, médicos, juristas e criminologistas tentaram unificar esforços para definir a melhor forma de intervenção dos poderes públicos na organização do mundo do prazer. O que na verdade nunca deu bons resultados” (pag 127)(25)

Também essa citação poderia ser perfeitamente reescrita atualmente, substituindo a prostituição pelo uso de substância psicoativa. Muitos autores discutem o papel da imprensa na formação dos “inimigos sociais” a serem combatidos. Este tratamento estigmatizante pode ser percebido também em relação à gestação e uso de substâncias, como ilustra a série intitulada “Os Filhos do Crack”<sup>2</sup> título de uma série de reportagens sobre o tema, que vão desde uma edição inteira da revista Veja-São Paulo do dia 05/10/2016, a dezenas de reportagens, caso procuremos a fundo (32) (33) (34).

Outra autora que discute esse movimento é Alessandra Teixeira (30), que faz uma importante análise com o conceito de economia criminal. Que segundo a autora antes estava relacionada à prostituição e depois se constrói em torno no tráfico de drogas.

“Foi sobretudo em torno da prostituição, das casas de meretrício que fervilhavam desde condutas criminais como lenocínio, o punguismo, o estelionato, e mais tarde o tráfico de drogas, até simplesmente modos de vida e a sociabilidade da boêmia, o jogo e a vadiagem. Nesse sentido pode se afirmar que até em meados dos anos 60 pode-se considerar a prostituição, ou ainda o conjunto de atividades que a partir dela se estabeleciam, a economia criminal urbana por excelência da cidade.

O que não quer dizer que não existisse como hoje a criminalidade avulsa, patrimonial em expansão. Mas o que se destaca é que ela não constitui uma economia criminal propriamente dita, que promove agenciamentos, mobiliza e transfere importantes recursos econômicos e aciona mercadorias” (pag 78) (30)

Em geral, a imprensa, como uma espécie de porta-voz do que seria supostamente “a sociedade” cobra então: “respostas mais eficazes de vigilância do submundo”. Assim, a intervenção de profissionais como médicos, juristas e criminologistas sobre as prostitutas no início do século passado, tal como destacada

---

<sup>2</sup> É comum autores como Taniele Rui (2) ou Tadeu de Paula Souza (13) discutirem o processo de coisificação da pessoa em uso de substância e ao mesmo tempo uma “humanização” da droga, onde a droga torna-se uma grande metáfora do humano, com atitudes, vontades desejos, como, por exemplo, “O crack invade os lares brasileiros”, em que a droga ganha até filhos. Enquanto desaparece o usuário, neste caso, mais uma vez, essa mulher torna-se invisível.

por Rago, hoje se constrói sobre “os filhos do crack.” O governo destas condutas acaba mesmo por se entremear.

“O sentimento de repulsa provocado pelo crescimento do número de marginais leva outro chefe de polícia, Pádua Fleury a reclamar a criação de um regulamento sanitário-policial para controlar a prostituição, em atendimento às reclamações da opinião pública, assim como defender a criminalização do lenocínio” (pag 129) (25)

Falamos aqui desta história em torno da prostituição como uma forma de análise que, no fundo, se trata de governo das condutas das mulheres da rua, em especial as que menos se “adequam” e as que mais desafiam o modelo de feminilidade proposto, seja engravidar estando na rua, ou ser uma prostituta fora do normal, escandalosa, exagerada, fora do tolerado.

Rago também ressalta também o papel que a migração teve neste cenário de controle dos costumes, tanto entre as putas, quanto entre mendigos/vadios: “os estrangeiros eram então estigmatizados como portadores de hábitos devassos, disseminadores de novos tipos de doenças e ainda ameaça de subversão pública” (25).

“A maioria pois, desse indivíduos, vadios ou mendigos, que por aí vemos quase que em sua totalidade estrangeiros, são homens válidos e capazes que, em vez de se empregarem no serviço da lavoura no interior do estado ou tomarem uma ocupação qualquer de utilidade preferem arrastar uma vida miserável e ociosa nesta capital, ou nas principais cidades do estado, fazendo desse ‘modus vivendi’ uma rendosa fonte de especulação” (Chefe de Polícia Theodoro Dias de Carvalho Junior, 1895)- pag 130) (25)

A migração é também citada nos estudos das décadas de 70 e 80 como uma das origens da população em situação de rua (35) Retomando a itinerância da qual fala Frangella (27). No entanto, poderiam ser todos os habitantes da rua vistos metaforicamente como “estrangeiros”, como apontado por Macerata (26).

A mendicância, a vadiagem e as vadias vão tomando diferentes conformações no país durante o século XX. Mesmo entre os revolucionários marxistas essa população era desqualificada, considerada o “lumpen-proletariado”, o que significava que eram desnecessários os investimentos nesse grupo populacional por parte de quem queria fazer a revolução social.

A transformação desse grupo de estrangeiros, vadios e vadias numa “população” específica se deu de muitas formas.

“Numa perspectiva Foucaultiana o surgimento da “população” é um dos fenômenos mais importantes da modernidade ocidental e boa parte dessa constituição se dá pelo governo desse coletivo de pessoas. Esse governo se daria

“pelo conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, as análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma de governo bem específica, embora muito complexa de poder que tenha como alvo a população. Por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança” (pag 143) (36)

Entendendo que para o autor o governo é produtivo, e é essencial para o surgimento da população o surgimento dos instrumentos de governo da população.

No Brasil, há muitos registros de organizações coletivas em torno das pessoas que moravam nas ruas constituídas por grupos religiosos nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte durante o século XX. Provavelmente, a referência mais sólida desse início de trabalho sistemático com essas pessoas tenha se dado com a OAF (Organização de Auxílio Fraternal). Tratava-se de uma organização da Ordem Beneditina da igreja católica, fundada por Dom Ignácio Lazama, que aproximou muitos fiéis para um trabalho com essas pessoas (37). Segundo Tomás Melo o primeiro registro escrito da expressão “população de rua” é de um documento interno da OAF do ano de 1978 (37). Neste documento, a categoria População de Rua aparece como uma síntese de um amplo contingente de pessoas

“com características sociológicas e psicológicas especiais que se expressam numa dificuldade de adaptação à vida em sociedade. São os mendigos, as prostitutas, alcoólatras, migrantes recém-chegados, psicopatas, egressos de prisão, menores abandonados, toxicômanos etc” (pag 47)(37)

A OAF, influenciada pela teologia da libertação, fazia um trabalho comunitário que os colocava “como aliados, e não como bem feitos”. Na prática, eram realizadas sopas coletivas, em cuja confecção as pessoas ajudavam, transformando a atividade num momento de convívio. Construíram também a “Casa de Oração”, um antigo casarão transformado em “Igreja dos Excluídos”, visto que muitas vezes esses

sujeitos eram expulsos das igrejas tradicionais do centro da cidade (37). A restrição geográfica de circulação dessas pessoas sempre foi uma tecnologia usada para seu governo de condutas.

Essas vivências da OAF compuseram a experiência dos integrantes mais antigos que compuseram o grupo que mais tarde se tornou o Movimento Nacional de População em Situação de Rua; foram, assim, experiências importantes para a discussão metodológica e as sugestões para a composição, em anos posteriores, de políticas públicas (37) nas instâncias de controle social. No ano de 1987, iniciou-se um trabalho semelhante ao da OAF, mas em Belo Horizonte (MG), que ao longo dos anos foi se transformando em Pastoral do Povo da Rua.

As comunidades religiosas, além do aparato policial, também sempre tiveram papel importante em termos de práticas em relação à população em situação de rua, como mostra esse recorte historiográfico que tentamos apresentar neste trabalho. Desde a idade média fizeram parte desse universo. E as instituições filantrópicas sob essa ótica, essa racionalidade no Brasil se expandiram concomitantemente aos instrumentos repressivos já assinalados anteriormente.

*“Lá a gente era obrigado a rezar cinco vezes por dia, em todas as refeições e antes de dormir. Acho que eu não tenho nem mais assunto pra falar pra Deus”* (diário de campo - Alex, companheiro de Pâmela, após fugir de comunidade terapêutica religiosa, para onde tinha ido voluntariamente e financiado por dinheiro público por meio do Cartão Recomeço).<sup>3</sup>

Sobre as prostitutas e as mulheres que não se adequam ao espaço doméstico ou por algum motivo não conseguem seguir a identidade de “boa mulher” no modelo burguês temos no início do século XX um acontecimento em São Paulo relevante para o tema aqui estudado que é a gestação quando ocorre nessas condições:

Em relação à especificidade das mulheres, em 1939 foi fundada por uma instituição católica a Associação Congregação de Santa Catarina uma instalação que foi chamada de Amparo Maternal. Nessa época, gestações não desejadas e fora do casamento eram uma das maiores causas de que mulheres ficassem em “situação de

---

<sup>3</sup> O Programa Recomeço trata-se de um convênio que se inicia em 2013 entre o Governo do Estado de São Paulo (à época sob a gestão de Geraldo Alckmin, PSDB) e entidades civis que recebem usuários de substâncias psicoativas. Através do programa efetua-se um repasse para a entidade de 1350,00 reais por mês por usuário, em geral durante seis meses para cada internação.

rua”, ou em extrema vulnerabilidade social por serem expulsas de suas casas por suas famílias. Assim como era frequente que as mulheres fossem abandonadas por seus parceiros sexuais, em especial antes do casamento, caso viessem a engravidar. Muitas vezes isso se associava ao não reconhecimento da paternidade e conseqüente desamparo da mulher e do bebê. É preciso enfatizar que não havia sistema de saúde público nesta época, e as pessoas nessa situação eram atendidas em Santas-Casa de Misericórdia. O Amparo Maternal surge então como um espaço que mantinha simultaneamente o serviço de obstetrícia e parto com o de Casa de Acolhida para essas mães, mantido pela Associação Congregação de Santa Catarina. Até muito pouco tempo, o espaço era pejorativamente chamado pela própria população de São Paulo de “Casa da Mãe Solteira”, e mesmo segundo o próprio site da entidade as gestantes não casadas eram à época rotuladas também pejorativamente de prostitutas (38).

Em relação às mulheres em geral, na década de 60 a CNBB (Comissão Nacional dos Bispos do Brasil) em São Paulo cria a Pastoral da Mulher Marginalizada para atender mulheres em situação ou em “risco de” prostituição, buscando orientar e ajudar essas mulheres a superarem ciclos de violência e pobreza, se assim desejassem.

Com a crescente urbanização do país, o número de pessoas vivendo em situação de rua aumenta significativamente nas décadas de 1970 e 1980. Neste momento, a Pastoral do Povo da Rua da Igreja Católica iniciou um movimento de organização dessas pessoas, com destaque para municípios como São Paulo e Belo Horizonte. Tais Iniciativas religiosas foram responsáveis por implantar casas de assistência aos então “moradores” de rua. Essas iniciativas foram o início dos equipamentos mais institucionalizados da forma de se relacionar com o “povo da rua”.

Após o processo de redemocratização do país e a elaboração da constituinte houveram mudanças muito importantes em relação à população de rua, em especial ao delimitar como função Estatal a garantia de direitos sociais como acesso a saúde, ou o próprio conceito de assistência social, que se colocava, a partir de então. E como direito social e tentava se distinguir da iniciativa civil atrelada à caridade. Essas mudanças programas de governo, que em algum momento chegariam até a população em situação de rua, não necessariamente se dão com mudanças em termos de racionalidades políticas.

No entanto, ainda que muito se tenha caminhado no sentido da “Estatização” do cuidado a essa população a partir da noção de direitos sociais, esse início, que mescla a relação policial com a religiosa (trazida pela igreja), ainda se mantém, tanto nas racionalidades quanto nas tecnologias e práticas, e na própria forma de se operacionalizar o contato com a população. Isso se mostra tanto do ponto de vista da criminalização e violência com que essas pessoas muitas vezes são tratadas nos serviços, ou no fato de muitas das práticas quotidianas funcionarem semelhantes à “caridade” ou com dimensões religiosas, mesmo quando operadas por profissionais atuando em órgãos estatais supostamente laicos. Até no contexto contemporâneo, no Brasil e fora dele, é comum que as instituições filantrópicas e de caridade, assim como instituições religiosas é que gerenciam ou prestam os serviços especialmente de assistência social à população em situação de rua. (27)

Há, por exemplo, uma constatação relativamente simples sobre a origem policial e religiosa da ação sobre essa população, mas que muitas vezes é naturalizada: os dois únicos abrigos para mulheres gestantes em situação de rua no município de Campinas são geridos por instituições católicas em convênio com o poder público. O mesmo acontece com o único abrigo para gestantes em vulnerabilidade social da cidade de São Paulo, que foi visitado como campo de pesquisa devido à atuação no GT Maternidades.

É importante ressaltar, um aspecto que diferencia muito os abrigos em Campinas do abrigo visitado em São Paulo, que é a exposição de crucifixos e imagens sacras, presentes nos ambientes da casa de acolhida da capital, marcando deliberadamente o cunho religioso da instituição, hoje financiada pela secretaria de assistência social do município de São Paulo. Isso não ocorre nos abrigos campineiros, ainda que sejam geridos também por instituições religiosas.

*“Estava eu na reunião de apresentação do equipamento do abrigo para gestantes para a rede do município de São Paulo – SP no início de 2018. Trata-se da única casa de acolhida que este município tão grande e com tantas vulnerabilidades sociais conta. Apesar das 100 vagas, o que poderia ser considerado pouco para um município deste porte, apresenta uma média de ocupação de 50%. A hipótese da*

*instituição era de que a rede não conhecia o serviço, e, portanto, não encaminhava as mulheres. E por esse motivo propuseram essa reunião de apresentação. (...) caminhávamos pelas instalações, imagens de Nossa Senhora, crucifixo em praticamente todos os cômodos. A sala de TV me chamou muita atenção: assim como muitas outras coisas da casa, tratava-se de uma doação de uma empresa privada, e foi montada uma espécie de “sala de cinema” com cadeiras confortáveis. Mas as cadeiras eram retas e enfileiradas, todas viradas para frente, em fila, olhando para a TV, como num cinema. Não se poderia olhar umas para as outras, não era propício para a troca entre elas e para a convivência, mas segundo as monitoras, isso ocorria durante as oficinas.*

*(...)*

*Havia um regimento interno afixado na parede, para que fosse público. Nele estavam “Das vedações e medidas socioeducativas” palavras que abertamente me lembravam muito o sistema prisional. Dentre as “contravenções leves” algumas saltavam aos meus olhos: “é expressamente vedado às Conviventes: a) Dormir fora do horário permitido; b) Recusar-se a participar das atividades; c) Desperdiçar alimento; d) Armazenar alimento de qualquer natureza e produtos de limpeza nos quartos (...); e) Circular no Centro de Acolhida e nas dependências da instituição sem o crachá; (...) h) Visitar o quarto de outras Conviventes; i) Colar adesivos ou figuras nas camas, paredes, armários e berços; (...) l) Rabiscar camas, paredes, mesas, armários dentre outros.*

*A reunião acabou por volta das 12:40. Este era um dos apenas quatro horários do dia permitidos para uso de tabaco na instituição. Havia três meninas fumando no pátio quando eu procurava a saída após o evento. Não aguentei e fui sozinha conversar com elas, apesar de me encontrar consideravelmente atrasada. Me apresento, e a primeira coisa que acontece é pedirem para eu olhar uma sutura que uma delas havia recebido e achava que tinha infeccionado. Achei um bom ponto de partida. Elas comentavam: “aqui o pessoal é muito bom pra gente, o problema é só que tem muita menina que não aguenta ficar presa, né” (Diário de Campo Visita Centro de Acolhida de São Paulo pelo GT Maternidades)*

Ao analisarmos esta instituição específica, por exemplo, que faz no ano de 2018, 79 anos de funcionamento, a hipótese é que parte significativa das racionalidades políticas e tecnologias e práticas que lá operam se mantiveram

relativamente semelhantes ao longo desses anos, ainda que se trate hoje de um programa de governo Estatal, com financiamento público pela Secretaria de Assistência Social. As práticas discursivas e as tecnologias de poder atuam no mesmo sentido ainda de formação de subjetividades, em geral atrelados à moral religiosa, e a um determinado modelo de mãe e de família, assim como de abstinência, em paralelo às práticas policiais das infrações e medidas socioeducativas.

A despeito do financiamento Estatal, numa “parceria” Estado-sociedade civil, nada no espaço é laico, como preconiza o que é público, e o modo de gestão do espaço das atividades reflete a moral cristã em muitos momentos. Além disso, ainda em termos de financiamento, as doações e caridades se mantêm, e são de suma importância para a instituição que, segundo a coordenadora, recebe recursos escassos e muitas vezes engessados, ou seja, que não podem ser usados em determinadas demandas que o serviço precisa. A portaria 47/2010 da Secretaria Municipal de Assistência Social de São Paulo (SMADS-SP) é a que dispõe sobre centros de acolhida para gestantes, mães e bebês, contudo nela não há uma descrição ou orientação mais pormenorizada de ações ou regras esses que espaços seriam orientados a seguir ou adequar-se.

A presença de entidades religiosas ainda é predominante nos convênios e parcerias de gestão dos centros de acolhida (39). É importante lembrar que as Santas Casas de Misericórdia, além de ligadas às instituições religiosas, eram também o principal serviço de atendimento de qualquer demanda em saúde dos “indigentes” e da população em situação de rua como um todo ao longo do século XX no Brasil - e não só das gestantes como no exemplo citado anteriormente. Esses “indigentes” que as Santas Casas atendiam constituem um grupo populacional ao qual certamente sempre pertenceram esses mendigos, vadios, e vadias investigados aqui.

“A profissionalização da mendicância, as práticas de pedir e de provocar piedade, consideradas crimes de vadiagem sempre resistiram à ação repressiva da polícia.

A partir da década de 1950, particularmente nos países europeus destruídos no fim da segunda guerra, a quantidade de pessoas desalojadas de suas habitações e sem renda aumentou consideravelmente. Mas aumentaram também nessa época as redes de assistência. Em países como França e Inglaterra o estatuto do “Vagabond” sofreu uma mudança. Na Inglaterra as provisões de residência, acomodações temporárias e centros de reestabelecimentos passaram a ser exigidos por lei. [...] Na França o vagabundo tornou-se signo de uma falha de solidariedade

democrática e da impotência dos dispositivos assistenciais” (pag 49)  
(27)

Durante a luta contra ditadura militar e com a elaboração da constituinte, surge no país inspirado pelos movimentos internacionais uma nova concepção sobre direitos civis e, principalmente, sobre direitos sociais. E esse fato é um ponto de inflexão: a partir da constituição de 1988 surgem novos programas políticos para se relacionar com todos os cidadãos, incluindo os que ocupavam as ruas. Dessa concepção de direitos sociais emergem desde o Sistema Único de Saúde a uma série de outras leis e políticas que estruturarão a forma como estado e população se relacionarão pelos próximos anos. Ainda que o SUS date formalmente de 1988, em relação à assistência social foi apenas em 1993, que foi publicada Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), sendo então composto o tripé da Seguridade Social, juntamente a Saúde e Previdência Social. No entanto, somente em 2005 que é instituído o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Até a década de 1990, especialmente os homens que tinham na rua seu território existencial, ainda eram vistos sob uma ótica centrada no trabalho, ou não “não trabalho”(35). Havia uma construção de discurso em torno dos moradores das ruas, estudos e formas de olhar que viam trabalhadores, homens em geral, como ociosos, cujo crime do ócio era (e ainda é) um crime moral. Assim como era (e ainda é) moral o crime da prostituição. Na produção acadêmica a respeito dos moradores de rua, essas pessoas ainda eram tratadas do ponto de vista do trabalho, como se a mendicância fosse consequência do processo de industrialização e crises econômicas de cada país, êxodo rural, desemprego, migração, e, algumas vezes, conflitos familiares (35).

Segundo Rago (25), os tratados médicos e jurídicos do século XIX também atribuíram o florescimento da prostituição inicialmente à miséria econômica da mulher. Proveniente de um meio social inferior, ela não conseguiria com proventos próprios sustentar a si e à família, recorrendo, portanto, à comercialização do seu corpo como forma de complementar o salário ou como única atividade remunerada. Esse argumento relativamente romântico transformava a prostituta numa vítima do destino cruel, que se sacrificava contra a sua vontade. Mas mesmo dentre os que observavam a prostituição através de fatores econômicos, sociais e culturais, ainda apresentava-se enorme ênfase na explicação da existência da prostituição como produto da

personalidade frágil e vulnerável da mulher pobre, como preguiçosa, carente de educação moral e dotada de forte temperamento erótico. Assim, a “culpa” pela existência da prostituição recaía sobre a mulher. Nesse sentido, voltamos a ver a semelhança desses homens-mendigos-vadios e putas-mulheres “da rua”, assim como em relação aos dependentes químicos atuais.

Foi na década de 90 que houve, pelo menos no meio da produção acadêmica a respeito do tema, um deslocamento explicativo sobre a existência dessas pessoas em situação e circulação de rua com o conceito de “exclusão social”, que começava a ser usado nas ciências sociais. A maioria dos textos ainda tinham o desemprego e as alterações no mercado de trabalho, migração e êxodo rural como centrais na constituição da população em situação de rua (35). Com o avanço no debate sobre exclusão social, “os excluídos’ são tratados como um grupo de pessoas economicamente desnecessário, politicamente incômodo, socialmente ameaçador e fisicamente eliminável” (35). Começa-se a partir de então a se constituir os “excluídos” também como um grupo social, uma população.

Em termos de política pública, em especial na região estudada por esta pesquisa, em 1989 a então prefeita de São Paulo pelo Partido dos Trabalhadores, Luiza Erundina, já havia realizado um Fórum Coordenador dos Trabalhos com a “População de Rua”, assim como iniciou as pesquisas epidemiológicas e estatísticas para caracterizá-la. Aos poucos essa questão foi sendo introduzida no governo, reconhecendo-se que merecia intervenção Estatal. Em 1993, na cidade de Belo Horizonte, na gestão do prefeito Patrus Ananias (também pelo Partido dos Trabalhadores), criou-se o Programa População de Rua, que em 1998 promoveu o primeiro censo dessas pessoas no município. Guardadas as devidas especificidades e proporções, os movimentos embrionários que ocorreram em São Paulo e Belo Horizonte têm grandes semelhanças procedimentais quanto a forma de entrada das pessoas que vão se constituindo uma “população” nas políticas federais, partindo de instrumentos de quantificação, cálculos e análise, como cita Foucault (36). Isso sempre se dará com a articulação de entidades de inspiração religiosa, que iniciaram os trabalhos com as pessoas em situação de rua, e também mediante uma ótica de estado e política do Partido dos Trabalhadores, que inicia o governo federal em 2003.

Em 19 de agosto de 2004 ocorre um fato que ficou conhecido por “Chacina da Sé”, onde 15 homens foram atacados brutalmente enquanto dormiam, o que ocasionou a morte de sete moradores de rua sem nenhum motivo aparente. Na época,

a notícia correu o país com grande comoção social. A suspeita era de que os homicídios tenham sido realizados por um grupo de extermínio organizado por agentes da polícia e de segurança privada de comerciantes do entorno da praça, a pedido dos mesmos. O massacre ocorreu em um momento em que as entidades que trabalhavam com essas pessoas vinham acumulando uma experiência organizativa favorável à possibilidade de articulação de respostas (37); era também um momento no governo federal mais permeável às propostas. Após a repercussão na mídia, o poder público volta suas ações para o início da caracterização dessa população por meio da Pesquisa Nacional Sobre a População de Rua para elaboração de cuidado a essas pessoas, que aos poucos vão se transformando numa população.

É importante citar que a chacina da Sé é citada na maior parte dos documentos que versam sobre o tema, incluindo os estatais, como o Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto à População em Situação de Rua (40). No entanto, sabemos de acontecimentos semelhantes, como a Chacina da Candelária, no Rio de Janeiro, capital, ocorrida em 23 de julho de 1993, em que oito jovens, sendo seis menores e dois maiores de idade, foram brutalmente assassinados na escadaria da Igreja da Candelária. Várias outras crianças e adolescentes também ficaram feridos. O caso teve comoção nacional e internacional, no entanto, não houve tradução disso em política pública imediata. Assim como o assassinato de Galdino, um líder indígena Pataxó que foi à Brasília tratar de demarcações de terras no sul da Bahia, e impedido de entrar na pensão onde estava hospedado pelo horário resolve dormir numa parada de ônibus onde foi cruelmente assassinado queimado vivo no dia 20 de abril de 1997, ao ser “confundido com um mendigo”. Essas histórias que nos levam a crer que havia uma série de conjunções históricas e políticas que fizeram com que esses programas de governo se efetivassem após a chacina da Sé.

Em 2005 é realizado então o I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, organizado pela Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS), com a presença dos movimentos sociais. Movimentos que na época, com ajuda e articulação das pastorais cristãs, estavam começando a se organizar de maneira autônoma. Foram debatidas em Brasília diretrizes, estratégias e recomendações para a formulação de políticas públicas para essa parcela da população. Em 2005 também ocorre a primeira conquista normativa real para essa nova “população” de rua: trata-se do artigo 23 da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), que foi alterado para

acrescentar os serviços de atendimento às pessoas que vivem em situação de rua (Lei nº 11.258/2005).

Em 2006 ocorre a criação do GTI (Grupo de Trabalho Interministerial), coordenado pelo Ministério de Desenvolvimento Social e composto por representantes de outros seis ministérios, do Movimento Nacional de População de Rua, e de outras instituições relacionadas ao tema. O GTI tinha como objetivo a elaboração a realização da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua e a elaboração de políticas públicas para essa população, com ações intersetoriais nas áreas de assistência social, saúde, educação, trabalho, justiça, entre outras. A primeira Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua foi então realizada em 2008, com o objetivo de traçar censo demográfico e o perfil socioeconômico das pessoas em situação de rua no Brasil, Após a Pesquisa, foram promovidas então diversas ações voltadas a esse grupo.

Em 2009 foi revogado o artigo 60 do Decreto-Lei nº 3.688/1941, que considerava a mendicância contravenção penal, sujeita a prisão de 15 dias a 3 meses, como já foi citado anteriormente. Na sequência, o Decreto nº 7.053/2009 instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua, que busca garantir diversos direitos a esse segmento.

Em relação ao termo “população em situação de rua”, as classificações são heterogêneas, sobretudo se comparadas diferentes realidades internacionais. No Brasil, o termo consolidado expressa mais a situação do sujeito em relação à rua, e não apenas como “ausência de casa”, como outros países tendem a classificar. A Política Nacional para População em Situação de Rua, assinada em 2009 define a população como:

“[...] grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória” (41)

Uma definição que assumo, a ela acrescentando grupamentos populacionais – como é o caso das profissionais do sexo – que têm na rua um espaço estratégico de circulação e de estruturação de seus modos de vida.

*“Nunca havia atendido Luana antes do nascimento de Ana, sua filha, apesar de vê-la sempre na praça. Ela era acompanhada por Rebeca, outra médica do Consultório. Nunca entendi bem a situação dessa menina. Sabia que ela morava com a mãe, com quem tinha uma relação difícil, com muitas brigas. Branca, estava sempre limpa, bem alimentada e bem cuidada. Mas sempre em meio aos moradores de rua, por mais sujos e debilitados que estivessem. Era uma figura que contrastava de início, mas tão presente que começava a fazer parte do contexto. Fazia um uso de cocaína que não era tão grave, não era profissional do sexo, na verdade namorava um moço que sabidamente era traficante”* (Diário de Campo- Caso Luana)

Conforme a “População em situação de rua” vai tomando forma, o advento do uso de substância, em especial cocaína e seus derivados, como o crack, também vai aparecendo. A prostituição e as “vadias” acabam sendo colocadas em um lugar relativamente secundário em relação à população de rua, ainda que sempre transversal a este tema. Os “moradores de rua” e “usuários de substância psicoativa” vão se tornando um grupamento populacional bastante específico, - e, no caso das mulheres, um grupo que transita ainda pelo trabalho sexual,<sup>4</sup> diferenciando-as enquanto grupamento populacional.

Vale a pena, portanto, discutir o resultado da Pesquisa Nacional Sobre População em Situação de Rua de 2009 (primeira pesquisa realizada no país para quantificar essa população) em relação ao gênero feminino especificamente. A pesquisa não leva em conta a prostituição como ocupação da rua.

A pesquisa, realizada entre 2006 e 2007, demonstrou que a composição do grupo que foi então chamado “população em situação de rua” é majoritariamente masculina (82%) (17). O que é uma diferença bastante significativa em relação à população feminina, mas que tem diminuído ano a ano visivelmente aos olhos dos trabalhadores dos serviços onde a população de rua é atendida.

A Pesquisa Nacional Sobre Uso de Crack, foi realizada em 2014, já apresenta dados importantes que permitem pensar com maiores detalhes a presença de mulheres: o público consumidor é composto por 78,68% de homens e 21,32% de mulheres usuárias. A proporção de mulheres consumidoras nas capitais é maior do

---

<sup>4</sup> A Pesquisa Nacional Sobre o Uso de Crack aponta que de todas as entrevistadas, 55,36% afirmaram ter praticado sexo ou feito trabalho sexual em troca de dinheiro para comprar a droga (18).

que nos demais municípios: 23,55% em relação a 16,59%. No entanto, entre os mais jovens, na faixa de 18 a 24 anos, as mulheres representam 37,41% dos consumidores, contra 29,67% dos homens (18). Isso demonstra um fenômeno recente *da feminilização do uso de drogas e da ocupação das ruas*, assim como ocorreu a feminilização da epidemia de HIV/AIDS anos atrás (sendo que nesta população específica há um recorte importante de prevalência dessa doença). Ainda de acordo com a mesma pesquisa, entre as mulheres entrevistadas 8,17% eram portadoras do vírus do HIV, índice que nos homens foi de 4,01% (18), mostrando que em uso de Crack ou situação de rua essas mulheres são mais vulneráveis às ISTs.

“Ausente, incapaz ou indigna. Tal é a outra mulher de que devemos falar agora. Ela é o inverso da boa mãe que acabamos de descrever. E entre esses dois personagens parece que não há nenhum intermediário possível” (pag 273)(23)

O espaço da rua historicamente foi destinado aos homens, e às mulheres o domicílio. E, nesse sentido, tomamos aqui a rua também como uma metáfora do público, do que nos é comum, e do que está fora e em oposição ao lar - assim como as tarefas domésticas e os valores relacionados ao “lar”, incluindo aí o ideal de família burguês, historicamente foram e são associados às mulheres. Essa dicotomia entre a rua e o lar, entre o público e o privado, que foi calcada na divisão sexual do trabalho, gerou uma divisão também dos territórios existenciais dos indivíduos e trata-se de uma das bases das desigualdades entre homens e mulheres. O papel das mulheres como responsáveis pelo espaço privado foi naturalizado e sua não participação na esfera pública também as retira de instâncias formais de saber-poder, prevalecendo uma dominância masculina na ciência, na política e, conseqüentemente, na constituição de políticas públicas. É preciso, no entanto, ressaltar que essa divisão sexual do trabalho não atua sobre todas as mulheres da mesma forma, e deve ser analisada sempre em conjunto com outros marcadores sociais como raça, classe social, orientação sexual e identidade de gênero (39)

Encontrar-se em situação de rua apresenta agravantes para as mulheres, pois são mais vulneráveis às circunstâncias concernentes à sua condição de gênero, como violências físicas, psicológicas, abuso sexual, doenças sexualmente transmissíveis, além de gravidez não planejada e/ou indesejada pela dificuldade de acesso ao serviço de saúde.

*“Era muito difícil para mim, porque quando a gente usava muito, por muito tempo, ficava na rua muito tempo e ficava mal, ele ia para a casa da mãe dele. E na casa da mãe dele eles nunca me aceitaram por que eles sempre acharam que fui eu que apresentei crack para ele, como se eu fosse culpada do Everton usar droga. O que não é verdade. Quando eu conheci ele, ele já usava. Daí ele ia para casa da mãe dele e eu tinha que ir para a casa de um senhor, que me dava comida, deixava eu tomar banho e ficar lá, mas eu tinha que transar”* (Diário de Campo - Caso Dandara, lembrando que Dandara era egressa de orfanato, e não tinha nenhum contato com família extensa)

*“Era de madrugada, a gente tinha usado muito, mas acabou e agente estava na fissura. Foi quando a gente começou a discutir. Os guardas viram o Alex me batendo, foram lá xingaram e deram um tapa nele também. Mas depois que eles foram embora parece que ele ficou com mais raiva e eu apanhei de novo. Aí eu decidi voltar para cá”* (Diário de campo – Caso Pâmela)

No entanto, para muitas a situação de rua assume em alguma medida aspectos de liberdade e autonomia, incluindo liberdade para o exercício de prazeres (ainda que esse prazer seja uso de drogas, por exemplo). E nessa ambivalência em que se encontram, onde a rua pode ser um espaço de acentuar-se algumas opressões e vulnerabilidades, mas pode ser também libertador em relação às opressões do lar ou do modelo de mulher a ele vinculado, e a própria gestação pode tornar-se na rua um fator muitas vezes protetor. A gestação na rua muitas vezes protege as mulheres contra as violências físicas e sexuais citadas acima, garante um certo cuidado do companheiro, garante esmolas, fato que é amplamente reconhecido pelos profissionais que trabalham com essa população.

*“O casal, no intuito de reforçar o quanto estavam bem, sempre comentava o quanto eles ganhavam mais comidas nos bares próximos pelo fato dela estar grávida”* (Diário de Campo - Caso Maria Célia)

*“Atender uma pseudociense na rua. Que curioso. Ela estava lá, barriga a mostra pedindo esmolas, assim como estava protegida pelo companheiro, suposto pai da criança” (Diário de Campo – Caso Sueli)*

Ainda que a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR, instituída em dezembro de 2009) possua como princípio “respeito às condições sociais, diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa” (Artigo 5º, parágrafo V), ela não traz nenhuma previsão concreta de ações voltadas a atender as necessidades das mulheres em situação de rua.

Além disso, é dado na política amplo enfoque à família, o que deve ser analisado com cuidado visando integrar uma perspectiva de gênero (39). Sarah Escorel cita em seu trabalho que data de 1999 (42), que diferentemente da França por exemplo onde o trabalho é o vetor por excelência da chamada “exclusão social” e a presença da política de pleno emprego e um Estado de Bem Estar Social alivia os efeitos do trabalho sobre os vínculos familiares, no Brasil para a autora é a fragilização dos vínculos familiares e de referência primária que adquirem maior relevância nas histórias de vida e no conjunto das vulnerabilidades.

“em que a família e a casa constituem como unidade de pertencimento preponderante, ficar sem lugar não é ficar sem trabalho – isso é uma contingência, um acidente de percurso, muito frequente inclusive na pobreza abrigada- é ficar sem família” (pag 264) (42) apud (27)

Destaca-se aqui que a própria PNPR ressalta que o conceito de família vem se modificando nos últimos anos e que as políticas públicas que possuem como célula base a família “devem agir como agente controlador e regulador das inúmeras violências físicas, psíquicas e simbólicas que acontecem dentro das famílias, muitas vezes levadas a cabo por alguns de seus membros contra os outros”. (41)

Desse modo, as políticas de atendimento às mulheres em situação de rua, ainda que busquem o auxílio da família para resguardar essas mulheres, precisarão ter um olhar diferenciado sobre a família, compreendendo que muitas vezes é no contexto familiar que as mulheres sofrem as maiores violências (39). Muitas das mulheres que estão em situação de rua e em uso abusivo de substância o fizeram em relação estreita ou por consequência da violência doméstica e intrafamiliar, e não é

para esse espaço que desejam voltar. A rua significa a liberdade em relação a muitas das opressões que a “família tradicional” incide sobre uma mulher.

Dentre os dados expostos na Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua, é possível observar os principais motivos pelos quais essas pessoas passaram a viver e morar na rua. Os dados mostram problemas de alcoolismo e/ou drogas 35,5%; desemprego 29,8%; e desavenças com pai/mãe/irmãos 29,1%. Dentre os entrevistados no censo, 71,3% citaram pelo menos um desses três motivos, que a própria pesquisa destaca que podem estar correlacionados entre si ou serem consequência um do outro. Não há recorte de gênero nos dados.

“Ao longo da história, a mulher foi socializada para a vivência no espaço privado, sua identidade foi construída para o interno, para dentro de casa, marido, filhos, cuidados com os doentes. A rua, como espaço público, é de todos. A mulher, construída socialmente para a vida doméstica, ao ser jogada na rua, espaço público, refere-se ainda com frequência a família, aos filhos, embora pareça não conseguir ficar com eles” (p. 20) (43).

Apesar de legalmente estas mulheres em uso problemático de substâncias ou situação de rua que se encontram gestantes terem direito ao acesso à rede pública de saúde, muitas são as dificuldades e barreiras para a produção de um cuidado de qualidade que logre atender a complexidade e singularidade desta população. Isso é fruto de diversos e complexos fatores como: preconceitos, discriminação, dificuldade de dialogar com os diferentes por parte dos serviços, limites teóricos e tecnológicos da Clínica e da Saúde Pública. Podemos analisar aqui como as racionalidades políticas construídas socialmente sobre a mulher e a boa mãe, ou sobre a abstinência, impactam na produção tecnológica de saúde pública que conseguimos efetuar no Brasil, e como essas práticas de saúde podem também se tornar espaços de resistência.

Na prática, apesar da legislação constitucional regular o atendimento a qualquer cidadão, o que inclui formalmente essa população, estas pessoas carecem de dispositivos que lhes garantam a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. Princípios como o acesso universal e a equidade na atenção, uma vez que muitas são as barreiras e dificuldades dos serviços em produzir um cuidado que atenda à complexidade e às singularidades dos que constituem os territórios de vida da população de rua.

Esta situação tem ensejado a criação de equipamentos alternativos dentro do SUS para o atendimento específico a essa população, numa tentativa de garantia de universalidade de acesso e equidade.

Inicialmente, junto à Política Nacional para a População em Situação de Rua, foram criados de maneira não sistematizada em alguns municípios equipamentos da saúde chamados “Consultórios NA Rua”. Estes serviços faziam parte da rede de saúde mental desses municípios, e acompanharam uma legislação que formalizou as políticas de redução de danos no país. É na criação dos consultórios NA rua e DE rua que dois caminhos que são constitutivos a esta pesquisa começam a se cruzar:

1) O caminho das políticas públicas que criam as bases legais, as estruturas e os financiamentos para a relação dessa população específica cujo território existencial é a rua, com o Estado pela via do cuidado, seja por meio da saúde ou da assistência social - ainda que com racionalidades e tecnologias que eventualmente lembrem as relações policiais ou religiosas.

2) A transição de uma forma de conceber a população em situação de rua a princípio associada a aspectos como: desemprego, mudanças nos processos produtivos e do mundo do trabalho, migração, êxodo rural e prostituição; para serem fundamentalmente associadas ao uso de substância psicoativa - no Brasil em especial cocaína e seus derivados, como crack. Essa transição traz o uso de drogas como questão central para o debate sobre a vivência nas ruas, e assim mantém como centrais as relações que o sistema jurídico-policial ou médico-sanitário nutrem com essas populações.

É por esse motivo que achamos necessário abordar, ainda que brevemente, algumas tecnologias e práticas direcionadas ao uso de álcool e outras drogas. Uma vez que a formação do equipamento que vai a campo, como o Consultório na Rua, está intimamente relacionada com a elaboração dessas racionalidades e programas de governo, assim como as técnicas e práticas em torno do uso de substâncias se fazem muito presentes.

## **2.2. Redução de Danos – Um Outro Encontro Com a Rua**

“não cessei de alardear meu desinteresse pelas drogas e meu extremo interesse pelos humanos – homens, mulheres, adolescentes e

crianças de rua – Usuários de psicoativos legais e ilegais” (Antônio Nery Filho- pag 15) (44)

“Ele (Antônio Nery) disse que as pessoas não se drogam para morrer, mas para viver” (Antônio Lancetti - pag 72)(44)

Desde as discussões realizadas aqui sobre os vadios e mendigos, os “ébrios” em geral estavam em meio a essa legislação como pudemos ver no código penal de 1980, capítulo XII, “Dos mendigos e Ébrios”. O álcool esteve presente em alguns estudos antigos sobre a população de rua como aponta Frangella (27). No entanto, essa associação, que não é natural, da situação de rua com uso de substância psicoativa aumenta consideravelmente após a disseminação do uso de cocaína e seus derivados como o crack no Brasil. Crack trata-se de um derivado de cocaína que é fumado no formato de pedra. É mais barato, e portanto, consumido pela população mais pobre. Seu uso tem se tornado cada vez mais prevalente entre essas pessoas que moram, ou circulam por essa vivência de rua.

Esta seção não pretende tratar da historiografia do uso de drogas, nem do governo de condutas relacionado ao consumo de substâncias psicoativas. Este não é o foco do presente trabalho. Procurarei antes trazer um pouco da constituição das políticas e práticas da Redução de Danos, ainda que centrados no Brasil, para evidenciar como surge daí a tentativa de uma nova tecnologia, uma nova forma de se relacionar com esse “povo de rua” que foi apresentado na sessão anterior, que tem profundas consequências em termos de programas de governo e de racionalidades políticas.

As tecnologias e práticas estatais nesses territórios ditos marginais, como as ruas, os becos, os prostíbulos, os “mocós” e as zonas de uso de substância se deram ao longo da história, na maioria das vezes, sob a ótica da violência do Estado, seja policial ou sanitária. Assim, os modos de vida dessa população estiveram permanentemente sujeitos a sujeição e enquadramento em padrões socialmente construídos que eram validados pelos “experts”. Sejam da justiça e das leis ou dos conhecimentos sanitários, e impostos em geral por dispositivos estatais, por instituições e programas de governo, como a polícia ou a saúde pública. Pode conceber este como um processo de imposição de modos de vida relacionados aos costumes das classes dominantes de moralidade e higiene, mesmo que essa tentativa

permanente tenha sido, e ainda seja, sempre inglória. Ainda que esse modo de governo da conduta dessa população não tenha desaparecido por completo, a epidemia de HIV/AIDS e de hepatites virais da década de 80 no Brasil e no mundo provocaram e tensionaram uma outra forma de lidar com essa população.

*“Graça foi na verdade a primeira mulher de quem realmente fiz uma consulta de pré-natal de fato em meio aos usuários - ela não quis ir conosco para um lugar mais reservado. Ainda houve para mim um certo estranhamento, aliado a uma certa sensação também de dever cumprido, de levantar a blusa e fazer altura uterina, ou ausculta de batimentos fetais, equipe de enfermagem fazendo coleta de sangue, tudo com pessoas fumando crack a menos de um metro de distância” (Diário de Campo – Caso Graça)*

A história da Redução de Danos enquanto técnica iniciou-se na primeira guerra mundial após os soldados ficarem dependentes de opióides. Como nesta época havia um discurso de que eles ficaram dependentes defendendo o país, o Estado inicia um compromisso de fornecer a substância para evitar os sintomas da retirada brusca. Essa compreensão foi oficializada pelo Relatório Rolleston, que se tratava de um conjunto de condutas organizadas por uma comissão presidida pelo Ministro da Saúde do Reino Unido, Humphrey Rolleston (45). Mas de qualquer forma, ainda que isso se trate de uma prática (que traz consigo uma série de racionalidades políticas), ela não se dá no âmbito do trabalho que é a relação com as ruas e as pessoas que nela habitam. Isso de fato só se torna central um pouco mais tarde. Antes mesmo da epidemia global de AIDS já havia registros de iniciativa de trocas de seringas realizadas por uma associação de usuários de drogas (a Junkiebonden) no início dos anos 80 na Holanda para conter a expansão das infecções por hepatites virais (13) (2). A partir da mundialização da epidemia do HIV, essas práticas começaram a ser chamadas de “Harm Reduction”, por se tratarem de intervenções que visavam reduzir os danos do uso de substância sem necessariamente reduzir esse uso. Essas ações foram inseridas num novo contexto internacional, e se mostraram uma alternativa potente no controle dessas infecções que ameaçavam todos os países e inclusive classes sociais mais elevadas.

Isso não se deu de forma linear ou sem percalços. Durante muito tempo, e de certa forma até hoje, programas de distribuição de seringas ou a ótica da Redução de Danos na educação em saúde que procura conversar *sobre* o uso de substâncias (e não *contra* o uso de substâncias) nas atividades de prevenção eram e são vistas como apologia ou incitação ao uso de drogas, ou no mínimo como “ineficazes” (2). No entanto, a despeito dos embates teóricos que seguem no campo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu formalmente a estratégia de redução de danos no combate à epidemia de HIV/AIDS; com isso, tanto orientações da OMS como financiamentos do Banco Mundial possibilitaram que a política fosse implantada em muitos países devido a sua comprovada eficácia pragmática na redução das infecções citadas acima.

No Brasil, as práticas da Redução de Danos se iniciam na saúde pela área da infectologia e saúde pública nas políticas de combate às ISTs/AIDS com a distribuição de seringas para usuários de drogas injetáveis (2) (13). Seguindo modelos internacionais, essas seringas eram distribuídas nos cenários de uso, em geral por usuários ou ex-usuários de substância. Uma estratégia de prevenção e cuidado que reformula substancialmente a atuação estatal nesses territórios, que sempre vinham carregadas de violência por parte do Estado, cuja atuação é em geral marcada com programas de governo pela via policial ou higienista, ou com uma racionalidade religiosa salvacionista. As práticas de Redução de Danos eram ofertas de um cuidado específico em saúde para usuários de drogas injetáveis que não desejavam cessar o uso, mas que poderiam exercer uma estratégia de cuidado de si que incluísse o seu desejo pelo uso de drogas de uma forma mais segura.

Isso de certa forma se tornava uma prática de resistência e oposição em relação a uma racionalidade política em torno do uso de drogas, que vinha pautada por uma “norma de abstinência”, em que a ausência do uso e de alteração de consciência era sempre considerado como o “normal” e a “norma” imposta. A ausência da alteração da consciência.

“Como se produz um usuário permanente de crack? Uns acham que é uma enfermidade puramente cerebral, e que esses sujeitos perderam a capacidade de se auto-determinar. Outros que é obra do demônio. Há um paralelismo entre as teorias monocausais focadas na droga e na abstinência. Entre as teorias do demônio e do neurônio. As duas são morais” (pag 113)(44)

Há uma hipótese aqui de que a moral, a racionalidade política da norma da abstinência, é o que une esses modelos explicativos. Algo que, ao lado de uma moral cristã diante da alteração de consciência, de certa forma orienta ainda a produção científica e biomédica. Dentro dessa lógica pautada por uma “norma de abstinência”, usar drogas e se cuidar tornavam-se atitudes incompatíveis (13).

Aos poucos, essas ações de Redução de Danos de distribuição de seringas passaram a incluir a prevenção de ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis) com a distribuição de preservativos, ações de educação em saúde e diagnóstico precoce de tuberculose, por exemplo. Essas práticas se deram e ainda se dão com muitas dificuldades, justamente por se chocarem muitas vezes com as racionalidades que normalizam e normatizam a abstinência.

*“A pedido do centro de saúde estávamos procurando Jussara. Íamos realizar um atendimento e fazer o matriciamento do caso na unidade. Sabíamos que o córrego era onde os usuários ficavam. E de mochilas pesadas de tantos copos de água, com preservativos e piteiras para cachimbos, fomos no sol quente conversar com os usuários e fazer as ações de redução. Chegando lá, encontramos uma outra mulher, baixinha, cabelos longos e negros, sardas. Ela se encontrava visivelmente gestante, com seu cachimbo e um espelho na mão. Era Fabiana. Túlio, redutor de danos da equipe se lembrou dela; no primeiro ano de Consultório ele havia atendido Fabiana com Abelardo, um outro médico da equipe, também a pedido do centro de saúde. Ela tinha tido um óbito fetal possivelmente relacionado à sífilis congênita.” (Diário de Campo- Caso Fabiana)*

A primeira cidade do país a tentar implementar um programa de distribuição de seringas foi Santos no ano de 1989. David Capistrano Filho, que estava à frente do projeto no município, sofreu ameaça de prisão caso não cumprisse a ordem judicial que impedia a distribuição de seringas e execução do plano, com a justificativa de apologia ao uso de drogas. Não sem oposições, os programas foram se consolidando. No ano de 1995, na cidade de Salvador, surgiu o primeiro programa a efetivamente realizar troca de seringas entre usuários de cocaína injetável; tratava-se do Programa

de Redução de Danos (PRD) localizado no Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD).

O que há de mais novo em termos de programa de governo (além das tecnologias e práticas) no movimento da Redução de Danos a partir da epidemia de HIV/AIDS é um deslocamento da questão do uso problemático de drogas: antes abordado pelo setor público quase que com exclusividade pela Secretaria de Segurança Pública, o tema se torna problema de governo também para o Ministério da Saúde. A Secretaria de Segurança Pública operava por meio de ações de “Combate às Drogas”, em geral centradas na suposta redução da oferta através de um “combate ao tráfico” ou numa redução da demanda centrada em campanhas “contra o uso de substância” e na criminalização dos usuários. Já o Ministério da Saúde, enxerga o uso problemático de drogas também pelo viés médico-sanitário, considerando que os casos que poderiam passar (ou não) pela redução de danos.

É importante enfatizar que não necessariamente os dois programas de governo diferentes como saúde e segurança, não possam responder com tecnologias e práticas distintas (ou nem tanto) à uma mesma racionalidade política centrada na abstinência.

As ações, tecnologias e práticas do que se chamou inicialmente de Redução de Danos com o tempo deixaram de ser vistas apenas como uma tecnologia, uma técnica de prevenção possível para programas de HIV/AIDS e hepatites virais. Estas formas da redução de danos se consolidaram como uma racionalidade, uma ética, que orientou uma determinada parcela da saúde mental alinhada a uma perspectiva antimanicomial no que tange ao uso e a dependência de substâncias psicoativas.

A distribuição de seringas pelas Junkiebonds, ou mesmo pela iniciativa Estatal, pode ser vista como uma tecnologia que contém e induz a mudanças profundas de racionalidades políticas no campo das práticas sobre drogas.

A prática se apresenta como uma alternativa à tradicional oposição entre uso de drogas e cuidado em saúde, e também como alternativa à relação do uso de substância como um problema exclusivamente moral (cuja moralidade deve ser corrigida pela igreja ou pela polícia).

No entanto, simultaneamente, também é apresentado um modelo explicativo biomédico que coloca a saúde como o campo privilegiado de discurso sobre o tema das drogas, o que implica numa relação de saber-poder diante dos usuários. Isto pode

servir tanto a uma racionalidade política anterior centrada na abstinência, quanto à nova racionalidade que se formava, pautada na RD.

*“O debate foi difícil, mas estar como ‘professora da Unicamp’ era perceptível que constrangia as pessoas de se colocarem e em especial de discordarem. Mas a gente sabia por ter discutido com a coordenadora de saúde mental anteriormente que na cidade a condição de gestação era uma justificativa sozinha o suficiente para a internação compulsória no município”* (Diário de Campo- Formação de educação permanente no interior do estado de SP)

No momento em que a saúde mental passava por profundas modificações em suas racionalidades, programas e práticas frutos dos movimentos de luta antimanicomial culminam na Reforma Psiquiátrica Brasileira, e a Redução de Danos se torna a diretriz principal e oficial do Ministério da Saúde na elaboração da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas lançada em 2003.

Trata-se de uma mudança bastante radical e significativa do ponto de vista de como se passou a abordar o uso abusivo de substância psicoativa, pelo menos do ponto de vista teórico nos documentos do Ministério - o que sem dúvida teve muitas implicações concretas, ainda que com limitações. O próprio texto da política reforça a profunda relação da institucionalização da Redução de Danos enquanto política com a luta contra os manicômios e as instituições totais de caráter excludente e normalizador no contexto da Reforma Psiquiátrica e luta anti-manicomial:

“[...] no vácuo de propostas concretas e na ausência do estabelecimento de uma clara política de saúde voltada para esse segmento surgiram no Brasil diversas ‘alternativas de atenção’ de caráter total, e fechado, tendo como único objetivo a abstinência [...] elaboração pregressa de políticas fragmentadas, além do desenvolvimento de ações de redução de danos adstritas ao controle da epidemia de AIDS não explorando suas possibilidades para a prevenção e assistência” (46)

Taniele Rui em seu livro (2) faz o percurso de como os usuários de crack vão se tornando então uma população, e distinta da população geral: “Houve um processo

em que os usuários de crack se distanciam da população em geral e passam a ser uma população em si. Assim como os usuários de drogas injetáveis progressivamente vinham deixando de ser estatisticamente relevantes.” A partir do autor Didier Fassin, Tanielle discorre sobre o usuário de substância psicoativa:

“Há que se transformar antes o ‘delinquente’ em ‘paciente’ e se chocar com a lógica individual da abstinência propondo um princípio de intervenção coletiva ordenada pelo poder público. Traduz o desvio e a dependência em risco sanitário, inscrevendo-os no espaço público como objeto de política”. (pag 79) (2)

E a partir da Redução de Danos e de sua junção, sua coparticipação na luta antimanicomial, é que surgem em termos de políticas públicas os dois cenários em que o campo desse trabalho se passa: o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas e a política dos Consultórios na Rua, como alternativas de cuidado às internações em geral em Hospitais Psiquiátricos (os antigos manicômios) ou Comunidades Terapêuticas.

Também é neste momento histórico que o contato Estatal com a população em situação de rua passa a se fundir em termos de programas de governo diretamente com as políticas para usuários problemáticos de álcool e outras drogas, de saúde mental e de redes de atenção.

O Sistema Único de Saúde nasce como um dos componentes da ideia de seguridade social após a constituição de 1988. O SUS inicialmente tinha um modelo de gestão que se pautava em níveis de atenção, divididos entre nível primário, secundário e terciário, um modelo mais hierarquizado e piramidal de funcionamento. Mas já no início do programa havia uma proposta de descentralização da gestão que, segundo alguns autores, já inicia o processo da construção de redes (47). No ano de 2010 houve a proposta de organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), descritas a partir da Portaria 4279/2010 como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (48). O objetivo prioritário dessas redes é a promoção de integração sistêmica entre ações e serviços de saúde, a provisão de uma atenção contínua, integral e colaborativa, orientada pela atenção primária e que faria a gestão do cuidado.

Nesta proposta de uma organização em rede do SUS, que seria também de base territorial e georreferenciada, e considerando a proposta de RAS, emerge a tentativa de construção de uma organização do sistema em rede, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O início da sistematização RAS e da RAPS foi um passo muito importante na luta antimanicomial brasileira. Essas instâncias foram construídas com orientação de base comunitária dos atendimentos em saúde mental, priorizando o convívio em sociedade, em detrimento de modelos asilares de assistência como os antigos manicômios. Com a lei da Reforma Psiquiátrica, n. 10.216, e a publicação da Portaria n. 336/02 criam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que seriam centros especializados, de um nível mais complexo de assistência, mas também territorializados, e que a princípio deveriam ter as ações voltadas para o cuidado em rede na comunidade, visando reinserção social. Os CAPS subvertem a lógica da hierarquização e se organizam agregando os diferentes níveis de atenção à saúde em uma só unidade como acolhimento porta aberta, atendimento especializado, e leitos-noite. Surgem no movimento da reforma psiquiátrica como uma proposta substitutiva, e não complementar aos manicômios, estes centros trazem importantes questões na própria organização do SUS. Prestam atendimento especializado dos casos de transtornos mentais e são responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes nas unidades de internação nos hospitais gerais, assim como no nível da atenção primária, com acompanhamento e apoio matricial de casos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (49).

Claro que toda uma mudança de racionalidade política, ética e de compreensão epistemológica do problema da saúde mental, como é a proposta da Reforma Psiquiátrica na área da saúde, não se daria por decreto; do mesmo modo, as mudanças de tecnologias e práticas em torno dela não se fazem somente a partir do surgimento dos programas de governo como com o surgimento do CAPS.

Foram anos de lutas sociais e produção acadêmica sobre o tema até a formulação da Reforma e da RAPS. Ainda assim, a indução por esse programa de governo não necessariamente mudou por completo todas as tecnologias de cuidado ou racionalidades que as justificam, as quais, aliás, se reproduzem no interior dos CAPS, que algumas vezes ainda guardam muitas práticas da lógica manicomial.

“Criam-se coletivos altamente repetitivos: providenciam sinuca, televisão, oficinas adjacentes, comida por exemplo, mas quando há uma crise buscam logo o psiquiatra. [...] Os recursos se reduzem, se repetem e as equipes como dantes voltam a centralizar-se no psiquiatra” (pag 47)(50)

*“Fui discutir a prescrição de Muriel no CAPS III, entrar naquele lugar para mim era muito difícil. Eu sabia que para mim esse tipo de estabelecimento já me afetava negativamente. Não gosto. Nunca gostei. E era conhecido no município as dificuldades daquele CAPS em específico. A psiquiatra, de cabelos brancos, fazia naquele momento a prescrição de outro paciente, e assim permaneceu ao conversar comigo, mal levantou a cabeça para me ouvir. Mal me dirigiu o olhar. Eu só pensava que se eu que era médica ela me tratava assim, como seria que ela tratava os pacientes? Ainda que eu tivesse a consciência de que a linguagem corporal que eu tinha muitas vezes não condizia com o que ainda era socialmente lido como “médico”. Isso ia desde o uniforme amarelo, passando pelos cabelos curtos e desarrumados até a tatuagem no braço” (Diário de Campo- Caso Muriel)*

Neste momento das redes de atenção, é organizada também uma outra rede que é central a este trabalho, que é a Rede Cegonha, mas que será melhor analisada no tópico sobre saúde da mulher.

No Município de Campinas, em 2010, com financiamento do Plano Nacional de Ampliação à Prevenção e Tratamento ao Uso de Álcool e Outras Drogas, houve pela primeira vez a contratação de profissionais redutores de danos para os CAPS (37). Antes desse plano, os redutores eram vinculados somente ao Centro de Referência DST/AIDS do município. O que essa transição do financiamento da contratação dos redutores nos mostra em ato é, na verdade, a transição da Redução de Danos de uma tecnologia (uma prática de prevenção de ISTs e transmissão de HIV e hepatites virais por drogas injetáveis) para uma racionalidade política, uma ética terapêutica e um programa de governo específico da saúde mental para usuários de álcool e outras drogas.

Na atenção biomédica, de maneira geral, havia uma grande dificuldade em relação ao “povo da rua”, devido à grande complexidade clínica e de adesão não só aos tratamentos, mas aos modelos de serviço. Diante da resistência dos serviços já instituídos em realizarem o atendimento - em especial de maneira adequada e não

violenta, respeitando os princípios do SUS de universalidade e de equidade -, foi aventada a criação de serviços de saúde específicos para a população em situação de rua. Isso, claro, numa conjuntura de garantia de acesso e numa conjuntura no país que passava por todos os movimentos aqui já mencionados, como redemocratização e aprofundamento de direitos sociais, reforma psiquiátrica e RAS. A criação de serviços específicos foi vista como uma possibilidade de construção de saídas concretas e ações afirmativas para a garantia real de direitos a essas pessoas. Mas sob outro ponto de vista, tratou-se também da construção de uma população a ser governada.

“Então eles simplesmente sabem que aquilo não é para eles, que o posto de saúde é para quem tem um mínimo de desejo de ter saúde, quem se sujeita a horários pré-determinados, que se sujeita a regras básicas de higiene – e eu não estou dizendo que isso está errado, mas que se sujeita ” (página 56)(50)

Criam-se então algumas experiências de Consultórios DE Rua, serviços heterogêneos no país: ora como uma equipe de saúde da família específica de um centro de saúde, que tem em seu território grande população moradora de rua (Programas de Saúde da Família sem Domicílio), ora como equipes com essa especificidade de trabalho ligados a equipes de Saúde Mental. De um modo ou de outro a própria ideia de atender a pessoa no seu ambiente na rua - apesar, e principalmente, a partir do uso de substância - surge de uma certa racionalidade política da redução de danos que foi discutida acima, da não oposição entre cuidado em saúde e uso de substância.

A Portaria 122, de 25 de janeiro de 2011, consolida essas experiências com o estabelecimento das diretrizes de organização e funcionamento de equipes de Consultório NA Rua (CnR), que agora entram formalmente na política de Atenção Básica. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) incorpora os CnR no ano de 2012, por uma concepção de que as demandas da população em situação de rua vão muito além de demandas em saúde mental, ou da prevenção das ISTs e abordagem de uso de drogas. Ainda que estas sejam de alta prevalência neste grupo, a população apresenta um quadro complexo de morbimortalidade que precisava ser cuidado.

A partir desse momento, a proposta foi estabelecer uma atuação itinerante (semelhante à racionalidade e prática dos redutores de danos) em que os

trabalhadores vão até os usuários, com ações compartilhadas com Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Urgência e Emergência etc. Prevê-se que as Unidades Básicas de Saúde que adscvem os territórios onde estão os usuários atendidos pelas equipes de CnR disporão de suas estruturas físicas para apoiar tal trabalho (40).

A partir desse contexto, os Consultórios na Rua (CnR), devem seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), buscando atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, inclusive na busca ativa e captação de mulheres no primeiro trimestre de gestação, realização de pré-natal, e atuação em políticas de planejamento reprodutivo.

Os Consultórios na Rua são formados, assim como as equipes de atenção primária, por equipes multiprofissionais e prestam atenção integral à saúde de uma referida população in loco. No entanto, algumas equipes têm componentes da saúde mental como psicólogos ou terapeutas ocupacionais pela alta prevalência de demandas relacionadas ao campo “psi” nessas pessoas. A legislação que regula o CnR sugere que as práticas clínicas e de cuidados à pessoa em situação de rua passem a se pautar pelo conceito/estratégia de Redução de Danos (RD), e que esse cuidado deveria se dar prioritariamente em campo, no território, por parte de todos os profissionais da equipe. Isso, porém, certamente não se dá de maneira homogênea no país, nem num mesmo município como São Paulo, que hoje apresenta 18 equipes.

*“Estávamos na tenda do Programa Braços Abertos, percebi que além dos agentes comunitários de saúde eles tinham um Ginecologista. Psiquiatra na equipe de consultório na rua eu já tinha visto. Ginecologista, não. Mas parece que só havia lá na equipe que cobria esta área específica. Ele saía com uma maca portátil, como essas de massagem, e fazia os atendimentos. Começamos a conversar sobre as mulheres, contracepção e gestação” (Diário de Campo – Visita Programa Braços Abertos)*

Para alguns opositores da política, temia-se que a implementação de ações de cuidado que reconheçam a rua como espaço de vida dessas pessoas, ainda que transitório, de algum modo “estimulasse” sua permanência nessa condição. Críticas também foram comuns às primeiras ações em redução de Danos, o que reforça a

semelhança entre as tecnologias e racionalidades que as operam. Tal argumento tem se demonstrado com o tempo como uma distorção da realidade. Um sujeito que está em situação de rua e cria vínculos e recebe atenção e cuidado de uma equipe de saúde na rua tem mais chance de deixar a vida nas ruas do que aquele que passivamente é aguardado nas Unidades Básicas de Saúde (51)

Defendo neste trabalho que o CnR constitui uma experiência inovadora e relevante no que se refere a sua racionalidade e suas tecnologias de cuidado.

Nesta investigação, discuto o tema da gestação, do pré-natal e do puerpério a partir das práticas cotidianas que foram vivenciadas por mim como trabalhadora neste serviço. Também abordo algumas tecnologias e práticas que se fizeram presentes em outras estações de cuidado, como Centros de Saúde, CAPS, Maternidades, Hospitais, equipamentos de assistência social, Comunidades Terapêuticas, entre outros, que ofertam serviços à população em situação de rua. No entanto, é inegável que é no Consultório na Rua onde nos colocamos mais vulneráveis aos encontros e desencontros da clínica, suas potências e limites.

Assim como qualquer política pública, e em especial no Sistema Único de Saúde, (com seus princípios de regionalização, descentralização e autonomia municipal) torna-se importante destacar a heterogeneidade das experiências de implantação da RAPS e das políticas voltadas à população em situação de rua, e de redução de danos em cada cidade.

Os Consultórios na Rua, apesar de serem hoje uma diretriz política nacional, têm sido implantados de maneira muito singular nos diferentes locais. Aqui, há uma aventura de contar brevemente a história de alguns equipamentos da rede da cidade de Campinas. A maneira como essa implantação se deu é crucial para a forma como esse serviço se organiza hoje, realiza suas práticas clínicas e de gestão, e é a base que possibilitou as experiências clínicas da pesquisadora e o diário de campo, principal fonte dessa pesquisa.

### **2.3. O Cenário das Práticas Clínicas em Campinas**

Em Campinas não houve em nenhum momento a implantação anterior de políticas como Consultório DE Rua ou de Estratégia de Saúde da Família Sem Domicílio. A política pública municipal já se inicia, por indução da política federal, no modelo de Consultório NA Rua, o que implica que não foi necessário transicionar entre esses modelos.

A despeito disso, o programa de Redução de Danos já atuava no município no Centro de Referência DST/AIDS desde o ano de 2001 como programa formal, mas já havia ações dispersas de redução de danos no município desde o ano de 1996. Houve o primeiro seminário municipal sobre redução de danos em Campinas no ano de 2003. Como já citado anteriormente, em 2010 os primeiros redutores de danos foram contratados pelos centros de atenção psicossocial, fazendo a primeira transição dessa pauta da redução de danos para a saúde mental, e não restrita às políticas de IST/AIDS.

O Consultório na Rua inicia suas atividades em 2012. Entra como parte do convênio municipal que era executado pelo Serviço de Saúde Cândido Ferreira, instituição que administrava praticamente toda a rede especializada de saúde mental do município. O Serviço de Saúde Cândido Ferreira é uma entidade filantrópica inaugurada em 1924 como hospital psiquiátrico e dedicada desde então ao tratamento de pessoas com transtornos mentais. Essa instituição teve um importante papel na reforma psiquiátrica e na luta antimanicomial no país e, em especial, na região. Foi a partir de 1990 que o Cândido forma um convênio com a prefeitura, a partir da qual inicia também os serviços de reabilitação psicossocial de base comunitária, como preconizavam as diretrizes da reforma ainda antes de ser formalizada, evidenciando pioneirismo. Atualmente a instituição gerencia os Centros de Atenção Psicossociais, Centros de Convivência, Consultório na Rua, Residências Terapêuticas, Oficinas de Inclusão Pelo Trabalho e Projetos Culturais (52).

O fato de ser o Serviço de Saúde Cândido Ferreira que administra o CnR e ao mesmo tempo os CAPS do município (com exceção de um) tem uma série de implicações gerenciais e clínicas. Poderíamos iniciar pela contratação de funcionários, que sempre se deu por processo seletivo, e não por concurso público ou realocação de profissionais da rede, como ocorreu em outros lugares. Isso gera um certo perfil, um profissional que escolhe estar nessa função e é selecionado para tal. Mas também gera instabilidade em relação aos repasses e aos convênios com

a prefeitura. Possibilitou também que a composição da equipe sempre contasse com profissionais do campo da saúde mental, como psicólogos e terapeutas ocupacionais fixos e inclusive psiquiatras em muitos momentos.

O Consultório na Rua do município de Campinas tem como público alvo a população que tem a rua como seu principal território de vida: moradores de rua, profissionais do sexo, usuários intensos de substâncias psicoativas que passam a maior parte do tempo fora de suas casas, entre outros. Atua com maior ênfase na região central da cidade, de segunda à sexta-feira das 7:00h às 18:00h. Sua sede é em um dos CAPS Álcool e Outras Drogas do município e o deslocamento pelo território é feito atualmente em uma Van, e em boa parte do diário de campo desta pesquisa era realizado em uma Kombi equipada para tanto, ambas pertencentes ao Serviço de Saúde Cândido Ferreira, sendo o motorista uma parte integrante da equipe.

*“Estávamos no bar, e fazíamos piadinhas com Fernando, motorista do consultório, sobre ele ter sofrido um “trote” naquela semana ao ter que ajudar a carregar Wilmar, um senhor cadeirante em situação de rua que há meses não tomava banho e estava coberto em fezes. Fernando responde de forma espontânea e com tranquilidade: “Era meu paciente ué, é claro que eu carreguei”. Aquilo me tocou profundamente. Que mudança de subjetividade era essa que se deu com Fernando, que de antigo motorista de ônibus de linha, da empresa que faz o transporte coletivo em Campinas, fala com um orgulho hoje que tinha “pacientes” “dele”! Como isso era tão bonito de ver”*(Diário de Campo – Visita ao Programa Braços Abertos)

Formalmente trata-se de duas equipes cadastradas no Ministério da Saúde, com atuação conjunta no município. A atuação da equipe multiprofissional se dá por meio de acompanhamentos de doenças crônicas como diabetes, hipertensão, tuberculose, atendimento de demandas agudas, como infecção de vias aéreas superiores, piodermites, ISTs, busca ativa de usuários com problemas de saúde em distintos territórios da cidade. Além disso, realiza-se matriciamento de casos com equipes de atenção primária, e coordenação de cuidado, seja clínico ou de saúde mental. Neste sentido, constrói-se uma importante interlocução com

serviços da saúde como ambulatórios de cirurgias, traumatologia, maternidades, enfermarias de grandes queimados, serviços de HIV/AIDS, e serviços de saúde mental assim como articulações intersetoriais com assistência social e defensoria pública do município.

Dentre estas articulações, podemos citar o acompanhamento de pacientes aos exames e/ou às consultas com especialistas, as visitas em casos de internações (ambos com discussão de caso com os profissionais assistentes), o encaminhamento das situações de urgência para o pronto atendimento, pré-natal realizado em parceria com unidades de atenção primária e pré-natal de alto risco, discussão de alta responsável em qualquer serviço (seja urgência ou emergência), internações clínicas, cirúrgicas ou nas maternidades. Também realiza-se parcerias com serviços e projetos intersetoriais, como equipamentos da Assistência Social (seja abrigos ou albergues do município), Centro POP<sup>5</sup> (colaborando com atendimentos dentro das unidades), pontos de vacinação e discussão de casos em conjunto. A defensoria pública, em especial o núcleo do Centro de Atendimento Multidisciplinar (CAM) da defensoria, tem sido parceira em muitos casos, visto que o sistema penal está intimamente ligado a essa população. Essa atuação conjunta promoveu mudanças bastante significativas na assistência às mulheres em todos os pontos da rede, efetivando a garantia de direitos que muitas vezes não era possível por meio de ações isoladas.

*“Recebemos o aviso de que Dandara havia sido expulsa da Casa. Sabíamos que ela estava com muitos problemas de relacionamento, mas não achávamos que chegaria a esse ponto. Não sabíamos como se daria o desligamento, mas ouvimos que havia inclusive a justificativa de que ela tinha casa. Imagina, um apartamento num conjunto habitacional, abandonado há meses, com água e energia elétrica desligados por falta de pagamento, e uma mulher sozinha sem familiares no puerpério. Como era possível? Alguém propôs a sério este cenário? Na hora, a primeira coisa que penso é telefonar para Murilo (psicólogo CAM da defensoria). (Diário de Campo – Caso Dandara)*

---

<sup>5</sup> Centro especializado para atender a população de rua, vinculado à Secretaria de Cidadania, Assistência e Inclusão Social. Apresenta atividades sociais e educativas para ajudar na reinserção social e no resgate de vínculos. A unidade de Campinas tem capacidade para atender até 100 moradores de rua por dia acima de 18 anos.

A equipe do CnR, em parceria com os redutores de danos dos CAPS AD do município, realiza ações compartilhadas que ativam redes de cuidado informais nos territórios, contando com a população tanto de moradores de rua como de comerciantes e moradores que muitas vezes são decisivos no acompanhamento dos usuários dos serviços.

*“Sempre me tocava muito os comerciantes das barracas do mercadão. Eles provavelmente vinham da periferia. Provavelmente tinham relações difíceis nas unidades básicas, visto o atual contexto da atenção primária na cidade. E chegávamos nós, com música, oficinas, médicos sorridentes, remédios na mão... e muitas vezes eles pediam para ser atendidos, e era tão complexo decidir atender ou não. Não podíamos nem suprir a atenção primária do município, e se todos os feirantes resolvessem pedir atendimento seria o caos. Mas um nos ajudou a completar um tratamento de tuberculose, e agora outro nos ajudava com Amanda”* (Diário de Campo – Caso Amanda)

As atividades realizadas são planejadas, intercalando atuações em “campos” que são pontos da cidade, ora de forma fixa (quando os usuários podem se encontrar com a equipe caso desejem e são informados dos dias, horário e local onde devem procura-la) e ora de forma itinerante (a partir de casos recém identificados ou em curso, de acordo com a demanda). Busca-se o acolhimento e o cuidado integral dos indivíduos, privilegiando sempre que possível o atendimento e a resolutividade clínica no espaço da rua. A construção de vínculo com as pessoas em situação de rua é um norteador para a prática e a garantia da presença da equipe nos campos acessados. Essa circulação em cenários de uso intenso muitas vezes só é possível pela atuação do redutor de danos, e por uma postura ética e clínica comum a todos os profissionais em atuação, que passa também pela *Racionalidade da Redução*.

Também comparecem nos casos relatados no diário de campo outros serviços da rede de Campinas, e sua apresentação também é importante para a compreensão da rede em que se dá a pesquisa. Isso pois a rede de que o município dispõe muda completamente as possibilidades de clínica que podemos efetuar,

sobretudo nesses contextos. Não serão descritos aqui todos os serviços da rede de Campinas, apenas os que aparecem o maior número de vezes no diário de campo.

O *Albergue Municipal SAMIM* (Serviço de Atendimento ao Migrante, Itinerante, e Mendicante de Campinas) é um serviço que compõe a Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social. Trata-se da oferta de acolhimento emergencial. Tem como foco principalmente as necessidades básicas de higiene, alimentação e pernoite, faz atendimento social e referencia para os outros serviços da cidade se julgarem adequado. A média de permanência permitida é de cinco dias, mas o período pode ser discutido caso a caso com os profissionais e pela rede intersetorial.

O *abrigo feminino Santa Clara* foi inaugurado em outubro de 2014, com capacidade máxima de 25 vagas. Atende mulheres, mulheres gestantes ou mulheres com filhos, que estão em situação de rua ou alto grau de vulnerabilidade social. Elas são encaminhadas pela rede de assistência social, que realiza atendimento à população em situação de rua através da discussão de casos realizada semanalmente entre as entidades da secretaria de assistência social do município. O abrigo é gerido pela Instituição Cáritas Arquidiocesana de Campinas, uma instituição católica com financiamento da Secretaria de Assistência Social e Segurança Alimentar da Prefeitura Municipal de Campinas. Segundo o próprio site (53), A instituição Cáritas foi criada em 1956 pela Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). Nos últimos anos, ela se configura como uma instituição no município que gerencia alguns abrigos/casas de passagem, dentre os quais o Abrigo Santa Clara, que foi demandado pela assistência social a partir do crescente número de mulheres em situação de rua. A permanência das mulheres no abrigo está baseada na Política Nacional da Assistência Social, através da Tipificação Nacional da Assistência Social, que determina o período de seis meses há um ano para casas de passagem e abrigos transitórios.

A *Casa das Gestantes* é um equipamento de atenção residencial no município de Campinas que compõe a secretaria de saúde. Fato que é um tanto incomum na maioria dos municípios, pois tradicionalmente a residência/moradia/abrigamento é uma responsabilidade exclusiva da assistência social. Ela surge em dezembro do ano de 2015, fruto de uma mobilização organizada pelos profissionais da rede de saúde (em especial da rede de saúde mental e Consultório na Rua, com o apoio do Movimento População em Situação de Rua) para o enfrentamento das dificuldades

encontradas para garantia de assistência em saúde e garantia de direitos às gestantes em situação de rua no município. Foram realizadas discussões e apresentações de casos no Conselho Municipal de Saúde e na Câmara de Vereadores, além de discussões com a coordenadoria da saúde da mulher e da saúde da criança da cidade, bem como com a assistência social, durante todo o ano de 2015. A Casa se constitui mediante um convênio municipal com o Instituto Padre Haroldo, uma instituição do terceiro setor, também de origem católica, que administra uma das comunidades terapêuticas mais antigas da cidade. À época, isso foi bastante conflituoso no município e mesmo dentro do movimento que organizou esta demanda ao poder público. Por um lado, por não se tratar de administração pública direta e, por outro, pelas tecnologias e práticas de cuidado tradicionalmente operadas pelas comunidades terapêuticas caminharem em geral num sentido oposto às racionalidades e práticas de Redução de Danos, diretriz nacional do SUS. Porém, a relação que o equipamento tem construído ao longo dos anos com a rede pública tem sido avaliada como bastante positiva pelos trabalhadores da rede e é vista como modelo para todo o Estado de São Paulo pelos múltiplos setores que compõem o GT Maternidades estadual da defensoria pública.

*“Recebemos a notícia de que finalmente foi firmado o contato para a abertura da Casa das Gestantes. Fernando, colega médico sanitário do Consultório na Rua, está desde a abertura do equipamento do CnR, bastante chateado e nervoso com o fato do convênio ter sido firmado com uma instituição não pública que ainda por cima administrava uma comunidade terapêutica. Me lembrava inclusive do primeiro atendimento de Juliana, que foi realizado lá na comunidade terapêutica, e já estavam dentro do espaço com uma proposta de uma área exclusiva para mães e bebês, estavam se organizando para isso, assim como foi discutido lá também um abrigo para famílias.*

*Adelaide, nossa gestora do consultório, no fundo apesar do medo em relação à forma com que esse trabalho poderia ser desenvolvido, tinha muito clara a urgência do equipamento, que com um convênio isso se resolveria brevemente e teríamos as vagas disponíveis mais rapidamente. Enquanto isso, caso fosse uma gestão direta do município, entre o tempo institucional necessário à abertura de licitação e construção do espaço, passaríamos ainda por muitas dificuldades com muitos casos por um tempo considerável. O que era duro, sofrido para pacientes e*

*equipe. Era um alívio em certo ponto, ainda que com um grau de luto pela forma como ocorreu” (Diário de Campo - Caso Juliana)*

*“Estávamos no primeiro evento realizado pelo GT Maternidades da defensoria pública do estado, na Faculdade de Direito da USP, em São Paulo. (...) para mim naquele momento era importante enfatizar, que dois anos depois, a Casa das Gestantes tinha uma prática quotidiana bastante alinhada com os preceitos éticos e com algumas práticas de Redução de Danos e, de certa forma, ela tinha sido responsável por levar de maneira muito concreta para dentro de uma grande comunidade terapêutica católica a discussão a respeito desse tema” (Diário de Campo - Direito de Ter e Ser Mãe evento Defensoria Pública)*

Temas como pré-natal, parto e puerpério são constitutivos da atenção primária, onde se encontram as equipes de CnaR, porém ganham contornos muito peculiares na condição de uso problemático de substância e ou situação de rua. Apesar dessas peculiaridades, este deslocamento, que a vulnerabilidade social extrema, o uso de substância psicoativa e a fuga de modelos mais tradicionais de existência feminina provoca é bastante potente para pensarmos também uma série de questões dos pré-natais tradicionais da atenção básica. Um exemplo se dá produção do cuidado da mulher no contexto da gestação que por muitos motivos diferentes do uso de substância ou da situação de rua pode fugir aos estereótipos tradicionais de mulher e em especial, de mãe. A clínica realizada no CnR à tona também o debate da oferta terapêutica ao paciente de saúde mental e ao paciente usuário de substância, quadros também muito frequentes na atenção primária. Essas são as potências que a construção dessa dissertação também me possibilitou como médica de família que hoje não atua mais nestes serviços.

#### **2.4. Marias ou Genis – O Governo da Vida e da Saúde das Mulheres**

*“Sou esse tipo de mulher com quem não se casa, com quem não se faz filhos; falo deste meu lugar feminino sempre de maneira excessiva, muito agressiva, muito barulhenta, muito gorda, muito brutal, muito peluda” Virginie Despentes (1) (pag 9)*

*“Lembro-me perfeitamente de Núbia, por que foi a primeira gestante que atendi na rua. Exatamente no segundo dia de trabalho como médica do Consultório. Eu vinha bastante insegura ainda da minha vivência apenas em atenção básica. Lembro –me de chegar para Fernanda, terapeuta ocupacional da equipe e perguntar: “O que a gente vai fazer hoje de manhã?” e ela responder calmamente: “Nós combinamos com uma gestante de encontrá-la no posto, no Via Norte. A gente vai levar ela para fazer exames e fazer inserção dela no CAPS” E eu pensar: “Ah, ok, isso pelo menos é tranquilo de fazer” Já havia atendido muitas gestantes na unidade básica de saúde, mesmo que eu tivesse que adequar esse atendimento a uma mulher que precisasse de ajuda em relação à dependência química.*

*A Kombi de repente estaciona. Eu pergunto: “Mas a gente não vai pegar a gestante no posto?” Fernanda responde sem entender a questão: “Sim. Aqui é o posto”.*

*E somente neste momento é que eu me percebo na esquina de um posto, só que de gasolina. Ainda é vívida a sensação de estranhamento que aquele momento me provocou.*

*No meu segundo dia de trabalho isso foi extremamente impactante. Ver aquela mulher suja, emagrecida, grávida, vivendo entre papelões atrás do posto de gasolina. Naquele exato momento, é que me dou conta do autômato de pensar “posto” “de saúde”, e do estranhamento ao se tratar de atender uma mulher gestante num “posto” mas “de gasolina” foi o que de fato me fez ter dimensão do quanto eu precisaria ressignificar o que eu achava que sabia” (Diário de Campo – Caso Núbia)*

Ressignificar “o posto”, era também ressignificar as mulheres. O autômato mulher-gestante-posto-de-saúde diz muito sobre as mães e seus estereótipos. Diz também de como esses estereótipos maternos estão profundamente relacionados com as práticas que são colocadas nos serviços de saúde. Essa cena pode ser uma metáfora das tantas coisas que precisaram ser (des)aprendidas nesse processo de atender na rua. Ter dimensão do quanto isso foi difícil é também perceber como ainda é presente o reflexo de todos esses anos de construção da dualidade mulheres-mães e mulheres-da-rua/mulheres-da-vida. É estarrecedor perceber como é árduo o exercício de desfazer essa dualidade e atuar sobre uma realidade que é muito mais complexa.

Iniciaremos aqui novamente com uma proposta de cunho historiográfico sobre as políticas em saúde da mulher. Mas não uma história supostamente sequencial ou comumente realizada. Os fatos da história nos interessam na medida em que é possível extrair deles a formação de um regime de saber-poder, e assim compreender as tecnologias e práticas que esses programas inserem na questão da saúde da mulher e quais racionalidades políticas disputam seus sentidos. Portanto, não se trata de uma narrativa linear das políticas de governo.

É relativamente comum que artigos e documentos oficiais do ministério da saúde iniciem a história das políticas de saúde da mulher pelos programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, e enfatizem que a história da saúde da mulher esteve durante muito tempo centrada no seu papel reprodutivo. No entanto, ao adentrarmos a história da prostituição para investigar essas mulheres que ocupavam as ruas nos deparamos com uma série de produções e de políticas em saúde, que muitas vezes não são mencionadas.

Essas políticas envolviam ações em saúde pública voltadas para as prostitutas. Margareth Rago expõe de forma bastante clara boa parte dessa história no Brasil nos livros *Prazeres da Noite* (25) e em *Do Cabaré ao Lar* (24), tratando em especial neste último não só da história da prostituição, mas da íntima relação da saúde da mulher com a higienização do espaço urbano e colonização dos modos de vidas de classes populares.

Sobre os primeiros olhares em saúde da mulher para as mulheres-mães, Elizabeth Badinter (23) analisa a priorização da saúde da criança numa perspectiva de garantia de uma população produtiva - o que se observa desde os séculos XVII e XVIII, em especial na França, - e como isso impacta e dá origem às produções em saúde maternas e materno-infantil. Nota-se então como esta concepção de saúde coloca a saúde da criança como central na produção dos modos de vida e produção de existência femininos.

“Quando o farol ideológico ilumina apenas o homem pai, e lhe dá todos os poderes, a mãe passa à sombra e sua condição se assemelha a da criança. Inversamente quando a sociedade se interessa pela criança, por sua sobrevivência e educação. O foco é apontado para a mãe, que se torna a personagem essencial” (pag 26) (23)

Depois de fazer nos primeiros capítulos de seu livro um extenso apanhado da autoridade masculina na casa e do desprezo social pela infância, a autora nos conduz a uma genealogia do amor materno e, conseqüentemente, da responsabilidade materna diante da criança.

“Após 1740 abundam as publicações que recomendam às mães a cuidarem pessoalmente dos filhos e lhes ordenam amamenta-los. Elas impõem à mulher a obrigação de ser mãe antes de tudo [...] O novo imperativo, portanto, é a sobrevivência das crianças. E essa nova preocupação passa agora a frente da antiga: a do adestramento daquelas que restavam após a eliminação das mais fracas. As perdas passaram a interessar ao Estado, que procura agora salvar da morte as crianças. Assim o importante já não é o segundo período da infância (após o desmame) mas a primeira etapa da vida, que os pais haviam se habituado a negligenciar, e que era, não obstante o momento de maior mortalidade. Para operar esse salvamento era preciso convencer as mães a se aplicarem às tarefas já esquecidas. Moralistas, administradores, médicos e expuseram seus argumentos mais sutis para persuadi-las” (pag 145-146) (23)

Para a autora, talvez o maior argumento que seja construído nessa época seja o amor materno como algo natural e como fonte de realização e prazer. Realização e felicidade eram prometidas às mulheres por meio da maternidade e, em especial, do amor materno, mas acima de tudo o amor materno, além de associado à felicidade, era associado à normalidade. Assim, mulheres eram consideradas anormais, doentes ou doentes mentais caso não se adequassem a esse modelo de realizar-se como mulher sendo mãe.

Mas de fato o que se pode apreender da autora é que precisamente neste momento, onde a População de um estado começa a ser vista como um valor, e as “perdas” da mortalidade infantil precisam ser combatidas, é que a saúde da mulher entra em pauta. Mas não de todas as mulheres, sem mulher-mãe, ou das amas de leite, que passaram a ter seus corpos fiscalizados pela medicina, por políticas públicas em saúde. Essas políticas, ainda que não garantissem o cuidado propriamente dito, criaram leis, taxas, inspeções e certificações que se tornaram obrigatórias em relação ao estado de saúde dessas mulheres. A autora cita tanto os exames pré-nupciais ou os laudos e atestados médicos-sanitários que eram exigidos das amas de leite na França como os exemplos iniciais desse processo.

Talvez seja importante enfatizar este argumento: o interesse pela sobrevivência e bem-estar da criança é o que conduz ao interesse pelo cuidado materno e materno-

infantil, e gera então os primeiros cuidados em saúde da mulher centrados no momento do ciclo gravídico puerperal. Desse ponto de vista, as mulheres quando entram nas discussões e nas produções em saúde, e em especial saúde pública, não eram um fim em si mesmas, eram o meio necessário para se chegar às crianças saudáveis e uma população produtiva.

Essa investigação, que percorre a vida de mulheres negras, pobres, usuárias de substâncias psicoativas, moradoras de rua, trata de vidas que são dispensáveis, são matáveis. E há muitas formas de dizer essa mensagem na sociedade atual. Mas a vida de seus bebês, a princípio, não é. Pelo menos enquanto são fetos ou bebês com potencial de adoção pelas famílias em geral mais abastadas que compõem as filas, e são considerados “indefesos diante de uma mãe má” Se não compuserem esse percurso da adoção como uma finalidade de sua existência, e se tornarem crianças, e adolescentes negros e pobres das periferias, voltam a estar, assim como suas mães, entre os que são deixados morrer.

Essas mulheres, em geral, não tem abrigo, passam fome, são estupradas, morrem na rua. Concretamente, o que se mobiliza cotidianamente em termos da mídia, sociedade civil organizada, ou estado em torno da vida dessas mulheres em situação de rua é relativamente pouco. Mas para as mulheres grávidas é grande a mobilização.

Quem aponta essa dualidade é Ariane Goim Rios em sua dissertação de mestrado (3) quando a autora discute que a mulher em situação de rua que engravida, sai de uma situação de “invisibilidade” para uma condição de “hipervisibilidade e hipervigilância” diante do Estado e da sociedade como um todo. Nesse momento, há uma grande mobilização de tecnologias que operam o governo das suas condutas, em geral orientados para a preservação da “criança inocente” em seu ventre, não necessariamente a vida dessa mãe como um valor a ser preservado em si.

Para gestantes, a vigilância epidemiológica municipal pressiona pelo cadastro de pré-natal (SIS Pré-natal), e cobra da atenção básica o seguimento da gestação. São ofertados abrigos próprios, os serviços de saúde em geral se desdobram para fazer o acompanhamento clínico e de saúde mental. Essas mulheres mobilizam constantemente a subjetividade de todos, gestores e funcionários. E não tratamos aqui só dos aparatos e programas de governo do Estado, tratamos de todo o governo sobre a vida da gestante que é exercido também fora dele.

*“Chegou ao ponto de Sidney, que era “disciplina” da região, avisar que estava “pegando mal” uma mulher grávida com a barriga tão grande usando tanto. Que todos, inclusive nós da equipe, sabíamos que o principal fator para ela não querer sair de lá e “se internar” era a relação com Cristiano. Que os chefes do tráfico já estavam ameaçando Cristiano por esse motivo. Sidney, numa conversa com Cristiano: “Todo mundo sabe aqui que ela não sai daqui e não vai se tratar por sua causa. Você assumiu ela então tem que cuidar. Leva ela para se tratar, ou vai com ela se internar”. (...) Até que certo dia Cristiano apanha bastante do pessoal do tráfico, muito provavelmente por esse motivo, e, com toda essa situação” Maria Célia aceita “voluntariamente” a internação. (Diário de Campo – Maria Célia)*

*“Jussara, em trabalho de parto na rua, só vai com o SAMU depois de uma “conversa” com o traficante: “O tráfico então ‘fecha a biqueira para ela’, e assim, contra a vontade, ela vai com o SAMU” (Diário de Campo - Caso Jussara)*

Uma questão interessante dos dois casos acima mencionados é que estas não são consideradas internações “involuntárias” (como as equipes de saúde eventualmente lançam mão como terapêutica) ou internações compulsórias (como realizadas pela via do judiciário, em geral por solicitação da família para conter problemas sociais e familiares). Mas será que podemos mesmo chamar as internações de Maria Célia, na enfermaria psiquiátrica, e de Jussara, na obstetrícia, de voluntárias? Nos dois casos, que eu acompanhei pessoalmente, foi o tráfico que obrigou essas mulheres a se internarem. Isso nos coloca novamente a elaboração a partir da teoria Foucaultiana e de Nikolas Rose, de que a investigação sobre o poder e sobre o governo das condutas está para muito além da discussão do Estado propriamente dita, e não necessariamente o tem como finalidade. Nesse ponto, o tráfico, que tem um poder importante dentro das comunidades e em especial nas zonas de venda e uso, toma decisões e governa a conduta dessas mulheres. E com uma racionalidade que não difere desse imaginário compartilhado sobre a mulher mãe: *“estava ‘pegando mal’ uma mulher grávida com a barriga tão grande usando tanto.”* A racionalidade política é a mesma da construção do que é a mulher-mãe, que não pode, não deve usar drogas, assim como a tecnologia de uma “internação involuntária” também é a mesma para governar o problema, ainda que não haja formalmente um programa de governo.

Qualquer mulher gestante percebe essa condição do governo de suas condutas socialmente. Parentes, amigos, profissionais de saúde, uma série de “experts”, de autoridades, têm cada um uma lista enorme de “conselhos” a dar, “cheios de boas intenções” em relação à saúde materna e fetal: o que comer ou não, o que praticar de exercícios, a melhor via de parto, orientações sobre o exercício da sexualidade, modos de vida e de consumo durante a gestação e o puerpério.

A vida de qualquer gestante é altamente governada e a condição da gestação coloca qualquer mulher com uma redução bastante significativa da gestão da própria conduta. Agora, é preciso reforçar que mulheres em situação de rua, ou usuárias de substância, que já tinham a conduta controlada por uma série de outros aparatos de governo, passam a ter estes mecanismos de controle de conduta significativamente amplificados durante este momento da vida. Essa governamentalidade em relação ao cuidado com a gestação será melhor explorada no capítulo 3.

No século XIX é que a ginecologia se estrutura como especialidade médica, definida como “ciência da saúde e da doença da mulher”, tomando-a como objeto de conhecimento e intervenção médica de maneira sistematizada. Com isso, aprofundou-se uma ideia de diferença entre os sexos, e os órgãos sexuais femininos foram considerados determinantes da natureza nervosa, frágil e inconstante da mulher e sua natureza “fisiologicamente patológica” (54). Essas eram especialmente exacerbadas no caso das mulheres da rua, as prostitutas, como mostra Rago em, em especial no capítulo O “Complicado Sexo dos Doutores” (25).

*“Doutora, eu nunca gozei. Tem algum problema na minha vagina?”* (Diário de Campo - Caso Janice)

Mais do que o discernimento, há no olhar analítico e classificatório de médicos, higienistas, criminologistas e inspetores públicos um desejo de eliminação da diferença e normalização do outro - que ainda se mantém vivo, atuante e evidente a quem trabalha com população de rua ou uso abusivo de álcool e outras drogas. Por isso essa historicidade se fez potente no trabalho. Este discurso da normalização é também o que mantém vivo o discurso da “boa mãe”, ainda que este conceito tenha

sido na história recente bastante questionado pelo movimento feminista, que vive hoje um de seus momentos mais atuantes.

*“Tira foto! Tira foto do desenho na barriga! Ficou tão bonito! Vou postar no face e mandar para a minha sogra, aquela megera que fica repetindo que eu sou noia e por isso não vou conseguir ficar com minha filha, que vocês vão tirar ela de mim”*  
(Diário de Campo –caso Sandra)

Maragareth Rago nos conta uma outra história de políticas em saúde e de discussões médicas sobre mulheres: a história das prostitutas. Ela discorre sobre como a saúde da mulher-da-rua se relaciona com os governos de conduta comuns a todas nós, mulheres:

“Os interesses que a prostituição suscitou entre médicos, juristas, criminologistas, literatos e jornalistas desde meados do século XIX esteve estreitamente ligado à preocupação com a moralidade pública, e mais especificamente com os códigos de conduta da mulher, num momento de intenso crescimento urbano-industrial” (pag 21) (25)

As medidas públicas, tecnológicas e práticas, em reação à “higiene” que médicos e policiais tomavam em relação à prostituição eram plenamente justificadas pelas teorias científicas existentes no período, racionalidades políticas que atestavam a inferioridade física e mental da mulher e especialmente da prostituta.

Em relação à saúde e aos corpos de mulheres “da rua” e em situação de prostituição houve extensa produção e vários modelos explicativos médico-biológicos de estudiosos sanitaristas e clínicos. A identificação dos quadris largos e a tendência à degenerescência moral do médico italiano Cesare Lombroso por exemplo. Rago ainda cita (25) o médico J.B. Paes Leme, médico ligado à Faculdade de Medicina de São Paulo que afirma em 1926 o seguinte: “Na mulher domina, sobre o instinto sexual, o instinto materno. Ou melhor, o apetite sexual decorre do instinto materno, enquanto no homem o instinto paterno tem parte muito pequena no coito, em que aquilo que ele procura é o prazer.” A autora percorre também a condição de menor valor dessa mulher inclusive no aspecto jurídico quando examina um texto do jurista Viveiros de Castro sobre a punição em relação ao estupro: “A prostituta, a mulher que faz comércio de seu corpo recebendo homens que a pagam, não tem sentimento de honra

e dignidade. Quem dela abusa contra a sua vontade não lhe prejudica o futuro, não mancha seu nome e nem sua reputação” (25).

Para Margareth a mulher “de rua”, a prostituta, era o equivalente feminino ao “criminoso nato” das teorias de Lombroso, que teve uma extensa produção de matriz biologizante e darwinista para comportamentos desviantes como o crime, além de ter sido um teórico importante para o positivismo.

“ Mulher Pública. Essas mulheres foram percebidas como uma figura voltada para o exterior, mulher do mundo, sem vínculos nem freios, ao contrário da mãe, toda interioridade confinada no aconchego do espaço privado. Na superfície do seu corpo, os médicos leram os traços de sua estrutura psicológica: no tamanho dos quadris, na largura da testa, no comprimento dos dedos decifraram os sinais de uma anormalidade estrutural ” (pag 174) (25) .

Rago no livro *Do Cabaré ao Lar* (24) discute que a desodorização do espaço privado das casas das classes populares realizadas pelos sanitaristas e higienistas no final do século XIX e início do século XX tinha inclusive a função de higienizar não só o espaço, mas os papéis sociais no interior do espaço doméstico que essas práticas produziam. A promoção de um novo modelo de feminilidade segundo a autora, a esposa-dona-de-casa-mãe-de-família, e uma preocupação especial com a infância, que era neste momento percebida como riqueza em potencial da nação, moldaram as peças mestras desse jogo de construção do modelo burguês de relações familiares impostos às classes populares. Incluir hábitos moralizados, costumes regrados, em contraposição às práticas populares “promíscuas e anti-higiênicas” observadas no interior da habitação operária significava revelar ao pobre o modelo de organização familiar a seguir. E nisso, a discussão e a construção da saúde da mulher, da saúde materno infantil e do cuidado com as crianças sempre foi fundamental.

“*Eu aprendi a fumar crack com a minha mãe. Eu tinha uns 12 anos de idade.*”  
(Diário de Campo – Caso Sandra)

Rago ainda enfatiza que a ocupação do espaço urbano pelas mulheres nas fábricas no início do século XX, por exemplo, não se traduz em abrandamento das exigências morais como a virgindade, ao contrário; quanto mais ela escapa da esfera

privada da vida doméstica mais, a sociedade lança sobre seus ombros o signo do pecado, do sentimento de culpa diante do abandono do lar, dos filhos e do marido. Fundamentalmente, do modelo de família.

Nessa empreitada da construção da família nuclear, moderna, higiênica e privativa, a redefinição do estatuto da criança pelo poder médico ganhou um papel fundamental. Estas temáticas, profundamente relacionadas com a condição da mulher em situação de rua (24), têm muitas vezes as ações de governo de suas condutas justificadas com o argumento da preservação da saúde e do bem-estar “da criança” ou ainda, do feto, uma possível “criança”. E muitas vezes esse argumento é suficiente para qualquer ação em relação a essa mulher, como internações compulsórias por exemplo.

De uma posição secundária, a criança foi paulatinamente elevada à condição de figura central no interior da família. Se até o final do século XVIII a medicina não se interessava particularmente pela infância, no século XIX, com o surgimento das ciências da pediatria e pedagogia isso é radicalmente transformado. A conquista desse novo domínio do saber, o objeto-infância, abre as portas da casa para a interferência desse corpo de especialistas e os médicos higienistas e médicos de família no interior do domicílio (24). Construindo a infância como objeto privilegiado, o poder médico procura legitimar-se como tal, demonstrando a toda sociedade a necessidade insubstituível de sua intervenção no interior das famílias como orientador das ações governamentais. Desse modo, o poder médico pretendeu orientar o comportamento feminino, determinando as normas que ela deveria seguir para gerar, parir e criar crianças fortes e saudáveis. O que a autora chama de “Pedagogização da Maternidade” aparece como a principal forma de atuação da saúde pública no fim do século XIX e início do século XX (24).

*“Lembro vividamente da cena, era insólito. Era chocante a cara de chateamento, e de desinteresse das meninas olhando aquelas alunas de nutrição novinhas, belas e brancas, com seus jalecos brancos, falando diante de um power point que versava sobre alimentação durante a gestação. Será que essas alunas percebiam? Eu olhava de fora da sala, do corredor, aquela distopia, enquanto esperava a coordenadora da unidade. Era horrível. Era a primeira vez que a coordenadora nos recebia, a mim e à coordenadora da casa das gestantes, que agora acabava de iniciar seu funcionamento e ficava na área daquela UBS.*

*A coordenadora da casa na época era uma enfermeira que havia trabalhado numa enfermaria psiquiátrica nos últimos 17 anos, e que estava absolutamente contente me contando do quanto era importante a participação (à época obrigatória) das meninas nas atividades do posto como aquela da nutrição ” (Diário de Campo – Início da Casa das Gestantes)*

À prática médica cabia ajudar no combate à “desordem social” que era também considerada causa dos problemas de saúde. No campo da saúde da mulher a atuação se dava em especial no ciclo gravídico puerperal e no estímulo à procriação. Para as prostitutas e mulheres da rua, tratava-se do controle médico sanitário dos problemas venéreos, dos locais de moradia associados a um projeto higienista e um discurso moral. Os anos 20 são considerados centrais no combate às doenças venéreas nessas mulheres e formaram-se campanhas do governo federal a partir de um grupo de médicos da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia (55) Formulou-se a primeira política com amplitude para todo território nacional de combate às doenças venéreas, uma vez que antes só havia políticas centradas nos municípios, como Rio e São Paulo.

“A preocupação com a mortalidade infantil e com as moléstias e fatores que a originam remete então a uma questão de ordem moral e política: Trata-se de eliminar as práticas selvagens e promiscuas de uma população ainda não devidamente civilizada. De regenerar o trabalhador e sua família ensinando-lhes a pedagogia das virtudes. Por isso neste discurso moralista, político, econômico e filantrópico a ignorância, a pobreza, alcoolismo, sífilis tuberculose são tratados como doenças da mesma ordem, como focos infecciosos que atuam e se alastram no interior do corpo social, provocando decomposição e degenerescência” (pag 176) (24)

De 1930 a 1945 novas estruturas são criadas no campo da saúde pública, mas em geral eram voltadas a trabalhadores inseridos no mercado de trabalho formal, sendo que a saúde pública sedimenta-se atrelada ao sistema previdenciário. Em 1937 é criada a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância para apoio técnico e financeiro às instituições públicas e privadas de assistência materno-infantil. Logo depois, em meados da década de 40, a assistência materno-infantil firma-se no Departamento Nacional da Criança, orientada pela puericultura, induzindo e mantendo

tecnologias de controle da gestação, controle do cuidado materno à criança, controle pré-nupcial de saúde, assim como o controle das infecções sexualmente transmissíveis mediante um discurso higienista de base moral, visando a regulação das práticas sexuais, sobretudo as femininas (55).

Ainda segundo Mandú, na segunda metade do século XX o paradigma que orienta a saúde pública muda fundamentalmente da “desordem social e moral” para um paradigma centrado na história natural das doenças. Na década de 70 a política de saúde começa a ampliar a oferta de tecnologias de atenção médica e tecnologias de diagnóstico e tratamento de doenças. Em 1974-1975 oficializa-se o Programa Materno Infantil (PMI) onde pela primeira vez é investido, além das orientações sobre assistência à gravidez, parto e puerpério, estímulo à amamentação, estímulo ao espaçamento entre as gestações e controle da fertilidade feminina. A iniciativa é também uma resposta ao movimento internacional que discutia o controle populacional de países em desenvolvimento. O século XIX e início do XX são marcados pelo controle da mortalidade (sobretudo infantil) e estímulo à natalidade, ainda que isso caminhasse junto a claras restrições morais ao exercício da sexualidade, sobretudo femininas, vale sempre notar.

Na segunda metade do século XX ocorria um movimento global de discussão sobre populações que atualizava o discurso do economista britânico Thomas Malthus, cujas teorias datam do início do século XIX e ficaram posteriormente conhecidas como Malthusianismo. O economista discutia que a população tenderia a crescer em progressão geométrica, e esse crescimento deveria ser então regulado para o bem-estar de todos, devido à futura escassez de recursos naturais e à necessidade de cuidado com o meio ambiente. Aliado à isso, o autor apresentava um amplo discurso moral: o economista, que também era pastor anglicano, condenava veementemente a miséria e os “vícios”, relacionados especialmente às classes populares. À luz da atualização dessas teorias, chamadas de neomalthusianistas, ou antinatalistas, muito se discutiu, em especial nas décadas de 60 e 70, sobre o elevado número de filhos e as altas taxas de natalidade de países em desenvolvimento serem uma das causas fundamentais da miséria. O controle de natalidade se configuraria, portanto, como uma política de combate à pobreza que deveria ser realizada por esses países.

Novamente, as políticas exercem a função de construir o modelo de mulher e mãe a ser produzido socialmente, só que agora associado a uma concepção eugênica sobre quais mulheres podem “reproduzir-se” e quais não. Forma-se nesse momento

uma racionalidade, que se opera por meio de programas e práticas que Simone Diniz e Laura Mattar chamam de Hierarquia Reprodutiva: quais mulheres e quais casais podem “reproduzir-se” ou não, em que determinantes como raça, classe social e parceria sexual determinam a legitimidade social da reprodução e da maternidade (56).

*“Eu podia imaginar a madrasta de Muriel com aquele discurso que já havia ouvido tantas vezes: quem quer engravidar não consegue, e essas meninas conseguem”* (Diário de Campo – Caso Muriel)

Muitas Conferências Internacionais sobre Populações e sobre saúde da mulher foram realizadas entre as décadas de 70 e 80 para discutir o crescimento populacional de países pobres, que era visto como um problema a ser combatido. Isso se relacionava de maneira intrínseca com as elaborações das políticas públicas do estado diante do corpo feminino e da reprodução em muitos países do mundo.

No mesmo momento, o movimento feminista consolidava uma discussão sobre papéis sociais relacionados ao sexo, e fundamentalmente uma discussão sobre o corpo. O movimento feminista participou ativamente dessas conferências que discutiam “populações”, onde se iniciou a trajetória de formulação e implementação da ideia de Direitos Sexuais e Reprodutivos. Pautavam à época a obrigação dos governos de tornarem os programas chamados então de “Planejamento Familiar” disponíveis, com acesso universal às mulheres.

“Durante décadas, as mulheres foram alvos preferenciais dos programas de controle populacional e de iniciativas de desenvolvimento centradas em uma perspectiva masculina. A interferência do movimento populacional na política internacional sempre teve como único objetivo reduzir o crescimento populacional, com escassa ou nenhuma preocupação de fato com as mulheres – que eram vistas somente como objeto de regulação e controle, mesmo sendo os principais sujeitos da atividade reprodutiva. Já o movimento de mulheres, que também tinha na reprodução um de seus elementos centrais, focava-se no controle da mulher sobre o seu próprio corpo, sua sexualidade e vida reprodutiva, em clara oposição à interferência da Igreja e do Estado em seus corpos” (pag 110) (56)

A interferência do movimento antinatalista e neomalthusiano quando pautava o “planejamento familiar” ainda se tratava de uma perspectiva masculina de controle de

corpos, em especial de corpos pobres, em geral negros. Já o movimento feminista, que também tinha a reprodução como um dos seus elementos centrais, o fazia com o objetivo da autonomia da mulher sobre o próprio corpo, sua sexualidade e seu planejamento reprodutivo, o que são racionalidades políticas bastante diferentes, ainda que ambos lutassem naquele momento, durante as conferências, pela adoção do mesmo programa de governo ao redor do mundo, que era a oferta sistemática de métodos contraceptivos gratuitos à população.

Alguns setores do movimento feminista atualmente não negam a relação entre maternidade e empobrecimento, mas a coloca na perspectiva de que a maternidade que empobrece é aquela em que a mulher desamparada - seja pela ausência de sua própria família, desamparada pelo pai da criança, sem políticas públicas estatais - e portanto a partir da maternidade tem limitada a sua capacidade de trabalho e geração de renda. Nesse sentido, pode-se afirmar que a ausência de suporte social à maternidade exerce, entre outras consequências, uma violência do tipo patrimonial contra as mulheres (56).

Nesse ponto temos um cenário análogo hoje quando se trata das mulheres em situação de rua e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas. Antinatalismo ou neomalthusianismo são racionalidades a princípio antigas, mas absolutamente quotidianas. É comum a fala de muitos movimentos ou de políticos a favor de mecanismos de oferta de métodos contraceptivos ou mesmo de legalização do aborto quando se tratam dessas mulheres negras, pobres, em situação de rua e uso de drogas. No fundo há uma concepção eugênica de que essas mulheres não devem se reproduzir, e são indignas da maternidade. O que é muito diferente do que propõe o movimento feminista. Ainda que busquem tecnologias semelhantes, como acesso à contracepção ou legalização do aborto, a racionalidade política é completamente diferente, quando não oposta. E isso pode mudar significativamente o uso que se faz da tecnologia, como, por exemplo, um uso voluntário ou coercitivo desses mesmos meios de controle da natalidade.

“Enquanto nos perguntamos quantos filhos queremos, o governador do Rio de Janeiro Sérgio Cabral Filho defende o aborto como método de redução da violência no estado. Em entrevista o político declara que a falta de um controle de natalidade mais severo e a não-legalização do aborto são ‘uma fábrica de produzir marginal’ e reforça: ‘você pega o número de filhos por mãe na Lagoa Rodrigo de Freitas e em Copacabana, é padrão sueco. Agora, na Rocinha é padrão Zâmbia. Isso é uma fábrica de produzir marginais” (Coletiva dada pelo

ex-governador do estado do Rio de Janeiro Sérgio Cabral no 35º Congresso Brasileiro de Agência de Viagens e Feira das Américas, em 24/10/2007) (pag 92) apud (57)

É assim que as mulheres as quais acompanhamos neste trabalho são tratadas muitas vezes: seus ventres seriam fábricas de produzir marginais, assim como uma reprodução delas mesmas, sempre à margem.

Isso poderia no máximo ser evitado com a perda de guarda desse bebê e garantia de adoção por uma família “de bem”, fora da margem, para as quais seus filhos deveriam passar o mais rápido possível. Famílias que criam, educam e governam esses corpos a fim de que não cumpram sua “sina” de reproduzir a marginalidade. Ouso supor, pelos anos de trabalho no consultório e as experiências no GT Maternidades da Defensoria Pública, que há uma racionalidade de valorização dessas famílias adotantes fora da margem, e que é em respeito a elas que esses fetos devem ser cuidados ainda no ventre materno, e não aos fetos em si. Isto diante do fato de que fora dessas famílias, essas vidas de crianças “marginais” são matáveis e descartáveis em nossa sociedade, assim como as de suas mães.

“É preciso humanizar essas mães. Nos processos (de destituição da guarda) elas quase não aparecem. São nomes, quase números. Estamos focados na criança. Esses dias uma mãe apareceu e perguntou se poderia deixar uma carta no processo para a sua filha. Eu não sabia o que dizer” (J. psicóloga do poder judiciário, em entrevista para Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama) (pag 50) (6)

*“- Você que é a médica?*

*- Sim, sou eu sim.*

*- Na hora do parto você pode me anestésiar?*

*- Eu não posso, querida (e naquele momento começo eu a discutir confiante sobre analgesia de parto e violência obstétrica, assunto que eu achava que ela estava colocando como necessidade de ajuda) O médico que fica no hospital é o anestésista, eu vou fazer só teu pré-natal, mas a anestesia é um direito seu, e você pode pedir a qualquer momento que estiver com dor...*

*- Não dona, é que eu queria aquela de dormir.*

*- De dormir?*

- *Sim, aquela que apaga a gente, por que é muito ruim nascer, a gente ver chorar, e depois ter que dar*” (Diário de campo – Caso Jussara)

No ano de 1983 houve no Brasil uma CPI (Comissão Parlamentar de Inquérito) do Senado Federal que investigava o “Crescimento Populacional”, alinhada com organismos internacionais que orientavam países em desenvolvimento a conter o crescimento demográfico, em especial da população pobre. Em plena ditadura militar, atores neomalthusianos pró-controle demográfico contavam com a simpatia dos militares, e empresários e tinham forte influência no parlamento. Mas, ao mesmo tempo, o movimento feminista nacional, aliado aos movimentos de reforma sanitária já se organizavam em reuniões e formulações pautando as diferenças de gênero e a autonomia da mulher sobre o próprio corpo e sobre como isso se transformaria em termos de política pública em saúde (55).

O então Ministro da saúde Waldyr Arcoverde apresenta nesta mesma CPI para crescimento populacional a proposta do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), que foi elaborada por uma comissão especialmente composta para este fim, a pedido do ministério. Era constituída por dois médicos ginecologistas, uma médica sanitarista do movimento de mulheres e uma socióloga.<sup>6</sup> Essa comissão elaborou as bases doutrinárias do programa, assim como normas técnicas e procedimentos, e ele foi lançado oficialmente em 1984 (55).

O PAISM é considerado um marco, possivelmente o maior, na assistência à saúde da mulher no país. Foi um projeto que buscou efetivar a ideia de integralidade da atenção com integração e regionalização de serviços. Foi o primeiro programa, inclusive no mundo, a propor o atendimento à saúde reprodutiva na perspectiva da atenção integral, e não com ações isoladas de “planejamento familiar” (55). O PAISM como nova diretriz dedicava dois itens ao planejamento reprodutivo (que à época era chamado planejamento familiar), tratava essas atividades como complementares às ações materno-infantis e esclarecia que buscavam “equidade, oportunidade de acesso às informações e aos meios para a regulação da fertilidade por parte da população” (58), além de enfatizar que as ações estavam desvinculadas “de qualquer caráter coercitivo para as famílias que vinham a utilizá-las” (58). O documento

---

<sup>6</sup> Socióloga Maria da Graça Ohana, da Divisão de Saúde Materno Infantil. Ana Maria Costa, da equipe do Ministério da Saúde. Aníbal Fagundes e Oswaldo Grassioto, ginecologistas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

sustenta ainda a necessidade de não se vincular a adoção dessas atividades como solução para problemas sociais e econômicos do país.

O PAISM efetiva a noção de integralidade em saúde da mulher com assistência clínico-ginecológica, oncologia e climatério - serviços que antes eram pouco oferecidos e não sistematizados, além de trazer as propostas e sistematizações das ações de educação em saúde, em relação à sexualidade, ao próprio corpo e às infecções sexualmente transmissíveis. Isso ocorreria em meio a muitas manifestações contrárias como, por exemplo, da Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar (BEMFAM) pelos conteúdos de educação em saúde e sexualidade, ou de alguns setores inclusive do movimento feminista, que suspeitavam que as ações teriam dimensão antinatalista, ou que reforçassem o estereótipo da mulher ser a responsável pela reprodução. Havia, por outro lado, grupos favoráveis ao programa, como setores da reforma sanitária e parte do movimento feminista, que compreendia que a inclusão das atividades de educação em saúde e, em especial de contracepção, atendia a um anseio das mulheres brasileiras e não tinha sido recebido por elas com desconfiança (59)

Havia queixas contundentes das mulheres nessa época da criação do PAISM (59) de que os médicos encaravam as mulheres principalmente, quando não apenas, como úteros grávidos. E o programa vinha como uma resposta também a isso. Vale destacar aqui que essa ainda é uma queixa comum das mulheres em situação de rua ou usuárias de substância que se encontram grávidas.

*“Eu sonhei que eu estava na rua, na calçada, e acordava que nem a gente acorda quando dorme na calçada, vendo as canelas das pessoas de manhã. Eu estava toda ensanguentada, eu tinha tido ela dormindo, bem na rua. Daí vocês chegavam, levavam ela, cuidavam dela e eu continuava na poça de sangue na calçada. E todo mundo passava por mim e ninguém via que eu estava ali.”* (Diário de Campo- Caso Sandra)

Em 1988 houve a aprovação do Sistema Único de Saúde. O SUS tem como marco legislativo a Constituição Federal de 1988, que estabelece em seu artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao

acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (CF, 1988).

Em relação à população de que trata este estudo, predominantemente mulheres negras e pobres, tradicionalmente necessitadas dessas políticas sociais e econômicas das quais fala esse artigo federal, é importante especificar um capítulo desta história. Em 1985 acontece em Bertioga (SP) o terceiro Encontro Feminista da América Latina e Caribe (60), onde foram discutido assuntos como mortalidade materna e saúde sexual e reprodutiva das mulheres negras. Mulheres negras tinham menor taxa de fecundidade até a década de 60. De acordo com as análises, isso resultava num alto índice de infecções sexualmente transmissíveis, além de menores índices de casamentos e uniões legalizadas (60): as mulheres negras se casavam mais tarde e mantinham celibato por mais tempo. Durante toda a década de 80 o feminismo negro denunciou práticas controlistas e coercitivas de controle de natalidade nessas mulheres, negras e em especial pobres.

Em 1990 houve a criação da Campanha Nacional contra a Esterilização de Mulheres Negras, liderada pela médica negra Jurema Werneck, cujo slogan era “Esterilização – do Controle de Natalidade ao Genocídio do Povo Negro”. Em 1991 o instituto Geledés lança dois cadernos: “Mulher Negra e Saúde” e “Esterilização: Impunidade ou Regulamentação”. (60)

O ápice dessa discussão se dá em 1993, quando se instaura uma CPMI (Comissão Parlamentar Mista de Inquérito) destinada a investigar a incidência da esterilização em massa de mulheres negras no Brasil. Anteriormente já haviam sido feitas duas tentativas de CPMI sobre este tema, sendo que a primeira não foi concluída e a segunda produziu um relatório copiado quase que literalmente de um documento as BEMFAM.<sup>7</sup> A conclusão da CPMI de 1993 foi de que existia interesse internacional pelo controle demográfico; as agências internacionais forneciam recursos financeiros às nacionais como a BEMFAM e o Estado não tinha critérios definidos para esterilização no país. Mas afirmava também que não procedia a denúncia de maiores taxas de esterilização da população negra, ressaltando a dificuldade de ter a informação relativa à cor de pele. Essa CPMI na verdade formou as bases no Brasil para a Lei de Planejamento Familiar, aprovada em 12 de janeiro de 1996, a Lei n. 9.263, que regulamenta o então ainda chamado Planejamento

---

<sup>7</sup> Sociedade Civil Bem Estar Familiar do Brasil. Uma entidade sem fins lucrativos que atuava com princípio religiosos no país.

Familiar no Brasil e estabelece em seu art. 2º: “Para fins desta Lei, entende-se Planejamento Familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (60). Hoje o movimento feminista tende a usar o termo Planejamento Reprodutivo.

*“Adelaide, gestora, com muita dificuldade conseguiu conversar com a médica responsável pela enfermagem e conseguiu uma laqueadura para Keyla nas 48 ou 72 horas que ficaria como puérpera internada. Estávamos felizes. Menos Fernando. Ele, em uma troca de e-mail que envolvia a coordenadora da saúde da mulher do município, foi abertamente contra, e acusou de flexibilizarmos as regras de planejamento reprodutivo porque tratava-se de uma paciente negra, moradora de rua, com transtorno mental, que isso era uma medida eugênica. E disse isso com certa dureza. A coordenadora de saúde da mulher liga para Adelaide. Relações institucionais foram bastante estremecidas. A laqueadura de Keyla é cancelada. E fica um clima estranho também dentro da equipe em relação à Fernando.”* (Diário de Campo – Caso Keyla)

*“Aproveitei o tempo que pude para conversar com Tavares, ginecologista que atendia com uma maca portátil na tenda do Braços Abertos. Ele conta que a prefeitura liberou apenas para aquela área da “cracolândia” a colocação por ele de implante subcutâneo de levonogestrel como contraceptivo, que eles usavam bastante. Que não era ofertado em nenhuma outra unidade básica da cidade. E que o fluxo para laqueadura era discutido numa comissão intersetorial caso a caso, também separado, não necessariamente obedecendo a lei federal e os critérios para início de processo de laqueadura durante pré-natal ou puerpério.”* (Diário de Campo – Visita Braços Abertos)

No ano 2.000, dentro da política do SUS, foi implantado dentro da Política Nacional de Humanização o Programa de Humanização do Parto e do Nascimento, cujo objetivo era, segundo o próprio documento do ministério “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (61). Ainda hoje, 18 anos depois, lutamos com dificuldades para efetivar

essas diretrizes no caso das mulheres em uso abusivo de álcool e outras drogas ou situação de rua. A política mantém os seguintes pilares:

- 1) Toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- 2) Toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- 3) Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica;
- 4) Todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.”

É importante também salientar que no caso da assistência neonatal, muitos bebês são precocemente separados de suas mães, ou têm seu direito ao aleitamento materno violado, direito à família de origem e direito à história e convivência comunitária violados - todos eles previstos no ECA (Estatuto da Criança e Adolescente) - por critérios muitas vezes sem evidência científica e baseados numa avaliação moral sobre uso de drogas.

*“Estávamos nos momentos finais da apresentação, quando o espaço foi aberto para falas e um debate entre os presentes. Surge então uma psicóloga, nova, que se apresenta como contratada recentemente por uma maternidade pública de São Paulo para a área do alojamento conjunto. E nos pergunta: “lá quando a mãe relata qualquer uso de qualquer substância, mesmo maconha, nos últimos três meses eles já não colocam para amamentar desde a hora do parto e já introduzem leite artificial. Eles dizem que se ela usou nos últimos três meses é alta a chance dela ter uma recaída, e se ela tiver uma recaída amamentando será muito ruim. Então é melhor colocar leite artificial de uma vez para prevenir. Isso está correto?” (Diário de Campo – Apresentação Centro de Acolhida de São Paulo)*

A partir desse documento da Política de Humanização do Parto, foi lançado em 2004 o PANAIM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher), documento que foi posteriormente atualizado em 2007 e 2011. A política se situa na promoção do debate em saúde no país, assim como no debate dos movimentos feministas em saúde.

Em 2005 foi publicada no Brasil a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, elaborada em parceria com os ministérios da Educação, da Justiça, do Desenvolvimento Agrário e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, e com as secretarias Especial de Políticas para as Mulheres, de Políticas de Promoção da Igualdade Racial e Especial de Direitos Humanos. Neste documento, a inspiração na Declaração Universal dos Direitos Humanos e na construção do movimento feminista em relação aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres é clara:

“O Ministério da Saúde entende que o controle da natalidade, que implica imposições do Governo sobre a vida reprodutiva de homens e mulheres, não é estratégia adequada para a superação da situação de pobreza existente no País e contraria os princípios dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos. A superação dessa situação passa pela implementação de políticas que promovam desenvolvimento sustentável e distribuição mais igualitária da riqueza, diminuindo dessa forma as enormes desigualdades existentes.” (Pag 8) (62)

Entre existir a política, o programa de governo e ele se efetivar no cotidiano dos serviços por meio de tecnologias e práticas há uma distância muitas vezes abissal. Esta ainda não foi transposta em especial para as mulheres em situação de rua, que só ganham sua política própria para a população em situação de rua em 2009, além de um equipamento concreto de acesso específico como o Consultório na Rua, em 2011.

*“Muriel contou que já tinha engravidado uma vez, não fez nenhum pré-natal e teve a criança em uso, fumando muito, na biqueira mesmo, que precisaram chamar o SAMU.”* (Diário de Campo- Caso Muriel)

Em 2005 é lançada também a Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: Atenção à Saúde das Mulheres Negras. A proposta vem da necessidade de oferecer atenção às mulheres e recém-nascidos(as) negros(as), respeitando suas singularidades culturais e, sobretudo, atentando para as especificidades no perfil de morbimortalidade - o que impacta de maneira indireta na população de rua ou usuária de substância psicoativa devido ao recorte de raça já apresentado neste material.

Em 2007 também é lançada outra política que impacta bastante a população de que trata essa pesquisa: O Plano Integrado de Enfrentamento da Feminilização da Epidemia de AIDS e Outras DSTs. O enfrentamento da feminilização da epidemia exige que os esforços se concentrem na redução dos fatores de ordem social, individual e programática que implicam a limitação de acesso à informação, aos insumos de prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento. Essas limitações, somadas aos aspectos socioculturais relacionados às desigualdades de gênero, se constituem como os principais desafios para a implantação do Plano. A política teve como elemento fundamental o enfrentamento das múltiplas vulnerabilidades que contribuem para que as mulheres brasileiras estejam mais suscetíveis à infecção pelo vírus HIV e a outras doenças sexualmente transmissíveis - doenças de alta prevalência nas mulheres que compõem essa trajetória.

Em 2011 é instituído no SUS, dentro da proposta de redes de atenção em saúde, a Rede Cegonha, através da portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011 . A Rede Cegonha se compõe como um dos componentes da RAS (Redes de Atenção à Saúde) - já discutida neste trabalho quando foi abordamos o surgimento da Rede de Atenção Psicossocial. Relembrando, a RAPS é o componente da RAS sobre atenção psicossocial e saúde mental, e a Rede Cegonha compôs a área de saúde da mulher.

A Rede Cegonha foi muito criticada pelo movimento feminista do país, com o argumento de que sua concepção reforça a perspectiva materno-infantil da saúde da mulher e retrocede os últimos trinta anos de políticas. Retoma a noção de mulher como sujeito restrito a um programa focal e voltado para a reprodução - bastante diferente da RAPS, por exemplo, que era um programa amplo, com várias dimensões da assistência em saúde mental. Muito se criticou inclusive a escolha do nome, que expressa simbolicamente a dessexualização da reprodução e ainda dá ênfase, segundo o movimento, ao conceito. Ainda que na parte textual da política estivesse claro o desejo de manter o enfoque do debate de gênero, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, ela foi muito criticada. Seus defensores política enfatizavam a importância da redução de mortalidade materna e infantil e a dificuldade ainda neste momento histórico do país, e do SUS, da garantia de uma assistência ao pré-natal, parto e puerpério que fosse qualificada e humanizada.

É importante salientar ainda que esse histórico dos programas de saúde da mulher, em especial pós advento do SUS, é fundamental para a construção dos equipamentos que compõem as redes de atenção. Nesta linha, é somente com a

constituição do Consultório na Rua que essas políticas começam a chegar na mulher em situação de rua, em especial no que tange aos direitos sexuais e reprodutivos, que envolvem do acesso a métodos contraceptivos e pré-natal, a outros componentes da atenção à gestação.

E, de fato, é a partir da interseção entre as racionalidades políticas e os programas de governo em torno da população de rua e do uso de álcool e outras drogas com as racionalidades e programas em saúde da mulher que ocorrem as tecnologias e práticas a serem elaboradas no próximo capítulo, em que serão discutidas as práticas em torno da gestação a partir dos campos investigados: Consultório na Rua, CAPS AD e GT Maternidades Estadual. Essa discussão se dará com ênfase no encontro clínico, ainda que seja uma clínica que é sempre compartilhada com a equipe e atravessada pela rede de saúde e rede intersetorial a todo momento, pela própria natureza do objeto e do campo de investigação.

### 3. Pré-Natal: É Possível Construir um Cuidado Sem Governo de Conduta?

“A este debate filosófico de grande importância toda mulher - mãe ou não - está convidada. Neste momento é a todas elas que cabe testemunhar, ouvir e julgar” (Elizabeth Badinter, sobre o amor materno— pag 18) (23)

Muito distante da pretensão de efetivamente responder à pergunta que dá título a esse capítulo: “Pré-Natal: É Possível Construir um Cuidado Que Não Governe?”, o intuito desta seção inicialmente é colocar luz sobre esta questão fundamental ao cuidado de qualquer mulher no pré-natal, mas se coloca de maneira visceral quando se trata das mulheres das ruas.

Ao iniciar o capítulo com essa pergunta já há uma associação não trivial (e inclusive polêmica) entre dois arcabouços teóricos: 1) A teoria de governamentalidade de Foucault, que se inscreve numa corrente filosófica pós-estruturalista e 2) As teorias feministas que buscam invenções e produções de cuidado dos corpos femininos que não sejam fundados sob a ótica do patriarcado ou que não tenham suas práticas marcadas por ele.

Para as feministas, o patriarcado, ou seja, a dominação sistemática da mulher pelo masculino (e propositadamente não digo homem, mas o masculino, que é presente em homens e mulheres) é característica fundante e estruturante da organização social atual, incluindo a produção de conhecimentos e práticas sobre o corpo feminino. Nesse sentido, nos encontramos entre as produções acadêmicas que advogam que as teorias pós-estruturalistas - e, no caso deste trabalho em especial, as produções de Michel Foucault e Nikolas Rose - são potentes para o pensamento feminista.

Este movimento da aproximação teórica entre esses dois campos das ciências humanas e sociais tem sido extensamente discutido ao longo dos últimos anos, e uma publicação aqui utilizada que investiga essas intersecções de maneira pormenorizada é o livro de Margaret McLaren: *‘Foucault, Feminismos e Subjetividade’* (63). Nele, a autora argumenta o quanto a teoria foucaultiana apresnta pontos centrais que subsidiam e convergem com a teoria feminista.

Neste mestrado, aposta-se que os pontos de convergência entre as teorias feministas e a produção foucaultiana residem nas elaborações do autor sobre as noções de poder, e governo de conduta e cuidado de si. McLaren destaca pontos mais específicos como: 1) Corpo como um ponto de poder (e portanto também de resistência); 2) Poder como um exercício local e; 3) Ênfase na importância do discurso (63); eu acrescento de maneira destacada um outro item: 4) a dimensão política do cuidado de si.

Parto da premissa extensivamente estudada pela teoria feminista de que as mulheres são constantemente governadas numa sociedade patriarcal. Mulheres têm seus corpos e suas subjetividades sujeitadas: seus modos de ser no mundo, o que pensam a respeito dos outros e de si mesmas.

A construção de uma suposta identidade, ou “essência” feminina é um dos temas centrais para a consolidação e atualização do patriarcado. Iremos centrar este debate na suposta identidade ou “essência” da mulher-mãe, ou em como a maternidade é identitária como parte desta “essência” feminina, o que por analogia faz com que as mulheres não mães - ou que estejam no arquétipo da “puta”- sejam mulheres de menor valor, um pouco menos mulheres, mulheres incompletas, que não conheceram a suposta plenitude da existência feminina, que supostamente apenas é vivida através da maternidade. Por sua construção em torno do sujeito e da produção da identidade, há também a aposta de que as teorias pós-estruturalistas são tão potentes aos feminismos que questionam a produção de uma imposição de identidade do feminino construída pelo patriarcado. Também estas teorias também constituem uma ferramenta fecunda para a análise da resistência a esses movimentos de sujeição que as mulheres desenvolvem nas práticas quotidianas da vida e em seus movimentos políticos organizados.

A partir de um olhar pós-estruturalista é possível se perguntar: O que é ser mulher? Quais redes operam por meio de instituições, discursos, e práticas que constroem uma identidade, uma subjetividade corporificada e historicamente construída do que é feminino? Como devem viver? Quais corpos devem ter? Como devem usufruir de seus corpos e como devem se relacionar com seus prazeres, sejam eles sexuais ou não? Como devem dispor de seus corpos para a construção do que socialmente for determinado como exercício de maternidade? Em torno de quais práticas se compõe o nosso atual conceito de maternidade? Quais racionalidades

políticas, programas de governo e tecnologias estão em torno da maternidade, e dos programas de pré-natal?

Não temos nesta investigação a profundidade filosófica necessária para respostas consistentes a essas perguntas, no entanto fazê-las já incorre numa escolha ética e política. Assim como elas tangenciam de maneira transversal toda a dissertação, em especial as questões relacionadas ao pré-natal.

Por mais que vivamos na atualidade uma grande onda de avanços do movimento feminista, não são poucos os entraves a esses avanços, assim como as forças que ainda tentam governar as condutas e as possibilidades de conduta das mulheres. Entraves que tencionam de maneira estrutural para a manutenção de um modelo de subjetividade feminina ainda centrado em racionalidades políticas que operam em chaves do feminino como a “bela, recatada e do lar” e tentam desesperadamente conservar o ideário de mulher construído a partir da revolução burguesa (24).

Mas poucas coisas são tão resistentes a esse governo, a esse modelo de corpo e de subjetividade corporificada “bela-recatada-e-do-lar” da mulher burguesa do que o corpo e a subjetividade de uma mulher que vive nas ruas. E justamente por isso é que se entende nesse estudo que o encontro – ou mesmo a simples aproximação - com os modos de vida dessas mulheres é tão potente para a superação do patriarcado que envolve a todas nós. Essas mulheres têm corpos menos dóceis, que certamente nos provocam novas reflexões sobre nós mesmas.

A governamentalidade na obra de Foucault tem formulações distintas, que variam desde modalidades amplas de governo dentro da política, economia política e populações, às elações micropolíticas de governo, incluindo as relações de governo do eu por si mesmo, e governo de si na relação com os outros. O autor enfatiza estas últimas instâncias em especial na sua fase ética, onde estuda as técnicas de si, e discorre que as relações consigo mesmo não podem ser excluídas do debate das relações de poder. Entende-se aqui que essas duas dobras do conceito atravessam sobremaneira a discussão dos feminismos, assim como das mulheres e mulheres gestantes em situação de rua.

O governo macropolítico e de populações e o governo micropolítico e governo de si são ambos centrais em temas como pré-natal e maternidade e comparecem ambos neste mestrado. Os governos macropolíticos se apresentam nesse texto na breve exposição sobre políticas em saúde da mulher, enquanto as relações

micropolíticas e o governo de si se refletem nas histórias das mulheres aqui apresentadas com suas relações de desejo ou não pela maternidade, de culpa e prazer etc

Ao compreendermos a noção de poder a partir da análise das tecnologias de governo da conduta - que não são prioritariamente repressivas, mas produtivas, constituídas sob a égide do bem-estar e da saúde individual e da população - é possível perceber o modo como um discurso em torno do “bem” cria tecnologias que normatizam, delimitam pontos, meios e situações em que é necessário usar a força, imposição e até mesmo violência concreta. Onde “cuidar” pode encobrir um imperativo de higiene social, seja no que se faz com os usuários de substâncias psicoativas ou com os hábitos das mulheres como demonstram Badinter e Rago (24) (23).

O pré-natal, e a saúde materno-infantil como um todo, é das atividades mais governadas do ponto de vista de macropolítica e de saúde pública, assim como da micropolítica no cotidiano da vida das mulheres.

Desde a formação dos Estados Nacionais e da valorização da população (e em especial da população saudável e produtiva) como um bem rentável ao Estado, a atenção materno-infantil torna-se uma prioridade Estatal (23).

“O novo imperativo é, portanto, a sobrevivência das crianças. E essa nova preocupação passa agora à frente da antiga que era o adestramento daquelas que restavam após a eliminação das mais fracas. As perdas passam a interessar ao Estado que procura salvar da morte as crianças. [...] E para operar esse salvamento era preciso convencer às mães a se aplicarem às tarefas esquecidas” (pag 146) (23)

Os primeiros programas públicos no Brasil e no mundo voltados à saúde específica do corpo feminino eram os exames pré-nupciais e os pré-natais.

“No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares” (pag 75) (54)

Muito desses governos das condutas femininas, desde os primeiros programas de exames pré-nupciais e pré-natais se dá com a justificativa da proteção da criança, do bebê e do feto. Ressalto a importância de reconhecer estes três significantes distintos, com significados igualmente distintos, mas que na maior parte das vezes, em especial nas experiências quotidianas nos serviços de saúde, acabam sendo colocados como intercambiáveis.

A gestação nos provoca constantemente a essa questão envolvendo esses significantes: são dois corpos em um só corpo? É uma peculiaridade antológica vemos a mulher gestante e o binômio mãe-bebê. Se por um lado tem-se um corpo de uma mulher, que tem direito sobre ele; por outro pode-se por ventura dar a esse feto o estatuto de “bebê”, ou de corpo, configurando dois corpos no mesmo espaço. O que remonta a um dos problemas filosóficos mais antigos e clássicos e deságua numa aporia.

Assumindo que não há uma verdade universal, ou uma verdade em si mesma a ser descoberta sobre essa questão de serem dois corpos ou não, se há “vida” intra-útero para além da mulher gestante ou não, parto de uma perspectiva foucaultiana de que são as relações de poder que criam os critérios de verdade para essa questão.

Numa sociedade patriarcal onde a mulher tem baixo poder sobre as próprias condutas e sobre si mesma, a existência desse suposto outro corpo ou de uma possível vida autônoma (que ainda não o é, trata-se de uma possibilidade futura, que inclusive pode não ser) torna-se muitas vezes mais importante e mais “poderosa” do que a existência do corpo feminino. Corpo feminino que é, não só anterior ao corpo do feto, como condição para sua existência, em especial nos primeiros meses de gestação.

Quando há um suposto, ou possível outro corpo em seu corpo, o corpo feminino e a subjetividade corporificada feminina perdem mais ainda o pouco poder que a mulher tinha sobre si e sobre a determinação de suas próprias condutas.

Há aqui a hipótese de que o corpo materno, em especial o corpo grávido, é mais governado do que os corpos das mulheres em geral, devido a essa condição específica. E isso se dá de muitas formas, dentro do Estado e para muito além dele, em quase todas as relações sociais dessa mulher.

Qualquer mulher que já vivenciou uma gestação entende bem como o governo sobre suas condutas aumenta nesse momento. Há sempre um conselho, uma verdade, uma prática a ser dita ou imposta. Isso se dá sobre os mais diversos

comportamentos e práticas femininas na gestação, como comer, vestir, atividades da vida diária, sobre a via de parto e sobre os futuros cuidados com os bebês. Algumas autoras feministas como Badinter e Rago chamarão esse processo de *pedagogização da maternidade*, onde as mulheres são frequentemente “ensinadas”, pelos mais diversos atores sociais, a como devem ser mães (24). O corpo grávido é governado por médicos, filósofos, religiões, pelo Estado, pela família e instituições diversas.

Badinter (23) constrói sua hipótese sobre como o ideal (ou podemos aqui chamar de racionalidade política) de “amor materno” ou de “instinto materno” vem sendo socialmente construído e colocado não apenas como o modelo de felicidade possível às mulheres, mas como o modelo de normalidade. Mulheres seriam felizes como mães, e as que não fossem felizes assim seriam consideradas loucas ou anormais. Segundo a autora, esse suposto amor e instinto materno seria demonstrado por meio das práticas do cuidado com os filhos em termos de higiene e boas condutas, amamentação exclusiva e total devoção ao cuidado em especial do bebê, cuidado esse que já começaria na gestação, nas dietas e exercícios.

A alegria oriunda da negação dos próprios prazeres, projetos, e mesmo das suas necessidades em prol da criação dos filhos e conservação do modelo burguês de família é presente no ideal patriarcal de mulher normal nos séculos XVIII e XIX. Advogamos aqui que isso se assemelha com a discussão Foucaultiana sobre as técnicas de si baseadas na renúncia de si e dos prazeres, assim como surgimento do poder pastoral, que ocorre com o advento do cristianismo em seu texto “Cristianismo e Confissão” - o que se constitui em mais um ponto de aproximação entre os dois arcabouços teóricos aqui discutidos, o do próprio filósofo francês e o das teorias feministas. Isso é percebido mesmo por autores não vinculados às teorias pós-estruturalistas: “A boa mãe é semelhante à boa religiosa ou se esforçará por sê-lo. Mais um passo e terá o título de santa” (p.245) (23).

Nesse caminho apontado por Foucault, produções como a de Badinter podem ser potentes para pensar na governamentalidade quanto a seu aspecto das técnicas macro e micropolíticas, e de governo de si, artes do viver, e modos de subjetivação femininos.

Para uma série de produções de linha feminista que se seguiram a partir da década de 70, a racionalidade política que operará esse governo especialmente após a ascensão histórica da burguesia é o modelo de família e de moralidade burguês. De modo bastante diferente da aristocracia que lhe precedeu, onde as mulheres

transferiam os cuidados dos filhos às amas de leite, aos preceptores e aos colégios internos, o modelo burguês constrói um modelo de mulher e de mãe dedicada aos afazeres domésticos e ao exercício da maternidade devotada e incondicional (23) (24).

A construção desse modelo feminino e materno se deu para as mulheres de maneira não uniforme. As mulheres ricas e aristocráticas foram afetadas sim pela ascensão do modelo burguês que as julgavam moralmente caso mantivessem o modelo anterior de transferência do cuidado quotidiano com a prole, e também, mas de maneira diversa, as mulheres das classes populares. Precisando trabalhar muitas vezes em longas jornadas e de forma extenuante no trabalho rural e mais tarde nas fábricas, ou mesmo como empregadas e amas da aristocracia, estas mulheres de classes populares nunca exerceram esse modelo burguês de dedicação à criação dos filhos, mas a elas ele também se impôs a elas como norma. Agora é importante enfatizar que a imposição do modelo burguês de feminilidade e maternidade se deu de maneiras distintas nas diferentes classes. Como tantas outras vezes na história, sempre de forma mais violenta com as classes populares.

As famílias aristocratas, que além de amas de leite e preceptores para seus filhos enviavam-nos para colégios internos até se casarem, preferiam os prazeres mundanos das festas ou da intelectualidade ao exercício dos cuidados infantis, logo, eram seduzidas e convencidas “racionalmente” (e claro, por pressão social) pelos intelectuais e médicos da época a seguir um modelo burguês de mulher e mãe como mais saudável, natural e desejável socialmente (23). Esse mesmo modelo, contudo, foi imposto às classes populares de forma muito mais agressiva, muitas vezes pela imposição e uso da força de diversos aparatos estatais, não apenas por um “convencimento” apenas:

“Instituir hábitos moralizados, costumes regrados em contraposição às práticas populares promíscuas e anti-higiênicas observadas no interior da habitação operária, na lógica do poder significava revelar ao pobre o modelo de organização familiar a seguir. [...] a desodorização do espaço privado do trabalhador de duplo modo: tanto pela designação da forma da moradia popular quando pela higienização dos papéis sociais representados no interior do espaço doméstico que se pretendia fundar. [...] A promoção de um novo modelo de feminilidade a esposa-dona-de-casa-mãe-de-familiar, e uma preocupação especial com a infância, percebida como riqueza potencial da nação constituíram as peças mestras desse jogo de agenciamento das relações familiares” (pag 87)(24)

As diferenças oriundas das vivências da maternidade e do governo de condutas dos corpos femininos são ainda hoje profundamente marcadas pelas condições econômicas e de classe social da mulher, além de raça, e outras questões transversais, como o debate em torno do capacitismo (discriminação contra as pessoas com deficiência, seja física ou mental) e dos modos de vida, inclusive aqueles que compreendem o uso de substância psicoativa.

Ainda na tentativa de explorar a questão da governamentalidade sobre o corpo feminino, em especial das mulheres mães, e sua relação com classes sociais é sugestivo perguntar: a assistência à saúde durante o pré-natal seria hoje, mesmo após a importante ascensão do movimento feminista, um direito ou um dever das mulheres?

Podemos a princípio compreender o que se coloca oficialmente nos documentos dos sistemas de saúde públicos ou mesmo nos convênios privados, que a assistência clínica à cuidados pré-natais é um direito das mulheres. E de todas as mulheres. Isso coloca políticas estudadas neste mestrado, como o Consultório na Rua, como uma ação afirmativa para garantia de acesso a esse direito.

Fugindo da suposta dicotomia direito e dever como coisas diferentes, compreendendo ambos como polaridades de práticas de governo, entendo que o pré-natal habita, assim como o voto por exemplo, essa zona cinzenta no meio, entre direito e o dever.

Por um lado, trata-se de um direito a ser garantido às mulheres, que reduz sobremaneira morbi-mortalidade materna; por outro, é também tratado como um dever a ser cumprido por elas para a geração de um bebê saudável. No entanto, para diferentes mulheres esse pêndulo se polariza mais para um lado ou para outro.

O que proponho é que para algumas mulheres o pré-natal configura-se mais na polaridade do direito à saúde, que pode ser inclusive garantido por vias judiciais caso ele falte, como no caso dos convênios. E para outras mulheres, em geral mulheres pobres, trata-se mais de um dever a ser assídua e corretamente cumprido, sob vigilância direta do Estado por meio dos profissionais de saúde assistentes, com sistemas de monitoramento e vigilância sanitária e epidemiológicas específicos para isso inclusive. Ainda que a mulher de classe baixa possa obviamente reivindicá-lo também como um direito, na perspectiva do dever ele é 'cobrado', governado, de maneira bastante distinta entre as classes sociais.

É preciso enfatizar ambos os grupos de mulheres: pobres e de classes sociais mais privilegiadas vivem o pré-natal como direito e dever simultaneamente, mas de formas diferentes. Para as mulheres que podem tê-lo como direito há também um dever implícito que lhes impõe que assim elas devem fazer, seguindo a racionalidade da boa mãe a qual estão submetidas.

Do mesmo modo, para as mulheres pobres, o “dever” se dá pela submissão ao direito que o Estado lhes fornece, mas também sujeição a todo um conjunto de práticas. Ao contrário das mulheres com maior poder aquisitivo, nas mulheres pobres não há escolha de como podem vivenciar seu “direito” e tem muito mais incisivamente uma série de aparatos de governo estatais para vigiar e de certa forma punir caso esse dever não seja cumprido corretamente.

Um bom exemplo do governo exercido no direito ao pré-natal é o SIS pré-natal. Em sites oficiais, o SIS pré-natal consiste em:

“é um *sistema on-line* que permite cadastrar a gestante, monitorar e avaliar a atenção ao pré-natal e ao puerpério prestadas pelos serviços de saúde a cada gestante e recém-nascido, desde o primeiro atendimento na Unidade Básica de Saúde até o atendimento hospitalar de alto risco” (64)

Além da vigilância pelo sistema, os cuidados pré-natais às mulheres é governado por meio de uma série de tecnologias, e práticas: todas as fichas, listas, planilhas e cadastros de gestantes que podemos encontrar em grande parte das unidades básicas de saúde do país. Como Rose e Miller afirmam, essas tecnologias governamentais funcionam como “um complexo de programas rotineiros, cálculos, técnicas, aparatos, documentos e procedimentos mediante os quais as autoridades buscam incorporar e por em prática ações governamentais” (pag 72) (22)

Em especial no caso das mulheres estudadas neste mestrado, o pré-natal é tratado como um grande dever a se cumprir. E são punidas em geral com a perda judicial da guarda de seus filhos, caso não o façam. Outra possibilidade de punição, caso não o cumpram, é a perda quase total do governo de suas condutas, podendo ser internadas compulsoriamente em instituições totais, como hospitais psiquiátricos ou comunidades terapêuticas, tendo a gravidez como justificativa isolada e suficiente para a decisão judicial.

Era frequente, especialmente nos espaços realizados em municípios no interior do estado de São Paulo, a discussão de casos de internação compulsória dessas mulheres usuárias intensas de substância psicoativa e/ou em situação de rua, na maioria das vezes com a única justificativa de estarem gestantes, visando-se com a internação a “proteção fetal” ou pior, “proteção do bebê”, igualando esses significantes e significados, como dito anteriormente. Os profissionais da rede frequentemente consideravam esse o procedimento tido como o “padrão” para os casos, e quem acionava a decisão judicial variava entre a família, os equipamentos da saúde, assistência social, e conselho tutelar nos municípios visitados. As mulheres por vezes apresentavam histórico de uma série de internações voluntárias e involuntárias, todas sem sucesso do ponto de vista terapêutico em relação ao uso de substância após alta.

Será que se pensarmos minimamente nessas mulheres uma internação especialmente involuntária seria mesmo a melhor terapêutica a se ofertar? Visto que para muitas delas isso era comprovadamente ineficaz?

Não raro, essas mulheres saíam de alta das internações logo após o parto, sem qualquer projeto de guarda do bebê ou de cuidado de si, mesmo após meses institucionalizadas, apenas com encaminhamento para seguimento ambulatorial do tratamento de dependência química, muitas vezes sem se quer articulação do serviço que faria este seguimento. O que mostra que de fato não é um projeto terapêutico feito para o cuidado da mulher, mas sim, uma intervenção sobre seus corpos com a justificativa quase exclusiva de garantir uma criança saudável.

É para “proteger a criança” que se fazem internações involuntárias desde o início da gestação e é para a proteção fetal e do bebê que o comportamento feminino é como um todo governado pelo Estado e para muito além dele.

Isso implica um outro ponto: assim como no início da história da saúde da mulher o corpo feminino (e, em especial, aquele das mulheres da rua) não tem a dignidade de ser um fim em si mesmo, as técnicas que agem sobre ele são frequentemente para a proteção de uma criança - ou possível, futura criança – de um feto, mas não dessa mulher. Isso a transforma num objetivo secundário que pode ser ou não alcançado.<sup>1</sup> Como diz Badinter: “Entre a mãe e a criança o século resolveu

---

<sup>1</sup> Há uma compreensão que assumo de que esses bebês interessam, e é investido neles (e em suas mães ainda gestantes) uma série de tecnologias de “fazer viver”, especialmente como potenciais crianças a serem adotadas por famílias, em geral, abastadas - como uma “mercadoria” que hoje tem amplo “mercado consumidor” nas filas de adoção. O número de famílias adotantes nas filas hoje supera o número de crianças abrigadas (3), mas assim como todo mercado, esse grupo tem suas preferências.

salvar a criança e imolar a mãe. Nesse sacrifício de si a mulher (normal) encontrava ao mesmo tempo sua razão de ser e seu prazer” (pag 270) (23)

Longe de tentarmos nos aprofundar na discussão filosófica e secular da aporia da gestação - em que há supostamente dois corpos num só corpo ou onde supostamente dois corpos diferentes ocupam o mesmo espaço - o que fica evidente no tocante a como a gestação é concebida são os jogos de poder construindo os jogos de verdade.

Sem entrar no mérito sobre a suposta verdade ou realidade se há ou não uma vida a ser protegida na condição fetal, o que é possível de se evidenciar é que numa sociedade patriarcal onde o corpo feminino tem menos valor e menos poder sobre si, até o corpo fetal cuja “vida” pode ser questionada tem mais poder e valor do que o corpo materno, cuja vida é inquestionável. O pouco poder materno sobre o próprio corpo cria uma verdade sobre o feto e a vida fetal, que tratado como criança a ser protegida da mãe má, impõe uma dominação sobre o corpo materno na forma de institucionalização da mulher.

É curioso lembrarmos dos casos de Jussara e de Maria Célia. No caso de Jussara, a ida para a maternidade pela segunda vez contra a sua vontade durante o trabalho de parto; no de Maria Célia, a internação psiquiátrica “voluntária”, onde os líderes do tráfico “obrigam” as mulheres a fazerem os cuidados em saúde. Jussara obedece diretamente por ordem do chefe da boca, que a obriga a ir com o SAMU, e Maria Célia é forçada a obedecer e se internar tendo seu companheiro espancado. Vale lembrar as palavras de Sidney (que suspeitávamos ser “o disciplina” do tráfico da região) na ocasião: *“Pega até mal ver uma mulher grávida usando tanto”* e também: *“Sidney numa conversa com Cristiano: ‘Todo mundo sabe aqui que ela não sai daqui*

---

A idade é um dos critérios centrais para as famílias adotantes, que podem no Brasil selecionar qualquer perfil de criança que desejem levar para casa. Neste sentido, bebês são os mais procurados e muitas vezes a condição para as famílias realizarem a adoção (3). Além do mais, muitas famílias também condicionam bebês a estarem em perfeito estado de saúde. Ainda que não exclusivamente, há a hipótese de que passa intensamente por isso a necessidade de manter saudáveis, sem danos, esses bebês dessas mulheres que possivelmente terão sua guarda perdida. Pude como trabalhadora e como membra do GT Maternidades do Estado de SP, presenciar esse discurso de várias formas diferentes no cotidiano dos serviços, às vezes proferido por profissionais das maternidades, dos abrigos infantis ou por profissionais do judiciário. Caso essas crianças permaneçam nas famílias de origem, entram no exército dos matáveis, dos que podem ser “deixados morrer”, dos menos humanos, como suas mães. Em especial jovens, homens e negros das periferias. Como disse o ex-governador já citado no trabalho Sérgio Cabral, essas mulheres são “fábricas de produzir marginal”. Parte das análises de adoção na região estudada neste mestrado, especialmente tratando-se de mulheres em uso de substância, é feita nos trabalhos (5) (3) (4), e será aprofundada no doutorado de Marcos Barbieri Gonçalves, em andamento.

*e não vai se tratar por sua causa. Você assumiu ela então tem que cuidar. Leva ela para se tratar, vai com ela”* (Diário de Campo - Caso Maria Célia).

As duas mulheres tiveram suas condutas governadas de maneira impositiva, coercitiva sob ameaça ou violência física concreta, internações que reivindico aqui chamar de involuntárias, mas não necessariamente promovidas pelo Estado. Como nos provoca Foucault, assim como Rose e Miller, o governo de condutas e suas práticas como uma internação se exerce para muito além do Estado.

Ao analisamos mais de perto as mulheres em situação de rua e/ou usuárias de substância psicoativa - em geral mulheres negras e pobres das periferias ou com transtorno mental - o que se coloca é que elas têm seu exercício de maternidade muito mais constantemente fiscalizado e governado pelas tecnologias de controle de conduta do que outras mulheres, em especial quando falamos do governo que se realiza pelo Estado (ainda que esse não seja o único, como já foi exemplificado). Perversamente, para essas mulheres que mais precisariam de amparo do Estado e da sociedade para o exercício da maternidade, devido às suas baixas condições econômicas e frágeis vínculos familiares, a elas é exigida uma “hipermaternidade”, precisam ser ‘mais e melhores’ em sua maternagem. Há uma vigilância constante de suas práticas a fim de que, apesar de todas as adversidades, exerçam e expressem sem dúvidas ou ambivalências comuns a qualquer mulher, o projeto da maternidade burguesa.

A essas mulheres em geral são oferecidas menos oportunidades para “errar” com seus filhos, uma vez que poderão sofrer a ameaça de tê-los abrigados e afastados de seu convívio. Para elas, mães “marginais” vale a máxima da “meritocracia da maternidade”; em outras palavras, elas “precisam fazer por merecer”, num modelo burguês, para poderem exercerem a maternidade.

Isso é marcado muito mais pela classe social do que pelo uso de substância, que é bastante evidente quando vemos os números de abrigamentos de bebês ou perdas de guarda realizados nas maternidades públicas e nas maternidades privadas mesmo com histórico de uso de substância psicoativa. É possível perceber mesmo em histórias públicas de maternidades no Brasil, como das cantoras Elis Regina ou Cássia Eller. Um exemplo notório deste recorte de classe está registrado em uma série de publicações sobre a cidade de Belo Horizonte, cujos dados estão disponíveis - entre outras publicações e artigos - no site “De quem é esse bebê” (65) em que a

diferença de casos de abrigamento de bebês nas maternidades públicas ou privadas é estarrecedor.

Em Campinas, registrado no diário de campo, tivemos Ana Cecília, que no seu segundo filho, primeira gestação acompanhada pelo Consultório na Rua, fez o pré-natal inteiro com nossa equipe, o tempo todo em situação de rua. Não fazia acompanhamento no CAPS, não foi internada, todas as suas consultas se deram na beira do córrego da avenida Orozimbo Maia em Campinas até o início trabalho de parto. Porém, a família de Ana, que tinha posses, mantinha para ela um plano de saúde com ampla cobertura na cidade. Ana teve sua bebê numa maternidade privada importante do município. Registrou sua filha, que saiu sem problemas com ela e sua mãe na alta. Nossa equipe sequer foi chamada ao hospital para discutir o caso ou responder qualquer questão relativa à Ana, à sua gestação, ou ao plano terapêutico pós-parto. Ana em muito pouco tempo voltou às ruas e sua filha ficou sob os cuidados de sua mãe, assim como o filho anterior, mas foram registrados por ela e juridicamente sua guarda lhe pertence, ainda que ela não a exerça. Ana visita eventualmente os filhos sem nenhum problema e nunca foi questionada a sua guarda por nenhum aparato Estatal.

A depender da classe social da mulher em uso de substância e ou situação de rua, a não realização de pré-natal é judicialmente um dos elementos mais utilizados como “prova” para justificativa de negligência materna. Como se isso fosse uma violência a um suposto feto tratado como sujeito de direitos, inclusive de maneira inconstitucional visto que ainda neste país não foi aprovado o estatuto do nascituro.

A associação dos aspectos de raça, etnia, e classe social aos estudos de gênero é bastante trabalhada por linhas feministas interseccionais, que entendem esses sistemas de opressões como interativos, interligados e específicos, e não simplesmente como aditivos, gerando uma certa sinergia negativa. A opressão de gênero se configura dentro de um contexto de identidades raciais, culturais e étnicas.

Sobre esses corpos mais governados, das mulheres pobres, é interessante perceber que quando encontramos literatura internacional: europeia, australiana, ou mais especialmente a literatura sobre os serviços canadenses, que em parte serviram de modelo ao programa da cidade de São Paulo “De Braços Abertos” (o mais pesquisado por mim), é dada ênfase às questões de raça e etnia, muito provavelmente devido à questão da imigração nesses países (66), (67), (68), (69), (70). Nestes locais, a situação de rua, pobreza, e alto grau de vulnerabilidade social, assim como uso

abusivo de substância estão intimamente relacionados com as imigrações contemporâneas ou com etnias indígenas nativas, que aparecem com uma abordagem especial de destaque nos materiais citados e em boa parte dos materiais internacionais sobre o tema. “Os estrangeiros” tornam-se muitas vezes ocupantes das ruas, como já foi citado no segundo capítulo desta dissertação.

Ainda que esses países tenham um contexto de imigração contemporânea bastante específico, nos provocam a pensar no caso brasileiro e nos materiais que temos produzido (incluindo o presente mestrado), que apenas tangenciam, mas não abordam de maneira adequada - especialmente em termos das proposições de políticas públicas - os aspectos étnicos, raciais, e culturais das mulheres que temos nas ruas, majoritariamente as mulheres negras. A negritude enquanto aspecto cultural ainda não foi pesquisada no tema.

Ainda que se coloque a importância do contexto da lei que oficialmente decreta a abolição da escravidão na formação da população pobre e em situação de rua no país, assim como o governo exercido sobre ela, não tratamos a população negra brasileira como migrantes e descendentes de migrantes. Com todo o esforço em torno de competências culturais que isso necessita. E isso também foi o que fez com que seus hábitos e costumes fossem historicamente criminalizados. Isto se apresenta como mais uma faceta da invisibilidade do racismo no Brasil. Esta lacuna é parte do mito da democracia racial brasileira e do nosso racismo institucional. Nós também temos nossos “estrangeiros” e “estrangeiras” nas ruas, e o mito da democracia racial nos impede muitas vezes de abordar esse problema com mais clareza sob essa ótica.

Como já expus, em meio a esta falsa dicotomia de ser um direito e um dever, entendo o pré-natal como uma tecnologia de governo de conduta, que por meio de uma série de programas de governo na saúde da mulher e na assistência social, responde à racionalidade política do que seria a “boa mãe” ou a mulher “normal”, que se realiza e segue sua “natureza” operando com amor e alegria o cuidado da criança, é que construímos esse trabalho. É notório, porém, que não foi construída socialmente a mesma relação com a paternidade. Não ouvimos com a mesma frequência discursos sobre o amor paterno, muito menos a ideia de instinto paterno, e jamais coloca-se a paternidade como da “natureza” masculina, ou condição para felicidade e realização dos homens.

Os movimentos feministas ainda hoje lutam e discutem temas básicos como reconhecimento da paternidade, considerando que muitos homens sequer

realizam o registro e reconhecimento legal de seus filhos. Preponderava até pouco tempo atrás, nas décadas de 80 e 90, uma racionalidade política chamada por autoras como Ana Liési Thurler (71) de “presunção da mentira materna”<sup>2</sup>. A última palavra sobre o reconhecimento de uma determinada paternidade ou não era sempre masculino. Era a palavra dos homens que de fato, em última instância, determinava todas as questões legais a respeito do reconhecimento ou não da paternidade de um indivíduo (71). Se o homem assim o reconhecesse, a paternidade era registrada, se não reconhecesse não era. Não havia nenhum recurso ou prova a ser acessada pela mulher e ao passo que a palavra masculina tinha o último valor legal, bastava em si mesma, e a feminina não tinha valor nenhum. O surgimento e avanço científico ao redor dos testes de DNA mudou sobremaneira este cenário. O estudo de Thurler (71) mostra que em mais de 90% dos processos de reconhecimento de paternidade as mulheres tem razão sobre as paternidades que apontam (e que os homens não reconhecem, por isso estão judicialmente fazendo os testes). Isso mostra que por anos a palavra da mulher sem o menor valor jurídico provavelmente estava muito mais próxima à realidade do que a masculina. Os testes de DNA sendo um bom exemplo de como uma tecnologia pode provocar mudanças profundas em programas de governo e dispararem, ainda que de maneira mais lenta, outras racionalidades políticas.

Sobre reconhecimento paterno, pelo GT Maternidades do estado de SP chegavam rumores de maternidades da capital que dificultavam às mulheres aqui investigadas, em situação de rua e/ou uso abusivo de substância, registrarem o pai de seus filhos. Isso ocorria com justificativas diversas, que iam desde a “promiscuidade” inferida, uso de substância como uma suposta perda de consciência sobre a paternidade de seu filho ou prevenção de venda de bebê ilegal por meio do registro paterno.<sup>3</sup> Mas o que na prática acontece é que a essas mulheres parecia voltar a valer a antiga “presunção da mentira materna” e apenas a elas exigia-se uma série de investigações do serviço social para averiguação de paternidade referida a fim de que fosse efetuado o registro.

---

<sup>2</sup> A cultura da mulher como supostamente mentirosa ocorre até hoje nos casos de violência sexual ou acusação de alienação parental por exemplo

<sup>3</sup> Meio usado há algumas décadas quando uma mulher “vende” seu filho ainda no ventre a um casal infértil e o homem desse casal registra oficialmente a criança como pai, sem ter impedimento legal mesmo de sair com a criança do país.

Mesmo que mais recentemente, fruto das diversas lutas do movimento feminista, já se discuta mais amplamente a paternidade numa perspectiva de cuidado compartilhado da prole, as demandas sobre os pais estão muito aquém socialmente do que é exigido da mulher e da mãe, que é: o afeto “natural” pelos filhos, e o desejo “natural” de cuidar deles, colocando como anormal aquela que não sente. Seja essa anormalidade, entendida em termos de racionalidade política, como uma falha psiquiátrica, psicológica/psicanalítica ou uma falha moral.

Neste sentido, há uma discussão igualmente importante no clássico livro de Badinter (23) sobre como o Estado, através de suas instituições, assume de maneira mais naturalizada funções tradicionalmente relacionadas ao pai (e ao papel do patriarcado) na família nuclear burguesa:

“Surge no universo infantil novos personagens que em diferentes graus tem por função desempenhar o papel deixado pelo pai natural. São eles o professor, o juiz de menores, o assistente social, o educador e mais tarde o psiquiatra [...] a substituição de um patriarcado familiar por um patriarcado de Estado” (23)

Atualizando a discussão de Badinter e a colocando para a condição das mulheres aqui estudadas, ousa dizer que essa suposta função paterna e masculina na família burguesa é frequentemente assumida pelo Estado sem julgamento moral, ao contrário do que acontece com a suposta função materna e feminina no modelo burguês.

Quando se trata da subsistência material da família, função em geral atribuída aos homens burgueses, temos ofertas de abrigos pelo SUAS (Sistema Único de Assistência Social) e programas de renda mínima como Bolsa Família por exemplo, e isso é usado e ofertado em geral sem juízo de valor ou julgamento moral a essas famílias e mulheres que recebem os auxílios.

No entanto, é um problema relativamente comum das mulheres, em especial as puérperas que se encontram abrigadas, a hipermaternidade. Em muitos abrigos, as mulheres são colocadas o tempo todo como responsáveis pelo cuidado infantil, não podendo delegá-lo ou mesmo dividi-lo com funcionários do serviço. Isso era presenciado em alguns abrigos de Campinas-SP mas mais constantemente na cidade de São Paulo. As mulheres que solicitavam aos profissionais dividir o cuidado da

prole eram frequentemente taxadas de negligentes, “folgadas”, não tendo “amor materno” e “responsabilidade” o suficiente para o cuidado infantil.

Assim como é taxada de negligente, louca, de “monstro”, quase menos humana, mulheres como Sandra, que discutimos entre os três casos apresentados no início da dissertação no fundo desejam fazer a entrega de seus filhos ao Estado. E entre a responsabilidade e a culpa há apenas um pequeno passo que em geral leva à condenação feminina.

Quando o Estado se vê impelido a realizar a suposta função materna com a institucionalização da criança, isso se dá com uma culpabilização moral da mulher que impacta sobremaneira na sua subjetividade feminina, assim como na da criança, que em geral cresce com a narrativa do abandono ou de ter uma mãe má. Com um peso moral e social muito maior do que a realização pelo Estado da tradicional função tida como paterna na família burguesa, como a subsistência e a educação, corriqueiramente assumida coletivamente pela sociedade com meios públicos.

É importante enfatizar também que a relação entre a maternidade e o prazer foi construída na nossa cultura tradicionalmente como uma oposição. A realização da mulher encontrada na maternidade nesse modelo patriarcal é praticamente uma realização masoquista da negação dos seus prazeres, projetos pessoais, e de si. Muitas feministas discutem essa relação, dentre elas Simone Diniz (72) ao apontar “o mito da ‘mater dolorosa’ o da mãe sofredora, tão bem representado pela expressão ‘ser mãe é padecer no paraíso’”. Ela adicona: “Nossa cultura judaico cristã exalta o valor do sofrimento e do sacrifício como condições necessárias a maternidade, de forma a equivaler a ela um certo sacrifício ‘normal’” (72). Nesse sentido, como enfatizamos anteriormente, há aí uma divisão da identidade feminina - e consequentemente das mulheres - entre as santas e putas, entre “Marias” e “Evas” ou “Genis”; naturalmente, as mães estão no estereótipo do polo santo, casto, que sofre e abnega os prazeres nessa polarização historicamente construída. É para elas também que os protocolos tradicionais de pré-natal foram construídos.

Há um desafio cotidiano recente que é como construir um cuidado pré-natal a essas mulheres que desafiam os estereótipos pré-estabelecidos de feminino e de maternidade e que desafiam as relações sociais com seus prazeres quando realizam uso de substâncias psicoativas, em especial as ilegais.

Tadeu de Paula Souza em sua tese de doutorado (13) faz uma importante análise que aproxima a relação com as drogas e a construção de certa “moral da

carne” edificada pelo cristianismo como constitutivas de uma norma da abstinência. O autor analisa essa transposição da ética do cuidado de si, que Foucault encontra nos gregos, para uma relação de si para consigo na perspectiva do Poder Pastoral que emerge no cristianismo.

“Na origem histórica o conhecimento de si comparece como um caso particular de uma regra mais geral que é o cuidado de si. No pastorado essa dimensão do cuidado é substituída pela renúncia. [...] O sujeito ético do cuidado de si é substituído pelo sujeito moral da renúncia de si. [...] É dentro desse regime que a abstinência dos prazeres da carne se tona uma norma” (pag 70)(13)

Nesse sentido, os prazeres, sejam sexuais ou do uso de substância, são intimamente relacionados: ambos são visados por uma racionalidade política oriunda de um certo poder pastoral que prega a renúncia de si, que os toma como imorais ou anormais e, portanto, demanda que os sujeitos voluntariamente, por força de vontade, ou suposta firmeza de caráter abdicuem deles.

Essas mulheres de quem cuidamos desafiam a norma estabelecida de muitas formas: 1) ocupam as ruas e não o domicílio tradicionalmente a elas destinado; 2) comumente, mesmo que não em sua totalidade, usam e abusam de seus prazeres da carne, sejam sexuais ou de uso de drogas, recusam esse modelo de maternidade dolorosa e abnegada dos próprios prazeres; 3) contrariando os (neo) malthusianos, ainda se reproduzem

Há nesta seção a hipótese de que o modelo de pré-natal hoje realizado, responde à racionalidade política do modelo burguês de maternidade. Isso inclui todas as técnicas que perfazem esse modelo, o que ele mede, anota, orienta. Claro que há defensores da imparcialidade das práticas que estão voltadas para a clínica médica dura, e a redução mortalidade materna e infantil do ponto de vista estatístico e biomédico, mas minha proposta é perceber quantas outras relações estão imbricadas e atravessam essa prática, enfatizando também a não existência de ciência neutra.

O nosso atual modelo hegemônico de maternidade certamente encontra-se atravessado pelo modelo de cuidados pré-natais e todo o controle de conduta feminino que a condição de gestação por vezes legitima - controle também exercido nas orientações puerperais como aleitamento materno, higiene e cuidado com o filho. Em

torno dessas práticas se compõe esse cuidado operado em especial pela saúde mas também pela assistência social, ministério público e conselho tutelar, assim como por agentes além do estado com as famílias e as demais relações sociais.

O pré-natal se encaixa como um programa e uma série de tecnologias de governo de conduta feminino. No entanto, assumindo aqui a proposta de Rose e Miller (22), os programas de governo assim como as tecnologias operadas não necessariamente (tampouco exclusivamente) servem às racionalidades políticas as quais nascem para efetivar. Uma tecnologia ou um programa de governo podem operar na sua execução outras racionalidades e servirem a outros propósitos, inclusive opostos aos quais foram desenvolvidos para operar.

O que tentamos fazer nos anos em que se constituiu essa investigação foi a criação de linhas de fuga. Ainda que não se possa ousar chamar essas práticas de um pré-natal não governamental (o que pode ser que nem seja possível), havia uma busca quotidiana e consciente de um pré-natal menos governamental.

### **3.1. Experiência do Consultório na Rua de Campinas**

“esquizofrênicos, toxicômanos, meninos de rua, meninas prostituídas, todos aqueles em quem a violência da nossa sociedade infame explode da maneira mais sofrida e por vezes suicidária, e que não se adaptam aos protocolos clínicos tradicionais. [...] a cada linha desse escrito sente-se o frescor da experimentação o corpo-a-corpo com as situações limite, a liberdade prática e teórica ” (Peter Pál Pelbart – prefácio pag 11) (50)

“todos vivemos quase que quotidianamente, em crise; crise da economia, especialmente a do desejo, crise dos modos que vamos encontrando para nos ajeitar na vida – mal conseguimos articular um certo jeito e ele já caduca. Vivemos sempre em defasagem em relação à atualidade de nossas experiências” (Sueli Rolnik – pag 11) (73)

Discutiremos aqui um pouco da minha experiência de pesquisadora, e de médica, na assistência ao pré-natal realizada pelo Consultório na Rua de Campinas durante os anos de 2015, 2016 e 2017, e também como profissional que compunha o Grupo de Trabalho Maternidades da Defensoria Pública de Campinas nos anos de 2017 e 2018.

Aqui será feito um relato a partir do dispositivo teórico das Valises Tecnológicas do autor Emerson Merhy (74), que de certa forma organiza e sistematiza um pouco da experiência aqui relatada. Ainda que essa organização certamente implique em algumas perdas, inevitáveis, decorrentes de qualquer enquadramento, ela permite que o vivido seja interpretado e ganhe um sentido em meio a tantos outros sentidos possíveis diante da experiência. Não cremos que haja sequer a chance de que uma teoria, ou um discurso supostamente homogêneo dê conta do vivido nos tantos encontros entre mulheres e profissionais de saúde.

Espera-se nesta seção que a vivência de cuidado pré-natal realizado pelo Consultório na Rua tenha sua compreensão facilitada pelo campo teórico escolhido. Há também a expectativa que o campo teórico nos ajude a fazer novas perguntas que possibilitem elaborar novas tecnologias e técnicas para atos em saúde, as quais, por sua vez, tentem fazer uma produção o quanto possível menos governamental e mais produtora de vida, respondendo às necessidades individuais e coletivas.

Merhy no artigo “Um Ensaio Sobre o Médico e Suas Valises Tecnológicas” (74) desenvolve o dispositivo de *tecnologias em saúde*, num intuito de pensar melhor as dimensões do trabalho clínico e as técnicas que operam na clínica e no cuidado, as divide em:

*Tecnologias Duras:* Compreende o estetoscópio, o otoscópio, todos os exames laboratoriais e de imagem, os aparelhos e equipamentos necessários para a prática clínica daquele determinado momento histórico. Tradicionalmente tem hegemonia da categoria médica, que acha que controla essa valise, mas por vezes é controlada por ela.

*Tecnologias Leve-Duras:* Os saberes estruturados, as técnicas que compõem a atuação do trabalhador como: anatomia, fisiologia, epidemiologia, psicopatologia, anamnese, uma coleta de sangue, conhecimentos de legislação dentre tantas outras possibilidades de saberes “leve-duros”. Em geral são diferenciados por categoria profissional.

*Tecnologias Leves:* São as tecnologias e práticas que desenvolvemos para nos relacionarmos com os sujeitos, como construímos vínculo, gestão dos coletivos e das equipes, processos de trabalho, resolução de conflitos, que só tem materialidade em ato. As tecnologias leves não são campo ou núcleo específico de nenhum profissional, mas são comuns a todos eles, e em geral são a base para a atuação em saúde.  
(74)

Para tornar a discussão mais palpável, e sempre realizada a partir da prática - como foi construído este mestrado desde o início, e não o contrário - serão apresentados dois relatos de atendimento:

*“Adelayde me diz: “Thais, é uma gestante que nós já atendemos, acho que você ainda não, mas a gente como equipe já, várias vezes. Ela se internou voluntariamente com o companheiro na comunidade terapêutica. Mas pediu para continuarmos a atendê-la por lá. A coordenação da comunidade concordou. Fizemos o ultrassom dela ontem e o bebê está com hemorragia intracraniana, um AVC-H<sup>4</sup> intraútero. Provavelmente haverá alguma sequela. Ela está bem mal. O marido também. Pensamos que o Ultrassom Natural que você faz possa ser um momento importante de cuidado para ela. O que você acha? Será que dá?”*

*Bom, era uma situação bem inusitada para mim. Aprendi o Ultrassom Natural num curso sobre parto da parteira tradicional e midwife Naoli Vinaver em Florianópolis, um contexto de muitas mulheres de classe média/alta, brancas, que entendiam (muito mais do que eu na época) de um tal de “Sagrado Feminino”. Levavam em geral uma vida mais “natureba” que contrastava muito com meu cotidiano de trabalho. (Ainda que não podemos nunca diminuir a importância dessas mulheres de classe alta na luta contra a violência obstétrica e a favor da humanização do parto, que tem trazido benefícios para todas as mulheres independente de classe social).*

*Fazer essa técnica com mulheres negras, usuárias de crack, moradoras de rua, era um deslocamento importante. Eu já havia feito ultrassom natural com as gestantes do Consultório na Rua. Já tinha sido um desafio e um deslocamento enorme, mas ao mesmo tempo havia uma sensação de que as vivências com as mulheres são em certa medida parecidas, a despeito da classe social ou contexto.*

*Mas eu nunca tinha feito num contexto de uma notícia tão triste, e também nunca tinha atendido dentro de uma comunidade terapêutica. Topei e fiquei ansiosa.*

*Combinei de fazer com Chayene, terapeuta ocupacional residente da multiprofissional da saúde mental, que estava também ansiosa para aprender o procedimento. A equipe havia combinado antes com a gestante e com a equipe da comunidade terapêutica.*

*Chegando lá, a comunidade havia acabado de construir uma “ala de gestantes”, um espaço para elas, dentro da comunidade terapêutica, e estava bastante*

---

<sup>4</sup> Acidente Vascular Cerebral – do tipo Hemorrágico

*empenhada em discutir o tema. Construíram um equipamento e um debate específico antes do serviço público do município. Era duro para mim ver uma comunidade terapêutica mais avançada que a gente no SUS daquele momento. Nessa ala, as mulheres poderiam ficar com o companheiro (o que na comunidade terapêutica não era permitido, havia alas masculinas e femininas separadas) e um espaço preparado para que essas mulheres ficassem com seus bebês, com berço e um espaço lúdico.*

*Juliana, junto de outra paciente, havia inaugurado esse espaço. E mesmo nós do Consultório estávamos muito curiosos para saber como aquilo estava se dando.*

*Chego lá e acho o espaço bem interessante, mais bem pensado que o abrigo municipal de que dispúnhamos na época.*

*Encontro com Juliana.*

*Era uma mulher jovem, negra, bonita, mas que mal se comunicava comigo. Não me olhava. Olhava só para baixo. Respondia minhas perguntas com pouquíssimas palavras. Inicialmente me pareceu inclusive com um certo grau de rebaixamento cognitivo, de retardo mental mesmo.*

*Ao conversar, dizia de maneira bastante desconexa que havia tido uma filha anteriormente, que com poucos dias de vida ela a matou afogada na água de um vaso sanitário.*

*Eu olhava para aquela mulher e tentava entender isso melhor. Ao mesmo tempo que eu tinha lá uma função de “melhorar” a relação dela com a gestação atual, e com esse histórico estava mais ainda em dúvida sobre como fazer isso.*

*Perguntei para as monitoras. Confirmaram que ela teve uma filha anteriormente. Que morreu com poucos dias de vida. Mas não havia sido possível confirmar a história da paciente, se houve um assassinato por parte dela.*

*Se ela de fato afogou a própria filha no vaso sanitário eu não sei, e nunca saberei. Não insisti no assunto, mas dizer isso para um profissional de saúde assistente, mesmo que não seja real, já era um “recado” a meu ver; ela queria me dizer alguma coisa, ou muitas coisas.*

*Conversamos um pouco. Ela diz que essa gestação especificamente ela desejava, e que está tendo muito apoio do companheiro que também estava internado. Diz que tinha entendido que o bebê teria “problema”. E que esse “problema” com o qual ele nasceria era culpa dela que havia usado drogas. Tentei conversar um pouco e trabalhar um pouco essa questão da culpa. Mas Juliana sempre olhando para baixo e econômica nas palavras. Foi bastante difícil.*

*Combinamos o Ultrassom Natural para a próxima semana.*

*Voltamos na semana seguinte.*

*Juliana esperava com o companheiro Isaías. E estava bem menos nervosa e mais comunicativa na presença dele. Isaías estava muito contente com a atividade e as monitoras também. Havia lençóis para nos deitarmos na grama, era uma tarde ensolarada e uma das monitoras da comunidade levou um violão e tocou músicas ao fundo durante toda a tarde.*

*Ela se deitou e começamos a desenhar e conversar. Isaías era um homem novo, franzino, emagrecido ainda devido ao uso de crack. Era maranhense, e veio “tentar a vida” em São Paulo. Nunca havia tido filhos, não que soubesse, e estava muito feliz com a gestação. Ajudou, paciente e prestativo, Juliana a retirar os sapatos, o que já era difícil devido à barriga. Ajudou-a a se deitar. Foi bem cuidadoso. Logo que começamos a desenhar, ele, sem ninguém pedir, começa a colorir o desenho na barriga dela.*

*Achei a atitude surpreendente.*

*Sempre que eu tinha feito a atividade de Ultrassom Natural, eu que em geral tinha que incentivar aos companheiros para apalpar a barriga, ou “colorir”. E ainda mais esse perfil de pessoas, mais vulnerabilizadas, costumavam sempre “pedir permissão” para tudo! Ele muito rapidamente protagonizou a atividade e o cuidado da companheira. Foi com delicadeza. E muito bonito.*

*Começamos a conversar sobre o problema de saúde do bebê, como havia sido solicitado por Adelaide: Isaías era bem enfático: “Eu já falei para ela ter fé. Meu filho vai ser normal. Ela está é com esse negócio de depressão. Mas ela tem que ter fé. Existe um Deus lá em cima que é maior que tudo, maior que os médico, ela tem que orar e tem que ter fé”. Ele continuava: “Eu creio num Deus que tudo pode, para ele nada é impossível. Se ela tiver fé, vai dar tudo certo”.*

*Na hora fiquei um tanto com medo e com raiva. Quando o bebê nascesse, Juliana provavelmente seria culpabilizada novamente. Pelos profissionais por ter usados drogas na gestação, e pelo companheiro por “não ter fé” o suficiente.*

*Ela estava visivelmente muito mais frágil que ele, do ponto de vista da confiança ou esperança na melhora do bebê. Mas também era visível a importância de Isaías para ela. E essa dualidade entre a pressão por uma fé que ela não tinha e ao mesmo tempo a segurança que ela precisava naquele momento era o que aquele homem me despertava. Mas sem dúvida, de todos os companheiros das mulheres gestantes que*

*eu consigo me lembrar, Isaías foi de longe o mais presente, e mais afetivamente vinculado em relação à paternidade.*

*O violão ficou ao fundo, o sol se pondo, e todos, Juliana, Isaías, monitores, Chayene e eu, ficamos felizes com a atividade. Foi bastante emocionante.*

*A atividade certamente construiu um outro afeto naquela mãe em relação ao filho e em especial em relação à equipe.*

*Acompanhei Juliana em consultas no ambulatório de pré-natal de alto risco. Era engraçado ver de fora a cara dos alunos de medicina do quinto ano ao ver um “caso de bebê com hemorragia intra-craniana” de uma “mãe usuária de crack”. Nenhum explicitamente a culpou. Mas as faces durante o atendimento eram indescritíveis. Olhos arregalados que nos mediam dos pés à cabeça, à Juliana e a nós da equipe. Parecíamos todos anormais, Juliana e nós do Consultório. Quase que por acréscimo, uma espécie de contaminação moral da convivência. Anormais também na escolha profissional. Ou talvez os estudantes estivessem curiosos por entender o que faríamos no nosso cotidiano, nas ruas, fora dos hospitais. Jamais saberei, pois havia um silêncio sepulcral deles, diferente de outras consultas onde interagiam mais. Alguns docentes, já mais seguros para darem as suas condutas (clínicas e morais), mesmo que não a tenham culpado pelo problema, enfatizavam: “Ah, mas você já parou de usar, né? Que bom que agora você parou”.*

*Mas me lembro que o bebê nasceu com uma hemiparesia bastante discreta a direita” (Caso Juliana – Diário de Campo)*

*“Atendi Amanda poucas vezes. Acho que precisamente só uma vez. Dentro da enfermaria da psiquiatria.*

*Além de atender mais rapidamente, medir altura uterina, ouvir batimentos cardíacos fetais, eu principalmente assisti Chayene,<sup>5</sup> uma terapeuta ocupacional residente multiprofissional atender, e discuti um pouco o caso com a residente de psiquiatria, que havia sido da minha turma de graduação e tínhamos uma boa relação*

---

<sup>5</sup> Chayene Andrade é o único nome verdadeiro desse mestrado, uma homenagem a uma grande mulher, terapeuta ocupacional, que era uma residente multiprofissional de saúde mental que estagiava conosco, mas que me ensinou certamente muito mais do que aprendeu. Teria o trabalho de conclusão de curso da residência sobre o caso de Amanda e as gestantes nas ruas, antes mesmo de eu decidir fazer o mestrado. Não terminou o trabalho, pois um acidente automobilístico interrompeu essa vida tão intensa e brilhante. Este mestrado também é, de certa forma para ela. Que se inscreveu de várias formas diferentes na minha escrita e na minha clínica.

*(o que era ótimo e na verdade uma probabilidade relativamente baixa dentre os colegas de turma).*

*Amanda estava no quinto ou sexto filho, em situação de rua, sem a guarda de nenhum. Havia uma discussão de que ela não poderia mais ficar na enfermaria porque estava com 37 semanas. Que por ser múltipara o parto seria rápido, e que a psiquiatria não poderia correr o risco dele acontecer ali.*

*Argumentávamos: “a maternidade é literalmente na esquina daqui. ‘Se entrar em trabalho de parto é só levar”. Havia também por parte deles o argumento de que os leitos eram para casos graves, e não para internações “sociais”. Parecia uma dificuldade institucional daquele hospital, por esses e outros casos, a compreensão do que seria integralidade do paciente, ou do que seria um paciente dependente químico em crise, e que não se encaixava nos protocolos psiquiátricos mais tradicionais. Chamar aquilo de “internação social” era quase uma afronta, um desrespeito à clínica e ao cuidado que realizávamos, desqualificando nossa avaliação na dimensão da saúde e mesmo da clínica médica.*

*A enfermaria não estava conseguindo conter a agressividade da paciente naqueles dias, e não se podiam dar tantas medicações ou doses muito altas pela gestação. Chamaram-nos. Pediram a ajuda do Consultório para conseguir manejo com ela, sem sedação, ou com menos sedação possível. Soube que no dia anterior a equipe foi até a enfermaria, ficaram conversando com Amanda até as 21:00hs. Até com Fábio, nosso motorista da equipe, a paciente conversava muito. Mas não com os profissionais da enfermaria. Por que seria?*

*Chegamos na tarde seguinte. Íamos realizar consulta e discutir o caso.*

*Discuti com a residente que levá-la para a maternidade na enfermaria de patologia obstétrica não fazia sentido, visto que a paciente estava com a maior demanda era em saúde mental. Estava bastante agressiva nos momentos sem nossa presença, e eles não estavam conseguindo manejar nem na enfermaria de psiquiatria, e precisavam de nossa ajuda (imagina na enfermaria de patologia obstétrica, sem esse olhar de crise em saúde mental mais específico). Na nossa opinião a situação seria muito pior. Enfatizávamos que a justificativa de um possível trabalho de parto, mesmo que seja múltipara, não se colocava, pois caso de fato ocorresse era possível chegar até a outra esquina com relativa tranquilidade.*

*Ficava sempre esse empurra-empurra entre enfermaria de psiquiatria e patologia obstétrica. Impressionante. Havia sido a mesma coisa com Sandra.*

*Enquanto eu discutia isso após meu atendimento, Chayene abraçava Amanda, que chorava copiosamente em seus braços. A tal paciente “extremamente agressiva” e violenta com os outros pacientes, com os profissionais na enfermaria e consigo mesma, que xingava, e agredia fisicamente a quase todos naquele espaço, simplesmente naquele momento chorava de soluçar, e era pacientemente consolada. Sempre pensei nisso: que o que eu achava mais bonito no atendimento da Chayene era o carinho, o afeto que ela construía na relação clínica que não infantilizava o usuário. Achava que muitos profissionais, na tentativa de serem afetivos e cuidadosos, muitas vezes infantilizavam suas relações. Chayene não. Como ela fazia isso bem! “Quando eu crescer vou atender igual você!”, eu brincava.*

*E daquele momento Amanda saiu muito mais calma, com uma espécie de contensão afetiva aos seus impulsos. Sem nenhuma medicação sequer.*

*Me lembro de ficar encostada naquele balcão de medicações da enfermaria, só assistindo Chayene atender, como ela fazia, o que dizia, o que fazia com as mãos. Como foi bonito ver aquele atendimento! Aprendi tanto aquele dia. Não sei nem descrever o que, ou como. Mas queria realmente ter uma clínica igual àquela que eu estava assistindo.*

*Sáímos.*

*Dias depois Amanda foi para a enfermaria de patologia obstétrica da maternidade da mesma instituição. Me lembro de ela ter agredido fisicamente de maneira importante (um soco no nariz com uma possível fratura) uma técnica de enfermagem de lá, que por algum motivo não conseguiu contornar um processo de agressividade ou de abstinência grave. (Caso Amanda – Diário de Campo)*

Esses casos disparam uma série de dispositivos de análise de cuidado em saúde. Inicialmente, em especial no caso de Amanda, eu nunca havia sido chamada como equipe de referência para ajudar uma equipe especializada, em nenhum outro momento da vida - assim como nos momentos em que estive em formação nos hospitais e serviços de referência nunca passei pela experiência da discussão de caso com equipes de referência a partir de solicitação da equipe especializada, e não da atenção primária.

As teorias sobre matriciamento,<sup>6</sup> desde sua formulação em 1999 por Gastão Wagner (75), enfatizam a possibilidade do apoio matricial da equipe de atenção primária em relação à equipe de especialidade. Apesar disso estar presente na formulação teórica, nunca havia vivido isso antes, e nunca vivi isso novamente (excetuando-se equipes de serviço de atenção domiciliar), e pessoalmente não conheço práticas como essa no cotidiano dos serviços pelos quais passei como trabalhadora na atenção primária tradicional.

Em especial no que tange ao hospital em que estávamos, que era estadual, onde me formei e passei alguns anos da vida, nunca tinha visto o acontecimento de pedirem ajuda, em especial para uma equipe de atenção básica. É um fato raro na rede de saúde, mas que na equipe do Consultório na Rua é muito comum, em especial nos hospitais municipais, tanto com as gestantes aqui apresentadas, como em enfermarias de ortopedia, grandes queimados, pronto-atendimentos, etc. Eram sempre discussões de caso muito produtivas, que conseguiam pactuar de maneira mais efetiva o cuidado do usuário pós-alta. O que mostra a importância da coordenação do cuidado, do vínculo para um atendimento, e como os conhecimentos das tecnologias leves em relação ao indivíduo e de sua história e contexto de vida são tão necessários quanto o conhecimento estruturado de tecnologia leve-dura sobre sua patologia para o cuidado do usuário.

Neste mestrado não se defende a racionalidade política das comunidades terapêuticas, que em geral relacionam a dependência química à uma falha moral, ausência de religiosidade, de fé, ou de alguma relação com Deus, colocando em geral esses percursos como tratamento. Essas comunidades operam predominantemente com programas de governo que envolvem instituições de caráter total, e não é infrequente serem coniventes com internações compulsórias, que governam em muito as condutas dos usuários de substâncias. Há aqui um alinhamento com a racionalidade política da luta antimanicomial e com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que preconiza nos seus programas que

---

<sup>6</sup> O apoio matricial, formulado por Gastão Wagner em 1999, trata-se do suporte realizado por profissionais de diversas áreas especializadas dado a uma equipe de referência na tentativa de solucionar um caso ou problema. Pode se dar em diferentes modelos como discussão de casos (presenciais ou à distância), reunião de equipe ou consulta compartilhada. “Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (p. 13) (75) onde o paciente é atendido e há educação permanente da equipe que solicita a ajuda. O que não ocorreria com um encaminhamento puro e simplesmente, o que aumenta também a responsabilização da equipe de referência em relação ao caso e a manutenção do vínculo com o paciente.

uma das opções de tratamento de crise em saúde mental é a internação em leitos psiquiátricos de hospitais gerais.

No entanto, em relação às práticas operadas descritas nos exemplos acima, havia na comunidade terapêutica uma série de tentativas de “humanização” e produção de cuidado mais singular. Já na enfermaria médica-psiquiátrica não havia profissionais contratados de equipe multidisciplinar, contava-se apenas com pós-graduandos que faziam trabalhos voluntários relacionados em geral às suas produções acadêmicas, com pouquíssimos recursos de lazer e atividades. A situação é inversa a da comunidade em questão, na qual havia uma série de atividades laborais e de lazer, equipe multiprofissional contratada e comprometida, um cuidado importante com ambiência, e um acolhimento afetivo visível. Havia um profissional tocando vilão belissimamente num lençol sobre a grama em nossa atividade com Juliana, contrastando com uma equipe da enfermaria que parecia querer de certa forma “se livrar” de Amanda.

Isso nos coloca em crise, em xeque, e evidencia sempre a necessidade de analisar o cotidiano e as práticas em saúde, e não apenas, ainda que isso seja absolutamente necessário, as racionalidades políticas e programas de governo que os sustentam. Como já diziam nossas avós: “de boa intenção, o inferno está cheio”. Na sabedoria desse ditado popular há o aprendizado de uma observação sempre cuidadosa de práticas, para além das racionalidades e programas. Esses exemplos evidenciam que algumas tecnologias servem muitas vezes a outras racionalidades às vezes “não ditas” ou até opostas às que formalmente servem de base aos programas que constituem.

Claro que se a comunidade que aqui relato se trata de um local particular, na qual se notam técnicas que não necessariamente se reproduzem em outras comunidades terapêuticas, onde não é incomum denúncias de violação de direitos humanos, maus tratos e até tortura. Além disso, é preciso lembrar que há nesses espaços, por melhores que sejam, um tipo específico de liberdade controlada, de governo extremo sobre as possibilidades de conduta, em especial por tratar-se de uma instituição total. Há também um modo estruturado de produção de subjetividade numa lógica religiosa e da confissão, tratando-se de uma instituição católica que funcionava na lógica dos 12 passos dos Narcóticos

Anônimos,<sup>7</sup> isso com financiamento público dado por meio do programa Cartão Recomeço<sup>8</sup> do governo do Estado de São Paulo.

Mesmo considerando esses fatores todos, a diferença no acolhimento das mulheres ao ler o diário de campo e me lembrar das cenas e histórias é evidente e não pode ser ignorada. Conforme aponta Lancetti: “Mas assim como existem comunidades terapêuticas que ferem Direitos Humanos, há outras que trabalham em parceria com o CAPS. Elas são um fenômeno complexo que convém ser enfrentado de modo não fissurado” (p.36)(44).

Outra questão que se coloca ainda é a discussão sobre redes de saúde. Este mestrado não busca discutir de maneira aprofundada ou pormenorizada a rede necessária ao cuidado dessas mulheres, mas sem dúvida não conseguimos discutir cuidado e clínica sem passar por elas. Trata-se de um cuidado que sempre pede rede. É praticamente impossível o acompanhamento dessas mulheres ser produzido por uma equipe ou mesmo um setor dos serviços públicos. Isso se evidencia, por exemplo, nos dois casos aqui citados: em ambos, as consultas de pré-natal acontecem em outros serviços, dentro de seus respectivos espaços físicos, sendo que um inclusive não era público, pertencia ao terceiro setor, uma ONG. Ainda que a ONG tivesse boa parte de seu financiamento oriunda do Estado, não estava oficialmente nem no setor de saúde, nem no de assistência social do município. Tratava-se de uma instituição católica antiga de Campinas-SP.

---

<sup>7</sup> Os 12 Passos Narcóticos Anônimos são os seguintes: 1. Admitimos que éramos impotentes perante a nossa adicção, que tínhamos perdido o domínio sobre as nossas vidas. 2. Viemos a acreditar que um Poder superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade. 3. Decidimos entregar a nossa vontade e as nossas vidas aos cuidados de Deus na forma em que O concebíamos. 4. Fizemos um minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos. 5. Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano a natureza exata das nossas falhas. 6. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter. 7. Humildemente rogámos a Ele que nos livrasse das nossas imperfeições. 8. Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e dispusemo-nos a reparar os danos a elas causados. 9. Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicar essas pessoas ou outras. 10. Continuámos a fazer um inventário pessoal e quando estávamos errados admitimo-lo prontamente. 11. Procurámos, através da prece e da meditação, melhorar o nosso contato consciente com Deus na forma em que O concebíamos, rogando apenas pelo conhecimento da Sua vontade em relação a nós e pelas forças para realizar essa vontade. 12. Tendo experimentado um despertar espiritual graças a estes passos, procurámos transmitir esta mensagem a outros adictos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

<sup>8</sup> Trata-se de cartão que permite acesso a um benefício ofertado pelo governo do estado de SP para a internação de dependentes químicos em entidades privadas. O pagamento é realizado diretamente às entidades de recuperação privadas não podendo ser retirado pelo usuário. O valor disponibilizado é de R\$ 1.350,00 por mês. A duração do benefício é de até seis meses.

Na construção das redes de atenção a essas mulheres, foram frequentes - em especial durante os anos de 2015 e 2016, durante a estruturação na cidade de Campinas dos fluxos de atendimento dessas mulheres - os embates entre as especialidades dentro do setor saúde. Era preciso garantir retaguarda obstétrica e psiquiátrica para esses casos, e a relação entre esses setores, e deles com a equipe de referência não era simples.

Os serviços especializados muitas vezes não queriam assumir o cuidado de casos tão complexos, e questionavam com muita frequência os critérios da equipe de referência para internação. Era interessante perceber que há um certo senso comum de que essas mulheres não deveriam estar nas ruas grávidas, em uso de substância, e deveriam sim estar em instituições totais, abrigadas. No entanto, enquanto as comunidades terapêuticas privadas as recebiam sempre, muitas vezes inclusive de maneira involuntária, com financiamento do governo do estado de SP; as enfermarias psiquiátricas alegavam desde não ter retaguarda clínica e obstétrica para estar com essas mulheres em “risco de parto” ou que os casos delas eram leitos de demanda social e de habitação, e que não havia patologia comórbida psiquiátrica que justificasse a internação. Era comum também o argumento de que promoção de abstinência era de baixa complexidade e que tais casos não deveriam estar em hospitais de alta complexidade do estado de SP, sendo responsabilidades de CAPS e hospitais municipais. Em relação às enfermarias de patologia obstétrica, era comum argumentos de não haver retaguarda psiquiátrica, dificuldade de manejo de psicotrópicos por parte dos médicos e de manejo de abstinências e crises por parte de todos os profissionais; argumentava-se também que tinham menor segurança, um problema considerável, dado ser comum a fuga das mulheres desses espaços.

Ainda que parte das justificativas tenham fundamento concreto e consistente, precisavam ser analisados num contexto em que o município ainda não dispunha dos equipamentos de abrigo para essas mulheres. Isso colocava essas enfermarias como fundamentais na condução dos casos. E mesmo com o abrigo, muitas vezes a internação para crises graves de abstinência, ajuste de medicação, comorbidades psiquiátricas, ou prevenção de recaídas se fazia necessária. As enfermarias especializadas são recursos por vezes decisivos na condução do projeto terapêutico dessas mulheres. E assim continuam sendo em muitos municípios e regionais de saúde, em especial nos que não apresentam os

equipamentos da assistência social no modelo de abrigo para gestantes e puérperas.

Sem os abrigos, aumentam sobremaneira as internações compulsórias judiciais em comunidades terapêuticas ou clínicas psiquiátricas privadas, o que foi possível perceber nos municípios do interior do estado de SP. Com uma retaguarda das enfermarias orquestrada em rede, cria-se um ponto importante de fortalecimento dos projetos de cuidado do SUS. Ainda que, como citado na seção anterior, isso não necessariamente garanta o cuidado mais humanizado, há uma expectativa que numa gestão SUS, pública, haja mais espaços como conselhos de saúde e reuniões intersetoriais para a disputa pelo modelo do cuidado, o que não se dá em espaços privados. Mas não necessariamente isso ocorre.

Sem dúvida medidas como: 1) Ampliação de leitos CAPS que tinham uma visão mais ampliada e integrada dos casos, assim como 2) Aumento de vagas da assistência social e a residência terapêutica da Casa das Gestantes foram fundamentais para ajudar a romper esse ciclo de internações involuntárias ou desassistência no município de Campinas.

Depois da criação de equipamentos como a Casa das Gestantes ou o Abrigo Santa Clara em Campinas, diferentemente do funcionamento do centro de acolhida visitado em São Paulo capital, nenhuma mulher ia direto para abrigamento na assistência social sem antes passar por um período de internação psiquiátrica, para desintoxicação e ajuste de medicação em torno de uma semana ou duas a depender do caso. Isso era importante para que a transição da rua, dos seus modos de vida e, muitas vezes, do uso intenso de crack fosse mais assistida e manejada. Essas medidas contribuíam para que a interrupção de uso e a consequente abstinência e fissura acontecessem com apoio e acolhimento. Igualmente importante era a medida de fornecer às mulheres uma certa “anestesia” medicamentosa, uma prática que poderíamos considerar como de redução de danos. Isso reduzia muito as recaídas, crises dentro do abrigo, violência entre usuárias e com os funcionários e abandono das casas e do cuidado.

Considerando o aspecto do cuidado exercido, é possível perceber nos exemplos citados de que é a tecnologia leve e o vínculo com a paciente o que mais se sobressai nos dois casos - e, na verdade, em praticamente todos os casos apresentados nesta investigação, mesmo que de maneira breve ou os mais

pormenorizados. Muitas vezes um “estar presente em movimento, esse estar-aí-junto em movimento gera uma continência maior do que a que se passa entre quatro paredes do consultório” (p.30)(50). Isso é muito presente nos casos, e muito evidente na discussão do caso de Amanda. Ambas as pacientes solicitam a presença da equipe do Consultório na Rua mesmo quando decidem voluntariamente internarem-se em instituições totais. Era como se um pouco da rua estivesse ali com elas. Além do que, tratava-se de manter contato com pessoas (às vezes as únicas naquele contexto) que as conheciam anteriormente à internação, conheciam seu território geográfico e existencial, e suas histórias de vida. Quase como receber uma visita de parentes ou um amigo/conhecido, o que nesse cenário e com suas histórias de vida por vezes não era possível.

Especificamente sobre a discussão da experiência do pré-natal realizado pelo Consultório na Rua como equipe de referência de atenção primária podemos destacar alguns pontos. São aspectos vistos nos casos acima, mas também presentes de maneira até mais evidente em tantos outros também já mostrados até agora.

Segundo o Caderno de Atenção Básica 32, publicação do Ministério da Saúde que orienta atenção ao pré-natal no país (76), a unidade básica de saúde deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema único de saúde. Seria o ponto de atenção mais estratégico para melhor acolher suas necessidades e proporcionar acompanhamento longitudinal das mulheres. Também preconiza que a equipe de atenção primária responsável por esse pré-natal deveria:

“Integrar os trabalhos disciplinares dos diversos profissionais das equipes de forma a produzir um efeito potencializador para suas ações;

[...]

Integrar, em sua prática, ações de caráter individual e coletivo que tenham um amplo espectro dentro do leque da promoção e da recuperação da saúde, da prevenção e do tratamento de agravos;

Ser um espaço de articulação social, a fim de localizar e buscar articular instituições setoriais e extra setoriais dentro de seu território de atuação” (pag 37) (76)

Este mesmo documento coloca como responsabilidade sanitária dessa equipe:

“-Identificação precoce de todas as gestantes para que o início do pré-natal se dê ainda no primeiro trimestre de gravidez;

- Realização do Cadastramento no sistema de vigilância SisPreNatal;

- Classificação de risco gestacional com encaminhamento quando necessário ao pré-natal de alto risco ou urgência/emergência obstétrica;

- Realização de anamnese, exame físico e os exames complementares adequados;

- Busca ativa de gestantes faltosas ao pré-natal;

- Vinculação à central de regulação de vagas obstétricas e neo-natais;

- Registro das informações em prontuários;

- Recursos humanos que possam acompanhar a gestante em seu contexto familiar e social segundo os princípios técnicos e filosóficos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. (76)

Este caderno, que normatiza as práticas da atenção primária no país coloca a dependência de drogas “lícitas e ilícitas” como um dos critérios que podem indicar encaminhamento para pré-natal de alto risco. No entanto, a experiência a ser relatada nessa seção coloca como uma forma de atendimento à essas mulheres a equipe de Consultório na Rua, uma equipe de atenção básica, que pode inclusive manter-se atendendo as mulheres dentro dos serviços de referência, como evidenciado nas narrativas.

Ainda que possa ser dito que o Consultório na Rua (CnR) é uma equipe especializada, não é em ginecologia e obstetrícia, e sim “especialista” na população em questão. Isso, por si só, já se configura numa torção importante do conceito mais tradicionalmente usado de especialidade nas áreas biomédicas, o qual é calcado sob a expertise em patologias ou órgãos específicos. Neste caso, trata-se da expertise em pessoas, numa população. Especializar-se em gente já é um paradigma um tanto diferente dos protocolos médicos mais tradicionais. Mesmo que a expertise não deixe de ser um lugar de saber-poder, e, neste caso, atuante sobre uma população específica, ainda assim, é um poder que pode ser produtor de vida e subjetividade, não apenas de sujeição. Nessa torção, e sob esse aspecto do poder, a equipe de Consultório na Rua é aqui trabalhada como uma equipe de atenção primária que, assim como qualquer outra, deve “especializar-se” e manter certa expertise sobre a sua população adscrita.

Esses relatos e essa seção, longe de ser um modelo ou protocolo a ser seguido, buscam apenas compartilhar um caminho possível, que foi realizado num contexto bastante peculiar, e que não necessariamente se reproduz em outros lugares com outras construções históricas. Espera-se que ao compartilhar desse caminho possível, mais do que a pretensão de apontar respostas, o texto possibilite novas dúvidas e bons questionamentos sobre a assistência atualmente realizada pelas pessoas que se interessem pela sua leitura.

Em Campinas o CnR atua segundo a legislação nacional, que preconiza que a rua é o locus privilegiado de atuação clínica deste equipamento. É importante enfatizar isso, pois devido a heterogeneidade dos serviços de Consultório na Rua no país, isso não se dá de fato como técnica e prática em todos eles. Não é incomum encontrarmos equipes que operam mais como serviços de busca e encaminhamento de pacientes do que com resolutividade clínica dos casos in loco.

Essa clínica, ou esse cuidado, feito pelo Consultório na Rua nas calçadas, nas ruas, becos e mocós da cidade foi chamado por Antonio Lancetti de peripatético (50):

“Conversações e pensamentos que ocorrem durante um passeio, caminhado – peripatetismo – são uma ferramenta para entender uma série de experiências clínicas realizadas fora do consultório, em movimento. Essas estratégias são destinadas a pessoas que não se adaptam aos protocolos clínicos tradicionais” (p.19) (50)

*“Graça foi na verdade a primeira mulher de quem realmente fiz uma consulta de pré-natal de fato num mocó, em meio aos usuários. Ela não quis ir conosco para um lugar mais reservado. Ainda houve para mim um estranhamento, que era aliado também a uma certa sensação boa de dever cumprido, de levantar a blusa e fazer altura uterina, ou ausculta de batimentos fetais, equipe de enfermagem fazendo coleta de sangue. Enquanto isso, pessoas fumavam crack a menos de um metro de distância de nós. (Diário de Campo – Caso Graça)*

É interessante observar que naquele momento do atendimento de Graça havia em mim uma sensação de dever cumprido, quase cívico, de atender aquela mulher. Era como se eu “devesse” fazer aquilo, como se tivesse a obrigação médica, laboral,

quase moral, de avaliar aquele corpo grávido, o que até aquele momento não era muito claro ou questionado por mim.

Antes de concretamente sair dos espaços mais tradicionais de atendimento e me permitir abertamente o encontro com os “que não se adaptam aos protocolos clínicos tradicionais”, eu não percebia o quanto há uma série de condicionantes para o atendimento em consultório, numa unidade básica de saúde, por exemplo. As pessoas precisam de certa maneira adaptar suas demandas às ofertas e aos serviços do sistema de saúde ou da assistência social, ou do judiciário. E essa adaptação não necessariamente se dá com todos, e, quando ocorre, não o faz de maneira uniforme. É um processo comum em qualquer indivíduo, mesmo nos que não se encontram em situação de rua, mas certamente se acentua e evidencia nos mais marginais.

“Então eles simplesmente sabem que aquilo não é para eles, que o posto de saúde é para quem tem um mínimo de desejo de ter saúde, quem se sujeita a horários pré-determinados, que se sujeita a regras básicas de higiene – e eu não estou dizendo que isso está errado, mas que se sujeita” (p.56) (50)

As paredes de um consultório são uma barreira protetiva dos profissionais de saúde. Muitas vezes os protegem da pressão assistencial e da demanda concreta, os protegem do território e suas vulnerabilidades, os protegem da sensação de ignorância e de impotência, de não saber o que fazer. Isso fica mais evidente no caso de Jussara e seus 4 cm de dilatação querendo fumar mais; mas também no caso de Vânia, gestante no SAMIN aos 13 anos de idade; ou de Keyla, apanhando sob nosso olhar atento atrás de uma caçamba que recolhia entulhos de uma construção; e em certa medida como em todos os casos relatados. As paredes protegem os profissionais das tantas tristezas do mundo que encontramos, especialmente em áreas muito vulnerabilizadas. Mas também as paredes constroem uma barreira que os impedem igualmente de ver as belezas do território, das pessoas em seus locais de produção de vida e lazer, pessoas não enquadradas pelas instituições que não moldam a demanda que apresentam; as paredes os impedem de ver a beleza das múltiplas formas que as pessoas arranjam para produzir seus modos de vida e de saúde.

*“Eu não sou médica de família! Eu sou ginecologista! Eu não estudei para isso e não tenho obrigação nenhuma de ficar fazendo visita domiciliar, muito menos de sair atrás de usuária de crack em beira de córrego! Isso é coisa de agente comunitário. Para consulta médica ela que tem que vir! É tudo na mão agora? Eu não vou fazer consulta dela lá de jeito nenhum!”* Dizia a médica ginecologista da unidade. Era uma senhora já um pouco mais velha. Breno, também médico da equipe, estava vermelho. Seu rosto branco que destacava a barba escura, estava vermelho de raiva. Acho que os anos trabalhando pelo ministério como apoiador da política nacional de humanização pioravam a raiva que ele sentia nesse momento. Ele então grita com a médica: *“Ah, a senhora tem obrigações sim! A senhora passou num concurso público, mas assumiu porque quis. Aceitou porque quis uma vaga na atenção primária, além do mais recebe uma série de adicionais por estar numa unidade com alta vulnerabilidade social. A senhora tem que ir sim! Onde já se viu uma coisa dessas?”*

*Adelaide, gestora, com olhos arregalados assistia aquilo. Breno tinha muitos motivos para se exaltar, mas foi demasiadamente explosivo com a médica. E de fato, ele não era “chefe” dela, e ela não devia esse tipo de explicações à nossa equipe. Pelo menos não daquela forma. Mas claro, diante da discussão no calor do momento dentro da unidade defendemos Breno irrestritamente, mas depois em reunião de equipe isso foi bastante debatido”* (Diário de Campo – Caso Fabiana)

Foi realizado muitas vezes pelo Consultório na Rua, para além do atendimento de pré-natal no território da mulher, o matriciamento de gestantes em situação de rua acompanhadas por unidades básicas de saúde, como no caso descrito acima de Fabiana. Também pelo GT Maternidades tive a oportunidade de realizar atividades de educação permanente com muitos profissionais, tanto da rede de saúde mental, quanto de saúde da mulher e da criança, assim como da atenção primária dos municípios de Mogi-Guaçu, Mogi-Mirim e do Departamento Regional de Saúde de São João da Boa Vista. Também atuei no treinamento na Defensoria Pública do Estado de São Paulo para preenchimento de Plano de Parto Social, que construímos no GT Maternidades para essas mulheres em alto grau de vulnerabilidade social na cidade de São Paulo.

Esses espaços foram muito interessantes para aproximação de outra forma com o tema investigado no mestrado de como operam as racionalidades políticas, tecnologias e práticas do pré-natal dessas mulheres. Isso era visto ao nos

depararmos com os muitos relatos e trocas de experiências que aconteciam nesses espaços e a percepção de como as equipes e profissionais comumente operavam. Nesses momentos, em especial de educação permanente em que estive pelo GT Maternidades, era comum começar minha fala pelo seguinte questionamento: “Do ponto de vista dos equipamentos, das tecnologias duras, o que precisamos para fazer uma consulta de pré-natal?”

Para uma consulta de acompanhamento pré-natal comum precisamos do estetoscópio (aparelho para ausculta cardíaca e pulmonar), esfigmo (aparelho de aferir a pressão arterial), balança, fita métrica, sonar (que faz a ausculta dos batimentos cardíacos fetais), as vezes uma fita urinária para avaliação de infecção ou proteínas na urina, prontuário e cartão da gestante. Todos esses materiais que compõem comumente uma consulta são facilmente transportáveis. Isso seja dentro de uma Van ou Kombi, que em geral os serviços dispõem para atendimento domiciliar.

A coleta de exames de sangue, que é fundamental durante o pré-natal, também pode com tranquilidade ser feita fora do espaço físico da unidade, o que é inclusive muito comum na atenção primária com pacientes acamados, que tem seus exames coletados no domicílio e transportados em frascos e caixas adequadas. Em relação especificamente aos exames sorológicos para infecções sexualmente transmissíveis, há um procedimento similar: os testes rápidos colhidos por gotas sanguíneas das pontas dos dedos. Estes testes podem também ser transportados e realizados fora dos equipamentos de saúde, como é frequente em campanhas de testagem diagnóstica.

Praticamente a única tecnologia dura não transportável até o momento de um pré-natal habitual seria a ultrassonografia. Ainda que já haja aparelhos portáteis de doppler muito usados nas unidades de terapia intensiva e urgência/emergência, eles não são, até o momento, utilizados com fins obstétricos em consultórios de atenção primária, em especial no SUS.

Em Campinas, temos todas as tecnologias duras transportáveis descritas acima (fita métrica, sonar, testes rápidos, coletas sanguíneas, dentre outras), que seguem na van que realiza os atendimentos pelo Consultório na Rua. Assim, realizamos nossas consultas normalmente nos espaços não convencionais escolhidos pelas mulheres como calçadas, pontes, mocós, e mesmo em comunidades terapêuticas ou enfermarias de psiquiatria como já descrito.

Fazer essa ponderação nas equipes de atenção primária que matriciamos ou nos municípios em que realizamos atividades de educação permanente em geral surpreende a maioria dos profissionais.

Neste momento, alguns se dão conta de que o que de fato impede a realização desses pré-natais nas ruas está muito mais relacionado às tecnologias leve-duras e especialmente às tecnologias leves, e não a uma dimensão de tecnologia dura, como comodamente parece ser para certo senso comum. Mesmo que o encontro clínico necessite de uma materialidade dura, ele definitivamente não depende exclusivamente dela e há muitos arranjos possíveis.

As tecnologias leves configuram-se como esses processos de intervenção em ato, são as tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados (leve-duras) e comportam um grau de liberdade significativo de como fazer essa produção. Entre as tecnologias leves encontram-se a produção de vínculos, o acolhimento, parte das funções de gestão do trabalho, gestão da clínica e das equipes (77). Esses saberes 'leves' modulam a forma como exercemos nossos saberes clínicos semiestruturados como uma anamnese, epidemiologia, o raciocínio clínico etc. O usuário real impõe que o saber clínico seja sempre singularizado para a produção do cuidado, em especial em contextos tão diferenciados como a rua.

E era a partir desse questionamento, do que falta de fato para as equipes acessarem, atenderem e produzirem encontros e cuidado com essas mulheres das ruas que eu sempre iniciava as discussões.

No caso de uma equipe de unidade básica tradicional ou estratégia de saúde da família, muitos compartilhavam que era preciso inicialmente que houvesse a possibilidade de sair da unidade. Para isso seria necessária uma gestão diferenciada da demanda, da agenda e do processo de trabalho da equipe, o que não era simples de se realizar. Isso afeta em especial áreas vulneráveis com subdimensionamento de profissionais por habitante, o que é a maior parte da atenção primária do país. E esse tipo de cenário onde se concentram, não de maneira trivial, a maior parte das mulheres com essas necessidades singulares para a produção do cuidado pré-natal.

No caso das equipes de Consultório na Rua, observou-se a necessidade da gestão municipal e, especialmente, da equipe de acreditar na potencialidade da resolutividade clínica de qualquer categoria profissional, mesmo em settings

terapêuticos “não convencionais”. A equipe precisa testar sempre novos modelos de assistência e clínica, perceber o quanto é possível resolver problemas diversos in loco e reduzir sobremaneira os encaminhamentos, melhorando assim o cuidado dos usuários. É frequente que após encontros e trocas de experiências entre equipes isso se potencialize.

Na própria política do ministério da saúde (76) já é apresentada uma seção sobre “Uso de Álcool e Outras Drogas na Gestaçãõ” (p.236):

A atenção primária à saúde mostra-se importante no manejo dessas situações pois partilha territórios geográficos e afetivos estando em contato com a gestante no seu dia a dia, conhecendo sua realidade. O papel dos agentes comunitários de saúde é fundamental na identificação dos novos casos, na busca ativa de faltosas, na abordagem e no acompanhamento. (p.237)(76)

Quando finalmente se consegue organizar a assistência à essas gestantes fora dos muros e das paredes das instituições e o encontro com seu território, é fundamental a tecnologia leve da abordagem comunitária. É a abordagem comunitária que permite o trânsito da equipe em cenários de venda e uso de drogas, mocós, ou tantos outros lugares de alto grau de vulnerabilidade social. Essa tecnologia leve precisa ser desenvolvida por todos os membros da equipe, mas comumente se concentra nos agentes comunitários de saúde e agentes de Redução de Danos. Esses profissionais tradicionalmente já trabalham em ambientes tidos como “desprotegidos”, que chamamos aqui de outro tipo de “proteção”, baseada nos vínculos e no respeito conquistado na comunidade e no território. É em geral com esses profissionais que toda equipe, seja de atenção primária ou de Consultório na Rua, aprende a construir esse trânsito pelas áreas.

Em Campinas, em nossa equipe do Consultório, contamos com os Redutores de Danos, que fazem o reconhecimento das áreas de uso, conversas com lideranças comunitárias e que “abrem o campo” para que possamos fazer os atendimentos. Enquanto médica, aprendi com eles tantas coisas, que talvez não consiga se quer nomeá-las adequadamente. Observava-os quotidianamente, sempre atenta ao trabalho da redução, ao trânsito deles no território, à linguagem, ao jeito, ao cuidado que tinham com os usuários. Certamente eles foram os grandes professores de tecnologias leves que tive ao longo desses anos. As palavras de Lancetti descrevem bem esse trabalho: “Essas práticas tem a marca

da ousadia, da invenção, e de uma potência de transformação francamente terapêuticas. Em muitas vezes o ir e vir com o paciente é a única possibilidade de acesso ao cuidado” (p.29) (50)

É preciso certo grau de entrega e disponibilidade para trabalhar em ambientes abertos e não convencionais. Ficamos frequentemente diante das vulnerabilidades nossas e dos outros. Mas é apenas saindo dos consultórios das unidades e transitando pelos cenários de uso que encontramos as mulheres gestantes das quais este trabalho trata.

“A clínica praticada em movimento, fora dos espaços de reclusão convencionais, com o que se inauguram outras formas de engate terapêutico, bem como outras possibilidades de conexão com os fluxos da cidade e da cultura. ‘estar presente em movimento’ ‘por as pessoas de pé’ desterritorializar o contexto e o setting, habitar o limite e a tensão, investir na força, eis uma reversão de hábitos clínicos consagrados” (p.12) (50)

Os profissionais quando se dispõem a sair de seus espaços protegidos, em especial os que apresentam os tais cursos “superiores”, passam (eu como médica passei, assim como outros profissionais nos relatos que faziam nos encontros passaram) por uma experiência de desconstrução de sua formação profissional, que em geral se dá sempre em espaços institucionalizados. Mas não só, há uma desconstrução também de aspectos da sua subjetividade, suas racionalidades, conceitos e pré-conceitos, e uma reconstrução de subjetividade que possibilita um outro encontro de cuidado, mais aberto às potências do espaço e das pessoas, e talvez, com sorte, um pouco menos governamental.

A partir desse encontro, inicia-se um trabalho hercúleo em tecnologia leve de toda a equipe para a construção de vínculo com essa mulher. São mulheres que em geral tem experiências anteriores de negligência e, em especial, de violência por parte dos agentes Estatais, sejam eles da saúde, da assistência social, ou do judiciário. Muitas vezes essas experiências com os diversos agentes Estatais se somam, se confundem e se potencializam. Não há necessariamente para essa população uma diferenciação entre os serviços das diversas secretarias. Muitas vezes somos confundidos, o que nos traz certos bônus e, mais frequentemente, ônus. Em Campinas, o uniforme amarelo brilhante é

fundamental, pois contribui muito para a construção de identidade própria e diferenciação da equipe em relação aos demais serviços públicos.

Há um intenso trabalho de ofertar um cuidado, e de ir aos poucos reduzindo o medo que em geral existe do contato conosco, em especial para um pré-natal. São comuns frases como “*vocês estão vindo aqui é para tomar o bebê de mim*” ou uma certa relação de culpa/vergonha pelo uso de substância nesse contexto, especialmente diante de profissionais de saúde, pois estes tradicionalmente condenam implícita ou explicitamente essas mulheres de diversas formas, sobretudo na gestação. Precisamente neste ponto talvez resida o maior desafio dos profissionais em saúde, de construir para si e para o outro um olhar não julgador sobre o uso de substância psicoativa, a maternidade, portanto, sobre a vida e as escolhas dessas mulheres.

Se eu me apresento como drogado e você se apresenta como médico, eu sou drogado, o drogado do médico ou o médico do drogado, o caminho esperado qual é? Vou ficar fascinado por que encontrei alguém que vai me salvar; o outro vai acreditar que é o salvador e aquilo rapidamente fracassa. (p.72)(50)

Tudo isso: escuta, acolhimento, consulta, clínica, cuidado é feito no cenário escolhido pela mulher. Que pode ser uma calçada, um mocó onde ela fica ou um cenário de uso. Mas também pode tratar-se de um abrigo, um albergue, ou mesmo uma comunidade terapêutica ou enfermaria de psiquiatria, como nos casos relatados. Nestes lugares por elas escolhidos, todos nós nos sentamos, escutamos, falamos, e em algum momento, como em qualquer consulta, ela se deita, (que pode ser numa maca portátil, em seu próprio colchão, ou na calçada forrada) tem sua pressão aferida, altura uterina medida, batimentos fetais escutados, cartão de gestante e prontuários preenchidos, teste rápido realizado.

A consulta transcorre então da maneira mais natural possível diante do contexto, conversa-se sobre a expectativa com a maternidade, sobre a gestação, os sintomas, as modificações do corpo, a relação com o bebê e com o pai da criança, os medos, o parto, e os projetos de vida. O exame físico é realizado e anotado tanto no prontuário da mulher quanto em seu cartão de gestante. Os testes rápidos são feitos e, se necessário, faz-se a coleta de exames, tratamento de sífilis ou acompanhamento

da paciente (acompanhamento, e não encaminhamento, sempre vamos juntos com elas) para início de terapia antiretroviral para HIV nos serviços de referência.

Como um trabalhador de saúde, por exemplo um enfermeiro ou um auxiliar de enfermagem treinado para operar protocolos, aprende a cuidar de crises existenciais às vezes explosivas? Como um psicólogo capacitado para atender em consultório desenvolve sua clínica nas ruas, em parceria com profissionais de estratégia de Saúde da Família e outros coletivos que operam no território? Como pessoas treinadas para operar individualmente conseguem coordenar um grupo? (p.53)(44)

Ainda sobre as tecnologias leves para se construir o encontro clínico com essas mulheres, Lancetti em seu livro *Contrafissura e Plasticidade Psíquica* (44) nos aponta algumas direções. O autor faz um contraponto: sendo a fissura entendida como impulso incoercível para o consumo de drogas, a tal “contrafissura” que dá título ao livro, refere-se a um sintoma social, às tentativas desesperadas de tantos, como entidades Estatais, igrejas, complexos médico-psiquiátricos, resolverem o problema da dependência química de um modo simplificado, com ênfase na droga e não nas pessoas. Essa conduta derivada da racionalidade política do proibicionismo em relação às drogas, em especial com um afã urgente de resolver a questão do uso de drogas imediatamente, quase como uma fissura em combater a fissura.

O autor chama então de plasticidade psíquica uma característica necessária ao trabalhador de saúde para lidar de outra forma com o problema da dependência e em especial com as pessoas dependentes, não submetendo-se à norma e à moral da abstinência ou da “contrafissura”. Chama-se plasticidade psíquica essa capacidade de ser plástico, flexível, resiliente na clínica, no cuidado e nos afetos em relação aos usuários. “O encontro com histórias de vida terrificantes ou situações de horror tornadas habituais ou banalizadas exigem plasticidade psíquica” (p.63) (44).

Em especial em relação às gestantes a “contrafissura” e sua urgência (semelhante à fissura) ocorre com grande intensidade e elevada frequência. E talvez por isso a necessidade de alta plasticidade psíquica nesses casos seja tão importante. E parte da plasticidade não é só psíquica enquanto *modus operandi*

da subjetividade do trabalhador, mas também dos coletivos e instituições que operam com essas mulheres.

Como disse a ginecologista da unidade básica de saúde “*Para a consulta médica ela que tem que vir! É tudo na mão agora?*”, sim, é “na mão” mesmo. E podemos chamar esse conceito de *Baixa Exigência*. O que em geral não se percebe é que horário marcado pode ser para algumas pessoas uma espécie de alta exigência, estar limpo para ser consultado pode ser alta exigência. Esse conceito de Baixa Exigência, conhecido no exterior como *Low Threshold Services*, ou Serviços de Baixa Exigência, se aplica à saúde e também à assistência social, às políticas de moradia e apresenta bastante evidência de sucesso internacional (67)(78)(68)(79). Essa expressão significa literalmente baixo limiar de entrada e inspirou programas no Brasil como a iniciativa em São Paulo, capital, do Programa “De Braços Abertos” que também apresenta evidências de redução de uso de drogas e melhora na qualidade de vida dos usuários a despeito do uso.

Há uma aposta nesta dissertação de que o cuidado pré-natal à gestante usuária de substância deve seguir o mesmo preceito de Baixa Exigência. No entanto, é preciso enfatizar, como lembrou Lancetti (44), que em geral serviços de baixa exigência para com os usuários em geral demandam alta plasticidade psíquica do trabalhador, que precisa sempre estar atento às próprias práticas. “O terapeuta precisa ser um atleta afetivo para suportar relações” (p.66)(44)

É certo que a disposição, plasticidade psíquica, e desenvolvimento de tecnologias leves por parte dos trabalhadores é absolutamente fundamental, mas não é suficiente. Mesmo um serviço com essas características também não. É preciso trabalho em rede. É preciso uma rede plástica e com alta capacidade de trabalho com tecnologias leves, mesmo quando se tratam de serviços altamente especializados e com alta densidade tecnológica em termos de tecnologias duras. Um exemplo bastante corriqueiro disso é o acesso aos exames de ultrassonografia.

Em geral, o modelo em que tradicionalmente é realizada a ultrassonografia obstétrica não está adequado ao perfil e aos modos de vida dessas mulheres. Em Campinas, assim como em outros municípios do estado de São Paulo, foi preciso construir um fluxo de acesso mais facilitado a esses exames. Isso ocorreu a partir de conversas e sensibilizações com clínicas privadas que prestavam serviço à rede SUS, policlínicas e pronto-atendimentos obstétricos públicos para que estas

ultrassonografias fossem realizadas no momento mais oportuno para a paciente, e não com horário previamente agendado.

O acesso facilitado ao ultrassom era considerado pela equipe também um dispositivo, um acontecimento, que muitas vezes apresentava alto impacto na subjetividade das mulheres, transformava e avançava significativamente em relação ao autocuidado quando, ao escutarem o coração do feto ou vê-lo no exame de ultrassonografia, a gestação muitas vezes se tornava mais concreta, o que é comum igualmente em mulheres atendidas normalmente em consultórios privados ou unidades básicas tradicionais em situação de moradia nos seus domicílios, com gestações planejadas e desejadas.

A concretude da gestação, muitas vezes não planejada ou desejada, reforça a necessidade de um planejamento da vida em relação à maternidade. Quando conseguimos este acesso facilitado ao ultrassom, além do diagnóstico mais precoce e oportuno de complicações por vezes associadas ao uso de substância e, mais ainda, ao contexto socioeconômico em que esse uso acontece, também conseguimos uma maior construção conjunta de processos terapêuticos e de cuidado em saúde por parte dessas mulheres.

Na experiência do Consultório na Rua de Campinas essa tecnologia leve-dura do acesso em rede à tecnologia dura da ultrassonografia talvez tenha sido um dos aprendizados mais importantes, e é utilizada em praticamente todos os casos. Também nas experiências em outros municípios do interior do estado de SP pelo GT Maternidades, essa tecnologia leve-dura da flexibilização do acesso em rede ao exame é um divisor importante na história da assistência a essas mulheres, com impacto biomédico e clínico do diagnóstico e manejo de complicações materno-fetais no pré-natal, parto e puerpério e na produção de cuidado integral e longitudinal em rede.

Há necessidade também de articulação intensa e cotidiana de rede intersetorial com serviços da assistência social e por vezes do judiciário, como a defensoria pública. Essa articulação foi promovida na micropolítica dos casos, mas era frequentemente ampliada após os eventos de educação permanente realizados pelo GT Maternidades. A discussão se dava em pequenos grupos.

Em geral, as consequências do uso de substâncias psicoativas em mulheres de faixas altas de renda não traz tantos problemas quanto o uso dessas substâncias em classes baixas com alto grau de vulnerabilidade, em que a mulher se expõe a

muito maiores riscos como: maior chance de sofrer violência física e sexual, infecções sexualmente transmissíveis, ou mesmo a não garantia de segurança alimentar. É muito importante perceber nesse contexto de mulheres socialmente vulnerabilizadas a relevância de políticas no município ou na região de saúde, de possibilidades para o abrigo da mulher e também abrigo da família, incluindo, assim, seu filho e seu companheiro ou companheira. Se isso não for possível, ao menos um abrigo do binômio mãe-bebê já produz impacto. A possibilidade de moradia reduz significativamente o uso de substâncias psicoativas e uma série de outros riscos associados à situação de rua que são potencializados na gestação, como já citados.

Dentre as iniciativas de abrigo a usuários de substâncias psicoativas, uma proposta que se destaca em discussões internacionais é aquela conhecida como “Housing First” (p.97-8) (44) (78) (67) (68). Esta estratégia compreende o abrigo não como uma espécie de “prêmio” ou “benesse” aos moradores de rua abstinentes, ou já em processo de reversão do ethos de estar na rua, incluindo em parte o seu uso abusivo de substância. Trata-se de ofertar o abrigo como uma das primeiras propostas aos usuários, sendo a casa e o abrigo uma das condições para que a abstinência possa, eventualmente, se dar. A experiência demonstrou que pessoas que foram morar em abrigos onde não se exigia abstinência aderiam a programas de saúde em proporção sumariamente maior do que os que estavam sendo atendidas nas ruas, assim como diminuíram o consumo de álcool e outras drogas e também as intercorrências oriundas das violências e causas externas de morbimortalidade, o que em especial durante a gestação é fundamental.

Nesse sentido, a experiência de Campinas foi bastante inovadora. O grande número de casos de gestantes em uso de substâncias e situação de rua atendidas pelo CnR fez com que ele se juntasse a outros serviços da rede de saúde mental e via reuniões do conselho municipal de saúde e audiências públicas na câmara de vereadores durante todo o ano de 2015 pressionasse o município para que fosse criada uma política de abrigo específica para essas mulheres. Hoje está em funcionamento a Casa da Gestante.

A Casa da Gestante trata-se de uma das poucas experiências do país de política de abrigo gerida e financiada exclusivamente pela Secretaria de Saúde, e não pela Assistência Social (excluindo-se a política de residências terapêuticas). Sobre essa experiência de cuidado específica já seria possível escrever outro relato

de experiência, outro mestrado inteiro. Mas a dimensão que ela toma neste ensaio é de ser fruto de uma mobilização política e social dos serviços de saúde na região, que contavam apenas com a possibilidade do abrigo Santa Clara, gerido pela secretaria de assistência social, antes de sua criação. O Abrigo Santa Clara era também o único abrigo para mulheres não gestantes do município, o que provocava certamente um déficit importante de vagas. Outra diferença importante entre eles é que no abrigo Santa Clara, seguindo as normas das casas de passagem do serviço social do município, o tempo máximo de permanência é de seis meses. Já na casa das gestantes, entendendo a complexidade desse momento na vida da mulher e em respeito à promoção de maternidade apoiada e saúde da criança, o tempo de permanência é de até 2 anos após o parto, além do fato que mulheres com filhos anteriores podem levá-los para a Casa, diferente do outro abrigo, que não aceita essa configuração, já entendida como familiar, e não necessariamente cabe na política da assistência, depende fundamentalmente dos jogos de poder locais.

É importante enfatizar que o abrigamento muitas vezes é a possibilidade de reconstrução de vínculos comunitários diferentes dos vínculos da rua e de inserção social de um outro lugar, a partir de um outro território existencial. O abrigamento num modelo como esse reduz significativamente modelos asilares como comunidades terapêuticas ou hospitais psiquiátricos, e se contrapõe também às internações involuntárias para “cuidado” dessas mulheres, como as internações compulsórias. Abrigamentos como o a Casa das Gestantes possibilitam também a construção de um projeto terapêutico mais ético, com possibilidades consistentes de maior autonomia e cuidado de si a médio e longo prazo, o que foi visível em todos os casos. Mesmo durante a retomada do diário de campo para a escrita do mestrado era curioso perceber como foram conduzidos casos antes da criação da Casa das Gestantes, como os casos de Amanda ou Juliana aqui descritos, e como eram conduzidos os casos depois, como o de Sandra, mencionado no início da dissertação.

Mas torna-se aqui fundamental discutir e fazer a crítica de que construir um acesso facilitado ao abrigamento dessas mulheres gestantes, ainda que se constitua uma importante necessidade, constrói também uma ambivalência que precisa ser observada. Quando mulheres gestantes têm um acesso maior a uma série de cuidados do que as mulheres não gestantes - seja moradia, ou maior número de consultas, por exemplo -, há uma mensagem nisso, que de certa forma se coloca como uma linguagem: de que o que importa mesmo ao Estado, e muitas vezes a nós,

cuidadores, não é a mulher em si, mas o filho que ela carrega. De que ela só tem valor e só importa, e nos importa, quando grávida. Visto que, não grávida, essas ofertas não eram feitas, ou o acesso a elas era bastante dificultado pela baixa disponibilidade nos atuais serviços públicos.

Esta era justamente a perspectiva sobre mulheres quando os Estados nacionais começam a se importar com a população como um todo e com as “perdas”, ou seja, com a mortalidade infantil. O cuidado à saúde da mulher não era um fim em si mesmo, mas um meio para garantir crianças saudáveis. Ainda que não de maneira consciente, tal postura transmite a mensagem de que é preciso salvar as crianças, por isso investe-se nas mulheres. Sem crianças, podemos “deixá-las morrer”.

Para operar esse salvamento era preciso convencer às mães a se aplicarem às tarefas esquecidas. Moralistas, administradores, médicos puseram-se em campo e expuseram seus argumentos mais sutis para persuadi-las a retornar seus melhores sentimentos e “dar novamente o seio.” [...] Era o discurso da felicidade e da igualdade que as atingia acima de tudo. [...] Algumas delas perceberam que ao produzir esse trabalho familiar necessário à sociedade adquiriam uma importância considerável que a maioria delas jamais tiveram. Acreditaram nas suas promessas e julgaram conquistar o direito e o respeito dos homens, o reconhecimento da sua utilidade. (p.147)(23)

Nesse sentido o caso de Sandra, que acaba perdendo a guarda de sua filha aos 17 dias do nascimento em uma zona de uso, é emblemático. Sandra já havia sonhado que paria na calçada, e que nós, os profissionais de saúde pegávamos a criança e a deixávamos ensanguentada em meio aos transeuntes. Lembro-me que Adelaide desde o início suspeitava de que ela não desejava a maternidade. Mas Sandra, como tantas outras mulheres que atendi, seja nas unidades básicas de saúde tradicionais ou mesmo na rede privada, era ambivalente. Percebeu com rapidez que o serviço não sustentava sua ambivalência. Ela deveria “desejar” ser mãe. Teve então abrigo, consultas, espaços terapêuticos e de geração de renda que nunca havia experimentado antes da gestação. Mas o desejo não se sustentou. Ou se sustentou de uma forma que não seria possível de nós sustentarmos. Sandra, que aprendeu a usar crack com a própria mãe, levou a filha para um mocó, por três vezes. E na volta foi chamada por todas as mulheres moradoras de rua do abrigo de “monstro”. Depois desse evento por muitas vezes fazia questão da injeção de contraceptivo. Outras,

mais deprimida, dizia querer engravidar de novo. Mas resta saber se quando Sandra se deprimia, ela queria um filho, ou a atenção e cuidado que teve durante a gestação.

O que essas mulheres percebem é que na condição de mulher gestante o acesso aos serviços, às consultas, ao abrigo é substancialmente e significativamente facilitado. Isso está aliado às concepções sociais sobre as mulheres e mães, em especial as boas mães e as mulheres normais, que são as que desejam a maternidade e nela vêem felicidade e realização. Não à toa, para elas é muito difícil assumir para a equipe o não desejo de ficar com a criança, incluindo medo de decepcionar a equipe e de perder o cuidado que estão recebendo. Por isso o atendimento a essas mulheres é tão complexo e precisa ser tão cuidadoso para os trabalhadores e para as redes de atenção.

Na articulação e construção dessa rede com mais plasticidade é fundamental um acesso facilitado e um matriciamento de mão-dupla com os serviços de referência em saúde como as internações psiquiátricas e de patologia obstétrica e pré-natal de alto risco inclusive para efetivar o abrigo. Em Campinas os abrigos em geral não recebem uma mulher direto da rua, é realizada antes da entrada no serviço uma internação em leito de psiquiatria de hospital geral, ou patologia obstétrica, ou leito de centro de atenção psicossocial de forma voluntária e por um período breve. O objetivo da internação é o manejo das crises mais importantes de abstinência e um ajuste de medicação, se for necessário. Inicialmente, as crises de abstinência mais intensas são sofridas para as mulheres e de difícil manejo para os profissionais, em especial do serviço social, e pode ser um impeditivo de permanência nas casas, fonte de desistência da permanência no abrigo e de recaídas. O modelo prioritário no município é a realização de leito CAPS para que já se promova um vínculo maior com o serviço que fará de fato o acompanhamento ambulatorial do caso.

Os leitos em enfermarias de patologia obstétrica são uma possibilidade de retaguarda quando há possivelmente um uso um pouco menos intenso ou não há comorbidades psiquiátricas tão graves associadas. O mesmo ocorre com eventuais consultas, ou discussões de caso com equipes de pré-natal de alto risco, em especial se houver patologias ou complicações maternas e/ou fetais diagnosticadas como HIV ou restrição de crescimento fetal.

*“O nosso médico faz o encaminhamento para o pré-natal de alto risco para essas mulheres, por que ele diz que são gestantes de alto risco que precisam fazer o*

*acompanhamento em pré-natal especializado. Daí a gente até marca com elas um local e um horário para buscar e vai junto, mas muitas vezes elas não ficam nos esperando como combinado”* (Diário de Campo – Agente comunitária de saúde de uma equipe de Consultório na Rua de São Paulo - visita ao centro de acolhida)

Este ponto é um importante tema de aprofundamento, e central neste tópico. O uso de substância psicoativa é uma condição considerada de risco na gestação, o que faz com que vários profissionais da atenção primária e mesmo de alguns consultórios na rua não façam o acompanhamento pré-natal dessa mulher e a encaminhem para um ambulatório de pré-natal de alto risco, onde estariam especialistas no manejo das complicações biomédicas secundárias à essa condição.

Há uma aposta como médica e atual pesquisadora no tema de que: Para essas mulheres o fato que confere maior risco biológico à gestação e que gera piores desfechos maternos e fetais é o abandono do seguimento clínico, jurídico e do serviço social. O maior risco a que essas mulheres estão expostas é a não efetivação e não garantia do sistema de direitos e proteção social que ainda vigora até o momento no país, e que é isso que fundamentalmente gera e/ou agrava as questões clínicas.

Sem esses seguimentos há aumento do uso de substância e suas consequências, há a não realização dos exames e, conseqüentemente, não há diagnóstico precoce de patologias. Logo, não há tratamento oportuno de comorbidades, sejam psiquiátricas ou clínicas, como início da terapia antiretroviral em caso de gestantes que se descobrem soro positivas (como foi o caso de Núbia), ou tratamento de hipertensão gestacional (como Ana Cecília), ou tratamento de sífilis, que foi extremamente prevalente, praticamente em quase todos os casos.

Partindo da premissa ética e política do não aprisionamento de corpos pelas internações compulsórias, é o seguimento clínico, jurídico e do serviço social, assim como a vinculação no pré-natal são as variáveis com maior impacto de benefício do ponto de vista dos desfechos materno-fetais clínicos.

O que o Consultório na Rua de Campinas realiza e eu defendo como pesquisadora é que: sendo o maior risco o não acompanhamento dessa mulher, e sendo o instrumento mais adequado para atuar neste risco o vínculo, a realização de projetos terapêuticos singulares deve ser feita sempre pela equipe de referência. E ela também é necessária para a articulação de uma rede própria e adequada a cada caso. Acredito que os “experts”, os especialistas nessas modalidades tecnológicas,

vínculo e articulação singular de rede ao projeto terapêutico, são as equipes de referência e de atenção primária, sejam as unidades básicas de saúde ou as equipes de Consultório na Rua.

Nesse sentido, explicitamente advogo que o pré-natal deve ser centralizado e realizado por essas equipes, que deveriam ser matriciadas pelas equipes de pré-natal de alto risco e ambulatórios e enfermarias psiquiátricas em caso de complicações clínicas e/ou de saúde mental.

“Nós fomos uma opção além da droga. Elas passam a se relacionar com outros mundos. De repente, nós entramos na vida dessas pessoas sem vender drogas, sem usar drogas, sem fazer do uso de drogas o nosso carro chefe. Nós somos pessoas com as quais elas se relacionam sem tirá-las do grupo onde elas estão, da vida que vivem e não tentamos necessariamente trazê-las para nosso meio; a gente simplesmente se relaciona com elas. Acho que essa intimidade gerada pelos nossos princípios, eu digo assim, uma não-priorização da questão da abstinência, ou seja, nosso princípio é não fazer guerra contra as drogas (nem às pessoas que usam drogas)” (Domiciliano Siqueira pag 59) (50)

A cada dia estou convencido de que talvez fosse preciso mudar de nome. Por que ela não visa reduzir nada, visa dar ênfase, porque, por exemplo, as estratégias da abstinência visam reconhecer e aprofundar a fraqueza, não é certo? Eles dizem “você tem que reconhecer que você é fraco, que você é dependente”. [...] Diferentemente, vocês procuram a força do sujeito, no sentido de conhecê-lo na sua singularidade, sem catalogá-lo nem classificá-lo segundo o tipo de droga que consome, e buscam gerar um tipo de relação, de experiência que gere também uma mudança na relação desses sujeitos com a vida e também com as drogas. (p.66) (50)

Após o pré-natal, em especial o momento do parto e o puerpério devem ser pensados por uma rede composta tanto pela equipe de saúde, quanto pela assistência social e defensoria pública, sendo que em cada setor acreditamos serem necessárias referências para os casos para a construção coletiva, e junto com a mulher desses projetos. A frase de Adelaide, gestora do Consultório na Rua de Campinas, é emblemática: “*A gente não encaminha paciente, a gente compartilha paciente*”. É importante enfatizar que essa construção de rede não se dá pelo encaminhamento de casos pura e simplesmente.

Era muito frequente ver nos serviços em que eventualmente fazíamos atividades de matriciamento a culpabilização das mulheres por um certo “abandono

de tratamento” ou “não adesão ao tratamento”. Há em torno disso uma leitura do cuidado pré-natal como um dever da mulher, e não raro sem se fazer o diagnóstico autocrítico se o serviço estava fazendo uma oferta adequada à realidade dessas usuárias ou se estava-se trabalhando restrito à uma perspectiva que podemos classificar como alta exigência.

Aqui, outro conceito que nos amplia a capacidade de análise, que foi encontrado nas fontes textuais desta investigação é o de “Disputa de Planos de Cuidado” (80). Isso ocorre quando o paciente - em geral com este nome por uma postura passiva diante do cuidado em saúde, ou como objeto-alvo das intervenções em saúde - se transforma num sujeito ativo e possivelmente resistente aos cuidados ofertados pelas equipes de saúde, ou do serviço social ou do judiciário. Isso é visto comumente como um atributo negativo pelas equipes assistentes, como um paciente difícil. No entanto, distante dos casos mais emblemáticos, a disputa de planos de cuidado trata-se de um processo cotidiano, que é constitutivo de qualquer momento relacional de cuidado e de clínica. Mas claro, há corpos menos dóceis que outros. E na rua atendemos justamente os que menos se adequam aos processos de cuidado e de clínica tradicionais. Em geral, a equipe tem um plano de cuidado para o usuário e ele tem um outro plano de cuidado para si mesmo. Que pode, ou não, ser o mesmo ou minimamente mais aproximado da equipe.

A existência de uma disputa não pressupõe que exista necessariamente conflito: ao contrário, pode propiciar melhorias no processo de trabalho desenvolvido pela equipe, desde que seja uma modelagem tecnológica do processo de trabalho que permita no ângulo do encontro e da tecnologia leve entender, valorizar e respeitar o outro. E ao mesmo tempo possibilitar o entendimento, a valorização e o respeito pelo outro. Há de se considerar que é necessário existirem mecanismos que possibilitem soluções no interior das equipes para deixar que os profissionais se afetem e sejam afetados pelos usuários no seu pensar e agir. (p.25)(80)

O próprio fato de estar no território dos usuários, no local de vivência, e também de poder deles, fora dos espaços instituídos de cuidado, dos territórios dos profissionais de saúde já coloca esse campo de disputa de forma mais clara ao tirar um pouco da dominação que ocorre, por exemplo, em instituições como hospitais, manicômios ou comunidades terapêuticas.

A existência de planos de cuidado distintos fica evidente por exemplo no caso de Jussara. Na impossibilidade da anestesia “de dormir” como um cuidado que ela pede durante o próprio parto, Jussara, conscientemente ou não, faz um plano de cuidado de si, um plano de redução de seu sofrimento. Como uma especialista em redução de danos, uma verdadeira “expert da experiência”, faz sua analgesia com crack.

Keyla, que me chama de loura 171 que a internou na senzala, efetivamente disputava seu projeto de cuidado de si conosco, sofreu por isso uma internação involuntária, e fugiu em franca disputa conosco sobre sua forma de viver a vida. Disputava o plano de cuidado de seus filhos com o aparato estatal “*não tem nenhum comigo, mas eu sei onde cada um está*”.

A noção de disputa de plano de cuidado complexifica e amadurece a noção de “adesão” ou, no caso, “não adesão” terapêutica, rótulo que a maioria dos usuários que atendemos nas ruas apresentam, e o encontro teórico com ela foi absolutamente produtivo no cuidado produzido como médica e nas discussões de educação permanente realizadas pelo GT Maternidades.

Há também neste mestrado a aposta de que a sustentação por parte das equipes dessa forte presença da disputa de planos terapêuticos e de cuidado é, na verdade, a fonte do grande potencial inovador que essas equipes apresentam. Essa potência se desenvolve a partir do modo como os profissionais compreendem e reagem ao cuidado compartilhado, e disputado. A partir do momento que acolhem e sustentam cada usuário como proponente e executor do próprio plano terapêutico, esse usuário torna-se então um membro da equipe, que pensa e executa o cuidado. Isso faz com que o potencial criativo do coletivo de trabalhadores se renove sempre e esteja permanentemente “contaminado” com novas dúvidas, novos problemas e, conseqüentemente, novas soluções.

É preciso muitas vezes perceber que a disputa de plano de cuidado não se dá somente com os usuários, mas também entre serviços com os quais compartilha-se os casos. Isso ocorre no caso de Amanda, quando a proposta da equipe do Consultório na Rua era mantê-la na enfermaria de psiquiatria e os profissionais da enfermaria desejavam encaminhá-la para uma enfermaria de patologia obstétrica. Ou com Keyla, quando nossa equipe do Consultório propõe uma resolução da gestação por meio de uma cesariana eletiva para evitar uma nova internação involuntária traumática e a equipe da maternidade se recusa a fazer. Também no caso de Fabiana,

onde a médica ginecologista da unidade de saúde se recusava terminantemente a realizar seu pré-natal na rua mesmo com nossa ajuda, como foi inicialmente proposto. Nesses casos, a disputa de plano de cuidado é mais delicada, pois não necessariamente as duas equipes estão realizando um projeto terapêutico usuário-centrado. Algumas equipes podem orientar as suas propostas baseadas na comodidade do próprio serviço, ou na esperança de se manterem sempre fazendo o que sabem fazer, e se sentem seguros assim - equipes com pouca permeabilidade a novos desafios. Quando isso ocorre, a disputa se torna clara.

O que percebi ao longo desses anos é que quando o debate fica restrito a duas equipes de dois serviços, sejam da saúde ou não (como enfermaria obstétrica-enfermaria psiquiátrica, equipe de referência-enfermaria psiquiátrica, ou obstétrica) compõe-se um embate em geral desgastante, e que traz sérias consequências na micropolítica do trabalho e na construção de rede e compartilhamento dos casos futuros no município.

Quando são criadas comissões intersetoriais como o GT Maternidades municipal de Campinas-SP, que em reuniões mensais discutem casos e fluxos municipais, nota-se um cenário muito mais produtivo para os usuários, inclusive numa perspectiva da micropolítica do trabalho, onde os profissionais de cada equipe se conhecem mais, convivem em outro setting sem haver necessariamente um empasse ou problema a ser resolvido, conversam, articulam seus trabalhos e conseguem juntos construir uma melhor oferta de cuidado para garantia de direitos dessas mulheres.

Seguindo esta linha há também a experiência da Comissão Flor de Lotus analisada por Ariane Rios na cidade de Jundiaí-SP (3), ou as atividades de educação permanente, em especial na Regional de Saúde de São João da Boa Vista, que foi organizada pela coordenação da área de saúde da mulher e de saúde mental juntas, e teve ampla participação de setores de proteção à infância e juventude como o Conselho Tutelar.

Outra grande vantagem desses espaços é sua dimensão pública e coletiva. É preciso argumentar publicamente o que se deseja, escutam-se outros pontos de vista, incluindo de serviços de fora do problema mais imediato de um caso específico, há um caráter mais democrático propiciado pelo fórum. A discussão tende a ficar mais interessante e aumenta-se a probabilidade de ter o usuário de fato como guia do projeto terapêutico, e não as necessidades particulares de cada serviço, como há mais risco de ocorrer quando há uma disputa bilateral em uma reunião fechada.

Passando o momento do pré-natal e do parto, é preciso construir rede também para um cuidado no puerpério.

*“É preciso uma vila inteira para cuidar de uma criança” (Provérbio Africano).*

É comum que o poder judiciário muitas vezes condicione a guarda do bebê recém-nascido e a possibilidade do direito ao exercício da maternidade a três condições: abstinência, renda e moradia. No entanto, para essas mulheres esses objetivos não são de fato alcançáveis durante a gestação tendo em vista que a maioria tem a oportunidade de fazer, quando muito, em torno de cinco ou seis meses de acompanhamento pré-natal.

Analisemos com um pouco mais de atenção os critérios: como é no Brasil para qualquer mulher gestante ou puérpera conseguir um emprego? Como isso se daria em especial para essas mulheres das quais tratamos, com baixa escolaridade e pouca experiência? Sem emprego ou fonte renda ela conseguiria por meios próprios, sem ajuda do Estado, uma moradia digna? Um uso de substância que na maioria das vezes vem de muitos anos se resolve em poucos meses (em especial nesses meses em que a mulher atravessa uma gestação ou puerpério, momentos tão difíceis para qualquer subjetividade feminina)? Como isso se dá para essas mulheres que comumente não tem suporte dos companheiros que a engravidaram, tem em geral relações familiares complexas e difíceis, foram muitas delas pouco maternadas por suas mães, e frequentemente já tiveram perdas de guarda de filhos anteriores? É possível, além de enfrentar tudo isso, enfrentar também a abstinência e uma construção de modo de vida radicalmente diferente da que conhecia anteriormente sem uma rede de apoio bastante próxima?

Não seria sequer razoável acreditar que esses critérios nesse cenário são factíveis. No entanto, profissionais e mulheres naturalizam essas exigências.

Acredito que esse é o principal mecanismo pelo qual se efetua a tal “meritocracia da maternidade”, discutida na seção introdutória deste capítulo. Ela atua de forma não dita, mas absolutamente evidente para que essas mulheres: putas, Genis, “de rua”, não sejam mães e tenham seus filhos entregues para famílias abastadas que encompridam as filas de adoção, mas não aceitam as crianças mais velhas que se encontram hoje lotando os abrigos e orfanatos do país (3)(4).

Ao torcermos a perspectiva dessas “condições” como deveres das mulheres para estarem com seus filhos para o direito que elas têm ao acesso à saúde, direito à moradia digna e à inclusão social pelo trabalho e geração de renda, esse cenário se transforma. É apenas por meio de uma articulação intersetorial durante o pré-natal que é possível fazer o cuidado mais adequado às mães que desejam ficar com seus filhos, e para isso é necessário que esse cuidado seja feito na perspectiva da garantia de direitos.

No entanto, vale lembrar que a amamentação ao seio, ou o choro do recém-nascido está longe de provocar em todas as mães os mesmos sentimentos e atitudes, como se a parentalidade materna (e só a materna) fosse um instinto, como diria Badinter. É relativamente comum a realização de processos de perda de guarda, por exemplo, em que o pai da criança nem sequer é citado no documento judicial, não é chamado pela equipe de serviço social das maternidades ou conselho tutelar, e a família extensa desse homem não é acionada antes da adoção. Citá-los é reconhecer e dar visibilidades à sua participação ou ausência nesse processo da gestação e da construção, ou não, da parentalidade.

O cuidado no puerpério é desenvolvido pelo Consultório na Rua de Campinas em parceria com as casas e abrigos em que essa mulher se encontra. Tanto a assistência ginecológica puerperal, quanto a puericultura das crianças é feita pelos médicos de família e enfermeiros do serviço com uma transição gradual e compartilhamento de casos para a unidade básica de saúde de referência do abrigo. Isso reforça a importância da construção de rede com essas unidades que cobrem os bairros em que se localizam estes abrigos para que se possa fazer um cuidado mais singular à condição dessas mulheres. O acompanhamento do puerpério e da puericultura dessa população em situação de rua ou uso intenso de substância frequentemente é um tanto diferente do realizado comumente pela unidade. Isso se dá inclusive pelo fato da maior parte dos equipamentos públicos e instituições estarem em regiões mais centrais da cidade, com uma população de poder aquisitivo em geral um pouco mais alto e melhor nível sócio econômico, e poucas vezes em bairros muito periféricos. Esse acompanhamento muitas vezes requer um olhar especial a todas as questões exploradas aqui neste mestrado. Em Campinas algumas unidades específicas, e mesmo alguns profissionais específicos dentro das equipes, acabam tendo maior sensibilidade ao tema, e assim como no pré-natal, o puerpério e a puericultura às vezes exigem matriciamento, ou uma conversa com os gestores. É

comum, mesmo após esse cuidado ter sido compartilhado e formalmente transferido para a unidade básica tradicional, ainda fazemos atendimentos de intercorrências das mulheres e seus bebês.

Quando a mulher volta para a casa de algum familiar, tentamos da mesma forma articulação com a unidade de referência para o compartilhamento do caso e transição gradual do cuidado, assim como nos disponibilizamos para matriciamentos, e visitas domiciliares caso a mulher e/ou a família assim solicite.

O puerpério é também um importante momento de seguimento nos serviços de saúde mental, mais frequentemente serviços aos usuários de álcool e outras drogas. Isso não é tão simples, pois muitas vezes essas mulheres precisam de seguimento mais de uma vez por semana entre atendimento médico-psiquiátrico, psicoterapia e/ou grupos terapêuticos, além do que os CAPS, em especial CAPS-AD, não necessariamente têm como receber esses bebês enquanto suas mães são atendidas. Em geral, tratam-se de espaços com alta taxa de usuários com doenças infectocontagiosas como tuberculose, por exemplo, o que faz com que sejam espaços nem sempre adequados para serem frequentados por bebês muito pequenos. Também apresentam muitas vezes funcionários sobrecarregados pela alta demanda ou intercorrências, não sendo possível necessariamente deslocar uma pessoa sempre disponível para ficar com o bebê. Essa situação nos coloca a pensar novamente na importância de compartilhar o cuidado com os profissionais do abrigo. No geral, temos um cenário em que os profissionais do CAPS não necessariamente podem dispor sempre de um funcionário para cada mulher devido ao número de puérperas que possuem, e não raro trabalham com uma política interna de não permitir que as mulheres saiam de casa sozinhas e deixem seus filhos no abrigo, com a justificativa de prevenção de recaídas. Isso torna o acompanhamento da dependência química nos serviços um desafio extremamente delicado e construído de maneira singular, onde cada equipe e cada mulher encontram suas saídas na construção de seus planos terapêuticos. Mas é preciso enfatizar que isso se dá com esforço e plasticidade psíquica de todos.

É importante pontuar, pensando nos próprios planos de cuidado que cada mulher tem para si, a delicadeza da realização do pré-natal e do acompanhamento puerperal das mulheres que não desejam ficar com seus bebês. Seja a delicadeza do ponto de vista do cuidado clínico individual de cada profissional assistente, como a delicadeza dos serviços para evitar-se ao máximo a produção de uma discriminação

institucional. Essa vivência foi presente em alguns casos atendidos pelo CnR Campinas.

Quando ocorre, é importante enfatizar o interesse das equipes assistentes pela mulher e firmar os projetos de autocuidado na gestação e puerpério independente do desejo ou não pelo exercício da parentalidade. É muito importante o acolhimento das equipes para a elaboração do processo da escolha pela não maternidade, em especial num país em que a interrupção voluntária da gestação não é permitida. Passar por um processo subjetivo e corporal tão intenso como uma gestação e optar pelo não exercício da maternidade em geral necessita de acolhimento em saúde mental e, do ponto de vista clínico, de uma boa escuta e oferta adequada de métodos contraceptivos e de planejamento reprodutivo à realidade dessa mulher ou do casal. É um desafio construir com os outros serviços esse olhar sem julgamento moral e que ofereça a assistência e o cuidado necessários. Também é um desafio a construção em rede do planejamento reprodutivo, visto que há ainda hoje muitos empecilhos para a garantia de acesso à contracepção adequada, em especial para essa população. É fundamental a construção de fluxos municipais específicos, não só para o pré-natal dessa população como também para as políticas de contracepção, que muitas vezes precisam ser diferenciadas da população em geral, sempre com o cuidado de não cair numa racionalidade política neomalthusiana de que essas pessoas não devem reproduzir-se.

Badinter (23) já alertava que o amor materno não é inato, é adquirido, construído ao longo dos dias passados ao lado dos filhos por ocasião dos cuidados que lhes eram dispensados, seja na gestação ou na infância. Caso essa convivência não seja possível, é muito perverso exigí-lo das mulheres e mães. A autora também faz uma ponderação importante que, embora trate da França no século XIV, se coloca de maneira pertinente ainda para as mulheres estudadas neste trabalho: “Queria dizer apenas que uma sociedade que não valoriza um sentimento pode extingui-lo ou mesmo sufocá-lo a ponto de eliminá-lo de numerosos corações” (p.10)(23). Badinter mostra que o suposto “não-amor materno” das mulheres francesas da época operava quase como uma proteção diante da elevada taxa de mortalidade infantil que havia dentre as crianças enviadas para as amas de leite, em especial as mais pobres. O que nos provoca a pensar sobre o suposto “não-amor materno” dessas mulheres que usam substância e estão em situação de rua na gestação, as quais recusam muitas vezes as ofertas de serviço e internação, algumas optando pela entrega para adoção

de seus recém-nascidos. Longe de tentar explicar cada escolha de vida de cada mulher, ou homogeneizá-las numa hipótese única, não seria infundado pensar que parte desse comportamento pode ser até defensivo diante das numerosas perdas de guarda involuntárias pelas quais essas mulheres passam ou veem outras mulheres passarem.

As perdas de guarda realizadas contra a vontade da mãe, ou seja, os sequestros de bebês nas maternidades - como foi construída a expressão pelo movimento de Belo Horizonte (65) - é fruto de uma maternidade que em geral está sem suporte, seja da família extensa, do pai da criança ou do Estado. E na maior parte das vezes o sequestro acontece antes que o suporte possa ser articulado pelas equipes. Pelo fato de essas mulheres não serem tratadas como possíveis de transitarem pela identidade de mãe, essa racionalidade política é tão intensa que impede inclusive que sejam cumpridos do ponto de vista técnico e tecnológico os programas de governo previstos mesmo no Estatuto da Criança e Adolescente, segundo os quais a perda de guarda só pode ser efetuada esgotando-se todas as possibilidades de busca da família extensa e ofertas estatais para dificuldades sociais e econômicas.

A despeito de toda essa construção, o atendimento ético, humanizado e sem julgamentos a essas mulheres é, e será sempre, um grande desafio, tanto para os profissionais assistentes, quanto para as equipes e para o Estado em geral na formulação de seus programas de governo. É preciso quotidianamente uma quebra de preconceitos, revisão de valores, escuta empática e ativa cotidiana para que a assistência seja feita com afeto.

Como é possível construir um coletivo de trabalhadores com um compromisso efetivo de adentrar o mundo das necessidades dos usuários, que permita explorar de modo exaustivo o que as muitas tecnologias leves, leve-dura e duras em saúde têm de efetividade? Como produziremos coletivos de trabalhadores comprometidos ética e politicamente com a radical defesa da vida individual e coletiva? (77)

“Se dá certo ou não, no sentido de construir novos modos de produzir a vida no plano coletivo comprometido com a igualdade e a convivência democrática eu não sei. Mas como faz entender Paulo Freire no seu livro *Pedagogia do Oprimido*: devemos assumir que somos responsáveis, com nossos saberes e fazeres, pelo que vai ser amanhã. Ou fazemos diferente ou não será” (p.15)(81)

E é com esse espírito que temos as experiências de atendimento do Consultório na Rua de Campinas e é com ele que iniciaremos uma discussão sobre “práticas de resistência”.

### 3.2. “Pra Não Dizer Que Não Falei Das Flores” – Práticas de Resistência e de Liberdade

*“Pelos campos há fome em grandes plantações  
 Pelas ruas marchando indecisos cordões  
 Ainda fazem da flor seu mais forte refrão  
 E acreditam nas flores vencendo o canhão  
 Vem, vamos embora, que esperar não é saber  
 Quem sabe faz a hora, não espera acontecer  
 (...)  
 Caminhando e cantando e seguindo a canção  
 Somos todos iguais braços dados ou não  
 Os amores na mente, as flores no chão  
 A certeza na frente, a história na mão  
 Caminhando e cantando e seguindo a canção  
 Aprendendo e ensinando uma nova lição”*

*(Pra não Dizer que Não Falei das Flores- Geraldo Vandré)*

Ao insistir numa posição ética para o cuidado de mulheres gestantes em situação de rua como um ponto de partida e de chegada do cuidado a essas mulheres, não há aqui o menor intuito de concluir que tenha sido descoberta uma solução ou um protocolo para esse complexo problema. Essa seção trata-se de uma possível via de análise, uma outra forma de olhar e navegar pelas experimentações que compuseram o diário de campo e a vivência de pesquisa já pormenorizadas na seção anterior, uma forma que considero potente para enfrentar a questão do governo de conduta, que são as vivências nesse contexto do que considerarei práticas de resistência e de liberdade.

Seguindo uma linha de análise de Foucault, o autor não fala em libertação ou liberação, pois, segundo ele, libertação estaria relacionada a uma noção de natureza humana livre, que estaria submetida e subjugada através de processos históricos e precise ser libertada para voltar à sua essência. Já a noção de liberação seria uma resposta à noção de dominação, e para o autor onde há dominação total, não há

relações ou jogos de poder. Um exemplo de dominação seriam condições análogas à escravidão.

Nesse sentido, práticas de liberdade seriam uma resposta mais adequada às relações que se compõem nos jogos de poder. Portanto, práticas de liberdade exigem que haja um certo grau de liberação, mas essa suposta liberação ou libertação não dá conta das práticas de liberdade.

“É por isso que insisto sobretudo nas práticas de liberdade, mais do que em processos de liberação, que mais uma vez tem seu lugar, mas que não me parece poder, por eles próprios definirem todas as práticas de liberdade. Trata-se então do problema com o qual me defrontei muito precisamente a respeito da sexualidade: será que isso corresponde a dizer "liberemos nossa sexualidade"? O problema não seria antes tentar definir as práticas de liberdade através das quais seria possível definir o prazer sexual, as relações eróticas, amorosas e passionais com os outros? O problema ético da definição das práticas de liberdade é, para mim, muito mais importante do que o da afirmação, um pouco repetitiva, de que é preciso liberar a sexualidade ou o desejo” (p.2) (82)

“Concordo, portanto, com o senhor que a liberação é às vezes a condição política ou histórica para uma prática de liberdade [...] A liberação abre um campo para novas relações de poder, que devem ser controladas por práticas de liberdade. (p.3) (82)

Silvio Gallo em seu texto de 2018, “Do Cuidado de Si Como Resistência à Biopolítica”, coloca:

“Mais do que o selvagem de Rousseau a ser recuperado, Foucault está mais para o macaco tornado humano no conto de Kafka: ‘Um Relatório Para uma Academia’, que afirma que os animais não se preocupam com o problema da liberdade, essa fantasia humana, mas com a possibilidade de encontrar ou produzir uma saída. (p.14) !

Vejamos as palavras do próprio Kafka:

“Tenho medo de que não compreendam direito o que tento dizer por saída. Emprego a palavra no seu sentido mais comum e pleno. É intencionalmente que não digo liberdade. Não me refiro a esse grande sentimento de liberdade por todos os lados. Como macaco talvez eu o conhecesse e travei conhecimento com pessoas que têm essa aspiração. Mas no que me diz respeito, eu não exigia liberdade nem naquela época nem hoje. Dito de passagem: é muito frequente que os homens se ludibriem entre si com a liberdade. [...] Não, liberdade eu não queria. Apenas uma saída; à direita, à esquerda, para onde quer que eu fosse; eu não fazia outras exigências” (pag 64-65) (83)

Nesse sentido, práticas de liberdade seriam produções de saídas, invenções de linhas de fuga, investimentos micropolíticos das relações quotidianas e estabelecimento ativo de novas relações de poder, ou de alternância nessas relações.

Como todo este estudo se configura a partir da experiência, e uma experiência localizada no tempo e no espaço corporificada na autora, assim também será a proposta da discussão sobre as práticas de resistência e práticas de liberdade. Não se trata de uma discussão das resistências como se elas existissem e fossem libertárias por si, mas das práticas que naquele contexto específico se configuravam como resistências e liberdades vividas e presenciadas ao longo da investigação. O que impõe enfatizar também que em outros momentos e contextos as mesmas práticas podem efetuar sujeição.

Retomo a reflexão central de Rose e Miller (22) de que os Programas de Governo e as Tecnologias de Governo não necessariamente servem à racionalidade política que os subsidiam, e muitas vezes são a origem e ou uma prática importante de resistência a ela. Nesse sentido, há programas de governo que consideramos fissuras em certas racionalidades como patriarcado, proibicionismo, meritocracia, naturalização das desigualdades sociais, por exemplo. Assim como possibilitam algumas que tecnologias sejam operadas como práticas de liberdade que criam linhas de fuga no quotidiano.

Um dos exemplos de programas de governo que - no contexto desta investigação - considero uma grande prática de resistência trata-se da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Ainda que seja preciso deixar claro que insisto aqui nos direitos humanos não como filiada a uma concepção das teorias do sujeito de direito ou do sujeito jurídico:

“Ao passo que, se você tenta analisar o poder não a partir da liberdade, das estratégias e da governamentalidade, mas a partir da instituição política, só poderá encarar o sujeito como sujeito de direito. Temos um sujeito que era dotado de direitos ou que não o era, e que pela instituição da sociedade política, recebeu ou perdeu direitos: através disso, somos remetidos a uma concepção jurídica do sujeito. Em contrapartida, a noção de governamentalidade permite, acredito, fazer valer a liberdade do sujeito e a relação com os outros, ou seja, o que constitui a própria matéria da ética” (p.13)(82)

Entendo aqui os direitos humanos enquanto programa de governo com suas racionalidades e tecnologias próprias, que no contexto investigado criaram espaços de resistência à certas práticas de dominação e de sujeição.

A ideia que havia no momento histórico em que se constrói este mestrado, mais ou menos socialmente compartilhada entre os trabalhadores do que eram direitos humanos e de sua importância, fazia com que houvesse menos dominação e sujeição por meio de uma série de programas e práticas. Esses conceitos vão se enfraquecendo e relativizando em especial após a campanha presidencial no ano de 2018, e entendemos também por isso que a luta por essas racionalidades políticas e programas de governo e tecnologias se configuram como resistência.

A composição da Declaração Universal dos Direitos Humanos foi uma luta histórica no momento pós-guerra, com disputa política importante. Houveram intensas discussões entre restringir a declaração apenas aos direitos civis ou, como proposto por um grupo liderado pelo bloco soviético na época, incluir a garantia de direitos sociais na declaração.

Se observarmos mais atentamente o presente vemos que essa disputa ainda está em processo, em especial diante do avanço neoliberal no mundo e no país. Interessa muito a este trabalho essa discussão como um todo (ainda que ela não seja aprofundada) pois a questão da pobreza e da seguridade social, assim como o direito à vida em suas muitas formas de existência, atravessa a todos os casos e experiências. Também importa ressaltar que por muito tempo mulheres, e, por mais tempo ainda, a população de rua, pessoas com transtornos mentais e/ou questões psiquiátricas e usuários de drogas frequentemente não estavam entre os “humanos” sujeitos de direitos. Dar a essas pessoas a condição de tão humanos quanto os outros humanos talvez seja o aspecto mais produtor de liberação de dominação que a racionalidade política que sustenta esse programa de governo dos direitos humanos promova.

Sem entrar no mérito sobre os direitos humanos como um todo, debate que seria por demasiado extenso, interessa mais a este mestrado a problemática dos *direitos sexuais e reprodutivos* e da *redução de danos e luta antimanicomial* dentro desse arcabouço.

Os coletivos organizados em defesa dos direitos humanos, seja dos moradores de rua, Movimento Nacional da População de Rua, movimentos em defesa da população carcerária, dos usuários de substâncias psicoativas, movimentos pela

legalização do uso de drogas em especial a maconha, movimentos de mulheres dentre tantos outros, todos com os quais nos encontramos no percurso do mestrado, são importantes espaços produtores de resistência à sujeição desses corpos.

Observando alguns programas de governo como práticas de resistência, seria fundamental citar e retomar ainda que brevemente os programas (e as práticas) de redução de danos, que não serão mais detalhados por já terem sido descritos no capítulo dois. O que queremos enfatizar neste momento é seu potencial de resistência e liberdade.

A redução de danos surge como tecnologia e prática entre os usuários ao tomar a dimensão de programa de governo para enfrentamento da disseminação do vírus do HIV na década de 1980. Posteriormente, se consolida como uma racionalidade, uma ética, para abordagem da dependência de álcool e outras drogas, que nesse momento ganhavam a configuração de questão de saúde mental, para além de questão moral. Esse percurso é uma história de resistência. Resistência ao proibicionismo, à condição de usuários de drogas como não humanos, à construção social da falsa oposição entre uso de droga e autocuidado ou cuidado em saúde. Resistência também às muitas formas de desmonte a que a redução de danos já foi submetida, seja do ponto de vista técnico, quando o saber-poder médico e psiquiátrico muitas vezes tenta desqualificar seu valor de uso social, ou do ponto de vista político. Fazem isso especialmente quando há determinadas correlações de forças e de poder que possibilitam ações que de muitas maneiras dificultam, não permitem, não financiam, ou não reconhecem seus saberes e práticas. O que propicia terreno fértil a outros modelos de contato com a população de rua ou usuários de substância como uma forma de manter esses corpos mais sujeitados.

Desde sua concepção, a prática da redução de danos guarda estreita proximidade com os direitos humanos. Isso se dá a partir de uma premissa relativamente simples, mas não trivial, de que esses usuários são seres humanos, e, portanto, devem ser tratados como tal. O uso de drogas pode ser visto como um direito de escolha individual, que o aproxima das discussões dos direitos civis dentro da declaração dos direitos humanos, centrados na ideia de liberdade. Mas também tem grande importância no campo dos direitos sociais, ao passo que em termos das técnicas e práticas, o uso de substância psicoativa e o aparato de governo em torno dele se dá de maneira bastante diferente nas classes sociais. Nas classes mais altas sempre foi muito mais naturalizado, com muito menos técnicas de sujeição e controle,

em especial pela via do Estado, do que o uso de drogas por parte das classes populares, que em geral fica envolto em sanções judiciais, violência policial, maior proximidade com o tráfico dentre outros aumentando sobre maneira a morbimortalidade e o governo das condutas(13) (2). Também há aproximação dos direitos sociais quando a redução de danos compõe uma dimensão importante de equidade e promoção de acesso às políticas de saúde e assistência social por meio da promoção de um outro encontro com a população em situação de rua que não pela via da polícia.

“Desse modo, as questões trazidas pela RD [redução de danos] a respeito das experiências de pessoas que desejam usar drogas, passaram a se tornar tema de debate político em torno de busca de garantia de direitos humanos. A RD passou a ativar um novo movimento, mesmo que minoritário, de defesa pelo direito ao uso de drogas, enquanto um problema não só de ordem pessoal, mas, sobretudo, como uma afirmação política. Usuários de drogas falando e agindo em nome próprio, criando estratégias de cuidado que incluem a possibilidade de usar drogas, produziram um curto-circuito frente às políticas hegemônicas que tendem a por em invisibilidade estas experiências” (p.19)(13)

Parece retórico dizer que a luta da redução de danos e a luta antiproibicionista contra a norma da abstinência como racionalidade política “humaniza” o usuário de drogas. Ou que esse usuário de substância precisa receber tratamento “humanizado”. Entretanto, não é trivial dizê-lo quando boa parte da sociedade os desumaniza, e naturaliza inclusive que sejam chamados de “zumbis”, “lixo”, “esgoto urbano”, “o nóia”, dentre tantos outros significantes. Emerson Merhy já discute esses usuários como os novos “não-humanos” e anormais (sendo anormais do desejo) (84).

Taniele Rui estuda, especificamente em relação aos moradores de rua usuários de crack, a constituição desse humano (que aqui chamamos de menos humano) pela condição que o uso intenso de crack imprime no o corpo. Esse corpo modificado, marcado pelo uso, é socialmente tido como abjeto, e essa abjeção não raro desumaniza esse usuário. Esse corpo compõe-se como “um corpo menos humano” que dificulta sentimentos como empatia, compaixão e cuidado:

“o nóia, tomado externamente como abjeto, é limite de uma série de relações. Produto e produtor de várias e diferentes gestões. Atiça e se submete a disputas terapêuticas. Demanda e tolera ingerências do tráfico de drogas. Incita e padece de intervenções urbanas ora repressivas ora assistências. Meu principal argumento (indicado já na

introdução) é que não é possível pensar em todo esse efeito público e político sem levar em conta o fato de que ele se liga intimamente à rejeição ou comiseração diante de uma corporalidade específica, que materializa um tipo social, uma pessoa, que por sua vez nos obriga a refletir sobre os limites da experiência humana” (p.279) (2)

Além da redução de danos e da luta antiproibicionista, temos os direitos sexuais e reprodutivos, que merecem um pouco mais de exposição.

O termo “direitos reprodutivos” propriamente dito foi criado por feministas norte-americanas, e tornou-se público no I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, realizado em Amsterdã, Holanda, em 1984. Houve um consenso entre os movimentos na época de que esta denominação traduzia uma ideia mais ampliada e adequada do que “saúde da mulher”, para a ampla pauta de autodeterminação reprodutiva das mulheres (56). A formulação do conteúdo dos direitos reprodutivos teve início, pois, em um marco não institucional, de desconstrução da maternidade como um dever, por meio da luta pelo direito ao aborto e anticoncepção em países desenvolvidos. No mesmo ano, na Conferência Mundial de População e Desenvolvimento, que ocorreu na cidade do México, conseguiu-se avançar ainda mais na conceituação dos direitos reprodutivos, que passou a incluir a obrigação dos governos de tornarem programas de planejamento reprodutivo disponíveis universalmente. Houve então na conferência de Cairo a definição dos direitos reprodutivos em 1994 (56). Paralelamente, é importante, ainda que de modo breve, mencionar a formulação atual dos direitos sexuais, que surgiu a partir da reivindicação do movimento de gays e lésbicas, no início da década de 1980, com a explosão da epidemia da Aids. Nesse momento, fazia-se necessário reconhecer o livre exercício da sexualidade, de forma saudável e segura, como um direito que não poderia ser negado aos seres humanos, para, então, demandar-se políticas públicas voltadas para sua realização. Em razão dos esforços do movimento feminista e do movimento de gays e lésbicas, após muito debate e resistência, o texto final da IV Conferência Mundial sobre a Mulher em 1995 definiu, em seu parágrafo 96, ainda que em termos gerais, o que são os direitos sexuais (56):

“Os direitos humanos das mulheres incluem seus direitos a terem controle e decidirem livre e responsabilmente sobre questões relacionadas à sua sexualidade, incluindo saúde sexual e reprodutiva, livre de coação, discriminação e violência. Relacionamentos igualitários entre homens e mulheres nas questões referentes às relações sexuais e à reprodução, inclusive o pleno respeito pela

integridade da pessoa, requerem respeito mútuo, consentimento, e divisão da responsabilidade sobre o comportamento sexual e suas consequências”

Há uma perspectiva de que quanto menos acesso a direitos humanos uma mulher tem como um todo (moradia, educação, segurança alimentar, integridade física) menos ela acessa seus direitos sexuais e reprodutivos. (56)

Antes de adentrarmos na mobilização destes direitos como orientadores de práticas de liberdade e resistência, é importante aqui realizar algumas ressalvas: 1) A existência no texto jurídico dos Direitos Sexuais e Reprodutivos de dos Programas de Redução de Danos não garante a sua efetivação do ponto de vista tecnológico e prático no cotidiano dos serviços de saúde; e também 2) Eles existirem como programa de governo não necessariamente tem ingerência nas muitas formas de sujeição feminina por muito além do Estado. Isto posto é preciso enfatizar que a conquista desses direitos é fruto de um importante movimento de mulheres em torno das questões que tocam o corpo, a saúde e suas formas de vida.

Os direitos sexuais e reprodutivos ainda são usados por profissionais da saúde, do serviço social e do direito como instrumento de resistência a um certo conjunto de práticas quotidianas de sujeição promovidas pelo machismo e pelo patriarcado, e também são reivindicados por mulheres em busca de suas saídas, de práticas de liberdade. Durante a pesquisa, momento histórico em que falar em direitos humanos ou direitos sexuais e reprodutivos ainda era um argumento respeitado nas múltiplas disputas de planos de cuidado entre os serviços, de certa forma foram racionalidades políticas e programas de governo importantes de serem reivindicados.

Podemos perceber a importância dos direitos humanos, e dos direitos sexuais e reprodutivos como espaço de resistência em especial no presente, ano de 2019, onde essa pauta precisa ser necessariamente esvaziada, e é frontalmente atacada e difamada, para o avanço de práticas de sujeição por meio de racionalidades políticas, programas de governo e tecnologias do fascismo.

Este ataque acontece inicialmente criando-se o “Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos”. Não é trivial que a pauta dos direitos humanos no Brasil seja sabotada justamente quando associada às questões da “Mulher”. Num país tão patriarcal como o nosso, em que o movimento feminista avança de maneira evidente nos últimos anos, a resposta machista aos avanços arrasta consigo a pauta

dos direitos humanos, também uma pista que evidencia sua proximidade entre direitos humanos e a luta feminista. Pauta essa que ao ser dirigida por uma mulher, Damares Alves - figura que reúne e se alinha com valores morais e racionalidades políticas patriarcais, machistas e com o que há de mais reacionário de racionalidades e práticas de sujeição das igrejas neo-pentecostais - vai, a partir desses valores, construir quem são os novos não-humanos, ou menos-humanos e que não merecem, portanto, os tais “direitos humanos”.

Certamente as mulheres estudadas neste mestrado não são representantes do modelo feminino burguês imposto por tantos anos, nem dos “humanos direitos” pensados em geral como trabalhadores resignados, abstinentes, produtivos e dóceis. Elas então muito provavelmente não serão vistas como “tão mulheres” ou tão “humanas assim” nessa racionalidade política que ressurgiu resistindo aos avanços feministas.

“A nomeação da pastora Damares Alves como ministra é uma das expressões mais perversas da política feita por homens. Se sua presença responde ao clamor por representatividade feminina na política, por ser uma pastora, sua voz conformará o tom evangélico aos direitos humanos. O título Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos não poderia ser mais honesto para a cruzada evangelizadora – direitos humanos será apenas o cosmético vocabulário para a política familista de enquadramento das mulheres” (85)

Para além dos Direitos Sexuais e Reprodutivos propriamente ditos, a política de saúde da mulher no Brasil, antes centrada num paradigma materno-infantil, inseria a mulher no sistema praticamente restrita ao contexto da maternidade. Foi a partir do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado no caldo do movimento feminista internacional e nacional com intensa participação das mulheres, que se iniciam rupturas nesse paradigma e começam a se criar dentro dos programas de governo alguns espaços de resistência e práticas de liberdade femininas. O PAISM, ao se inserir então no escopo dos programas de governo de saúde da mulher, adentra um lócus que historicamente oscila entre práticas de liberdade e práticas de sujeição, e isso se mantém após a constituição do sistema único de saúde.

Esses programas de governo da saúde feminina vêm se tornando um amplo campo de disputas sobre as racionalidades políticas e tecnologias em saúde da mulher, e operam políticas e práticas muitas vezes contraditórias. Como campo em

disputa, se distanciam um pouco mais das relações de dominação mais evidentes em momentos históricos anteriores e possibilita espaços de resistência, mas exige constantemente “estar atento e forte”. Em especial no atual momento histórico que, como já dito anteriormente, esse pêndulo está fortemente tensionado para as práticas de sujeição feminina que novamente tencionam o encarceramento da identidade, da subjetividade e do corpo feminino num modelo de mulher e família que já vinha sendo há décadas questionado.

A prática de resistência aparece no cotidiano dos serviços quando há uma tentativa de efetiva garantia de direitos sexuais e reprodutivos por parte de algumas equipes, no sentido de oferta e garantia de contracepção caso as mulheres desejem, e há um esforço especial das equipes de consultório na rua de garantir isso, assim como de muitas equipes de atenção primária.

Sobre essa prática de resistência de garantia de contracepção é importante ressaltar as novas tecnologias e práticas que têm sido discutidas para essa população. Municípios como São Paulo tem conseguido liberação de implante subcutâneo de levonogestrel (Implanon) para essas mulheres em especial como uma opção contraceptiva de longa duração, três anos, e que não necessita acompanhamento como os dispositivos intrauterinos, sendo também reversível. Municípios como Jundiaí ou da regional de saúde de São João da Boa Vista também têm conseguido os dispositivos para casos mais específicos nessa população. É benéfica a garantia de acesso facilitado aos dispositivos intrauterinos, sejam de levonogestrel ou de cobre, este último em especial para as mulheres que não desejam a contracepção hormonal, de modo que consideramos práticas de resistência e liberdade as tentativas de fluxos facilitados de acesso a contracepção, efetivando os direitos sexuais e reprodutivos.

Uma análise mais cuidadosa é preciso ser feita sobre as laqueaduras. Dentre os municípios investigados, a cidade de São Paulo tinha um fluxo e uma comissão própria para avaliação de pedidos de laqueadura separado para essa população, em especial os encaminhamentos vindos da equipe de consultório na rua que cobria a região da cracolândia paulistana, próximo à estação da Luz, durante o funcionamento do programa “De Braços Abertos”. Um fluxo próprio e facilitado para laqueadura dessas mulheres suscita debates controversos. Facilitar o acesso apenas para as mulheres em situação de rua pode garantir equidade, mas também servir à racionalidades neomalthusianas de impedir que essas mulheres se reproduzam. E

claro, facilitar uma contracepção definitiva com uma justificativa que em última instância deve ser entendida como transitória que é o uso abusivo de drogas ou a situação de rua.

Defendo que, mais do que facilitar a realização da esterilização definitiva voluntária para essas mulheres em específico, esse debate em torno da laqueadura na verdade evidencia o quanto o acesso ao procedimento é dificultado às mulheres em geral. E que no momento em que for mais facilitado a todas as mulheres, serão necessários menos ajustes para garanti-lo a essa população específica.

Também é visto como uma grande prática de resistência e liberdade a oferta da Entrega Protegida. Trata-se do meio pelo qual o Estado reconhece o desejo responsável, consciente e voluntário da mulher de não permanecer com a criança, desde a gestação ou logo após o nascimento. De acordo com as diretrizes do programa, há por parte das equipes uma oferta, discussão e garantia da Entrega Protegida sem julgamento e sujeição da mulher, orientando e acolhendo essa decisão inclusive como uma prática de cuidado que a mulher tem com seu próprio filho, a prática que é possível naquele momento, o que é muito diferente de abandono que pode ocorrer muitas vezes dentro dos domicílios e em muitas famílias. A Entrega Protegida como um direito da mulher garantido pelo Estado, e com uma luta efetiva e cotidiana para redução da construção social e individual do sentimento de culpa a ele comumente relacionado, é reconstruir a identidade de mulher, de mãe e o significado de cuidado materno. É, assim, uma grande prática de resistência e liberdade.

Keyla nos mostra isso evidentemente quando conta dos filhos que ela nunca criou, mas cuidou do seu jeito, entregando de maneira protegida e consciente a seus parentes. Sandra, que foi chamada de monstro ao perder a guarda de sua filha e foi verbalmente e quase fisicamente agredida não fosse a intervenção dos funcionários ao chegar no abrigo, nos evidencia o quanto essa luta ainda é importante. Sobre a Entrega Protegida e as tecnologias e práticas em torno dela, seja no pré-natal ou especificamente no parto, há alguns temas sendo discutidos.

O Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde de São Paulo (86) tem produzido materiais, oficinas e formações numa tecnologia que tomam como modelo de consulta, nomeando-a de “Acolhimento à Gestação Não Desejada”. Trata-se de uma técnica de consulta de pré-natal a ser realizada por médicos, enfermeiros ou obstetrias em que são enfatizadas algumas tecnologias leves: práticas de anamnese,

exame físico, comunicação, e exames laboratoriais e de imagem. Tudo com a especificidade de gestações não desejadas. Essas práticas vão desde a forma de se portar na consulta, de se referir à gestação ou ao feto, de acolher essa mulher, até solicitar a ultrassonografia com especificação para que não haja em volume audível os batimentos cardíacos fetais. Não é infrequente o espaço da consulta com a equipe de saúde ser o único em que a mulher pode expressar honestamente o não desejo pela gestação sem julgamentos. Essa é uma técnica de grande resistência ao modelo tradicional de gestação de pré-natal que é centrado no modelo burguês de mulher e de mãe, que supostamente deseja e se alegra com a maternidade.

Para o momento do parto, é bastante comum que a técnica exercida quando a mulher manifesta o desejo pela Entrega Protegida seja a seguinte: logo após o cordão umbilical ser cortado (e frequentemente trata-se de um corte prematuro de cordão) esse bebê é lavado para uma outra sala, separada da sua mãe, onde são feitos os cuidados ao recém-nascido, que é imediatamente colocado no berçário e introduzido a fórmula láctea sem permitir a amamentação pós-parto ou o contato pele-a-pele que é incentivado pelos pediatras e sociedade brasileira de pediatria, ou como condição de certificação das maternidades como Hospital Amigo da Criança.<sup>9</sup> À mãe é dado medicação para inibição da lactação, associado a enfaixamento das mamas, e alta em 24 ou 48 horas a depender da via de parto. Na maioria das vezes a alta ocorre sem articulação de acompanhamento psicológico ou de serviço social, ou qualquer serviço de referência da saúde ou assistência social para seguimento dessa mulher.

Ariane Rios em seu trabalho (3) compila alguns estudos que já evidenciam o quanto essas técnicas podem ser traumatizantes para a mãe. Não é trivial a experiência subjetiva e corporal da gestação. Ter um feto em seu ventre, que se mexia, por vezes respondendo a estímulos, e simplesmente em questão de minutos desaparece. Mesmo que esse seja o desejo da mulher. Necessário enfatizar que embora a interrupção de gestação não ser permitida no país, boa parte das mulheres não gostaria de forma alguma, se tivesse escolha, de passar por todo o processo de gestação e entrega. O não seguimento dessa mulher no puerpério e a possível não elaboração desse momento tão intenso subjetiva e corporalmente pode gerar inclusive

---

<sup>9</sup> Essa certificação foi uma iniciativa da Organização Mundial da Saúde que foi incorporada pelo Ministério da Saúde no Brasil com critérios de boas práticas no momento do parto. Entre elas, essas mencionadas: o contato direto entre mãe e bebê na hora do parto, chamado pele-a-pele e a amamentação já na hora do parto (97).

o fenômeno da recusa de métodos contraceptivos posteriormente e gestações de repetição, numa tentativa de viver uma maternidade que ela não conseguiu naquele momento.

A justificativa dos profissionais e serviços para essa técnica em geral era de que uma aproximação mãe-bebê seria um acréscimo de sofrimento para ambos no momento da separação, e não é infrequente ouvirmos nas rodas de educação permanente ou como trabalhadores que “*é melhor fazer assim, porque se mostra para a mãe, depois ela arrepende e não quer mais dar*”. O que desenvolvemos nos espaços de educação permanente realizados pelo GT Maternidades do estado de SP como proposta de tecnologia é inicialmente enfatizar aos trabalhadores a seguinte reflexão: a mulher tem sim o direito de se arrepender no momento do parto de uma escolha feita durante a gestação. E caso ela se arrependa, deve-se iniciar o processo de possibilitar que essa maternidade seja exercida de maneira apoiada pelo Estado. Isso em geral se inicia com a busca pela família extensa, dela e/ou do pai da criança, busca por fontes de renda, e, caso necessário, abrigos mãe-bebê. Outra proposta é construir durante esse pré-natal um plano de parto (proposta que será mais aprofundada a seguir), mas que essa mulher possa durante o seu pré-natal construir com a equipe de referência como gostaria que seja feito esse momento, se quer ver ou não, amamentar ou não, dar um nome ou não. Que esse momento seja cuidadosamente construído em conjunto com essa mulher. E sempre haja um seguimento após o parto para cuidado. Dessa forma, contribui-se para que a assistência a essas mulheres se dê em meio a uma clínica e um cuidado que propicie mais práticas de liberdade e menos governo de condutas, que coíba as múltiplas formas de violência contra a mulher.

Ainda relacionado ao tema da Entrega Protegida é importante enfatizar que ela deve ser garantida assim como o direito à interrupção voluntária da gestação. O processo de gestação e parto são experiências de vida absolutamente radicais e intensas para as mulheres, seus corpos e suas subjetividades. Passar por isso sob coerção, sujeição e dominação é de uma violência imensurável.

No Brasil a interrupção voluntária da gestação só é permitida em caso de inviabilidade de vida extrauterina do feto, violência sexual, e em casos de risco de vida materno.

Sabemos que os casos de violência sexual são extremamente subnotificados, em especial quando se tratam das mulheres de rua. Quando falamos de mulheres “da

rua”, ou as “putas”, considerava-se que assim como ocupam o espaço público, poderiam ser tratadas como se o corpo também fosse público. Como anteriormente o estupro consistia num crime contra a “honra” (que inclusive poderia ser reparado pelo casamento do estuprador com a vítima) as mulheres “da rua”, como não possuíam “honra”, eram menos “violentadas” (25). Essa racionalidade, ainda que nos pareça obsoleta, permanece em muitas mentes e práticas masculinas ainda nos dias de hoje. “*Ela dá para qualquer um, maldita Geni*”, canta Chico Buarque em “Geni e o Zepelim”. Também para qualquer mulher são extremamente subnotificados dois tipos específicos de estupro: estupro marital, quando cometido pelo marido ou companheiro da vítima, subnotificação oriunda de uma racionalidade ainda vigente de que ao aceitar a relação conjugal o homem tem naturalmente direito ao corpo da mulher como parte do “contrato”; e o estupro de vulnerável, que é comumente reivindicado para mulheres com deficiências intelectuais, mas em especial neste trabalho recorreremos a este conceito também para mulheres sob efeito de substância psicoativa. O conceito de estupro de vulnerável neste contexto é que uma mulher sob efeito de substância (ou com deficiência mental grave) não está ou não tem condições de oferecer conscientemente o consentimento para a relação sexual, e muitas vezes também tem reduzidas as suas capacidades de se defender. Sem consentimento, qualquer relação se torna violência sexual. A frequente relativização disso ainda é fruto do patriarcado, machismo e da cultura do estupro.

Todas as violências sexuais, em especial essas duas últimas citadas, são muito frequentes na vida nas ruas, subnotificadas pelas equipes de saúde e mesmo pelas equipes de Consultório na Rua, que muitas vezes, assim como essas mulheres, naturalizam essas condições devido a alta frequência com que ocorrem. Muitas dessas gestações não desejadas poderiam ser interrompidas com a legislação atual que está muito aquém do que propõem os artigos relativos aos direitos sexuais e reprodutivos, na Declaração Universal dos Direitos Humanos, da qual o Brasil ainda é signatário. A garantia de acesso ao aborto legal ainda é um importante espaço de resistência da luta feminina.

Ainda é necessário mencionar que a luta pela interrupção voluntária da gestação em especial até 12 semanas, ainda considerada crime no Brasil, também se configura uma luta por práticas de liberdade e de resistência das mulheres a terem seus corpos menos governados. Em relação às mulheres das quais tratamos nesse mestrado, é comum que mesmo no patriarcado isso se flexibilize por racionalidades

neomathusianas, como já descritas, o que jamais deve dispensar o fato de que a interrupção deve ser feita com demasiado cuidado.

Foi absolutamente frequente em todos os espaços de educação permanente realizados pelo GT maternidades, sempre que eu tocava no assunto das gestações em situação de rua e/ou uso intenso de crack, presenciar muitos trabalhadores revendo suas posições em relação à legalização do aborto no país.

Também foi encontrada durante o percurso do mestrado uma outra prática de resistência, e em especial de liberdade: o Plano de Parto. Neste trabalho advoga-se inclusive que ele também pode e deve ser utilizado para entrega protegida, assim como interrupções de gestação e aborto. Sua utilização está muito além de ser restrita ao parto das mulheres que optam pela entrega protegida, tendo enorme potência de cuidado em todas as mulheres gestantes, inclusive contribuindo para prevenção de perda de guarda nas maternidades, como foi a experiência vivida na cidade de São Paulo.

O Plano de Parto trata-se de um documento elaborado durante a gestação no qual a mulher descreve os procedimentos que deseja e os que recusa no trabalho de parto, no próprio parto e nos cuidados com o recém-nascido (87). Seria uma forma de deixar clara a comunicação que a gestante e seu companheiro ou companheira esperam da assistência neste momento, também como de certa forma revela que estão minimamente informados sobre os procedimentos. O acesso a essas informações e a prática de uso de plano de parto por muito tempo se limitou de certa forma às mulheres das camadas médias e altas no Brasil (87), mas tem havido avanços importantes nos últimos anos, fruto do movimento pelo Parto Humanizado como uma das faces da luta feminista, inclusive no sentido de popularização do método e implantação dessa tecnologia, dessa prática no SUS. Alguns municípios já têm processos mais avançados de humanização da assistência obstétrica e apresentam modelos municipais que são usados nas unidades básicas de saúde nos pré-natais.

Durante a participação no GT Maternidades do estado de SP, acompanhamos um caso no município de São Paulo em que uma médica da atenção primária matriciada pela equipe de consultório na rua realizou o pré-natal de sua usuária, in loco, num barraco em alta vulnerabilidade social, mas do qual a mulher não desejava sair naquele momento. Parte do cuidado que essa profissional conseguiu construir com essa gestante foi a construção com ela de seu plano de parto, como ela fazia

com as outras gestantes. E por que não? Por iniciativa da equipe que matriciava, foi escrito na contracapa do plano o telefone da equipe de saúde de referência na UBS, da equipe de Consultório na Rua que acompanhava o caso e deixado o contato do Centro de Acolhida com leitos mãe-bebê do município. O que ocorreu foi que quando a mulher chega na maternidade, informada, ciente de seus direitos e dando ferramentas para que eles fossem respeitados, as equipes foram acionadas pelo serviço social, e ela encaminhada para o centro de acolhida sem perda de guarda de seu bebê. A partir deste caso, foi feita uma proposta pelo Núcleo Especializado de Promoção dos Direitos da Mulher (NUDEM) de uma publicação via Escola da Defensoria Pública (EDEPE) que chamaríamos de “Plano de Parto Social”, com especificidades mais voltadas para essa população da situação de rua ou alto grau de vulnerabilidade social associada a uso de substâncias psicoativas.

Foi reunido o GT Maternidades, NUDEM, Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde de São Paulo e Associação de Alunas e Egressas do Curso de Obstetrícia da Universidade de São Paulo (AO). Juntos, por meio de algumas reuniões presenciais e trabalhos on-line, foi realizada a elaboração do material. Inicialmente tendo como estrutura básica o Plano de Parto elaborado pela AO, fomos construindo as especificidades e acrescentando espaços, como a colocação dos contatos de todas as equipes de referência, os endereços dos serviços da assistência social e da defensoria pública, a legislação sobre os direitos das mulheres e sobre perda de guarda dos filhos, e, no final do plano propositadamente, as informações sobre entrega protegida e seu planejamento. A colocação da entrega protegida ao final do material se deu devido ao cuidado que deve haver com a questão para que não seja de fato ofertada como primeira escolha ou que a mulher se sinta pressionada a realizá-la. Este documento foi lançado no dia 27 de novembro de 2018 na cidade de São Paulo num evento que discutia a questão; ali, realizou treinamento de seu preenchimento e uso, contando-se com a presença de várias equipes de Consultório na Rua, atenção primária, maternidades, abrigos e conselheiros tutelares. O material em breve estará disponível abertamente para consulta e reprodução no site da EDEPE (88), e pode ser solicitada gratuitamente a entrega impressa por encomenda em todos os serviços públicos do estado de São Paulo.

A experiência da elaboração do Plano de Parto e da oficina de preenchimento com os trabalhadores está certamente entre as vivências mais ricas deste mestrado. A democratização dessa tecnologia por vezes restrita às mulheres de camadas

médias que optam por se enveredar pela Humanização do Parto têm sido vivenciada como grande prática de resistência e liberdade, como uma das saídas por nós encontradas na região estudada.

A partir do Plano de Parto se coloca a necessidade de nos aprofundarmos um pouco sobre a complexa discussão jurídica da perda de guarda dos bebês direto da maternidade. Assim como além dele, quais outras possíveis práticas de resistência a essa sujeição.

Perdas de guarda no Brasil necessitam ser justificadas por atos de maus tratos e/ou negligência para com a criança. Nesse caso, há uma extrapolação importante quando são realizadas nas maternidades no momento do parto. O que vimos desde o início do trabalho na região do estado de São Paulo aqui descrita, é que muitas vezes a não realização do pré-natal é colocada unicamente sob responsabilidade materna e considerada como ato de negligência, além do que o uso de droga durante a gestação é considerado um ato de “maus-tratos” à “criança”. Considerar o feto como uma criança portadora de direitos que foram violados é o fato não trivial que desejo neste momento evidenciar. Ainda não foi aprovado no país o estatuto do nascituro, portanto, só se é considerado cidadão portador de direitos a partir do nascimento. A ideia de um feto portador de direitos que foi negligenciado ou maltratado não está relacionada a um programa de governo concreto, ao dito/escrito nos textos de direito; trata-se de uma interpretação do texto jurídico realizada pelos profissionais da área, pautados em suas racionalidades políticas. Trata-se da prática do não dito, mas que dita as regras de como as coisas comumente funcionam. Gera a prática cotidiana de “sequestro” desses bebês nas maternidades com uma extrapolação do texto jurídico que não seria possível sem um senso comum, uma moralidade, racionalidade política que culpabilize essas mães, e exerça punição pelo “desgoverno” de seus corpos grávidos.

A justificativa de uma atuação preventiva do judiciário também pode ser questionada, visto que no direito não há condenação por “pré-crime”. Não se pode condenar um indivíduo por um ato que ele “muito provavelmente vai cometer” sem que ele o tenha cometido. A perda de guarda contra a vontade da mãe é sim uma punição, uma condenação à essa mulher que deseja maternar. E a proteção à criança que poderia ser realizada por meio do abrigo mãe-bebê com acompanhamento próximo pelas equipes de referência é realizada encaminhando-a para adoção. Isso se relaciona com uma moralidade e racionalidade política dos profissionais em torno da mãe má, e nas “oportunidades” que a criança teria nesse novo lar, o que mostra

que em geral a racionalidade não está associada apenas ao uso de substância, mas especialmente à pobreza (5).

A legislação sobre perda de guarda das crianças também é clara em dois sentidos. Primeiro, vejamos o artigo 23 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA):

“Art. 23- A falta ou a carência de recursos materiais não constitui motivo suficiente para a perda ou a suspensão do poder familiar. § 1º Não existindo outro motivo que por si só autorize a decretação da medida, a criança ou o adolescente será mantido em sua família de origem, a qual deverá obrigatoriamente ser incluída em serviços e programas oficiais de proteção, apoio e promoção”

Ou seja, nenhuma família pode ter a guarda de seus filhos retirada por pobreza. Numa concepção de proteção e seguridade social, o Estado deveria ofertar os meios pelos quais as famílias possam garantir a subsistência das crianças. É importante enfatizar isso dado que a justificativa para as perdas de guarda tradicionalmente é pautada no uso de droga materno, visto que não poder ser calcada na hipossuficiência materna ou familiar. Agora, nunca vimos na região estudada uma perda de guarda realizada em maternidades privadas (isso também se evidencia em outros lugares, como na cidade de Belo Horizonte) (65). Será que nenhuma mulher grávida das camadas médias e altas faz uso de substância? O caso de Ana Cecília, cujo pré-natal acompanhamos inteiro na rua, e que até o momento do parto esteve em uso de crack na rua, tem seu filho numa maternidade privada e como equipe não somos sequer acionados ou a guarda da sua filha é questionada. Ela registra a filha e sai da maternidade com a sua mãe, avó da bebê e bebê. Enfatizo, assim como Peter Schweikert (5), que é sim a pobreza e hipossuficiência materna e familiar que de fato orienta os processos de perda de guarda, e que a adoção é preferida como opção ao invés de se efetuar o texto da legislação, que é claro na responsabilidade Estatal. As moralidades envolvidas, os motivos, pelos quais isso ocorre, estão sendo melhor investigados em outras pesquisas.

Um segundo ponto da legislação a destacar é o artigo 19 do ECA:

Art. 19. É direito da criança e do adolescente ser criado e educado no seio de sua família e, apenas excepcionalmente, em família substituta, assegurando a convivência familiar e comunitária, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral. [...] § 3º A manutenção ou a

reintegração de criança ou adolescente à sua família terá preferência em relação a qualquer outra providência, caso em que será esta incluída em serviços e programas de proteção, apoio e promoção, nos termos do § 1º do art. 23, dos incisos I e IV do caput do art. 101 e dos incisos I a IV do caput do art. 129 desta Lei.

Isso tampouco é respeitado. O que geralmente acontece é que não sendo realizado o pré-natal, essas mulheres têm seu primeiro contato com a questão do planejamento sobre o puerpério e a guarda nas maternidades, em geral públicas, durante o momento do parto. Uma internação de 48 ou 72 horas muitas vezes não é suficiente para que uma equipe de serviço social esgote de fato essas possibilidades, dado que recorrentemente muitas famílias podem estar há anos sem notícias dessas mulheres ou essas famílias são de outros estados, o que são complicadores importantes no cotidiano dos serviços. Existe, ainda, uma pressão para a alta dessas mulheres, para que não se faça o chamado “leito social”, uma vez que, do ponto de vista clínico e do parto, ela já estaria em condições de ir para casa, quando o mais adequado seria manter essa mulher no hospital enquanto se realiza essa busca por seus familiares. É importante colocar que dividir as internações em “clínicas” ou “sociais” muitas vezes é não compreender o caso e suas necessidades na perspectiva da integralidade. No entanto, isso também se resolve em geral com a possibilidade de abrigamento em instituições que possibilitem o leito mãe-bebê. Mas não é infrequente essas crianças serem recolhidas, “sequestradas”, e a mãe receber alta inclusive sem articulação de seguimento clínico ou jurídico em relação a este processo. Evidencia-se assim mais uma vez práticas quotidianas que são contrárias ao texto dito no programa de governo, e que respondem na verdade a outras racionalidades políticas e programas de governo.

*“A tentativa da equipe do Hospital Psiquiátrico em que ela estava internada, assim como de nossa assistente social, era deixar a bebê com a família extensa. Para que ela pudesse eventualmente ter contato com a filha, assim como fazia com a outra, e pudesse retomar a maternidade caso conseguisse se cuidar em relação ao uso de crack.*

*A mãe de Maria Célia demonstrou muito interesse em registrar e receber a neta. Mas tratava-se de uma senhora muito pobre, que não tinha dinheiro para a viagem até Campinas - SP. As assistentes sociais após muito trabalho conseguiram na*

*secretaria e em articulação com o serviço social do município de Blumenau – SC onde ela vivia uma verba para financiar a passagem de ônibus para que a mãe dela, avó da criança, pudesse vir para assinar os papéis e formalizar a guarda. Assim como para avaliar se de fato ela tinha desejo e condições de receber a criança. E isso foi bastante positivo.*

*Precisávamos ser rápidos, porque a bebê já estava no abrigo há quase 20 dias, e já recebia visitas de casais adotantes. Samara não visitava a filha, pois após a recaída estava internada. Tentamos também articular essas visitas, que não ocorreram.*

*Acontece que a mãe de Maria Célia possuía doença renal crônica, e fazia hemodiálise. O tempo necessário para vir de ônibus, fazer os processos necessários burocráticos para a adoção e guarda, e voltar de ônibus excederia o tempo que ela poderia ficar sem a hemodiálise. Apesar das tentativas, não conseguimos articular hemodiálise para a mãe de Maria Célia a tempo em Campinas ou que ela se organizasse para nos ajudar a discutir seu caso com seu nefrologista de lá. Logo descobrimos que uma família já havia conseguido uma guarda provisória de sua filha.*

*Maria Célia recebe alta para a Casa das Gestantes, mas logo tem outra recaída.  
(...)*

*Voltamos ao VLT meses depois para fazer busca ativa de uma outra gestante, Mariana, e acabamos encontrando com Maria Célia. No mesmo mocó onde sempre ficava. Chorou muito ao nos ver e repetia “Eu não consegui de novo, eu não consegui de novo”, o que foi bem impactante para mim. Nós também não conseguimos de novo” (Diário de Campo – Caso Maria Célia)*

Mas nos últimos anos tem havido uma série de resistências a esses processos. Na região estudada neste mestrado houve mobilizações capitaneadas pela defensoria pública como uma série de eventos promovidos pela EDEPE (Escola da Defensoria Pública – Educação em Direitos), a criação do GT Maternidades no estado de SP e em alguns municípios como Campinas. Eu daria ainda destaque para a criação da Comissão Flor de Lótus em Jundiaí (3) e para o trabalho que a Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama da Universidade de São Paulo (USP) tem realizado em fóruns educações permanentes, culminando com a publicação de um guia para profissionais (6), mas continuando a partir dele a envolver cada vez mais outros atores no município de São Paulo. Todos esses espaços criados e trabalhos desenvolvidos

têm sido importantes fóruns de resistência que têm mudado as práticas nos municípios e serviços onde se realizam.

Também sobre a perda de guarda nas maternidades, o estado de São Paulo apresentou um importante avanço, realizado pela Defensoria Pública através do Núcleo Especializado de Promoção aos Direitos da Mulher (NUDEM) tem trabalhado no sentido de caracterizar e tipificar a perda de guarda no momento do parto contra o desejo da mulher como um tipo de violência obstétrica, passível inclusive de pedido de indenização por parte da mulher que sofre dessa violência institucional. Uma saída, uma resistência construída de maneira perspicaz.

A expressão “violência obstétrica” é utilizada para descrever e agrupar diversas formas de violência (e danos) durante o cuidado obstétrico profissional no momento do parto. Inclui maus tratos físicos, psicológicos, e verbais, assim como procedimentos desnecessários, danosos ou de evidência e eficácia científica duvidosa. Exemplos mais tradicionais seriam episiotomias de rotina, restrição ao leito no pré-parto, clister, tricotomia e ocitocina de rotina, ausência de acompanhante, dentre outros (89). Colocar a perda de guarda como violência obstétrica é uma percepção aguçada de que o “sequestro” de seu bebê contra a sua vontade é sim uma prática de maus-tratos física e psicológica, de discriminação, e, portanto, de violência contra essa mulher. E a despeito da justificativa da suposta proteção à criança, muitas vezes é efetivada com frágil subsídio jurídico, como já descrito, não respeitando os deveres estatais para com a mãe ou o bebê. Essa violência se agrava pelo fato de que no momento do trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, a mulher está mais vulnerável e fragilizada diante dos profissionais, seja de saúde, do serviço social ou do judiciário.

De maneira nacional, seria no mínimo negligente, e até injusto, passar por esse tema tanto da prática de sujeição como pelos exemplos de resistência em relação à perda de guarda sem ao menos citar a experiência da cidade de Belo Horizonte, que nos últimos anos ganhou projeção nacional.

Na cidade de Belo Horizonte a 23ª Promotoria de Justiça da Infância e Juventude Cível, do Ministério Público de Minas Gerais, publicou em julho de 2016 duas recomendações sobre bebês filhos de mães usuárias de drogas. Houve, associada às recomendações do MP, a Portaria 3/2016, assinada pelo juiz Marcos Flávio Lucas Padula: as maternidades da cidade seriam a partir de então obrigadas a acionar a Vara Cível da Infância e da Juventude, no prazo de 48 horas, contadas a partir do nascimento do bebê, quando houver evidências ou constatação de que a

mãe é usuária de drogas e/ou tem trajetória de rua. Após essa ação do Ministério Público houve a organização de um amplo movimento social na cidade, que contou com o apoio e composição de movimentos feministas, Movimento Nacional de População em Situação de Rua, movimentos sociais pela legalização de drogas, estudantes de direitos, assim como a Clínica de Direitos Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais. O movimento fez e tem feito uma importante resistência no município que vai desde reuniões nos serviços, atos públicos, produção de material audiovisual, elaboração de notas técnicas em conjunto com o Conselho de Psicologia e Defensoria Pública, até eventos de educação permanente. Criou-se um site que reúne todas as informações sobre o que tem sido produzido, o blog “De quem é esse bebê” (65) e uma série de produções acadêmicas, trabalhos, pós-graduação, como mestrados e doutorados sobre o tema, artigos publicados e inclusive todo um suplemento da revista Saúde em Redes dedicado a perda de guarda, em especial estudando o caso de BH (90). Essas ações todas configuram um importante movimento de resistência à práticas de sujeição dessas mulheres que merece pela sua importância ser ao menos citado neste mestrado. Foi esse movimento em Belo Horizonte que cunha o termo “sequestro de bebês” nas maternidades.

Houve, também após a repercussão nacional dos casos de Belo Horizonte, uma nota técnica conjunta feita pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Ministério da Saúde em 10 de maio de 2016, Nota 01/2016: “Diretrizes, Fluxo e Fluxograma Para Atenção Integral às Mulheres e Adolescentes em Situação de Rua e/ou Usuárias de Álcool e/ou Crack e/ou Outras Drogas e Seus Filhos Recém Nascidos” (91). Certamente um dos documentos mais completos e diretos sobre o tema, com um olhar muito próximo ao que é produzido neste mestrado. Ainda que seja uma nota, um documento apenas, não podemos diminuí-lo como resistência diante de tantas sujeições a que essas mulheres são submetidas. O documento serve para advogados, defensores, profissionais de saúde e assistência social pressionarem gestores e juízes para que as decisões judiciais não violentem essas mulheres, e serve também de norte para municípios e serviços que estão construindo sua forma de cuidado e estruturando seus fluxos de atendimento. Discuti-lo nas atividades de educação permanente que construímos era sempre muito profícuo, e nos respaldava de certa forma. Ajudava a não parecer loucura o que dizíamos diante dos profissionais. Era uma boa saída. Impressionante o lugar de poder que um “saber” de uma nota, que

ainda tinha o nome de “Técnica”, possui, legitimando o que era dito. No entanto, como o poder também é produtivo, e não só de sujeição, foram usos potentes delas.

Nos espaços de educação permanente que foram proporcionados em meio ao Grupo de Trabalho Maternidades no interior do estado de São Paulo, Marcos Barbieri Gonçalves tem enfatizado algumas práticas de resistência mais corriqueiras, não tão relacionadas à macropolítica e a grandes movimentos, mas às micropolíticas, que podem ser feitas na liberdade própria do cotidiano do trabalho das técnicas e tecnologias de governo a respeito dos processos de perda de guarda:

1) Acionar a defensoria pública como prática de resistência. Utilizar um órgão estatal, em especial do direito, ao ser colocado como resistência chega a assustar a princípio, mas nestes casos específicos trata-se de uma linha de fuga às práticas instituídas de sequestro de bebês quase como protocolares a que sujeitam essa mulher: *“A gente é muito acostumado a ver essa população sofrer uma série de sanções do poder público quase sempre sem defesa. A gente até esquece que qualquer pessoa, em qualquer processo, tem o direito constitucional à defesa. Quando essas mulheres chegam a esses processos de perda de guarda com advogado, com defensor, até a postura do juiz muda. Isso serve inclusive para todas as internações compulsórias por dependência química. Se a pessoa não quer ser internada e é uma determinação judicial, ela tem o direito de defesa e de contestação da decisão do juiz, pode ser acionada a Defensoria. A gente esquece disso. Mas a equipe de saúde por exemplo, ou do serviço social pode sim nos chamar”* (Diário de Campo – Atividade de Educação Permanente em Mogi Mirim)

2) Realização de relatórios como prática de resistência. Muitas vezes os profissionais da saúde e da assistência social que compõem as equipes de referência e, sobretudo, as equipes das maternidades, são chamados a fazer laudos para composição dos processos judiciais, em especial de perda de guarda dos filhos. É importante pensar quão *sui generis* é essa técnica, esse procedimento. O discurso, nesse caso, pode ter vários usos diferentes e se comportar como mais um operador da racionalidade política que enfatiza o modelo materno e, portanto, quais mulheres podem e devem ser mães e quais

não. Ou operar como uma resistência a esse modelo e tensionar para uma maternidade que, se for desejada, deve ser socialmente amparada. *“Você pode escrever num relatório: ‘não pode ser realizada alta da mãe com guarda do bebê visto que genitora não apresenta moradia ou renda e se encontra em situação de rua’ ou pode escrever sobre o mesmo caso ‘não pode ser realizada alta da mãe com guarda o bebê visto que este município não possui abrigo público com leitos para o binômio mãe-bebê. Há falha nas suas políticas de habitação e seguridade social que garantam moradia e subsistência dessa genitora e de seu filho que se encontram em condição de alta vulnerabilidade social’ olha como é diferente! Já muda! O juiz não tem como ignorar isso. E muitas vezes será o judiciário que irá tensionar para o município cumprir a lei e ofertar os serviços. O relatório é uma arma, que na maioria das vezes é usada contra as mulheres, mas pode perfeitamente ser usada a favor delas por um bom defensor”* (Diário de Campo – Atividade de Educação Permanente Mogi Mirim)

Não é incomum ao escutarmos os trabalhadores nas atividades de educação permanente a responsabilização e uma concepção de “poder” centrados no juiz e na decisão judicial. Mas isso ocorrem sem que percebam os seus atos quotidianos, prontuários, relatórios ou a capacidade de acionar a rede intersetorial, por exemplo, ignorando que sua produção e articulação com a Defensoria Pública podem servir também como atos de poder com alta capacidade de intervenção e mudança concreta dos desfechos dos casos.

Quando se valoriza os pequenos ofícios da micropolítica do cuidado, recupera-se parte da percepção por parte dos trabalhadores da liberdade que possuem, mesmo que mais ou menos regulada a depender da instituição onde atuam. Pode ser a liberdade de escrita estratégica de um laudo, um prontuário que seja. Ademais, é preciso que o trabalhador encontre sua própria potência criativa de forjar saídas, apesar e a partir das instituições. Essa potência dos pequenos atos de clínica e cuidado pode ficar ofuscada com a burocratização da elaboração de tais documentos e é retomada com a ênfase da importância das pequenas técnicas e do discurso como transformador de realidades. Por isso há uma aposta também de que a produção pós-estruturalista é para esse contexto um campo fértil para a produção de resistências e práticas de liberdade.

Nesse sentido da micropolítica do cuidado, podemos colocar como práticas de resistência e liberdade a própria experiência do Consultório na Rua de Campinas SP, pormemorizada na sessão anterior, e outras experiências de pré-natal no território, como a dos Consultórios na Rua de São Paulo e Jundiaí ou algumas equipes de unidades básicas de saúde, fora dos prédios que sediam essas equipes ou de ambulatórios de referência.

Nota-se então que as práticas de resistência e liberdade podem ser e efetivamente são construídas diante dos protocolos muitas vezes engessados de cuidado, e principalmente diante do modelo patriarcal e machista de mulher e mãe, que necessita de um corpo grávido governado, que em especial governa a si mesmo se adequando permanentemente aos moldes do que ofertamos em termos de serviços de saúde, seguindo obedientemente as prescrições e orientações do saber biomédico.

Claro que o acesso pura e simplesmente ao pré-natal pode ser um modo importante de sujeição e, portanto, é preciso sempre um cuidado com as próprias práticas. É preciso perder a certeza de que se está fazendo o certo ou mesmo o melhor que se pode para avançarmos em torno de um cuidado sempre um pouco menos governamental. Realizar o cuidado respeitando radicalmente as escolhas e modos de vida dessas mulheres, desde o território às formas de viver a vida, de vincular-se ou não à gestação, os projetos de cuidado de si e do feto ou do bebê é uma resistência radical à sujeição e uma tentativa concreta de um cuidado um pouco menos governamental.

Quando se adentra às práticas quotidianas e as tecnologias leves a serem construídas por cada equipe no seu cuidado, uma experiência certamente entre as mais potentes desse mestrado foi a realização do Ultrassom Natural durante o seguimento dessas mulheres.

O Ultrassom Natural trata-se de uma técnica de um desenho externo ao abdômen da gestante, em tamanho natural do útero e da posição fetal no momento da sua prática, que pode ser percebida por meio das manobras de Leopold. Diferencia-se um pouco da pintura gestacional clássica, pois é feita em tamanho natural do feto e altura uterina na posição fetal real. Há uma preocupação em fazer um desenho aproximado da realidade e não com o que fica mais aprazível esteticamente como numa pintura gestacional, que muitas vezes não precisa nem representar o feto em si, e pode ser feita com mandalas, elementos da natureza ou qualquer outro símbolo que a mãe e o pintor desejarem. O ultrassom natural tem sua

origem incerta, foi sistematizado fora do Brasil em publicações pela midwife norte-americana Gail Tully em seu livro *Belly Mapping* (92) e trazida para o Brasil no início dos anos dois mil pela parteira tradicional mexicana que passa a residir no país Naoli Vinaver.

Para muito além de um simples desenho corporal, trata-se na maioria das vezes de um importante instrumento de criação e vínculo e, especialmente, de humanização do cuidado, tão necessários ao pré-natal. A pintura gestacional tem sido trabalhada academicamente ainda que em poucas publicações em geral em torno da melhora da vinculação pré-natal das mães aos seus bebês (93). Para além disso, é interessante ser explorado aqui que, quando realizado pelos profissionais da equipe assistente, trata-se de um momento de fazer com que o cuidado escape aos protocolos e à solicitação de exames laboratoriais, criando uma relação com o corpo dessa gestante muito diferente do exame físico tradicional. Os desenhos eram feitos com maquiagens, (lápiz de olho e sombras), um material de baixo custo e fácil transporte, que pode com tranquilidade ser realizado mesmo na rua. Melhora muito também a vinculação à equipe, e no caso dessas mulheres a significação do cuidado de si. Sendo uma tecnologia leve potente do cuidado, uma prática transformadora da atenção.

Um caso que foi muito marcante nesses anos trabalhando e investigando essa questão da gestação em situação de rua foi Dandara. Mulher negra, que considero um dos casos mais bonitos que já atendi.

Sempre me pergunto se a achava um caso bem-sucedido por de certa forma Dandara acabar construindo um modelo de maternidade bem próximo ao que é socialmente aceito. Torna-se uma mãe dedicada, amorosa e muito cuidadosa com o filho, sai da situação de rua, e inclusive passa a abrigar o irmão que é egresso de sistema prisional, além de conseguir trabalho e renda. Mas, na verdade, escrevendo o diário de campo posso compreender que a frase dela “*eu nunca fui tão feliz, eu nunca achei que dava para ser tão feliz*” (Diário de Campo – Caso Dandara) seria na verdade um bom “sinal” como diriam os mais biomédicos, “um bom marcador” ou paradigma para a gente considerar um caso bem-sucedido.

Dandara torna-se um caso que articula muito do aqui exposto como programas de governo e políticas como os abrigos com leitos mãe-bêbe, acionamento da Defensoria Pública, laudos, e muita tecnologia leve e vínculo produzidos em muitos encontros afetivos de cuidado.

*“Atendi Dandara pela primeira vez no CAPS Reviver, logo na minha chegada no serviço. Era uma mulher negra e tinha 28 anos quando nos conhecemos, o que era exatamente a minha idade na época. Apesar disso, parecia ser muito mais velha do que eu. Dandara era também analfabeta. Acho que todas essas coisas somadas me eram muito perturbadoras juntas.*

*Analfabetismo.*

*Como aquilo me machucava mesmo. Atendi muitos analfabetos na vida, mas em geral eram pessoas mais velhas ou com algum tipo de vivência mais rural que urbana, onde esse suposto “letramento” se insere de outro jeito na vida das pessoas. Conviver com analfabetismo de uma mulher assim como eu, exatamente da minha idade, de uma grande cidade, era mais impactante eu achava. Não que eu pensasse que as pessoas precisassem estudar ou se “letrarem” para serem felizes em seus modos de viver a vida, mas era uma desigualdade de oportunidades na vida tão radical que eu sentia como uma agressão.*

*Já conheci Dandara grávida e segundo a Évora, profissional de referência dela no serviço, ela frequentava o CAPS havia seis anos, e a equipe avaliava que durante esse período tinham conseguido efetivar poucas ações de redução de danos, sem uma mudança na vida muito significativa.*

*Agora Dandara encontrava-se grávida do terceiro filho. O companheiro, Elthon, estava preso. Desde o início Dandara sempre me surpreendeu, me marcou pelo afeto. Era afetiva e carinhosa, tanto em palavras quanto no corpo, dava muitos abraços e beijos. Não parecia sedutora como quem quisesse algum tipo de vantagem. Ela era afetiva mesmo, com todos. E ao conhecer sua história este fato me marcava ainda mais.*

*Dandara foi abrigada num orfanato aos 6 anos de idade. A mãe era uma usuária de álcool grave, que por muitas vezes deixava os filhos sozinhos em casa passando fome, e ia para os bares se prostituir e beber. Com frequência seu irmão mais velho pegava-a, assim como aos irmãos mais novos, para pedirem dinheiro nos semáforos no centro de Campinas. Segundo Dandara era bom, porque eles comiam, porém muitas vezes esse irmão ficava sempre com o excedente do dinheiro que eles conseguiam. Numa dessas idas aos semáforos do centro da cidade foram “pegos” pelo conselho tutelar e abrigados no orfanato numa cidade vizinha. Sua mãe perde então a guarda definitivamente dos filhos.*

*Dandara passou a vida dos 06 aos 18 anos de idade num abrigo público. E Dandara era analfabeta.*

*Isso piorava um tanto minha angústia a esse respeito. Como era possível?*

*Era engraçado e ao mesmo tempo chocante como ela se culpava pelo próprio analfabetismo: “eu não gostava da escola, eu sempre fugia da aula. Sempre fugi da escola para matar aula. Eu não sei escrever por que vagabundeiei mesmo”.*

*Dandara teve o primeiro filho aos 13 anos de idade, ainda como moradora do orfanato. Segundo ela, a relação sexual foi consentida, com o primeiro namoradinho que conheceu na escola também de um orfanato. Então a mesma instituição pública que indiretamente, seja por omissão ou negligência, tem um de seus moradores analfabeto aos 18 anos, também não trabalha com prevenção de gravidez na adolescência. Dandara conta que perdeu a guarda dessa criança já na maternidade contra a sua vontade, nunca mais viu o bebê, que foi direto para adoção. “Era um menino”, ela conta. Esse fato também era aterrador para mim. Como uma adolescente que já estava institucionalizada não tem permissão para cuidar de seu próprio filho? O que conseguimos produzir em nossas instituições?*

*Foi nesse período, após a perda de guarda do primeiro filho, que iniciou o uso de drogas, também na escola que frequentava (ou não frequentava). Uso que se intensifica após a saída da instituição aos 18 anos.*

*Nos últimos anos estava em um uso intenso de crack. Oscilante entre situação de rua ou não. No relacionamento com Elthon estava há 9 anos, desde os 19, com quem tem uma filha que era cuidada pela sogra.*

*A segunda filha, uma menina, ela chegou a amamentar, ficou com ela. Dandara conta que chegou a amamentar várias vezes sob efeito de múltiplas substâncias, até que fica novamente em situação de rua. Constantemente se prostituía em troca de droga ou dinheiro para droga, isso com apoio e incentivo do marido com quem sempre dividia a droga conseguida com o dinheiro de sua prostituição.*

*Refere que a sogra acha que a filha dela não é de fato sua neta, que é filha de Dandara com outro homem, e não com Elthon, seu filho. Refere que a sogra acha isso especialmente pela criança ser “muito escura” e tem “acessos de racismo” com a menina. Dandara: “se não for filho dele, é de programa que eu fiz para sustentar a droga dele. Ele me esperava na esquina voltando dos programas. Ele registrou a filha. Ela não tem direito de ser racista com minha filha”.*

*Nesta gestação, Dandara estava em situação de rua e uso intenso de crack. E com o companheiro preso, o que a deixou extremamente fragilizada.*

*Foi contente para a Casa das Gestantes. Obviamente esta construção não foi fácil. Dandara há pelo menos 06 anos não tinha ficado tanto tempo abstinente e iniciou um quadro ansioso muito importante. Era sempre bastante reativa a qualquer atividade da Casa. Brigou constantemente com funcionários e moradoras.*

*Simultaneamente, no CAPS os progressos aconteciam a olhos vistos. Claro que até contar da infância, da relação com a mãe, foi um percurso grande, de vários atendimentos. Mas sem dúvida a parte mais difícil era a relação com Elthon.*

*Nesta época Dandara fazia bolos e comidas com os suprimentos da Casa para levar para o marido. Felizmente os funcionários eram bastante sensíveis à questão. Gostava muito de fazer tapetes, que tinha aprendido nas oficinas de terapia ocupacional no CAPS, e os vendia nas ruas e principalmente para os funcionários, também para levar coisas para o marido na cadeia. Tenho tapetes de Dandara em casa até hoje. São bonitos e resistentes.*

*Dandara mostrava um desejo muito grande de vivenciar a gestação, a amamentação e o cuidado com a criança.*

*Lembro-me bem de um dia, ao visitar a casa das gestantes para ver um outro caso, ficar bastante assustada com a violência e agressividade com que ela reagia à Thamires, outra moradora com quem ela já tinha problemas, por Thamires pegar “um bolo com a mão”. Literalmente. Dandara gritava, xingava, agredia. Só nesse dia tive dimensão real das queixas da Casa das Gestantes em relação à Dandara, que sempre me pareceram muito hiperdimensionadas. Aquilo era tão diferente do comportamento no CAPS, sempre afetuosa e tranquila. A situação com a Casa das Gestantes foi ficando insustentável. Muitas discussões, principalmente com a coordenação da Casa. Começaram a dizer que a paciente não deveria estar ali, inclusive porque “tinha casa”. É preciso dizer que o equipamento da Casa das Gestantes estava ainda no início, e ainda construindo sua atuação no município.*

*Sim, Dandara tinha uma casa no residencial Bassoli, oriunda de um programa habitacional no município há anos atrás. A casa não tinha água ou energia elétrica, que foram cortadas por falta de pagamento.*

*Neste momento eu e Évora, referência da paciente no CAPS, acionamos a defensoria pública.*

*A defensoria foi absolutamente essencial. A Casa das Gestantes era um equipamento da Secretaria de Saúde. Fomos tentar a Assistência Social no Município. A coordenadora da assistência social não estava querendo acolher Dandara, pois já tinha casa, mas principalmente porque já estava “dando problemas” em outra casa.*

*Sempre me assustou muito como alguns serviços da assistência “escolhiam” (e eu poderia perfeitamente retirar estas aspas) os pacientes que à época eram atendidos. Não eram infrequentes falas como “ah, esse paciente não tem mais vaga na assistência”, “ah, com esse paciente já fizemos tudo”. É importante ressaltar que isso tem melhorado, e justamente por isso a importância de garantir o serviço social como direito, tornando-o mais distante do assistencialismo.*

*Dandara verbalizava que se sentia cuidada pela primeira vez na vida, estava com chances de voltar às ruas, ou para uma casa com altíssimo grau de vulnerabilidade. Eu só imaginava qualquer puérpera, com um bebe recém-nascido, sem companheiro, sem família, sem ajudante, sem ninguém, numa casa suja, sem água ou energia elétrica. Não era possível que esse era o cenário que as pessoas indiretamente propunham. Ou então o mesmo cenário, mas novamente sem um bebê, perdendo a guarda de novo contra a sua vontade.*

*Adelaide, coordenadora do Consultório nesta época começou a ficar reticente com o apoio e tutela que especialmente eu estava dando ao caso. Ela era bastante cuidadosa com nossos envolvimento.*

*Me senti com Évorah numa luta quase pessoal em relação a essa moça.*

*Chamamos a defensoria numa tentativa de denúncia e pedido de ajuda.*

*Entra no caso o Marcelo, psicólogo da Defensoria Pública, que assume para si também o caso. E exatamente nesse ponto eu entro de férias. Lembro-me que a reunião com ele foi uma das últimas atividades antes das férias.*

*Dandara estava prestes a ter o bebê já, com a gestação avançada.*

*Marcelo estava havia um bom tempo nesse cargo na Defensoria e já tinha nos ajudado bastante no Consultório na Rua com o caso de Graça, cuja guarda da filha conseguiu ficar para a família extensa, mesmo com o pré-natal inteiro feito nas calçadas, sem tratamento em CAPS, UBS, internações, nada, em nenhum momento.*

*Marcelo se dispôs não só a ajudar Dandara na guarda do bebê que estava gestando como a recuperar a guarda da filha que estava com a sogra. Que era um desejo também grande dela.*

*Quando entrei de férias forma-se um gap nas minhas memórias. Sei que houve reuniões com a assistência social, que meu registro de prontuário muitas vezes estava aquém da condução do caso, o que foi um grande problema.*

*Tentei ainda antes de entrar em férias, em grupos de doulas de Campinas, uma doulagem voluntária para essa mulher na hora do parto. Só a imaginava na maternidade, sozinha, sem parentes ou amigos, com dor, negra, analfabeta, marido preso, e com o peso de ser “dependente química”. O que ela poderia sofrer? Como a Tratariam?*

*Foi a única paciente entre CAPS AD e Consultório na Rua nesses anos de trabalho para quem eu dei meu telefone celular. Ainda me lembro como se fosse hoje do dia. E contra o que eu achava razoável pelo perfil de paciente que atendíamos, ofereço meu telefone para a paciente. “Vou te passar meu número, já que eu vou entrar de férias, para você ter se precisar.” Ela me entrega o próprio aparelho celular, bem velho, e diz: “pode anotar você doutora, que eu não sei escrever lembra?” E novamente a imagino em múltiplas situações de vulnerabilidade. Como ela me ligaria se precisasse? Como ela usava o aparelho que tinha? Sempre dependia da boa vontade de outras pessoas.*

*Eu estava disposta a ser sua doula no parto, visto que eu não tinha conseguido ninguém para essa função. Mas o trabalho de parto aconteceu e eu estava em viagem fora do país.*

*Sei que a paciente conseguiu com a ajuda da Defensoria ser inserida no abrigo Santa Clara. E conseguiu ficar abstinente de crack fazendo uso esporádico de maconha. E estava cuidando muito bem do filho.*

*Já volto das férias sem trabalhar no CAPS, pois aceitei um convite para dar aulas na Pontifícia Universidade Católica de Campinas. O que infelizmente diminuiu muito meu contato com ela.*

*Para mim acho que foi o pior rompimento do CAPS em termos de paciente.*

*Continuei a partir de então a ver e acompanhar a trajetória da Dandara ou por Évora ou por ainda trabalhar no Consultório na Rua, que é no mesmo espaço físico do CAPS, e encontrar-me com ela sempre que possível.*

*Dandara ficou por 5 meses no abrigo Santa Clara. Não brigou ou teve problemas de relacionamento lá dentro. E foi (a contragosto da equipe do abrigo) construída sua saída de lá antes dos 6 meses do bebê. Saiu para o apartamento que tinha no Residencial Bassolli.*

*Logo que Dandara vai para casa, um de seus irmãos sai da cadeia e vai morar com ela. Ela também havia retomado contato com outro irmão por telefone.*

*Quando o bebe fez 6 meses ela volta para o programa de geração de renda, na cozinha do Núcleo de Oficinas Terapêuticas do Serviço de Saúde Cândido Ferreira, e tem a renda completada pelo programa Bolsa Família.*

*Em todos os encontros do CAPS, Dandara, abstinente de crack, estava em uso só de maconha. Tinha eventualmente discussões com o irmão, porém ele a ajudava muito com o bebê.*

*Uma das frases mais marcantes desses rápidos encontros foi: “eu nunca fui tão feliz, eu nunca achei que dava para ser tão feliz”.*

*Em condições tão precárias e nessa época, pela primeira vez consegue reconhecer que vivia situações abusivas com o ex-companheiro. “O Elthon não gostava de mim. Eu que era cega. Veja se um cara que fica à toa te esperando na esquina trazer dinheiro de programa gosta de você? Quando ele ficava mal ele ia para a casa da mãe dele, dava um tempo de droga, comia, tomava banho... e eu? Eu tinha que ir para a casa de um velho que eu fazia programa. E até ficava lá e tudo, mas tinha que ficar transando com ele. A mãe de Elthon nunca me recebeu lá, ela sempre achou que ele começou a usar droga comigo, mas não é verdade. Quando eu conheci ele, ele já usava! Ele nunca me defendeu!”*

*Porém agora, escrevendo o caso, percebo que posso ter outro parâmetro para considerar o caso mais bem-sucedido, a frase sincera do “eu nunca fui tão feliz, eu nunca achei que dava para ser tão feliz”. (Diário de Campo – Caso Dandara)*

*“A produção social da subjetividade é decisiva para entender as pessoas. Porém, quando entramos na singularidade e na história de cada pessoa, a complexidade aumenta sobremaneira. Se é difícil dar conta da produção de um dependente, muito mais difícil é entender por que uma pessoa parou de usar compulsivamente e ou fez uma mudança radical na sua vida. O que cura não é pena. É o perdão” (p.116)(44)*

*Para Lancetti “os casos bem-sucedidos são aqueles que escapam do circuito – zona de uso, internação em comunidade terapêutica ou outras instituições, prisão etc.” (p.55) (44), ou seja, são os casos que saem de um ciclo vicioso. Dandara pela primeira*

vez escapa do circuito. Vence um ciclo de institucionalização e rua que pauta sua vida desde os 6 anos de idade.

A história de Dandara já é por si só resistência. Dandara estar viva, apesar da fome, do analfabetismo, da rua desde a infância nos semáforos campineiros, da droga, da prostituição, da violência policial já é resistir. Num sentido biopolítico, há resistência de estar vivo entre os que são deixados morrer. Reproduzir-se ao seu bel prazer, parece ser um ato quase subversivo de liberdade. Dandara estar feliz chega a ser revolucionário. Em especial diante dos recursos que a ela foram dados para subjetivar-se.

Mas também tem forte caráter de resistência a história de Sandra, que na verdade não queria ser mãe, queria apenas cuidado. Entretanto nossas instituições estavam muito mais permeáveis a realizar cuidado (as vagas nos abrigos, a frequência de atendimentos) das mulheres que tinham minimamente o desejo pela maternagem, e que não eram “anormais do desejo” (84), as mulheres que não querem ser mães. Entende-se que as práticas de liberdade femininas estão estreitamente relacionadas à possibilidade de viver ou rejeitar, livremente, a maternidade.

Ao observarmos cada história e cada mulher, vemos seus inúmeros espaços e técnicas de resistência, assim como suas práticas de liberdade no cotidiano, que às vezes passam pelos serviços e outras tantas não. Seria possível uma investigação inteira com ênfase apenas nas práticas e técnicas que elas desenvolvem para produzir a vida nas ruas, ou nas instituições escapando e criando pequenas, às vezes grandes, saídas para suas sujeições, exercitando sempre à sua maneira seu cuidado de si.

No entanto, não haveria aqui tempo hábil para essa investigação com a dedicação que ela merece, e este estudo é centrado nas questões do governo de conduta sobre essas gestantes e na experiência profissional de atendê-las. Por esse motivo, as práticas de resistência aqui pormenorizadas estão centradas nesse âmbito.

“Só com alta tensão antimanicomial é possível produzir uma rede de atenção que não sucumba à pressão dos políticos, das forças de segurança e do poder judiciário” (p.54)(44). Na verdade, como discorreremos aqui, é esse também o caminho para que não se sucumba à racionalidade política da norma de abstinência e do proibicionismo, assim como do modelo patriarcal de mulher e de mãe, que compreende as mulheres que não desejam ser mães, ou que o façam à sua maneira, como infelizes ou anormais. “A mãe indiferente é um desafio lançado à natureza, a anormal por excelência” (p.15)(23).

Em relação às práticas de resistência e liberdade no cotidiano profissional, entendemos que o conceito já anteriormente discutido de plasticidade psíquica proposto por Lancetti (44) seria um exercício de saída para o cotidiano do trabalho, sobre o qual o próprio autor discorre que devemos transformar de “fabril” em “febril” devido a intensidade dos casos, dos encontros com as histórias de vida terrificantes ou situações de horror ou penúria para que não se tornem banalizadas.

“O trabalhador do CAPS é como uma pilha, se for uma pilha tradicional aguenta até determinado momento, mas uma hora se torna descartável. Por isso a pilha precisa ser autocarregável. E existem muitas maneiras de se recarregar. Supervisões, discussões de caso, grupos de estudo, festas, grupos de WhatsApp etc. Porém o mais importante é operar em superfícies não submetidas à moral da contrafissura” (p.68) (44)

Nesse sentido, esses espaços de “recarregarem” as energias do trabalhador também muitas vezes se configuram como espaços de resistência e de práticas de liberdade e construção criativa de saídas.

Num modelo político que é centrado nas ideias de segurança e que constrói os nossos fascismos cotidianos, as práticas de liberdade são de certa maneira também uma posição pelo risco, ainda que seja exercido com cuidado, respeito e ética em relação ao outro.

Não há fórmula mágica, mas tentativa e erro, destemor e paixão, sempre o combate contra o ressentimento [...] a disposição constante de sustentar a posição de bombeiro e incendiário ao mesmo tempo, numa conjunção de força e ternura, afeto e crueldade, continência e anarquia. (p.14) (50)

#### 4- Conclusão – Experiência e Esperança

“Se você vier me perguntar por onde andei  
 No tempo em que você sonhava  
 De olhos abertos, lhe direi  
 Amigo, eu me desesperava  
 Sei que assim falando pensas  
 Que esse desespero é moda em '76  
 Mas ando mesmo descontente  
 Desesperadamente, eu grito em português  
 Tenho vinte e cinco anos  
 De sonho e de sangue  
 E de América do Sul  
 Por força deste destino  
 Um tango argentino  
 Me vai bem melhor que um blues  
 Sei que assim falando pensas  
 Que esse desespero é moda em '76  
 E eu quero é que esse canto torto  
 Feito faca, corte a carne de vocês”

(Belchior – A Palo Seco)

Essas mulheres com as quais nos encontramos neste mestrado são mulheres com alta resistência à determinação de suas condutas, de corpos pouco dóceis. Resistem de várias formas diferentes, cada uma à sua maneira.

“Não nos devemos esquecer de que essas mães devem também ser levadas em conta na história da maternidade. Talvez não sejam suas representantes mais gloriosas, mas tiveram o mérito de desvendá-lhes uma imagem cruel. Não é, por certo, a única imagem da maternidade, mas é uma imagem que conta tanto quanto as outras” (p.94)(23) (sobre as mães que exerciam a recusa voluntária ao aleitamento materno)

Essas mulheres e maternidades são o estereótipo da Geni, cantada por Chico Buarque. Mulher que possui sinergia de características ditas “marginais” de raça, classe, deficiência, transtorno mental, uso de substância. Mulher que como qualquer outra que o exercício dos seus prazeres e desejos sexuais é considerado quase uma falha moral falha, essa mulher é cheia dessas supostas falhas morais pois os exercita sempre, desde os prazeres sexuais ao uso de substância. Uma mulher que quase naturalmente deve “*dar para qualquer um*”.

Essa mulher por “*dar para qualquer um*” poderia ser violentada sexualmente inclusive, sem grandes constrangimentos sociais, afinal até 2009 quando reinava ainda a legislação do código penal de 1940, a violência sexual era um crime contra a honra, portanto apenas enquadrado nas mulheres que a tem. Não às desonradas, essas podiam ser violentadas (25). Essas mulheres têm nos seus modos de vida e existência esse “ethos” da “mulher da rua”, que se confunde e apresenta contornos borrados com a prostituição há muitos séculos. Se valem dos seus corpos para o prazer: seja sexual, seja da droga. “*De tudo que é nego torto, do mangue e do cais do porto, ela já foi namorada. O seu corpo é dos errantes, dos cegos, dos retirantes, é de quem não tem mais nada*” Mulher que faz sexo a baixo custo com outros homens e mulheres, em sua maioria pobres, os que também fazem parte desse grupo dos que são “deixados morrer” é literalmente considerada por vezes “*feita para apanhar, e boa de cuspir*”.

Quando engravida, é uma resistência concreta ainda que não necessariamente voluntária, a todo um aparato social que diz que ela deve morrer, e não viver; e se não pode sequer viver, muito menos deveria reproduzir-se, o que aparece em falas como “*Tanta mulher que quer engravidar e não consegue, essas daí tem um filho por ano!*” (Diário de Campo – Educação Permanente UPA do Centro de Campinas), “*essa dama era Geni! Mas não pode ser Geni!*” em parte, a gestação trata-se do Zepelim.

Mas a esses olhos essa mulher pode redimir-se ou redimir toda a sociedade. Como se um suposto sucesso na criação dessa nova criança fizesse com que ela se tornasse finalmente uma boa mulher, uma mulher feliz e normal. Ou fizesse também uma certa esperança neste atual modelo social se renovasse. A ela grávida, é oferecido casa, internação, consulta, abrigo; “*o prefeito de joelhos, o bispo de olhos vermelhos, e o banqueiro com um milhão. Vai com ele, vai Geni!*”. Tudo para que se encaixe no modelo feminino do desejo pela maternidade, com renda, moradia, abstinente e devotada nos moldes da mulher burguesa.

Ao negar a o desejo de ser mãe, ou ao negar esse modelo específico de maternagem burguês, tem sua maternidade impedida numa empreitada neomathusiana de não reprodução, tanto dessas mulheres como de seus modos de vida; ela então volta à sua existência novamente subalterna “*aquela formosa dama, também tinha seus caprichos. Ao deitar com homem tão nobre, tão cheirando a brilho e a cobre, preferia amar com os bichos*”. Com isso suas crianças são rapidamente

entregues para famílias e mães, em geral abastadas pela vida da adoção, que cumprem a função desejada socialmente. Com seu filho para adoção, essa mulher “se deitou de lado e tentou até sorrir. Mas logo raiou o dia, e a cidade em cantoria não deixou ela dormir. Joga pedra na Geni! Joga bosta na Geni! Ela é feita para apanhar ela é boa de cuspir! Ela dá para qualquer um! Maldita Geni!” Assim como aponta Ariane Rios (3), ela passa muito rapidamente de uma hiper-visibilidade durante a gestação para a invisibilidade social prévia à gestação, caso não assuma a identidade de mãe e mantenha a guarda de seu filho(a).

Simone Diniz e Laura Matar (56) elaboram um conceito muito útil à conclusão desse mestrado e sobre os diferentes modelos possíveis de maternidade que é o de *Hierarquias Reprodutivas*, delineado a partir da ideia de Hierarquias Sexuais de Gayle Rubin, que discute as práticas sexuais mais aceitas ou menos aceitas socialmente. As autoras expõem que diferentes aspectos das mães tais como raça, classe social, idade e parceria (homo ou heterossexual, oficialmente casadas ou não) determinam a legitimidade, a aceitação social, assim como as vivências relacionadas ao exercício da maternidade das mulheres.

De acordo com essa análise, as relações sexuais fora do padrão heterossexual ou fora do casamento, por exemplo, são socialmente subjugadas. Portanto, as maternidades resultantes de parcerias sexuais como essas, com menor aceitação social serão conseqüentemente menos aceitas e estão secundariamente mais expostas a práticas de sujeição.

Segundo as autoras, no topo da Hierarquia Reprodutiva há uma relação estável, de um casal heterossexual monogâmico, branco, adulto, oficialmente casado, “saudável”, que conta com recursos financeiros e culturais suficientes para criar “bem” os filhos. É, portanto, claramente um construto social fruto de uma série de racionalidades políticas e sociais, não restritas à maternidade mas com alto impacto nas relações em torno da infância, do papel da família em relação à infância, e portanto dos cidadãos desejados, e nesse modelo de controle da infância é preciso controlar em especial as práticas femininas.

A somatória e a interação entre os diferentes aspectos da “identidade” da mulher, e de como ela exerce sua sexualidade, é para as autoras o que vai determinar o grau de aceitação social ou não de determinada maternidade.

Quanto maior o número de aspectos vistos como “positivos” - ou seja, que se aproximem do topo da pirâmide - que uma mulher e/ou casal tenha, mais valorizada

será a maternidade e/ou a reprodução. O inverso também é verdadeiro: quanto maior o número de aspectos socialmente tidos como “negativos” presentes na mulher ou no casal ao exercitarem maternidade e/ou a reprodução e cuidado com os filhos, mais próximos estarão da base da pirâmide hierárquica, e, advogamos aqui, mais sofrerão práticas de sujeição, seja do Estado ou de diferentes setores sociais para muito além do Estado. Os fatores principais, que perpassam transversalmente a pirâmide das hierarquias são: raça, classe, geração/idade e parceria sexual.

“Tendo estes quatro aspectos em vista, podemos pensar nas combinações com outros que tornam mais difícil ou mais fácil o exercício da maternidade.

Abaixo, apresentamos uma lista não exaustiva destes atributos, em relação aos quais são pouco aceitas socialmente as maternidades e/ou reprodução e cuidado com os filhos das mulheres:

- Não saudáveis, como, por exemplo, as HIV positivas ou as que têm sífilis, por correrem o risco – já que é possível evitar a transmissão vertical de tais doenças – de gerar bebês não saudáveis;
- Deficientes físicas ou doentes mentais, pela dificuldade total ou parcial no cuidado com os filhos;
- Consideradas promíscuas, em razão da persistência de uma regulação moral da sexualidade das mulheres que restringe seu exercício à finalidade da reprodução, negando seu direito ao prazer;
- Moradoras de rua, pelo seu status e falta de condições para proverem seus filhos com cuidados essenciais para seu crescimento;
- Usuárias de drogas, seja cigarro, álcool ou drogas em geral, por serem vistas como incapazes de cuidarem de si próprias, quanto mais de uma criança;
- Que vivem do sexo comercial, já que a criança seria a própria “filha da p...”, cujo estigma associado é enorme; e
- Infratoras, sobretudo as mulheres que estão presas, já que foram contra a dita “natureza feminina”, ou seja, de pessoa passiva e cuidadora, jamais transgressora” (p.116) (56)

Ainda nas palavras da autora:

“São estas as mães que estão na base da pirâmide hierárquica da reprodução, que exercem o que chamamos de “maternidades subalternas”. Trata-se de uma sinergia negativa: a adolescente negra e pobre que ainda vivencie quaisquer dos aspectos acima mencionados – seja ela infratora, ou prostituta, ou HIV positiva – pode ter ainda mais limitados seus direitos humanos em geral e, especialmente, seus direitos reprodutivos” (p.116) (56)

Estas são exatamente as mulheres das quais tratamos neste mestrado, com alta, ou completa sinergia negativa dos aspectos tratados pelas autoras, sujeitas a todas as práticas de sujeição possíveis em torno de suas formas de vida e também de maternar.

O lugar de subalternidade destas mulheres e maternidades indica que, ainda hoje, não foi possível, aos Estados e em especial às sociedades garantir que as mulheres não serão mães se não quiserem; nem que poderão sê-lo independentemente de seus aspectos individuais, se assim desejarem. A real opção de escolha sobre exercer ou não, e como não exercer a maternidade é central na efetivação de direitos sexuais e reprodutivos e práticas de resistência e liberdade das mulheres, em especial das “Genis”.

De um lado, a sociedade precisa reconhecer toda a diversidade de maternidades como legítima; de outro, em resposta a este reconhecimento, é preciso garantir que todas as mulheres, indistintamente, possam não apenas decidir se querem ser mães, mas também que possam viver a maternidade em um contexto de luta pela redução das desigualdades sociais e econômicas e substancialmente de respeito à diversidade das formas de vida. Assim como é preciso luta por apoio social e por uma responsabilização mais paritária entre homens e mulheres diante da criação dos filhos.

O que se busca ajudar a construir com essa investigação, com a escrita de si do mestrado é uma prática clínica, um cuidado que não assuma essa mulher a partir unicamente do ponto de vista reprodutivo. Um olhar feminista que não assume que a mulher deva ser mãe, mas que tampouco assume que essa mulher não pode ser mãe se assim ela desejar, e tente um governo sempre um pouco menor sobre como ela faz isso.

Assim como nos fala Diniz (72)(56), há uma luta, uma aposta concluindo este mestrado: que a produção aqui realizada possa colaborar de alguma forma para que esse modelo hierárquico do exercício da maternidade seja superado, e que seja promovida uma construção social e coletiva da maternidade como voluntária, segura, socialmente amparada, e prazerosa:

1) A dimensão voluntária da maternidade ainda é uma luta, e se coloca de maneira especial em países como o Brasil, com tantas barreiras ainda existentes na efetivação de educação sexual de qualidade, de acesso ao sistema de saúde e em

especial a métodos contraceptivos adequados à realidade de cada mulher, e em um país em que a interrupção voluntária da gestação por não ser desejada configura crime, impedindo que as mulheres tenham poder decisório sobre os processos que ocorrem em seus corpos e em suas vidas. Também é preciso enfatizar que a maternidade ainda é uma identidade socialmente colocada à mulher como felicidade e como normalidade, contexto em que é preciso compreender de maneira mais complexa a “escolha” por ter filhos. Temos caminhado mais graças a avanços do movimento feminista em direção à naturalização e legitimação da escolha de mulheres que optam por não terem filhos, mas ainda há um longo caminho a ser percorrido nesse sentido.

2) É preciso garantir uma maternidade segura, em que a mãe receba toda a assistência disponível, da forma mais adequada possível, para que se combata as inúmeras mortes maternas por causas evitáveis ainda presentes nos nossos dias. Segura também no sentido de combate à violência obstétrica e promoção de uma atenção humanizada, em que as mulheres não tenham um sentimento de medo da assistência obstétrica e se sintam seguras na presença dos profissionais de saúde sem o receio da violência física e psicológica por vezes associada ao parto (94)(89). Segura também da perspectiva de seguridade social: como acesso a creches, escolas, e uma legislação trabalhista que ampare essa mulher em seu exercício de maternar (licença maternidade, legislação de regulamentação e promoção do aleitamento materno para as que assim desejarem), assim como promoção social de uma adequada divisão dos trabalhos domésticos, compreendendo que maternidade não é mera responsabilidade individual da mulher, mas do casal, da família e da sociedade. Deve-se promover uma maternidade vista e entendida como um trabalho social, compartilhado pelo Estado e pela comunidade.

3) É preciso também conceber uma maternidade prazerosa, como já foi discutido, em oposição à construção social da “mater dolorosa”, do “padecer no paraíso” com a glamurização do sofrimento feminino, da falta de apoio masculina, familiar, comunitária e social à criação das crianças. Desconstruir uma construção social que normaliza a mulher como um masoquismo nato, que apresenta prazer no sofrimento, em especial os sofrimentos relacionados à maternidade. Pensar e promover uma maternidade prazerosa coloca em evidência a suposta relações entre mulheres que exercitam seus prazeres como mães menores ou ruins. Como se houvesse uma incompatibilidade identitária do exercício do prazer feminino em

relação à ideia de boa mãe. É preciso compreender as mulheres que não abdicam do prazer vivido para si mesma por ocasião do nascimento dos filhos, como uma forma possível de ser mãe e mulher. É claro, que uma maternidade voluntária, segura e socialmente amparada será sempre experienciada com mais prazer.

Se o feminismo seria em parte assumir as várias formas possíveis de ser mulher deveremos radicalmente assumir sua proposição nas várias formas possíveis de ser mãe. Criar no cotidiano saídas para as muitas maternidades possíveis é um dos grandes desafios que nos propusemos na pesquisa e na vida. Neste contexto, é importante enfatizar também que

“Os direitos das mulheres são inseparáveis dos direitos das crianças e não há, a priori, nenhuma incompatibilidade entre eles. Isto implica a defesa dos direitos da maternidade, desde a assistência pública e gratuita de boa qualidade, passando pela saúde no ciclo gravídico-puerperal, até a licença maternidade e o direito à creche e escolas públicas” (56)

É preciso entender também o lugar social da infância e de como ele responde muitas vezes às relações de poder e de sujeição do corpo e da subjetividade feminina.

A colaboração do mestrado para a construção dessas maternidades possíveis seria ter nessa dissertação um apoio para os trabalhadores, que no cotidiano de assistência e produção de cuidado têm a difícil tarefa de encarar de frente o enorme desafio do encontro e da produção conjunta de projetos terapêuticos com essas mulheres “que sofrem e gozam de maneira não usual” (p.44)(44) e desejam ou não exercer as suas maternidades “subalternas”.

Houve uma tentativa nesses anos como profissional - e que continua no mestrado e se manterá depois dele - de produzir saúde da mulher e saúde mental em ato, por meio de práticas de cidadania e de uma sociabilidade generosa, produtora de saídas e liberdades.

Trabalhar com essas mulheres no cotidiano sempre carece de fato, de muita esperança. A aposta do cuidado a essas mulheres precisa ser de um outro futuro, em geral, um outro futuro possível, diferente de seu passado na maioria das vezes. Uma aposta na potência da vida se refazer e reconstruir a seu modo, construindo, por meio das práticas singulares de si que essas pessoas apresentam, a sua subjetividade. Subjetividade e modos de vida que passam ou não pelo uso (às vezes compulsivo)

de substâncias. “As pessoas não se drogam para morrer, elas se drogam para viver” (Antônio Nery Filho – p.72) (44) E vão assim construindo suas formas de ser ou estar no mundo.

“Não cessei de alardear meu desinteresse pelas drogas e meu extremo interesse pelos humanos – homens, mulheres, adolescentes e crianças de rua – usuários de substância psicoativas legais e ilegais” (Antônio Nery Filho – Prefácio – p.15)(44)

Ainda que devamos nos permitir a raiva, a frustração, a tristeza em muitos casos e em muitas histórias, o que pode ser extremamente benéfico ao trabalhador, visto que é o contrário da apatia diante dos sofrimentos do mundo, há uma necessidade de que esses afetos não sejam paralisantes. Cada profissional acaba construindo recursos internos para elaboração e significação das experiências que vivencia, assim como cada equipe também desenvolve seus recursos coletivos, constrói o apoio de uns com os outros e criativamente desenvolve meios de cuidado de seus membros e dos usuários, criando pensamentos, experiências e práticas que são clínicas, mas também éticas e políticas.

Os anos como trabalhadora do Consultório na Rua e dos centros de Atenção Psicossocial em Campinas-SP, assim como os anos da pesquisa, foram uma experiência radical e transformadora da minha prática profissional e de mim como mulher.

“A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, escutar mais devagar, parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência, e dar-se tempo e espaço” (p.24)(95)

Apesar de ter conseguido com o mestrado me apropriar de uma série de conhecimentos sobre o tema durante a pós-graduação, conhecimentos que serão certamente úteis ao longo da vida: desde a construção da clínica e do cuidado que como profissional terei a possibilidade de ofertar, e como mulher a possibilidade de

compreender melhor e atuar de maneira mais eficaz na construção das nossas saídas das práticas de sujeição impostas pelo machismo e patriarcado; não é disso que se trata a escrita de si do mestrado.

Como escrita de si, trata-se de uma das técnicas de si, de construção da minha própria subjetividade por meio da escrita. Uma escrita que passa pela prática diarística, mas que também reflete sobre ela, e pode construir a partir dos fragmentos do que foi lido, aprendido e estudado. Este mestrado tratou-se fundamentalmente da elaboração e tentativa de compreensão dessa experiência vivida, mais do que uma revisão bibliográfica sobre o tema, ainda que ela seja necessária.

“Atualmente, o conhecimento é essencialmente a ciência e a tecnologia, algo essencialmente infinito, que somente pode crescer; algo universal e objetivo, de alguma forma impessoal; algo que está aí, fora de nós, como algo de que podemos nos apropriar e que podemos utilizar; e algo que tem que ver fundamentalmente com o útil no seu sentido mais estreitamente pragmático, num sentido estritamente instrumental. O conhecimento é basicamente mercadoria e, estritamente, dinheiro; tão neutro e intercambiável, tão sujeito à rentabilidade e à circulação acelerada como o dinheiro [...] por isso, o saber da experiência é um saber particular, subjetivo, relativo, contingente, pessoal. Se a experiência não é o que acontece, mas o que nos acontece, duas pessoas, ainda que enfrentem o mesmo acontecimento, não fazem a mesma experiência. O acontecimento é comum, mas a experiência é para cada qual sua, singular e de alguma maneira impossível de ser repetida. O saber da experiência é um saber que não pode separar-se do indivíduo concreto em quem encarna. (p.27)(95)

Talvez o que mais tenha me impressionado nesse percurso do mestrado é que hoje, se me encontrasse novamente com Vânia, grávida com 13 anos de idade na porta do SAMIM, eu estaria alguns anos mais velha, mais experiente, seria uma pós-graduada no tema e continuaria com boa parte das mesmas dúvidas, e muito provavelmente com a mesma sensação de não saber o que fazer.

No máximo, é preciso sim reconhecer, sofreria bem menos com a sensação de não saber. E talvez no fundo o maior ganho do mestrado não o seja o que eu aprendi com ele, que foi bastante e certamente tem muito valor como médica e como mulher, mas sim foi estar mais em paz com o que eu ainda não aprendi, e ainda não sei.

A informação não deixa lugar para a experiência, ela é quase o contrário da experiência, quase uma anti-experiência [...] a informação

não faz outra coisa senão cancelar nossas possibilidades de experiência” (p.21) (95)

O que se deseja com essa técnica de si que foi a escrita do mestrado é que ao final deste processo, a partir e apesar do conhecimento produzido, o mestrado sirva fundamentalmente para aumentar (e não diminuir) as possibilidades de experiências, seja da autora ou dos leitores que com ele se encontrarem.

## Referências

1. Despentès V. Teoria King Kong. 1°. Tradução Márcia Bechara, editor. São Paulo - SP: N-1 Edições ; 2016.
2. Rui T. Nas Tramas do Crack: Etnografias da Abjeção. 1°. São Paulo - SP : Terceiro Nome ; 2014.
3. Rios AG. Fio de Ariadne: Sobre os Labirintos de Vida de Mulheres Grávidas Usuárias de Álcool e Outras Drogas. Universidade Estadual De Campinas ; 2017.
4. Gonçalves MAB. Assistente Técnico Judiciário na Defensoria Pública: Suporte da Teoria de Winnicott. Pontifícia Universidade Católica de Campinas ; 2015.
5. Schweikert PGM. Resistência à Profilaxia Materna: Deslegitimação do uso de drogas como fundamento para a separação de mães e filhos na maternidade. São Paulo SP; 2016.
6. Gomes JDG. Primeira Infância e Maternidade nas Ruas da Cidade de São Paulo. São Paulo-SP : Clínica de Direitos Humanos Luiz Gama ; 2017.
7. Foucault Michel. História da Sexualidade II: O uso dos prazeres. 1° edoção. Maria Tereza da Costa Albuquerque, editor. São Paulo SP: Paz e Terra; 2014.
8. Foucault M. A Escrita de Si. In: O Que é um Autor. Lisboa: Passagens; 1992. p. 129–60.
9. DENZIN NK, LINCOLN Y. Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks CA.: Sage; 2005.
10. Ferigato SH, Carvalho SR. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. Interface - Comun Saúde, Educ [Internet]. 2011 Sep 23 [cited 2018 Aug 1];15(38):663–76. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832011000300004&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000300004&lng=pt&tlng=pt)
11. Kastrup V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: Kastrup V, Passos E, Escóssia L, editors. Pistas do método da cartografia. Porto Alegre: Sulina; 2008. p. 32–51.
12. Paulon SM. A ANÁLISE DE IMPLICAÇÃO COMO FERRAMENTA NA PESQUISA-INTERVENÇÃO<sup>1</sup> [Internet]. [cited 2018 Aug 1]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n3/a03v17n3.pdf>
13. Souza T de P. A Norma da Abstinência e o Dispositivo Drogas ; Direitos Universais em Territórios Marginais de Produção de Saúde (Perspectivas da redução de Danos). Universidade Estadual de Campinas; 2013.
14. Vieira PP. Escrita de si e coragem da verdade: as práticas da liberdade em Michel Foucault. In: Margareth Rago, Ana Carolina Toledo, editors. Paisagens e Tramas: O gênero entre a arte e a história. 1° edição. São Paulo: Editora Entremeios ; 2013.
15. Teles N. A Escrita Como Prática de Si. In: Margareth Rago, Alfredo Veiga-Neto, editors. Para uma vida não-facista . 1° edição. Belo Horizonte - MG: Autêntica; 2009. p. 291–304.
16. Rago M. A aventura de contar-se : Feminismos, escrita de si e invenções da subjetividade. 1°. Campinas - SP: Editora Unicamp; 2013.
17. Cunha JVQ, Rodrigues mônica. Pesquisa Nacional Sobre a População e Situação de Rua [Internet]. Brasília - DF; 2009 [cited 2018 Aug 4]. Available from:

- [http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Livros/Rua\\_aprendendo\\_a\\_contar.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf)
18. Bastos FI, Bertoni L. Pesquisa Nacional Sobre o Uso de Crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro RJ; 2014.
  19. Deleuze G. O Que é a Filosofia? Rio de Janeiro : Editora 34; 1993.
  20. Foucault M. Sujeito e Poder. In: Rabinow P, Dreyfus LH, editors. Michel Foucault: uma trajetória filosófica. 1°. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2010. p. 273–95.
  21. Foucault M. O Nascimento da Biopolítica. 1°. Michel Sennat, Tradução Eduardo Brandão, editors. São Paulo: Martins Fontes ; 2008.
  22. Rose N, Miller peter. Governando o Presente: gerenciamento da vida econômica, pessoal, e social. 1°. Tradução Paulo Ferreira Valério, editor. São Paulo: Paulus; 2012.
  23. Badinter E. Um Amor Conquistado: O Mito do Amor Materno. 8°. Waltensir Dutra, editor. Rio de Janeiro - RJ: Editora Nova Fronteira ; 1980.
  24. Rago M. Do Cabaré ao Lar: A Utopia da Cidade Disciplinar e a Resistência Anarquista. Brasil 1890-1930. 4°. São Paulo-SP: Paz e Terra ; 2014.
  25. Rago M. Os Prazeres da Noite: Prostituição e Códigos da Sexualidade Feminina em São Paulo (1890-1930). 2°. São Paulo SP: Paz e Terra; 2008.
  26. Macerata IM. Experiência POP RUA: Implementação do “Saúde em Movimento nas Ruas” no Rio de Janeiro, um Dispositivo Clínico/Político na Rede de Saúde do Rio de Janeiro. Rev P e Psique [Internet]. 2013 [cited 2018 Aug 4];3(2):207–19. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/46178>
  27. Frangella SM. Corpos Urbanos Errantes: Uma Etnografia da Corporalidade de Moradores de Rua em São paulo. 1° Edição. Edtora Annablume, editor. São Paulo; 2010.
  28. Brandon D. Homeless in London. London; 1973.
  29. Rachid R. Vadiagem: Efeitos revogados de uma contravenção que vigora. Rev Lib [Internet]. 2013 [cited 2018 Aug 4];13. Available from: [http://www.revistaliberdades.org.br/\\_upload/pdf/17/historia.pdf](http://www.revistaliberdades.org.br/_upload/pdf/17/historia.pdf)
  30. Teixeira A. O Crime Pelo Averso - Gestão dos Illegalismos na Cidade de São Paulo. 1° edição. São Paulo: Alameda; 2016.
  31. Jorge HVN. Vadiagem e mendicância [Internet]. 2010 [cited 2018 Aug 4]. Available from: <http://www.higorjorge.com.br/90/vadiagem-e-medicancia/>
  32. Profissão Repórter - Filhos do crack - Edição de 27/05/2014 PART 01 - YouTube [Internet]. 27/05/2014. 2014 [cited 2018 Aug 4]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=2Y2lmQ-Jd98>
  33. Coutinho L. Os filhos do crack | VEJA.com [Internet]. 21/02/2015. 2015 [cited 2018 Aug 4]. Available from: <https://veja.abril.com.br/saude/os-filhos-do-crack/>
  34. Vieira MC. Filhos do crack: conheça histórias de famílias que adotaram meninos e meninas - CRESCER | Você precisa saber [Internet]. Revista Crescer . 2015 [cited 2018 Aug 4]. Available from: <https://revistacrescer.globo.com/Voce-precisa-saber/noticia/2015/09/filhos-do-crack-conheca-historias-de-familias-que-adotaram-meninos-e-meninas.html>
  35. Oliveira LF. A Construção das &quot;Populações-Alvo&quot; nas Políticas Públicas : O caso dos

- moradores de rua de São Carlos. In: Taniele Rui, Gabriel Feltran, editors. *Novas Faces da Vida nas Ruas*. São Carlos: EdUFSCar; 2016. p. 67–88.
36. Foucault M. *Em Defesa da Sociedade*. São Paulo : Martins Fontes ; 1999.
  37. Melo T. Da Rua Para a Rua: novas configurações políticas a partir do Movimento Nacional da População em Situação de Rua. In: Taniele Rui, Mariana Martinez, Gabriel feltran, editors. *Novas Faces da Vida Nas Ruas*. 1°. São Carlos : EdUFSCar; 2016. p. 45–65.
  38. Amparo Maternal | Maternidade gratuita de São Paulo | História [Internet]. [cited 2018 Aug 9]. Available from: <https://www.amparomaternal.org/historia>
  39. Pestana YOM. As Mulheres e a Rua. *Cad da defensoria Pública do Estado São Paulo*. 2017;2:45–52.
  40. Pinto HA. Manual Sobre o Cuidado Junto à População em Situação de Rua [Internet]. Brasília - DF; 2012 [cited 2018 Aug 5]. Available from: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_cuidado\\_populacao\\_rua.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf)
  41. Silva LIL da. Política Nacional para a População em Situação de Rua [Internet]. Decreto nº 7053. Brasília DF; 2009 [cited 2018 Aug 5]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm)
  42. Escorel S. *Vidas ao Léu: Trajetórias de Exclusão Social*. Fiocruz, editor. Rio de Janeiro; 1999.
  43. Tiene I. *Mulher Moradora na Rua: Entre Vivências e Políticas Sociais*. 1° edição. Campinas SP: Alínea; 2004.
  44. Lancetti A. *Contrafissura e Plasticidade Psíquica*. 1 edição. São Paulo: Hucitec ; 2015.
  45. Fonseca E massard. Políticas de Redução de Danos ao Uso de Drogas: O contexto internacional e uma análise preliminar dos Programas brasileiros [Internet]. Fundação Oswaldo Cruz / ENSP; 2005. Available from: <https://thesis.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/pdf/fonsecaemm.pdf>
  46. A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA A ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS [Internet]. Brasília - DF; 2003 [cited 2018 Aug 5]. Available from: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_atencao\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf)
  47. Henrique Dias Quinderé P, Salette Bessa Jorge M, Batista Franco T. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? [Internet]. [cited 2018 Nov 18]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00253.pdf>
  48. Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília DF; 2010 [cited 2018 Nov 18]. Available from: <http://www.in.gov.br/autenticidade.html>
  49. Onocko-Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2006 May [cited 2018 Nov 19];22(5):1053–62. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000500018&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500018&lng=pt&tlng=pt)
  50. Lancetti A. *Clínica Peripatética*. 10°. São Paulo-SP : Hucitec; 2016.
  51. *Manual Sobre o Cuidado à Saúde Junto a População em Situação de Rua*. Brasília - DF: Ministério da Saúde; 2012.
  52. Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira - Cândido Ferreira [Internet]. [cited 2018 Aug 10].

- Available from: <http://candido.org.br/portal/candido-ferreira/>
53. Caritas Quem Somos e Histórico [Internet]. [cited 2018 Aug 5]. Available from: <http://caritas.org.br/quem-somos-e-historico>
  54. Pedrosa M. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. Rev Bras Med Família e Comunidade [Internet]. 2005 Nov 17 [cited 2018 Aug 1];1(3):72. Available from: <http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/12>
  55. Mandú ENT. Trajetória assistencial no âmbito da saúde reprodutiva e sexual: Brasil, século XX. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2002 Jun [cited 2018 Aug 1];10(3):358–71. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692002000300010&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000300010&lng=pt&tlng=pt)
  56. Mattar LD, Simone C, Diniz G. Hierarquias reprodutivas : Interface. 2012;16:107–20.
  57. Medeiros PF. Políticas da Vida: Entre Saúde e Mulher. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. ; 2008.
  58. Ministério da Saúde B. ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAUDE DA MULHER: BASES DE AÇÃO PROGRAMÁTICA [Internet]. 1984 [cited 2018 Aug 8]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_integral\\_saude\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf)
  59. Osis MJMD. Paim: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 1998 [cited 2018 Aug 1];14(suppl 1):S25–32. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1998000500011&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000500011&lng=pt&tlng=pt)
  60. Damasco MS, Maio MC, Monteiro S. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). Rev Estud Fem [Internet]. 2012 Apr [cited 2018 Aug 1];20(1):133–51. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2012000100008&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2012000100008&lng=pt&tlng=pt)
  61. Programa Humanização do Parto: Humanização no pré natal e nascimento [Internet]. Brasília - DF; 2002 [cited 2018 Aug 8]. Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
  62. Normas Manuais Técnicos Série Direitos Sexuais Direitos Reprodutivos -Caderno nº SA. DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS UMA PRIORIDADE DO GOVERNO BRASÍLIA-DF 2005 [Internet]. 2005 [cited 2018 Aug 8]. Available from: <http://www.saude.gov.br>
  63. Mclaren MA. Foucault, Feminismo e Subjetividade. 1°. Tradução Margareth Rago, editor. São Paulo : Intermeios Casa de artes e Livros; 2016.
  64. Secretaria de Estado da Saúde - Secretaria de Estado da Saúde [Internet]. [cited 2019 Jan 8]. Available from: [http://www.saude.sc.gov.br/?option=com\\_content&view=article&id=2171:sisprenatal-web](http://www.saude.sc.gov.br/?option=com_content&view=article&id=2171:sisprenatal-web)
  65. De quem é este bebê? – Por mais Saúde e menos abrigamentos em BH [Internet]. [cited 2018 Dec 29]. Available from: <https://dequemeestebebe.wordpress.com/>
  66. SUPPORTING PREGNANT AND PARENTING WOMEN WHO USE SUBSTANCES What Communities are Doing to Help [Internet]. [cited 2018 Dec 29]. Available from: [www.canfasd.ca](http://www.canfasd.ca)
  67. Poole N, Greaves L, Wincapaw C, Fadden R, Funders NP, Organizations S. Sheway Project for high-risk pregnant and parenting women [Internet]. 2000 [cited 2018 Dec 29]. Available from: [www.vnhs.net](http://www.vnhs.net)

68. Marcellus L. Harm Reduction and Pregnancy: Best and Promising Practices for Supporting Pregnant Women and New Mothers Who Use Substances [Internet]. 2016 [cited 2018 Dec 29]. Available from: [http://www.perinatalervicesbc.ca/Documents/Education/Conference/2016/Presentations2/D4iii\\_Marcellus.pdf](http://www.perinatalervicesbc.ca/Documents/Education/Conference/2016/Presentations2/D4iii_Marcellus.pdf)
69. Women-Centred Harm Reduction Gendering the National Framework [Internet]. Canada; 2010 [cited 2018 Dec 29]. Available from: [http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2010\\_GenderingNatFrameworkWomencentredHarmReduction.pdf](http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2010_GenderingNatFrameworkWomencentredHarmReduction.pdf)
70. Treatment and Care for Pregnant Women who use Alcohol and/or Other Drugs Background/Evidence [Internet]. [cited 2018 Dec 29]. Available from: <http://www.canfasd.ca/wp-content/uploads/2013/02/ConsensusStatement.pdf>
71. Thurler AL. Em Nome da Mãe - O Nao Reconhecimento Paterno no Brasil. 1°. Florianópolis: Editora Mulheres; 2009.
72. Diniz SG. MATERNIDADE VOLUNTÁRIA, PRAZEROSA E SOCIALMENTE AMPARADA Breve história de uma luta [Internet]. [cited 2018 Dec 9]. Available from: [http://mulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/10/maternidade\\_voluntaria.pdf](http://mulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/10/maternidade_voluntaria.pdf)
73. Guattari F, Rolnik S. Micropolítica. Cartografias do Desejo. Petrópolis : Vozes; 1986.
74. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. Interface - Comun Saúde, Educ [Internet]. 2000 Feb [cited 2018 Nov 28];4(6):109–16. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-3283200000100009&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-3283200000100009&lng=pt&tlng=pt)
75. Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental | Rede Humaniza SUS - O SUS QUE DÁ CERTO [Internet]. Brasília DF; 2011 [cited 2019 Jan 9]. Available from: <http://redehumanizasus.net/90969-guia-pratico-de-matriciamento-em-saude-mental/>
76. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Basica - Atenção ao Pré Natal de Baixo Risco. Brasília - DF; 2012.
77. Merhy EE. Saúde - A cartografia do Trabalho Vivo. 4 Edição. São Paulo : Hucitec ; 2014.
78. Begun S. The Paradox of Homeless Youth Pregnancy: A Review of Challenges and Opportunities. Soc Work Health Care. 2015;54(5).
79. Breen C, Awbery E, Burns L. Supporting pregnant women ho use alcohol or other drugs: a review of the evidence [Internet]. Australia ; 2014 [cited 2018 Dec 29]. Available from: <https://ndarc.med.unsw.edu.au/sites/default/files/ndarc/resources/Supporting Pregnant Women who use Alcohol or Other Drugs - A review of the evidence.pdf>
80. Carvalho LC de. A Disputa de Plano de Cuidado na Atenção Domiciliar. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2009.
81. Merhy E. Saúde - A Cartografia do Trabalho Vivo. quarta edição. São Paulo SP: HUCITEC Editora.; 2014.
82. Foucault M. A Ética do Cuidado de Si como Prática da Liberdade. In: Ditos & Escritos V - Ética, Sexualidade, Política [Internet]. Rio de Janeiro; 2004 [cited 2019 Jan 5]. Available from: [http://escolanomade.org/wp-content/downloads/foucault\\_etica\\_cuidado\\_si.pdf](http://escolanomade.org/wp-content/downloads/foucault_etica_cuidado_si.pdf)
83. Kafka F. Um relatório para uma academia. In: Um Médico Rural. São Paulo: Cia. das Letras; 1999.

84. Merhy EE. Os anormais do desejo, os novos não humanos. Educ Perm Saúde em Mov [Internet]. 2011 [cited 2019 Jan 4]; Available from: <http://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/anormais-do-desejo-os-novos-nao-humanos/view>
85. Diniz D. Nomeação de Damares Alves é expressão perversa da política feita por homens. Revista Marie Claire . 2018 Nov;
86. Conteúdo do Coletivo - Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde [Internet]. [cited 2019 Jan 19]. Available from: <http://mulheres.org.br/conteudo/>
87. Andrezzo HF de A. O desafio do direito à autonomia: uma experiência de Plano de Parto no SUS [Internet]. [São Paulo]: Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo; 2016 [cited 2019 Jan 19]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-07112016-141429/>
88. DPESP/Portal-EDEPE/Portal da EDEPE [Internet]. [cited 2019 Jan 19]. Available from: <https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Default.aspx?idPagina=2825>
89. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HF de A, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. Rev Bras Med Família e Comunidade [Internet]. 2015 Jun 24 [cited 2018 Sep 6];10(35):1. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>
90. Chamada Adoção Compulsória. Revista Saúde em Rede [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 4];Volume 4 Suplemento 1. Available from: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/issue/view/V.4%2C+Suplemento+1/showToc>
91. Diretrizes, Fluxo e Fluxograma para a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 4]. Available from: <https://www.mprs.mp.br/ambiente/doutrina/id377.htm>.
92. Tully G. Belly Mapping Workbook. Maternity House Publishing, editor. Minnessota ; 2009.
93. da Mata JAL, Shimo AKK. A Arte da Pintura do Ventre para a Vinculação Pré-Natal. Rev Cuid. 2018;9 (2):2145–64.
94. Diniz CSG, Niy DY, Andrezzo HF de A, Carvalho PCA, Salgado H de O. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. Interface - Comun Saúde, Educ [Internet]. 2016 Mar [cited 2018 Oct 20];20(56):253–9. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000100253&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000100253&lng=pt&tlng=pt)
95. Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Rev Bras Educ [Internet]. 2002 Apr [cited 2018 Dec 11];(19):20–8. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-24782002000100003&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782002000100003&lng=pt&tlng=pt)
96. Helene D. O MOVIMENTO SOCIAL DAS PROSTITUTAS E O DIREITO À CIDADE PARA AS MULHERES [Internet]. [cited 2018 Aug 3]. Available from: [https://feminismurbana.files.wordpress.com/2017/08/o\\_movimento\\_social\\_das\\_prostitutas\\_e\\_o\\_d.pdf](https://feminismurbana.files.wordpress.com/2017/08/o_movimento_social_das_prostitutas_e_o_d.pdf)
97. Organização Mundial da Saúde, editor. Histórico e Implementação INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA [Internet]. Brasília DF; 2008 [cited 2019 Jan 19]. Available from: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao>

