UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

ARIANE GOIM RIOS

O FIO DE ARIADNE: SOBRE OS LABIRINTOS DE VIDA DE MULHERES GRÁVIDAS USUÁRIAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

CAMPINAS
2017

ARIANE GOIM RIOS

O FIO DE ARIADNE: SOBRE LABIRINTOS DE VIDA DE MULHERES GRÁVIDAS USUÁRIAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

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 de Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

ORIENTADORA: SILVIA MARIA SANTIAGO

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA ARIANE GOIM RIOS E ORIENTADA PELA PROF. DRA. SILVIA MARIA SANTIAGO.

CAMPINAS
2017

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

R479f

Rios, Ariane Goim, 1984-
O fio de Ariadne : sobre os labirintos de vida de mulheres grávidas usuárias de álcool e outras drogas / Ariane Goim Rios. – Campinas, SP : [s.n.], 2017.

Orientador: Silvia Maria Santiago.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Mulheres. 2. Gravidez. 3. Álcool. 4. Drogas. 5. Maternidade. I. Santiago, Silvia Maria,1958-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: The Ariadne's wire : about the mazes of life of pregnant women users of alcohol and other drugs
Palavras-chave em inglês:
Women
Pregnancy
Alcohol
Drugs
Motherhood
Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde
Titulação: Mestra em Saúde Coletiva
Banca examinadora:
Silvia Maria Santiago [Orientador]
Tadeu de Paula Souza
Kathleen Tereza da Cruz
Data de defesa: 23-02-2017
Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

ARIANE GOIM RIOS

ORIENTADOR (A) PROF (A) DRA. SILVIA MARIA SANTIAGO

MEMBROS:

1. PROF. DRA. SILVIA MARIA SANTIAGO

2. PROF. DR. TADEU DE PAULA SOUZA

3. PROF. DRA. KATHLEEN TEREZA DA CRUZ

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 da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 23/02/2017

À minha filha Melissa.

Pelo presente de ser chamada de “mamãe” e por poder chamá-la de “minha filha”. Para que todas nós tenhamos essa possibilidade, se assim desejarmos.

AGRADECIMENTOS

Um trabalho nunca é solitário e sua autoria não é exclusiva. Todos nós somos povoados (as) e constituídos (as) de muitas pessoas que passaram em nossas vidas e deixaram suas marcas e contribuições. E eu me orgulho e sou grata de ter sido tão abençoada nesse quesito. Sou privilegiada pelas pessoas que passaram e que estão no meu caminho. Mas preciso admitir que as mulheres que encontrei em meu caminho são muito especiais pelo exemplo que significam em minha trajetória.

Então, primeiramente agradeço as três mulheres mais importantes que tenho em minha vida: minha avó (Alice de Oliveira Nunes), minha mãe (Gizela Goim Rios) e minha filha (Melissa Rios Milan). Vocês me ensinam todos os dias a ser forte, sem perder a ternura. Essa marca eu carrego comigo e nunca vou esquecê-la. Mãe, obrigada por sempre apoiar incondicionalmente as minhas escolhas em direção à minha independência. Essa marca eu “devo” a você.

Agradeço ao meu pai (Edison Roberto Rios) primeiramente pela forma como demonstra seu amor por mim porque isso me fortaleceu e me trouxe segurança, por ter me ensinado o significado de ter ousadia perante a vida, pelo seu esforço para com a nossa família. Essa marca me constitui.

Ao meu companheiro (Augusto Gomes de Freitas Milan) por seu incentivo, apoio e criticidade. Obrigada por ter trazido a Melissa que coloriu o nosso mundo.

Ao meu irmão (Marlon Goim Rios) por ser exemplo de irreverência, por sempre apostar absurdamente na minha capacidade e me estimular a romper barreiras (que muitas vezes só existiam na minha cabeça). Essa marca me levou para exploração de novos territórios.

A Silvia Maria Santiago, minha orientadora: meu profundo respeito e gratidão pela sua disponibilidade; apoio; compreensão e contribuição que tornou essa jornada menos densa. Obrigada por acreditar em mim, pela sua atitude materna e por compreender o momento que me atravessou durante esse trabalho. Essa marca eu levo comigo. Na minha futura carreira acadêmica, sua imagem está internalizada como um exemplo de como o afeto e o investimento na capacidade do outro extraem o que há de melhor.

Ao Tadeu de Paula Souza, que foi a primeira pessoa que me recebeu e abriu portas na UNICAMP. Obrigada pela recepção e por seguirmos compartilhando

esse caminho. Independente das formalidades, você foi meu co-orientador, e juntamente com a Silvia, constituíram meu porto seguro técnico e emocional.

A Kathleen Tereza da Cruz, ter você em minha defesa foi um presente que abrilhantou o trabalho. Vamos continuar. Ao Bruno Mariani de Azevedo, por ter topado o convite para a qualificação. Suas contribuições foram imprescindíveis para um novo olhar para o trabalho.

Às pessoas mais que especiais: minhas irmãs de vida (Lara Matheus Vohringer Thompson e Lívia Nava Pagnan Spiandorello); " Turma das 7"; Thabata Melissa Biancofiori e Ana Paula Montagnoli: o Itatinga nos uniu (profissionalmente) e nada será capaz de nos separar; Marina Cardoso Cremonesi; Ana Paula Cechetto; Sandra Bueno; Angela Maria Barros; Eliana Marinho; Ana Thomé (sua valentia me inspira); Carina Almeida Barjud (que receptividade e energia sensacional é essa Cá?); Bruno Jaar Karam (muito obrigada pela leitura atenta ao trabalho e apontamentos que capturaram a essência – tenho orgulho do professor universitário que você se tornará).

À Lorena Laiza Santana Veiga Silva, minha dupla de jornada diária, mas acima de tudo minha amiga e "personal acadêmica". Devo a você o empurrão inicial de coragem e autoconfiança para que eu ingressasse no Mestrado e acreditasse na realização desse sonho.

À Patricia Malite Imperato. Por vezes minha irmã, por vezes minha "mãe", por vezes minha parceira de luta social, mas em todas às vezes minha amiga. Você sabe que é um prazer para dividir mais uma existência com você.

Aos colegas de trabalho da Defensoria Pública do Estado de São Paulo (Regional Jundiaí) pelo apoio, retaguarda e reconhecimento da importância deste projeto, afinal a pesquisa e a prática precisam caminhar juntas, principalmente diante do desafio diário que é o nosso contexto de trabalho. Porque precisamos encontrar fontes que nos alimentem nesse compromisso que estabelecemos com a sociedade: de sermos servidores que contribuem com um ideal de Justiça Social. Aos colegas do CAM (Centro de Atendimento Multidisciplinar) e aos integrantes do GT Maternidades: eu tenho um orgulho absurdo de vocês e de compor esse time. Meu muito obrigada também à Rosely Galvão Mota Chaves, Nadia Taffarello Soares, Viviane Oliveira Lourenço, Fabio Jacyntho Sorge e todos colegas da Defensoria Pública.

A todas (os) da Comissão Flores de Lótus, mas em especial a Nadia Grace Anzolin e Ilson Silva Santos, pessoas que encontrei no início desse caminho e que percorreram essa trajetória de desbravar esse labirinto ao meu lado. Vocês são

parceiros e nossas diferenças me trouxeram equilíbrio. Muito obrigada por compartilharem com tanto carinho a nossa “cria”.

A Julia e Denise, mulheres que me assessoram para que a finalização e apresentação deste trabalho fosse possível com mais capricho e organização.

Aos professores (as) que encontrei em meu caminho. Obrigada por contribuírem pelo meu amor eterno à educação. Desde quando chorei porque queria ir à escola com meu irmão mais velho, não sai mais até agora. A “culpa” é de vocês.

A todos as “Flores”, mulheres participantes desse trabalho e as que estão em outros territórios de jardins. Desejo que vocês possam encontrar apoio efetivo e cidadania para que suas escolhas possam ser legitimas.

E por fim, a mim mesma: que não desistiu da realização desse sonho e que não se subjugou frente às adversidades. No final das contas, o fio de Ariadne é sempre um entrelaçamento entre o dentro e o fora.

RESUMO

Trata-se de uma cartografia que objetivou compreender o território existencial de mulheres grávidas usuárias de álcool e outras drogas do município de Jundiaí/SP. Pretendeu-se, ainda, identificar os significados da gestação e da maternidade nessas circunstancias de vida, acesso à rede de serviços e vínculos de apoio por meio da realização de entrevistas semiestruturadas com as gestantes, trabalho em campo e na Comissão Flores de Lótus (rede intersetorial), com construção de narrativas e posterior análise de dados. O estudo verificou que a gestação é um momento de motivação para esta mulher empreender mudanças diante do desejo de maternagem, mas que estas vivenciam inúmeras violências (direta e estrutural) o que impacta na dificuldade de concretizar seus projetos de vida. Além disso, observou-se através dos 65 casos acompanhados pela Comissão Flores de Lótus as seguintes categorias de análise: baixo percentual de desfecho da permanência da mãe como guardiã do bebê; significativo índice de encaminhamento para acolhimento institucional/ programa "família acolhedora"; presença do desejo de maternar/preocupação com a saúde do bebê; desafio do trabalho intersetorial. Nesse sentido, avalia-se que há uma rede intersetorial que está amadurecendo diante dessa nova "demanda". Constatou-se por fim, a necessidade de criação de um serviço de cuidado compartilhado para a mãe o e o bebê, além do desenvolvimento de estratégias intersetoriais que visem a superação da condição prévia da exclusão social, promovendo o empoderamento feminino.

PALAVRAS – CHAVE: Mulher, gravidez, uso de álcool e outras drogas, maternidade.

ABSTRACT

This is a cartography that aims to understand the existential territory of alcohol and drug-dependant pregnant women living in Jundiaí/SP. It also intends to identify what does pregnancy and mothering actually means in this context; how does the access to social services works and their personal support network. The methods used were semi-structured interviews with the women, visits on their homes, on-field work and with Comissão Flores de Lótus (an inter-sectorial network), building narratives and data analysis. The study observed that pregnancy is a motivational event that encourage these women to make changes on their lives, following the mothering desire. But they face countless violences, both direct and structural, which impacts on their difficult to fulfill their life projects. Also, the following analysis categories were observed on the 65 cases accompanied by Comissão Flores de Lótus: low percentage of mothers keeping the baby's custody; significant rates of referrals to institutional reception/ "welcoming family" program; the mothering desire and concerns about baby's health do exist on these mothers; the inter-sectorial work challenge. On the other hand, there is an inter-sectorial social network that is maturing in front of this new "demand". It has been detected, lastly, the need of creating a shared care service for the mother and her child, besides the development of inter-sectorial strategies aiming to overcome the social exclusion previous condition and promote women's empowerment.
KEYWORDS: Woman, pregnancy, alcohol and drug-dependant, motherhood

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - OPERAÇÕES MATEMÁTICAS 20

Tabela 2 - LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO 22

Tabela 3 - OUTRAS PRODUÇÕES 23

Tabela 4 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS 47

Tabela 5 - SOBRE A HISTÓRIA REPRODUTIVA 48

Tabela 6 – LINHA DO TEMPO – DOCUMENTOS E NORMATIVAS 73

LISTA DE GRÁFICOS E FIGURAS

Gráfico 1 - DEMANDAS CAM - QUANTIDADE TOTAL DE CASOS 16

Gráfico 2 - PERCENTUAL - PEDIDO DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA 16

Gráfico 3 - QUANTIDADE DE CASOS ACOMPANHADOS - COMISSÃO FLORES DE LÓTUS 157

Gráfico 4 - DESFECHOS: CASOS ACOMPANHADOS PELA COMISSÃO FLORES DE LÓTUS 158

Gráfico 5 - DESFECHOS – PORCENTAGEM 158

Figura 1 - COMPREENSÃO COMISSÃO FLORES DE LÓTUS 176

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAM	Centro de Atendimento Multidisciplinar
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNA	Cadastro Nacional de Adoção
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CR	Consultório de Rua
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
HU	Hospital Universitário da Faculdade de Medicina de Jundiaí
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
REDECA	Rede da Criança e do Adolescente
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TB	Tuberculose

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO: 15
1.1 Sobre o campo e implicação : 15
2. PERCURSO METODOLÓGICO 25
2.1 Cartografar é preciso 25
2.2 Sobre a análise de dados na cartografia 32
3. PROPOSTA INICIAL DO ESTUDO / OBJETIVO GERAL 35
4. CONSTELAÇÃO DE CONCEITOS TEÓRICOS 36
4.1. Explorando o labirinto: ser mulher e fazer uso de álcool e outras drogas X ser mãe . 36
4.2 A encruzilhada da maternidade ideal: a Biopolítica e a arte de controle dos corpos ... 51
4.3 O duplo parto: sobre fluxos, entrega, destituição do poder familiar, adoção e luto 61
4.4 As políticas, os territórios e as redes 70
5. A PRODUÇÃO DOS DADOS: 94
5.1 Os desencontros 94
5.1.1 “Oceano de incertezas...” 94
5.1.2 Histórias sem rostos e rotas desconhecidas 97
5.1.3 A caça gestante? 100
5.2 Os encontros/ entrevistas 105
5.2.1 Entrevista com Violeta (03 de junho de 2016) 105
5.2.2 Entrevista com Margarida (01 de agosto de 2016) 115
5.2.3 Entrevista com Rosa (26 de julho de 2016) 121
5.2.4 Entrevista com Girassol (13 de setembro de 2016) 125
5.3 Considerações sobre as entrevistas realizadas 130
5.3.1 Sobre as violências 130
5.3.2 Sobre projetos de vida 135
5.4 Rosa: um caso analisador 139
5.5 Sobre a Comissão Flores de Lótus 155
5.5.1 Sobre dados e signficados 156
5.5.2 Desejo de maternar/ preocupação com a saúde do bebê 160
5.5.3 Sobre o desafio da intersetorialidade e integralidade do atendimento 161
5.6 Produção de Vídeo 186
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 187
REFERÊNCIAS: 194
APÊNDICES: 209
ANEXOS 215

1. APRESENTAÇÃO:

1.1 SOBRE O CAMPO E IMPLICAÇÃO:

Inicio esse trabalho com o compromisso de apresentar como cheguei ao tema, ou melhor, como o tema chegou a mim[1]. É condição essencial apresentar esse contexto (campo) e também, minhas questões como mulher e pesquisadora (implicação) para que possamos navegar pela pesquisa (método) de maneira fluida.

O contato com o tema "mulheres grávidas usuárias de álcool ou outras drogas" surgiu em minha atuação como psicóloga da Defensoria Pública do Estado, no município de Jundiaí.

Ingressei como psicóloga na Defensoria Pública em Abril de 2010. Naquela ocasião, não tinha a menor ideia de qual seria o meu campo de trabalho, afinal era um cargo novo, em uma instituição nova para mim. Cheguei à unidade de Jundiaí com muita energia e vontade (a missão da instituição havia me conquistado com seu ideal de Justiça Social). Meu trabalho era no recém-criado Centro de Atendimento Multidisciplinar (CAM) da Defensoria Pública, um órgão auxiliar que visava a assessoria aos Defensores Públicos nas áreas relacionadas às suas atribuições.

Foi interessante esse início. Todos os colegas empossados, cada um em sua cidade, dando forma ao trabalho do psicólogo em uma instituição de acesso à justiça de acordo com a realidade encontrada. E eu digo dando forma, porque não havia referência anterior (a Defensoria do Estado de São Paulo foi a primeira Defensoria do país a abrir concursos para psicólogos e assistentes sociais), apenas uma resolução que nós mesmos havíamos construído de forma bastante democrática em nossa recepção na instituição.

Logo percebi que o tema do abuso de álcool e drogas era uma grande demanda em diversos contextos do município. Na verdade, não posso dizer que foi por acaso, afinal minha percepção para o tema era aguçada, pois era um assunto do meu interesse e que já fazia parte da minha realidade profissional em trabalhos

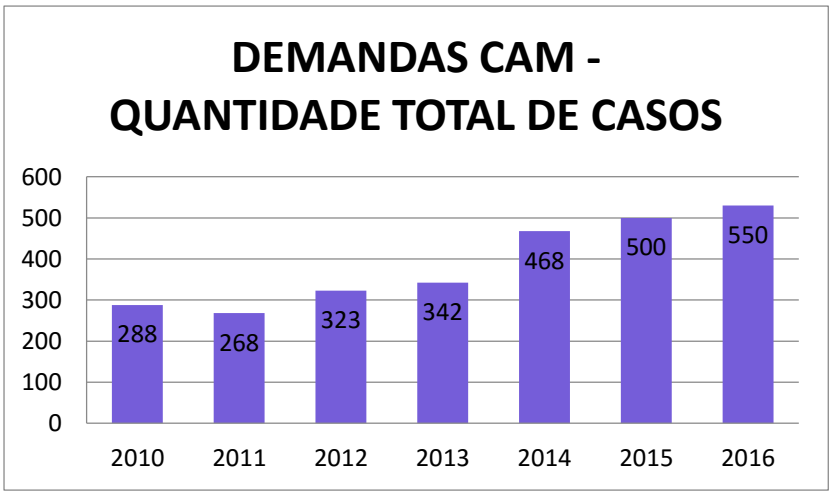
[1] Utilizarei em alguns momentos o verbo na primeira pessoa do singular na perspectiva do ethos cartográfico, metodologia que será aprofundada no próximo item deste trabalho. O objetivo é posicionar o leitor (a) sobre a minha implicação como pesquisadora e trabalhadora, bem como frisar que o trabalho científico não é anônimo ou impessoal.

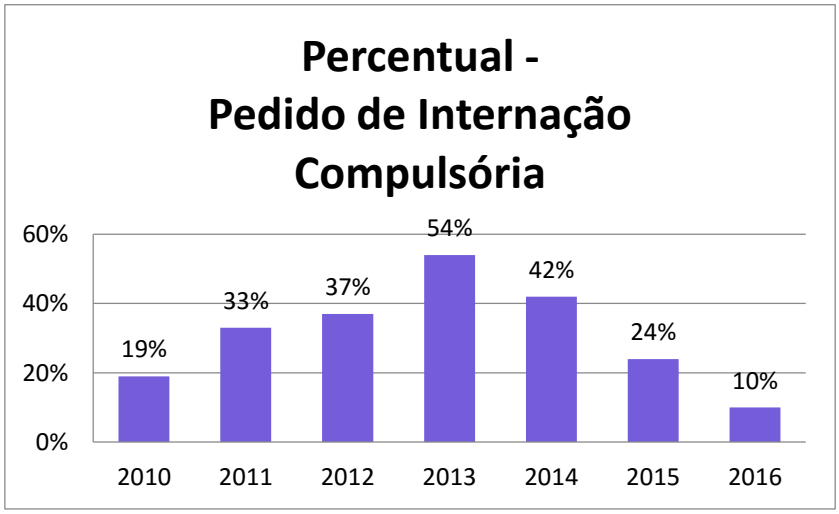
anteriores (já havia atuado em psicoterapia individual e de grupo em uma “clínica de recuperação” e também como psicóloga na Fundação Casa).

O tema “abuso de álcool e outras drogas’’ aparecia de forma recorrente nos atendimentos realizados na triagem da instituição, onde recebíamos familiares que solicitavam tratamento compulsório aos seus parentes usuários de álcool e outras drogas.

Para se ter uma ideia da dimensão dessa demanda na instituição na cidade de Jundiaí, abaixo apresentamos os gráficos 1 e 2.

O gráfico 1 apresenta o número total de casos encaminhados ao setor de 2010 a 2016 (todas as demandas, inclusive pedidos de internação compulsória para dependência de álcool e outras drogas). O gráfico 2 apresenta a porcentagem dos pedidos de internação compulsória encaminhados ao CAM em relação ao número total de casos. Verifica-se, portanto, que se tratava de uma demanda bastante expressiva.





Cumpre esclarecer que o CAM tem atuação pré-processual, exatamente no sentido de evitar a judicialização das demandas de saúde, com objetivo de vincular a família e o usuário (a) aos serviços da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) portanto, esses números não refletem a judicialização e sim um sucinto diagnóstico dessa demanda na instituição.

Também, na área Criminal pudemos observar o crescimento das prisões de usuários (as) pelo suposto crime de tráfico de drogas. Nesse sentido é importante ponderar sobre o fenômeno da criminalização da pobreza que atravessa a Justiça Criminal.

Sobre esse panorama da "seletividade" do sistema carcerário, temos alguns dados de uma denúncia realizada pela Pastoral Carcerária e outros movimentos sobre quem são as pessoas presas no Brasil e quais são os crimes que cometeram(1)[2]:

> "Como se sabe, o Brasil ostenta o nada honroso terceiro lugar no ranking dos países com maior população carcerária no mundo (atrás apenas de Estados Unidos e China), com mais de 700 mil pessoas presas. **Entre 1992 e 2012, a população carcerária brasileira saltou de 114 mil para aproximadamente 550 mil pessoas presas: recrudescimento de 380% (DEPEN). No mesmo intervalo de tempo, a população brasileira cresceu 30% (IBGE).** Ao caráter massivo do encarceramento no Brasil soma-se o **caráter seletivo do sistema penal**, expresso na discriminação de bens protegidos e de pessoas alvejadas: de um lado, apesar das centenas de tipos penais constantes da legislação, **cerca de 80% da população prisional está presa por crimes contra o patrimônio[3] (e congêneres) ou pequeno tráfico de drogas**[4]; de outro, apesar da multiplicidade étnica e social da população brasileira, **as pessoas submetidas ao sistema prisional têm quase sempre a mesma cor e provêm da mesma classe social e territórios daquelas submetidas, historicamente, às margens do processo civilizatório brasileiro:** são pessoas jovens, pobres, periféricas e pretas. A seletividade penal tem ainda outro viés, mais grave e violento: **a criminalização das mulheres**[5]. Apesar

[2]Ver mais em: <http://carceraria.org.br/wp-content/uploads/2014/08/agendaContraEncarceramento.pdf>. Acessado em: 28. Nov. 2016.

[3] De acordo com artigo feito por Sakamato, intitulado "Furtos de valor insignificante: Não gostamos de Justiça, mas de vingança".

[4] De acordo com a reportagem intitulada "Homem é condenado a quase 6 anos pelo suposto tráfico de 3g de drogas". Não existe insignificância no tráfico de drogas. Nem quando se trata de 0,18 centigramas de crack e 2,96 gramas de maconha. Ver mais em: <http://justificando.com/2016/02/11/homem-e-condenado-a-quase-6-anos-pelo-suposto-trafico-de-3g-de-drogas/>. Acesso em: 26. Maio. 2016.

[5] Dentro do sistema penitenciário, as mulheres sofrem de um abandono progressivo, por conta de

> de o número de mulheres presas corresponder a cerca de 8% do total da população carcerária, sabe-se que, **nos últimos dez anos, houve aumento de cerca de 260% de mulheres presas**[6] **contra aumento de aproximadamente 105% de homens presos".**

Mais recentemente, tivemos o levantamento nacional de informações penitenciárias do Ministério da Justiça, que, pela primeira vez, aprofunda a análise com o recorte de gênero. A população carcerária feminina subiu de 5.601 para 37.380 detentas entre 2000 e 2014, um crescimento de 567% em 15 anos. A maioria dos casos é por tráfico de drogas, motivo de 68% das prisões. [7]

Portanto, além do crescente encarceramento feminino observado também no âmbito da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, regional Jundiaí, na área da Justiça da Infância e Juventude também observávamos o tema do crescimento do acolhimento institucional de crianças e adolescentes e aqui mais especificamente, de bebês oriundos da maternidade.

Nesse sentido, cabe esclarecer que as Audiências Concentradas[8] da Vara da Infância e Juventude que começaram em 2011 no município de Jundiaí, também tinham como tema recorrente (abuso de drogas por mulheres grávidas resultando em acolhimento institucional dos bebês).

---

crenças sobre o papel apropriado das mulheres e suas responsabilidades. A transição de mulher-mãe para mulher-criminosa carrega penalização social e abandono, que são reproduzidos por juízas e juízes, familiares e também pelo corpo de funcionários e dirigentes das prisões. Ver mais em: <http://ittc.org.br/mulheres-e-trafico-de-drogas-uma-sentenca-tripla-parte-ii/>. Acesso em: 28. Maio. 2016.

[6] De acordo com a matéria intitulada "Mulheres Encarceradas": das 38 mil mulheres encarceradas no Brasil, a maior parte está presa por crimes não violentos, especialmente o tráfico de entorpecentes, na proporção de 68%. No crime de tráfico, as mulheres exercem papéis menos relevantes. São as pequenas vendedoras, as que realizam transporte de pouca quantidade de drogas. Nesse contexto, são as mais vulneráveis e o envolvimento delas na criminalidade relaciona-se com a sobrevivência, com a necessidade de manter o mínimo de subsistência para si e a família. Às vezes, como atividade única e às vezes para complementar a renda. A maioria das mulheres presas é chefe de família, pobre, com filhos pequenos, muitas são vítimas de violência doméstica. E a cada três mulheres presas, duas são negras. Ver mais em: <http://www.ecobrasilia.com.br/2016/03/09/artigo-mulheres-encarceradas/>. Acesso em: 26. Maio. 2016.

[7] http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/80853-populacao-carceraria-feminina-aumentou-567-em-15-anos-no-brasil

[8] A recomendação da Corregedoria Nacional de Justiça inserida na Instrução Normativa nº 02, de 30 de junho de 2010 previu a realização de audiências concentradas, nas quais o magistrado se vale de equipe interprofissional para realizar levantamento da situação das crianças e adolescentes inseridos em medida protetiva de acolhimento. Para instrumentalizar essa reavaliação periódica, a Coordenadoria da Infância e Juventude do Tribunal de Justiça havia determinado que as Comarcas deveriam realizar no mínimo semestralmente as Audiências Concentradas.

Dentre todos esses contextos que tive contato na vivência institucional da Defensoria Pública, vou destacar aqui a minha participação nas “Audiências Concentradas na Vara da Infância e Juventude”, pois elas foram fundamentais para o meu interesse na temática ‘’mulheres grávidas usuárias de álcool e outras drogas’’ e criação da Comissão Flores de Lótus[9].

As audiências concentradas são precedidas por uma reunião de discussão de casos com os serviços de acolhimento institucional e a rede que nestes casos atuam. Enquanto representante do CAM da Defensoria Pública, iniciei minha participação nesse espaço, em que ficou evidente que a justificativa para o acolhimento institucional de crianças (inclusive bebês) e adolescentes naquela ocasião, era quase sempre “o uso de drogas da mãe ou dos pais“ e a ausência de família extensa disponível para proteção à criança.

Nessa mesma época, outro movimento ocorria no município, com a reorganização de alguns fluxos do trabalho em rede. Verificou-se nesses fluxos, que muitas vezes, a rede só ia ter conhecimento ou acesso a essa gestante usuária de drogas no momento do nascimento da criança. Como era de se imaginar, apenas os poucos dias de internação na maternidade eram um período de tempo muito curto para trabalhar com a puérpera e a família extensa no sentido de evitar a separação mãe-bebê e a vinculação dessa mulher ao cuidado para a questão álcool e drogas.

Ainda nessa ocasião, o Comitê Municipal de Mortalidade Materna e Infantil divulgou alguns resultados que também apontavam como causa associada de mortes que eles investigavam, o uso de álcool e drogas, apesar de Jundiaí ter reduzido o índice de morbimortalidade infantil e materna de maneira geral.

O incômodo estava instalado em mim: urgia a necessidade de um trabalho mais estruturado durante a gestação e oferta de cuidado para esta mulher que a rede não alcançava e evidentemente, para o bebê.

Na verdade, eu sinceramente não posso dizer que o campo já estava delineado com essa conjunção (Mulher + Gravidez + Álcool/Droga = necessidade de cuidado).

---

[9] A Comissão Flores de Lótus é uma rede articulada pela Defensoria Pública que tem como objetivo constituir espaço intersetorial de reflexão e intervenção sobre a especificidade da temática (gestantes usuárias de álcool e outras drogas e seus filhos recém-nascidos) com vistas a apoiar e fortalecer as Políticas Públicas do município, oferecendo subsídios para a organização da rede de atendimento, fluxos intersetoriais e discussão dos casos. Possui trabalho no município de Jundiaí desde 2013, mantém reuniões quinzenais e atualmente conta com a representação de 17 serviços do município.

Essa pesquisa nasceu fruto da criação dessa “equação complexa”, uma vez que, de uma maneira geral, o que eu estava assistindo eram outras operações matemáticas (Tabela 1) que estavam me incomodando muito, como exemplos:

Mulher + Gravidez+ Álcool/Drogas = Desassistência/Desamparo
Mulher + Gravidez+ Álcool/Drogas = Preconceito, Discriminação e Violência
Mulher + Gravidez + Álcool/Drogas = Judicialização/Acolhimento Institucional do bebê/ “gravidez de repetição”.
Mulher + Gravidez + Álcool/Drogas = Complicações na saúde da mulher e neonatais / Morte materna e infantil
Mulher + Gravidez + Álcool/Drogas = Desaparecimento da mulher

Portanto, quando tive a oportunidade (em 2012), levei essa discussão para a REDECA (Rede da Criança e do Adolescente) e formou-se uma Comissão que tinha por objetivo pensar essa temática. Eu me lembro como se fosse hoje: a reunião estava cheia, tínhamos aproximadamente 30 participantes. Mas só 3 se interessaram em compor este trabalho.

Por uma questão de meu afastamento do trabalho por motivo de doença, somente no final de 2013, esse pequeno grupo começou a se reunir e inicialmente a ideia foi estruturar um fluxo, uma referência para esse trajeto do cuidado intersetorial, que foi elaborado. Mas, posteriormente, verificamos que os casos têm “vida própria” e as rotas percorridas são bastante diversificadas, portanto, definimos apenas referências básicas para o atendimento, mas não fixamos um fluxo naquele momento. Posteriormente, o trabalho da Comissão amadureceu esse aspecto, ao qual será tratado na esfera no item de “*produção de dados*”.

Mas nesse início éramos pouquíssimos. Nossas reuniões tinham 4 ou 5 pessoas. Eu, Defensora Pública da Infância e Juventude, uma profissional do CAPSad, um do Consultório de Rua e uma do CREAS. Resolvemos pesquisar o tema, visitamos alguns locais de referência no Estado de São Paulo e conhecemos experiências de outros municípios, em um movimento de compreensão de outros territórios, para construirmos alguma referência interna do trabalho que estava por vir, mas que já nos desafiava.

Optamos por organizar um evento de sensibilização para o tema e ampliar o debate para a rede: “A maternidade como possibilidade de transformação da mulher usuária de álcool e outras drogas: do vínculo ao trabalho em rede”. 200 pessoas

estiveram presentes, com a presença inclusive de mulheres que estavam em acompanhamento no CAPSad.

O assunto estava posto para a rede. A organização do evento contou com uma exposição fotográfica com mulheres que estavam em tratamento no CAPSad, com seus filhos. Foi uma forma artística de demonstrar a força para além das dificuldades enfrentadas e o necessário empoderamento, para além das visões estigmatizadas. No final do evento, convidamos os presentes interessados a conhecer/compor essa Comissão, que posteriormente veio a ser batizada com o nome "Comissão Flores de Lótus". Assim, essa rede foi gestada e a partir de então o grupo ampliou-se.

A Defensoria Pública foi o órgão articulador desta Comissão e as reuniões ainda hoje são realizadas quinzenalmente na instituição. A Comissão é composta por representantes dos diversos setores do município a saber: Defensoria Pública; equipe técnica do Tribunal de Justiça; CAPSIII, CAPSad III; CAPS infanto-juvenil; Consultório de Rua; Ambulatório de Moléstias Infecciosas; equipe técnica da Maternidade Pública de referência do município/Hospital Universitário; Ambulatório de Saúde da Mulher; Coordenação de Saúde Mental; CREAS; CREAS POP; Conselho Tutelar; NASF; Referência em Saúde da Mulher; Representante Rede Cegonha e Programa Crack É Possível Vencer.

A Comissão Flores de Lótus tem como objetivo constituir espaço intersetorial de reflexão e intervenção sobre a especificidade da temática com vistas a apoiar e fortalecer as Políticas Públicas do município, oferecendo subsídios para a organização da rede de atendimento; fluxos intersetoriais e discussão dos casos.

Também é preciso dizer que em 2014 eu comecei a cursar disciplina como aluna especial no Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas (Tópicos de Pesquisa em Saúde Coletiva) e ouso dizer que esse foi um "divisor de águas" em minha vida, onde eu pude contemplar novos horizontes, com novas correntes teóricas que desestabilizaram meus conceitos até então sólidos e me colocaram em uma nova perspectiva de pesquisa que foi a apresentação da cartografia. Além disso, já mobilizada pelo assunto, comecei a efetuar um levantamento bibliográfico e dessa forma pude observar que era um tema que estava começando a ser pesquisado mais recentemente (nos últimos anos) e mais raramente na perspectiva que eu pretendia abordar (pouquíssimos estudos considerando a

perspectiva da usuária - entrevista com as mulheres grávidas usuárias de álcool e outras drogas), e, portanto, de suma importância diante do cenário vivenciado.

A tabela 2 apresenta as dissertações e teses encontradas com a busca das seguintes palavras chaves no BDTD (Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações): gestação/gravidez + drogas/substâncias psicoativas. Dos resultados encontrados, apenas 4 utilizaram metodologia com abordagem direta com as mulheres e três delas restritas ao ambiente de internação hospitalar para essa abordagem:

Título do Trabalho	Data da publicação	Universidade	Autoria
Histórias de Vida de Mulheres usuárias de crack	2013	Doutorado - Enfermagem - UFRGS	Adriana Fertig
O cotidiano de gestantes usuárias de crack	2013	Mestrado - UFRGS - Enfermagem	Ana Carolina Lacerda Scheibler Kuyava
Eu não sou nenhuma filha da mãe: trajetória de uma gestante usuária de crack no serviço de saúde	2015	Mestrado - Saúde Coletiva - UNIFOR (Universidade de Fortaleza)	July Grassiely de Oliveira Branco
Redes de Atenção à Saúde para gestantes usuárias de álcool e outras drogas	2016	Doutorado - UNESP - Saúde Coletiva	Maria Rodrigues Baldinjh Dal Pogetto

Além destas, encontramos um trabalho de conclusão de curso da Graduação de Enfermagem da UFRGS, intitulado *"A experiência da gestação na perspectiva de gestantes usuárias de crack internadas em uma unidade psiquiátrica de um Hospital Geral",* autoria de Jéssica Consoni Abruzzigas.

Ainda destacamos a existência de outras produções (Tabela 3) encontradas que foram utilizadas no sentido da contribuição e pertinência temática com a presente dissertação, entretanto, apresentaram outras metodologias (abordagem com profissionais da rede; levantamento bibliográfico; estudo epidemiológico, entre outros) e outras perspectivas (pesquisas realizadas na perspectiva da maternidade ou de gênero, por exemplo, mas não na particularidade da fase da gestação), conforme tabela abaixo (Tabela 3). É importante também salientar que os trabalhos com ênfase nas consequências da exposição às drogas à mulher e o neonato não foram selecionados por não ser o foco do presente trabalho.

Título do Trabalho	Data da publicação	Universidade	Autoria
Tabaco, álcool e outras drogas na gestação: correlação com vulnerabilidade social no município de Jundiaí	2017	Mestrado em Ciências da Saúde (FMJ- Faculdade de Medicina de Jundiaí)	Mariana Nani
Resistência a profilaxia materna: a deslegitimização do uso de drogas como fundamento para a separação de mães e filhos na maternidade	2016	Pós-Graduação - Psicossociologia da Juventude e Políticas Públicas - FESPSP	Peter Gabriel Molinari Schweikert
A economia moral na atenção a gestantes que usam crack: análise das práticas cotidianas de cuidado	2016	Mestrado - UFRGS – Psicologia	Fernanda dos Santos Macedo
Mulheres no contexto da rua: a questão do gênero, uso de drogas e a violência	2016	Mestrado - Universidade Federal de Goias (UFGO) - Faculdade de Educação - Pós em Psicologia	Mayk Diego Gomes da Glória Machado
Gestantes envolvidas com álcool e outras drogas: estudo epidemiológico sobre suas vulnerabilidades	2015	Mestrado - UFBA – Enfermagem	Priscilla Nunes Porto
Detecção e seguimento de gestantes usuárias de drogas psicoativas	2015	Mestrado - UNICAMP - Faculdade de Ciências Médicas (Saúde Mental)	Eliza Maria Tamashiro
Nas mãos: a criança e o cachimbo. As experiências de maternidade das mulheres usuárias de crack	2015	Mestrado - Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Psicologia	Shirleidy Mirelli da Costa Freitas
Onde estão as mulheres: a homogeneização da atenção à saúde da mulher que faz uso de drogas	2015	Mestrado - UFRGS - Serviço Social	Liana de Menezes Bolzan
Vivências sexuais de mulheres jovens usuárias de crack	2014	Mestrado - Universidade Federal do Pernambuco (UFPE) - Psicologia	Cibele Maria Duarte de Aguiar
Uma luz na voz do invisível: a experiência de ser mãe para usuárias de crack	2014	Mestrado - Universidade Católica de Pernambuco – Psicologia	Maria do Socorro Furtado Bastos
Repercussões do envolvimento com drogas para a saúde de mulheres atendidas em um CAPSad de Salvador/BA	2013	Mestrado - UFBA – Enfermagem	Marcia Rebeca Rocha de Souza
Dimensões subjetivas de mães adolescentes em contexto de vulnerabilidade social	2013	Mestrado - PUC Goiás – Psicologia	Julio Cesar Alves
(Re) construindo laços e projetos: mulheres usuárias de crack, relações familiares e vulnerabilidades	2013	Mestrado - Universidade Católica de Salvador (UCSAL) - Família na Sociedade Contemporânea	Marcelo de Freitas Gimba
Avaliação da eficácia de intervenções breves com gestantes na redução do consumo de álcool	2012	Doutorado - USP – Medicina	Poliana Patricio Aliane
Vivencias de mulheres que consomem crack	2012	Mestrado -Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) – Enfermagem	Vania Dias Cruz
Padrão de consumo de álcool em gestantes atendidas em um hospital público universitário	2011	Mestrado - Universidade Federal de Uberlândia (UFU) - Medicina	Líbera Helena Ribeiro Fagundes de Souza
O sub-relato e fatores correlacionados ao uso de cocaína e maconha no terceiro trimestre de gestação em adolescentes grávidas.	2010	Doutorado - UNIFESP - Escola Paulista de Medicina (Psiquiatria)	Marco Antonio do Socorro Marques Ribeiro Bessa

A dependência química em mulheres: figurações de um sintoma partilhado	2010	Doutorado - USP – Psicologia	Katia Varela Gomes
Violência intrafamiliar realizada por mães agressoras usuárias de álcool e drogas	2010	Mestrado - USP-Enfermagem	Daniela Borges Bittar
Mulheres e Drogas: O que a família tem com isso? Argumentos do Discurso Contemporâneo	2007	Doutorado - PUCRS – Psicologia	Rogério Lessa Horta
Contextos de vida e as vivências da maternidade de adolescentes em situação de rua. Aspectos sociais e psicológicos	2006	Doutorado - UNIFESP - Escola Paulista de Medicina (Psiquiatria)	Anne Lise Sandoval Silveira Scappatica
Desenvolvimento e validação de instrumento para rastreamento do uso nocivo de álcool durante a gravidez (T-ACE)	2002	Mestrado - USP - Medicina (Saúde na Comunidade)	Carlos Eduardo Fabbri

Superada a contextualização inicial, fica evidente que minha implicação com o tema se iniciou na vida profissional, mas muitos outros temas transitaram pela minha atuação na Defensoria, e não me mobilizaram desta maneira. Essa breve explanação inicial não dá conta de explicar (e nem é essa a minha pretensão) a ressonância potente e inquietante, que me mobilizou para a construção dessa pesquisa.

É somente no campo dos afetos que podemos apreender o significado dessa experiência desafiadora e que em tantos momentos, me desterritorializou, quando me apresentou e me levou "*por mares nunca dantes navegados",* em novos territórios existenciais, inclusive tendo eu sido uma gestante e mãe da Melissa (atualmente com 1 ano) durante a realização do Mestrado.

E não me resta dúvidas que foram os dois anos mais intensos da minha vida. A experiência visceral da maternidade que me atravessou durante a pesquisa trouxe à tona muitas reflexões e emoções que compartilho nas narrativas e na análise deste trabalho.

Naveguemos juntos pelo percurso da pesquisa para esclarecer como essa dissertação foi construída, tendo em vista que a proposta da cartografia é uma inversão na lógica tradicional do método, ou seja: "não mais um caminhar para metas prefixadas (metá-hódos), mas o primado do caminhar que traça no percurso as suas metas (hódos-metá). "

2. PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 Cartografar é preciso

Tradicionalmente as metodologias das pesquisas se dividem entre quantitativas e qualitativas. Mas, sabemos da ampla variedade que hoje compõe as investigações qualitativas e correntes teóricas diferenciadas de referências dos pesquisadores qualitativos. Portanto, já não é mais possível pensar em uma prática de pesquisa qualitativa uniforme.

As diferenças positivistas, pós-positivistas e pós estruturais definem os diferentes discursos construídos no universo das pesquisas qualitativas (2).

Mas possivelmente já foi constatado pelo leitor até aqui que a minha implicação com esse campo estava dada, ou seja, não caberia outro "método de pesquisa" que não comportasse essa participação ativa, esse "jeito de navegar" que "mergulha" nos territórios, que se implica afetivamente e politicamente.

Portanto, nesse momento da minha vida, eu considero que eu tive um encontro muito fecundo com a cartografia (ainda na disciplina como aluna especial) pois eu tinha uma "encomenda de pesquisa" e a cartografia me possibilitava a realização desta, de uma maneira que fazia sentido para mim, que eu me identificava e que me mantinha motivada por se tratar de um "método" mais inventivo, engajado e aberto para uma construção mais coletiva do trabalho. Mas, mais que isso: era uma ideia que superava a definição de um método e me falava sobre um *ethos* de pesquisa.

Mas que desafio descrever sobre algo tão múltiplo, afinal: *"o método cartográfico se apresenta como uma forma fluida, cujo contorno figural é apenas suficiente para certo reconhecimento e distinção em relação a outras concepções de pesquisa, mas insuficiente para incluí-lo entre as formas fechadas dos modelos metodológicos orientados pelos pressupostos da representação" (3).*

Diante desse desafio, fui buscar as origens. A cartografia foi trabalhada pelo filósofo francês Gilles Deleuze:

> "Que se apropria de uma palavra do campo da Geografia – Cartografia - para referir-se ao traçado de mapas processuais de um território existencial. Um território desse tipo é coletivo, porque é relacional; é político, porque envolve interações entre forças; tem a ver com uma ética, porque parte de um conjunto de critérios e referências para existir; e tem a ver com uma estética, porque é através dela que se dá forma a esse conjunto, constituindo um modo de expressão para as relações, uma

> maneira de dar forma ao próprio território existencial. Por isso, pode-se dizer que a cartografia é um estudo das relações de forças que compõem um campo específico de experiências" (4).

Destaco aqui os trechos de "*território existencial" e "relações de forças que compõem um campo de experiências",* porque penso que eles são centrais em uma cartografia, que é uma pesquisa intervenção que pressupõe a habitação de territórios existenciais.

Os territórios são ao mesmo tempo geográficos, subjetivos e sociais (5), ou seja, adota-se uma concepção bastante ampliada e viva deste território. Além disso, capturar esse "jogo de forças" que orbitam as experiências vividas neste território é tarefa do cartógrafo.

Outra característica da cartografia que difere das pesquisas qualitativas mais tradicionais é que se trata de um caminho metodológico que pretende acompanhar processos; portanto não há possibilidade de determinar previamente a totalidade dos procedimentos metodológicos. O cartógrafo segue pistas, referenciais e passos em uma perspectiva processual de todas as etapas e em uma concepção mais dinâmica e contínua, considerando a processualidade de todos os momentos e também na escrita do texto.

> *"*Fazer a afirmação do primado do caminho, e não da meta, faz com que a pesquisa seja, antes de tudo, uma experimentação, um processo em aberto em que operam séries de dobras e desdobras, de inesgotáveis problemas e descobertas. Referimo-nos a uma aposta na experimentação do pensamento e no imprevisível próprio dos processos de produção de subjetividade. Esse movimento torna o método de pesquisa mais próximo do objeto e mais congruente com os movimentos da vida e com as ações em saúde" (2).

Nessa perspectiva, emprega-se o termo "produção de dados", não coleta. Essa mudança é bastante significativa, pois parte-se do referencial que esses dados não estão definidos e prontos, apenas aguardando a coleta. Acredita-se que serão "produzidos" na experiência do pesquisador acompanhando os efeitos (sobre o objeto, o pesquisador e a produção do conhecimento) no próprio percurso da investigação, sendo múltiplas as entradas em uma cartografia.

Cabe informar também, que inicialmente o trabalho previa a técnica de "observação participante" (nos territórios, serviços da rede e Comissão Flores de Lótus). Entretanto, ao longo do trajeto verificou-se que a implicação que existiu em

toda a pesquisa extrapolava esse conceito, uma vez que ao mesmo tempo em que cartografava, eu ocupava um papel de trabalhadora em uma instituição que atua na temática, além de minhas convicções e motivações pessoais. Portanto, não foi possível classificar esse "estar" no campo e na rede como "observação participante".

Nessa cartografia as "entradas" eleitas foram diversas, a saber: as entrevistas semiestruturadas com as gestantes, que neste trabalho chamamos de "encontros"; trabalho em campo/território; contato com serviços da rede de atendimento e participação na Comissão Flores de Lótus com posterior construção de narrativas dessas experiências e criação de analisadores.

Nessas idas ao campo (território de uso e serviços da rede) utilizei do diário de bordo como forma de registro tanto para as anotações objetivas, quanto subjetivas (do plano de forças e afetos), que trata da experiência do cartógrafo. Posteriormente, foram construídas narrativas dessas experiências (apresentadas no capítulo 5).

Sobre as narrativas, vale destacar que elas ocupam uma posição central neste trabalho. De maneira geral o trabalho da pesquisa implica sempre em narrativas. Os dados que são produzidos a partir de diferentes técnicas indicam maneiras de narrar – "*seja dos participantes ou sujeitos de pesquisa, seja do pesquisador ele mesmo – que apresenta os dados, sua análise e suas conclusões segundo certa posição narrativa"* (6).

> "A escolha desta posição narrativa não pode ser encarada como desarticulada das políticas que estão em jogo: políticas da saúde, políticas de pesquisa, políticas da subjetividade, políticas cógnitas. Toda produção de conhecimento, precisamos dizer de saída, se dá a partir de uma tomada de posição que nos implica politicamente. O conceito de política que trabalhamos pressupõe esse sentido ampliado que não se restringe ao domínio especifico das práticas relativas ao Estado" (6)

Nesse sentido, as narrativas construídas nessa dissertação são atravessadas por esse posicionamento político (em seu sentido mais amplo) da cartógrafa que pressupõe implicação com: SUS e SUAS; Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial; política de redução de danos; defesa dos direitos humanos de forma interdependente (aqui mais claramente referindo-se aos direitos da mulher e do bebê); intersetorialidade e recusa consciente em narrar a droga como protagonista dessa história. Nas narrativas utilizamos o nome de flores para se referir às participantes para manter o sigilo das identidades, conforme estabelecido no TCLE.

É importante esclarecer que a minha jornada na pesquisa começou pelo campo em parceria com Consultório de Rua de Jundiaí. Foi um início com muito desejo de habitar esse território e conhecer essas "histórias sem rosto", afinal, apesar de acompanhar muitos desses casos através da Comissão Flores de Lótus e pelo meu trabalho na Defensoria, essas mulheres dificilmente chegavam até mim e eu tinha como objetivo conhecer/ouvir/dar voz a essas de quem tanto falávamos, mas que pouco acessávamos e ouvíamos.

O acompanhamento junto ao Consultório de Rua (CR) permitiu uma aproximação do território real, vivo. Habitar os territórios existenciais dos usuários de drogas em situação de rua conferiu ao trabalho uma perspectiva mais etnográfica. Afinal, *"habitar o território de fora das instituições implicava em constituir um ponto de vista sintonizado com os territórios existenciais dos usuários de drogas" (7).*

Mas o que quero aqui antecipar antes da análise mais detalhada dessa experiência é que foi imprescindível essa "exploração dos territórios de uso" acompanhada da equipe do CR. Conforme consta nas narrativas, esse trabalho de campo mostrou o quanto essas mulheres se "escondem" das redes institucionais nesses territórios, a dificuldade de acessá-las, a necessária construção do vínculo artesanal de confiança e essa percepção do campo foi primordial para o trabalho junto a essas mulheres e, mesmo, a posterior abordagem para as conversas/entrevistas que fazem parte desta cartografia.

Também, me sinto obrigada a fazer outra ressalva neste item método quando falamos em "entrevista semiestruturada" dentro de uma cartografia.

Ainda na fase do projeto de pesquisa, foi elaborado um roteiro com alguns itens a serem abordados que foi confeccionado (anexo). Entretanto, desde antemão, sabíamos que esse "roteiro" seria apenas uma referência, considerando o "modus operandi" da cartografia e contexto peculiar da pesquisa. Talvez esse roteiro representasse naquele momento um instrumento de segurança/um norte/ para um coração que dava início a um percurso insuficientemente conhecido.

Com o aprofundamento na cartografia, compreendeu-se que o fazer cartográfico deve permear todo o processo de pesquisa, portanto, mais importante que elencar questões seria o jeito de gerir esses encontros sem fugir do objetivo principal da cartografia que é "pesquisar a experiência". Ou seja, não fazia sentido na cartografia seguir um roteiro como um repórter ou jornalista em busca de uma resposta e perder a experiência do que estava sendo vivido. E o que estava sendo vivido

representava uma riqueza muito grande em termos de experiências e variedade de estratégias de sobrevivência no território e de aprofundamento de conhecimento e muitas vezes fui surpreendida no navegar de um oceano que julgava razoavelmente conhecido.

Nesse sentido, alguns encontros constam nessa dissertação como "desencontros", mas nem por isso deixaram de contribuir para o trabalho a exemplo da narrativa em que relato minha primeira experiência/tentativa de entrevista com uma usuária do CAPSad.

Totalizamos 4 entrevistas realizadas em diferentes contextos do campo (uma realizada no território de uso "Rosa"; outra realizada no ambiente hospitalar/maternidade "Margarida"; outra com uma adolescente no CAPSad "Girassol" e outra na residência "Violeta") e construímos as narrativas das conversas/entrevistas com essas quatro mulheres que se encontram no item "produção de dados" desse trabalho.

Pontuamos ainda na fase do projeto de pesquisa que as entrevistas poderiam ser excepcionalmente gravadas, mas não como regra, uma vez que a abordagem no campo com as gestantes não condiz com essa formalidade e essa ação poderia suscitar a emergência de mecanismos de defesa.

Segundo definimos no TCLE, "*as gravações poderiam ser realizadas sempre que se considerasse que o vínculo de confiança foi estabelecido e o ambiente permitisse, sem prejuízos para a espontaneidade do discurso e com prévia autorização das mesmas*". Entretanto, a experiência nos mostrou que a proposição da gravação não foi adequada no setting e no contexto que habitamos. Portanto, esses encontros foram narrados pela cartógrafa.

Realizar entrevistas numa proposta cartográfica significa ter um *''manejo cartográfico da entrevista"* e há três pistas da entrevista numa visão cartográfica:

> *"***A afirmação de que a realidade a ser investigada é composta por processos e não só de objetos** (...),a entrevista acompanha o movimento e, mais especificamente, os instantes de ruptura, os momentos de mudança presentes nas falas(...); **o caráter de intervenção da cartografia** (...), como ela pode ser capaz não só de acompanhar processos, como também, por meio de seu caráter performativo, neles intervir, provocando mudanças, catalisando instantes de passagem, esses acontecimentos desruptivos que nos interessam conhecer; **os processos e suas transformações consistem em forças cuja condição de possibilidade e efeitos surgem do plano**

> **coletivo,** indicaremos ser a experiência, presente nesse plano de coengendramento entre pesquisador e campo problemático, o principal objetivo da pesquisa" (8).

Desenvolvendo este manejo cartográfico, numa entrevista há os componentes linguísticos da frase (conteúdo), mas há também, e principalmente, os componentes extralinguísticos (expressão), que diz respeito à entonação, ao ritmo, a velocidade, a expressão corporal e facial. Cabe ao entrevistador uma atuação que possibilite a circularidade entre esses dois planos de linguagem Nesse sentido, define-se o termo *"palavra encarnada*", para se referir a essa fala que porta a experiência, numa linguagem viva (8).

Deve-se realizar um manejo também sobre os pressupostos implícitos, que são as forças que atravessam o plano de organização da realidade no qual vivemos, e no plano do dizer (há uma resposta certa a ser dada?). "*São as palavras de ordem que nos dizem no que acreditar, esperar ou agir"* (9).

Para afastar a manifestação dessas palavras de ordem, deve-se realizar um manejo menos diretivo, em uma condução flexível e aberta, que mais se assemelha a uma conversa, ou diálogo da clínica, do que a pergunta de um repórter ou jornalista. "*Uma conversa não é condicionada por especificidades, ela se faz nos encontros*" (10).

Uma boa analogia que os autores nos trazem desse movimento da entrevista é *"como um surfista que fica na água muito tempo à espreita da onda e quando ela vem, ele chega entre, se insere nas linhas de movimento*" (11). Ou seja, a entrevista começa (acontece de fato) pelo meio, seguindo linhas rizomáticas, buscando quebrar os binarismos.

A entrevista é um momento de "colheita de dados", uma vez que a fala do entrevistador atua, produz e modula o processo de dizer do entrevistado. Em suma, busca-se nesse manejo uma "experiência na fala", ou seja, uma fala que encarne os afetos e as intensidades dos eventos e que não seja distanciada da experiência do sujeito. Priorizou-se uma *experiência da entrevista* e não *uma entrevista sobre uma experiência* (8).

E nesse ponto da "metodologia", gostaria de compartilhar um "diálogo" entre Schopenhauer e Nietzsche ao qual tive acesso em uma apresentação do filósofo Oswaldo Giacoia Jr. no Café Filosófico realizado em 15 de Setembro de 2015, em que ele problematizava a questão "O poder dos afetos". Eu uso o termo "diálogo", porque

foi Schopenhauer quem primeiro se pronunciou sobre esse assunto em uma perspectiva de não valorização dos afetos e em seguida, Nietzsche apresentou seu contra modelo, lhe “respondendo”. E Giacoia (12) nos presenteia com esse encontro filosófico:

> “A fim de vermos que uma apreensão puramente objetiva e, portanto, correta das coisas, só é possível quando as consideramos sem qualquer participação pessoal, ou seja, sob o completo silêncio da vontade, tornemos presente para nós o quanto todo afeto ou toda paixão turva e falsifica o conhecimento; sim, como toda inclinação ou aversão desloca, colore e distorce não apenas o julgamento, mas já a intuição original das coisas” (13).

E a “resposta” de Nietzsche:

> “De agora em diante, senhores filósofos, guardemo-nos bem contra a antiga, perigosa fábula conceitual que estabelece um "puro sujeito do conhecimento, isento de vontade, alheio a dor e ao tempo", guardemo-nos dos tentáculos de conceitos contraditórios como "razão pura", "espiritualidade absoluta", "conhecimento em si"; tudo isso pede que se imagine um olho que não pode absolutamente ser imaginado, um olho voltado para nenhuma direção, no qual as forças ativas e interpretativas, as que fazem com que ver seja ver algo, devem estar imobilizadas, ausentes; exige-se do olho, portanto, algo absurdo e sem sentido. Existe apenas uma visão perspectiva, apenas um "conhecer" perspectivo; e quanto mais afetos permitirmos falar sobre uma coisa, quanto mais olhos, diferentes olhos, soubermos utilizar para essa coisa, tanto mais completo será nosso "conceito" dela, nossa "objetividade". Mas eliminar a vontade inteiramente, suspender os afetos todos sem exceção, supondo que o conseguíssemos: como? — não seria castrar o intelecto? ” (14)

2.2 SOBRE A ANÁLISE DE DADOS NA CARTOGRAFIA

"A análise cartográfica ganha novas perspectivas: ela não busca revelar um sentido, ela multiplica os sentidos possíveis. "
(15).

Seguindo os princípios método cartográfico, não há etapas tão distintas e delimitadas na pesquisa, a análise não é uma etapa a ser realizada apenas no final desta, mas de forma contínua. Compreende-se que essa análise deve ocorrer de forma aberta, ou seja, o pesquisador não deve procurar previamente criar os critérios de análise antes da produção dos dados.

O que mobiliza a análise na cartografia são os problemas. Analisar é um procedimento de multiplicação de sentidos e inaugurador de novos problemas. A cartografia busca problematizar/analisar os atravessamentos que compõem um "campo" de pesquisa, planos de forças e afetos e pressupõe uma atitude de implicação. Portanto, essa análise deve incluir as contradições, os conflitos, os problemas e enigmas encontrados em campo, não excluindo conteúdos que parecem ilógicos. Deve-se abranger as zonas de ambiguidades, sem desprezar nenhuma das faces, seja a objetividade ou subjetividade (15).

Destaca-se ainda que as forças que constituem as relações pesquisador e campo de pesquisa são privilegiadas, indicando-se a coemergência desses polos e colocando-se em discussão as práticas de poder-saber como produtoras de verdades consideradas universais e eternas.

Nesse sentido, temos uma interface de "análise clínica-política".

> *"*Arriscar-se numa experiência de crítica, de análise das formas instituídas nos compromete politicamente. Tal operação e análise implica a desestabilização das formas instituídas e acessa o plano de forças a partir do qual a realidade se constitui, devolvendo-a ao plano de sua produção, que é o plano coletivo, heterogêneo e heterogenético, que experimenta, incessantemente, diferenciação*".* (15)

Toda análise na pesquisa cartográfica é uma análise da implicação. Essa análise se dá pela problematização e participação ativa do cartógrafo em sua intervenção no território. Analisar implica evidenciar, por meio dos analisadores e processos históricos, desnaturalizando-os (16).

> *"*Há de fato, proximidade entre a atitude analítica presente em diferentes abordagens de pesquisa e intervenção, tais como a análise do discurso, a análise institucional, a própria cartografia e também algumas práticas clínicas. A escolha do procedimento vai se definir por uma imersão na experiência de pesquisa e supõe que a análise de implicações já esteja em curso. Sendo assim, o que orienta o desenvolvimento da análise é o próprio problema, que passa por modulações ao longo do processo de pesquisa" (15).

Portanto, a pesquisa cartográfica não apresenta um "padrão metodológico". Não se pode excluir de antemão nenhum procedimento, desde que o emprego destes, esteja associado e conectado aos problemas da pesquisa em um "ethos cartográfico".

Talvez o paradoxo da análise em pesquisa cartográfica seja o acesso a uma objetividade que tende a proliferação de sentidos, em vez de restringir um sentido único (15): *"procura-se reencontrar as conexões, os encontros, os apoios, os bloqueios, os jogos de força etc." (17).*

Sobre esses afetos que circulam, é importante dizer que existem correntes metodológicas que se dispõem a problematizar a relação existente entre pesquisador e o ato de pesquisar. Nesse sentido, a referência institucionalista também foi o farol que iluminou a análise dessa natural zona de interferência entre ambos, a saber, a análise da implicação:

> *"*A necessidade de incluir-se, portanto, no processo investigativo, a subjetividade de quem pesquisa como categoria analítica já se apresenta aí, anunciando as bases do conceito institucionalista de implicação" (18).

A Análise Institucional (AI) questiona o lugar do "pesquisador/especialista" capaz de decifrar uma realidade e manter uma neutralidade quanto ao campo e objeto de estudos. Dentro dessa abordagem, é preciso que se coloque a instituição pesquisa em análise, questionando todo o contexto desta: a encomenda, a demanda e a oferta sob a ótica da transversalidade.

A A.I vai tratar do "intelectual implicado" definido como aquele que:

> *"*analisa as implicações de suas pertenças e referências institucionais, analisando, também, o lugar que ocupa na divisão social do trabalho, da qual é legitimador. Portanto, analisa-se o lugar que se ocupa nas relações sociais em geral e não apenas no âmbito da intervenção que está sendo realizada; os diferentes lugares que se ocupa no cotidiano e em outros locais da vida profissional; em suma, na história" (19).

A análise da implicação é o instrumento por excelência do pesquisador/interventor, que permite pôr em evidência o jogo de interesses e de poder cartografados no campo de investigação. Inicialmente influenciada pelo conceito psicanalítico da contratransferência, a A.I. posteriormente amplia sua abordagem:

> "Se na dinâmica da transferência e da contratransferência é ainda a relação dual que toma o centro da cena marcando a distinção dos lugares do analista e do analisando, com os conceitos de implicação e transversalidade a oposição entre o trans e o contra se dissolve. O campo implicacional tem, então, uma dinâmica de transversalidades que se faz não por decisão, propósito ou vontade de alguém. Interessa à A.I. a dinâmica instituinte que deve ser acessada pela análise das instituições. Todo trabalho de intervenção visa a essa dimensão inconsciente das instituições" (20).

Outro conceito/ferramenta legado pelo movimento institucionalista que também utilizamos na pesquisa é o "analisador".

> "Refere-se a todo dispositivo revelador das contradições de uma época, de um acontecimento, de um momento de grupo e que permita, a partir de uma análise de decomposição do que aparecia até então como uma totalidade homogênea (uma verdade instituída), desvelar o caráter fragmentário, parcial e polifônico de toda realidade" (18).

É por isto que os socioanalistas são categóricos ao afirmar que *"o analisador deve substituir o analista – de qualquer modo, na realidade, é sempre o analisador que dirige a análise..."* (21).

Nesse sentido, compreendi que a minha participação na Comissão Flores de Lótus pôde representar um analisador do ponto de vista da rede que dá vida à política pública, seu jogo de forças, os pontos de tensão, as contradições, os dilemas, os níveis de exigência dos serviços. Ou seja, a Comissão pôde contribuir para a construção de analisadores da rede, no sentido de "cartografia" do território existencial da rede de cuidados intersetoriais de Jundiaí.

E, ainda que indiretamente, algo do território existencial dessas mulheres também pôde ser apreendido pelos casos acompanhados nesse espaço intersetorial, uma vez que suas histórias ali narradas pelos trabalhadores foram balizadoras do trabalho produzido pela Comissão Flores de Lótus e dos serviços que têm a missão de promover o cuidado.

3. PROPOSTA INICIAL DO ESTUDO / OBJETIVO GERAL

Partindo do pressuposto que não é uma diretriz da cartografia definir os objetivos a priori, pois se considera que o percurso metodológico é que vai dando pistas sobre o que deve ser investigado e aprofundado, os objetivos deste trabalho foram construídos a partir da relação com o campo e com o que o território da pesquisa ia acionando.

Mas, em linhas gerais, a proposta inicial do estudo foi **cartografar os territórios existenciais de mulheres grávidas usuárias de álcool e outras drogas, no sentido de compreender o significado da gestação e maternidade vivenciada nesse contexto de vida e acesso aos cuidados de saúde**. Para seguir esse objetivo maior, no decorrer do trabalho, precisamos percorrer outros, tais como:

- Conhecer as ações e a configuração da rede de serviços que contribuem no processo de cuidado de mulheres grávidas usuárias de álcool e outras drogas, delineando os limites e potencialidades desta rede, bem como a qualidade dos vínculos estabelecidos.
- Identificar e discutir as políticas públicas necessárias ao cuidado integral das gestantes usuárias de álcool e drogas e seus filhos recém-nascidos.

4. CONSTELAÇÃO DE CONCEITOS TEÓRICOS

4.1. Explorando o labirinto: ser mulher e fazer uso de álcool e outras drogas X ser mãe

> "A trajetória da heroína **Ariadne**, filha do soberano de Creta, Minos, e de Pasífae, teve início quando ela caiu de amores por Teseu, descendente de Egeu, rei ateniense, e de Etra; o herói logo demonstrou nobreza e firmeza de ânimo. Ela demonstra seu interesse pelo rapaz quando ele se entrega por vontade própria ao Minotauro, ser meio homem, meio touro, que ocupava o labirinto edificado por Dédalos. Ele toma essa decisão ao saber que sua terra natal deveria entregar como tributo a Creta uma cota anual de sete moças e sete homens, os quais seriam oferecidos ao monstro, que era carnívoro.
> A estrutura labiríntica fora criada no Palácio de Cnossos, com vários caminhos enredados, de tal forma que ninguém seria capaz de deixar seu interior depois que houvesse nele entrado. Mas Ariadne, completamente apaixonada, oferece ao seu amado, que também parece amá-la, uma espada para ajudá-lo a lutar contra o monstro, e o famoso **fio de Ariadne**, que o guiaria de volta ao exterior" (22).

O grande desafio desse capítulo é apresentar o "jogo de forças" presente nesse labirinto que o campo "mulheres grávidas em uso de álcool e outras drogas" nos propõe. Assim, com todas essas "conjunções e sobreposição de temas".

O fato é que com o aprofundamento teórico, experiência em campo e reflexões advindas do exame de qualificação, ficou evidente que falar de **"MULHER, GRAVIDEZ E USO DE DROGAS"** ao mesmo tempo, clamava por uma abordagem integradora que abarcasse a complexidade que essa intersecção traz e que representasse mais fielmente como essas "forças" são vivenciadas pelas mulheres em sua trajetória de vida.

Para tanto, recorremos à construção da metáfora do labirinto na busca de esquematizar esse território existencial tão complexo a que nos propusemos a nos afectar. Para compreender porquê intuímos/elegemos a figura do labirinto, vamos percorrer juntos esse caminho.

O que significa ser mulher nos dias de hoje? O que essa questão de gênero coloca no caminho das mulheres usuárias de álcool e drogas? Como se sentem quando engravidam? Como é carregar uma vida nesses territórios? Quais obstáculos

e auxílios podem ser encontrados nesse labirinto? Existe um fio de Ariadne para conduzir à construção de novas rotas nestes labirintos de vidas?

Desde já é importante pactuar o compromisso ético e político subjacente a esse trabalho: jamais reduzir uma mulher por um único aspecto de sua vida, ainda que ele seja muito expressivo (o abuso de uma substância), sem considerar o contexto histórico, social, econômico e político a que estas estão agenciadas, combatendo um delineamento da problemática que seja descolado das relações de gênero em nossa sociedade.

O "objeto usuário de crack" (ou de qualquer droga) é pouco sólido, pois há infinitas relações que podem se estabelecer entre as pessoas e as substâncias. "*Trajetórias sinuosas, por vezes circulares, com períodos de consumo compulsivo, seguidos de tentativas de diminuição da dose, de autogestão (consumo apenas em determinados horários) e de abstinência. Ao estudarmos esse fenômeno, o que se vê é uma infinidade de desafios em múltiplos aspectos, sendo o consumo de drogas apenas um deles"* (23).

Mas o primeiro passo que precisamos dar para explorar esse labirinto é o que chamamos de **"**relações de gênero**".**

Sobre relações de gênero, convém esclarecer que é através das feministas anglo-saxãs que "*gender*" passa a ser usado como distinto de *"sex*", visando rejeitar um determinismo biológico implícito no uso de termos como sexo ou diferença sexual (24).

Busca-se ressaltar *"o caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo"* (25), portanto, o conceito atua como uma ferramenta analítica e ao mesmo tempo política. Esse foco "fundamentalmente social", não tem a pretensão de negar que o gênero se constitui com ou sobre corpos sexuados, mas é enfatizada, deliberadamente, a construção social e histórica produzida sobre as características biológicas.

> "Pretende-se, dessa forma, recolocar o debate no campo do social, pois é nele que se constroem e se reproduzem as relações (desiguais) entre os sujeitos. As justificativas para as desigualdades precisariam ser buscadas não nas diferenças biológicas (se é que mesmo essas podem ser compreendidas fora de sua constituição social), mas sim nos arranjos sociais, na história, nas condições de acesso aos recursos da sociedade, nas formas de representação. O conceito passa a ser usado, então, com um forte apelo relacional — já que é no âmbito das relações sociais que se constroem os gêneros. (...) Busca-se,

> intencionalmente, contextualizar o que se afirma ou se supõe sobre os gêneros, tentando evitar as afirmações generalizadas a respeito da "Mulher" ou do "Homem" (24).

Partimos desse princípio: rejeitamos uma definição universal sobre a mulher porque parte-se do princípio que gênero é algo constituinte da identidade dos sujeitos.

"*A ideia de natureza feminina, que cada vez consigo ver menos, prefiro a de uma multiplicidade de experiências femininas, todas diferentes, embora mais ou menos submetidas aos valores sociais cuja força calculo"* (26).

Sobre a complexidade do tema da identidade, é esclarecido que nas formulações mais críticas dos Estudos Feministas e dos Estudos Culturais, compreende-se *"os sujeitos como tendo identidades plurais, múltiplas; identidades que se transformam, que não são fixas ou permanentes, que podem, até mesmo, ser contraditórias" (24).*

Não é o objetivo do presente trabalho aprofundar o entendimento sobre o movimento feminista, pois como nos diria Nathalie Loiseau (27) *"Há muitas maneiras de ser feminista"* ou ainda sobre a ampla questão das relações de gênero, desigualdade histórica de direitos da mulher nos planos político, jurídico, trabalhista e civil.

Entretanto, é preciso reafirmar que partimos desses preceitos para fazer o desenvolvimento teórico do tema, ou seja, consideramos o termo gênero para além do binômio homem versus mulher, buscando a superação da abordagem biológica entre os sexos, constituindo-se num caráter mais abrangente, que privilegia as relações sociais.

Além disso, esse referencial já nos indica um importante pressuposto: partimos de **relações de gênero que são desiguais em nossa sociedade**.

Sobre esse aspecto, cabe ponderar que somos quase 200 milhões de habitantes no Brasil, sendo que 51% são mulheres (28). Desde a década de 1970, a fecundidade caiu de 6,3 filhos por mulher, para 1,9 (Censos 1970, 2010). A expectativa de vida da população subiu: 78,8 anos para as mulheres, e 71,6 anos para os homens (28). Esses fenômenos impactaram no tamanho e na configuração das famílias brasileiras.

Na pesquisa "Estatísticas de Gênero — Uma análise dos resultados do Censo Demográfico 2010'' (28), as mulheres eram as principais responsáveis por

37,3% dos lares brasileiros. A pesquisa ainda demonstra que, quando os cônjuges vivem juntos com os filhos, as mulheres são consideradas responsáveis em 22,7% das residências. Entretanto, quando apenas um dos pais vive com os dependentes, as mulheres passam a responder por 87,4% dos lares na conjuntura atual.

Os arranjos familiares referem-se ao conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco ou não que moram no mesmo domicílio. Os arranjos familiares podem ser formados por uma só pessoa, um casal sem filhas/os, um casal com filhas/os, uma pessoa de referência sem cônjuge com filhas/os, entre outros arranjos. Para cada unidade domiciliar, a PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) considera uma pessoa de referência, sendo esta pessoa responsável pelo domicílio ou assim considerada pelos seus membros.

Segundo o Relatório Anual Socioeconômico da Mulher – RASEAM (29) no Brasil, em 2012, quase 38% dos domicílios tinham mulheres como a pessoa de referência. No entanto, entre as famílias com pessoa de referência do sexo feminino, 42,7% eram compostas por mulheres sem cônjuge com filhas/os. Por outro lado, somente 3,5% das famílias com pessoa de referência do sexo masculino eram formadas por homens sem cônjuge com filhas/ os.

Como podemos observar, a responsabilidade sobre os filhos é predominantemente da mulher em nossa sociedade.

O Ministério da Saúde (30) ressalta a importância da construção de parcerias igualitárias no respeito e em responsabilidades compartilhadas, declarando como fundamental o envolvimento dos homens com relação à paternidade responsável.

A seguir, apresentamos uma breve retrospectiva histórica que se faz necessária para situar ainda mais a questão de gênero.

Se você é mulher no Brasil significa que somente há quase 140 anos você foi “autorizada” a cursar o ensino superior, que só ocorreu em 1879. Ainda assim, depois disso, se você seguisse esse caminho, poderia ser muito criticada pela sociedade. Também, significa que antes de 1932, você não poderia votar. E que em 1945 a igualdade entre homens e mulheres precisou ser reconhecida em um documento formal (Carta das Nações Unidas). Significa ainda que em 1951, a Organização Internacional do Trabalho aprovou a igualdade de remuneração entre trabalho masculino e feminino para função igual. E que somente em 1962 foi criado o Estatuto da Mulher casada, que garantiu entre outras coisas que a mulher não

precisava mais de autorização do marido para trabalhar, receber herança e em caso de separação ela poderia requerer a guarda dos filhos (31).

Em 1988 foi promulgada a Constituição Federal, garantindo igualdade a direitos e obrigações entre homens e mulheres perante a lei, portanto há menos de 30 anos. Uma história jovem. Do ponto de vista político, somente em 1996, o Congresso Nacional incluiu o sistema de cotas na Legislação Eleitoral, obrigando os partidos a inscreverem, no mínimo, 20% de mulheres nas chapas proporcionais, haja vista a baixa representação das mulheres no cenário político.

Ou seja, a história da mulher na sociedade aponta que as vivências de subalternidade, de autonomia reduzida, pouco poder de decisão e assimetria de direitos são elementos constituintes do que denominamos vulnerabilidade moral. (32).

Por fim, em 2006, diante dos alarmantes dados de violência de gênero, foi sancionada a Lei Maria da Penha.

> "A Lei Maria da Penha tipifica a violência doméstica como uma das formas de violação dos direitos humanos. Altera o Código Penal e possibilita que agressores sejam presos em flagrante, ou tenham sua prisão preventiva decretada, quando ameaçarem a integridade física da mulher. Prevê, ainda, inéditas medidas de proteção para a mulher que corre risco de vida, como o afastamento do agressor do domicílio e a proibição de sua aproximação física da mulher agredida e dos filhos" (33).

Sobre isso, temos que *"a violência contra mulheres é uma construção social, resultado da desigualdade de força nas relações de poder entre homens e mulheres. É criada nas relações sociais e reproduzida pela sociedade"* (34).

Os dados da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM-PR), a partir de balanço dos relatos recebidos pelo Ligue 180 demonstram que o Brasil registrou em 2015, 76.651 relatos de violência contra a mulher, dos quais 58,86% foram cometidos contra mulheres negras, o que demonstra a importância da inclusão de indicadores de raça e gênero nos registros administrativos referentes à violência contra as mulheres.

Segundo o Mapa da Violência (35), com uma taxa de 4,8 homicídios por 100 mil mulheres, o Brasil, num grupo de 83 países com dados homogêneos, fornecidos pela Organização Mundial da Saúde, ocupa uma pouco recomendável 5ª posição, evidenciando que os índices locais excedem, em muito, os encontrados na maior parte dos países do mundo.

O Mapa ainda demonstra que o SINAN[10] (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) registrou 223.796 vítimas de diversos tipos de violência (atendimentos por violência doméstica, sexual e/ou outras violências) em 2014. Duas em cada três dessas vítimas de violência (147.691) foram mulheres que precisaram de atenção médica por violências domésticas, sexuais e/ou outras. Isto é: a cada dia de 2014, 405 mulheres demandaram atendimento em uma unidade de saúde, por alguma violência sofrida.

Ou seja, ainda que possamos considerar como um avanço a promulgação da Lei Maria da Penha que já completou dez anos, os desafios ainda são inúmeros diante do objetivo de erradicação, prevenção e punição da violência contra a mulher.

> O Brasil possui uma delegacia com atendimento à mulher a cada 12 municípios, o que totaliza 499 distritos policiais especializados distribuídos por 447 cidades pelo país. Desses, 368 são unidades Deam (Delegacia Especial de Atendimento à Mulher), que possuem serviço exclusivo, e 131 são núcleos especiais, postos ou departamentos com mais de um segmento de investigação funcionando dentro de delegacias comuns da Polícia Civil dos Estados.[11](36).

De acordo com o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2013-2015), a meta traçada pelo governo federal era chegar a 10% dos municípios com alguma delegacia ou núcleo especializado em ocorrências envolvendo mulheres.

Ou seja, ainda é um número muito baixo diante dos altos índices de violência que temos. Além disso, há de se problematizar a qualidade do atendimento no que se refere aos horários de atendimento, recursos humanos, capacitação e formação dos profissionais para essa complexidade do atendimento, para que este serviço não seja mais um reprodutor de violência.

Considerando ainda que vivemos em uma sociedade com ordenamento patriarcal e heteronormativo baseada no poder masculino e na qual a norma é a heterossexualidade, a violência de gênero está naturalizada.

> Por maiores que tenham sido as transformações sociais nas últimas décadas, com as mulheres ocupando os espaços públicos, o ordenamento patriarcal permanece muito presente

[10] O (Sinan), do Ministério da Saúde, que registra os atendimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) no campo das violências.

[11] Veja mais na notícia de 05 de junho de 2016 em que são problematizadas tanto a insuficiência de DDM no Brasil, quanto a questão da qualidade do atendimento: Acesso em 29/11/2016 - http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2016/06/05/brasil-tem-uma-delegacia-com-atendimento-a-mulher-a-cada-12-municipios.htm.

> em nossa cultura e é cotidianamente reforçado, na desvalorização de todas as características ligadas ao feminino, na violência doméstica, na aceitação da violência sexual. A família patriarcal organiza-se em torno da autoridade masculina; para manter esta autoridade e reafirmá-la, o recurso à violência – física ou psicológica – está sempre presente, seja de maneira efetiva, seja de maneira subliminar. (37). [12].

Como podemos verificar muitos direitos até hoje definidos legalmente, ainda se apresentam como desafios na luta pela igualdade de gênero.

Seguindo no labirinto em que já encontramos as relações desiguais de gênero e a violência, queremos destacar a questão dos marcadores sociais que atravessam a questão de gênero por meio da análise de alguns dados do Programa Bolsa Família (PBF) que nos permite uma importante reflexão sobre o enfrentamento da questão da exclusão social em nosso país.

O PBF é um programa de transferência direta de renda às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, com condicionalidades nas áreas de saúde, educação e assistência social. O Brasil unificou os programas de transferência de renda existentes, consolidou o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e criou uma gestão do programa.

Segundo o Relatório emitido pela ONU Mulheres*: "Mais igualdade para as mulheres brasileiras: caminhos de transformação econômica e social*" (38), o Bolsa Família é uma experiência bem-sucedida e mundialmente relevante por sua ampla cobertura e pelos impactos efetivos que alcançou na vida de mais de 50 milhões de pessoas no Brasil - 92,2% dentre elas, mulheres responsáveis familiares. O CadÚnico evidenciou a concentração da pobreza sobre as mulheres, quando reafirmou em 2014 o percentual de **mulheres chefiando domicílios que recebiam os benefícios do Programa Bolsa Família: 93%, ou quase 13 milhões de famílias**. Em dezembro do mesmo ano, também confirmava que 88% de todas as famílias inscritas nos programas sociais brasileiros eram chefiadas por mulheres, sendo que, dessas famílias, 68% eram chefiadas mulheres negras.

---

[12] Veja mais na Pesquisa realizada pelo IPEA sobre Tolerância social à violência contra as mulheres Acesso em 29/11/2016
http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/140327_sips_violencia_mulheres.pdf

O Relatório ainda nos alerta que mesmo tendo avanços na garantia de direitos sob o ponto de vista legal, *"a história tem mostrado, e as mulheres em todo o mundo têm feito questão de enfatizar, que é indispensável ir além da igualdade formal nas relações de gênero. Exigência que também se coloca na construção da igualdade étnico-racial" (38).*

Sim, somos um país com fortes traços de relações assimétricas de gênero, de desigualdades sociais e de violência de gênero. E como seria conjugar esse cenário com o uso de drogas? E com o território da rua? O que disso resulta?

É preciso considerar que muito embora a dependência de substâncias seja mais prevalente entre os homens, as mulheres constituem um grupo crescente em número e um subgrupo vulnerável. Durante muitos anos houve escassez de produção cientifica considerando a diferença de gênero na questão da dependência (39).

As especificidades da mulher com relação ao uso de drogas "*estão norteadas por construções socioculturais que estruturam as relações sociais e determinam papéis e comportamentos para homens e mulheres em distintas sociedades*" (40). Diante disso, a ampliação da autonomia e do protagonismo da mulher em diferentes espaços "*produziu uma série de transformações no psiquismo e no comportamento feminino*" (41).

A dependência de substâncias pode ser subdiagnosticada em mulheres, pois além de terem menor presença nos serviços de atendimento especializados, apresentam queixas vagas nos serviços não especializados que infelizmente contam com o despreparo das equipes para abordagem/diagnóstico da temática de forma direta, reforçando muitas vezes o estereótipo da mulher usuária de substâncias como moralmente condenável (42).

Além disso, a escassez de estudos específicos para a mulher pode ter contribuído para a criação de alguns mitos, tais como: que a aderência das mulheres no tratamento é mais baixa e que a evolução e o prognóstico das mulheres em relação aos homens são piores.

Outros autores também ponderam sobre o impacto dessa baixa produção cientifica e o estigma que existe em torno da temática: mulheres que usam drogas são frequentemente **rotuladas como negligentes**, tem o estereótipo associado à agressividade e promiscuidade e que falharam ao tentar desempenhar o papel doméstico (43).

Nesse sentido, faz-se necessário problematizar qual conceito de negligência temos incutido em nossa sociedade.

Uma pesquisa intitulada “Abrigo, pobreza e negligência: uma construção subjetiva”[13], procurou discutir as relações que se produzem entre a precariedade das condições financeiras, o enquadramento na categoria de negligência familiar e o acolhimento institucional de crianças e adolescentes.

Problematizando os achados da referida pesquisa, informam que na etapa do levantamento bibliográfico, a pesquisa identificou que *“as definições de negligência assim produzidas apresentam significativas diferenças entre si, não sendo possível afirmar a existência de uma concepção única de negligência subjacente” (44).*

As autoras observaram ainda que ora a negligência é definida como uma “*falta, uma ausência ou uma falha na realização do ato de cuidado e/ou vigilância de crianças ou de adolescentes” (44).* Nesse sentido, é possível problematizar a referência aos modelos hegemônicos de família na crítica ao modo de criação de seus filhos.

É preciso considerar que “*não é possível julgar essas famílias a partir da comparação com estereótipos e valores da classe média, uma vez que as limitações provocadas pela pobreza produzem lógicas de funcionamento diferenciadas, muitas vezes necessárias para gerir o cuidado da prole*” (45). Ainda há a definição da negligência como uma modalidade de “violência”.

Além disso, adotando uma perspectiva diferenciada, há trabalhos que ressaltam a questão social como um fator de suma importância, incluindo no debate da negligência a responsabilidade do Estado, das instituições e da sociedade na garantia dos direitos de crianças e adolescentes. Dessa forma, a negligência estaria relacionada a múltiplos determinantes, entre os quais as autoras destacam a ineficiência do Estado em garantir os direitos fundamentais da população (44).

> *“*Pudemos apreender dois vetores que atravessariam os discursos/práticas acerca da negligência familiar. O primeiro vetor se esforça por definir o conceito de negligência e o centraliza no indivíduo ou na unidade familiar, buscando caracterizar aqueles que praticam e os que sofrem a negligência. Levantamos a hipótese de que esse vetor muitas vezes se vincula a práticas de categorização e de culpabilização dos indivíduos, estando inserido em uma lógica de judicialização da vida. O segundo vetor que permearia os discursos/práticas sobre

[13] Pesquisa realizada pelo Programa de Intervenção Voltado às Engrenagens e Territórios de Exclusão Social (PIVETES), da Universidade Federal Fluminense.

> a negligência estaria menos preocupado em defini-la do que em compreendê-la como um acontecimento problemático, que coloca em cena forças múltiplas, tais como a pobreza, a responsabilidade de diversas agências da sociedade, modelos sociais de cuidado, questões problemáticas de uma localidade, a dificuldade de um bairro, de uma família, de um pai. As práticas permeadas por esse vetor não procuram atuar, nas consideradas situações de negligência, a partir de um procedimento padrão, estando mais abertas às histórias das pessoas envolvidas, de modo a encontrar o melhor encaminhamento para cada caso"(44).

Portanto, como podemos observar, há muitas maneiras de se conceituar a negligência, entretanto, o que verificamos no julgamento que se faz às mulheres usuárias de drogas recaem mais na categoria de culpabilização individual, desconsiderando por vezes, todo um cenário prévio de violação de direitos.

Ainda refletindo sobre a baixa produção cientifica sobre o tema, verifica-se que as mulheres podem ser um grupo mais difícil de ser acessado pelos pesquisadores, em virtude do caráter privado de muitas de suas práticas e do constrangimento e estigmatização que lhes são impostos em diversos contextos (46).

Diante dessa deficiência de estudos existentes no passado, os programas de tratamento foram construídos considerando as necessidades masculinas e com poucas considerações para as diferenças fisiológicas, sociais ou psicológicas de gênero. Entretanto, esse cenário tem mudado e cada vez mais considera-se que a mulher pode se beneficiar de programas especializados (42).

Para as mulheres, os problemas de saúde decorrentes do consumo de drogas além de incidirem diretamente em seus corpos, poderão afetar também o feto, quando estas engravidam. Alterações no ciclo menstrual, na fertilidade, na gestação, no parto, no risco de contrair e de desenvolver doenças sexualmente transmissíveis são frequentemente registradas entre mulheres usuárias (47).

Dessa maneira, o uso de drogas realizado por mulheres de forma abusiva, também as torna mais vulneráveis e expostas a situações de abuso sexual e violência. Conforme a OMS (48) "*a violência contra a mulher constitui um grave problema de saúde pública e essa violência se mostra fortemente associada ao consumo de drogas de maneira geral*".

O consumo de diferentes substâncias tem características específicas e deve ser objeto de políticas públicas que incorporem diversos aspectos diferenciais, entre eles, a dimensão de gênero (46).

Faremos uso dos dados da **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack** de (49) e da pesquisa "A gênese social do crack" coordenada por Jesse Souza (23), que deu origem ao livro recém-publicado **"Crack e exclusão social".**

A primeira pesquisa trouxe importantes considerações em um capítulo que se dedicou exclusivamente a análise do panorama nacional considerando a dimensão de gênero.

Abaixo, apresentamos os dados (Tabela 4 - Características sociodemográficas) que trazem importantes apontamentos, dentre estes destaco:

A idade média das mulheres usuárias de crack e/ou similares evidenciada na pesquisa foi de 29,6 anos e observou-se concentração na faixa etária de 18 a 24 anos, com diferença estatisticamente significativa para esta faixa. Nesse sentido, relacionado ao tema do presente trabalho, verificamos que se trata de uma faixa etária que coincide com a fase de grande fertilidade.

Quanto à questão racial, a maioria das mulheres se declarou como não branca (78,56%). Referente à moradia nos últimos 30 dias, quase a metade apresenta-se em situação de rua. A pesquisa ainda mostra que 55,36% das mulheres entrevistadas tiveram relações sexuais em troca de dinheiro e 36,84% estiveram presas no último ano, identificando as situações de vulnerabilidade a que estão expostas.

Tabela 1: Características sociodemográficas dos usuários de crack e/ou similares segundo sexo, Brasil, 2012

Características sociodemográficas dos usuários de crack e/ou similares por sexo (Brasil)	Brasil					
	Feminino			Masculino		
	%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Cor						
Branca	21,44	16,1	27,96	20,67	17,31	24,5
Não-branca	78,56	72,04	83,9	79,33	75,5	82,69
Escolaridade						
Não completou nenhuma série	4,82	3,24	7,1	3,79	2,54	5,61
Alfabetização a 3a série do Ensino	19,06	14,98	23,95	19,75	16,65	23,27
4a-8a série do Ensino Fundamental	61,66	55,47	67,5	56,44	53,08	59,74
Ensino médio	13	9,92	16,86	17,42	14,76	20,44
Superior	1,45	0,8	2,62	2,6	1,73	3,89
Status marital*						
Solteira	54,04	47,46	60,48	62,42	59,47	65,27
Casada / mora junto	36,28	30,07	43	22,29	19,78	25,01
Separada / divorciada / viúva	9,68	7,26	12,78	15,3	13,56	17,22
Estuda atualmente?						
Sim	2,16	1,43	3,24	2,6	2,06	3,29
Não	97,84	96,76	98,57	97,4	96,71	97,94
Moradia nos últimos 30 dias*						
Apartamento/casa próprio ou da família	26,57	21,49	32,36	38,99	34,6	43,57
Apartamento/casa/quarto alugado ou de	18,07	13,39	23,93	17,67	14,34	21,58
Moradia temporária (hotel, abrigo, etc)	5,05	2,17	11,31	3,59	2,51	5,11
Outros locais	4,65	2,37	8,94	2,51	1,86	3,38
Na rua (sem teto)	45,66	38,1	53,42	37,23	32,21	42,54
Atividade ilícita para obter dinheiro ou drogas						
Sim	24,23	16,67	33,82	26,97	23,9	30,27
Não	75,77	66,18	83,33	73,03	69,73	76,1
Prisão na vida*						
Sim	35,43	29,26	42,13	52,5	48,66	56,31
Não	64,57	57,87	70,74	47,5	43,69	51,34
Detenção no último ano						
Sim	36,84	30,49	43,68	42,97	38,95	47,08
Não	63,16	56,32	69,51	57,03	52,92	61,05
Trabalho sexual ou troca de sexo por dinheiro*						
Sim	55,36	47,8	62,68	14,6	12,13	17,48
Não	44,64	37,32	52,2	85,4	82,52	87,87

*p-valor <0,05

Também verifica-se que o uso de drogas ilícitas por mulheres pode interferir de modo relevante na saúde sexual e saúde reprodutiva dessa parcela da população, além de apresentar consequências adversas com relação à morbimortalidade materno-fetal e infantil. O crack, em especial, destaca-se pelo impacto adverso sobre diferentes condições e agravos obstétricos e neonatais. Nesse sentido, os dados da pesquisa corroboram com os dados teóricos, demonstrando a maior vulnerabilidade desta mulher que faz uso de crack, no que se refere à ocorrência de episódios de violência, uso inconsistente de camisinha (o que pode impactar na transmissão de DST e HIV).

Tabela 7: História reprodutiva de mulheres usuárias de crack e/ou similares, por grupo de municípios, 2012

História reprodutiva de mulheres usuárias de crack e/ou similares	Brasil			Capital			Não-capital		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
No. de gestações na vida									
0	9,92	6,2	15,5	8,17	4,43	14,58	15,43	7,01	30,63
1	9,03	6,83	11,86	8,81	6,19	12,37	9,74	6,59	14,18
02-03	35,12	27,86	43,13	34,1	25,12	44,38	38,32	29,87	47,55
>3	45,93	38,8	53,24	48,93	40,35	57,57	36,51	24,58	50,36
No. de nascidos vivos									
0	15,75	10,68	22,62	13,32	7,85	21,7	23,39	13,4	37,59
1	16,59	13,18	20,68	17,18	13,07	22,27	14,73	10,08	21,03
02-03	43,74	35,38	52,48	43,6	33,6	54,15	44,2	30,7	58,61
>3	23,92	19,26	29,3	25,9	20,24	32,49	17,68	10,75	27,71
No. de gestações após início de uso de crack/similares									
0	41,87	34,1	50,06	41,38	32,24	51,16	43,42	29,78	58,13
1	17,65	14,08	21,9	17,16	13,18	22,03	19,22	12,46	28,47
02-03	29,24	23,13	36,2	28,85	22,26	36,48	30,48	17,54	47,47
>3	11,24	7,5	16,52	12,61	7,88	19,59	6,88	4,18	11,13
No. de nascidos vivos pós-crack**									
0	19,23	13,22	27,12	19,8	12,56	29,79	17,28	10,29	27,55
1	28,99	22,15	36,95	25,18	19,6	31,71	42,03	22,29	64,69
02-03	39,3	32,3	46,77	41,83	33,81	50,32	30,64	19,25	45
>3	12,48	8,38	18,19	13,19	8,55	19,8	10,06	3,79	24,09
História de gestação após crack com desfecho ruim**	49,04	39,47	58,68	48,03	37,14	59,11	52,5	34,22	70,14
Relato de gestação no momento da entrevista	13,34	9,48	18,45	15,58*	10,63	22,27	6,31*	3,9	10,05

p-valor <0,05

***Considerando apenas as mulheres que engravidaram após início do uso de crack.*

Na Tabela 5 (Sobre a história reprodutiva) assunto que vem ao encontro do tema desta pesquisa, alguns dados nos sobressaem: “d*as mulheres que gestaram ao menos uma vez na vida, mais de 60% delas referiu pelo menos uma gravidez após terem começado a usar crack e/ou similares. Destas, cerca de metade apresentou ao menos uma gestação que não evoluiu até o final (nascimento) ou que resultou em um feto natimorto. Aproximadamente 13% das mulheres responderam que estavam grávidas no momento da entrevista”.*

Sobre o acesso aos serviços de saúde, a pesquisa nos mostra que aproximadamente metade das usuárias grávidas no momento da entrevista referiram ter procurado serviços de saúde nos últimos 30 dias. Nesse sentido, constata-se o

grave quadro de ausência ou baixa frequência de acompanhamento pré-natal em pelo menos metade das mulheres.

Nas considerações finais, além da clara constatação do contexto de maior vulnerabilidade individual e social a que esta mulher está submetida, destaca-se:

> "A inter-relação entre uso de crack e comportamentos sexuais de maior risco se reflete na elevada prevalência da infecção pelo HIV, duas vezes a encontrada em homens e dez vezes aquela evidenciada na população feminina em geral, segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2012a). É possível, e absolutamente necessário, aprimorar a referência e contra referência das mulheres de/ para serviços de atenção primária, saúde mental e tratamento do abuso de substâncias de forma integrada e que levem em consideração as necessidades específicas das mulheres, em um ambiente de não discriminação. A exposição a situações de risco para doenças sexualmente transmissíveis, a prevalência bastante elevada de infecção pelo HIV e o relato frequente de violência sexual, associados à história de gestações com mau resultado obstétrico após o início de uso de crack e/ou similares e acompanhamento pré-natal inadequado, ressalta a necessidade de atenção à saúde direcionada para essa parcela da população, que não deve se restringir à esfera obstétrica, mas abranger os demais aspectos da saúde da mulher, com ênfase na prevenção, acesso amplo e não discriminatório ao tratamento e reinserção social". (46)

Esse panorama da vulnerabilidade do gênero foi aprofundado na pesquisa coordenada por Souza (23) em que os aspectos sociológicos são evidenciados. É importante destacar que a relação entre exclusão social e uso do crack emergiu como um tema a ser aprofundado a partir da Pesquisa Nacional sobre uso de crack, visto que os marcadores de exclusão social chamaram muito atenção dos pesquisadores:

> "Oito em cada dez usuários regulares de crack são negros. Oito em cada dez não chegaram ao ensino médio. Essas proporções são bem maiores do que as encontradas no conjunto da população brasileira. Além disso, elas referem-se a características temporalmente anteriores ao uso de crack. Somavam-se a esses, outros indicadores de vulnerabilidade social, como viver em situação de rua (40%) e ter passagem pelo sistema prisional (49%). As mulheres usuárias regulares de crack têm o mesmo padrão de vulnerabilidade social, com o agravante que 47% relataram histórico de violência sexual (comparado a 7,5% entre os homens)" (23).

Diante da necessidade de compreender mais a fundo as relações entre o uso de crack e a exclusão social nasceu a pesquisa "A gênese social do crack" com

metodologia diferenciada e considerações bastante consistentes do ponto de vista sociológico. Apesar de assumir que o uso de drogas é um fenômeno transclassista, ou seja, que perpassa todas as classes sociais, a pesquisa demonstra com clareza que o *"pertencimento de classe influencia decisivamente no destino e nas consequências do consumo, sobretudo problemático, de crack." (23).*

A pesquisa concluiu ainda que exclusão social e uso de crack provavelmente formam um ciclo vicioso que se retroalimenta. Nos mostra que quando os usuários foram abordados pelos pesquisadores sobre as expectativas acerca do tratamento para seu problema sobre drogas *"responderam com a reivindicação de um verdadeiro pacote de direitos sociais, para além dos serviços de saúde: moradia, educação, emprego, alimentação, banho etc. A resposta poderia ser a mesma vinda de qualquer jovem das periferias brasileiras" (23).*

> Se você perguntar para muitos moradores em situação de rua o que eles mais querem, provavelmente grande parte dirá que é conseguir um emprego. Essas afirmações não são de um estudioso romântico. O trabalho surge como fator primordial para a pessoa, por dois aspectos: provém a subsistência física por meio dos rendimentos auferidos; e sustenta a subsistência simbólica, dada a importância do trabalho (ou identidade profissional) na constituição da identidade pessoal (1).

Mas, por que estamos evidenciando isso nessa dissertação? Porque a criminalização da pobreza é um fato social e a pesquisa mostra que a experiência de um sujeito de classe média que usa drogas é muito diferente daquele que está em situação de rua, por exemplo.

> "O sujeito da classe média tem acesso a estratégias que possibilitam a manutenção de seu consumo em segredo, pois possui ambientes de intimidade, quartos próprios, casas no litoral, festas em lugares afastados, clubes privados, automóveis etc. Já o da "ralé", não possui os mesmos recursos, de maneira que seu consumo é rapidamente percebido. Desse modo, enquanto a classe média protege-se da estigmatização, a "ralé" é rapidamente estigmatizada, o que inclusive pode contribuir para a radicalização de sua prática. Em segundo lugar, os consumos esporádicos dos filhos da classe média são controlados e protegidos pelos pais com as mais variadas estratégias, inclusive a vista grossa, quando tais usos não estiverem prejudicando as demais tarefas, especialmente o estudo, enquanto a "ralé" brasileira não possui as mesmas disposições para dar conta desse tipo de situação, recorrendo rapidamente à violência ou à exclusão. Por último, quando o consumo se torna problemático e rompe a barreira da

> "normalidade", notamos que a classe média dispõe de recursos institucionais mais eficazes do que aqueles que dispõem a maioria dos subcidadãos brasileiros" (23)

E como esse cenário de exclusão atinge a mulher usuária de drogas?

A pesquisa aponta que alguns trabalhadores de serviços também incorporaram a crença de que "tratar da mulher é mais difícil", seja pela questão da agressividade, pelo abuso, prostituição, etc (23).

Mas, pondera que ainda que tais características possam ser observadas na conduta dessas mulheres, *por vezes não é mais que um efeito inevitável da incorporação de expectativas desfavoráveis quanto a seu comportamento, representando uma "profecia que se autorrealiza"* (50), confirmando e legitimando de certa forma os preconceitos naturalizados que não raras vezes integram o olhar institucional sobre as mulheres.

Por fim, torna-se imperativo que *a* sociologia revele as diferenças e desigualdades entre os gêneros que foram e são construídas e reconstruídas incessantemente pela sociedade ao longo do tempo, para que não recorramos a explicações equivocadas e simplistas que reivindicam diferenças que estariam ligadas à natureza dos sexos para a legitimação de privilégios masculinos e a estigmatização do feminino.

Pierre Bourdieu chama de "habitus feminino", ou seja, uma "*lei social incorporada*" que se inscreve numa natureza biológica das mulheres (50). Nesse sentido, conclui-se que o uso de drogas por mulheres decepciona expectativas sociais, sobretudo no desempenho dos papéis sociais de mãe e de esposa (23). E é nessa encruzilhada chamada maternidade que acompanharemos a jornada dessa mulher usuária de álcool e outras drogas.

4.2 A encruzilhada da maternidade ideal: a Biopolítica e a arte de controle dos corpos

Nesse labirinto já encontramos as relações assimétricas de gênero, a violência, a exclusão social que por vezes é anterior ao próprio uso, mas que retroalimenta o uso de drogas, mas agora vamos nos deparar com a grande encruzilhada que essa mulher enfrenta a partir do momento que descobre estar grávida.

Seria necessário relembrar que uma gravidez só ocorre resultante da união/encontro entre um homem e uma mulher? Isto posto, o tema "criação dos filhos" não deveria recair somente sobre a mulher, pois não é um assunto exclusivamente feminino.

Sobre o declínio do papel paterno, Badinter (26), nos diz que *"o aumento considerável das responsabilidades maternas, desde o fim do século XVIII, eclipsou progressivamente a imagem do pai".*

Nesse sentido, os dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), com base no Censo Escolar de 2011, apontam que havia 5,5 milhões de crianças brasileiras sem o nome do pai na certidão de nascimento. Diante desse cenário, o CNJ criou o Programa "Pai Presente'' (51) que facilita o reconhecimento de paternidade.

Diante disso, o que verificamos é que quem enfrenta esta "encruzilhada" é a mulher. É o corpo da mulher que carrega esse bebê e dela decorre a responsabilidade de criação dos filhos, segundo a norma social.

E é sobre esse corpo que veremos o poder soberano e o biopoder (que inclui a disciplina) desenhados por Foucault se apropriarem em nome da "defesa da vida".

Há muitos discursos legitimados nesse sentido. A produção de verdade da nossa "*epistéme"* vai nos dizer de diversas maneiras sobre a incapacidade dessa mulher (usuária de álcool e outras drogas/situação de rua) exercer a maternagem; da perversidade de estar grávida e usar drogas "causando danos irreversíveis à saúde do bebê".

"Blogueiras Feministas" (52) discorre sobre as características desse discurso moralista, narrando-nos uma situação que infelizmente é recorrente:

> "Uma psicóloga, uma assistente social e uma enfermeira que trabalham com essa mesma população e o discurso: "laqueadura nelas!". Todas com a plena certeza de que mulheres em situação de rua, em especial usuárias de drogas, devem fazer laqueadura por serem incapazes de criar um filho. E, por uma cruel e (oh!) injusta realidade, são mulheres incrivelmente férteis, segundo palavras da psicóloga.
> Problema: Esse é um discurso HIGIENISTA, pois insinua que pobre não deveria se reproduzir, FRACASSADO porque assume que aquela mulher estará sempre nessa condição, MACHISTA, pois atribui a responsabilidade da gravidez e dos filhos somente

> à mulher e, portanto, desrespeita totalmente os direitos humanos".[14]

Aqui adotamos o conceito winnicottiano de "maternagem", aquele referente à mãe suficientemente boa, capaz de se adaptar as necessidades do bebê, investindo-o de amor, cuidado e proteção em contraponto ao conceito mais restrito de maternidade, que se limita aos aspectos mais biológicos (capacidade da mãe gestar e do bebê nascer).

A todo o momento, Winnicott nos fala de dois caminhos que se intercruzam: o desenvolvimento do bebê e as qualidades de sua mãe. Essa relação fundamental que tem início durante a gravidez: *''acontece que existe este período muito útil de nove meses, ao longo do qual há tempo suficiente para que ocorra uma transformação importante na mulher''.* Winnicott (53).

Nesse sentido, apresenta-se o termo "maternagem suficientemente boa".

> "A 'mãe' suficientemente boa (não necessariamente a própria mãe do bebê) é aquela que efetua uma adaptação ativa às necessidades do bebê, uma adaptação que diminui gradativamente, segundo a crescente capacidade deste em aquilatar o fracasso da adaptação e em tolerar os resultados da frustração. Naturalmente a própria mãe do bebê tem mais probabilidade de ser suficientemente boa do que alguma outra pessoa, já que essa adaptação ativa exige uma preocupação fácil e sem ressentimentos com determinado bebê; na verdade, o êxito no cuidado infantil depende da devoção, e não de "jeito" ou esclarecimento intelectual". Winnicott (54).

E diante disso, o termo "suficientemente" vem nos despertar para a não idealização da função materna.

Mas é importante ressaltar que não estamos aqui para questionar esse cenário (mulher grávida usuária de álcool e outras drogas/situação de rua) do ponto de vista biológico/médico e sim para fazer uma análise do que a produção dessa verdade significa para essa mulher e o que isso coloca para o caminho dela: Emancipação ou prisão? Saúde ou loucura? Potência ou fragilidade?

O que seria uma mãe capaz e normal na nossa sociedade? Que corpo é esse que está legitimado para ser mãe?

O que busco construir com essa reflexão é que há um paradoxo entre a visibilidade e invisibilidade feminina: enquanto mulher, essas vulnerabilidades muito

[14] Veja mais em http://blogueirasfeministas.com/2012/05/mulheres-crack-e-manicomios/

provavelmente passaram invisíveis. Entretanto, a partir do momento em que ficaram grávidas essas mulheres se tornaram visíveis, principalmente aos julgamentos de uma sociedade que está mais propensa a condenar moralmente do que oferecer acolhimento e cuidado.

Para abordar esse assunto, recorremos aos estudos de Foucault que apresenta em diversas obras, um conjunto de procedimentos de saber e técnicas de intervenção sobre a vida dos corpos e das populações.

Referindo-se aos estudos de biopolítica de Foucault, vemos que a história dos corpos pode ser feita em diferentes enfoques: fisiológico, demográfico, patológico, etc. (55). No presente trabalho, daremos o enfoque do corpo em relação ao campo político:

> "Os corpos, no entanto, também estão diretamente mergulhados num campo político. As relações de poder têm alcance imediato sobre eles: elas os investem, os marcam, os dirigem, os supliciam, sujeitam-nos a trabalhos, obrigam-nos a cerimônias, exigem-lhes sinais. Este investimento político dos corpos está ligado, segundo relações complexas e recíprocas, à sua utilização econômica. Como força de produção, os corpos são investidos por relações de poder e de dominação. Em compensação, sua constituição como força de trabalho só é possível se eles estão presos num sistema de sujeição, onde a necessidade é também um instrumento político, cuidadosamente organizado, calculado e utilizado. Os corpos só se tornam força útil se são ao mesmo tempo corpos produtivos e corpos submissos. Essa sujeição não é obtida só pelos instrumentos da violência ou da ideologia. Ela pode muito bem ser direta, física, usar a força contra a força, agir sobre elementos materiais sem, no entanto, ser violenta. Pode ser calculada, organizada, tecnicamente pensada, pode ser sutil, não fazer uso de armas nem do terror e, no entanto, continua a ser de ordem física. " (55)

Para tanto, estabeleceu-se um mecanismo de disciplinamento dos corpos, (poder disciplinar) numa sociedade da normatização. O poder disciplinar é "p*oder que se aplica aos corpos individualmente, através de técnicas de vigilância, de sanções normalizadoras e uma organização pan-óptica do espaço das instituições" (*55).

Ou seja, busca-se o controle e a normalização das condutas dos indivíduos, e neste caso, mais especificamente sobre a conduta das mulheres referente ao uso de drogas e comportamento sexual, principalmente. Posteriormente, esse poder vai atuar também sobre um ideal de maternagem.

Numa perspectiva cartesiana do sujeito, não há espaço para nenhuma opacidade ou distorção nessa definição idealista da maternidade. Não há tolerância para o trânsito entre o normal e o patológico, que não pode ser comprometida com qualquer parcela de "indisciplina". Uma definição que pensa em oposição, em uma lógica excludente ao diferente: o que não pode ser.

> "O momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente. Forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe. Uma "anatomia política", que é também igualmente uma "mecânica do poder", está nascendo; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fabrica, assim, corpos submissos e exercitados, corpos 'dóceis'. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). Em uma palavra: ela dissocia o poder do corpo; faz dele por um lado uma 'aptidão', uma capacidade que ela busca aumentar; e inverte por outro lado à energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma relação de sujeição estrita" (56).

Busca-se a internalização da norma para a produção da docilização, domesticação. A partir de então, o poder não precisa mais ser exercido de fora, porque fora internalizado pelo indivíduo. *"É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado"* (56).

É nesse sentido que Foucault nos fala sobre a tecnologia política dos corpos, tecnologias essas que foram sendo sofisticadas: se antes a punição aos comportamentos desviantes e delinquentes era o "espetáculo público", ao longo do tempo, houve um remanejamento do poder: agora o objetivo não é mais destruir o corpo e sim "controlar" o corpo, definindo-se assim o sucesso do poder disciplinar. Tecnologias disseminadas por toda a sociedade produzindo diversas práticas sociais (pedagógicas, médicas, políticas, etc.)

Aqui, quando nos referimos às mulheres grávidas usuárias de álcool e outras drogas/situação de rua, estamos falando de corpos não docilizados. Corpos que não se submeteram a esse poder disciplinar. Corpos que não se manipularam, que não se modelaram, corpos não treinados e desobedientes. Corpos que não respondem às nossas expectativas. Corpos que vivem nas ruas, corpos que usam drogas, corpos que engravidam "irresponsavelmente". Corpos que tiveram dificuldade de realizar o pré-natal nos moldes pré-formatados, corpos que adoecem, corpos violentados.

Mas, ao mesmo tempo, também são corpos nômades, corpos resilientes que sobrevivem as mais diversas violências, riscos e vulnerabilidades. Corpos que sonham (com a maternidade inclusive), que temem a separação do bebê, corpos que se defendem, corpos que desejam.

Seguindo nessa reflexão, temos ainda que considerar a evolução dessas tecnologias de controle, que vão desembocar no conceito do biopoder. Aqui o que se pretende é o controle não mais do corpo individual, mas das populações.

> "A inclusão da vida dentro dos mecanismos de poder, o governo da espécie e dos indivíduos considerados como corpos vivos, a tarefa de encarregar-se do problema da saúde, da tutela e da proteção da vida biológica da nação constituem o conjunto dos processos que caracterizam o advento da bio-política" (55).

Mas, vamos olhar mais de perto essa encruzilhada: primeiramente precisamos considerar que vivemos em uma sociedade que coloca a maternidade como algo sagrado e quase que compulsória para a realização da espécie feminina. Por outro lado, criminaliza o aborto[15], ainda que, segundo pesquisas, uma em cada cinco mulheres brasileiras já realizou aborto antes dos 40 anos ao menos uma vez. Mas nem sempre a maternidade foi concebida assim.

Para jogar luz a esses questionamentos, abordaremos algumas ideias da filósofa francesa Elizabeth Badinter (26) em seu livro "Um amor conquistado: o mito do amor materno", publicado originalmente no ano de 1980.

Ainda que considerando que se trata de um recorte histórico francês da análise do papel das mulheres (e da maternidade), entendemos que suas reflexões

[15] Veja mais em: http://www.estadao.com.br/noticias/geral,1-em-cada-5-mulheres-de-40-anos-fez-aborto-imp-,554999

são de grande valia para compreendermos as mudanças sofridas ao longo do tempo sobre a maternidade e a infância, problematizando a condição feminina em outros contextos, como no Brasil.

A autora inicia o livro buscando desnaturalizar o "instinto da maternidade", ou seja, define que o instinto materno é um mito, não se tratando de uma tendência inata e universal, portanto, o amor materno não seria uma condição inerente à mulher, não é um determinismo biológico, mas algo que se adquire. Na primeira parte do livro, quando fala do "Amor ausente" faz uma análise histórica da mudança de concepção que a sociedade francesa adquire em relação à criança e à maternidade abordada pelo livro, principalmente nos séculos XVII a XX. Para tanto, remete-se aos estudos de Aries (57) que apontou a longa evolução que foi necessária para que o sentimento da infância realmente se arraigasse nas mentalidades, mudança que se iniciou somente a partir do século XVII.

Para exemplificar como a infância ocupava um lugar social desprivilegiado, em que a indiferença e até mesmo a rejeição eram atitudes que passavam despercebidas, o livro nos mostra que em outros tempos a morte de uma criança era sentida como um evento quase banal (altos índices de mortalidade infantil). Também, era muito comum a recusa das mulheres em relação ao aleitamento do bebê e envio dos bebês para amas e instituições.

Elenca os três atos que as famílias abastadas adotavam no sentido de abandono dos filhos, a saber: o envio dos filhos para viver com as amas até os 4 ou 5 anos; admissão de governanta (para as meninas) e preceptor (para os meninos) até os 7 anos; encaminhamento para o internato por volta dos 8 ou 10 anos com o objetivo de aperfeiçoar a educação. Ainda para as filhas mulheres restavam os conventos, para aguardar o casamento. Ela define ironicamente esse guia de atitudes de: "*como livrar-se dos filhos mantendo a cabeça erguida" (26).*

Ainda que mesmo que hoje já haja reconhecimento de que não se trata de um instinto, mudando-se o vocabulário, houve manutenção das ilusões, uma vez que permanece uma concepção generalizada que *"o amor de uma mãe pelo filho é tão forte e quase geral que provavelmente deve alguma coisinha à natureza" (26).*

> "Responder-me-ão que levanto por minha vez a hipótese discutível de que o amor materno não é inato. É exato: acredito que ele é adquirido ao longo dos dias passados ao lado do filho, e por ocasião dos cuidados que lhe dispensamos" (26).

Destaco a importância da palavra ‘’cuidados’’ que a citação acima traz. Ela nos aponta para a importância da convivência da mãe com o bebê para o que o vínculo de amor se construa.

Ainda reafirma a importância da relação triangular, já explorada pela psicanálise, não só como um fato psicológico, mas também como uma realidade social, afinal *“é impossível, portanto, mencionar um dos membros da microssociedade familiar sem falar dos dois outros”*, aqui se referindo ao pai e ao filho. Nos diz que essa imagem da mãe que temos hoje e a importância de seu papel iniciaram fortemente a partir do último terço do século XVIII, que é quando “o mito ganhou vida” e faz questão de ressaltar que não quer dizer que esse amor não existisse antes, mas é a partir daí que ele começa a ser socialmente exaltado (26).

Portanto, na segunda parte do livro que ela denomina *“Um novo valor: o amor materno*” começa a se desenhar uma nova imagem de mulher, em que o bebê e as crianças transformam-se nos objetos privilegiados da atenção materna. Essa atitude de vigilância materna, que outrora não existia, estende-se de maneira ilimitada. Mudam-se os hábitos: além de voltar a amamentar, há forte preocupação com a saúde do bebê. Esse novo papel da “nova mãe” adquire um caráter gratificante, uma vez que está impregnado de ideal e foi promovida a “nobre função”. Entretanto, ressalta já aí o “atraso” das classes desfavorecidas: *“compreende-se que a atenção materna é um luxo que as mulheres pobres não se podem permitir” (26).*

Ainda problematiza que toda essa transformação é atravessada pelo interesse do Estado, e nesse sentido sustentado por três discursos: o discurso econômico, que se preocupa com o declínio demográfico – baixa da taxa de natalidade e alto índice de mortalidade infantil, no sentido de que a criança se torna importante (e uma preocupação) para o Estado no momento em que ela é quantificada de forma mercantil, ou seja, na perspectiva da vida como um valor monetário importante; o discurso filosófico do Iluminismo (ideia de igualdade e felicidade) e o discurso dos intermediários (voltado às mulheres), já que delas dependia o “êxito da operação” (26). Mais uma vez, vemos o biopoder (em prol do controle das populações) dando visibilidade/ressaltando os interesses do Estado, impactando assim na regulação da vida.

De uma maneira geral, o livro nos apresenta uma linha do tempo em que inicialmente (quando começa a sua análise) a figura da mãe era absolutamente desimportante e vai delineando como esse papel se altera para a construção de uma

imagem de mãe “naturalmente devotada” (aí reside o mito), alertando que essa nova função, que abrangia cada vez mais novas responsabilidades, trouxe na contramão a culpabilização das mulheres.

> ‘’Se estavam todos de acordo em santificar a mãe admirável, estavam também em fustigar a que fracassava em sua missão sagrada. Da responsabilidade à culpa havia apenas um passo, que levava diretamente à condenação” (26).

Diante dessa criação (mãe devotada), instaura-se então os ‘’retratos de mães más: ausente, incapaz ou indigna’’. Essa mãe é o inverso da naturalmente devotada. A grande perversidade é que *“entre esses dois personagens, não há nenhum intermediário possível, um abismo intransponível”* é instaurado na cultura (26).

Portanto, até aqui já temos pistas importantes que vão desenhando o cenário de fundo que buscamos abordar no presente trabalho, de mulheres que fazem uso de drogas e que estão grávidas: não há uma mãe sem uma leitura dessa relação e do contexto em que se vive; *o amor é construído na experiência do cuidado.* Além disso, criou-se um conceito de maternidade ideal (naturalmente devotada) que não tolera “turvações”.

Mas como possibilitar a experiência do cuidado diante do cenário de uma mulher usuária de droga e que engravida? Retornemos à encruzilhada: se uma mulher fica grávida, a lei e a norma vão lhe dizer sobre a obrigatoriedade de seguir com a gestação e de se vincular a esse bebê, ou seja, de cultivar com cuidado essa gravidez, por meio do pré-natal e tudo o que significa se preparar para a chegada do bebê. E esta é a expectativa que se tem das mulheres em geral, inclusive da usuária de drogas.

Mas, ao final da gestação e mais particularmente no momento do nascimento do bebê, podemos observar a atuação de uma **força** que é contrária a esse movimento inicial (de estímulo à vinculação e obrigatoriedade da maternidade para a mulher usuária). É um jogo de forças opostas, em que num primeiro momento a mulher é “obrigada” a querer ser mãe e num segundo momento ela é “obrigada” a deixar de querer ser mãe, sendo duplamente “judicializada”.

> “No primeiro momento a censura advém da crítica à mãe desnaturada que não quer ficar com seu filho. No segundo momento, a indignação se insurge contra aquela mãe que vai ficar com a criança mesmo sem ter condições socioeconômicas

> e/ou familiares para fazê-lo: Vai ficar com a criança pra passar fome com ela?" (58).

É nesse retrato que a mulher usuária de drogas é "capturada", ficando presa nessa encruzilhada de forças contrárias, onde quer se vincular, mas que teme intensamente o momento do nascimento e possível separação, caindo nesse "abismo instransponível" dentro de um labirinto que lhe apresenta inúmeros obstáculos.

Consideremos que não estamos falando de um único corpo, e sim de dois sujeitos unidos corporalmente. Mãe e filho. Em nome da prioridade absoluta da defesa da vida da criança, que tecnologias de poder poderão ser utilizadas com essas mulheres? Que práticas sociais de disciplinamento poderíamos identificar?

Algumas dessas práticas são: não acolhimento do desejo da maternagem dessa mulher; protocolo não oficial para evitar vínculo e cenas dramáticas: não podem ver o bebê, não podem amamentar (não sentir), para que a mãe e o filho não criem vínculo e "sofram" com o momento da alta; laqueadura compulsória não justificada de fato; exigência de emprego e moradia x ausência de ofertas reais e viáveis para que essa mulher possa reconstruir sua vida com um bebê.

E alguns resultantes disso podem ser uma ausência da elaboração do luto em caso de institucionalização do bebê, uma perda não assimilada, a construção de sentimento de culpa ou ainda um vazio do "bebê roubado" que solicita ser preenchido por um novo bebê, fenômeno conhecido como "gravidezes de repetição".

> "A falta de elaboração adequada da entrega de um filho pode, a nosso ver, talvez explicar os casos nos quais o ciclo abandono-adoção tende a se repetir. Não raro, após a entrega de um filho decorrem sucessivas gravidezes que parecem grosso modo, objetivar preencher o vazio de um luto não elaborado, talvez até aplacar a culpa decorrente de tal ato". (58)

Nesse trecho, a autora do livro "Mães abandonadas" nos fala do contexto da entrega "mal elaborada" do filho em adoção, mas entendemos que esse fenômeno de repetição da gravidez, também, pode ocorrer nos casos de destituição do poder familiar quando essa mulher apresentava o desejo de maternar o filho recém-nascido.

A perpetuação da falta de poder, reconhecimento e precariedade de acesso a recursos sociais após a experiência da maternidade, em círculo vicioso, compromete a capacidade desses sujeitos de controlar vários aspectos de sua vida, inclusive tomar decisões sobre o número de filhos (59).

De toda forma, refletimos que essa construção social de extremos (mãe devotada x mãe incapaz) ainda hoje impossibilita um cuidado às mulheres que não correspondem ao nosso ideal da boa natureza da mãe.

4.3 O duplo parto: sobre fluxos, entrega, destituição do poder familiar, adoção e luto

Jundiaí conta com um histórico muito marcante no que se refere à denúncia sobre irregularidades de adoções internacionais. Entre 1992 e 1998, um juiz titular da Vara da Infância e Juventude do município autorizou um total de 484 adoções, sendo 204 internacionais.

Mais de 50 mulheres, que se reuniam às segunda feiras no chamado "Movimento Mães da Praça do Fórum" apontaram que o juiz foi arbitrário ao tirar a guarda de seus filhos [16]. Uma CPI foi instalada[17]. O relatório final da CPI concluiu: *"O juiz claramente não obedeceu a todos os rituais do Estatuto da Criança e do Adolescente. Espero que o Ministério Público Federal investigue com atenção essas e outras irregularidades apontadas no relatório",* disse o relator da CPI do Judiciário[18].

Entretanto, pela repercussão dos fatos ocorrida na mídia, em 11 processos movidos pelo juiz, as empresas jornalísticas foram condenadas a pagar milhões por danos morais - algumas ações foram encerradas com acordos, outras ainda tramitam. Em dezembro de 2001, o Órgão Especial do Tribunal de Justiça de São Paulo o absolveu[19]. Atualmente esse juiz é desembargador do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.

O que nos compete refletir aqui é que essa é uma marca no histórico da cidade que pode ter contribuído para a fama inadequada de que o "juiz vai tirar meu bebê". Ainda que muitas dessas mulheres acompanhadas hoje não tenham vivido essa situação no passado e ainda que hoje o cenário do judiciário possa ser diferente, essa é uma história que perpassa o tempo.

---

[16] Veja mais em http://www.senado.gov.br/noticias/opiniaopublica/inc/senamidia/historico/1999/4/zn042812.htm

[17] Veja mais http://www12.senado.leg.br/noticias/materias/1999/10/19/cpi-aprova-relatorio-parcial-sobre-adocoes-internacionais-em-jundiai

[18] http://www1.folha.uol.com.br/fsp/campinas/cm1712199908.htm

[19] http://osamigosdopresidentelula.blogspot.com.br/2008/04/juiz-ganhou-r-92-milhes-em-11-processos.html

É nítido no acompanhamento dos casos o temor que muitas dessas mulheres têm de revelar sua gravidez à rede de saúde; de acessarem os serviços de saúde; de se vincularem e permitirem esse acompanhamento. Muitas são as estratégias adotadas por elas nesse sentido: observa-se uma dificuldade maior de acessá-las no final da gravidez, que é quando esse temor parece ganhar vida diante da proximidade do parto. Além disso, já acompanhamos casos de mulheres que buscaram outros municípios no momento do parto; outras ainda sequer tivemos notícias das circunstâncias do nascimento, uma vez que "desapareceram" da rede e do território em que eram acessadas.

Fazemos essa introdução para refletir sobre o que está em jogo nesse cuidado: é evidente que paira sobre essa mulher o medo da perda do bebê e que esse aspecto não pode ser negligenciado em uma rede que se propõe a oferecer cuidado. Talvez esse seja um dos maiores desafios deste trabalho: ser uma rede confiável para as mulheres.

A legislação nos diz que:

> Art. 1638 – Perderá por ato judicial o poder familiar o pai ou a mãe que: I – castigar imoderadamente o filho; II – deixar o filho em abandono; III – praticar atos contrários à moral e aos bons costumes; IV – incidir, reiteradamente, nas faltas previstas no artigo antecedente. Código Civil (60).
>
> Art. 22 – Aos pais incube o dever de sustento, guarda e educação dos filhos menores, cabendo-lhes ainda, no interesse destes, a obrigação de cumprir e fazer cumprir as determinações judiciais.
> Art. 24 – A perda e a suspensão do poder familiar serão decretadas judicialmente, em procedimento contraditório, nos casos previstos na legislação civil, bem como na hipótese de descumprimento injustificado dos deveres e obrigações a que alude o artigo 22 Estatuto da Criança e do Adolescente (61).

Portanto, do ponto de vista legal, essa destituição pressupõe a existência de contraditório e de ampla defesa.

Entretanto, duas recomendações emitidas pelo Ministério Público de Belo Horizonte[20] trouxeram à tona uma prática bastante comum nos municípios: os fluxos não oficiais entre Vara da Infância e Juventude, Ministério Público e Hospitais (Maternidades) no momento do nascimento de um bebê cuja mãe foi identificada como

[20] http://noticias.r7.com/minas-gerais/defensoria-quer-impedir-adocao-obrigatoria-de-bebes-de-usuarias-de-drogas-01062015

usuária de drogas e/ou em situação de rua. Essas recomendações tratavam do encaminhamento dos filhos para acolhimento institucional.

Após muitos questionamentos acerca dessas recomendações, os debates se ampliaram em diversos municípios e em setembro de 2015 o MS (Ministério da Saúde) emitiu a Nota Técnica que tratou dessa questão e posteriormente outra nota em 2016. No próximo item esses documentos serão discutidos.

Mas, aqui nos ateremos à compreensão de que "fluxos não oficiais" já foram "apreendidos" por essas mulheres, que sabem que o risco da perda dos filhos no momento do nascimento é real, uma vez que não é incomum que já tenham um histórico anterior de adoção de outros filhos e/ou acolhimento institucional.

E é na contramão desta lógica (fluxos não oficiais) que se implantou a Comissão Flores de Lótus de Jundiaí. Como uma das fundadoras da Comissão, posso dizer que a minha maior motivação foi oferecer um cuidado a esta mulher antes do nascimento do bebê e empoderá-la a realizar uma escolha legítima e que, se fosse ficar com o filho, pudesse ter apoio de uma rede no sentido de nos anteciparmos a um "desfecho desfavorável" na ocasião da alta hospitalar.

Nesse sentido, a Comissão Flores de Lótus de Jundiaí se inspirou no fluxo anexo 1 da Nota Técnica emitida pelo Ministério da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Social para adotarmos como referência para a construção do necessário cuidado integral à mulher e seu filho recém-nascido. A reorganização destes fluxos vem no sentido de estabelecer a primazia do cuidado à judicialização.

Mas, acima do cenário local, é preciso problematizar duas situações distintas: **o da entrega protegida e o da destituição do poder familiar.**

Comecemos a análise pelas situações da "entrega protegida", partindo do pressuposto que foi uma gravidez não planejada e que essa mãe deseja entregar o filho para a adoção de forma voluntária.

A entrega é uma das possibilidades previstas pelo ECA[21], e ainda que a legislação aponte para a importância da prestação da assistência a gestante e

[21]Art. 8º É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016)

§ 1º O atendimento pré-natal será realizado por profissionais da atenção primária. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016)

§ 2º Os profissionais de saúde de referência da gestante garantirão sua vinculação, no último trimestre da gestação, ao estabelecimento em que será realizado o parto, garantido o direito de opção da mulher. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016)

puérpera nesse momento, essa prática ainda é atravessada por muitos preconceitos e julgamentos da "mãe que abandonou o filho". Nesse sentido apontamos a importância que se cuide do processo de decisão da mãe e, também, sobre a qualidade dessa decisão (58).

De maneira geral, o senso comum vai nos dizer sobre essa mulher adulta "*sabe se cuidar e dispõe de livre arbítrio para tomar as decisões"*, entretanto, sabemos que há fatores socioculturais atravessando esse processo e pressões de diferentes níveis, seja no social, institucional ou familiar.

Uma pesquisa que entrevistou as mães biológicas que entregaram seus filhos em adoção identificou que *"a maioria das mães entrevistadas entregou seus filhos porque haviam quebrado as regras, opondo-se aos padrões sociais e assim ficaram ameaçadas de viver apartadas da sociedade "respeitável"(62).*

> "A respeito da "decisão" de entregar o filho, Jones afirma que a palavra não se aplica à entrega do filho em adoção. Segundo o autor, quando essas mães discutem os eventos que as conduziriam à entrega do filho, algumas insistem em que o termo decisão é enganoso, porque implica em que participaram ativamente do processo ou que tinham outras opções a considerar, quando para muitas este caso não era o caso.
> O autor vai mais além quando afirma que o termo reflete o preconceito da sociedade em relação às mães biológicas, uma vez que a "decisão" de entregar era frequentemente tomada por outras e, na maioria das vezes, se apresentou como sendo a única escolha" (58).

Outros autores também concluem que a palavra decisão *"poderia ser objetada se a entendemos como produto do livre arbítrio, uma vez que sua pesquisa confirmou que essas mulheres nem sempre dispõem de liberdade para escolher o que desejam fazer com a criança que concebem" (63).*

---

§ 3º Os serviços de saúde onde o parto for realizado assegurarão às mulheres e aos seus filhos recém-nascidos alta hospitalar responsável e contrarreferência na atenção primária, bem como o acesso a outros serviços e a grupos de apoio à amamentação. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016)

§ 4º Incumbe ao poder público proporcionar assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal. (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência

§ 5º A assistência referida no § 4º deste artigo deverá ser prestada também a gestantes e mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção, bem como a gestantes e mães que se encontrem em situação de privação de liberdade. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016)

Artigo 13 - § 1º As gestantes ou mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção serão obrigatoriamente encaminhadas, sem constrangimento, à Justiça da Infância e da Juventude. (Incluído pela Lei nº 13.257, de 2016)

Em outra pesquisa realizada, os pesquisadores observaram que as mães que se referiram à **pressão externa** como razão para a entrega da criança (seja da família, dos assistentes sociais ou por falta de condições econômicas) estavam mais propensas ao arrependimento e a buscar seus filhos em anos posteriores à entrega do que aquelas que mencionaram razões mais internas para a decisão (idade; despreparo para a maternidade; desejo de completar os estudos) (64).

Além disso, sabemos que muitas vezes a decisão da entrega dos filhos em adoção é feita no mesmo dia da alta hospitalar da maternidade, ou seja, em pleno estado puerperal, em que a mulher tem seu estado emocional alterado em diversos sentidos, que vai desde o hormonal até os de dinâmica e significação emocional mais complexa.

Portanto, qual a qualidade dessa decisão nessas circunstâncias?

> "Preconiza-se, incessantemente, no processo de entrega-adoção a defesa dos interesses da criança, e o posicionamento mais comum diante das mães biológicas é o de que elas não têm a mesma importância que o filho. Este posicionamento pressupõe que aquilo que ocorre com a mãe nada tem a ver com o filho e não o afeta. Há, entretanto, crianças que são institucionalizadas porque suas mães não têm qualquer apoio quanto às pressões externas e internas sofridas. Essas crianças são a prova viva de que cuidar da mãe significa cuidar do filho" (58).

Os questionamentos que ficam são:

Qual o real acesso dessas mulheres às políticas públicas de promoção de saúde e direitos sexuais e reprodutivos garantidos? Esses serviços chegaram até elas? Ofereceram um acolhimento adequado? Houve um trabalho considerando o território ou numa perspectiva ambulatorial? Quantas destas receberam orientação sobre o que fazer caso se envolvam em uma relação com risco de DSTs e gravidez indesejada?

E caso sejam vítimas de violência sexual? Essas mulheres têm acesso às políticas públicas para abortamento legal? Afinal, pensar em aborto sem culpa é quebrar o pacto social, ainda que em outras camadas sociais isso ocorra de maneira clandestina, mas mais segura. Isso sem falar no "aborto paterno", já posto e naturalizado em nossa sociedade.

O quanto estas mulheres estão empoderadas sobre a possibilidade da entrega protegida (reconhecendo o desejo responsável e voluntário da mulher de não

permanecer com a criança), ou seja, que isso não significa um crime de “abandono”? O quanto sentem a imposição da maternidade? Mais ainda: quando ocorre a entrega esta foi uma escolha de fato ou uma desistência por falta de apoio real?

Verificamos que a entrega protegida é cercada de dificuldades em um processo complexo que envolve a “decisão” da mulher.

E o que dizer então dos processos de destituição do poder familiar em que a criança (aqui mais especialmente os recém-nascidos) encontra-se acolhida em uma instituição separada de seus pais?

Independente da gravidez ter sido planejada ou não, **se essa mulher deseja maternar esse filho, como é vivenciar esse processo judicial**? Quais as reais chances que são vislumbradas no sentido do retorno ao convívio familiar? Quais expectativas recaem sobre elas?

Por outro lado, temos a reflexão que nos cabe enquanto profissionais: O que essa rede é capaz de oferecer? Temos os direitos mínimos garantidos? Como esse pré-natal é ofertado? Como é o acolhimento dos serviços? Há serviços de acolhimento conjunto entre mães e filhos durante a gestação e após o nascimento? E os direitos como moradia, emprego, creche para os filhos? Qual o real amparo ofertamos para que a mulher tenha opções/condições de reconduzir sua vida em família?

> “O tema da separação entre mãe e filho tem, inegavelmente, o poder de despertar angustia, pois nos remete a dogmas como o amor materno e a questões emocionais pessoais de maior profundidade, uma vez que somos todos filhos e quem sabe, muitos somos pais.
> A própria justificativa baseada na agilização do processo é paradoxal e ansiogênica. Por um lado, a bibliografia nos informa que a mãe biológica frequentemente passa por momentos de grande angústia, sensações de fracasso ou culpa que são exacerbados se aqueles que trabalham no processo da adotivo tiverem como preocupação exclusiva a entrega rápida da criança em adoção” (58)

E é sobre esse argumento da agilização do processo em benefício da criança que queremos nos ater. A que interesses esse “tempo ágil” vem atender?

Partimos de uma sociedade que coloca que a função de maior relevância em um casamento é ter filhos. Diante da incapacidade de concretizar tais expectativas sociais em função da infertilidade, muitos destes recorrem à adoção.

Somado a isso, é notório que o cadastro de pretendentes a adoção é bastante seletivo: há preferência predominante por crianças mais novas (principalmente bebês). Apenas um em cada quatro pretendentes (25,63%) admite adotar crianças com quatro anos ou mais, enquanto apenas 4,1% dos que estão no cadastro do CNJ à espera de uma família têm menos de 4 anos. Portanto, há significativa diferença entre o perfil desejado pelos pretendentes e as crianças disponíveis para serem adotadas. "*Para cada criança pronta para adoção, há seis pessoas dispostas a acolhê-las na família, mas diferença entre perfil idealizado e o mundo real é obstáculo à redução da enorme fila de espera" [22] (65).*

Mais de 7 mil crianças e cerca de 38 mil pretendentes estão cadastrados no Cadastro Nacional de Adoção (CNA) atualmente[23]

> "Muitas das crianças e adolescentes que acabam envolvidas no sistema de adoção advêm de famílias vulnerabilizadas (desprovidas de apoio sócio-educacional do Governo), nas quais também os genitores são, em certa medida, vítimas da falta de estrutura estatal. Localidades mais pobres, que não dispõem de escolas acessíveis, creches e espaços de convivência, expõem crianças e adolescentes a situações de risco e abandono, nem sempre devida a uma omissão voluntária dos pais. Da mesma forma, a falta de uma estrutura de apoio e tratamento para pais dependentes de álcool, crack ou outras drogas, acabam submetendo não só as crianças e adolescentes, mas a entidade família por inteiro a uma situação de abandono, pobreza e desestrutura social, incluindo o próprio dependente. A suspensão do poder familiar e a disponibilização de crianças para o sistema de adoção se torna, nesse contexto, em parte subproduto da própria deficiência da atuação do Estado no apoio a essas famílias em estado de vulnerabilidade. E, como em outras situações nas quais o braço Executivo e Legislativo do Governo não atuam adequadamente, as demandas sociais mais agudas acabam por desaguar no Poder Judiciário, a quem cabe empreender os derradeiros esforços em dar efetividade a direitos e garantias sociais previstas de forma abstrata na legislação*"* (65).

O problema tem dois lados. Um diz respeito às crianças e adolescentes que entram no sistema de adoção tardiamente. O outro diz respeito aos casos nos quais a criança entra antes dos cinco anos no sistema, mas fica retida por conta de entraves processuais (65).

---

[22] Veja mais em: https://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/adocao/realidade-brasileira-sobre-adocao.aspx

[23] http://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/cadastro-nacional-de-adocao-cna

Não estamos negando aqui os danos da institucionalização precoce e da longa permanência em serviços de acolhimento institucional, mas o que verificamos por vezes é que os campos se entrecruzam (destituição do poder familiar x adoção) no sentido de "agilizar" os processos, para poder atender a demanda dos pretendentes à adoção e supostamente ao melhor interesse da criança. Mas como dimensionar o que é real no que se refere "ao melhor interesse da criança"?

É aí que os profissionais vão se deparar com seus grandes dilemas. Até onde "investir" com a família natural?

O ECA (61) prevê que:

> Art. 19. É direito da criança e do adolescente ser criado e educado no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral.(Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016)
> § 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. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016)

Diante disso, é necessário que todos os esforços sejam realizados para a manutenção da criança na família natural ou extensa. Mas, qual o custo desse investimento? Questionamentos de toda ordem serão levantados: *"Essa criança não pode ficar esperando a boa vontade da mãe dela no serviço de acolhimento"; "Até quando vamos investir nessa família"?; "Essa criança já poderia estar numa família"; etc.*

Quero ressaltar que por vezes as situações concretas vão nos apresentar dilemas bastante complexos mesmo e somente com supervisão e um trabalho em rede que não se desconecta frente aos conflitos ou dissensos, mas que procura amadurecer com esses desafios é que poderemos conduzir o trabalho com a criança, com a família e o processo judicial propriamente dito sob o princípio da razoabilidade.

Uma das principais críticas feitas ao judiciário, refere-se a sua morosidade. Mas por outro lado, essa pressa que se impõe nos casos de destituição do poder familiar, também, parece contribuir para a falta de sintonia entre o bom termo e andamento da ação.

> “Na posição explanada por Samuel Miranda Arruda, o direito fundamental à razoável duração do processo possui caráter bidimensional, não significando apenas aceleração processual ou dilação de prazos, mas o inverso, consistente em "um tempo de tramitação otimizado, em compasso com o tempo da justiça". Para o citado autor, referido princípio exige, de um lado, que o processo se desenvolva de maneira célere e, de outro, que haja tempo suficiente para que as partes exercitem seu direito de defesa, e que haja, ainda, um tempo para maturação da decisão judicial. Assim, haveria violação ao direito fundamental tanto com o transcurso moroso de um feito quanto pelo transcurso apressado do procedimento, negando às partes exercitar suas prerrogativas de defesa, a completa produção probatória ou mesmo o período de reflexão inerente à tarefa de julgar” (66).

Portanto, essa vertente “tempo” que se coloca nestes casos precisa ser bem administrada nos dois sentidos (morosidade x aceleração), para que possamos manter a razoabilidade frente à complexidade do tema.

Por fim, pensamos que essa vertente jurídica do contexto que essa mãe e essa criança estão vivenciando, não deve ser menosprezada nem tampouco negligenciada no projeto terapêutico que se propõe a essa família, ou se já, cabe aos profissionais trazer a discussão o quesito “tempo” (da gestação, das metas no projeto, tempo processual), entendendo que isso pode significar inclusive uma motivação e maior empoderamento em termos de cidadania para que os envolvidos possam fazer suas escolhas com maior consciência.

Retomemos agora a expressão do título desse subitem: “o duplo parto”. O período de 40 semanas (aproximado) de uma gestação envolve toda uma preparação em nível físico e psíquico para que essa mulher possa ter um “bom parto” e receber seu filho em seus braços em condições saudáveis e seguras. Tudo o que foge desse tempo de maturidade gestacional envolve riscos (pré-termo ou pós termo).

Um desfecho processual desfavorável (destituição do poder familiar) para os pais (ou somente a mãe, quando não há pai reconhecido) é sempre vivido com um novo parto, que vai requerer a elaboração de um luto e de muito apoio para essa família.

E quando ocorrido “fora de um tempo razoável” pode ser vivenciado de forma a uma não elaboração do luto pelo bebê perdido, um bebê que é criado na cabeça da mãe, que pode desdobrar em novos episódios de repetição de um desejo que busca se realizar (gravidez de repetição).

Portanto, esse duplo parto pode ter muitas significações para todos os envolvidos: pode significar escolha; pode significar perda; pode significar trauma; pode significar repetição; pode significar injustiça; pode significar separação e pode significar elaboração.

4.4 As políticas, os territórios e as redes

Antes de falar das políticas públicas de uma maneira geral, é necessário posicionar ao leitor qual a realidade da cidade de Jundiaí.

Localizada no interior do Estado de São Paulo (49 km de distância da capital), segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) conta com 401.896 habitantes (estimativa 2015).

Com PIB de R$23,7 bilhões (Produto Interno Bruto dos Municípios) é a nona maior economia do Estado de São Paulo, e a vigésima quarta do Brasil (67). Além disso, o município ocupa a quarta posição no Estado em termos de Índice de Desenvolvimento Humano, entre 645 municípios, e a segunda posição no Estado, para municípios com mais de 200 mil habitantes, tendo a Indústria e o setor de Comércio e Serviços muito desenvolvidos, constituindo a base da economia local (68).

Portanto, é inegável a importância de Jundiaí como polo de um aglomerado urbano (Jundiaí, Várzea Paulista, Campo Limpo Paulista, Jarinu, Louveira, Itupeva e Cabreúva) que foi criado em 2011. Nesse sentido, é importante considerarmos a localização geográfica do município (malha rodoviária que permite acesso privilegiado), que apresenta uma localização estratégica entre os dois maiores centros urbanos paulistas - Campinas e São Paulo. Além disso, tem um importante entroncamento rodoferroviário.

Esse contexto geográfico, além de favorecer a logística do mercado, estimulou a migração de pessoas de outros municípios para estudar, trabalhar, acessar o comércio local e buscar serviços (inclusive de saúde). Considerando também a expressiva presença do tráfico de drogas no município, nesse sentido podemos compreender que Jundiaí, também, é um município importante na rota do comércio e consumo de drogas.

Entretanto, Jundiaí apresenta um histórico na área de Saúde Mental que deixou marcas que até hoje se configuram como grandes desafios para o município. A cidade contou com a existência de dois Hospitais Psiquiátricos: Hospital Psiquiátrico

do Jd. Tamoio (área de 7 mil metros quadrados, que após o fechamento na década de 90 passou por ocupações e acabou se tornando ponto de consumo de drogas) e outro, desativado por volta do ano 2000.

Todavia, o fechamento destas instituições não foi acompanhado de processos de desinstitucionalização conforme preconizado na Reforma Psiquiátrica, tampouco houve investimentos na área de Saúde Mental para a implantação de uma rede de serviços substitutivos, apesar da mobilização e militância de trabalhadores. Este processo gerou desassistência e por vezes, a "exportação" do cuidado com internações em outros municípios, além de possíveis desdobramentos na questão social, como a vivência de rua, por exemplo.

Mas, felizmente, começamos a assistir a partir de 2012, mudanças significativas na "governabilidade" e mais especificamente na gestão da Secretaria de Saúde que iniciou seus trabalhos em 2014. Desde então, o município vivenciou um processo de profundos avanços, buscando a autossuficiência do cuidado em Saúde Mental.

> "Toda a Rede de Atenção à Saúde de Jundiaí, incluindo a saúde mental, vem sendo reorganizada e reformulada, sob os princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica, da desinstitucionalização e da redução de danos – a partir do Paradigma da Inclusão. Foram instituídos incansáveis Colegiados de Gestão com gerentes dos mais diferentes serviços da rede de saúde, que se realizam mensalmente, ora em sua totalidade, ora de forma regional (...) A organização da RAPS conta ainda com um Colegiado de Saúde Mental, a estratégia de apoio matricial implantada junto a todas as Unidades Básicas de Saúde, e 1 Centro de Convivência, Cultura e Geração de Trabalho e Renda, sendo estruturado de maneira intersetorial, com forte articulação com a Secretaria Municipal de Cultura" (69).

A RAPS atualmente conta com 1 CAPSADIII, 1 CAPSIII, 1 CAPSII, 1 CAPS Infanto juvenil, 1 Consultório na Rua, 4 Equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Serviço Hospitalar de Referência em saúde mental.

Portanto, é nesse cenário político que a pesquisa se realizou.

Exposta essa caracterização do município, é importante considerar que estamos vivendo um tempo de intensas mudanças no que se refere ao modelo de atenção em Saúde Mental. Esse modelo de atenção teve início com a Reforma Psiquiátrica, mas ainda se encontra em processo de legitimação.

Muitas foram as publicações de portarias, decretos e leis nos últimos anos referente à saúde da mulher e a implantação de uma rede de atenção psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas.

O objetivo do presente trabalho não é fazer a análise documental de todo esse acervo, entretanto buscamos cartografar a produção de saúde através de alguns documentos que tratam mais especificamente à temática do (a) usuário (a) de drogas (RAPS), sobre a saúde da mulher e dispositivos legais sobre o direito da criança e do adolescente.

É claro que essa "seleção" não esgotará todo o rol de documentos disponíveis, portanto, elencamos os de maior relevância para a pesquisa, apresentando-os de forma agrupadas nesses quatro eixos:

1) Saúde da Mulher;
2) Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente & Saúde da Criança;
3) RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) e outras redes;
4) Híbridos (ainda que o tema da pesquisa seja naturalmente transversal, identificamos a necessidade da criação desta categoria e agrupamos os documentos que mais explicitamente são transversais às temáticas acima apontadas).

Abaixo, portanto, apresentamos a Tabela 6.

Saúde da Mulher	1983 - PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher)	2000 – Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN)	2004 – PNAISM (Programa Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher)	2005 – Lei 11.108 (garantir a parturiente a presença de acompanhante)	2012 – Manual Técnico de Gestação de Alto risco
Sistema de Garantia de Crianças e Adolescentes e Saúde da Criança	1990 - Lei 8069/1990 – ECA (Estatuto da Criança e Adolescente)	2006 – Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do direito de crianças e adolescentes à Convivência Familia e Comunitária	2009 - Lei 12.010/2009	2016 – Lei 13.257/2016 – "Marco Legal da Primeira Infância"	
Rede de Atenção Psicossocial e Outras Redes	2001 - Lei 10216/2001	2003 – Política para atenção integral ao uso de álcool e outras drogas	2010 – Decreto 7179/2010 – Plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas	2011 – Portaria 3088/2011 – Institui a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial)	2016 – Portaria que institui a Comissão Flores de Lótus de Jundiaí
Híbridos (documentos que se relacionam com os 3 eixos)	2005 – Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal (Portaria 427/2005).	2011 – Portaria 1459/2011 – Institui a Rede Cegonha	2015 - Nota Técnica MS	2016 – Resposta MP/RJ sobre Nota Técnica emitida em 2015 pelo MS	2016 – Nota Técnica MS e MDS (2016);

Aqui, o que queremos destacar é que a escolha pela apresentação nesses moldes se sustenta no reconhecimento que a evolução do que hoje temos como diretrizes e políticas foram construídas pela luta de fortes movimentos sociais tais como o Movimento Feminista e da Reforma Psiquiátrica.

Afinal, é de suma importância "registrar contextos e contornos, muitas vezes preteridos nos documentos oficiais, explicitando elementos que foram decisivos para a escolha de caminhos e apostas" (70).

Para tanto, iniciamos apresentando a importância do Movimento Feminista na evolução da construção das políticas de Saúde da Mulher.

Na década de 80, os movimentos feministas reivindicavam dos governos mudanças nas políticas de saúde. No Brasil, em um contexto de reivindicação por políticas de acesso aos métodos contraceptivos, foi proposto em 1983, o PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - Brasil (71,72).

Esse foi um importante marco inicial de uma abordagem da saúde da mulher de forma mais individualizada, reconhecida em suas necessidades integrais, compreendendo a assistência a diversos ciclos de vida, desvinculada da saúde da criança, como era anteriormente no Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (1974). Esse antigo programa tinha ações voltadas ao pré-natal, parto e puerpério, direcionadas ao corpo das mulheres-mães, visando o nascimento de crianças saudáveis. Já o PAISM veio fortemente marcado pelo movimento da reforma sanitária e na vertente das concepções políticas específicas sobre as mulheres pelo movimento de mulheres e de feministas. (71,73).

Tendo como fundamento a concepção de integralidade, o PAISM apresentou princípios e diretrizes programáticas para as ações de saúde destinadas ao atendimento das necessidades prioritárias das mulheres**.** Na ocasião foi algo inovador, uma vez que o documento surge no contexto anterior à promulgação da Constituição Federal de 1988 e do SUS (74).

Em 1993 foi criada a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) que é o movimento nacional pioneiro na defesa de uma atenção humanizada e respeitosa, em contrapartida a violência institucionalizada no parto e no nascimento vigente no pais (71). Em 2000, através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000 (75) o Programa de Humanização do Pré Natal e do Nascimento (PHPN) é institucionalizado. Entendendo que a não percepção da mulher como sujeito e o desconhecimento e desrespeito aos direitos reprodutivos constituem o pano de fundo

da má assistência, o PHPN é instituído, na perspectiva da garantia de direitos e humanização.

Dando continuidade à necessária modernização da assistência à saúde da mulher, após 30 anos de PAISM, em 2004, o Ministério da Saúde (76) publica a "Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes" (PNAISM).

O documento foi elaborado em parceria com diversos setores da sociedade, principalmente com o movimento de mulheres e feministas, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional.

A PNAISM apresentou princípios e diretrizes para nortear a atenção à saúde da mulher no Brasil, explicitando um compromisso com a garantia dos direitos humanos das mulheres e a redução da morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. No documento foram incorporados, com um enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde, como princípios norteadores (76).

Em 2005, com a promulgação da Lei 11.108/2005 temos mais uma importante conquista: a garantia da parturiente a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS.

Diante do compromisso federal já iniciado no "Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade materna e neonatal em 2005 de promover a maternidade segura e reduzir a morbimortalidade materna e perinatal, em 2012 é lançado o Manual Técnico da Gestação de Alto Risco (77), considerando-se que a maioria das mortes e complicações que surgem durante a gravidez, parto e puerpério são preveníveis.

O documento considera que em sendo a gestação um fenômeno fisiológico, sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Entretanto, "*há uma parcela pequena de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de "gestantes de alto risco"."* Dentre estas condições, o consumo de álcool e outras drogas é abordado como alto risco.

Avalia-se que o objetivo do Manual é promover a orientação às equipes de saúde para a identificação precoce e adequada dos problemas ou fatores de risco, disponibilizando instrumentos no processo de organização da assistência materna e

perinatal, uniformizando conceitos e critérios para a abordagem da gestação de alto risco e organizando o nível de assistência.

No capítulo do Manual destinado aos "*Transtornos Psiquiátricos e uso de álcool e drogas"*, é posto que, ao contrário do que se pensava, a gestação e o puerpério constituem momentos de maior vulnerabilidade para quadros psiquiátricos, sendo as patologias psiquiátricas mais frequentes na gestação os transtornos de humor, quadros ansiosos, transtornos psicóticos, abuso e dependência de substâncias psicoativas e distúrbios alimentares. O texto aborda principalmente os riscos clínicos e neonatais diante do consumo de álcool e outras drogas, entretanto, alerta para a especificidade do cuidado:

> "Deve-se lembrar que o cuidado de gestantes dependentes de álcool e de outras drogas é complexo, difícil e exige um preparo especial por parte dos agentes de saúde. Os profissionais devem estar conscientes das características únicas tanto psicológicas quanto sociais, assim como com as ramificações éticas e legais destes comportamentos. A principal barreira de entrada no tratamento para as mulheres dependentes, em geral, é o preconceito que sofrem por parte da sociedade. Quando estas mulheres estão grávidas, esse preconceito se multiplica, tornando quase impossível um pedido de ajuda. Como consequência, essas gestantes raramente fazem acompanhamento pré-natal e, quando fazem, não relatam espontaneamente seu problema com as drogas. Por outro lado, a gestação é um período facilitador de sensibilização ao tratamento. Se houver preparo por parte da equipe cuidadora, é exatamente nesta fase que se consegue uma abstinência completa e duradoura de todas as drogas, desejo da maior parte das mães para não prejudicar e poder cuidar melhor do seu bebê". (77).

Em síntese, da década de 80 ao período atual verificamos uma ampliação da concepção de mulher nos referidos documentos: de uma abordagem materno-infantil, para mulher como sujeito da saúde reprodutiva, até o reconhecimento da mulher como sujeito de cidadania, considerando questões de gênero. Esse movimento reflete nas propostas para a ampliação e a qualificação da atenção à saúde da mulher no País. (71)

E ainda que o movimento de mulheres, a Rede feminista e a Rehuna lutem pelos direitos e saúde das mulheres com enfoques diferenciados, conclui-se que:

> A abordagem da diferença é um aspecto relevante na formulação de políticas públicas para que garantam os direitos de mulheres urbanas, rurais, indígenas, negras, lésbicas,

> pobres, ricas, nos diversos ciclos de vida, com distintos saberes, orientações religiosas, crenças e modos de vida. Essa abordagem deve nortear o planejamento de ações desenvolvidas para mudança do modelo de parto e nascimento e redução da mortalidade materna e neonatal, mas também permitir a definição de outras ações que possibilitem atender, integralmente, às necessidades das mulheres considerando suas singularidades e a liberdade de não optar pela maternidade, ou seja, uma abordagem norteada pelo desafio de produção do comum (71)

Continuaremos a análise de outros documentos que envolvem a temática da Saúde da Mulher no subitem que denominamos “Híbridos”, tendo em vista sua explicitação transversal com a saúde da criança.

Quando nos colocamos para analisar a construção política do atual sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente que hoje temos, verificamos que a história do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) começa no período Pré-Constituinte.

O reordenamento jurídico do país após a ditadura deu-se pelo Movimento Nacional Constituinte e pela promulgação da Constituição Federal em 1988. Diante disso, foi no artigo 227 da constituição que o constituinte incorporou como obrigação da família, da sociedade e do Estado, assegurar, com absoluta prioridade, os direitos da criança e do adolescente. Para tanto, seria preciso articular uma lei específica que o regulamentasse.

A ex-deputada Rita Camata (PSDB-ES), relatora do ECA na Câmara dos Deputados relata que a proposta partiu de entidades sociais, como o Movimento dos Meninos e Meninas de Ruas, a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), a Organização Internacional do Trabalho (OIT), entre outros, que integraram a comissão nacional sobre o tema. “*Foi uma grande inovação [após a ditadura] a proposta partir dos movimentos que viviam o cotidiano da criança e do adolescente e sentiam a necessidade de ter uma proteção integral às crianças e aos adolescentes*.”[24]. Portanto, em 13 de julho de 1990 é aprovado o ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) através da promulgação da Lei 8069/1990 (61) que representou um grande avanço na definição da doutrina da proteção integral e reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direitos, superando o paradigma do Código

[24] http://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2015-07/eca-movimentos-sociais-destacam-avancos-em-direitos-e-protecao

de Menores (Lei 6697/79). Desde então, o ECA vem sofrendo alterações para seu aperfeiçoamento.

Em 2006, por meio de uma Resolução conjunta CNAS/CONANDA n° 01/2006, o Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária (PNCFC) foi aprovado (78). De suma importância para a temática abordada nesse trabalho, o PNCFC *"constitui um marco nas políticas públicas no Brasil, ao romper com a cultura de institucionalização de crianças e adolescentes e ao fortalecer o paradigma da proteção integral e da preservação dos vínculos familiares e comunitários preconizados no ECA".*

Em 2009, a Lei 10210/2009 (79) é sancionada e determinou importantes inovações no texto do ECA, buscando o aperfeiçoamento da sistemática prevista para garantia do direito à convivência familiar a todas as crianças e adolescentes. Entretanto, equivocadamente, ficou conhecida como "Lei da adoção", quando na verdade, ainda que institua algumas mudanças no processo de adoção, a Lei primeiramente vem reforçar os princípios já contidos no PNCFC.

Mais recentemente institui-se a Lei 13.257/2016 (80) (conhecida como Marco Legal da Primeira Infância), que *"estabelece princípios e diretrizes para a formulação e a implementação de políticas públicas para a primeira infância em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento infantil e no desenvolvimento do ser humano",* impactando em importantes alterações legislativas.

Importante esclarecer que *"considera-se primeira infância o período que abrange os primeiros 6 (seis) anos completos ou 72 (setenta e dois) meses de vida da criança"*.

Abordaremos aqui principalmente a mudança que a Lei da Primeira Infância opera no artigo 19 do ECA, uma vez que ela modifica um importante paradigma até então presente.

Na antiga redação, tínhamos o seguinte texto: *"Art. 19. Toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes".*

Com a redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016: *"Art. 19. É direito da criança e do adolescente ser criado e educado no seio de sua família e,*

excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral".

Ou seja, a parte final do artigo foi alterada, suprimindo-se à referência a "*presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes*".

A mudança se fez necessária, uma vez que este artigo conforme redigido antes da Lei da Primeira Infância foi por muito tempo utilizado como justificativa para o afastamento sistemático de crianças (não raro recém-nascidas) e adolescentes do convívio de sua família de origem, violando o direito a convivência familiar e comunitária e contrariando os princípios da excepcionalidade e provisoriedade da medida de acolhimento institucional.

> "Não resta dúvida que certas posturas "higienistas", por vezes adotadas pelo Poder Público em relação a usuários de substâncias psicoativas, sobretudo quando moradores de rua, na prática acabam lhes negando o exercício de direitos fundamentais (e mesmo naturais - como é o caso do direito à maternidade/paternidade), em evidente atentado ao próprio "princípio da dignidade da pessoa humana", dentre outros que, como visto acima, são (ou ao menos deveriam ser) necessariamente considerados e utilizados em matéria de infância e juventude" (81).

Portanto, verificamos que o Sistema de Garantia de Direitos da criança e do adolescente também se encontra em constante evolução e que foi fortemente articulado pelos movimentos sociais.

Em se tratando agora do eixo Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) e outras redes, temos como marco inicial em 2001, a Lei 10216/2001 (82).

A lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Citamos essa lei pela importância no contexto de luta do Movimento da Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial ao estabelecer a necessidade de respeito à dignidade humana das pessoas com transtornos mentais.

É importante lembrar que as legislações anteriores relacionadas à Saúde Mental no Brasil se preocupavam mais em excluir as pessoas com transtornos mentais – então denominados "alienados" e "psicopatas" – do convívio em sociedade para evitar a "perturbação da ordem", do que em oferecer cuidado adequado.

Em 2003, o Estado, "*reafirmando que o uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública, reconhecendo a necessidade de superar o atraso*

histórico de assunção desta responsabilidade pelo SUS, e buscando subsidiar a construção coletiva de seu enfrentamento, o Ministério da Saúde apresenta a sua Política para a Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas" (83).

Este é um momento normativo importante, porque é quando o Estado dá início a formulação de uma política de atendimento aos usuários (as) de álcool e outras drogas e insere a perspectiva da diretriz da redução de danos.

> "A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento" (83).

Em tal política, a Redução de Danos (RD) se constitui enquanto um novo paradigma para se abordar a temática das drogas. De fundamental importância, essa menção à RD é muito significativa no enfrentamento da política de guerra às drogas.

> "A política proibicionista antidrogas inseriu a norma da abstinência como paradigma hegemônico para tratamento de usuários de drogas. Dentro desta lógica, usar drogas e se cuidar são atitudes incompatíveis, sendo a abstinência o correlato higienista do ideal de um mundo sem drogas. O que a redução de danos trouxe a contrapelo deste paradigma foi a dimensão singular da experiência do uso das drogas, evidenciando usuários que desejavam continuar a usá-las. " (7).

Nesse sentido, *"parar de usar drogas como meta terapêutica, se torna uma possibilidade e não a única meta para todos os casos. Esse é o primeiro confronto direto da RD com a abstinência: não se trata de um confronto com a abstinência como meta possível, mas da abstinência como regra absoluta*". (84)

Adotamos essa definição sobre RD:

> se tornou um dispositivo em que os usuários de drogas podem falar em nome próprio. Essa possibilidade inaugurada constituiu uma perspectiva de análise porque através dela podemos nos aproximar dos usuários de drogas e assim acompanhar o que eles dizem, sentem e fazem. Assim, a RD vai deixando de ser um conjunto de estratégias e vai se tornando um conceito que abrange diferentes estratégias. A RD vai se tornando um modo

> de se pensar, falar, sentir e agir sobre as drogas: uma perspectiva (84).

Uma outra forma de definir a RD é dizê-la uma abordagem de “baixa exigência”. Em resumo, evita-se ao máximo os obstáculos para inclusão do sujeito nas redes de cuidado, e busca-se facilitar seu ingresso nos programas e serviços de saúde, seu acesso às políticas públicas. Um modus operandi que busca desinterditar os discursos, para que por meio de um acolhimento verdadeiro, possa encontrar espontaneidade e legitimidade em um projeto terapêutico, por exemplo (85).

Sobre os discursos vigentes, verifica-se que há dois tipos de discursos “autorizados” às pessoas que usam drogas. O discurso do desesperado ou derrotado e que buscam assistência de modo subserviente e o discurso “heroico ou vitorioso”, das pessoas que superaram o uso de drogas e que se apresentam como heróis, que venceram as drogas e que agora possuem um testemunho muito importante para os outros. E conclui: *“esta interdição de discursos alternativos ao vitorioso e ao derrotado produz sérios efeitos na nossa escuta, e por consequência, no modo como se estruturam os serviços especializados a estas pessoas”* (85).

O objetivo da RD é a ampliar a escuta, ampliar a clínica. A Clínica Ampliada caracteriza-se pela: compreensão ampla dos processos de saúde-doença; partilha do cuidado; articulação intersetorial; ampliação do repertório clínico para além do modelo técnico-assistencial; compromisso ético profundo (86).

> Ampliação que também diz respeito à tripla dimensão territorial: lugares (praças, matagais, boates, barracos, becos...); tempos (madrugada, entardecer, estações e períodos do ano...); e uma dimensão existencial, a apontar que de nada vale chegar aos locais nos horários certos, se não for possível reconhecer o território em seus fluxos, códigos e dinâmicas particulares. Espaço, tempo e afeto: as três dimensões do território concebido na experiência brasileira da Redução de Danos. (87)

Feito essas considerações sobre a RD, ressaltamos que apesar de estar contemplada na Política do MS, ainda existe muita resistência tanto no campo da saúde, quanto no conjunto da sociedade em relação à proposta, atravessada pela norma moral, médica e jurídica (7).

> “Ora, se não é do dia para a noite, nem por um único motivo que as pessoas passam a fazer uso abusivo da droga, por que seria assim, de repente, que elas deveriam parar? Não seria mais eficaz discutir exclusão social, saúde coletiva e outros fatores que levam a esse tipo de consumo? CAPSad, equipes de consultório de rua e redução de danos, além de serviços da

> Assistência Social ficaram em segundo plano nos jornais. Porque o resultado não é imediato nessas abordagens. Entretanto, são elas que compreendem os aspectos sociais, os direitos e a autonomia do indivíduo em todo o processo como partes fundamentais. Esquecer-se disso é antidemocrático e um retrocesso da Reforma Psiquiátrica do Brasil e do SUS"(52).

Em 2010, com a expansão do uso do crack, o Governo Federal institui por meio do Decreto 7179 o *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (88) "com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas*", sobre a atuação em três eixos: prevenção, cuidado e autoridade.

O documento oferece importantes diretrizes no que diz respeito a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, a integralidade, a participação da sociedade civil e o controle social do Programa, que se dá por adesão dos municípios, tendo como "fundamento a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude, entre outras, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas". Cumpre esclarecer que Jundiaí, fez adesão ao Programa em 2013.

No ano seguinte, o MS divulga a Portaria 3088/2011, que "*institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas*" (RAPS), no âmbito do SUS, Brasil (89) e novamente destacamos a menção neste documento a diretriz do "*Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos".*

Vale também ressaltar que esse documento explicita como objetivo especifico a importância de *"Promover cuidados em saúde especialmente grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas) ".* A partir de então, uma série de outras portarias são lançadas especificas de cada serviço da RAPS: Consultório de Rua; Unidade de Acolhimento; CAPSad 24 horas; Enfermaria Especializada em Hospital Geral, entre outras.

Destas, damos destaque para a implantação do serviço do Consultório de Rua em Jundiaí, no mês de fevereiro de 2014, que foi um divisor de águas na identificação e promoção de saúde em territórios tão marginalizados e pouco acessados.

Aqui também incluímos a Comissão Flores de Lótus, que somente é oficializada por Portaria Municipal (90) publicada na Imprensa Oficial do município em abril/2016. Entendemos esse momento como de suma importância para a legitimização do trabalho de rede intersetorial realizado desde final de 2013.

O que queremos enfatizar quando falamos da RAPS é ela é produto da Reforma Psiquiátrica e busca se contrapor ao modelo clássico da psiquiatria que tinha como principal estratégia o hospital psiquiátrico e o isolamento dos usuários, o modelo de atenção psicossocial propõe a implantação da RAPS (rede de atenção psicossocial) e mais especificamente aos usuários de álcool e outras drogas, se propõe atuar em uma perspectiva de redução de danos.

> "Muitas são as premissas da Reforma Psiquiátrica: a proposta de construção de um modelo de cuidado em rede; a articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico; a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental; a busca pela emancipação dos usuários, pelo rompimento do preconceito e do estigma em relação ao sujeito que enlouquece; os investimentos na participação e organização das famílias dos usuários como fundamentais na proposta do cuidado; a luta pelos direitos dos usuários.
> Seriam essas premissas igualmente promulgadas quando o assunto é o cuidado destinado aos usuários de drogas? " (91).

Por fim, seguimos agora com a apresentação de alguns documentos que denominamos "híbridos" (não que os outros também não o sejam), por apresentarem de foram explicita essa transversalidade da saúde da mulher e da criança, que até então vinham sendo tratadas mais separadamente.

Nesse sentido, estabelecemos o Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal (2004) como um primeiro documento híbrido selecionado que tem relação com a temática da pesquisa.

O Pacto tinha por objetivo a redução anual de 5% da mortalidade materna e neonatal, por meio da pactuação entre gestores e sociedade civil, com estratégias, responsabilidades e metas bem definidas para a promoção dos objetivos do desenvolvimento do milênio (71).

Em 2011, reconhecendo que apesar dos avanços na atenção à saúde da mulher, a redução da morbimortalidade materno e infantil permanecia um desafio para o País, é lançada a Rede Cegonha (92), através da Portaria n° 1.459/2011, que **"***consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao*

planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis".

De acordo com Artigo 3°, são objetivos da Rede Cegonha:

> *I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;*
> *II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e*
> *III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.*

Os princípios da Rede Cegonha, enunciados na política, são "*humanizar o parto e o nascimento; organizar os serviços em rede; avaliação de risco para o acolhimento da gestante e do bebê; vinculação da gestante a uma maternidade (gestante não peregrina); realização de exames em tempo oportuno*" (92).

Importante compreender que a Rede Cegonha é composta por 4 componentes que são: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

A organização da Rede Cegonha (RC) é uma importante conquista na promoção de saúde da mulher e da criança, entretanto até então vimos diversas diretrizes políticas afetas à saúde da mulher e a rede proposta ao usuários(as) de álcool e outras drogas, mas é somente em 2015, que esses temas se encontram e vão tratar do tema da maternidade nessas circunstâncias de vida, que é a Nota Técnica emitida pelo MS – Nota Técnica Conjunta 001 - SAS (Secretaria de Atenção à Saúde) e SGEP (Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa) de 16 de setembro de 2015: "*Diretrizes e Fluxograma para atenção integral à saúde das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos*" (93).

Problematiza-se que o referido documento se fez necessário, diante da recomendação de órgãos da Justiça, como Ministério Público para a imediata comunicação das maternidades ao Poder Judiciário quando do nascimento de bebês, filhos de mulheres em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e aquelas que se recusaram a realizar pré-natal. Essas recomendações muitas vezes

desdobram no afastamento de bebês de suas mães, pautado na suposta proteção da criança.

> "O MS entende que decisões imediatistas de afastamentos de crianças de suas mães, sem os devidos acompanhamentos antes, durante e após o nascimento, bem como uma avaliação processual de cada situação, violam direitos básicos tais como a autonomia das mulheres e a convivência familiar, legalmente asseguradas às mulheres e às crianças" (93).

Ao longo do texto, o documento é afirmativo na defesa de direitos, com a lógica de que "*os Direitos Humanos são universais, indivisíveis, interdependentes e são interelacionados*", conforme impõe o Artigo 5 da Declaração de Direitos Humanos de Viena. Ainda reafirma-se o papel do Estado de fortalecer o cuidado para superação das vulnerabilidades a partir das demandas e especificidades apresentadas no período gestacional e puerperal, com indicação de criação de espaço de cuidado compartilhado entre mães e bebês.

Aqui selecionamos as considerações do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (94) à Nota Técnica emitida em 2015 pelo Ministério da Saúde, pois este documento apresenta importantes apontamentos para cartografarmos o jogo de forças em que este tema se insere:

> "os direitos da mulher à liberdade e à saúde devem ser sempre garantidos, sendo evidente que o **acesso integral aos serviços de saúde não pode estar condicionado ao fato de não estar mais nas ruas e/ou em uso de drogas,** não se admitindo qualquer forma de discriminação ou preconceito; **o direito da mãe de permanecer ou não com seu(sua) filho(a), independentemente de sua escolha de fazer uso de álcool e outras drogas e de permanecer nas ruas, não é absoluto,** encontrando limitação nos direitos fundamentais da criança, que devem ser assegurados com absoluta prioridade, conforme previsto no artigo 227, da Constituição Federal e no Estatuto da Criança e do Adolescente; **deve ser assegurada a escuta qualificada do desejo da mulher/mãe**, sendo fundamental a avaliação, pelas equipes técnicas multidisciplinares, das reais condições de permanência da criança com a mãe e de quais as medidas necessárias para garantir essa convivência de forma sadia em cada caso concreto; **além da avaliação de cada caso, é essencial a integração, dentro de um mesmo território, dos serviços de saúde e assistência social e dos demais serviços e órgãos de proteção**, de modo que as situações de eventual violação de direitos possam

> ser diagnosticadas precocemente, permitindo a adoção de medidas efetivas para saná-las, possibilitando a permanência do bebê junto de sua mãe, se for o caso; **o afastamento de pais e filhos só pode ser efetivado após decisão judicial proferida no âmbito do devido processo legal" (94)**

Além disso, destaca-se nesse documento a indicação que *"que a obrigação de cuidado dos pais com relação aos filhos surge antes mesmo do nascimento da criança",* demonstrando mais uma vez, a importância da qualificação do cuidado que é oferecido aos pais durante a etapa do pré-natal, no sentido de identificar e planejar as "*ações necessárias em cada caso, de acordo com o projeto terapêutico de cada uma das mulheres em acompanhamento, de modo que o direito à convivência familiar seja assegurado".*

E o documento segue fazendo um importante alerta que por vezes é negligenciado: *"é imprescindível que estas especificidades e alternativas estejam bem delineadas pelas equipes que atuarão junto à mulher/adolescente e que possam ser compartilhadas com os outros serviços e órgãos que serão acionados, para a melhor condução do caso".*

> "Outrossim, é importante salientar, no tocante às decisões judiciais, que embora o juiz não esteja adstrito às **avaliações técnicas, estas constituem relevante instrumento para levar a situação real da família ao conhecimento daqueles que compõem o sistema de justiça, possibilitando decisões mais justas e efetivas,** considerando que o julgador deve sempre se pautar nos elementos de prova constantes do processo. **Ocorre, porém que, muitas vezes, os documentos técnicos apresentados nos autos do processo não traduzem toda a complexidade do caso nem todas as ações realizadas e planejadas dentro e fora dos serviços**, revelando apenas parcialmente as informações relativas ao diagnóstico social, às demandas identificadas, às estratégias delineadas, aos compromissos pactuados e metas já conquistadas, entre outras informações relevantes" (94).

Em 2016, nova Nota Técnica (95) é emitida, mas dessa vez em conjunto entre Ministério da Saúde (MS) e Ministério de Desenvolvimento Social (MDS) e Combate à Fome. O que fica explicito nesse novo documento é a imprescindibilidade da articulação entre SUS e SUAS:

> "*Necessidades decorrentes do uso de álcool e/ou crack/outras drogas requerem uma abordagem multissetorial e interdisciplinar, dentre as quais estão inseridas a Saúde e a Assistência Social. Devido à complexidade das necessidades que produzem as demandas, que envolvem tanto aspectos relacionados à saúde quanto à exclusão social, e por compreender que estas se encontram fortemente relacionadas, entende-se que para alcançar maior efetividade no atendimento é imprescindível uma ação integrada dos dois sistemas, bem como de outros atores dos Sistemas de Garantia de Direitos Humanos".*

Além disso, essa nova nota já incorpora a mudança legislativa (Lei 13.2572016) e destaca os princípios que regem o ECA: excepcionalidade da medida de acolhimento institucional da criança/adolescente, devendo esta ser necessariamente precedida do esgotamento das possibilidades de sua manutenção segura junto à família de origem, nuclear ou extensa, a qual deverá receber apoio e orientação e ter acesso a serviços e benefícios que se fizerem necessários.

Portanto, essa é a cartografia documental que selecionamos que nos dão pistas sobre um tema tão transversal quanto o é o "direito à maternidade de mulheres usuárias de álcool e outras drogas e/ou em situação de rua".

Nesse sentido, concluímos sobre a imprescindibilidade dos movimentos sociais no avanço das políticas públicas e ressaltamos que:

> Evidenciam-se modos de operar distintos construídos pela máquina de Estado e pelos movimentos sociais. O Estado opera repartindo a cidade em diferentes segmentos que são interiorizados em secretarias, como a de saúde, que por sua vez reparte seu campo em Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde Mental (...). Este é um modo de operar identitário, no qual as demandas populacionais têm correspondência com a formatação de uma identidade e de uma especialidade; mãe, lésbica, privada de liberdade, usuária de drogas, conformando repartições e programas. Esse modo de operar constitui "segmentaridades duras" (96) que tendem a não se comunicar, que representam obstáculos de difícil transposição no campo da Saúde (97). O modo de operar dos movimentos sociais podem liberar "segmentaridades flexíveis" (96) ao criarem linhas transversais que resistem às divisões do Estado. Assim, os movimentos sociais podem combater forças que diminuem a potência da vida à medida que fazem valer um efeito de multiplicidades. O público é revigorado justamente porque o sentido coletivo é resistente às repartições, uma vez que se expressam não em formas identitárias, mas por meio de forças múltiplas e heterogêneas (71,97).

Exposto acima o amplo cenário das normativas disponíveis, avalia-se que estamos caminhando para a qualificação da assistência em saúde para essas mulheres e seus filhos recém-nascidos.

Mas, como reflete Souza (7) *"não partimos do pressuposto de que há uma política de saúde sobre drogas. Além das políticas oficiais definidas em portarias, decretos e equipamentos, partimos da hipótese de que existem outras políticas, aquelas que se exercem nos cotidianos dos serviços e que são mobilizadas por diferentes vetores históricos, políticos e subjetivos".*

Nesse sentido, ponderamos sobre o momento político em que essa dissertação se conclui.

As medidas regressivas que tem sido adotadas desde o impecheament da presidente legitimamente eleita, colocaram o país numa crise econômica profunda, que se seguiu à crise política e tem servido à sanha daqueles que se desagradam com o conjunto de direitos conquistados pela população nos últimos anos.

Entendemos que em um cenário de agravamento da já enorme exclusão social com medidas como a "PEC do teto" significa um grande retrocesso ao Estado de Direito, impactando na vida e promoção de saúde das populações e aprofundando o poço da desigualdade social que nos assola. Além disso, impacta e enfraquece as políticas públicas em curso e possivelmente levará a práticas do tipo "Guerra às Drogas", como se estas fossem as grandes vilãs das mazelas sociais.

Outro ponto que está em órbita no cenário jurídico versa sobre a descriminalização do aborto e foi ainda no dia 29 de novembro de 2016 que saiu a decisão da primeira turma do STF (Supremo Tribunal Federal) de que praticar aborto nos três primeiros meses de gestação não é crime, criando um precedente para que juízes deem sentenças equivalentes em outros processos sobre o aborto, **mas ressaltamos que isso não descriminaliza a prática no Brasil.** O julgamento foi feito por uma turma formada por cinco dos onze ministros do Supremo. Entretanto, houve reação na Câmara e na sociedade e o debate pode culminar com mudanças na Constituição envolvendo os direitos reprodutivos da mulher.

Ainda resta refletir sobre o instituto da adoção.

Em 04 de outubro de 2016, o Ministério da Justiça lançou um anteprojeto de "Lei da Adoção" que ficou em consulta pública até 04 de dezembro de 2016. As alterações colocadas em debate pelo ministério estão voltadas, sobretudo, para a definição de prazos para os procedimentos, enfocando questões relevantes e

polêmicas que merecem nosso debate e posicionamento crítico, tais como: tempo da destituição do poder familiar, manifestação de vontade da gestante para entrega do filho em adoção, apadrinhamento afetivo, novas regras para adoção internacional, quem pode realizar os estudos psicossociais e avaliações técnicas entre outros.

Esse é um momento que em nome da defesa do "melhor interesse da criança", podemos realizar uma modificação legislativa que vem ameaçar o princípio da razoabilidade já discutido nesse trabalho e o direito a convivência familiar e comunitária.

Isto posto, o questionamento que devemos fazer de uma maneira geral é: as normativas existentes realmente norteiam a organização de redes e conseguem instrumentalizar o atendimento às demandas existentes nos territórios? Qual a direção das políticas existentes? Essas políticas vêm se convertendo em ações de cuidado, em prestação de assistência? Têm sido capazes de beneficiar as pessoas em situação de maior vulnerabilidade? Onde estão essas mulheres? Que território ocupam (geográfico e existencial)? Como o sistema de saúde pode acessá-las e vinculá-las ao cuidado? Como qualificar o pré-natal nesse contexto?

O território pode ser visto como o "chão concreto das políticas", nele as desigualdades sociais tornam-se evidentes entre os cidadãos. Um mesmo território, sob olhares diferentes, ganha também significados e valores diferentes (98). O território, como afirma Santos (99), "[...] *só se torna um conceito utilizável para a análise social quando o consideramos a partir do seu uso, a partir do momento em que o pensamos juntamente com aqueles atores que dele se utilizam".* A apropriação do território está, dessa forma, intrinsecamente ligada aos significados que os homens vão criando e recriando em torno desse mesmo território em sua vida cotidiana.

Território é um conceito que se realiza no interior e no exterior dos serviços de saúde. Entendido como produto da territorialização de meios e ritmos (100) ou fluxos e fixos (101), se configuram de forma diferente em cada região para a produção de saúde. Importante considerar o quanto os meios e ritmos constituem os territórios existenciais diferentes de profissionais e usuários e quais as possibilidades de construção de planos comuns onde relações de interação e comunicação podem se dar. Tanto internamente às redes de saúde, como para as conexões externas (102).

Um determinado território não se define somente pela sua localização geográfica, nem pela situação social em que ele se inscreve. As vidas que se

expressam nos territórios constituem uma dimensão existencial do próprio território Souza (7).

Ainda há de se considerar que uma rede que pretende oferecer assistência precisa estar conectada ao seu território, se constituindo de forma rizomática, ao contrário de uma rede “árvore”.

> “Um rizoma não começa nem conclui, ele se encontra sempre no meio, entre as coisas, inter-ser, intermezzo. A árvore é filiação, mas o rizoma é aliança, unicamente aliança. A árvore impõe o verbo "ser", mas o rizoma tem como tecido a conjunção "e.. e... e..." Há nesta conjunção força suficiente para sacudir e desenraizar o verbo ser. Para onde vai você? De onde você vem? Aonde quer chegar? São questões inúteis. Fazer tabula rasa, partir ou repartir de zero, buscar um começo, ou um fundamento, implicam uma falsa concepção da viagem e do movimento (metódico, pedagógico, iniciático, simbólico) ” (9).

Um primeiro passo na direção de criar as condições de conexão ao rizoma local, ou seja, suas riquezas imprevisíveis, e ir ao encontro dos usuários, seria desterritorializar os profissionais dos serviços de saúde, aproximá-los dos territórios de fora dos serviços, o território não conhecido e de onde vêm os usuários (103). A desterritorialização pode criar as condições para uma escuta ampliada, desde os profissionais de saúde e gestores até os usuários. Um movimento que aponte para reterritorializar a todos, mas numa situação de expansão de seus mundos que concorra para provocar conexões, acertos, combinações, compreensões (102).

Nesse mesmo sentido, Souza (7) afirma que “*o encontro entre usuários de drogas em situação de rua e profissionais de saúde é desterritorializante para ambos. Profissionais e usuários precisam sair de seus lugares instituídos para constituir uma nova territorialidade. O encontro entre a rede de saúde e a rua, produz uma desterritorialização dos lugares existenciais, seja do excluído ou do incluído”.*

Cabe aqui retomarmos o conceito de “alta exigência” que tanto atravessa o campo da saúde, com regras e fluxos e tempos conflitantes e desconectados das condições dos usuários de percorrer os itinerários propostos.

O termo “itinerário terapêutico” aqui é utilizado como sinônimo de busca de cuidados terapêuticos e procura descrever e analisar as práticas individuais e sociais de saúde em termos de caminhos percorridos para solucionarem problemas de saúde relacionados à gestação e ao abuso de drogas (104).

> "É preciso hoje reconhecer que a natureza das formas de procura de cuidados é variada e complexa, que se diferencia de um indivíduo a outro, que pode variar em um mesmo indivíduo de um episódio de doença a outro e que a procura de cuidados está sujeita a questionamentos repetidos em cada uma das etapas do processo de manutenção da saúde. De fato, a natureza e a sequência dos encaminhamentos na procura de cuidados são determinadas por uma série de variáveis situacionais, sociais, psicológicas, econômicas e outras. A procura de cuidados está condicionada tanto pelas atitudes, os valores e as ideologias quanto pelos perfis da doença, o acesso econômico e disponibilidade de tecnologias". (104).

Avalia-se, portanto, que a disponibilidade de políticas públicas que buscam atender a integralidade das necessidades e direitos humanos, bem como a forma como os serviços estão organizados podem representar degraus/pontos de apoio para a escalada desse abismo e um fio condutor para novas rotas dessas mulheres nesse labirinto rumo a garantia do direito a maternagem.

Mas como efetivamente apoiar essa escalada? Como essas políticas podem se traduzir em ações efetivas? Como oferecer o fio de Ariadne para construir novas rotas de produção de saúde, cidadania e cuidado nesse labirinto?

Daí, decorre uma árdua jornada que reúne uma mulher que deseja ser mãe e uma rede de serviços que pode se disponibilizar a apoiá-la ou apenas julgá-la, condená-la, sem que isso de fato modifique a realidade do uso de drogas e suas consequências nesse contexto. Portanto, verificamos que é fundamental pensarmos em como "daremos vida" a esses documentos oficiais. Que tecnologias de cuidados, que metodologias de trabalho animarão essas práticas?

Aqui, queremos destacar uma prática que precisa ser repensada a luz dessas diretrizes apresentadas acima: o pré-natal. Esse cuidado que precisa ser reestruturado para atender além das necessidades biológicas da mulher e do bebê, superando o paradigma biomédico, em um modelo ampliado.

> "A atuação multiprofissional com gestantes deve abarcar a interação com muitos fatores: história pessoal, antecedentes ginecológicos e obstétricos, momento histórico da gravidez, características sociais, culturais e econômicas vigentes e qualidade da assistência. A assistência integral deve ser capaz de proporcionar à mulher e ao concepto um período satisfatório de bem-estar, visando o fortalecimento do vínculo mãe-feto". (105).

O que é importante ressaltar é que há um universo social e emocional que precisa ser cuidado.

Já temos o conceito do “pré-natal psicológico” (PNP). Diferentemente da proposta dos cursos preparatórios de gestantes, o principal objetivo do PNP neste aspecto, é oferecer uma escuta qualificada e diferenciada sobre o processo da gravidez, fornecendo assim um espaço em que a mãe possa expressar seus medos e suas ansiedades, além de favorecer a troca de experiências, descobertas e informações, com extensão à família, em especial ao cônjuge e às avós, visando à participação na gestação/puerpério e compartilhamento da parentalidade (106).

> “Complementar ao pré-natal tradicional tem caráter psicoterapêutico e oferece apoio emocional, discute soluções para demandas que podem surgir no período gravídico-puerperal, como aquelas relacionadas aos mitos da maternidade, à sua idealização, à possibilidade da perda do feto ou bebê, à gestação de risco, à malformação fetal, ao medo do parto e da dor, aos transtornos psicossomáticos, aos transtornos depressivos e de ansiedade, às mudanças de papéis familiares e sociais, às alterações na libido, ao conflito conjugal, ao ciúme dos outros filhos, ao planejamento familiar, além de sensibilizar a gestante quanto à importância do plano de parto e do acompanhante durante o trabalho de parto e parto” (107).

Mas aqui, queremos ressaltar que apesar do PNP representar um avanço que poderia beneficiar as mulheres, ainda assim, entendemos que a “encomenda” que nos é feita quando nos colocamos em acompanhamento desses casos é mais ampla: as questões sociais e estruturais atravessam a vida dessas mulheres. Uma abordagem exclusivamente médica e psicológica parece refletir uma lógica burguesa, que ignora questões determinantes na produção de saúde.

Como seria oferecer esse pré-natal no contexto da rua? Como é fazer pré-natal numa lógica de redução de danos quando não se tem a abstinência como meta possível naquele momento?

É claro que o objetivo é vincularmos essa mulher a uma rede de serviços de apoio, mas, e quando isso não é possível? O que oferecemos? Recorremos aqui a um conceito de projeto terapêutico intersetorial vivo, que considera o pré-natal de forma ampliada, que é capaz de estabelecer reflexões dessa mulher com seu território existencial; com seus desejos; com seus medos; com a droga; com aqueles a quem ela reconhece como sua família; com suas condições sociais; com seu projeto de vida.

Muito além de ultrassonografias, medições de pressão arterial, exames laboratoriais, o pré-natal ampliado significa trabalhar com a potência, com a não

fragmentação da vida que se apresenta, com a mais refinada tecnologia de cuidado: o contato com o outro e o vínculo.

Por fim, compreendemos que esse período especial do ciclo vital pode ser um momento de novas rotas na vida destas mulheres.

> "A maternidade e a paternidade constituem momentos existenciais de grande importância no ciclo vital, pois são os períodos de "transição" ou de "crise" que proporcionam à mulher e ao homem a oportunidade de vivenciar novos níveis de integração e desenvolvimento da personalidade. Estima-se que o processo gravídico-puerperal possa ser convertido em um convite à vida, resgatando uma atuação mais autônoma e consciente por parte dos sujeitos envolvidos. Não se espera a eliminação da ansiedade, mas sim a possibilidade de lidar com ela, transformando a sensação de impotência na possibilidade de revisar a própria história, de modo a facilitar a coesão entre os níveis fisiológico, psicológico e social". (108) "

O objetivo de traçar essa jornada foi de problematizar que essa mulher, foco deste estudo, nasceu em um país com esses contornos sociais. Antes de estar grávida, esteve inserida em um contexto social de desigualdade e violência. Os marcadores sociais estão aí. Nem sempre esteve grávida e nem sempre foi uma usuária de drogas e/ou esteve em situação de rua. Não pretendemos com isso, fazer uma abordagem determinista do assunto, nem tampouco vitimizá-la.

O assunto álcool e drogas é por natureza multifacetado. O da violência e exclusão social também. Temos a convicção que o uso de substâncias é histórico e atinge todas as camadas sociais. Entretanto, a repercussão que ganha na vida dessas mulheres que abordamos neste estudo são bastante significativas e nos dizem muito sobre o mundo em que vivemos.

> "Porém, o que se percebe é que o julgamento se dá em cima das pessoas, de sua forma de vida e não das condições sociais em que sobrevivem, embora de forma avassaladora a justiça, nesta área, lide com famílias pobres. O ideal igualitário desconsidera esse dado, como se fosse acessório" Nascimento (109)

Romper com este cenário é um desafio que exige uma estratégia progressista com efetivação de políticas públicas afirmativas e emancipadoras e transformação para uma sociedade que valorize uma relação com igualdade de gênero.

5. A PRODUÇÃO DOS DADOS:

A produção de dados nesta cartografia resultou em cinco eixos de trabalho: 1) narrativas dos “desencontros”; 2) narrativas dos encontros/entrevistas com as mulheres; 3) narrativa de um caso analisador; 4) análise sobre a Comissão Flores de Lótus; 5) produção de um vídeo explicativo sobre o tema para compreensão do público em geral.

5.1 Narrativas sobre “Os desencontros”:

Conforme já explicitado na metodologia do trabalho, iniciaremos pela análise do primeiro problema que identificamos no processo da cartografia: **sobre o processo da entrevista e a abordagem com essas mulheres.**

Por que era tão difícil encontrá-las? Por que era difícil elas se apresentarem para os serviços de saúde? Por que havia tanta dificuldade de vinculação? Para tanto, apresentaremos as narrativas dos “desencontros” na cartografia que jogam luz sobre esses aspectos. Desencontramos com as mulheres, mas encontramos muitas pistas nesse percurso.

5.1.1 “Oceano de incertezas...”

Essa é uma narrativa da minha primeira tentativa de entrevista como pesquisadora do Mestrado do Programa de Saúde Coletiva com uma gestante usuária de drogas, conforme ‘’objeto’’ da minha pesquisa.

O CAPSad do município de Jundiaí deu anuência para que eu realizasse entrevista com mulheres gestantes que tivessem sendo acompanhadas no referido serviço. Portanto, foi acordado que naquela terça-feira, eu iria até o serviço para verificar se Dália, gestante de aproximadamente 12 semanas aceitaria participar da pesquisa.

Para tanto, uma profissional do CAPSad havia introduzido o assunto da pesquisa com a paciente (Dália), dizendo inclusive, que eu seria a pesquisadora (a usuária já tinha me conhecido anteriormente em uma audiência quando a Defensoria fez a defesa de sua mãe em uma ação judicial de destituição do poder familiar). A profissional de referência de Dália me disse que ela havia se lembrado de mim e concordado em conversar pessoalmente.

Cheguei ao CAPSad e fui recebida pela funcionária e no corredor seguinte ‘’esbarramos’’ com Dália. Logo que a vi, tive um primeiro impacto: ela estava bem diferente da última vez que eu a havia encontrado (muito emagrecida, olheiras, alguns machucados aparentes, cabelos mais curtos e demonstrava uma feição bastante endurecida). Ela se aproximou de mim, me olhou “dos pés à cabeça”, registrou visualmente minha “barriga de grávida”. Se eu tive um impacto ao vê-la, agora fico pensando qual impacto eu também causei nela ao me encontrar também grávida.

Quando eu fui me “reapresentar” (não sabia se ela se lembraria de mim), ela rapidamente disse*: ‘’E a minha mãe, como está o processo dela? ’’*

Respondi: *‘’Oi Dália, que bom que você lembra de mim, faz tempo, né? Sobre o processo, a Defensora Pública está atuando na defesa, mas eu não tenho maiores informações porque não trabalho direto com ela lá, mas se vocês quiserem, podem ir ao atendimento dela que é de segunda e quarta-feira à tarde. Mas hoje eu vim aqui não como Defensoria, a sua referência deve ter comentado com você algo sobre a pesquisa, certo? ‘’.*

Ela me olhou, deu a entender que sim, mas não respondeu verbalmente. Fomos caminhando até a sala que havia reservado para a realização da entrevista. Nesse percurso, atravessamos todo o CAPSad e no meio do caminho, uma outra usuária do serviço me interpelou e me abraçou repentinamente. Logo, pegou em minha barriga já bem aparente e disse: ‘’*Você também está grávida! Que linda’’.*

Eu disse que sim, mas me senti um pouco desconfortável pela abordagem tão arrebatadora e quase “invasiva”. Eu queria seguir com Dália, mas a usuária demorou um pouco para se desvencilhar.

Seguimos para a sala. Quando a funcionária nos deixou a sós, sentamo-nos uma de frente para outra e quando eu comecei a introduzir o rapport, Dália me interrompeu e perguntou: *Vai demorar muito? Não tenho paciência.*

Eu respondi que não havia um tempo pré-estabelecido, que iríamos conversar e que poderíamos parar quando fosse do seu desejo.

Informei que a pesquisa tinha o objetivo de entender melhor a situação de gestantes usuárias de álcool e drogas e conversaríamos um pouco sobre sua história, acrescentando que ela não seria identificada em nenhum documento. Emendei o discurso em um *‘’para tanto, há um termo/documento para que você autorize a realização da pesquisa nessas condições...’’*

Quando peguei o documento para entregar para a leitura de Dália, esta se alterou consideravelmente: *“Eu não vou assinar NADA! Isso vai me “ferrar depois”.*

Eu disse a ela que era um procedimento exatamente para proteger seu anonimato, explicar a pesquisa e dar segurança a ela, mas ela sequer permitiu que eu desse continuidade na explicação, levantando-se da cadeira e indo em direção a porta.

Eu ainda tentei mais uma abordagem, porém ela saiu impetuosa em direção ao salão do CAPSad e foi até seu companheiro que a interrogou: *O que aconteceu? Já de volta?* Ao que ela respondeu: ‘’*Não vou fazer essa palhaçada”.*

Naquele momento, fiquei ambivalente entre insistir e desistir, mas entendi que aquele era um limite que ela estava colocando e que talvez aquele não fosse o melhor momento/ nem a melhor forma de aproximação para uma abordagem de pesquisa.

Despedi-me dela e disse que caso mudasse de ideia, poderíamos voltar a conversar em outro momento.

Retornei para a sala da técnica de referência de Dália. Ela disse que tentaria falar com Dália em outro momento, mas que realmente seria difícil. Contou-me que quando ela foi fazer a entrevista da triagem com Dália, ela não pode anotar nada e isso se deu em momentos descontínuos.

Ponderamos que pelo histórico de processos judiciais na família e perfil de Dália, realmente teríamos que pensar em uma abordagem mais criativa e acolhedora.

Após essa primeira tentativa, no meu retorno para casa, inicialmente tive o sentimento de frustração diante da não realização da entrevista. Mas no caminho, também fui pensando que todo esse episódio era muito significativo do ponto de vista de produção de dados: afinal, isso dizia algo a respeito do tema e dos envolvidos com a pesquisa.

Mulheres e famílias “judicializadas”, que possivelmente apresentam uma desconfiança com os ‘’profissionais’’, que temem a exposição, etc. Desconfianças essas “baseadas em evidências”, afinal, o quanto nós, enquanto rede, fomos confiáveis ao longo de sua vida?

Eram impressões iniciais, mas que indicavam a necessidade de repensar a estratégia da abordagem inicial, em que o objetivo maior fosse iniciar uma vinculação que permitisse uma vivência com elas e não a obtenção de uma entrevista.

Esse aspecto de “esquiva” que algumas dessas mulheres têm, precisava ser melhor refletido/compreendido, inclusive para a qualificação da assistência em saúde. Acima dos rótulos/julgamentos de se tratar de pessoas: *“de difícil vinculação”; “baixa adesão às intervenções propostas”; “pacientes refratárias”,* entre outros, pode haver uma “couraça” que foi necessária e importante em muitas ocasiões. Cabe a nós ponderarmos e não sermos reativos a esses primeiros contatos.

Essa impaciência de Dália na repetição da intervenção em sua vida. Dessa “governança” que atravessa, invade. Me encontrei com uma mulher que tinha a certeza que ia sofrer uma violência, uma perda de direito e se encontrar com isso foi promotor de uma desterritorialização que me guiou em um novo sentido para a pesquisa.

Enfim, uma primeira vez que não posso chamar de infrutífera, já que me trouxe tantas reflexões. E nesse caminho inicial da pesquisa, lembrei-me de uma frase de Edgar Morin (110): ‘*’É preciso aprender a navegar em um oceano de incertezas, em meio a arquipélagos de certeza’’.*

5.1.2 Histórias sem rostos e rotas desconhecidas

Era um dia de trabalho comum na minha rotina como psicóloga da Defensoria Pública até que recebo uma ligação da equipe do Consultório de Rua (CR): *‘’Precisamos de você como representante da Defensoria Pública em uma abordagem. Acho que também pode ser interessante para o seu projeto de pesquisa’’.*

Interrogando sobre o objetivo da ligação, a enfermeira do CR disse que precisava de auxílio referente um caso de uma gestante (Tulipa) de aproximadamente 36 semanas, usuária de drogas, que atualmente permanecia na região da Vila Nambi com o companheiro (Cravo).

O CR solicitava que eu, enquanto psicóloga da Defensoria e pesquisadora, os acompanhasse para uma abordagem ao casal, uma vez que Cravo gostaria de ter informações sobre situação criminal (se eles estavam sendo ‘’procurados pela justiça’’).

Segundo CR, seria importante esclarecer essa informação com ele, uma vez que o mesmo chegou a aventar que *‘’Pretendia realizar o parto da companheira em casa, pois temia que fossem apreendidos quando dessem entrada no hospital’’.*

Esclareci que como psicóloga da Defensoria, eu poderia servir como uma ponte na instituição para esclarecer a situação criminal junto a algum Defensor, mas que como pesquisadora eu tinha interesse em acompanhar essa história.

Perguntei-lhe como eles haviam identificado esse caso e a enfermeira do CR me disse que Tulipa havia tido dois atendimentos pela UBS do bairro há meses atrás e que a UBS havia acionado o CR, uma vez que haviam perdido contato com a gestante que não deu continuidade ao pré-natal. Tinham informações de que ela estaria ‘’em situação de rua’’ na região do bairro Vila Nambi.

No dia anterior, o CR havia conseguido falar apenas com Cravo em um bar do qual o pai da enfermeira do CR é dono. A enfermeira contou-me no telefone: *‘’Cravo é muito desconfiado e não permitiu o nosso contato direto com a Tulipa. Apenas meu pai conseguiu contato com ela alguns dias antes, quando Tulipa havia sofrido agressão de Cravo, pediu refúgio e foi acolhida para passar a noite lá. Mas no dia seguinte ela novamente se esquivou e saiu sem dar notícias do paradeiro. Nós nunca vimos a Tulipa. Hoje será uma tentativa, pois combinamos com Cravo de voltar lá. Vamos ver se ele vai permitir o contato com ela’’.*

Acertamos então que o CR me pegaria para eu acompanhar a tentativa de abordagem com o casal.

Era uma tarde de muita chuva. A equipe do CR havia marcado em um comércio (bar) do bairro. Quando ali chegamos, havia a presença de usuários na frente do bar e a enfermeira desceu para verificar se Cravo encontrava-se ali, conforme combinado. Ele não estava ali, mas ela obteve informação que ele estaria em uma rua próxima e ela tratou de combinar com um homem dele ir na frente para avisá-lo. Nos dirigimos ao local e tratava-se de uma rua sem saída. A chuva apertou. Ela avistou Cravo junto a outros homens e parecia claro que tratava-se de uma rua com movimento do tráfico de drogas. Permaneci no carro enquanto a enfermeira e o redutor de danos do CR desceram para falar com Cravo.

O objetivo era conduzi-lo ao carro para falar com ele em um local protegido da chuva, pegar os dados completos do casal, posteriormente fazer a consulta sobre a situação criminal e dar um retorno, além de buscar o estabelecimento de um vínculo de confiança que possibilitasse alguma oferta de cuidado a ele e a Tulipa, esta que até então era apenas uma história sem rosto para equipe do CR e para mim.

Mas, o que de fato ocorreu foi que Cravo somente forneceu seus dados para os profissionais do CR, mas se recusou a ir até o carro e a passar os dados de Tulipa. A equipe então combinou novo retorno com informações.

Quanto à Tulipa, Cravo apenas limitou-se a dizer que ela estava bem. Apesar do esforço da equipe do CR em ressaltar a característica do trabalho realizado (prestar assistência em saúde, principalmente nesse momento mais necessário que era a gestação), Cravo mostrou-se pouco disponível e interrompeu o diálogo por ali.

Quando os profissionais do CR retornaram para o carro, um veículo da polícia entrou na rua e rapidamente houve um movimento de dispersão das pessoas que estavam ali.

Saímos de lá por uma questão de segurança e vínculo da equipe do CR (não associação da presença da equipe de Saúde concomitante com a equipe da polícia).

Posteriormente, realizamos contato com UBS para pegar mais dados sobre Tulipa, mas eles eram escassos.

Retornando à Defensoria, pedi a Defensora Pública que realizasse a pesquisa da situação criminal de ambos ao que não constava pendências, apenas processos já arquivados. Constava ainda que Tulipa foi residente do município de Vinhedo e já teve ação de destituição do poder familiar de uma filha em 2012, criança esta que já se encontra em adoção.

Estas informações foram transmitidas para equipe do CR. Informei que eu gostaria de continuar acompanhando essa história, o que se deu por meio das reuniões da Comissão Flores de Lótus, que é uma rede intersetorial de Jundiaí que realiza acompanhamento dos casos de gestantes usuárias de álcool e outras drogas e/ou em situação de rua.

Nas reuniões seguintes, obtive a informação que nem Tulipa, nem Cravo foram encontrados novamente pela equipe do Consultório de Rua. Também, não haviam dado entrada na Maternidade de referência do município para ter o bebê.

“Coincidentemente”, em uma das aulas da disciplina do Mestrado, eu comentei sobre tema do meu projeto de pesquisa, citando a dificuldade de identificação e vinculação com esses casos. Após um tempo, uma das alunas me procurou e disse: “*Acho que temos um caso em comum. Eu sou terapeuta ocupacional de uma casa de passagem para pessoas em situação de rua de Vinhedo e a Tulipa*

foi acompanhada por nós. Atualmente, sabemos que ela está em Jundiaí. Vocês acompanham esse caso lá?"

Eu respondi que sim, mas que a equipe do CR nunca tinha conseguido contato direto com ela, apenas com companheiro.

A colega então me disse que a equipe de Vinhedo havia feito uma articulação com Tulipa no início da gestação e que ela havia aceitado ir para um abrigo para mulheres na cidade de Campinas que acolhe gestantes e mulheres com filhos. Ela acrescentou que Tulipa tinha feito o acompanhamento pré-natal na cidade de Vinhedo e eles haviam feito essa tratativa com a promotora pública da cidade, a fim de evitar a institucionalização do bebê na ocasião do nascimento. Informou que eles já haviam tentado um trabalho com a família extensa, mas que entendiam que não havia possibilidade de permanência da criança sob guarda de algum familiar. Além disso, informou que o Hospital de Valinhos (que é a maternidade de referência de Vinhedo) também já estava ''avisado'' para acionar rede e o Judiciário caso Tulipa desse entrada para ter o bebê. Ocorre que depois disso, perderam contato com Tulipa e souberam por meio de familiares que ela estava em Jundiaí.

A equipe de Vinhedo então discutiu o caso com Consultório de Rua de Jundiaí e acordaram que manteriam contato caso Tulipa fosse abordada.

As semanas passaram e pela contagem do tempo gestacional, Tulipa possivelmente teve o bebê. A rede continua com uma ''história sem rosto'' e Tulipa, em uma ''rota desconhecida'' por nós.

Esse caso emblemático pode trazer à tona **analisadores** do ponto de vista da pesquisa que são de extrema importância, tais como: itinerários terapêuticos dinâmicos e rotas desconhecidas; violência de gênero impactando na assistência à saúde; imaginário dessas mulheres referente papel das Maternidades e Judiciário; acolhimento institucional do bebê; trabalho com a família extensa, ente outros**.** Definitivamente, esses "desencontros" estavam me levando a encontrar com muitos desafios que estavam postos na prestação da assistência em saúde, em seu sentido mais amplo, para essas mulheres.

5.1.3 A caça gestante?

Este texto é a construção de uma narrativa baseada na experiência relatada em um diário de campo ''de uma carona'' (que tecnicamente eu deveria

chamar de trabalho em campo) com Consultório de Rua de Jundiaí, nesse território que é conhecido como ‘’Toca do São Camilo’’.

Foi minha primeira ida a campo enquanto pesquisadora formalmente admitida no Programa de Mestrado de Saúde Coletiva da UNICAMP. Era um lugar geográfico previamente conhecido por mim. Apenas geograficamente. A “carona” com Consultório de Rua se deu pelo vínculo anterior que eu já tinha com a equipe do Consultório de Rua (CR) de Jundiaí e a aceitação deles (anuência) como parceiros na pesquisa. Acordamos assim que eu os acompanharia em campo na segunda feira quando costumeiramente já se dirigiam para o Bairro São Camilo, mais especificamente à região conhecida como “Toca do São Camilo”.

Aqui cabe contextualizar que o bairro São Camilo surgiu na década de 60 na região leste do município de Jundiaí com a ocupação regular e irregular do morro Vila Aparecida de famílias que vieram de diversas regiões do Brasil em busca de uma vida melhor. Formou-se então um dos maiores e mais antigo núcleo de submoradias da região.

Atualmente o bairro passa por projeto de reurbanização. Segundo a FUMAS (Fundação Municipal de Ação Social), órgão da prefeitura de Jundiaí, cerca de 1,8 mil famílias são cadastradas na entidade- mas essa quantidade representa apenas aquelas que moram em área de risco. De acordo com o levantamento realizado pelo IBGE de 2010, vivem na região cerca de 11 mil pessoas.

Isto posto, cumpre esclarecer que no trajeto de ida, uma profissional do CR mostrou-se preocupada sobre minha pesquisa: *“mas não sei se vamos encontrar alguma gestante lá pra você entrevistar hoje...”*

Respondi para não se preocuparem com isso, para ‘’esquecerem’’ da minha presença lá. Eu apenas iria acompanhá-los em um dia normal de trabalho em campo, ressaltando que a pesquisa envolvia esse “habitar o território” e conhecer os serviços da rede, ou seja, ultrapassava a entrevista com as mulheres. Finalizei brincando “*não vamos sair na caça gestante*”.

No dia e horário combinado, o veículo do CR passou para me buscar e nos dirigimos à “Toca do São Camilo”.

No caminho, a equipe foi me contando que a região estava mais “vazia”, pois recentemente havia tido uma intervenção da guarda municipal e que muitos barracos haviam sido destruídos, bem como havia tido supostamente uma abordagem

violenta. A equipe ainda estava tentando descobrir para qual local essas pessoas haviam migrado.

Chegamos lá em uma segunda feira ensolarada. O carro do CR estacionou a alguma distância no "pé do morro". Falei a eles que seguissem a rotina normalmente. Observei que havia barracos na mata e que algumas pessoas realmente estavam "instaladas" ali, não apenas como um local de passagem ou de uso de drogas. Avistei um varal e alguma movimentação de homens em sua maioria e algumas poucas mulheres (ao menos visíveis à distância). Quanto à faixa etária, parecia heterogênea.

A equipe do Consultório desceu do carro e ali permaneceu. Passado um tempo, dois homens se aproximaram e solicitaram água. Um deles solicitou ainda um kit que o CR distribui. A enfermeira aproveitou a aproximação deste homem para abordar o assunto: *"parece que está mais vazio aqui ultimamente, ficamos sabendo que o pessoal está ficando mais lá para o alto, atrás do campinho, você sabe se tem gente lá?*". Ele disse que não sabia, que tinha um pessoal que tinha saído da Toca, mas não sabia exatamente onde estavam... mostrou-se meio indisponível para dar continuidade na conversa, que se interrompeu ali.

Durante a permanência no local, fiquei conversando com os profissionais. Um deles me falou que esse era o trabalho do CR*: "fazer a ponte dessas pessoas para os serviços de saúde".*

Perguntei à equipe se eles tinham como costume "subir" o morro e realizar uma abordagem mais direta. Responderam-me que no passado faziam assim, mas que houve um pedido da própria população que lá estava em um dado momento para não ser "incomodada" nesse sentido uma vez que em muitas ocasiões eles sentiam constrangimento por estarem em situação de uso da droga. A equipe do CR ressaltou que entenderam que era melhor respeitar essa recomendação, pois as pessoas reconheciam o papel do CR, ainda que eles permanecessem a certa distância.

Passados uns trinta minutos de permanência no local, a enfermeira sugeriu que a equipe se deslocasse para conhecer esse novo território que supostamente os usuários teriam migrado.

Nos direcionamos até o local (bem perto dali) e o motorista e o redutor de danos desceram para fazer o que eu entendi como "reconhecimento do local". Subiram um morro e atravessaram um campo e encontraram 3 pessoas fazendo uso de drogas e se apresentaram, mas entenderam que aquele não era exatamente o

local do qual tinham ouvido falar, porque a informação é que a migração tinha sido bastante significativa em termos de quantidade de pessoas.

Foi especulado que o acesso deveria ser por outra rua, bem mais próxima a uma região de tráfico do bairro. Seguimos então para esse outro local e novamente eles nos antecederam para o "reconhecimento" do território. Era um "corredor aberto'' em um terreno com mato alto que ficava bem no alto do morro. Havia visibilidade apenas no início desse caminho.

Por uma questão de segurança, o redutor de danos e o motorista foram até determinado ponto onde encontraram dois usuários sentados no meio deste "caminho estreito" em um sofá que impedia a passagem.

Relataram que se apresentaram aos sujeitos enquanto equipe do CR e tentaram estabelecer algum diálogo, mas foram informados que *''dali pra frente não havia mais ninguém''*, buscando o rompimento da conversa. Retornaram ao carro pouco convencidos da informação recebida, mas compreendendo que tratou-se de uma primeira abordagem e que *''a inserção nos territórios é gradual''.*

Ao retornarem para o carro e já nos direcionarmos para o fim das visitas a campo, a enfermeira e psicóloga do CR recordaram-se de um caso (nome fictício Adriana) de uma usuária de drogas gestante que ficava embaixo de um viaduto em uma importante Avenida de Jundiaí. Disseram que há semanas não a encontravam e que era nosso caminho, então podíamos tentar localizá-la.

Paramos o carro no local indicado, descemos e o redutor de danos pulou o muro do viaduto para chegar até o local em que ela se alojava com um "homem mais velho", segundo a equipe. Chamou-a pelo nome e apesar de avistarmos a "barraca" e seus pertences, ninguém respondeu. Retornou o redutor, informando que ela não estava lá naquele momento, que deveria ter saído, pois viu ''suas coisas lá''. Combinaram que tentariam retornar em outro momento, portanto.

Em especial essa última "parada" me causou um impacto. Uma avenida tão movimentada, com tanta circulação de pessoas e carros e havia um "abrigo escondido debaixo do viaduto". Surpreendeu ''minhas expectativas'' internas, afinal não era um local ''típico'' de usuários.

E logo me dei conta que essa pesquisa vinha realmente pra estremecer meu próprio território existencial. O que é um local típico de usuários?

Quando me dei conta da "ingenuidade" da ideia, quase ri de mim. Não ri, porque o incomodo foi além: uma gestante estava morando ali. Tinha como território

um pequeno barraco embaixo de um viaduto. Não podia ignorar o fato de que eu também era uma gestante e que olhava para aquele lugar e via um território “seco, cinza e barulhento”. Mas e aquela mulher? O que seria para ela estar ali? Realmente, eu não tinha essa resposta. Mas essa pergunta iria nortear meus próximos passos, bem como o desdobramento dela: como oferecer cuidado nesse contexto?

No caminho de volta, ficamos em silêncio. Todos pareciam reflexivos.

Fiquei pensando que a minha percepção inicial se confirmou nesse dia. A equipe do Consultório de Rua é um dispositivo imprescindível nessa rede. Sem eles, não estaríamos ali. Sem eles, não chegaríamos ali. Sem eles, essas histórias não chegariam até nós e nós não chegaríamos nelas. Seriam os casos invisíveis, os inacessíveis, assim como muitas das mulheres que só tínhamos acesso no momento da entrada na Maternidade para o parto.

> As pessoas que vivem nas ruas das grandes cidades brasileiras são a população mais excluída do SUS: seja por suas características específicas (não residir em domicílios, manter outras relações com o tempo, trabalho, família), seja pela recusa dos profissionais, ou seja, pela incapacidade do sistema de organizar o cuidado em torno de sua dinâmica de vida (111)

Entretanto, trata-se de um trabalho que exige uma abordagem inicial com o território. Não é possível acessar as pessoas, sem ter um real acesso ao território. Nesse sentido, a figura dos redutores de danos é estrategicamente indispensável. Mas aqui a palavra “acesso” não cumpre a função de apenas “chegar ao local, adentrar”, mas sim construir um vínculo que possibilite cuidar das pessoas que ali circulam ou permanecem, que adormecem e amanhecem, que desenham sua existência nesse espaço vivo. De novo, a pergunta que vem é: como oferecer cuidado nesse contexto? O que eu chamo de cuidado? O que os usuários reconhecem como cuidado?

> Nessa clínica, vamos entendendo que estar **no** território é fundamental, mas não é suficiente. Além da tarefa de estar **no** território e se construir pelo território da rua, a clínica no território tem que ser também uma **clínica de rua**. A preposição “de” guarda então um triplo sentido para a relação entre clínica e território: estar no território; ser gerada pelo território; e ser para o território - cuidar do território, fazer do território vetor de cuidado (111).

Nos despedimos e combinamos a próxima “carona”.

5.2 Narrativas sobre “Os encontros/ entrevistas”:

Ao longo desta cartografia, 4 entrevistas foram realizadas em diferentes contextos do campo (uma realizada no território de uso “Rosa”; outra realizada no ambiente hospitalar/maternidade “Margarida”; outra com uma adolescente no CAPSad “Girassol”; e outra na residência “Violeta”) e construímos a narrativa das entrevistas com essas quatro mulheres.

Reiteramos que todos os nomes utilizados na narrativa são fictícios e remetem ao nome de flores, como referência à Comissão Flores de Lótus.

5.2.1 Entrevista com Violeta (03 de junho de 2016)

Em contato com equipe do CR (Consultório de Rua) soube que eles estavam em acompanhamento de cinco gestantes usuárias de drogas no município e pretendiam visitar uma delas na casa de sua mãe na sexta-feira, dia 03 de junho. Era Violeta.

Já haviam iniciado uma abordagem com ela em campo e deram continuidade ao acompanhamento por meio de consulta de pré-natal e referenciamento ao CAPSad, porém após terem notícia da recusa dela em retornar ao CAPSad, decidiram realizar uma visita, tendo notícias que ela se encontrava na casa de sua mãe.

Seria uma boa oportunidade para uma entrevista e, portanto, combinamos para eu acompanhá-los e nos encontrarmos em frente ao CAPSad para realizarmos a visita à casa de Violeta, na Vila Marlene.

Não posso negar minha expectativa deste encontro, uma vez que fui frustrada em outras tentativas anteriores de realização de entrevistas, entretanto, relembrei o quanto foram significativos esses ‘’desencontros anteriores’’ (alguns narrados nos itens anteriores) e como eles já me diziam algo e contribuíram para a pesquisa.

Na data combinada, amanheceu um dia chuvoso, pensei que as chances eram maiores dela estar em casa. No caminho, a equipe foi me dando um breve relatório do caso:

> *‘’Tratava-se de uma jovem de 21 anos, gestante de 26 semanas do segundo filho, em uso abusivo de crack. Seu filho de 4 anos*

> *mora com ela e familiares e é fruto de um relacionamento anterior. Segundo informações que VIOLETA passou para equipe do CR, a mesma iniciou uso de drogas ainda na adolescência, por volta dos 16 anos. Havia feito um ultrassom recentemente acompanhado pela equipe do CR, onde descobriu o sexo do bebe. Era um menino. Relataram-me que a expectativa de Violeta era por ter uma menina e se decepcionou no momento da revelação. ”*

Era o que eu tinha até aquele momento.

Chegando à residência, o veículo do CR estacionou em frente a um local de tráfico de drogas bastante explícito. Uns oito rapazes estavam na rua, dentre estes, alguns adolescentes. O redutor de danos e a psicóloga desceram na frente e disseram que iriam verificar se Violeta estava em casa. Voltaram informando que Violeta havia acabado de acordar e que poderia nos receber em sua casa.

Fui com a equipe do CR, com colete do consultório. Entendemos que era uma questão de segurança naquele território.

Quando nos dirigimos para a sua casa (que era em uma viela), encontramos uma equipe da UBS realizando uma visita domiciliar em outra residência (médica, enfermeira e agente comunitária de saúde). Nos cumprimentamos, e eles, vendo que iríamos visitar VIOLETA, nos interpelou. A médica informou que VIOLETA não havia comparecido na data agendada para a consulta pré-natal e sim em outro dia em que não estava agendada. Segundo a mesma, nesse dia ela estava em visita e a outra médica em reunião, portanto, ela não havia passado pela consulta médica, mas foi acolhida pela equipe de enfermagem. A equipe do CR acordou momentaneamente que VIOLETA poderia ir na próxima terça feira no período da tarde, período em que ocorrem as consultas pré-natal e que eles iriam acompanhá-la.

Ao chegar ao local, encontramos sua mãe dormindo na sala. VIOLETA pediu para entrarmos e seguirmos para seu quarto, onde estava com seu filho na cama (na parte debaixo de uma cama beliche). Em uma cama de casal ao lado do beliche, dormia sua irmã mais nova.

Eu pedi licença para entrar, a cumprimentei e ela mostrou receptividade. A partir daí acompanhei a conversa dela com os colegas do CR. Como já se conheciam, começaram a conversar sobre os territórios de uso de drogas de Jundiaí. VIOLETA falava de uma mulher usuária de drogas que havia sofrido violência física, salientando que "o consultório precisava ir atrás dela". Dizia que ela apanhou lá na Fepasa, porque

roubou alguma coisa em um ponto de uso de drogas e afirmava que o pessoal de lá ‘’quer derrubar o barraco dela no São Camilo’’, porque ela também briga muito com o companheiro, que não deixa ela em paz e concluía: ‘’vocês precisam fazer algo, ela está toda machucada’’.

A psicóloga do CR fez algumas reflexões/ponderações com VIOLETA, no sentido de afirmar o necessário empoderamento desta mulher para que ela pudesse ganhar autonomia e poder de escolha, a quem VIOLETA se referia somente como vítima das circunstâncias.

VIOLETA seguiu falando sobre o seu bairro. Disse que a Vila Marlene estava com muitos usuários de drogas lá na mata e a Fepasa também, mas que a maioria das mulheres estavam na mata da Vl. Marlene.

A equipe do CR pediu se ela não poderia acompanha-los aos locais, explicando que estavam com acesso difícil aos referidos espaços. VIOLETA disse que sim e seguiu falando de uma outra usuária que "fugiu" do CAPSad, que posteriormente compreendi que se tratava de sua tia.

Nesse momento VIOLETA foi interrompida pela psicóloga do CR que lhe disse: *"ninguém foge do CAPSad, lá não é prisão".*

Preciso dizer que ouvir essa frase causou algumas ressonâncias dentro de mim. De imediato pensei que por mais que as regras de uma instituição sejam explicitas, como por exemplo: “não é preciso fugir de um CAPSad, porque você pode sair pela porta da frente”, a relação entre a subjetividade do sujeito com a instituição ultrapassa essa esfera mais concreta.

Nesse sentido, recorro a uma importante reflexão de Emerson Merhy quando ele problematiza a promessa do dispositivo “CAPS”: fazer a crítica do mundo manicomial e ser lugar de construção das práticas alternativas e substitutivas. Ou seja, ocupar esse lugar é estar no “olho do furacão” (112).

> os tornam, em termos de finalidades, ao mesmo tempo, dispositivos efetivos de tensão entre novas práticas e velhos “hábitos”, e lugares de melhorias reais na construção de formas sociais de tratar e cuidar da loucura. Por isso, estar em no “olho do furacão” antimanicomial, tornam-os lugares de manifestação dos grandes conflitos e desafios (...) Neste sentido, estão no olho do furacão e, como tal, os que o estão fabricando devem e podem usufruir das dúvidas e das experimentações, e seria muito interessante que tornassem isso um elemento positivo, como marcador contra os que possam imaginar que ele já é o lugar das certezas antimanicomiais. Esta última postura, das

> certezas, carrega consigo um grande perigo. Estar no olho do furacão é atiçar um inimigo poderoso: o conjunto dos que se constituíram e constituem o mundo, e um mundo, manicomial. Deste modo, ter uma postura de que na constituição dos CAPS devemos seguir modelos fechados ou receitas, é eliminar a interessante multiplicidade deste, e não aproveitar de um fazer coletivo solidário e experimental (...) Sempre será uma aposta, em boa medida, experimental, construir novos modos tecnológicos e sociais que permitam o nascer, em terreno não fértil da subjetividade aprisionada da loucura excluída e interditada, de novas possibilidades desejantes, protegidas em redes sociais inclusivas (112).

E o autor arremata sua reflexão nos dizendo que *"é possível tratar da construção de anti-manicômios de uma maneira mais alargada, o que seria bem pertinente pelo fato do manicomial não ser um lugar, mas uma prática social, cultural, política e ideológica".*

Entendemos que essas ponderações são pertinentes frente a fala significativa de VIOLETA que explicita *essa tensão entre novas práticas e velhos "hábitos";* tensão essa que só pode ser superada com uma "revolução cultural" de formas de cuidado que seja construída por e para todos (as).

Mas retornando a narrativa do encontro com VIOLETA, nesse momento em que a profissional pondera que não é preciso fugir do CAPS, ela nos responde que essa pessoa estava com ''ordem judicial'' e que ela soube que ela havia pulado um muro. A psicóloga esclareceu que se tratava de "apenas uma recomendação" e que o serviço trabalha no sentido de motivar as pessoas a permanecerem, mas não impedir a saída pela porta da frente, mas ''aproveitou o gancho'' e abordou sobre a necessidade do retorno de VIOLETA ao CAPSad.

Ela disse que não voltaria porque lá tomou uma medicação e por duas vezes desmaiou. Disse que a assistente social da UBS falou que ela poderia processar o CAPSad por isso, pois gestante não pode tomar essa medicação. Também, disse que o coração do bebê estava disparado no dia do exame realizado.

A psicóloga e o gerente do CR falaram sobre os muitos fatores que poderiam ter contribuído para aquilo (o uso de drogas concomitante à medicação, a ansiedade, a decepção na descoberta do sexo do bebê, etc.), bem como a possibilidade de diálogo com CAPSad em relação aos problemas enfrentados com a medicação.

Mas VIOLETA logo retoma o assunto da mulher que está machucada. Parece querer manter o diálogo sem que ela seja o foco.

A equipe diz que ela teria que ir junto. E ela diz: *"Vamos agora?"*

O gerente do CR pondera que estava chovendo naquele momento.

Ela diz: *"E daí? Vamos lá!".* Olha para o filho e diz: *"Espera aqui. A mamãe já volta e te dá um banho"*. O menino chora e diz pra ela não ir. Ela pede que ele a espere, que ela não vai demorar. Ele fica choroso e ela o deixa com a mãe dela. VIOLETA se arruma enquanto aguardamos lá fora.

Quando ela sai, acende um cigarro e vamos em direção ao carro estacionado, mas quando ela "encontra" com rapazes que estavam na rua (no tráfico de drogas), ela diz: *"melhor não ir agora não, não adianta, está chovendo, não vai ter ninguém lá".*

A equipe combina então de vir pegá-la na terça feira para a consulta pré-natal, conforme haviam acordado com equipe da UBS.

Nesse momento eu me aproximo dela e peço se podemos falar rapidamente em particular. Digo que eu não tinha conseguido me apresentar direito, que sou Ariane, sou psicóloga da Defensoria Pública e VIOLETA já me interrompe.

"Você é da Defensoria? Aquele lugar que arruma advogado pra fazer exame de DNA? Que bom que você está aqui. Estou precisando mesmo ir lá pra fazer o pai do meu filho a fazer o exame e cobrar pensão dele."

Eu explico a ela o procedimento do atendimento da Defensoria nesse sentido e dou as orientações básicas cabíveis.

Mas, pondero que naquele momento, eu estava acompanhando o CR porque estou realizando uma pesquisa com gestantes usuárias de álcool e drogas e que eu gostaria de poder conversar com ela. Que poderia ser naquele momento ou em outro que pudéssemos marcar.

Ela diz: *"Demorou, vamos fazer agora. Sobe aqui comigo em casa".* O gerente do CR quis nos acompanhar e ela concordou.

Retornamos ao quarto dela e o filho vem pra perto dela. Eu pondero se podemos falar na frente dele e ela diz: *"Podemos sim. Depois ele vai lá na sala com a minha mãe, mas não tem problema não, ele sabe das coisas, ele pede pra eu voltar pra casa e diz pra eu não ir pro mato. Quando eu volto ele fala pra eu ir tomar um banho."*

Eu não posso negar o meu desconforto nesse momento: primeiro porque a vivência de uso de drogas da mãe parecia naturalizada para a criança, no sentido de fazer parte de sua rotina (ver a mãe saindo para este fim), mas em segundo lugar, porque ele a demandava, precisava dela e “pedia para ela voltar”, atuando como uma figura de proteção. Entretanto, ele era apenas uma criança que precisava da proteção da mãe. Aquilo me sensibilizou demais.

Nesse dilema entre continuar a conversa ou marcar outro dia, eu pergunto se ela tem certeza que podemos continuar e ela diz que sim.

Eu dou prosseguimento. Começo explicando que há um termo (TCLE) pra que ela seja preservada e mostro o documento, explico resumidamente e ofereço para a leitura, informando que preciso da autorização para a entrevista. Ela olha rapidamente o documento, e diz que tudo bem, sem problemas. Seguimos.

Começo falando que gostaria que ela me contasse um pouco da vida dela, de como está sendo estar grávida nesse momento de sua vida.

Ela diz que agora está um pouco melhor, que antes estava mal, porque não foi algo planejado, mas que vai ter ajuda do pai do bebê e que ele é uma boa pessoa.

Seguiu falando do seu histórico familiar. Informou que mora com mãe e irmãos, que seu pai é falecido (morreu em 2015 de câncer). Eram cinco filhos, sendo ela a filha mais velha.

Sempre moraram em Jundiaí, naquele mesmo bairro. Teve um irmão adolescente falecido no ano passado em decorrência de falência dos rins (também no ano passado, logo após a morte do pai) e percebo que esse é um assunto que a sensibiliza e, também, disse que sua mãe teve um bebê com microcefalia que não sobreviveu. Digo que sinto muito pelas perdas que teve.

Ela diz que seu pai era usuário de álcool e drogas e que usavam drogas dentro de casa. Refere que o relacionamento com sua mãe é bastante conflituoso, pois além da mãe fazer consumo de álcool, a agride e a humilha com frequência. Entretanto, destaca que tem um bom relacionamento com a avó materna que mora próxima à sua casa.

Narra que seu primeiro filho é fruto de um relacionamento ocasional com um usuário de drogas, que nega a paternidade, e por esse motivo, deseja fazer o exame de DNA. Nesse momento, fala bem rapidamente que ele acusa que o filho era do pai dela (e comenta, *‘’você acha? ”*), mas interrompe a fala para chamar o filho que havia saído do quarto para voltar. Ele não vem e seguimos.

Eu pergunto como foi a assistência em saúde em sua primeira gravidez. Ela diz que ficou internada na época, mas que saiu para ter o bebê na Maternidade de Jundiaí e que foi muito bem atendida lá, tendo o filho de parto normal.

Acrescenta que pretende ter o filho novamente nesse mesmo Hospital. Pergunto sobre a assistência em saúde que vem recebendo nessa gestação e ela diz que o pessoal da UBS é muito bacana com ela e o CR também.

Sobre a gestação atual, que é sua segunda gravidez, informa que está de 26 semanas e que apesar de não ter sido planejada, agora está feliz, apesar de no início ter ficado um pouco ‘’desacorçoada’’. Diz: *‘’ O pai deste aqui (apontando a barriga) é um homem trabalhador, não é usuário. Eu conheço ele faz tempo, ele sempre me ajudou. É aqui do bairro. Ele vai me ajudar com as coisas. Ele queria que eu fosse morar com ele, mas eu não vou, porque eu não gosto dele’’.* Faz questão de me mostrar o exame ultrassom que mostra que estava tudo bem com o bebê.

E diz: *‘’ Você acha que o juiz pode querer tirar ele de mim?’’.*

Eu digo que primeiramente, fico feliz que seu bebê esteja bem. Mas que nesse momento, o mais importante é ela estar bem. Digo: *‘’O bebê mora aí dentro de você’’ (aponto para sua barriga), essa é a casa dele.*

Emendo respondendo ao seu questionamento: *Não tem como te garantir o que vai acontecer. Mas eu acredito que se você estiver bem, seu filho também ficará bem, não é verdade? Daí não tem porque o juiz interferir nessa situação. Mas, caso isso ocorra, você pode procurar a Defensoria Pública para a sua defesa também’’.*

Somente quando discuto esse caso com a minha orientadora e depois na qualificação, percebo que perdi uma oportunidade de ter proporcionado uma reflexão mais profunda para VIOLETA. Eu poderia ter devolvido a pergunta, no sentido de abordar o que ela mesma achava sobre aquela situação, mas, naquele momento quis enfatizar a relação de dependência entre o bem-estar dela e do bebê e fiquei preocupada em lhe dar informação que ela poderia contar com a Defensoria, caso algo acontecesse, talvez por saber que ela possivelmente precisaria de uma defesa jurídica.

Sobre o histórico de uso de drogas, VIOLETA refere que iniciou na adolescência por volta dos 16 anos e que em sua primeira gestação, fez acompanhamento no CAPSad e foi encaminhada para internação no Hospital Bairral, em Itapira e diz isso com um sorriso.

Pergunto como foi a experiência de estar lá e ela responde que foi um lugar muito bom pra ela, que era muito bonito e que a tratavam muito bem. Saiu de lá na época do nascimento do filho e informa que ficou ‘’de boa’’ uns sete meses.

Agora retornou ao tratamento em sua segunda gestação.

Sobre o seu histórico obstétrico, diz que se trata de sua segunda gestação e que nunca fez abortos.

Conta que até o ano passado namorava outro rapaz, do qual ela tem o nome tatuado no braço, mas que não deu certo... Disse que brigavam muito, que já sofreu violência dele e frisa: *“Sabe como é, né? Droga e relacionamento não combinam”.* Aproveito o tema e pergunto se ela já sofreu violência de outros homens nos contextos de uso de drogas e ela responde afirmativamente. A questiono sobre prostituição e ela diz que sim e explica: *‘’em troca de um trago os homens pedem pra você fazer algumas coisas pra eles”*. VIOLETA também me responde que estudou até o segundo ano do Ensino Médio e só trabalhou no tráfico de drogas até hoje, porém quase foi presa, então não trabalha mais nisso.

Eu a questiono se a violência ocorreu somente nas ruas ou em sua casa também (violência doméstica) e ela diz que a situação da família é difícil, repetindo que o pai usava drogas com ela em casa e que ela briga muito com sua mãe.

Digo para ela que quando a equipe do CR estava lá, ela mencionou que em seu bairro tinha muitas mulheres usuárias e pergunto se ela acha que está crescendo o uso de drogas entre mulheres, ao que ela responde: *‘’Lá tem de tudo (‘’homem, mulher, adolescente, criança, idoso, etc.), mas o que mais me chamou atenção são meninos cada vez mais jovens, outro dia vi um menino de dez anos usando drogas”.* Emendo perguntando se ela acredita que a mulher fica mais exposta em ambientes de uso. Ela diz que acredita que sim por causa da violência, mas interrompe o assunto porque ouve seu filho chorando, discutindo com a avó e vai buscá-lo na sala.

Eu pergunto se tem algo que ela gostaria de mudar em sua vida e quais são os planos/projetos que ela tem e ela diz: ‘*’Quero trabalhar, mas não sei o que fazer. Vou ficar aqui com meus filhos. Mas eu não uso drogas porque quero, é que não tem como explicar, a hora que bate a vontade é uma coisa muito forte, mas eu não tô conseguindo usar muito, a noite retrasada eu usei só umas 15 pedras, porque fiquei mal. Fico triste depois. Eu tinha ficado quatro dias ‘’de boa”, daí meu filho foi dormir na casa da vó dele e eu fui usar. Eu só saio pra usar a noite, não tenho coragem*

de sair durante o dia. Daí eu volto, minha mãe briga comigo, me xinga, eu deito aqui na cama, choro e depois durmo.''

Nesse momento eu perguntei se ela tinha alguma estratégia pessoal para lidar com ''fissura'' ou para reduzir o consumo. Ela me respondeu: ''*eu só uso quando eu quero, mas é uma vontade muito forte quando vem, não sei explicar...",* eu digo que ela não precisa se justificar pra mim, que só estou buscando entender se tem algo que ela faça para lidar com essa ''vontade'', ou mesmo com essa situação desprazerosa que relatou antes (tristeza, etc.), alguma estratégia de ''redução de danos''.

VIOLETA que sempre falou tão rapidamente durante toda conversa, ficou pensativa. E depois disse: *''À noite bate a vontade. Ou quando brigo com a minha mãe ou meu filho não está aqui. Daí eu vou e uso".*

Fico com a sensação que VIOLETA não tem repertório, tampouco apoio nesse sentido.

Aproveito e pergunto como é o dia a dia dela, o que ela costumar fazer. Ela responde bem vagamente que fica por ali mesmo, em casa. Nesse momento, o gerente do CR pergunta pra ela o que ela costuma fazer com o filho, se passeia com ele, se já foi no SESC de Jundiaí, por exemplo... Ela diz que não. Que quase não sai com o filho. Ele recomenda que ela vá conhecer o SESC, que é um lugar muito bonito, acessível, com muitas atividades para crianças. Pergunto se o filho vai na creche, e ela diz que não. Que precisa ver isso, também, lá na Defensoria. Por fim, abordo o que ela sente que tem como maior apoio e proteção em sua vida. Ela responde sem pestanejar: *''Meu filho! Ficar com ele, ele é tudo pra mim".*

Eu me emociono nesse momento. Agora, narrando essa entrevista consigo perceber que primeiramente foi por ter visto o forte vínculo que existe entre ambos, a despeito do uso abusivo de drogas dela. O filho estava colado nela e isso colocava uma questão que me impactou sobre o cuidado mútuo entre mãe e filho, sem dúvida muito demandante para uma criança pequena de quatro anos exercer o controle das saídas da mãe para o uso de drogas ou o controle do cuidado pessoal dela, aconselhando o banho ao retornar da rua. Certamente uma inversão de papéis e um apoio frágil para aquela criança se desenvolver, o que possivelmente possa ser uma repetição de sua própria infância e que se repetia com seu filho, numa circularidade que precisaria de apoio a ela para ser interrompida.

Em segundo lugar, porque essa era uma hipótese que eu tinha. Enquanto pesquisadora do tema eu já pensava nesse sentido.

Uma hipótese ainda que paradoxal apontava para a seguinte possibilidade: quando ocorre o afastamento da mãe e filho (quando a mulher tinha o desejo de maternar/ficar com o filho), essa mulher fica destituída de seu papel de mãe, e, portanto, retoma mais facilmente o outro papel social que já lhe foi atribuído, o de "usuária de drogas". Ou seja, se ela perde a ‘’tarefa’’ de cuidar do filho, isso pode significar um enfraquecimento importante e vulnerabilidade diante de um novo projeto de vida. Daí decorre que a profecia do fracasso que se realiza.

Eram reflexões iniciais que precisam ser melhor aprofundadas, principalmente em um acompanhamento mais longitudinal. É claro que é uma fala isolada de uma mulher, em um momento de entrevista, mas que eu levanto como destaque: ficar com o filho em um ambiente protegido pode ser um fator de proteção para essa mulher?

Eu finalizo dizendo: ‘’Agora vem outro filho por aí. Como você se sente?’’

Ela responde que está feliz e com medo (do parto).

Nesse momento o filho começa a requerer muito a atenção dela e percebo que ela precisa se voltar para ele e estamos chegando num limite da entrevista...

Importante salientar que durante toda a minha permanência na casa de VIOLETA, seu filho ou esteve “abraçado a ela”, ou quando estava em outro ambiente da casa com a avó, a atenção de VIOLETA estava ‘’flutuante’’, ou seja, atenta ao diálogo com CR e à entrevista e ao mesmo tempo voltada ao filho, reagindo ao menor sinal dele (quando chorava ou ouvia sua mãe discutindo com ele). Isso foi muito significativo.

Me despeço agradecendo pela oportunidade de ouvi-la e dizendo que se possível, poderemos nos encontrar em outros momentos, mas que se isso não ocorrer, eu desejo uma boa hora e muita felicidade em sua vida com seus filhos.

Pelo acompanhamento promovido pela Comissão Flores de Lótus, soube que VIOLETA continuou com o uso de drogas até o nascimento do bebê, que ocorreu no dia 05 de agosto de 2016. Na ocasião, ficou determinada a guarda do bebê para a avó materna (mãe de VIOLETA). Entretanto, após o nascimento do bebê, VIOLETA retornou ao CAPSad e tem mantido (até o momento da escrita final desse trabalho) bom vínculo com a instituição, inclusive tendo boa avaliação no que se refere ao exercício da maternagem.

5.2.2 Entrevista com Margarida (01 de agosto de 2016)

Cheguei ao trabalho na Defensoria Pública em uma segunda-feira despretensiosa.

A Comissão Flores de Lótus mantém um grupo pelo WhatsApp para que possamos nos comunicar mais celeremente sobre os casos acompanhados e casos novos identificados em campo pela rede.

Eis que por volta das 09h, recebo uma mensagem no grupo. Era a assistente social da Maternidade do município informando que uma gestante (Margarida), 21 anos, em situação de rua, com histórico de uso de drogas tinha dado entrada no hospital no dia anterior e encontrava-se internada sem previsão de alta. Disse ainda que pretendia realizar o atendimento com MARGARIDA naquela tarde.

Como já é de conhecimento dos profissionais que compõem a Comissão a respeito da minha pesquisa do Mestrado, entrei em contato com assistente social da Maternidade e verifiquei se eu poderia acompanhá-la no atendimento que ela havia planejado, bem como aproveitar o momento para a realização da entrevista.

Entrei em contato com Consultório de Rua para tentar otimizar a intervenção, uma vez que ela também seria referenciada para eles, mas eles não poderiam ir naquele dia ao hospital.

Portanto, marcamos para logo após o almoço.

Cheguei à Maternidade no horário combinado e me dirigi à sala da Psicologia e Serviço Social. Lá encontrei as colegas e discutimos previamente o caso em questão (MARGARIDA).

> "É uma jovem de 21 anos. Gestação de aproximadamente oito semanas. Estava em situação de rua (contexto de uso de drogas) e deu entrada ontem no hospital. Está com seu companheiro. O exame dela deu positivo para tuberculose e o companheiro já foi orientado a fazer, também, o exame no local de referência para ele (outro Hospital do município), entretanto ele ainda não foi e estava por aí, perambulando pelo hospital sem máscara. Parece que ela disse que se ele sair daqui, ela vai junto. Não sabemos mais nada. Aqui está o prontuário médico dela. Estão colhendo segunda amostra do exame pra confirmar a tuberculose. Vou pedir uma máscara pra você para irmos fazer o atendimento''.

Confesso que na hora tomei conhecimento da tuberculose levei um susto (medo da contaminação, por estar com uma bebê em casa que ainda não tenho

certeza da efetividade da vacina BCG, etc.), mas logo retomei a racionalidade e me convenci que a máscara seria suficiente para me proteger.

Mas é interessante que depois revendo a mensagem que havia sido enviada logo de manhã, vi que a assistente social já tinha informado sobre a tuberculose. Eu que não me atentei. Interessante observar como o dado que me saltou aos olhos foi o uso de drogas e ignorei a tuberculose na mensagem.

Estou falando sobre isso, porque sei que isso é um erro cometido no acompanhamento de caso aos usuários de drogas. Muitas vezes a questão da droga fica tão em evidência, que comorbidades clínicas passam sem a devida atenção. Cegueira seletiva. Me percebi reproduzindo essa lógica e pensei que essa era mais uma lição para aprender e não esquecer. Enxergar o todo.

Eis que fomos ao encontro de MARGARIDA. No caminho combinamos que eu acompanharia o atendimento dela e me deu liberdade para fazer as perguntas que eu achasse pertinente. Acordamos que buscaríamos uma conversa sem roteiros prévios, mais fluida.

Chegando lá, abrimos a porta e encontramos MARGARIDA dormindo em uma cama e o companheiro na outra. Ambos sem máscaras. Chequei a minha.

A assistente social chamou pelo nome da paciente e ela foi ‘’acordando’’. A profissional então se apresentou e eu também me apresentei (como psicóloga da Defensoria e pesquisadora). Depois ela seguiu com sua abordagem. Iniciou dizendo que estava ali para conhecer melhor MARGARIDA e perguntou se ela estava bem e de onde MARGARIDA era.

MARGARIDA ainda despertando e pouco disponível inicialmente para o diálogo, disse que era da cidade de Campo Limpo Paulista, mas que estava no Jardim Fepasa em Jundiaí.

Por questionamento da assistente social, citou que tinha uma irmã que morava em Jundiaí. A assistente social pediu o endereço de Campo Limpo ao que MARGARIDA respondeu que não sabia dizer. A profissional insistiu e ela disse: “lá perto do programa Minha Casa Minha Vida, sabe? No bairro São José. Na favela do bairro São José 2”.

A profissional ainda perguntou como poderia fazer para conseguir endereço exato de seus familiares, se tinha alguém pra ligar, alguém que soubesse informar.

Ela disse: “*tem que ligar lá no CREASPop. Lá eles sabem onde minha mãe mora”.* Questionada, informou o nome da mãe nesse momento.

A assistente social perguntou se ela ficava em situação de rua e o que fazia no bairro em Jundiaí, e MARGARIDA disse bem diretamente: ‘’estava usando droga ali. Mas, já faz dois dias que não uso’’ (destacou esse prazo como uma grande conquista).

O companheiro esclareceu que ambos fazem uso de crack. Perguntei nesse momento qual foi a circunstância que os trouxeram ao hospital e ele (P) respondeu que MARGARIDA passou mal porque ficou 4 dias usando seguido, sem dormir. Disse ainda que eles permaneceram um tempo na cidade de Sorocaba com sua família, mas decidiram vir pra Jundiaí pra usar droga, local em que estão há mais de um mês. Nesse momento, MARGARIDA disse que não deu certo com a família dele, quando a enfermeira entrou no quarto informando que precisaria realizar coleta de exame de sangue com MARGARIDA.

MARGARIDA reagiu um pouco exaltada. Disse que já tinham furado muito ela e a enfermeira habilmente informou que iriam procurar ‘’uma veia boa’’, que não iria tentar sem ter certeza. Quando começou a passar a mão no braço para procurar uma veia, MARGARIDA esbravejou, falou palavrão e disse: *“eu vou embora daqui, não vou ficar aqui, por isso me colocaram em um quarto sem janela, pra eu não pular pra fora. Tá louco, estão querendo me f...., tá tudo doendo. Chamei a outra enfermeira de burra, porque ela me furou inteira”.* MARGARIDA quis tirar um acesso do soro que já tinha acabado.

A profissional da enfermagem tentou manter um clima amistoso e transmitiu muita confiança para MARGARIDA em um manejo bem acolhedor.

Pediu ajuda para MARGARIDA segurar um ponto. Nos afastamos nesse momento. MARGARIDA resmungou ainda de dor e logo a enfermeira saiu. Nesse ínterim nos aproximamos do companheiro.

Ele disse que estão juntos há 5 meses, que se conheceram no Jardim. Fepasa, usando drogas. Que passaram um tempo em Sorocaba, mas “ela inventou de vir usar drogas”. Disse ainda, que ele tem outros filhos, mas que se trata do primeiro filho dela.

Quando retornamos, olhei para a mão de MARGARIDA e tinha um band-aid infantil de desenho no local que a enfermeira havia colocado. Continuamos. Perguntei a MARGARIDA sobre sua gestação, se havia sido algo planejado. Nesse momento, ela pareceu baixar um pouco a atitude defensiva, sorriu e disse que sim, que desde que conheceu o companheiro quis um filho. Indaguei se era sua primeira

gestação. Ela disse: “que vai nascer sim. O outro morreu”. Pedi se ela podia esclarecer o que havia ocorrido. Ela disse que sofreu aborto, quando estava grávida de 3 meses. Informou ainda que isso aconteceu há uns 4 anos atrás. Mas ressalta que agora fez o exame no hospital e viu que “*está tudo bem com o bebê”.*

Pedi se ela poderia me contar seu histórico de família. Ela disse que o pai era falecido, que tinha irmãs, mas que não podia contar com elas. Apenas com sua mãe.

Nesse momento, a assistente social perguntou se sua mãe poderia oferecer apoio para ela no momento do nascimento do filho, ao que ela respondeu que sim. Mas, só a mãe. Indagou ainda sobre a família do companheiro. MARGARIDA disse que não deu certo lá. Que só quer voltar lá com o bebê para mostrar para a avó dele.

Perguntei se ela poderia me contar sobre o histórico do uso. Ela disse que iniciou aos 14 anos, mas que já ficou 4 anos sem usar. Depois voltou, segundo ela, por ocasião do uso de seu ex-marido. Perguntei sobre tratamentos anteriores e ela disse que nunca havia passado e frisou: ‘’não preciso disso’’.

Nesse momento, a mesma enfermeira retornou. Precisava continuar o procedimento e tirar mais sangue. MARGARIDA estava mais calma, mais ainda resmungou por tantos procedimentos e reiterou que não pretendia ficar ali, avisando o companheiro. *“Vai se preparando, vamos sair daqui”*.

A assistente social do hospital ponderou a importância desse cuidado para com ela e com o bebê. Reforçou ainda que seria importante que após a alta do hospital, ela passasse pelo acompanhamento pré-natal na UBS.

MARGARIDA retoma que o bebê estava bem, que fizeram exame de ultrassom ontem, mas a profissional reforça a importância de MARGARIDA fazer o pré-natal para acompanhar o estado de saúde dela e do bebê ao longo da gestação, e quando ela perguntou em qual UBS ela gostaria de fazer o atendimento, percebi que MARGARIDA não havia entendido do que estávamos falando, da sigla. Expliquei que era o posto de saúde, ao que ela disse que gostaria de passar na cidade de Campo Limpo, pois tinha um posto perto da casa dela.

Nesse momento, a enfermeira terminou a coleta do exame de sangue e MARGARIDA aproveitou para dizer a ela que precisava tomar banho, que estava saindo uma coisa estranha de sua vagina. A enfermeira disse que iria pedir para o médico vir fazer um atendimento com ela, pra ver do que se tratava.

Percebi que MARGARIDA voltou a ficar um pouco mais agitada e impaciente. Teríamos pouco tempo pela frente.

Perguntamos sobre a questão da tuberculose, ela disse que já teve antes, mas que só fez 2 meses de tratamento, depois abandonou. A assistente social ponderou sobre a importância do companheiro realizar o exame no local indicado pela rede e se precaver. MARGARIDA reforçou que ele deveria fazer sim, mas que hoje na hora que ele ia sair pra fazer, ele dormiu.

Ela perguntou se ia ficar muito tempo internada lá, que queria ir embora. A assistente social falou que não sabia dizer isso, porque eles ainda estavam fazendo exames para poder definir o tratamento, inclusive para que ela pudesse se tratar fora dali também.

MARGARIDA começou se levantar da cama e disse que precisava tomar banho.

Retomei nesse momento a questão da pesquisa, expliquei com mais detalhes os objetivos da pesquisa e solicitei sua autorização para participar. Ela respondeu que poderia participar sim, entreguei o TCLE e ela assinou. Ficou com uma via.

Aproveitei e abordei o que ela entendia que poderia ajudá-la nesse momento, algum serviço ou alguma outra pessoa que ela gostaria de contatar, que planos ela tinha. Ela disse que não precisava de nada, que estava tudo bem. Agradeci sua disponibilidade e me coloquei a disposição pelo telefone que constava no TCLE e também na Defensoria.

Ela disse: *"Pra que? Eles querem tirar meu bebê?"*

Disse apenas que caso ela precisasse de algo da parte jurídica, poderia buscar o atendimento gratuito lá.

Ela pareceu compreender.

Nesse momento, a assistente social combinou com ela que faria então contato com sua mãe caso conseguisse e novamente perguntou se tinha mais alguém que ela gostaria que ela viesse para vir visitá-la. Ela disse que não. O companheiro informou que quando ela estava com ele em Sorocaba não falava com ninguém da família dela, não tinha contato de ninguém, dando a entender que faz tempo que a família deve estar rompida.

Encerramos o atendimento e eu agradeci sua colaboração, desejando uma boa gestação para ela, caso não nos encontrássemos mais.

Saí de lá e posteriormente entrei em contato com equipe do CR, que ficou de visitá-la, uma vez que, apesar de sua família ser de Campo Limpo Paulista, seu território de uso e ‘’existencial’’ é o território do Jardim Fepasa de Jundiaí...

No mesmo dia em que a entrevista foi realizada a equipe do Hospital nos informou que a mãe de MARGARIDA compareceu e estava disposta a oferecer todo o apoio para a filha (MARGARIDA), que se recusava a voltar para casa de sua família. Inclusive, a mãe de MARGARIDA só soube da gravidez da filha nesse momento, mas a impressão da equipe é que os vínculos estavam muito fragilizados. A rede, também, nos relatou que tiveram informação que Margarida já havia sido vítima de violência sexual na infância.

Depois de alguns dias, tive a notícia que MARGARIDA havia ‘’fugido’’ do hospital.

Por meio da Comissão Flores de Lótus, a rede buscou dar continuidade ao acompanhamento do caso (ainda que com muita dificuldade de localização de MARGARIDA e acesso a ela) e também recebemos um ofício do Ministério Público solicitando nossa intervenção.

MARGARIDA foi identificada no território de uso da região do Jardim Fepasa, entretanto, tratava-se de um território ainda de difícil acesso para a equipe do Consultório de Rua, considerando os fatores de risco (território ainda desconhecido para o serviço; existência de diversas pessoas com tuberculose naquele local) que exigiam uma abordagem mais articulada com outros serviços.

Após algumas tentativas, a equipe do CR teve notícias de que MARGARIDA havia retornado ao município de Campo Limpo Paulista, informação esta prestada por diversos usuários do território de uso. O CREAS e CAPSad do município haviam sido acionados para referenciar o caso.

Em dezembro de 2016, a equipe do CR realizou almoço de Natal no local e conseguiu construir uma maior vinculação com este território.

Em 17 de janeiro de 2017, o HU nos informou que MARGARIDA deu entrada no Hospital e teve o bebê. A família extensa foi acionada e como já havia procedimento judicial, haveria avaliação para verificar condições destes para a definição da guarda do bebê no pós alta. Até a pré-entrega deste trabalho o destino do bebê ainda não havia sido definido.

Esse seria o último parágrafo dessa narrativa. Assim ela terminaria. Entretanto, três dias antes da entrega da minha versão final da dissertação para a

banca (em 20 de janeiro de 2017) recebi mensagem pelo grupo de Whatsapp da Comissão Flores de Lótus informando que o bebê de MARGARIDA havia morrido naquela madrugada. Ele permanecia na UTI Neo Natal do HU e não resistiu.

Não posso deixar de compartilhar o impacto que essa notícia causou em mim e a tempestade de sentimentos que me invadiram, mas de maneira geral foi de uma profunda tristeza.

Receber a notícia da morte de um bebê é sempre devastador. Para alguém como eu que é mãe de uma criança de apenas um ano, que se engajou em um trabalho no sentido de promover a proteção da mãe e do bebê e prevenir esses desfechos é ainda mais triste. Mas quando imaginamos o que deve estar sentindo essa mãe então, nos faltam palavras.

E nesse momento, é impossível não vir os questionamentos sobre os papéis que ocupamos, lugares e posicionamentos que assumimos.

Ainda que racionalmente saibamos que estes tristes desfechos fazem parte da história de alguns casos em todos os lugares, a partir do momento que você cria uma Comissão com este objetivo, nos sentimos mais responsáveis e a repercussão deste evento é muito maior.

5.2.3 Entrevista com Rosa (26 de julho de 2016)

Novamente acompanhei a equipe do Consultório de Rua ao Bairro São Camilo (Toca), diante da indicação que havia uma gestante lá.

No caminho para a ‘’Toca’’, eles foram me informando o que sabiam a respeito do caso: *‘’Tratava-se de Rosa, grávida de aproximadamente 26 semanas, sendo 10° gestação. Sem nenhuma consulta de pré-natal. Usuária de crack e com histórico longo de situação de rua. Não estava aceitando nenhum encaminhamento’’.* Chegando ao local, como de costume, o veículo do CR estacionou ao ‘’pé’’ do morro e alguns usuários, identificando a chegada da equipe, começaram a se deslocar até o carro para receber o atendimento e/ou pegar o kit. O gerente do CR então propôs que eu e ele subíssemos o morro para falar com Rosa.

No caminho fomos conversando, cumprimentando os usuários que estavam em seus barracos, muitos em pleno uso de crack e pude observar, predominantemente, homens jovens.

O CR já tem um bom vínculo e trabalho bastante consistente nesse território, portanto, não tivemos nenhum impedimento.

O ‘’barraco’’ de ROSA ficava bem no alto do morro, ao lado de sua colega, M. Foi M. quem nos viu primeiro. M. é uma das pessoas da Toca mais vinculadas a equipe do CR.

Ela nos cumprimentou e disse que iria se afastar para que ROSA pudesse conversar mais à vontade conosco.

Nesse momento, vendo a nossa aproximação, ROSA já foi dizendo: ‘’hoje eu não vou em nenhum lugar, eu já usei, ontem fiquei esperando e vocês não vieram, hoje não dá”.

O Gerente do CR disse que ontem eles haviam tido um imprevisto e que como o CR só tem um veículo, ficou inviável ir até lá. Mas que ele só queria conversar com ela.

Quando me aproximei e ele pediu licença para entrar no barraco fiquei positivamente surpreendida:

Tratava-se de um lugar com aproximadamente 5 metros quadrados. Os 5 metros quadrados de um barraco mais organizado que já entrei. Colchão no chão com roupa de cama arrumada. Estante para pertences pessoais, sapato e bonecas. Televisão em cima da estante. Ao fundo, um tecido que improvisava uma cortina. E cobrindo todo o chão, um tapete bem limpo.

O Gerente do CR sentou no colchão, ao lado dela. Eu sentei no batente da ‘’porta’’. Me apresentei como Psicóloga da Defensoria Pública e pesquisadora (abordando brevemente os objetivos da pesquisa), acrescentando que estava acompanhando o trabalho do CR com gestantes.

Ao que ela respondeu: “*acho que estou ficando louca já’’.* Emendou dizendo novamente que ontem ficou esperando pela equipe do CR. E que naquele dia havia usado no período da manhã. Parecia que ela queria nos avisar a respeito do uso.

Respondemos que não tinha problema, estávamos ali pra conversar com ela. Então ela pegou um envelope de um exame ultrassom e mostrou que havia tido um sangramento nos dias anteriores, o SAMU foi acionado e ela passou pela emergência, reforçando que o bebê estava bem. O exame apontava gestação de 28 semanas. Um menino.

O gerente do CR disse que seria muito importante que ela fosse até o CAPSad, conhecer o trabalho de lá, para que pudesse se cuidar, além de cuidar do bebê.

Ela disse que não iria, que no dia seguinte poderia ir.

Ele ponderou com ela as dificuldades do veículo e (falta) de rotina do CR. E que a hora era agora, que ele estava lá.

Ela disse: "*Não consigo ir. Eu usei. "*

Ao que ele respondeu: não tem problema. Você pode ser atendida lá, mesmo tendo usado. A gente quer que você vá. É melhor do que não ir.

Ela pareceu se surpreender com a resposta acolhedora dele. Mas disse:

- Hoje não dá... (parecia bem deprimida).

Eu considerei que aquela era uma legitima intervenção redutora de danos.

Eu então perguntei como ela estava, como tinha vindo parar ali na Toca, se ela era de Jundiaí...

Ela disse que é de Francisco Morato, mas que já conhecia Jundiaí desde a juventude, porque vinha comprar droga no município. Também, falou que já ficou em São Paulo um tempo, no bairro de Itaquera.

Mas, que veio dessa vez porque foi internada em um espaço da Missão Belém, mas resolveu sair e veio direto para a Toca. Estava lá há aproximadamente dois meses.

Pergunto sobre o pai do bebê. Ela diz que ele está em SP, mas que não sabe que ela está grávida. Mas, acha que a família dele ajudaria: ''vai ser o primeiro filho homem''.

Nisso, perguntei quantas gestações ela já teve. Ela respondeu que esse é o 10° filho, mas que nenhum está mais com ela. Todos os filhos nascidos de parto normal e, segundo ela, com muita facilidade.

Se emocionou nesse momento. Disse que já houve um tempo em que os filhos moraram com ela em SP, mas tudo foi ''piorando'', "não sei o que aconteceu... Depois tudo "desandou".

ROSA nesse momento permaneceu em silêncio. Transmitia muita tristeza em um olhar perdido no tempo. Também, ficamos em silêncio. Um silêncio pesado.

Ao que ROSA rompeu o silêncio, chorando e pedindo desculpas.

Dissemos a ela que não havia o que se desculpar. Que ainda era hora.

Perguntei o que deixava ela triste.

Ela diz que chora porque está triste com ela mesma. Tem muita gente querendo ajudá-la... “Mas as pessoas vão desistindo, porque sofrem mais que eu, sofrem com meu sofrimento. ”

Digo que nós não pretendemos desistir dela. Que ela é importante. Pergunto o que poderia ajudá-la.

Ao que ela responde bem deprimida: *“Nada.”*

Eu digo que estou sentindo muita tristeza e solidão na vida dela. Pergunto de sua família. Ela me diz que há muito tempo não fala com ninguém, que perdeu contato. E que não deseja retomar.

Pergunto de companheiros. Ela volta a dizer do pai do bebê, mas não sabe contato dele para nos passar. Estão rompidos.

Abordo a questão da violência nos contextos de uso: ela refere que antes se prostituía*, “mas hoje já não faço mais isso”.* É interessante isso. Eu pergunto da violência, ela responde sobre a prostituição. Só depois cita o pai de um de seus filhos que ela depois descobriu que era homossexual. Disse que sofreu violência por parte dele.

Ela segue falando dos filhos. Disse que 5 filhos estavam (até onde teve notícias) em um abrigo em Francisco Morato. Um outro filho estava com a avó paterna em Sorocaba. Um outro, ainda estaria acolhido na Casa Transitória (abrigo de Jundiaí). Um outro, ela não tem informações, só sabe que teve ele em uma maternidade de São Paulo.

Anotei algumas informações que me passou no sentido de pesquisar os processos jurídicos no meu retorno à Defensoria. Aproveitei e perguntei se havia algum histórico criminal e ela falou da situação de um furto antigo, há muitos anos, que assumiu uma situação que não era dela. Digo que vou pesquisar essas situações todas e lhe dou um retorno.

Sobre tratamentos anteriores, ela informou que já ficou internada duas vezes em clínicas católicas, mas que talvez preferisse uma clínica evangélica da próxima vez. Depois ela mesma ponderou: *“Também quando quer, pode ser em qualquer lugar. ”*

O gerente do CR novamente aborda a importância de ir para o CAPSad hoje e até mesmo no HU para fazer exames do pré-natal. Ela pede desculpas e diz que hoje não conseguirá. “*Quando eu uso, eu fico na fissura depois*”. Ao que ele

respondeu: "*Usa e depois vamos"*. Ela disse que não tinha como usar naquele momento, estava sem dinheiro.

Ele então diz que tentará retornar amanhã com a equipe.

No final, eu retomo a questão da pesquisa. Digo que existe um TCLE e resumo os principais pontos, bem como, me proponho a ler com ela e esclarecer dúvidas.

Ela diz que amanhã assinará. Mas, que gostaria de ficar com o documento para ler com calma, que gosta de ler. Eu digo que tudo bem. Que se estiver de acordo, pode entregá-lo a equipe do CR.

Me despeço agradecendo e desejando que possamos nos encontrar novamente.

Importante ressaltar que eu só consegui a assinatura de ROSA no TCLE após alguns dias, momento em que ela foi internada no Hospital Universitário e que eu fui visitá-la.

Ali, durante a visita, abordei a questão do documento da pesquisa ao que ela respondeu: *"eu vou assinar, agora eu já li, pode me dar o papel que eu assino".*

Esse caso será melhor elucidado no item "caso analisador".

5.2.4 Entrevista com Girassol (13 de setembro de 2016)

O CAPSad fez contato comigo para informar que estavam com uma adolescente gestante em acompanhamento para verificar se eu tinha interesse em realizar a entrevista. Caso já havia sido discutido previamente na Comissão Flores de Lótus. No mesmo dia fui até lá no horário do meu almoço.

Chegando lá encontro uma adolescente muito bonita, de sorriso largo, de cores alegres e que parece bem aberta para meu contato. Sua técnica de referência nos apresenta e nos encaminha para uma sala reservada.

Eu me apresento, falo brevemente sobre os objetivos da pesquisa e sobre o TCLE. GIRASSOL mostra-se bem disponível e aceita o convite para participar da pesquisa. Pedi a ela que falasse um pouco de sua vida...

Ela inicia dizendo "*então vou começar do começo, comecei a usar maconha com 10 anos, mas aos 11 eu já usava cocaína e depois o crack".*

Naquele momento algo já me chamou atenção: ela inicia a narrativa de sua vida quando ela começa a usar drogas. Guardei essa sensação para ver o que viria. Apenas pontuei: como foi esse início?

Ela refere que tinha um namorado na escola que era muito popular e que ele fumava maconha, e então ele a ensinou. Mas, que não foi culpa dele. Se não fosse ele, teria sido outra pessoa, ela pondera.

Segue contando que nessa época usava "apenas cocaína", mas que a família começou a implicar muito com ela e a ofendê-la, até que um dia chegou em casa após período de uso e a avó cortou o "longo cabelo" dela, que era um símbolo da sua vaidade.

"Hoje eu penso que ela fez isso porque ela sabia que eu era muito vaidosa com o cabelo e achou que aquilo ia me segurar em casa. Mas, eu coloquei uma touca e saí pra rua e fui usar crack".

Ela então discorre com muita fluidez dizendo que a família dela sempre a acusava dizendo que ela usava crack, que ela "não prestava", então ela disse que pensou: *"já que vocês estão falando, agora vocês vão ver, agora vou ser tudo isso".* Depois disso ficou 15 dias *"em situação de rua/uso e também na casa de um "ficante".*

Ao que ela mesmo pondera: "*hoje com a cabeça que eu tenho, eu vejo que eu quis me vingar, mas quem se prejudicou foi eu, porque depois que eu experimentei o crack eu gostei, a sensação era de que não estava nesse planeta, e isso era bom, mas depois mudou o nível de coisas erradas que eu comecei a fazer, comecei a me prostituir, entre outras coisas... mas se fosse hoje em dia eu teria relevado a atitude dela".*

Pergunto sobre como foi essa experiência de ficar na rua aos 11 anos, ela disse que ela sabia se virar e *"no começo eles me protegiam, menina bonitinha, começando..."*

Eu então pergunto sobre a família dela e ela diz que a mãe ia buscar ela muitas vezes na região da Ponte São João, uma vez foi acompanhada com uma amiga e com um "namorado". Ela cita inclusive, que em uma das vezes que isso ocorreu (deles saírem para busca-la) o namorado pegou ela "*em flagrante fazendo programa com um cara".* Pergunto como ela se sentiu e ela responde que *"foi péssimo, fiquei com muita vergonha".*

Ela me conta que os pais tiveram dois filhos: ela e o irmão mais novo, de 12 anos. Que eles se separaram quando ela tinha por volta de 8 anos e que o motivo

da separação foi a traição do pai, que depois ainda ofendeu muito a mãe dela. Mas, ressalta que "*hoje em dia ele está casado com outra mulher, tem uma bebê, mas vive correndo atrás da minha mãe".*

A mãe já teve outro filho com novo companheiro, também.

Quando abordo a questão de tratamento ela diz que a primeira vez que ficou internada ela tinha 12 anos e que foi por determinação do Juiz da Vara da Infância e Juventude de Jundiaí.

Ela me conta que ficou 11 dias no HU e que depois foi transferida para o Hospital Psiquiátrico de Itupeva. Sem eu perguntar já diz que foi muito difícil, que lá é pra "*gente com transtorno mesmo, não só pra quem usa droga*", e que eles davam muita medicação. Saiu de lá após 3 meses transferida direto para o Recanto das Garças, comunidade terapêutica em Bragança Paulista. E acrescenta: "*Lá foi pior, não podia entrar cigarro, minha família gastava muito dinheiro comigo porque sempre eles levavam tudo o que eu queria comer, etc., mas o serviço era muito ruim*". Quando eu questiono ao que ela se refere mais especificamente, ela diz que lá entrava droga direto, não parecia uma clínica, tinha até conselheiro homossexual se relacionando com paciente".

Diante disso, disse que fugiu de lá com uma colega, mas não conseguiram voltar, tendo pedido ajuda para telefonar para a família na estrada e pediu para voltar para a clínica.

Eu questionei se após ter conseguido fugir da clínica porque pediu pra voltar ao que ela responder: "*não ia adiantar, eu não ia conseguir chegar em casa, estava muito longe".*

Depois disso, passou por uma nova internação (dessa vez mais longa, 7 meses) novamente no Hospital Psiquiátrico de Itupeva. E ressalta: *"mas dessa vez eu mereci".* Eu tentei me matar, porque fiquei sabendo que meu primeiro namorado, por quem eu fui apaixonada havia sido morto. GIRASSOL diz que ficou muito mal e que queria morrer: "T*omei 80 comprimidos de carbomazepina*. *Fiquei 7 dias na UTI do HU e depois de lá já fui para o Hospital".*

Em relação a essa internação ela diz que foi difícil. Fala de um *"B.O de tentativa de homicídio que assinou lá".* Pergunto o que ocorreu e ela diz que lá tinha um menino que era "Jack" (estuprador) e que ele quis se aproveitar de uma criança de 9 anos com deficiência mental que estava lá. Depois disso ele xingou ela e ela não

teve dúvidas: disse que planejou e o agrediu com uma escova de dente nos olhos quando o atacou.

Atualmente vive união estável com B., relacionamento que mantém há 11 meses. Pergunto sobre o relacionamento e a gravidez e ela diz que eles estão bem, que ele tem 25 anos, já tem uma filha de 6 anos de um relacionamento anterior, mas que ele só usa maconha e apoia o tratamento dela. Apenas ressalva que ele às vezes é violento com ela, *"Já me bateu umas 15 vezes, mas também na primeira vez eu mereci. Eu conheci ele no uso e saímos pela primeira vez pra fazer um programa. Depois disso ela já me convidou pra morar com ele. Então ele sabe de tudo. Mas, depois de um tempo eu deixei ele na casa dele de madrugada e sai pra usar droga. Quando ele me achou ele me bateu. E depois em outras vezes também"*.

Perguntei como ela vê essa situação? Ela tenta se proteger dizendo: ele tem os motivos dele.

Eu então pondero sobre isso com ela, sobre se sentir merecedora de violência.

Ela parece não querer falar sobre isso. Diz apenas que apesar de tudo, está melhor agora. Diz que está grávida de 2 meses, que foi uma surpresa quando descobriu, porque ela estava tratando de DST na UBS (Sífilis e HPV), mas que está feliz. "*É meu".* É a primeira gestação, nunca fez aborto.

Diz apenas que sente medo porque já estava com sífilis quando ficou grávida e tem medo que a criança nasça com algum problema, mas ressalta que está fazendo pré-natal.

Quanto ao acompanhamento no CAPSad, diz que após alta do Hospital, começou a frequentar a instituição. Refere que o tratamento ali é bom, mas que ela só vai uma vez por semana, porque só usa maconha de vez em quando.

Quanto ao seu projeto de vida, diz que pretende voltar a estudar (após o nascimento do bebê), porque parou na 5° série e quer trabalhar, mas diz que só irá atrás disso depois que o bebê nascer e crescer um pouco.

Eu retomo então com ela o início da entrevista. Digo que quando pedi que ela me contasse sobre a vida dela, ela começa sua narrativa com o histórico de uso e pergunto o que ela acha disso.

Ela responde que começou por aí, porque achou que era o que eu queria saber, mas que de maneira geral teve uma vida normal, infância e tudo mais.

Eu então abordo o assunto de seu relacionamento com B. Ela diz que gosta muito dele, que depois que descobriu que estava grávida ele não a agrediu mais, que eles ainda brigam, mas que toda vez que ela sai da casa dele e vai para casa de sua mãe após as brigas, assim que ela chega lá, ele já liga pedindo desculpas ou vai buscá-la arrependido.

Refletimos sobre esse ciclo da violência, mas de maneira geral, vejo que Girassol pondera que a situação que vive com ele hoje é menos violenta ou grave do que o que vivenciou em uso e na rua.

Fico com a sensação que ela não está com muita abertura para aprofundar essa situação, bem como, também penso que não cabe a mim julgar tão precipitadamente. De qualquer maneira, penso que posso discutir depois essa situação com a referência dela no CAPSad e talvez na Comissão Flores de Lótus, no acompanhamento dos casos.

Eu finalizo desejando uma boa gestação e caso não nos encontremos, que ela tenha uma boa hora.

No acompanhamento realizado pela Comissão Flores de Lótus o caso de GIRASSOL vem colocando a rede em diversos questionamentos e dilemas: se por um lado GIRASSOL tem um histórico de uso bastante grave de droga além de outras vulnerabilidades, com diversas e longas internações compulsórias, hoje com o companheiro, encontra-se mais preservada nesses aspectos, entretanto, vivencia uma situação de violência que gradualmente está se naturalizando para ela.

Seria essa circunstância uma situação de redução de danos? A rede se reuniu com familiares e problematizado com GIRASSOL a violência de gênero e os riscos para ela e o bebê, sugerindo sua permanência na casa de sua mãe durante o final da gestação e após o nascimento, entretanto, GIRASSOL se mostra resistente a essas alternativas oferecidas, ainda que em alguns momentos, tenha feitos movimentos no sentido de romper com companheiro. Parece que há um “gap” de sentido entre o que é proposto pela rede para GIRASSOL.

GIRASSOL ainda chega a verbalizar que sente que um “distanciamento” do companheiro poderia significar mais risco e retorno a uma condição anterior de vida e seguiu alternando períodos de convivência com o companheiro e na casa da mãe. O fato é que em 11/04/2017 nasceu o bebê de GIRASSOL. A guarda foi dada a avó materna. A rede seguirá o acompanhamento com a família.

5.3 Análise/Considerações sobre as entrevistas realizadas

Entendemos que alguns aspectos cartografados nas entrevistas merecem destaque pela importância que representam em nosso objeto de estudo e os dividimos em duas categorias de análise: as violências e projetos de vida.

5.3.1 Sobre as violências

Usamos a palavra no plural ("violências") partindo do pressuposto que a violência não é uma, é múltipla, é fenômeno complexo e multifacetado e uma definição fixa e simples será sempre reducionista.

Aqui vale destacar que há violências pregressas na vida dessas mulheres que podem ter culminando na vivência da rua e no próprio abuso de drogas, além das violências estruturais a que estão submetidas, tais como: ausência de políticas públicas adequadas e eficazes; garantia do direito à habitação e moradia; segurança e proteção; saúde em seu sentido mais amplo. Portanto, são mulheres que já sofreram, sofrem e sofrerão múltiplas violências.

Adotando a perspectiva de Minayo (113), dedicada pesquisadora sobre violência e saúde, podemos verificar que conceituar a violência não é simples: *"Quem analisa os fenômenos violentos descobre que eles se referem a conflitos de autoridade, a luta pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens (...) Mutante, a violência designa, pois – de acordo com épocas, locais e circunstâncias – realidades muito diferentes"*.

Ela nos apresenta as diferenças de uma visão popular sobre a violência que a associa ao crime, corrupção e pecado e uma *visão erudita* que apresenta pelo menos três fontes explicativas para a violência: *"como expressão de crises sociais como que levam a população mais atingida negativamente, à revolta frente à sociedade ou ao Estado",* ou seja, com negação de direitos do outro; como instrumentos para a conquista de poder e*,* por fim, uma abordagem que articula a violência à cultura, ou seja, os conflitos de interesse nas sociedades modernas passaram a ser mediados pelo direito e pela lei; e a comunidade de interesses, pela identidade e pela busca do bem coletivo. Mas conclui que nem a visão popular, nem a erudita tem a última palavra sobre o significado da violência (113).

Ampliando as discussões e buscando um conceito mais global da violência, a autora, referindo-se ao modelo ecológico de explicação das raízes da violência proposto pela OMS nos fala dos fatores biológicos, relacionais, comunitários e sociais.

Nesse sentido, cabe nos aprofundarmos na violência social no contexto brasileiro. O Brasil sempre teve uma história de violência articulada à sua forma de colonização e de desenvolvimento, embora haja falsa ideia de como *"somos um país pacifico"*. Essa falsa ideia decorre do mito da cordialidade do nosso povo, bem como do não reconhecimento da violência social a que estamos agenciados historicamente (113).

O livro *"Outros 500: uma conversa sobre a alma brasileira"* , escrito por Lucy Dias (114), jornalista e Roberto Gambini, filósofo, sociólogo e psicanalista para apresentar a tese contida no livro: o nascimento do Brasil como país é fruto de um estupro.

> "Os homens (só haviam homens – a maioria degradados – nas caravelas de Cabral) que aqui chegaram e encontraram tribos indígenas, loucos para copular, não buscavam a alma das mulheres, nem a cultura autoctone, nem a sabedoria do povo. Para os primeiros portugueses advindos, a comunidade indígena era algo muito estranho, primitivo, pobre e selvagem (...) Os índios eram objeto de discussão quanto ao fato de terem alma ou não".

Daí decorre que as mulheres índias, assim como posteriormente as escravas, foram usadas como mero objeto de prazer.

> "A ausência de sintonia cultural, moral e espiritual entre um povo que chega como dominador e inicia uma miscigenação com o povo que aqui se encontra constitui o sentimento mais profundo que alimenta os vários tipos de segregação e crueldade de que persistem na experiência nacional de quinhentos anos, sobretudo, com a população pobre" (114).

Nesse sentido, evidencia-se que a violência sempre esteve presente, em qualquer época histórica e denomina esse tipo de violência como estrutural ou "estruturante", pelo grau de enraizamento, referindo-se aos níveis elevadíssimos de desigualdade que persistem historicamente e são o chão sobre o qual se assentam muitas outras expressões (113).

Um outro teórico que aborda o tema da violência é Johan Galtung (1990), matemático e sociólogo norueguês. Segundo o autor, para falar de violência é preciso

um contexto de um sujeito, um objeto e uma ação. Também discorre sobre a intencionalidade ou não da violência, se ela é negativa ou positiva, mas o que queremos destacar aqui é a distinção que o autor faz que define as violências como "visíveis/manifestas" e "invisíveis/latentes", ou seja, de difícil identificação e como reflexo de alguma ação não direta (115).

> "No primeiro campo, das visíveis, o autor refere-se a Violência Direta, que é aquela física ou verbal identificável nas formas de condutas humanas, portanto manifesta, a qual implica numa relação direta de uma ação violenta com o propósito de agredir, ofender ou eliminar, numa relação conspícua entre os agentes da violência e os destinatários da mesma. No segundo campo (invisível), encontram-se a Violência Estrutural e a Violência Cultural (...). A estrutural seria aquela inserida nas estruturas sociais, relacionando-se diretamente com a injustiça social. Isto posto, associa-se à distribuição de recursos, à exploração, à discriminação e à marginalização. A cultural identifica-se com ataques ligados diretamente aos traços culturais e às identidades coletivas de comunidades políticas, sociais, ou religiosas. Portanto, são atitudes, argumentações, incitações, acusações e sobretudo, quaisquer aspectos da cultura que podem ser utilizados para promover, legitimar ou justificar a violência – seja da forma direta ou estrutural – de modo que a violência cultural permite enxergar a exploração ou repressão como fatos normais" (116).

Isto posto, temos o modelo do "Triângulo da violência", que é composta pelas violências direta, estrutural e cultural.

Entretanto, não podemos deixar de abordar uma violência conceituada mais recentemente, mas que guarda grande relação com o tema desta dissertação: a violência obstétrica.

> "A violência obstétrica é o desrespeito à mulher, seu corpo e seus processos reprodutivos. Isso acontece através de tratamento desumano, transformação de processos naturais do parto em doença ou abuso da medicalização, negando às mulheres a possibilidade de decidir sobre seus corpos.
> A violência obstétrica pode ocorrer tanto na gestação, quanto no parto e pós-parto. Além da mulher, a violência obstétrica pode ocorrer com o bebê e com seus familiares, podendo causar danos físicos, psicológicos e sexuais". Cartilha DPESP (117).

Segundo pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo (118): “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado”, uma em cada quatro mulheres brasileiras sofre algum tipo de violência no parto.

Além disso, em março de 2012, um grupo de blogueiras colocou no ar um teste de violência obstétrica, que foi respondido de forma voluntária por duas mil mulheres. Os resultados mostraram que 51% das mulheres estava insatisfeita com seu parto (119).

Como essa modalidade de violência se manifesta na assistência que mulheres em situação de rua e/ou usuárias de álcool e outras drogas recebem nos diversos espaços que circulam?

> ”Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação. Os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente. Em especial, as mulheres grávidas têm o direito de serem iguais em dignidade, de serem livres para procurar, receber e dar informações, de não sofrerem discriminações e de usufruírem do mais alto padrão de saúde física e mental, incluindo a saúde sexual e reprodutiva.” (120)

Buscando implementar uma rede de cuidados qualificada, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha, com a finalidade de estruturar a atenção a saúde materno infantil, conforme já desenvolvido no item anterior deste trabalho.

Praticar o desrespeito e abuso durante o pré-natal, parto e puerpério são violações dos direitos humanos básicos das mulheres.

Todos esses direitos são reconhecidos e preconizados em diversas leis (como exemplo o SUS) e entidades como OMS; a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e instrumentos de direitos humanos internacionalmente estabelecidos, incluindo: Declaração Universal dos Direitos Humanos; Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos; Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais; Pacto Internacional Sobre Direitos Civis e Político; Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher; Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres; Relatório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos sobre a Prevenção da

Morbimortalidade Materna e Direitos Humanos; Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial das Nações Unidas sobre as Mulheres, Pequim 1994 (121).

Entretanto, como sabemos, normativas, documentos e políticas não garantem automaticamente uma prática livre de violências. Apesar de representar um importante passo, o cuidado sem violência só é possível com o comprometimento de uma rede que é composta por trabalhadores que compartilham desses princípios e que também não são violentados em seus direitos.

Isto posto, no presente trabalho damos destaque ao conceito de violência direta (e aqui mais especificamente estaremos falando de violência intrafamiliar, de gênero e obstétrica) e estrutural para tecermos reflexões sobre os casos abordados.

De uma maneira geral, o que há de comum em todos os relatos é a vivência de alguma forma de violência direta: física, sexual ou psicológica, perpetrada pela família ou por algum companheiro, a saber: Rosa/violência física; Margarida/violência sexual; Violeta/violência física; Girassol/violência física.

Mas, a violência estrutural se apresenta no tecido social que é feita a vida dessas mulheres. O Relatório sobre violência da OMS discute as políticas econômicas e sociais, de educação e de saúde que contribuem para manter as desigualdades, ou seja, para perpetuar as formas mais perversas de violência estrutural.

A pergunta que fica é: como dimensionar essas violências impactando na saúde dessas mulheres? Quais os custos sociais desta violência? E na esfera de violação de direitos? O que isso significa em termos de judicialização da vida, uma vez que não contam com os supostos pré-requisitos definidos pela nossa sociedade capitalista para oferecer uma infância saudável e segura aos seus filhos (moradia; trabalho, etc.)?

Por mais que tenhamos avançado em termos de normas para garantia do direito a convivência familiar e comunitária, a pobreza ainda é criminalizada.

Em nosso trabalho de campo, não encontramos mulheres socialmente favorecidas nos contextos de uso. Isso não quer dizer que elas não existam. Sabemos que o uso de drogas atravessa todas as camadas sociais, mas como já discutimos nos conceitos teóricos deste trabalho, a exclusão social agrava e muito as consequências do uso de drogas.

Esse capítulo trouxe diversas referências que categorizam as violências, entretanto, neste labirinto, verificamos que as violências se sobrepõem, se confundem, atravessando o caminho dessas mulheres.

A violência é designada como uma problemática universal, globalizada, diversificada, complexa, crítica, assustadora, de caráter endêmico, constituindo uma questão multifatorial de ordem social, econômica, estrutural, institucional, política, cultural e espiritual (120, 117).

5.3.2 Sobre projetos de vida

De acordo com a natureza dos serviços, diversas nomenclaturas referem-se à "construção de projeto de vida" dos usuários que dele participam.

No campo da saúde, temos o termo "projeto terapêutico singular".

> "O projeto terapêutico singular é um dispositivo que tem como objetivo traçar uma estratégia de intervenção para o usuário levando-se em conta os recursos da equipe, do território, da família e do próprio sujeito. Ele pressupõe um aprofundamento na discussão do problema e o envolvimento de todas as partes no processo. É de fundamental importância a participação do usuário na formulação do seu PTS, assim como a implicação da família quando houver necessidade. Outro fator importante na construção do PTS é a distribuição de responsabilidades, inclusive com cronogramas para realização e data para avaliação do processo (123).

No campo da assistência social temos o "plano individual de atendimento (PIA)".

Todavia, todos esses conceitos, ainda que com suas especificidades, tratam da construção de um plano/projeto para o cidadão em diversos âmbitos de sua vida e deveriam ter como protagonista o próprio cidadão (ã) a quem se destina o acompanhamento dos serviços.

Identificamos que essa categoria "projeto de vida" encontra-se presente no discurso das entrevistadas, ainda que com gradações diferenciadas.

Isso fica evidente na entrevista com Violeta. Como conceber um projeto de vida com ela que seja capaz de ampliar suas possibilidades de vida? Com histórico de violência intrafamiliar, abuso de drogas desde adolescência, sem histórico laboral, estudos interrompidos, parece que suas perspectivas são "autolimitadas" do ponto de vista formal das relações.

Quando questionada, verifica-se um discurso desejante, ainda que vago no que se refere ao percurso para a realização desses objetivos: "quero estudar, trabalhar". Mas fazer o que? Começar por onde?

Como se aquilo não fizesse parte de uma possibilidade concreta, como se ainda residisse no território das ideias muito abstratas, vez que não havia uma representação em seu contexto de vida, de experiência vivenciada.

Quanto lhe questionamos sobre sua rotina com o filho, ela diz “ficamos mais em casa”, não há trânsito no território, não há passeio no SESC ou outros espaços. Não se apresenta o fio de Ariadne, vindo das redes públicas de proteção, que signifique um resgate seguro da pessoa que ela é, com suas características, com sua história reinventada, reescrita.

Já Margarida, ao menos naquele momento no Hospital não nos demonstrou planos a médio ou longo prazo, somente o desejo imediato de “ir embora do Hospital”, sem se atentar ao destino, as condições que viveriam, à espera de sua família ou outro planejamento. Parecia que sua atenção residia somente no momento presente/imediato: aquele de reencontro com a droga. Um caso que exige um profundo investimento no sentido de construção de outros desejos. .

Para Girassol que iniciou o uso e vivência de rua tão precocemente, parecia que todo aquele pacote de “violação de direitos” estava naturalizado: interrupção dos estudos; abuso de drogas; vivência de rua; institucionalização; sofrimento psíquico; exploração sexual comercial; e mais recentemente, violência de gênero perpetrada pelo companheiro. Uma adolescente cheia de potências, com uma trajetória de vida tão autolimitante.

Ainda que convivesse com um companheiro que a agredia, ela ponderava que a sua “vida tinha melhorado” e que “mereceu” as agressões em alguns momentos. Brevemente disse que gostaria de “voltar a estudar, mas não agora que estou grávida”. Os relacionamentos afetivos ocupavam uma centralidade na vida da adolescente. Mas acima de tudo, uma adolescente que sabe o que é ser resiliente.

Para Rosa, que é a participante mais velha deste trabalho parecia que um traço de humor depressivo ou melancólico atravessava essa esfera de projetos de vida. Inicialmente, ela dizia que não havia “nada” que pudesse ser feito para ajudá-la, que muita gente já ofereceu auxílio, numa elaboração importante, ainda que inconsciente talvez, que apontava para a necessária aliança, a necessária contrapartida que precisa acontecer para que esse projeto flua. E posteriormente, verificamos que esse foi o diferencial em seu caso. Um projeto construído com ela, com o protagonismo e a reciprocidade (no sentido de a rede realizar ofertas sinceras

e significativas e da cidadã se engajar nesse projeto, pois nos encontramos no “tempo e no espaço certos”).

Ainda que possa parecer pelo desfecho temporário (retorno ao uso de drogas e acolhimento institucional do bebê) que não houve sucesso, é inegável os avanços que Rosa empreendeu e o quão significativo foram esses meses em que compartilhamos sua trajetória. Rosa sempre soube o quanto seria difícil ter seu filho ao seu lado, a batalha jurídica e social e o quanto os “possíveis sociais” são limitados.

Para pensarmos sobre isso, nos fala que “*vários autores aprofundam a intricada relação entre individualidade, subjetividade e circunstâncias sociais herdadas e fortemente influenciadas, lembrando que sempre existe o espaço de opção dos sujeitos, mas que os possíveis sociais são muito limitados pra eles”.* Ou seja, ela já nos aponta para uma visão não determinista, mas compreensiva dos vetores que atravessam a subjetividade das pessoas (113).

Nesse sentido, recorremos a um estudo (124) realizado na cidade de Santos, que teve como objetivo investigar o cotidiano de gestantes em situação de rua e sua relação com as políticas públicas. Aqui, ressalta-se a importância do protagonismo das usuárias na formulação desse projeto:

> É nesse sentido que se coloca em relevo a necessidade de que a rede de serviços públicos voltados à população em situação de rua apresente propostas de intervenção que não apenas incluam o usuário, mas que o coloquem no centro do processo de construção do presente e do futuro. Para tanto, faz-se urgente a constituição de políticas e serviços que tenham como diretrizes a continuidade da ação, investindo no protagonismo do usuário e no combate intransigente à violação de direitos. Não basta que se criem serviços; é necessário repensar o sentido da política que organiza esses serviços” (124).

Mas o que verificamos é que há uma rede que ainda falha em qualidade, consistência, opções e atendimento das reais necessidades (moradia, trabalho, renda, etc.) e muito possivelmente, nessa encomenda da “singularidade” desse projeto.

> O avanço ou a melhora da situação problemática está relacionada à capacidade dos atores envolvidos de evitar a tendência ao surgimento de ações estereotipadas que emirjam de uma padronização de aspecto transcendente e geral que dita os modos de compreender e legitimar os “problemas de saúde”, tornando redundante e desnecessária a discussão de problemas e objetivos singularizados. Em outras palavras, tudo o que no geral, ou de forma abstrata significa saúde, doença, sofrimento, melhora, sucesso e fracasso, deve ser dobrado pela

> singularidade do caso de tal modo que se desdobre num projeto factível, segundo as possibilidades de recursos e princípios éticospolíticos do SUS, sendo portador de uma significação interna própria que considere as singularidades do caso. Será importante cada ator envolvido na co-produção de um PTS perguntar-se o que significa produzir saúde e autonomia naquele caso específico em discussão e procurar trocar suas impressões com o grupo (123)

É preciso cuidado para não criminalizar as condutas, uma vez que, por vezes não temos alcance de oferecer um cuidado singular proporcional as vulnerabilidades apresentadas que seja capaz de promover o real empoderamento dessas mulheres. A noção de projeto de vida que aqui adotamos refere-se a um modelo vivo, dinamico.

> A palavra projeto no PTS deve ser entendida não apenas no seu sentido de plano, organização de atividades e ações orientadas pela necessidade de resolução de um dado problema. Além disso, será preciso explorar exaustivamente a idéia de projetualidade, ou seja, a capacidade de pensar e de criar novas realidades, novos possíveis (ROTELLI et al., 1990, p. 36 Apud Nicácio, 2003). Nesse sentido, a coprodução e a co-gestão do processo terapêutico que incorpore esse olhar aos contextos singulares e, ao mesmo tempo em que se planeja e se organizam ações e responsabilidades, faz-se disso uma produção de projetualidade, definem o PTS (123).

Emprestamos essas reflexões sobre o PTS no campo da saúde, porque elas nos trazem importantes contribuições para pensarmos como estamos manejando os casos que acompanhamos. Se há desafios na elaboração de um PTS dentro de um serviço de saúde, sabemos que esses desafios serão ampliados em um contexto intersetorial mais heterogêneo.

E mais uma vez verificamos a necessidade de investimentos em políticas públicas intersetoriais, vez que a miséria humana não se resume ao uso de drogas. Por vezes, esse é o quadro de menor “complexo” manejo.

Nesse sentido, avaliamos que a maternidade pode representar uma oportunidade para resignifcar a vida e até o uso abusivo de drogas ou reprodução das violências sofridas/introjetadas, desde que esse projeto de vida seja bem pactuado entre serviços, trabalhadores e usuários (as) dos serviços a quem se destinam as políticas públicas.

5.4 Rosa: um caso analisador

“Enquanto o meu bebê está na minha barriga, eu carrego ele. Depois eu já não sei o que vai acontecer”
(ROSA).

Este foi um caso especial que marcou a mim, à rede e à pesquisa. Considerando todo o acompanhamento que o vínculo que construímos (eu e “Rosa”) possibilitou, optamos por elegê-lo como um caso analisador por todo significado e aprendizado que ele representou.

ROSA foi internada compulsoriamente em 03 de agosto de 2016. Sim, você leu bem. Internada compulsoriamente. O impacto que algumas palavras causam em nós é muito significativo. Possivelmente, você pode ter tido a sensação de que como um caso emblemático, esse não foi um bom começo. Você tem razão. Comecei pelo meio. Sempre começamos pelo meio. O antes está um lugar do tempo desconhecido por nós. Um tempo que ROSA fez questão de deixar para trás.

Então só posso apresentar o “começo” do meu ponto de vista. Quando nossas vidas se encontraram. Quando habitamos o mesmo território.

Duas semanas antes de sua internação, conheci o caso em uma reunião da Comissão Flores de Lótus, entretanto o CR já estava acompanhando o caso há algumas semanas.

Ouvindo o relato de sua história (contada pelo CR) fiquei especialmente mobilizada. Claro que todas as vidas e histórias são importantes. Mas após mais de dois anos de Comissão já tive “contato” com mais de 50 histórias que por ali transitaram e aquela mexeu especialmente comigo. Senti um território de vida muito árido. Diante disso, logo marquei com CR e fui acompanhá-los em campo e nessa ocasião tivemos nosso primeiro encontro (conforme narrativa apresentada da entrevista), em 26 de julho de 2016.

Meu primeiro contato com a Rosa foi numa abordagem em campo com a equipe do Consultório de Rua na Toca do São Camilo e narro aqui alguns trechos mais significativos desse primeiro encontro (a íntegra da entrevista encontra-se no corpo deste trabalho).

Numa terça feira ensolarada chegamos lá e Rosa a distância já avisava a equipe que tinha ficado esperando por eles no dia anterior sem usar drogas, mas

que *“hoje não dá, hoje eu já usei”.* Nos aproximamos e começamos a conversar. Ali eu vi uma das primeiras cenas reais de uma legítima intervenção em redução de danos: *“Não tem problema, não faz mal que você usou Rosa, você pode ser atendida lá, mesmo tendo usado. A gente quer que você vá. É melhor do que não ir”, dizia o gerente do CR.*

Em outro momento da conversa, o gerente do CR novamente aborda a importância de ir para o CAPSad naquele mesmo dia ou até mesmo na Maternidade para fazer exames do pré-natal. Ela pede desculpas e diz que não conseguiria, justificando “*Quando eu uso eu fico na fissura depois*”. Ao que ele respondeu: “*Usa e depois vamos”*. Ela disse que não tinha como usar naquele momento, estava sem dinheiro. A tal da clínica da baixa exigência em ação, como tinha que ser naquele contexto.

Sentamos em seu “barraco”. Eu na soleira, na entrada. Ali vivi altas doses de emoção. Vi Rosa nos mostrar seu exame e ultrassom (feito em uma intercorrência em que foi acionado o SAMU que a levou até a urgência do Hospital) e que indicava que *“o bebê estava bem”,* apontando uma gestação de um menino, 28 semanas.

Naquele momento, tentamos pontuar que tanto ela quanto o bebê eram importantes, que ela precisava se cuidar, que também merecia cuidados.

Também vivi um dos silêncios carregado de emoção. Enquanto conversávamos sobre sua trajetória de vida em relação à maternidade, Rosa chorava. Em um dado momento, ela nos disse que já houve um tempo em que os filhos moraram com ela em SP, mas *“tudo foi piorando, não sei o que aconteceu... Depois tudo desandou”.* E um longo silêncio e contemplação (um olhar perdido no tempo) imperou naquele momento*.* Ao que Rosa rompeu o silêncio, chorando e pedindo desculpas. Dissemos a ela que não havia o que se desculpar. Que ainda era hora, que não era “tarde demais”.

No dia seguinte à realização da minha entrevista com ROSA., o CR acompanhou-a até o Hospital/Maternidade de referência do município para realização de exames pré-natal e avaliação. Houve indicação para internação diante do quadro clínico (questões obstétricas). A gestação era de alto risco em vários aspectos. Entretanto, ROSA permaneceu dois dias no hospital, ocasião em que decidiu ir embora em 29 de julho de 2016.

Voltou ao seu território, pra sua “TOCA”. Acho tão significativo o nome que essa região ganhou.

O CR retornou lá e continuou as investidas para o necessário retorno dela à internação hospitalar. O caso era grave e conforme diagnosticado pela equipe hospitalar, havia risco de morte diante de um quadro de hemorragia que ela apresentava e placenta prévia.

No dia 03 de agosto de 2016, no período da manhã, a Comissão Flores de Lótus se reuniu novamente. De acordo com relatos do CR, ROSA ainda mostrava-se resistente em retornar ao Hospital.

Todos estavam mobilizados, afinal aliados ao quadro de abuso de drogas, vivência de rua de muitos anos, ausência de suporte familiar, décima gestação, o diagnóstico obstétrico era bastante grave.

Mas, quem esteve ali com Rosa e depois em outros momentos, sabia que aquele "resumo do caso" não era capaz de retratar o que sentíamos na sua presença: "*Mulher, 40 anos, usuária de crack desde os 18 anos, com intensa vivência de rua. Mãe de 9 filhos, estando grávida do 10º filho agora. Nenhum dos filhos está com ela. Rompida com a família. Sem companheiro atual e sem acompanhamento pré-natal".*

Não. Essa sinopse estava incompleta. Faltou dizer que Rosa nem sempre viveu nas ruas. Que Rosa já havia sido mãe de seus filhos. Que Rosa havia se perdido. Que Rosa estava sofrendo intensamente. Que Rosa levava uma vida solitária. Que Rosa estava cansada.

Mas o que nenhum de nós sabíamos previamente porque simplesmente não havíamos combinado isso, era que o caso dela seria um "divisor de águas". Hoje revendo a história, eu penso que esse "pacto inconsciente" que fizemos (eu, CR e CAPSad) que depois se formalizou, foi porque quando nos é permitido e nos permitimos ir além da superfície da vida, esse é um caminho sem volta. Não há como se defender em uma intervenção igualmente superficial. Um vínculo profundo vai nos remeter a uma maior implicação em todos os sentidos.

Um longo debate empreendeu-se sobre "riscos e serviços" (o que seria mais adequado para ela?), sobre RAPS, território e vínculo (será que a intervenção involuntária poderia comprometer o vínculo do serviço com território?). Por fim falamos sobre a indicação de internação involuntária, o que inicialmente causou um desconforto, uma vez que essa indicação foi quase inédita dentre os mais de 50 casos que já acompanhamos.

Por isso, ponderamos o impacto desse tipo de ação no território, o impacto para ROSA, a ausência de uma referência do componente hospitalar para esses casos definido formalmente na rede[25].

Nesse momento, ainda durante a reunião, acordamos contato com a Coordenação de Saúde Mental do município para discussão do caso. Eu mesma fiz a ligação durante a reunião.

Diante do quadro apresentado e descartada a hipótese de internação involuntária por ausência de algum familiar que autorizasse a internação, acordamos a internação compulsória que seria solicitada ao Juiz da Vara da Infância e Juventude no Hospital Universitário do município, com apoio dos serviços de Saúde Mental para manejo do caso, já nos antecipando para a problemática que poderia surgir quanto ao equipamento hospitalar de referência.

Vale destacar: essa internação compulsória antes de ser uma decisão judicial que atravessa as rotas do cuidado, foi algo co-construído com uma rede (ainda que hoje eu avalie que não havia um consenso pleno no grupo, mas que não foi manifestado) e que vinha atender principalmente a necessidade de garantir a internação de ROSA no HU, que é a Maternidade do município, ponto de tensão em nossa rede, ao qual me debruçarei mais adiante.

Naquele momento, decidimos enfrentar esse dilema que já estava posto há tempos, por meio de um caso em que a demanda era explícita. Claro que o que estava em jogo era o cuidado que ROSA necessitava, entretanto, é interessante observar que no decorrer desse mesmo dia (ainda sem o pedido judicial em mãos) o CR foi até a Toca e após uma hora de ‘’abordagem’’, mas eu prefiro dizer que foi de muito diálogo, espera (a condição para ela aceitar ir foi “usar uma pedra” antes) e afetos, ROSA os acompanhou até o hospital. Chegando lá, ROSA passou por nova avaliação e a indicação foi de internação até o momento do parto. Nesse momento, o Hospital/Maternidade já havia recebido o pedido judicial.

Se o parto ocorresse dentro da data prevista teríamos 7 semanas pela frente. 7 semanas de internação para uma mulher em que o território nos últimos anos foi a rua. 7 semanas para um Hospital que não havia até então recebido um caso como esse (internação prolongada de uma mulher que faz uso de drogas) e que se mostrava resistente.

[25] A rede pública de Jundiaí conta com um Hospital Geral (com recente enfermaria de referência em Saúde Mental) e um Hospital Universitário (que é a maternidade do município).

No dia 05 de agosto de 2016, eu fui até o Hospital realizar uma visita para a ROSA, ocasião em que colhi o TCLE assinado. Encontrei-a nua no quarto (só com a camisola aberta do hospital), logo após uma intervenção em grupo de estudantes de enfermagem (mais de 10 pessoas) para um exame.

ROSA mostrava-se irritada com a situação/exposição e se sentindo cobaia de exames (com razão?), bem como com a internação, além do recente diagnóstico de diabetes gestacional, que impactou inclusive em restrição de alguns alimentos. Conversamos sobre algumas estratégias para manejar esse desconforto. Deixei roupas íntimas no Serviço Social do Hospital para que fosse entregue para ela posteriormente.

Em 10 de agosto de 2016, fui convidada pela Coordenação de Saúde Mental a participar de uma reunião para discussão deste caso com a Saúde Mental, Assistência Social e Hospital. Eu decidi escrever sobre essa reunião, porque os temas que ela trouxe à tona são muito emblemáticos para a pesquisa.

Na reunião estavam presentes, eu, como representante da Defensoria Pública, diversos trabalhadores do hospital; Coordenação de Saúde Mental e Assessoria Saúde Mental; Diretora da Proteção Social Especial; Gerente do CAPSij; Gerente do CR; Gerente do CAPSad.

A reunião começou com a Diretoria do Hospital solicitando a médica ginecoligista/obstetra (G.O) que expusesse o quadro de saúde de ROSA

Nesse momento, a médica residente que estava como referência de ROSA, discorreu longamente sobre o caso do ponto de vista obstétrico. Resumidamente o que pude apreender foi que a indicação era para cesárea e se caso houvesse sangramento novamente, considerando o risco clínico, eles teriam que realizar a cesárea imediatamente. Ainda abordou a realização da laqueadura que a "médica coordenadora já havia solicitado por relatório". Questionamos se ROSA estava de acordo com a realização da laqueadura ao que a equipe hospitalar disse que "achava que sim".

Ponderamos a questão do ponto de vista legal e a necessária abordagem disso com ela de forma clara, uma vez que dependia de sua autorização. Eles ponderaram que era um critério médico, "porque só no momento iriam saber do risco, uma vez que dependendo do quadro, havia risco até da realização de uma histerioctomia". Refletimos que uma situação que seria avaliada no momento do parto era diferente de algo previamente planejado. E reforçamos a importância da equipe

hospitalar conversar abertamente com ela sobre isso (ponderando riscos inclusive). O que, também, seria feito pela equipe de Saúde Mental que vinha dando suporte no Hospital. Esse foi um primeiro momento de tensão na reunião.

O próximo assunto abordado foi o questionamento sobre a medida judicial de internação compulsória ao que esclarecemos sobre a necessidade de garantir o atendimento de ROSA no equipamento hospitalar, bem como sobre o quadro de resistência que ela vinha demonstrando x risco de morte que havia sido diagnosticado pela própria equipe hospitalar. Além disso, como não havia um familiar para autorizar a internação involuntária, acordamos o pedido judicial.

Apesar de informarem que o pedido judicial não era necessário, uma vez que eles “atendiam todas as gestantes do município”, o próximo assunto abordado foi a inadequação do Hospital para atender “esse tipo de caso psiquiátrico”.

Nesse sentido, foi questionado o que eles achavam que lhes faltava e o que estavam precisando para garantir uma assistência de qualidade para ROSA.

Nesse momento discorreu-se longamente sobre a falta de conhecimento sobre casos psiquiátricos, sobre a estrutura do hospital (o quarto tem janelas com vidros, por exemplo), sobre a ausência de um psiquiatra em sua equipe e consequente, desconhecimento sobre a administração medicamentosa do psicotrópico (apesar da psiquiatra da rede estar realizando o acompanhamento do caso), sobre o risco de manter “uma paciente psiquiátrica” numa maternidade, referindo-se a risco de auto e heteroagressão em relação aos funcionários e pacientes do Hospital. Disse que ROSA virou uma xícara de chá em uma funcionária e que ela requisita muito os funcionários.

A Coordenação de Saúde Mental se posicionou nesse momento relatando que as equipes de Saúde Mental vinham acompanhando ROSA no hospital diariamente, ao que ela rebateu, “mas a psiquiatra não vem todo dia”. Ponderamos que o cuidado em saúde mental ultrapassa a assistência psiquiátrica.

Além disso, nesse momento a Coordenação de Saúde Mental falou do interesse de aproximar as relações com o Hospital que está muito distante da rede e oferecer projeto de capacitação.

O hospital rebateu que não adianta capacitar, porque precisaria contratar mais funcionários para atender esse público. Ponderamos que déficit de recursos humanos é uma realidade dos serviços, entretanto, a capacitação já poderia qualificar a atuação.

O Hospital também disse que já haviam contratado dois psiquiatras por conta própria para atender a enfermaria da infância e juventude, porque entenderam que era importante ter este recurso. E que já tinham atendido um caso que ficou por volta de 70 dias internado lá. Esse foi o segundo momento de conflito na reunião.

A Assessoria da Coordenação de Saúde Mental disse que aquilo não era verdadeiro, que o HU havia contratado por pressão do município e porque aquilo estava conveniado. Também disse que nunca um caso da infância e juventude ficou internado tanto tempo lá. A Coordenação de SM pediu nome do caso que eles estavam se referindo. Nesse momento discutiu-se muito sobre o convênio. A Coordenação de SM disse que o único caso que havia sido atendido lá que eles tinham conhecimento era de um adolescente, que arbitrariamente eles haviam encaminhado para o Hospital Psiquiátrico Pinel, contrariando a recomendação da Saúde Mental e Secretaria de Saúde, que é a autoridade sanitária no município.

O Hospital rebateu que fizeram a transferência com pedido do psiquiatra que avaliou o caso e com consentimento da Direção.

Para pôr fim a essa discussão e retomarmos o tema, a Coordenação SM disse que esse caso não havia ficado esquecido e que iria esclarecer essa situação do convênio, mas que o momento estava sendo muito bom, porque ao menos todos estavam sendo verdadeiros e os problemas poderiam ser melhor enfrentados.

O Hospital então questionou porquê ROSA não poderia ser encaminhada para “Enfermaria Psiquiátrica” do Hospital São Vicente de Paula (HSVP).

A Coordenação respondeu ressaltando que se trata de uma Enfermaria de Saúde Mental, mas que isso não estava descartado, entretanto, o HSVP não conta com serviço de GO e consequentemente não tem tecnologia para atendimento de maternidade. E que como a situação de ROSA era grave do ponto de vista obstétrico, conforme havia sido anteriormente relatado pela equipe médica, entendíamos que ao menos por ora, o HU é que deveria atendê-la.

Nesse momento eu me posicionei dizendo que ROSA era um “primeiro caso” de uma internação mais prolongada ali, entretanto esta era uma demanda que estava reprimida no município. Somente com a atuação do CR estes casos puderam ser acessados, pois antes só chegavam no HU no momento do parto. E que nesse sentido, é um ganho muito grande acessarmos os casos antes, qualificando a assistência e prevenindo riscos, entretanto, a Defensoria Pública já vinha há muito tempo indicando a necessidade de garantir o direito a saúde dessa mulher com a

definição da referência hospitalar, em uma visão de integralidade e equidade do atendimento. Que era evidente que os serviços teriam que repensar sua atuação para atender os casos. Por fim, o que era inaceitável era a desassistência.

A insatisfação estava posta na reunião, entretanto, estávamos lá para enfrentar exatamente isso e o objetivo maior era estabelecer uma parceria de qualidade no cuidado.

A gerente do CAPSad retomou a questão da importância do psiquiatra, refletiu que muito além da medicação, existe o manejo no cuidado para esses casos. E que o manejo se aprende vivenciando os casos, atendendo e com capacitação. Mas definitivamente a capacitação não parecia ser um interesse do hospital.

O hospital tentou então definir/concluir a conversa dizendo que precisava encerrar a reunião e conduziu da seguinte maneira: *"Vamos falar da ROSA. Preciso dar um respaldo para meus funcionários. Como vocês vão atender ela aqui? Minha GO precisa do contato direto com a psiquiatra. Vai vir um psicólogo aqui fazer atendimento com ela? Que atividades ela vai ter aqui que vocês vão oferecer? "*

A gerente do CAPSad passou o contato da psiquiatra e informou que eles enviariam uma escala dos funcionários que viriam para o acompanhamento do caso, mas sempre ponderando que esse projeto terapêutico é algo vivo e que precisa ser constantemente revisitado, com a participação de ROSA

A Coordenação de Saúde Mental concluiu reforçando a importância do momento, que precisávamos avançar nesse sentido e que Secretaria de Saúde estava ali para articular esse cuidado em parceria com Hospital.

O gerente do CR falou sobre a importância do vínculo e pontuou que nesse momento ROSA não apresenta risco para a equipe, conforme eles estão imaginando. A Diretora Clínica disse que gostaria disso por escrito.

Encaminhando para o final da reunião, já se levantando para ir embora por outros compromissos assumidos alguns presentes, uma funcionária do Hospital disse que gostaria de consultar o advogado na presença de todos, uma vez que não concordava com a decisão da internação compulsória, que havia sido disparada na Comissão Flores de Lótus, ao qual ela estava presente.

Ponderei que tudo foi discutido abertamente durante a reunião e que não havia tido manifestação contraria naquele momento. Ela disse que sentia que a decisão da internação no HU foi arbitrária, que ela não concordava.Prosseguiu dizendo que no processo judicial consta o HU como requerente da internação e que

ela gostaria de esclarecer qual o risco que ela corria, do emprego dela, uma vez que o relatório do HU foi utilizado para “justificar” a internação (esse relatório havia sido enviado ao Poder Judiciário por um fluxo pré-existente entre o Hospital e a Vara da Infância e Juventude).

Nesse momento eu disse que esse foi um ponto que desconhecíamos e que não nos atentamos, mas que poderia ser facilmente “corrigido”, era só falar com juiz para alterar o requerente do processo que poderia ser a própria Comissão nesse caso, ou ainda a Defensoria mesmo.

Entretanto, o que veio à tona foram os conflitos que também estavam encobertos no espaço da Comissão. Finalizamos com tensão a reunião. No mesmo dia, alguns trabalhadores do HU deixaram o grupo de Whatsapp da Comissão, mas estamos buscando um diálogo e reaproximação.

Em 11 de agosto de 2016, ROSA fugiu do hospital e após mais uma intervenção do CR, retornou no mesmo dia. Em 16 de agosto de 2016 às 23:28, nasceu prematuramente o bebê de ROSA, que também passou por laqueadura (com consentimento dela).

Por ser prematuro, o bebê foi encaminhado para a UTI NeoNatal e permaneceu internado por vinte dias aproximadamente.

No dia seguinte ao nascimento do bebê, em 17 de agosto de 2016 houve nova reunião da Comissão Flores de Lótus, entretanto, a equipe do HU não compareceu. Tratamos ali sobre os conflitos identificados na reunião do dia 10 de agosto de 2016 e acordamos que os relatórios deveriam ser elaborados pela Comissão (serviços de referência de cada caso), que posteriormente em caso de algum pedido judicial constariam como requerentes, ainda que seja raro de acontecer, mas estabelecemos essa referência.

Sobre ROSA, pactuamos o envio de uma proposta de projeto terapêutico para o Judiciário (uma vez que o caso já estava “sob judice”) que consistia em: no momento da alta de ROSA encaminhá-la para o CAPSad III, onde permaneceria em cuidado intensivo, em regime de hospitalidade noturna até que o bebê recebesse alta.

Decidimos que iríamos lutar para que o município oferecesse um local de cuidado compartilhado para a mãe e o bebê. Lutamos. Conseguimos ainda que não o modelo ideal que tínhamos (instituição especializada), mas, o abrigo conveniado para pessoas em situação de rua da cidade que tem convênio para atender “famílias” e conta com uma área mais separada do restante dos abrigados. Esse abrigo em uma

decisão inédita, disponibilizou um quarto para Rosa e seu filho, após a alta hospitalar. A proposta era que após a alta do bebê, ambos seriam encaminhados para este local. A rede de SM continuaria dando suporte lá durante o puerpério até que ROSA pudesse acessar os serviços. Esse projeto contava com a anuência de ROSA, uma vez que esse desenho de cuidado foi discutido com ela em atendimentos prestados pela rede no Hospital.

Refletimos sobre a co-responsabilização de ROSA nesse sentido e que o dever do município era oferecer a possibilidade inédita desse cuidado compartilhado, mas ponderamos que não havia garantias de como ROSA iria lidar com essa situação.

Ficou pactuado o envio do relatório ao Judiciário nesses termos. Elaborei o relatório, que foi compartilhado com os presentes e enviamos em 18 de agosto de 2016, entretanto após algumas horas tivemos notícia que ROSA havia ido embora do Hospital.

Entretanto, às 06h30 do dia 19 de agosto de 2016, ROSA entrou em contato com a equipe do CR pedindo ajuda e retornou ao Hospital, onde permaneceu mais alguns dias internados por um quadro de infecção. Nesse momento ela ressaltou que apesar de ter usado droga, ela achava que estava de alguma forma “estava sarando” (sic), uma vez que não “trocou as roupas do bebê e pediu ajuda rapidamente”.

Eu continuei acompanhando o processo judicial por meio do sistema disponível na Defensoria Pública. Em 26 de agosto de 2016, eu e o gerente do CR realizamos o acompanhamento de ROSA na oitiva que havia sido agendada pelo Judiciário.

O objetivo dessa intervenção é verificar a intenção da mãe em entregar o filho para adoção. Nessa ocasião, aguardamos a realização do atendimento psicossocial do setor técnico do fórum e acompanhamos na sala de audiência a oitiva realizada. ROSA deixou clara que não tinha intenção alguma de entregar o filho para adoção. Importante esclarecer que a nossa presença nesse espaço foi algo novo. Estavam presentes a Promotora Pública, o juiz da Infância e Juventude, ROSA e nós. Me incomodou a ausência de advogado de defesa de ROSA, entretanto de acordo com o ECA, não há indicação da presença da Defensoria, por não se tratar do processo judicial propriamente dito.

De maneira geral, buscamos pontuar para o juiz os aspectos já elencados no relatório da Comissão Flores de Lótus e sensibilizá-los sobre o projeto terapêutico proposto, entretanto, a promotora sinalizou ali mesmo que se preocupava em especial

de acatar a essa “nova experiência”, por se tratar de caso de um recém-nascido prematuro. O Juiz aplicou a medida de proteção consistente em tratamento para dependência para ROSA e autorizou as visitas diárias no Hospital. Também, ficou acordado o envio de novo relatório dentro de 30 dias e reavaliação do juízo.

Saímos de lá e fomos entregar um documento de ROSA no cartório. Nesse momento, ROSA me indagou sobre minha maquiagem e me disse que nunca se maquiou. Eu pergunto se ela me permite que eu passe um batom e uma sombra nela, ao que ela autoriza. Vou mostrando meu nécessaire para ela e depois mostro como ficou no espelho. No final, ela conclui: acho que prefiro sem nada. Saímos de lá e passamos em uma padaria para tomar um café. Lá conversamos sobre “coisas da vida”, ROSA queria comer um doce, me contou que gosta muito de cozinhar e que poderia fazer um almoço lá no CAPS.

Em 05 de setembro de 2016, a rede me chamou para reunião no CAPSad com a participação de ROSA. Nesse momento, alinhamos o projeto terapêutico e conseguimos contato com os filhos que ela não falava há anos via Facebook (a técnica de referência do CEAD enviou mensagem inbox para 3 deles, que foram encontrados ali na hora e que responderam quase imediatamente). ROSA ficou muito emocionada. Tanto tempo sem pista, sem contato com os filhos e de repente, em uma busca rápida, contatamos três deles. Era um “caminho sem volta”. Em 07 de setembro de 2016, os filhos vieram visitá-la na instituição, após anos sem contato. Dois destes estavam acolhidos e um deles já tem vida independente. Vieram sem autorização da equipe do abrigo. Vieram porque não aguentaram esperar os trâmites. Vieram para o encontro da mãe. Nesse dia tiraram fotos, ROSA pediu desculpas aos filhos, falaram sobre a vida nos últimos anos. Mas, também, sonharam juntos.

Em 09 de setembro de 2016, fomos surpreendidos com a notícia da alta hospitalar do bebê e com uma decisão judicial proferida em 08 de setembro de 2016 pelo encaminhamento do bebê ao Programa Família Acolhedora. E digo surpreendidos, porque o projeto terapêutico proposto ia em outra direção e não havia tido nova oitiva ou contato com a rede para saber como havia sido esse período em que o bebê ficou internado. Novamente, momento de oferecer resistência, porque o bebê ir para o Programa de Família Acolhedora significava que Rosa nem mais poderia amamentá-lo. É claro que aqui estamos falando da amamentação em seu sentido mais amplo, que ultrapassa a esfera nutricional do corpo.

Ainda nesse mesmo dia, fizemos uma reunião de fluxos no CMDCA, onde propusemos a redefinição do fluxo RN (entre Maternidade, Judiciário e CT) e propusemos a construção de novo modelo/paradigma de acompanhamento dos casos.

Em 12 de setembro de 2016, a advogada nomeada para defesa de ROSA foi acionada e conseguiu intervir na decisão judicial (juiz suspendeu a medida imposta -alta e do encaminhamento). Mas, também é preciso dizer que houve muita pressão de alguns serviços da rede e de ROSA (que inclusive compareceu no Fórum ser sem chamada). Corre-corre para falar com Juiz. Conseguimos nessa ocasião ganhar um fôlego. Mas, a luta ainda teria muito chão pela frente.

Novamente a rede se pronunciou por meio de relatório do caso para o Poder Judiciário, considerando a necessidade de tornar suas intervenções/proposições mais formalizadas para não cair na armadilha apontada no brocardo jurídico *"Quod non est in actis non est in mundo" (Tradução: "O que não está nos autos não está no mundo)".*

Ainda nesse mesmo dia, a filha mais de velha de ROSA (A.) comparece no CAPSad e a advogada se reúne com elas e com a equipe do serviço para uma reunião para traçar estratégias. Nessa ocasião, após mãe e filha se "reconciliarem", a filha informa que está disposta a oferecer apoio para mãe e para o irmão recém-nascido.

Dias intensos para todos nós. E não parou por aí.

Nas reuniões da Comissão Flores de Lótus que se seguiram os debates acerca do caso continuaram: como assim ROSA permaneceria no CAPSad por tanto tempo? Mãe e filho ficarem em um abrigo para moradores de rua? Será que seria seguro? E se ela fugisse com o bebê? E se ela fosse usar drogas com ele?

Eu pensava que para mim aquilo significa mais segurança e mais proteção. O que poderia significar mais proteção para um bebê do que estar em uma instituição pública e ao lado de sua mãe, ainda que não fosse o modelo de instituição ideal? Partíamos de visão de trabalho diferenciadas. Exponho isso para dizer que se trata de uma construção coletiva e que em muitos momentos, não tivemos consenso.

No dia 13 de setembro de 2016 eu fiz uma visita para ROSA no Hospital e conheci o seu filho. Nessa ocasião conversamos e ROSA estava muito apreensiva sobre qual seria a decisão do Juiz.

Entreguei a ela um diário com foto dos filhos que haviam sido tiradas no dia anterior, para que ela pudesse manifestar/expressar o que estava sentindo nesses

dias tão emocionantes. Aproveitando que a conversa fluía, eu perguntei a ela o que agora estava diferente na sua vida? Por que ela queria sair com o filho do hospital? Por que ainda estava lá e não tinha ido embora como das outras vezes?

Ela me respondeu com um semblante de quem sabia o peso das suas palavras: ***"Porque eu estou cansada. Porque eu quero ser chamada de mãe, de avó".***

Bateu fundo aqui dentro. Ela não estava mentindo. A legitimidade de suas palavras transbordava no seu semblante.

Eu segui e perguntei se ela havia ido visitar a instituição a qual estávamos propondo que ela fosse com o bebê, caso o juiz concordasse. Ela respondeu que sim. Eu perguntei o que ela achou do lugar? E ela me arrebatou com sua resposta: ***"O lugar é bom. Mas pra ficar com meu filho qualquer lugar é bom".***

Nesse mesmo dia, o Juiz modificou sua decisão anterior e determinou o encaminhamento do bebê para Casa Transitória (serviço de acolhimento institucional) com garantia do direito a amamentação de ROSA. Uma vitória parcial. Não era o nosso objetivo principal, mas um caminho intermediário.

Em 14 de setembro de 2016, o bebê teve alta e foi encaminhado à Casa Transitória. Desde então, ROSA compareceu quase que diariamente para amamentá-lo, permanecendo em hospitalidade no CAPSad até o final de outubro, quando o bebê "desmamou", uma vez que já está fazendo uso concomitante do leite artificial na mamadeira. Nesse sentido, é importante lembrarmos que esse não é um fenômeno que acometeu essa dupla mãe e bebê pela situação que se encontravam. No Brasil, a média de amamentação é de 54 dias, contrariando a recomendação da OMS.

A advogada de defesa de ROSA solicitou a reconsideração do pedido e o desacolhimento do bebê, mas ainda aguarda a manifestação do Juiz, uma vez que MP já se manifestou contrário a essa proposição da defesa.

Durante esse período, houve um lapso de ROSA, mas retornou ao CAPSad rapidamente.

Em 03 de outubro de 2016, tivemos reunião com serviço de acolhimento e rede envolvida no caso. O que problematizamos nessa ocasião foram as condicionalidades para se sugerir o desacolhimento do bebê (moradia, trabalho, abstinência, etc.).

Ponderamos que não é cabível ter alta exigência (de uma vida perfeita) diante de um histórico de tantas vulnerabilidades e que essa reconstrução é algo gradual.

Em 26 de outubro de 2016, a equipe do CR e CAPSad realizou visita domiciliar na casa da filha mais velha de ROSA, na cidade de Francisco Morato. Nesta ocasião, verificou-se que a família vive em situação de extrema vulnerabilidade social, mas mantiveram a proposta de assumir a guarda do bebê, bem como acolher ROSA em sua moradia.

Em 08 de novembro de 2016, essa narrativa foi validada com ROSA. Nesse momento, fui até o CAPSad, local em que permanece até os dias de hoje e pudemos revisitar sua história por meio da entrevista realizada e, também, sobre o acompanhamento que ter sido eleita como caso analisador permitiu. Ela mostrou-se satisfeita com a forma como sua história foi narrada, fazendo apenas pequenos ajustes em dados concretos. E refletiu que muita coisa mudou desde julho e senti que de alguma maneira, ela pôde se apropriar dessa trajetória de cuidado e melhorias em sua vida, ainda que pese a permanência do filho na instituição e alguns breves lapsos de retorno ao uso.

Quando ao final lhe falei da sua situação processual, do último relatório emitido pela instituição que falava favoravelmente de seu vínculo com o bebê, ela disse: "*Mas é verdade mesmo. O que está escrito lá é verdade. Eu sou presente. Quero muito recuperar meu filho e não vou desistir. ".*

ROSA saiu da hospitalidade noturna do CAPSad/CEAD em 10 de novembro de 2016, encaminhada para o abrigo para pessoas em situação de rua (CTEC), onde permaneceu até 03 de dezembro de 2016, tendo estado pela última vez no CAPSad em 02 de dezembro de2016.

O CAPSad juntamente com CR realizaram busca ativa em 30 de dezembro de 2016, em que ficou acordado seu retorno para o CAPSad, entretanto ROSA não retornou até o momento ao serviço.

Em 10 de janeiro de 2017, eu estava passando de carro por uma movimentada avenida da cidade de Jundiaí, quando avistei ROSA. A aparência dela era boa, bem arrumada, entretanto, quando lhe chamei pelo vidro aberto do carro e diminui a velocidade, perguntando-lhe se estava bem, ROSA só me respondeu que não... eu tive que seguir, porque não tinha como parar o carro ali.

Somente em 27/03/2017 me reencontrei com ROSA em uma audiência na Vara da Infância e Juventude para discutirmos em rede a situação do acolhimento de seu bebê. Nessa ocasião sai com ROSA um pouco antes da realização da audiência e fomos comer um pastel na “praça do fórum”, ocasião em que ela me contou que estava há vários meses no território da “Toca do São Camilo”, mas que queria retornar ao CAPSad.

Naquela breve conversa eu lhe perguntei sobre sua mãe e como foi ser filha para ela. Ela me contou que não teve pai reconhecido (tinha duas possíveis pessoas, mas que não foram presentes em sua vida) e que sua mãe era “do corre”, esteve presa algumas vezes e que foi criada pela sua avó, mas já no inicio da adolescência ROSA engravidou e teve sua primeira filha. Tinha muito desamparo ali.

ROSA mostrava-se preocupada com a possibilidade de destituição do poder familiar nesta audiência considerando o cenário atual. Diante disso, problematizei com ela como ela enxergava essa situação do bebê, em que, ora contava com a sua presença e possibilidade de desacolhimento, ora encaminhava-se para uma outra alternativa (família substituta). Ali a vertente do tempo do processo judicial precisava ser colocada para ROSA de forma realista. Ela parou e contemplou o que eu disse, reconheceu que isso é prejudicial para o bebê e ponderamos que para reverter essa situação do ponto de vista jurídico e de segurança do bebê, grandes mudanças precisavam serem empreendidas.

Abordei se era incômodo para ela pensar a possibilidade da entrega no sentido de liberá-la de expectativas que ela pudesse supor que construímos sobre sua maternagem. Ela negou essa possibilidade.

Depois ROSA me falou sobre dois relacionamentos que estabeleceu após sua saída do CAPSad e do quanto isso a desestabilizava. Deu o horario e retornamos ao Fórum. ROSA foi ouvida em audiência e perante uma rede se comprometeu a retomar seu tratamento. Após três dias em regime intensivo no CAPSad, voltou para seu território da Toca.

Sabemos que essa narrativa não chegou ao fim. Mas esse caso emblemático, permitiu dar visibilidade ao jogo de forças presente na rede de atendimento de Jundiaí, aos preconceitos e estigmas, à desassistência, à necessidade de qualificação da rede, à complexidade de manejo dos casos, mas, por outro lado, foi por meio desse caso que, também, conseguimos empreender a mobilização do início de uma jornada para construção de mudanças necessárias para

garantir uma nova modalidade de equipamento que poderá proporcionar o cuidado compartilhado da mãe e do bebê.

Ainda se questiona se esse é um espaço da saúde ou da assistência social, ou um modelo híbrido. Ao menos teoricamente parece que todos apoiam esse modelo de cuidado, que inclusive já foi adotado por outros municípios próximos como São Paulo e Campinas, por exemplo. Temos a confiança de que essa é uma tendência que se consolidará com o tempo. Mas, e até lá? Não estamos abertos para apostar/empoderar os equipamentos que temos?

Um olhar mais abrangente nos coloca a tarefa de considerar as necessidades da família de Rosa como um todo. Um núcleo familiar esfacelado e com grande prejuízo a todos. Desde a filha mais velha, vivendo em extrema pobreza, mas com o coração amoroso no intuito de acolher a mãe e o irmão mais novo, até cada um dos irmãos espalhados por instituições. Neste sentido, um atendimento integral à Rosa é recompor seu núcleo familiar, como uma capacidade de rede pública que luta para estruturar condições para a vida florescer.

5.5 Sobre a Comissão Flores de Lótus

Conforme já esclarecido anteriormente, a Comissão Flores de Lótus desenvolve um trabalho de rede intersetorial no município de Jundiaí/SP que foi articulado/fecundado inicialmente pela Defensoria Pública e alguns parceiros (Consultório de Rua e CAPSad).

Hoje a Comissão está constituída formalmente no município e conta com a representação de 17 serviços da rede de serviços sociais: Defensoria Pública/CAM (Centro de Atendimento Multidisciplinar); Consultório de Rua; CAPSad III "Maluco Beleza"; CAPS III "Sem Fronteiras"; CAPS II; CAPSij; Representante do Comitê "Crack é Possível Vencer"; Representante da Rede Cegonha; Setor Técnico do Fórum; CREAS; CREAS Pop; Coordenação de Saúde Mental; Referência Técnica em Saúde da Mulher e Enfermagem; Conselho Tutelar; Hospital Universitário; NASF e Ambulatório de Saúde da Mulher.

Na introdução deste trabalho já tratamos do histórico desse grupo. O que queremos tratar agora é como o trabalho empreendido na Comissão pode contribuir para essa dissertação no sentido de ser um analisador da rede de cuidado intersetorial para mulheres grávidas usuárias de álcool e outras drogas e seus filhos recém-nascidos em Jundiaí.

O objetivo posto/oficial da Comissão é *"constituir espaço intersetorial de reflexão e intervenção sobre a especificidade da temática, com vistas a apoiar e fortalecer as Políticas Públicas do município, oferecendo subsídios para a organização da rede de atendimento; fluxos intersetoriais e discussão dos casos"*. (Portaria Municipal n°96, de 28 de abril de 2016).

Abaixo, elencamos alguns analisadores da Comissão Flores de Lótus para a reflexão sobre esse trabalho em rede, a saber: dados e significados; desejo de maternar/preocupação com a saúde do bebê; sobre os desafios da intersetorialidade.

5.5.1 Sobre dados e significados

Os dados a seguir foram levantados por meio do acompanhamento realizado pela Comissão Flores de Lótus e Defensoria Pública do Estado de São Paulo (Regional Jundiaí) no que se refere a quantidade de casos acompanhados pela Comissão e os desfechos destes.

Solicitamos informações aos serviços de acolhimento institucional de crianças e adolescentes (SAICA)[26] de Jundiaí referentes a medida de acolhimento institucional de crianças (no presente caso, recém-nascidos) e encaminhamentos ao Programa Municipal Família Acolhedora dos anos de 2015 e 2016.

É importante esclarecer que a dificuldade de reunir informações acerca dos desfechos dos casos acompanhados pela Comissão, demonstrou que a rede ainda precisa fortalecer sua capilaridade, tendo em vista, que fica evidente que nem todos os casos foram acompanhados com a mesma intensidade na rede.

Tivemos que recorrer a consultas dos processos judiciais em um sistema eletrônico; contatos telefônicos com serviços de saúde como UBS; maternidade; contatos telefônicos com serviços da assistência social como CRAS e CREAS; entre outros, tendo em vista que a análise das atas das reuniões da Comissão não permitiu a compreensão dos desfechos de todos os casos que foram discutidos ao menos uma vez, pois nem todos os casos foram discutidos de forma contínua e sistemática.

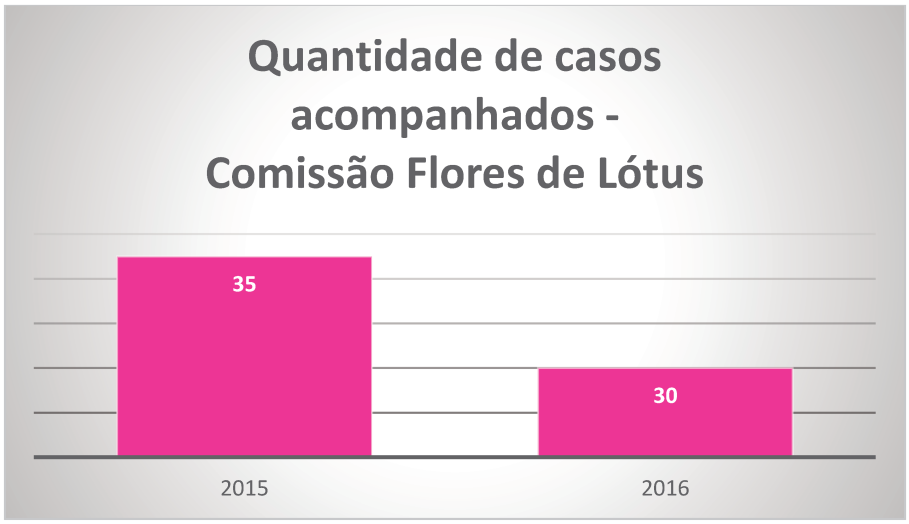
Claro, que se considerarmos o princípio da equidade, alguns casos exigirão maiores investimentos que outros. Entretanto, o que se verifica é que a complexidade dos casos exige que as equipes dos serviços por vezes se dediquem quase que exclusivamente a estes casos em um dia de trabalho, como por exemplo, quando ocorre alguma intercorrência clínica com essa mulher ou quando precisam acompanhá-la ao pré-natal, repercutindo na impossibilidade de fazer isso por todos os casos. Portanto, há um “gap” entre recursos humanos disponíveis e a demanda existente.

A partir de 2016 começarmos a realizar uma tabulação mais sistemática dos dados dos casos acompanhados e além disso estamos aperfeiçoando a metodologia de gerenciamento dos casos, por meio da construção do projeto

[26] Os seguintes serviços foram consultados: Casa de Nazaré; Casa Transitória I e II e Lar Helena Galimberti (Missão Belém), ressaltando que estamos aguardando ainda dados deste último serviço.

terapêutico singular (conforme modelo apresentado nos “Anexos” do trabalho), mas ainda em fase de finalização com a rede.

Superado esse aspecto, foi possível realizar análise dos casos e seus desfechos[27]:

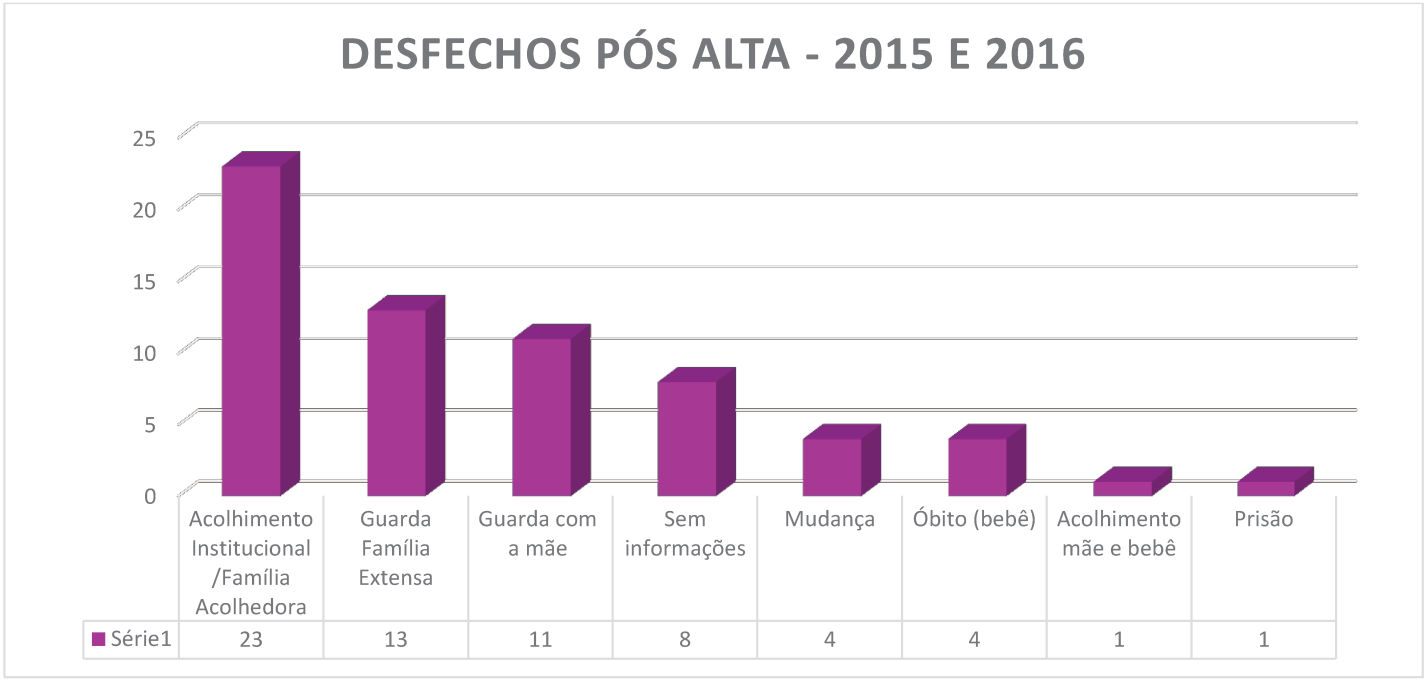


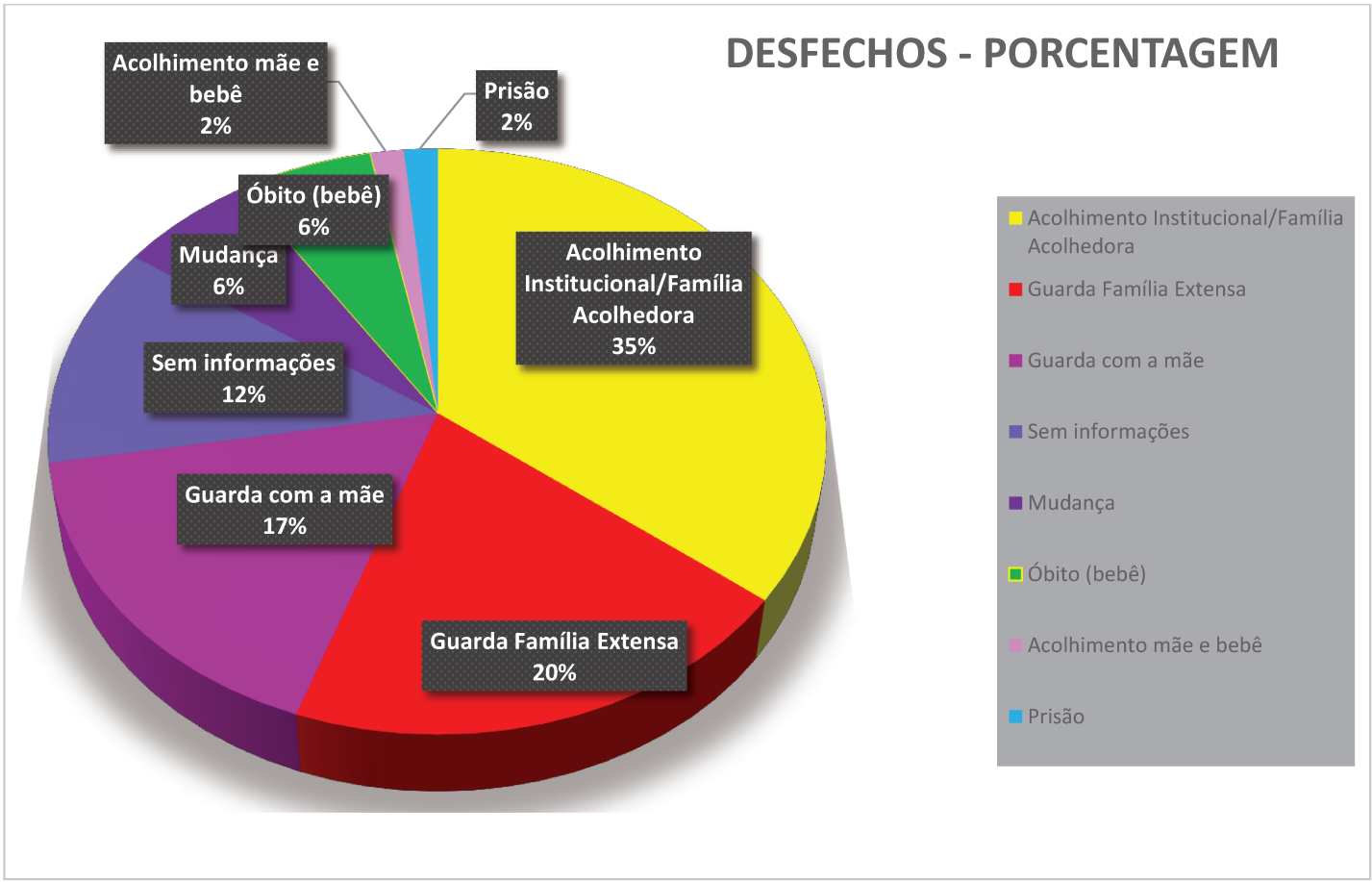
O gráfico 3 demonstra a quantidade de casos acompanhados nos anos de 2015 e 2016 totalizando 65 casos em dois anos de Comissão.

Além destes, ressaltamos que nos levantamentos realizados, foram identificados mais 4 acolhimentos de bebês recém-nascidos que estavam relacionados à condição de drogadição da mãe, entretanto estes casos não foram acompanhados pela Comissão Flores de Lótus. Além disso, é importante destacar que do total de 65 casos acompanhados pela Comissão Flores de Lótus nos anos de 2015 e 2016, 5 destes tiveram acompanhamento pela segunda vez.

Agora, partiremos para a análise dos “desfechos” dos 65 casos acompanhados pela Comissão (Gráficos 4 e 5):

[27] Desfecho aqui tem o sentido de análise do encaminhamento após o nascimento do bebê, não significando o término do acompanhamento do caso na Comissão Flores de Lótus, que se estende pelo período de até dois anos após o nascimento.


DESFECHOS PÓS ALTA - 2015 E 2016
25
20
15
10
5
0
Acolhimento Institucional /Família Acolhedora
Guarda Família Extensa
Guarda com a mãe
Sem informações
Mudança
Óbito (bebê)
Acolhimento mãe e bebê
Prisão
Série1
23
13
11
8
4
4
1
1


DESFECHOS - PORCENTAGEM
Acolhimento mãe e bebê 2%
Prisão 2%
Óbito (bebê) 6%
Mudança 6%
Acolhimento Institucional/Família Acolhedora 35%
Sem informações 12%
Guarda com a mãe 17%
Guarda Família Extensa 20%
Acolhimento Institucional/Família Acolhedora
Guarda Família Extensa
Guarda com a mãe
Sem informações
Mudança
Óbito (bebê)
Acolhimento mãe e bebê
Prisão

Os dados acima (Gráfico 5) apontam que há um predomínio maior pela medida de acolhimento institucional/programa família acolhedora dos bebês recém-nascidos, representando cerca de 35% dos casos. Mas se considerarmos que temos desfechos desconhecidos (na ordem de 18% dos casos - por motivo de mudança, sem informações), esse índice pode e provavelmente seria ampliado.

Além disso, o índice de 6% de óbito é inaceitável. Nenhuma porcentagem nesse quesito é razoável, que deveria ser prioridade do trabalho da rede.

Outro ponto importante e que poderia modificar radicalmente a configuração deste gráfico, mas que infelizmente ainda não conseguimos efetivar no município de Jundiaí (apenas em um caso que buscamos o serviço de outro município) é o acolhimento familiar (que pode ocorrer desde o período da gestação e se estender para após o nascimento do bebê). Significa a permanência da mãe e do bebê no mesmo espaço de acolhimento institucional, em uma proposta de cuidado compartilhado.

Além disso merece destaque a análise da categoria “sem informações”, ou seja, mulheres grávidas usuárias de álcool e outras drogas que foram identificadas por algum serviço da rede do município, mas que não deram seguimento no acompanhamento e os serviços não conseguiram mais encontrá-las, e, portanto, não obtivemos informações do desfecho.

Isso é bastante significativo quando cruzamos esses dados com alguns relatos que tratam do comportamento de “esquiva ou fuga” dessas mulheres na rede, conforme demonstrado em trechos de algumas narrativas (“ter filho em casa”; “casos relâmpagos”; etc.).

Também se verifica que não encontramos desfecho da opção existente da “entrega protegida” (entrega voluntária do bebê para adoção após o nascimento) nestes 65 casos. Este aspecto precisa ser melhor estudado para compreensão do significado deste dado.

O que verificamos de maneira geral é que a Comissão Flores de Lótus como representante de uma rede de cuidado intersetorial do município de Jundiaí, ainda tem grandes desafios pela frente no sentido de consolidar esse cuidado, aperfeiçoar o acompanhamento para todos os casos, mas principalmente na perspectiva de se articular com demais políticas para possibilitar reais “ofertas de criação de futuro, ou perspectivas de vida”, como emprego, profissionalização, educação, lazer, moradia, etc.

5.5.2 Desejo de maternar/ preocupação com a saúde do bebê

A gravidez é um período de importante reestruturação na vida da mulher em relação aos papéis exercidos. Trata-se de um evento complexo e uma experiência repleta de sentimentos intensos (125).

As vivências nesse período são complexas e a elaboração das emoções vai depender de diversos fatores como: personalidade da grávida, sua história pessoal, sua capacidade de resolução de conflitos, o contexto em que ocorre a gestação, as características de sua evolução, o fator socioeconômico, o contexto assistencial, o suporte conjugal e familiar e as expectativas acerca do bebê. Além do mais, todos esses aspectos irão contribuir ou não para a aceitação da gravidez e, consequentemente, para o vínculo com o filho, conforme reflexão de diversos autores (126).

Na realização deste trabalho, é importante destacar que identificamos **um forte desejo de maternagem destas mulheres**, não tendo em nenhum dos casos acompanhados pela Comissão, a apresentação do desejo da entrega protegida do bebê para adoção.

Pode-se questionar que ainda predomina o mito do abandono ou desconhecimento do direito da entrega protegida do filho não incide em crime. Entretanto, o que verificamos pelo acompanhamento dos casos, é que mesmo quando esse assunto foi abordado pelas equipes de saúde, nenhuma das 65 mulheres acompanhadas pela Comissão Flores de Lótus nesses últimos dois anos apresentou esse desejo. Muito pelo contrário: quando o assunto da possibilidade da entrega é abordado (seja pelas equipes de saúde ou ainda nas oitivas realizas no pós alta hospitalar no Judiciário) estas reagiram com muito medo e categoricamente se posicionaram contrárias à entrega, não tendo sido esse o desfecho de nenhum dos casos acompanhados, ainda que tenham inicialmente relatado sobre o não planejamento da gravidez.

Nesse sentido, um estudo (126) nos fala sobre um importante processo de mudança durante a gestação:

> *"*Apesar das dificuldades apresentadas, as entrevistas relatam que, com o tempo, passaram a aceitar a gravidez, principalmente quando as mudanças físicas se tornaram evidentes, fazendo com que tomassem consciência dos prejuízos do uso de drogas para o bebê".

Também vale destacar que durante as entrevistas, todas as mulheres demonstraram **preocupação com a saúde do bebê**, como por exemplo quando citam ou querem mostrar através do exame de ultrassonografia o estado de saúde do bebê.

Entendemos que isso é um indicativo que as mulheres não ignoram o risco do consumo de drogas durante a gestação e a despeito do consumo, mantém afetividade e uma atitude de preocupação com o desenvolvimento do bebê.

O que queremos destacar com isso é que muitas vezes o senso comum vai avaliar que se a mulher conhece os riscos do consumo associado ao consumo e ainda assim o mantém, significa uma atitude de negligência, indiferença ou até de violência voluntária para com o bebê.

> "Mas eu não uso drogas porque quero, é que não tem como explicar, a hora que bate a vontade é uma coisa muito forte, mas eu não tô conseguindo usar muito" (Violeta).

Esse aspecto também pode ser observado em outros trabalhos (126-127):

> "As usuárias contaram que quando se descobriram grávidas tinham a expectativa de cessar o uso da droga, tentaram descontinuar o uso, mas não conseguiram. A maioria delas conseguiu diminuir a quantidade de crack usada, visando menor prejuízo ao feto. Demonstraram preocupação com a gestação e com a saúde do bebê" (127).

Entretanto, o acompanhamento dos casos nos demonstram que as práticas de saúde precisam romper com a lógica da binarização, ou seja, do sucesso da abstinência x "fracasso". Entre um extremo e outro, a atitude de autocuidado é algo processual e gradativo.

5.5.3 Sobre o desafio da intersetorialidade e integralidade do atendimento

A Comissão por ser constituída de serviços tão heterogêneos que se reúnem, enfrenta inúmeros desafios para compor esta intersetorialidade. "Nem tudo são flores", na Comissão Flores de Lótus. Entretanto, acima de entraves, verificamos que esse é o caminho para o desenvolvimento de um trabalho em rede vivo e potente, que permite a expressão e desenvolvimento conjunto de cuidados para superação das vulnerabilidades e um empoderamento efetivo dessas mulheres e seus filhos. Considerando-se a realidade da vida das mulheres atendidas e seus filhos, portadores

de uma gama de necessidades complexas, a intersetorialidade é condição “sine qua non” para o trabalho mais efetivo.

Aqui queremos destacar que o acompanhamento dos casos demonstrou que não se trata apenas de olhar para o binômio mãe-bebê, mas sim abarcar um conceito amplo e social, que intervenha nos territórios existenciais, onde esses indivíduos estão inseridos, em seus papéis e suas relações estratégicas para uma vida de qualidade, bem como de seus familiares. A legislação brasileira ampliou o conceito de saúde, considerando-a como resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais.

Diante deste paradigma, para promover melhores condições de vida e de saúde da população, é imprescindível que os municípios recorram a **intersetorialidade.**

> *“*A intersetorialidade é uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de uma cidade é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas. Tem como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão e torna-se estratégica para a garantia do direito à Saúde, já que saúde é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida. A intersetorialidade como prática de gestão na Saúde, permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da Saúde na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população. Permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em Saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura, Segurança Alimentar e outros. Intersetorialidade remete, também, ao conceito/ideia de Rede, cuja prática requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações” (128).

Além disso, considerando-se que a integralidade só se efetiva quando é possível oferecer um cuidado capaz de atender as necessidades em saúde, recorremos a taxonomia (129) que trabalham com o conceito de que as necessidades de saúde poderiam ser apreendidas, em uma classificação organizada em quatro

grandes conjuntos de necessidades, que nos parecem adequadas para analisar a realidade complexa dessas mulheres e que justificam a ação intersetorial:

1) Necessidade de boas condições de vida;

2) Necessidade de acesso a toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida;

3) Necessidade de ter vínculo efetivo entre o usuário e um profissional ou uma equipe de saúde (sujeitos em relação);

4) Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de andar a vida (construção do sujeito).

Portanto, como articular um cuidado intersetorial que atenda a esses quatro grupos de necessidades?

O que seria oferecer boas condições de vida?

Observamos que aqui encontramos os maiores entraves no desenvolvimento dos projetos terapêuticos. Muitas vezes, o foco reside tão centralmente na questão do abuso de drogas, que outras demandas igualmente importantes e até anteriores ao uso de drogas e estruturantes de uma possibilidade de manutenção do vínculo mãe- bebê são negligenciadas, ou não atendidas a contento, como por exemplo os direitos sociais, as políticas de assistência social e moradia que por vezes vêm ferir a dignidade da pessoa humana.

Referente ao acesso a toda tecnologia de saúde, compreendemos que nesses casos referem-se às tecnologias capazes de qualificar e ampliar o acesso ao cuidado em saúde mental, que ajude a mulher a se organizar para o autocuidado, ainda, acesso aos exames de pré-natal, diagnósticos e intervenções, aos procedimentos para promoção de saúde no território e também nos serviços hospitalares para prevenção de eventos desfavoráveis no momento do parto e pós parto tanto para a mãe quanto para o recém- nascido. Mas, enfatizamos que o acesso muito significativo nestes casos é às tecnologias leves, ou relacionais (130). Sem abrir mão da boa clínica, dos protocolos adequados, configurando as tecnologias leve-duras e mesmo o acesso às tecnologias duras, que no acompanhamento pré-natal tem muito significado.

Referente à necessidade de vínculo afetivo entre usuário e equipe de saúde, entendemos que ainda que seja uma regra básica de qualquer relação de cuidado, nos casos de mulheres grávidas usuárias de álcool e outras drogas, esse item ganha destaque, porque por meio do trabalho em campo foi possível observar o

quanto a questão do vínculo é algo difícil de se estabelecer com essas usuárias. Já tratamos dessa questão quando falamos sobre as “rotas desconhecidas” e sobre “mulheres que se escondem”.

Por fim, o autor nos fala da importância da autonomia e do cuidado na construção do projeto de vida, ou seja, na essencial atitude de respeitar as escolhas do sujeito, oferecendo apoio, mas considerando o seu essencial protagonismo.

Nesse sentido, um grande desafio fica posto: como construir um vínculo que seja capaz de atingir essa autenticidade? Rompendo estereótipos, acolhendo as multiplicidades e possibilitando a superação dos referenciais que determinadas instituições representam?

Aqui vale retomarmos ao conceito de redução de danos. A RD se constitui “*enquanto uma perspectiva de análise que atravessa toda esta produção, sendo, portanto, um ponto de vista atento às singularidades e as diferentes experiências e necessidades dos usuários de drogas*” (7). Ou seja, aqui compreendemos a RD como uma tecnologia capaz de se aproximar da usuária e criar condições de organização de vida, um plano comum com a saúde em sua concepção mais ampla: questões de moradia, de alimentação, de higiene, de segurança pública e assistência social, por exemplo.

> Gostaria de dizer que defender política pública de Redução de Danos e defender Redução de Danos como tecnologia de cuidado não são a mesma coisa, ainda que elas se imbriquem o tempo inteiro. Quero chamar atenção para este ponto, pois quando se acha que a Política e a Tecnologia são a mesma coisa, acaba-se por fazer apenas uma delas, e isto pode ser complicado. Defender a Redução de Danos como política pública implica em lutar para que municípios, estados e União implementem políticas sustentadas de Redução de Danos, lá onde a vida acontece em seu cotidiano; defender a Redução de Danos como tecnologia de cuidado implica em sensibilizar trabalhadores sociais para as possibilidades que isto representa em termos de ampliação das capacidades de intervenção, seja nos serviços, seja no consultório (131).

A RD enquanto tecnologia de cuidado é um dispositivo que propor a ampliação da “clínica”. Uma tecnologia da Luta Antimanicomial para que a Reforma Psiquiátrica se efetive, bem como ocorreu com a criação de outros serviços. A RD é uma lógica de cuidado que torna esse imperativo ético em algo factível no cotidiano da vida (128).

Sobre a clínica ampliada, gostaríamos de ressaltar:

> caracteriza-se pela: compreensão ampla dos processos de saúde-doença; partilha do cuidado; articulação intersetorial; ampliação do repertório clínico para além do modelo técnico-assistencial; compromisso ético profundo (132).

A RD vai ainda possibilitar uma ampliação tridimensional:

> Ampliação que também diz respeito a tripla dimensão territorial: lugares (praças, matagais, boates, barracos, becos...); tempos (madrugada, entardecer, estações e períodos do ano...); e uma dimensão existencial, a apontar que de nada vale chegar aos locais nos horários certos, se não for possível reconhecer o território em seus fluxos, códigos e dinâmicas particulares. Espaço, tempo e afeto: as três dimensões do território concebido na experiência brasileira da Redução de Danos (...) ampliação permite operar o território como ferramenta de trabalho (133).

Nesse sentido retomamos as origens do campo da Saúde Coletiva que nos permitem observar às dinâmicas que produzem determinantes sociais de saúde. *"Quando se observam as determinações sociais da saúde de pessoas que usam drogas, não há como não perceber que seus sofrimentos estão para além do uso de drogas. Aliás, o uso da droga, muitas vezes, é uma forma de tentar anestesiar um sofrimento que é anterior ou paralelo à droga"* (133).

Portanto, compreendemos que esse cuidado que a Comissão Flores de Lótus propõe, perpassa pelo atendimento a todas essas necessidades e nossa atitude precisa sempre ter como norte a busca da construção de um **"PLANO COMUM"** na organização desse cuidado integral e intersetorial, entre as mulheres, famílias e essa rede.

Isso não significa dissolver as diferenças ou uniformizar o grupo (da Comissão, por exemplo), rejeitando as heterogeneidades. Muito pelo contrário: buscamos acolher as multiplicidades e ampliar as possibilidades de olhar e intervir a respeito do tema.

Além disso, não podemos negar um aspecto mais subjetivo do trabalho intersetorial que é atuar em uma rede predominantemente feminina. Que ideias do feminino, de maternidade e de sexualidade povoavam suas integrantes? Muitas crenças e estigmas foram formados sobre o que significa ser mulher, ser boa mãe, mas principalmente, sobre a sexualidade feminina, impactando fortemente na violência de gênero, tão naturalizada em nossa sociedade.

Uma pesquisadora nos fala que desde a psicanálise freudiana, a sexualidade feminina foi abordada de forma obscura. Freud já nos apontava isso quando faz referências à sexualidade feminina como "*um enigma a ser desvendado*" ou ainda nas referências "*O que querem as mulheres*? " e "*As mulheres tem cura*? " (137).

Neste sentido, quero destacar o aspecto "contra-transferencial" que alguns casos ativaram no grupo. Por vezes ouvimos discursos referindo-se à "*sexualidade exacerbada dessa mulher*" ou "*facilidade para engravidar". O*u seja, o público que atendemos são mulheres que fogem do estereótipo da "boa mulher" (ainda mais em tempos de valorização do modelo "*bela, recatada e do lar").* Por vezes, ouvimos histórias que pareciam atacar/ofender o estereótipo do ideal de boa mãe *("escolhe à droga ao filho?")*. Nesse sentido, temos que **"**a *dependência química configura-se como porta voz do que é intolerável na feminilidade*" (137).

Diante disso e de um grupo constituído majoritariamente por mulheres, ainda que se pressuponha uma atitude profissional no manejo dos casos, não se pode negar que os afetos que circulam a Comissão são atravessados pelo sistema de crenças de cada uma de nós e talvez isso explique um ponto que identificamos no trabalho: <u>há um contraponto nos discursos das mulheres e da rede de serviços.</u>

A rede, em seu acompanhamento, por vezes evidencia o <u>uso de droga e a sexualidade</u> na centralidade de vida dessas mulheres, principalmente quando os casos estão sendo apresentados.

Entretanto, quando as abordamos, verificamos que "universo emocional e afetivo", as relações conjugais, a vida familiar, a maternidade, as violências e a exclusão social é que estão mais evidentes na experiência que compartilharam conosco. E se cartografar é traçar um plano comum, o que verificamos é a necessidade de criar um campo de intersecção desses discursos para a organização de um cuidado que tenha sentido para as destinatárias deste.

A seguir, apresentaremos uma narrativa que exemplifica os desafios da construção intersetorial de cuidados integrais na Comissão Flores de Lótus.

GESTAÇÃO DE IDEIAS E PARTO DE UM PLANO...

Aqui trataremos de algumas ‘’reuniões extraordinárias’’ da Comissão Flores de Lótus, ou melhor, de uma subcomissão composta por representantes que ficaram responsáveis pela elaboração de uma proposta de ‘’Plano Municipal de Atenção à Saúde Materna Infantil de gestantes usuárias de álcool e outras drogas e seus filhos recém-nascidos’’[28].

Mas por que seria importante cartografar essa experiência?

Porque seria um desafio olhar para como funcionamos enquanto rede de forma implicada. Refletir sobre como “governamos a vida do outro”, buscando suspender nosso suposto saber prévio para criarmos alguma diretriz conjunta de atuação, promovendo um cuidado em uma relação horizontal e intersetorial.

Enquanto cartógrafa, minha atenção estava a investigar um processo de produção. Percebi que se tratava de um momento especial nessa Comissão: o ACOMPANHAMENTO DE PROCESSO da construção coletiva de um PLANO COMUM de uma rede tão heterogênea, ou seja, seria HABITAR UM TERRITÓRIO e viver o JOGO DE FORÇAS presente neste momento, permeado por diretrizes tão caras à cartografia. Momento imperdível para a produção do saber:

> “Tal plano é dito comum não por ser homogêneo ou por reunir atores (sujeitos e objetos; humanos e não humanos) que manteriam entre si relações de identidade, mas porque opera comunicação entre singularidades heterogêneas, num plano que é pré-individual e coletivo. (...). Em tal rede estamos todos incluídos – ou implicados, como preferiu dizer René Lourau: diferentes sujeitos, objetos e instituições, cabendo, portanto, às estratégias de pesquisa, acessar o plano que articula, conecta e agencia essa diversidade. Na medida em que a cartografia traça esse plano comum e heterogêneo, ela concorre para a construção de um mundo comum” (134).

Essa subcomissão iniciou seus trabalhos em abril/2015 e ficou acordado que o material produzido seria apresentado posteriormente à toda Comissão e por fim, a representantes do Poder Público (Secretários Municipais, Prefeito, Juiz, etc.), o que de fato ocorreu em 28/04/2016. A tarefa desse grupo era (re) pensar o cuidado intersetorial à essas mulheres e seus filhos recém-nascidos. Narrarei esses encontros

[28] Essa narrativa foi validada por email com participantes da Comissão Flores de Lótus, não havendo retorno sobre possíveis considerações.

a partir da minha implicação com o grupo, mesclando as minhas reflexões como cartógrafa.

Não se pode dizer que o trabalho começou do zero. A Comissão já havia rascunhado anteriormente a ideia de dividir as etapas da gestação para pensar na intervenção com a mulher e o bebê, compreendendo que cada momento, requer uma estratégia especifica, mas ainda era algo que precisava ser ‘’lapidado’’.

Evidente que esse fazer coletivo trouxe à tona os pontos de tensão, consensos e dissensos entre o grupo.

Inicialmente, cumpre esclarecer que conseguimos alinhar que esse trabalho deveria ser dividido em 3 etapas, a saber: **Pré Natal; Parto e Nascimento; e Puerpério e Saúde da Mulher e da Criança.** Tudo isso perpassado pelo eixo: Rede e Capacitação. Afinal acreditamos que esses são os pilares que sustentam o trabalho.

A visão de rede, neste contexto, concorda com essa definição contida no ‘’REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE’’:

> “Ainda é preciso promover a mudança de um sistema essencialmente reativo, fragmentado e episódico - que responde às demandas de eventos agudos - para outro sistema que seja proativo, integrado, contínuo e focado na promoção e manutenção da saúde. É relevante a mudança de um paradigma de intervenções emergenciais e pontuais para uma abordagem sistêmica e integral da saúde” (135).

Ou seja, trata-se de uma rede de cuidados integrais a essa mulher e ao seu bebê recém-nascido. Mas, antes de tudo, apostando numa rede plástica, que se configura a partir do caso ou situação enfrentada. O que a Comissão provê também é a potencialidade de acionamento para que a rede adequada a cada caso possa se formar no momento oportuno.

Coincidentemente, ou sincronicamente, melhor definindo, verificamos posteriormente, que a Rede Cegonha também, propôs uma divisão muito semelhante de etapas, bem como a Nota Técnica n.001, emitida em 16 de setembro de 2015, pelo Ministério da Saúde. Sinal que estávamos alinhados e provavelmente no caminho certo do cuidado.

A participação de todos nos encontros sempre foi expressiva, em um ambiente de debate receptivo e ‘’caloroso’’. Há uma vinculação entre os membros, o que não impediu a expressão de posicionamentos diversos, em alguns momentos mais polêmicos.

Falar aqui que optamos por dividir o plano em três etapas, parece óbvio e simples agora. Somente agora. Principalmente depois que verificamos que outros documentos também foram nessa linha. Mas, o fato é que isso significou muita discussão interna e movimentos em muitas direções, até que chegássemos a esse entendimento.

Depois dessas ‘’etapas definidas’’, entendemos que seria importante abordar cada uma delas em dois tópicos principais: “**problemas identificados e recomendações’’.** Queríamos pensar bem concretamente no contexto do município de Jundiaí.

Começar pelo pré-natal era o mais óbvio, evidentemente. O que não significa que seja simples. O pré-natal é recheado de ‘’problemas identificados’’ e superá-los é um grande desafio. Muitas dessas mulheres sequer chegam a fazê-lo.

Como o objetivo principal desse subgrupo foi pensar o cuidado a essa mulher e o bebê, a pergunta disparadora dos nossos encontros tinha que se referir a isso.

Que tipo de cuidado essa mulher precisa nesse momento? Como fazer o pré-natal chegar até elas ou vice e versa?

Buscar a vinculação dessa mulher tão rompida com os territórios formais da saúde é uma tarefa e tanto. Superar o paradigma biomédico dessa fase, é outra. Chegamos a recomendação da necessidade de um pré-natal diferenciado, com uma abordagem mais equitativa, que não tinha um nome, mas que achávamos que era algo parecido com ‘’ pré- natal ampliado’’, que fosse capaz de estimular e desenvolver a maternagem desde já nessa mulher (considerando que houvesse o desejo de ficar com o filho) com articulação de cuidados para além das questões de saúde, com uma busca ativa mais inserida nos territórios que essas mulheres habitam, fluxos mais plásticos e acesso facilitado.

Um dos pontos de tensão desse item do Plano, foi a discussão sobre ‘’cuidados intensivos em momentos de crise’’.

Compreende-se que a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) é composta por uma rede de serviços que pode acolher essa mulher e alguns membros temiam uma ‘’captura’’ dessa mulher pela modalidade da internação compulsória, por exemplo.

Diante disso, foi preciso resgatar que partilhamos de princípios antimanicomiais, não judicialização da saúde e na defesa do cuidado em ambiente

extra-hospitalar e no território. Concluímos apenas, que os projetos terapêuticos deveriam ser individualizados e que deveriam fazer uso dos equipamentos previstos na RAPS, o que significa inclusive, que se eventualmente a internação se fizesse necessária, deveria ser realizada em enfermaria especializada no hospital geral, conforme preconiza a própria RAPS, ou numa intensificação de cuidados em outros dispositivos existentes como leitos no CAPSad 24 horas ou ainda na Unidade de Acolhimento ainda a ser implantada no município, etc. Caso houvesse um quadro obstétrico de risco, a referência deveria ser a Maternidade.

Quando discutimos esse ponto, o que vem à tona é o dilema que o tema carrega: dois sujeitos de direitos unidos corporalmente. Duas vidas entrelaçadas. Como oferecer cuidados nesse contexto sem ferir direitos humanos?

Por vezes, saíamos das reuniões com mais reflexões que afirmações e definições propriamente ditas. O termo chave que sempre precisávamos resgatar para mantermos um **PLANO COMUM** era **CUIDADO INTERSETORIAL**. Afinal, como nos alerta Kastrup e Passos (135), "*o plano comum que se traça na pesquisa cartográfica não pode, de modo algum, ser entendido como homogeneidade ou abrandamento das diferenças entre os participantes da investigação (sujeitos e coisas) ".*

Por fim, conseguimos acomodar as angústias mais que legítimas, afinal, todos já vivenciamos as violências em nome da defesa da vida. Nada mais normal e que os ânimos se expressem nesse momento, para que não houvessem retrocessos. Pactuamos entre nós a defesa dos equipamentos da RAPS, da Rede Cegonha, do SUAS e a priorização de um **cuidado compartilhado (entre mãe e bebê),** sempre que possível.

Diante disso, já vislumbrávamos a necessidade da implantação de um novo serviço no município, algo como uma ''Casa das Gestantes, Mães e Bebês''/ Centro de Acolhimento, um equipamento da Assistência Social/Saúde, em que essa mulher se mantivesse mais protegida.

Pesquisando posteriormente, verificamos que a Rede Cegonha prevê um equipamento da Saúde denominado ''Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), de acordo com a Portaria Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011, que institui, no âmbito do SUS a Rede Cegonha e Portaria N 1020, de 29 de maio de 2013, porém

compreendemos que ele foi criado para um fim diferenciado aos objetivos que pretendíamos, o que talvez não impedisse adaptações. [29]

O fato é que precisávamos de um espaço de cuidado compartilhado. Alguns municípios chamam esse espaço de ‘’centro de acolhida da gestante, mães e bebês’’ e mais frequentemente, são serviços da Política de Assistência Social. Na Nota Técnica emitida pelo Ministério da Saúde em 2015[30], esse espaço também é indicado, conforme descrição dos itens 27 e 28 descritos abaixo:

> “Caso seja identificada qualquer situação que vulnerabilize a mulher ou a criança durante o pré-natal, o parto ou o puerpério, os órgãos da rede existentes no território devem ser acionados para assegurar o acolhimento da gestante e sua rede de apoio para uma gravidez e um parto saudáveis, evitando a necessidade de futuro rompimento do vínculo da mãe e filho(a) após o nascimento da criança’’ (...) ‘’Nesse sentido, é importante que os gestores propiciem espaços de acolhimento para as mulheres e seus(suas) filhos (as) onde eles sejam cuidados nos momentos de vulnerabilidade durante a gravidez e após a alta da maternidade. Esses espaços não devem ser cerceadores de direitos ou punitivos. Devem ser espaços que podem transitar entre a Saúde e a Assistência Social, promovendo o cuidado compartilhado da criança com a mulher, caso seja necessário, e assegurando ações que garantam a proteção desses sujeitos, assim como das mulheres vivenciarem uma outra forma de inserção na sociedade, caso desejem”. (93)

Pronto. Aí estava identificada e posta uma necessidade que precisaríamos apontar no Plano aos gestores.

Superado esse ponto, seguimos então com a etapa do Parto e Nascimento. O grande dia. Já parou pra pensar como esse dia é importante nessa rede?

Importante não sob nossa óptica, que talvez idealize esse ‘’momento mágico’’ da chegada do bebê, que é antecedida pelo seu quartinho decorado, enxoval personalizado e lembrancinhas de maternidade. Claro que de uma maneira geral,

---

[29] Art. 18. A CGBP tem como objetivo apoiar o cuidado às gestantes, recém-nascidos e puérperas em situação de risco, contribuindo para um cuidado adequado às situações que demandem vigilância e proximidade dos serviços hospitalares de referência, embora não haja necessidade de internação hospitalar.

§ 1º A CGBP deve contribuir para a utilização racional dos leitos hospitalares obstétricos e neonatais nos estabelecimentos hospitalares de referência à Gestação de Alto Risco ao qual estejam vinculadas, com vistas à redução da morbimortalidade materna e perinatal.

§ 2º A CGBP somente admitirá usuários que se enquadrem nas situações descritas no caput, não se confundindo com Abrigo, Albergue ou Casa de Passagem.

[30] Nota Técnica – Assunto: Diretrizes e fluxograma para atenção integral à saúde das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos.

todas as mulheres grávidas têm inseguranças também, mas eu suponho que para essas mulheres que estamos tratando essa insegurança é ampliada.

E a Comissão buscou refletir, **como oferecer cuidado para estas mulheres nesse momento?**

Esse é o dia em que a rede pode conhecer o caso pela primeira vez. Algumas chegam sem terem feito nenhuma consulta pré-natal, outras, com poucas. Podem chegar por alguma urgência/emergência ou na hora do bebê nascer. Mas a Comissão estava trabalhando para que esses casos fossem as "exceções", afinal o objetivo era identificar e vincular essa mulher à rede com a maior brevidade possível.

Isto posto, não há como negar que o dia do parto é o dia ''D''. Dia em que não dá mais para ''fugir'' da rede, ainda que tenhamos relatos de partos domiciliares (não por ideologia, mas por fuga mesmo!). Dia em que tudo o que foi pactuado pode ter uma outra direção.

Também, não é incomum o que eu chamo de ''passagens relâmpago'' dessas mulheres pela rede. Em algum momento um serviço faz a abordagem com ela ou ela o acessa por extrema necessidade, e em outro momento, essa mulher desaparece, ninguém sabe o paradeiro e não se tem mais notícias até o nascimento do bebê, ou ainda, não se tem sequer a notícia do nascimento, que pode ter ocorrido em outro município inclusive, como uma espécie de **''linha de fuga''** dessa mulher.

Sobre isso, recorremos à Deleuze (136):

> "(...) *construímos um conceito de que gosto muito, o de desterritorialização. (...) precisamos às vezes inventar uma palavra bárbara para dar conta de uma noção com pretensão nova. A noção com pretensão nova é que não há território sem um vetor de saída do território, e não há saída do território, ou seja, desterritorialização, sem, ao mesmo tempo, um esforço para se reterritorializar em outra parte*". Gilles Deleuze, em entrevista em vídeo.

Falar em ''linha de fuga'' já dá a dimensão da mudança visceral de uma rede que precisa ter mais linhas que raízes. Ainda que nem toda fuga possa ser entendida como **''linha de fuga''**, se essa mulher ''foge'' da rede é porque ela a teme e talvez não se sinta ''protegida'' ou com confiança no cuidado que pode ser oferecido.

É claro que a situação pode ser mais complexa, inúmeros outros fatores podem contribuir/concorrer nesse sentido. Mas também, não podemos negar que pode haver um histórico de ruptura de confiança dessa mulher com os serviços. Esse

era o paradigma que precisava ser transformado: não temer a rede. Confiar no cuidado.

Na perspectiva das mulheres, o nascimento do bebê possivelmente traz à tona alguns conflitos: o encontro com a ‘’Justiça’’ (não sabemos que conceito de Justiça reside no imaginário destas mulheres); o temor da separação (bebê ser acolhido institucionalmente) ou da entrega do bebê (desejo foi amadurecido durante pré-natal?); do estado de saúde do bebê quando nascer (vai ter alguma ‘’sequela’’ do uso de drogas?); do apoio (ou falta de) que terão; do possível resgate do contato com a família; do destino pós alta hospitalar (para aquelas que vivem em situação de rua);

A Comissão precisou fazer um exercício mental, inclusive se ‘’inspirando’’ em casos anteriores.

Acompanhando os casos, vimos mulheres em profunda crise dando entrada no hospital; mulheres em partos prematuros; mulheres fugindo do hospital; mulheres saindo do hospital com o bebê e com a família; mulheres saindo do hospital sem um bebê porque ele foi acolhido institucionalmente; mulheres saindo do hospital sem um bebê, porque ela teve alta e ele ficou internado na UTI Neo Natal; mulheres saindo do hospital sem um bebê porque este veio a óbito.

Pensando nos casos, vimos que alguns problemas que ocorriam nessa etapa eram: falta de vinculação anterior com a rede e hospital; necessidade de desenvolvimento de abordagem mais acolhedora e menos estigmatizada de toda equipe hospitalar; necessidade de repensar o ‘’protocolo’’ hospitalar para atuação em rede; etc.

Portanto, na etapa Parto e Nascimento a Comissão entendeu que o componente hospitalar precisava ser aprimorado para o atendimento a essa mulher.

Ressalto que a palavra ‘’protocolo’’ é colocada entre aspas, porque não queremos engessar procedimentos, mas entendemos que seria importante redimensionar o papel da rede nesse momento. Não apenas como ‘’fornecedora de informações e relatórios’’, mas como ‘’parceira no cuidado’’.

Houve situações em que a rede foi acionada nesse momento do nascimento do bebê e permanência da mulher no hospital, e os profissionais que já tinham vínculo realizaram visita na maternidade, o que foi muito benéfico. Em outros casos, a RAPS fez uma primeira visita na maternidade com objetivo de construir esse vínculo no puerpério e dar continuidade ao acompanhamento.

Um dos pontos de tensão que surgiu durante a discussão desse eixo (Parto e Nascimento) foi a percepção a respeito do poder biomédico que impera na instituição quando buscamos refletir sobre a alta, por exemplo.

As técnicas diziam: "é o médico que define a alta"; “não temos como reunir os médicos para capacitação’’, ou ainda ‘’o bebê só permanece até a realização do exame do pezinho’’, e nós íamos questionando que lugar então seria esse dessa mulher no hospital; as relações de poder na instituição e a necessária construção conjunta, interdisciplinar e intersetorial desse projeto terapêutico.

Um exemplo disso foi de um caso extremo que impactou muito na comissão, em que a gestante deu entrada no hospital, porém o bebê nasceu morto. Ela estava em situação de rua, o CR havia feito duas ou três abordagens com ela, mas com poucas informações sobre o caso e início de vínculo com a mulher.

Quando ela deu entrada no hospital, a rede foi acionada e ela teve alta no dia seguinte ao parto (menos de 24 horas após o parto do natimorto), pois ‘’como o bebê veio a óbito, não precisa permanecer na maternidade e era preciso realizar o enterro do bebê’’. Mas, havia um fato: aquela mulher ia enterrar um bebê, seu filho. Acionar a rede não encerrava a importância de todos de articular um cuidado possível diante da situação.

Foi trágico. Doeu na alma. Mais ainda dos profissionais do CR, que acompanharam todo esse processo. Pelo sumiço dela e retorno ao abuso de drogas que tivemos notícias posteriormente, parece-nos que ela quis se ‘’enterrar’’ junto com o bebê.

Houve uma discussão sobre a inadequação da maternidade estender um pouco mais a permanência da mulher, até que esse cuidado pós-alta fosse melhor articulado e pudéssemos acessar sua rede de apoio, rede significativa para ela. O fato é que eu sinceramente não sei se sabemos o que ela precisava. Também não sei se ela sabia do que ela própria precisava.

De um teto? De um lugar conhecido pra voltar quando saísse do hospital? De alguém que apenas permanecesse ao seu lado em silêncio? De um abraço? De alguém que chorasse junto com ela? De um chá, um banho e uma cama? De um calmante? De droga? De mais culpa sobre ela? O que será que ela conhecia e estava acessível naquele momento?

Ficou até difícil continuar a discussão, o assunto era denso, pesado. O tempo de todas as maneiras parecia que escorria pelas mãos: o tempo da gestação;

o tempo da internação no hospital; o tempo da alta; o tempo do enterro que precisava ser feito. E não deu tempo de um cuidado mais qualificado...

Seguimos abordando a dificuldade de pensar em uma capacitação para o hospital. Novamente o poder biomédico imperava: " é muito difícil reunir os médicos, eles são contratados como pessoa jurídica, tem sua carga horária e não vem fora do horário para reunir todos''.

Ponderamos que o Hospital Universitário de Jundiaí (que é a maternidade do município) é conveniado da Secretaria Municipal de Saúde para este atendimento e buscaríamos articulação com a Secretaria para operacionalizar um espaço para capacitação.

Por último iniciamos o debate sobre o item Puerpério e Saúde da Mulher e da Criança.

Inicialmente, discutimos o conceito de Puerpério, já que não há consenso quanto a isso. Há visões mais restritivas do término do puerpério referente ao retorno das condições ''físicas'' da mulher e há outras visões mais amplas, considerando inclusive os aspectos psicológicos desse período.

Optamos por seguir o conceito mais amplo, que engloba esse período da vida da mulher para além do retorno de condições físicas, como ovulação e ciclo menstrual.

Novamente, como identificado desde o pré-natal, a necessidade de um serviço de cuidado compartilhado entre mãe e bebê se mostrava de suma importância. Na ausência deste, outros desfechos eram mais comuns diante das diversas circunstâncias que podem ocorrer após o nascimento: bebê ficou com os pais (ou somente com a mãe); bebê ficou sob guarda da família extensa; bebê foi encaminhado para programa de Família Acolhedora ou bebê foi institucionalizado. O que queremos ponderar é que se existisse um espaço de cuidado compartilhado da mãe e do bebê, muito provavelmente reduziríamos os índices de separação neste momento, a não ser nos casos de entrega do bebê para adoção, por vontade manifestada da própria mãe.

De qualquer maneira, consideramos que é preciso continuar a oferta de cuidados à mulher e ao bebê, ou melhor, a toda essa família, que pode incluir pai da criança, família extensa, etc. De uma maneira geral, discutimos que assim como o pré-natal dessa população precisa ser repensado de uma maneira mais ampla, o puerpério, também, merece uma reformulação, precisando superar apenas a

assistência em saúde física. Esse é o momento de empoderar a família nas diversas circunstâncias narradas acima.

Também, foi identificada que há uma demanda para a criação de um serviço peculiar para o desenvolvimento de maternagem com essas mulheres. Além disso, há uma especial atenção nesse momento para a efetivação do Planejamento Familiar e prevenção e tratamento de DST.

Quanto ao Planejamento Familiar, relembramos que estamos situados em uma norma jurídica que protege o livre exercício do Planejamento Familiar. Ou seja, não é possível pensar em ‘’esterilização involuntária’’, ‘’laqueadura compulsória’’, ou qualquer coisa do gênero. Explicito isso aqui porque por mais absurdas que essas ideias pareçam, em situações pra lá de críticas e dramáticas, por vezes o conceito do Planejamento Familiar parece ser distorcido do tipo: como vamos impedir essa mulher de ter outros filhos?

E o desafio é exatamente pensar num Planejamento Familiar que vá além das ofertas dos métodos contraceptivos, contruindo com essa mulher dentro das opções existentes e cabíveis a ela, uma alternativa que faça sentido pra ela, empoderando-lhe com informações, mas também, com a reflexão a respeito de um projeto de vida, que inclui como ela pensa sua família, seu papel como mãe.

Dando seguimento a construção desse ‘’Plano Municipal’’, entendemos que era preciso pensar no papel de cada um dos serviços que tínhamos a disposição e como já tratamos acima, identificar as necessidades de novos equipamentos/projetos.

Aqui vou discorrer sobre as reflexões que foram realizadas na Comissão a respeito do papel de cada serviço que compõe essa Rede. Começamos por um conceito de intersetorialidade, afinal, não se trata de uma rede de Saúde, e sim uma rede de cuidados integrais. Para tanto, desenvolvemos uma compreensão que pode ser visualizada na figura abaixo.

O paradigma apresentado na figura aborda a necessidade da oferta de um cuidado contínuo que perpassa pela atenção à saúde, à assistência social, numa

intersecção entre a promoção de cidadania e justiça, esta última, devemos esclarecer, numa abordagem não judicializadora apenas, e sim, apoiada no princípio da ampla garantia de direitos. Compreende-se que todos estes devem trabalhar numa lógica de empoderamento dessa mulher e família, superação das vulnerabilidades existentes e na construção de um projeto de vida.

Entendemos que aqui cabe uma reflexão: por mais que o objetivo seja realizar esse delineamento, sabemos que cada serviço tem uma implicação diferenciada diante do tema e do trabalho em rede. Necessário se faz recorrermos ao conceito de instituição da Análise Institucional.

Sabemos que o conceito de instituição sofreu modificações dentro da analise institucional. Inicialmente apenas consideradas em sua forma jurídica ou estrutural, as instituições eram entendidas como sinônimos de organizações. Posteriormente, com o deslocamento do conceito, este passou a referir-se a uma realidade que cruza as organizações e estabelecimentos, sendo um emaranhado de forças. Tal emaranhado, no movimento contínuo de enredar-se e desenredar-se, fabrica nas organizações demandantes, um não dito institucional. Esse não dito é identificado ao inconsciente institucional (137).

Tal compreensão revela o aspecto não-natural das instituições que, por isto mesmo, devem ser trabalhadas no sentido de resgatar suas injunções históricas e os processos desejantes que as produziram com a aparência de algo “dado”, fixo e eterno, aponta (16;18;21).

As instituições são lógicas abstratas, mas também, materiais resultantes de um processo dialético constituído por uma parte mais fixa (o instituído) que é a parte mais aparente delas, uma parte mutável (o instituinte), que provoca rupturas com os pactos tradicionais e um terceiro momento chamado de institucionalização, em que o instituinte é incorporado pela instituição passando a ser instituído (21).

As instituições frequentemente são capazes de produzir justamente o oposto do propósito para o qual foram fundadas, por exemplo: a instituição psiquiatria que se materializava nos manicômios, produzia a exclusão e a loucura, quando anunciava como tarefa o cuidado aos doentes mentais.

Outra característica das instituições é que elas fabricam e são fabricadas ao mesmo tempo por seus agentes, ou seja, gestores, trabalhadores e usuários de uma dada instituição, fabricam e colocam em ação as normas e regras e ao mesmo

tempo, são também produzidos nessa dinâmica. Dito de outra forma: há uma produção de subjetividades nas instituições.

O que queremos analisar com essas premissas da análise institucional é que por mais que alguns serviços tenham como missão institucional por exemplo a "promoção de saúde" (instituído) essas mulheres sabem (muito provavelmente por experiências anteriores) que uma instituição pode atuar de outras maneiras. Portanto, eu imagino que algo era captado no nível do não dito e de alguma maneira, elas apreenderam a regra que era preciso ponderar antes de se vincular/confiar no discurso institucional que se apresentava.

Um exemplo clássico disso, era a minha própria posição: ao mesmo tempo em que ocupava um papel profissional dentro de uma instituição do sistema de acesso à justiça, tinha uma intersecção com a rede na lógica da oferta de cuidados. Os papéis não poderiam ser tão fixos e delimitados, mas de alguma maneira, buscando a construção de identidade dentro desta rede, buscamos estas referências para cada serviço:

Iniciaremos com o bloco Saúde, que de maneira geral está implicada em todos os seus níveis de atenção nessa rota de cuidados proposta para essa mulher. Compreende-se que precisa haver trânsito facilitado; atendimento humanizado; atuação dentro dos princípios da Redução de Danos.

Abaixo, abordo mais especificamente o papel pensado em rede para cada serviço.

UBS (Unidade Básica de Saúde): de uma maneira geral, verificamos que as UBS (salvo exceções) se mantém mais passiva diante desses casos, aguardando essa mulher chegar para o pré-natal. Nosso entendimento perpassa pela ideia que a UBS deve ser a **porta de entrada** para essa mulher, onde se deveria dar início ao pré-natal. Mas será que essa mulher busca a UBS para suas demandas de saúde? Já tem esse serviço como referência?

Se não o tem, ou não se sente confortável e segura para acessá-lo, entendemos que cabe a UBS identificar esses casos de maior vulnerabilidade em seus territórios e articular intervenções (inclusive em conjunto com outros serviços da rede) para que essa vinculação ocorra o mais breve possível. Para tanto, necessário se faz que esse atendimento seja **PORTAS ABERTAS**, com acesso facilitado e a oferta de atenção que busque a formação de vínculo. Mais que representar o início do atendimento,

compreende-se que a UBS habita os territórios e a identificação precoce desses casos de maior vulnerabilidade, poderia qualificar a atenção prestada com a construção e gerenciamento de um projeto terapêutico singular, com apoio do NASF e Matriciamento com Saúde Mental. Ou seja, sentimos que esse equipamento precisa ser empoderado nessa rede, com a atuação de uma equipe mais ‘’viva’’, que realiza mais busca ativa e que circule nos territórios. Além disso, a UBS pode realizar o acompanhamento no puerpério por meio de visitas domiciliares.

Desafio: constituir em espaço de referência e cuidado para essa mulher, bem como atuar de maneira mais ativa e inserida nos territórios de vulnerabilidade.

NASF (Núcleo de Apoio de Saúde da Família): as discussões apontaram o NASF como um serviço estratégico, de ponte de articulação e apoio entre Atenção Básica e outros serviços de maior complexidade para construção do Projeto Terapêutico Singular em relação ao “desenho do pré-natal”. Chamamos de ‘’desenho do pré-natal’’, essa costura de outras intervenções que precisa ser feita para a promoção da assistência em saúde. O NASF pode ser um motivador na Atenção Básica, um serviço que provoca, gera o movimento, parceiro no empoderamento da UBS.

Desafio: Empoderamento da Atenção Básica

Ambulatório de Saúde da Mulher: Na organização de Jundiaí, esse serviço é a referência para o acompanhamento de doenças específicas da mulher (pré-natal de alto risco, câncer ginecológico e de mama, esterilidade, violência sexual, etc.) e planejamento familiar.

Entretanto, uma primeira observação que temos é que raramente essa mulher percorre todo o trajeto para chegar até esse serviço. Portanto, identificamos a necessidade de que o atendimento prestado pelo Ambulatório de Saúde da Mulher se pautasse numa lógica mais pró-ativa e intersetorial (com realização de busca ativa e PTS compartilhado com UBS) em um atendimento menos burocratizado e mais célere.

Ambulatório de Moléstias Infecciosas (AMI): É o serviço de referência para o tratamento dos casos de doenças infecto-contagiosas e doenças parasitárias (Tuberculose, Hanseníase, AIDS, Hepatites, Leishmaniose, Esquistossomose, doenças sexualmente transmissíveis, etc.). É sabido que essa mulher pode

apresentar outras demandas de saúde em que já esteja vinculado ao cuidado, ou ainda, que nesse momento seja diagnosticada uma condição que enseje cuidado do AMI, portanto, o que vale aqui é o cuidado integral a essa mulher, em suas várias demandas de saúde. É uma retaguarda técnica que pode ampliar a capacidade da rede.

CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento): É um serviço para diagnóstico precoce e prevenção de doenças, que realiza **exames laboratoriais:** anti-HIV (AIDS), VDRL (sífilis), sorologia para hepatites virais B e C. Portanto, no acompanhamento desta mulher pode-se fazer uso desse serviço de testagem. Além disso, é um serviço que pode realizar campanhas de prevenção, promoção da saúde e redução de danos em parceria com outros serviços mais inserido nos territórios de uso de drogas.

Hospital Universitário (HU): É a maternidade de referência SUS no município. O maior desafio identificado neste equipamento que é conveniado, seria torná-lo mais integrado com a rede, em uma atuação humanizada e com realização de capacitações. É primordial a garantia de acesso facilitado em qualquer horário para realização de atendimentos médicos e exames pré-natal que são realizados neste espaço. Além disso, em conjunto com a Faculdade de Medicina, seria indicada a realização de programas de pesquisa e extensão.

Nesse componente hospitalar é importante realizar uma ressalva: há no município outras maternidades com atendimento por convênios médicos particulares, entretanto, na Comissão nunca tomamos conhecimento de casos advindos destas outras maternidades, o que pode indicar uma ‘’demanda reprimida’’, ou ainda, um tratamento diferenciado a pessoas socialmente mais favorecidas.

Desafio: Integração com a rede, capacitação interdisciplinar e intersetorial e humanização do atendimento.

Faculdade de Medicina: Refletiu-se como a faculdade pode ser um espaço de potência na sensibilização em relação à temática na formação dos médicos e enfermeiros. Além disso, em parceria com HU, conforme já indicado a promoção de parcerias para qualificação da rede, pesquisas cientificas e projetos de intervenção.

Enfermaria de Saúde Mental: Trata-se de *Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial,* de acordo com a Portaria 148 de 31 de janeiro de 2012. Portanto, compreende-se que este serviço deve realizar acolhimento às situações de crise e urgência.

CR (Consultório de Rua): Nossa experiência até aqui mostrou que com a implantação do CR no município, a identificação dos casos ampliou-se. O que antes por vezes a rede só vinha tomar conhecimento no momento do nascimento do bebê no hospital, com a equipe do CR, alguns casos já são identificados e acompanhados antes. Portanto, trata-se de um serviço muito atuante nessa rede, o que exige do equipamento grandes esforços no que se refere ao investimento de tempo nas intervenções. O CR, por sua natureza, é um serviço que apresenta demandas ao município até então pouco expressas e que provoca essa rede, no sentido da necessária reorganização e movimento.

Partindo disso, o CR é o articulador do cuidado e prestador da assistência em saúde da mulher gestante em situação de rua, ou seja, realiza ações do "pré- natal na Rua" (exames rápidos); ações de Planejamento Familiar; busca ativa com equipe intersetoriais; acompanhamento puerpério da mulher (em situação de rua, sem o bebê), numa perspectiva de promoção de ações de redução de danos no território.

Além disso, entende-se que o CR tem o papel fundamental de possibilitar o acesso e trânsito desta mulher em outros serviços de forma desburocratizada, além de outras demandas intersetoriais, compartilhando o gerenciamento do PTS com a UBS de referência, quando esta mulher está em situação de rua.

Por fim, vislumbramos a necessidade do serviço de CR estar mais equipado para o atendimento em saúde da mulher em situação de rua, com dispositivos capazes de realizar exames mais sofisticados, por exemplo.

Desafio: Superar/Ampliar limite territorial que tem atendido e instalação de mais uma equipe.

CAPS infanto juvenil: É o serviço que realiza atendimento no município aos transtornos graves da infância e juventude, inclusive do abuso de álcool e outras

drogas. Portanto, é a referência para o acompanhamento das gestantes adolescentes usuárias de álcool e outras drogas.

CAPS Adulto: Compreende-se que esse serviço pode compor com a rede para manejo dos casos com comorbidades psiquiátricas.

CAPS AD: Compreende-se que além de ser o serviço especializado para a questão de álcool e outras drogas, é o serviço articulador do cuidado desse público. Portanto, tem função primordial e estratégica com demais serviços.
Pode realizar o acompanhamento diretamente no próprio serviço (numa ótica de reabilitação psicossocial) ou ainda realizar o matriciamento dos casos em rede; participar de busca ativa e visita domiciliar; acolhimento em situação de crise (leitos) para pacientes já referenciadas ao serviço numa intensificação de cuidados.

SAMU: O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (**Samu**/192) é um programa que tem como finalidade prestar o socorro à população em casos de emergência em qualquer lugar: residências, locais de trabalho ou vias públicas. Por vezes, esse serviço precisa ser acionado relacionado às intercorrências do abuso de álcool e outras drogas e/ou mulheres em situação de rua gestantes.
DESAFIO: Aproximação deste serviço com a rede e sensibilização para a temática.

Unidade de Acolhimento: Conforme a Portaria 121 de 25 de janeiro de 2012, trata-se de serviço *para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.* Serviço inexistente no município, porém conforme já apontado acima, identificado a necessidade de implantação deste na Rede de Atendimento.

Partimos agora para a área da Assistência Social. Compreende-se que o maior desafio era promover a superação de uma visão fragmentada que enxerga o uso de álcool e outras drogas como um problema de saúde isoladamente. O fato é que essas mulheres apresentam inúmeras demandas (sociais inclusive), e o uso de álcool e outras drogas é apenas uma delas e ainda há que se considerar que a promoção social dessa mulher é de suma importância para a promoção do cuidado na perspectiva almejada. Abaixo, falarei mais especificamente sobre cada serviço:

CREAS: Como serviço especializado da Assistência Social, avalia-se que o CREAS deve compor a rede e o cuidado intersetorial que se pretende, principalmente no que diz respeito ao acompanhamento com família nuclear e extensa dessa mulher, trabalhando no sentido do empoderamento familiar e superação das vulnerabilidades sociais existentes.
Um dos grandes desafios do município na ocasião em que discutimos o plano era a grande fila de espera existente nesse serviço, o que é inviável para a demanda apresentada. Portanto, trata-se de uma mudança para um sistema portas abertas, sem fila de espera, para os casos referenciados pela rede.
Desafio: Atendimento célere, sem fila de espera.

CentroPOP: Como serviço especializado da Assistência Social à população de Rua, que apresenta tantos direitos violados, o CREAS POP tem como objetivos promover o acesso aos direitos de gestantes em situação de rua (e eventual companheiro, se existir), tais como: documentação; benefícios sociais e previdenciários e referenciamento à outros serviços da política da assistência social, tais como: abrigamento, casa de passagem, etc.
Além disso, também é um serviço que realiza busca ativa por meio da abordagem social à população em situação de rua e oferece espaços de convivência, alimentação e higiene à população em situação de rua, buscando também, o restabelecimento de vínculos familiares e comunitários.

CRAS: Como serviço que promove a proteção básica, compreende-se que este não seria, num primeiro momento, a referência para estes casos. Entretanto, muitas das vezes, o CRAS, como serviço inserido no território, já acompanha essa família e, portanto, pode compor a rede de cuidados intersetoriais.

Casa Sol (Abrigo para mulheres vítimas de violência doméstica): é o serviço que oferece acolhimento para mulheres com medida de proteção. Também, podem acolher os filhos destas conjuntamente em circunstancias de violência doméstica.
Casa de Passagem/ Abrigo: São os serviços de alta complexidade que atendem a população em situação de rua. Devem estar disponíveis para essa mulher e seu companheiro (quando houver).

SAICA (Serviço de Acolhimento Institucional para crianças e adolescentes): Trata-se da instituição de acolhimento para crianças (inclusive bebês recém-nascidos) e adolescentes quando não foi possível evitar o rompimento familiar por outras alternativas. É de suma importância que o trabalho com a mãe/pai e a família extensa realizados por esse serviço, possam atender ao caráter excepcional e provisório desta medida.

Desafio: Quando há acolhimento institucional, o SAICA é responsável por realizar o acompanhamento da família em conjunto com setor técnico do fórum, porém, entendemos que pode haver pontos de tensão. Afinal, o mesmo serviço que é a referência do cuidado da criança, é a referência da família? Vínculo enviesado.

Programa Família Acolhedora: serviço prioritário para encaminhamento de bebês, em casos de impossibilidade de permanência com a mãe/pai ou família extensa.

Casa de Gestantes, Mães e Bebês: Conforme já expresso acima, trata-se da necessidade identificada de criação de um serviço de cuidado compartilhado de mães e bebês, desde a gestação. Trata-se de um serviço específico para este fim, que busca o empoderamento dessa mulher e família e o retorno à convivência familiar e comunitária. Vislumbra-se como um serviço da política da assistência social e saúde.

Sobre a área que nomeamos ‘’Cidadania & Justiça’’, a ideia é de fato mudar paradigma relacionado à Justiça como esfera apenas de judicialização e apoiar sua atuação na ampla garantia de direitos.

DEFENSORIA PÚBLICA/SP: A Defensoria Pública é um dos serviços articuladores da Comissão, por meio do CAM (Centro de Atendimento Multidisciplinar) da Defensoria Pública. Enquanto instituição, tem como missão prestar a assistência jurídica integral (esfera infância e juventude, criminal, família, cível), por meio de intervenções extrajudiciais e judiciais. Pode atuar de forma extrajudicial e judicial no que se refere a implementação de políticas públicas voltadas à garantia dos direitos de crianças e adolescentes nas áreas educacional, saúde, assistência social, etc. Mais especificamente para esse Plano, convém destacar que é o serviço que a mulher deve procurar para defesa em ações judiciais de ações de acolhimento institucional e destituição de poder familiar.

A Defensoria Pública, também, pode realizar ações civis públicas de direitos individuais e coletivos afetos à infância e juventude e outras matérias (como direito da mulher) e atividades de Educação em Direitos.

Desafio: Se tornar um serviço mais móvel e acessível para todos, se fazendo conhecer nos territórios.

Tribunal de Justiça (Vara da Infância e Juventude): A Vara da Infância e Juventude tem suas competências definidas no Art. 148 do ECA. A VIJ é representada na Comissão Flores de Lótus pela equipe do setor técnico.

Cabe ao juiz e à sua equipe acompanhar os casos judicalizados nas diversas circunstâncias que podem ocorrer após nascimento do bebê (poder familiar permanece com os pais; guarda para família extensa; aplicação de medida de proteção de acolhimento institucional, entre outras). Também atua nos casos em que a mãe deseja fazer a entrega do bebê para adoção. Ainda, a VIJ deve conhecer ações civis de interesse individual e coletivo afetos à criança e adolescente e fiscalizar entidades de atendimento.

Desafio: contribuir para alteração do imaginário dessas mulheres que a Justiça está ‘’contra’’ elas.

MINISTÉRIO PÚBLICO: O Ministério Público atua na área da infância e juventude com a finalidade de garantir a defesa dos direitos de crianças e adolescentes, sujeitos de direitos. Tem suas atribuições previstas no Art. 201 do ECA, tais como: manifestação/vista autos; ingresso com ação de DPF; ações civis, direitos individuais e coletivos, afetos à infância e juventude; fiscalização de entidades de atendimento.

Pode atuar de forma administrativa e judicial. Na esfera administrativa, o Promotor de Justiça cobra do Poder Público a implementação de políticas públicas voltadas à garantia dos direitos de crianças e adolescentes nas áreas educacional, saúde, assistência social, etc. Expede recomendações, realiza visitas de inspeção, fiscaliza entidades governamentais e não governamentais e regula aplicação dos recursos do Fundo dos Direitos das Crianças e Adolescentes. Na área judicial promove ações civis para a tutela de tais direitos.

Desafio: Maior atuação com a rede intersetorial.

CONSELHO TUTELAR: É o órgão municipal responsável por zelar pelos direitos da criança e do adolescente. O Conselho Tutelar pode ser acionado quando há suspeita ou confirmação de violação de direitos. Portanto, pode receber informação de gestante usuária de álcool e outras drogas. Nestas circunstâncias, pode realizar acompanhamento do caso e deve fazer os encaminhamentos e se articular com os serviços da rede para a prestação dos cuidados intersetoriais. Tem suas atribuições previstas no Art. 136 do ECA. Pode realizar aplicação de medidas de proteção de sua competência; averiguação dos casos de suspeita de maus tratos e violências; mantém interlocução com a rede; faz comunicação às autoridades competentes nos casos de afastamento da criança e do adolescente.
Desafio: Mudar paradigma existente que o Conselho Tutelar ‘’vai tirar meus filhos’’.

Conselhos Municipais: Os conselhos são espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, de natureza deliberativa e consultiva, cuja função é formular e controlar a execução das políticas públicas setoriais, portanto pode realizar a aprovação de Planos Municipais de Atendimento, inclusive de gestantes usuárias de álcool e outras drogas e seus filhos recém-nascidos e promover o financiamento de projetos/programas voltados para a temática por meio dos editais de chamamento de serviços.
Desafio: Maior integração entre os Conselhos em matérias que são interdependentes, como o caso da mulher e criança e adolescente.

Feito esse delineamento, conseguimos alinhar que a Comissão Flores de Lótus não tem papel deliberativo em relação à política de atendimento do município, mas atua de forma colaborativa, articuladora e propositiva junto aos órgãos competentes.

5.6 Produção de Vídeo

No decorrer da cartografia, verificamos que a produção de um material áudio-visual em linguagem acessível poderia contribuir para a propagação de novos olhares sobre o tema, dando visibilidade a aspectos muito negligenciados em nossa sociedade. Portanto, o objetivo do vídeo produzido é provocar reflexões e contribuir para a superação de estigmas tão sedimentados. Está acessível no endereço: https://www.youtube.com/watch?v=yG5OhCLKD0s&t=73s

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomemos o título deste trabalho: "*O fio de Ariadne: sobre labirintos de vida de mulheres grávidas usuárias de álcool e outras drogas".*

Reivindicamos o significado metafórico do "fio de Ariadne", que é o fio condutor para a "saída" do labirinto, com seus vários caminhos enredados. Saída que aqui que nos referimos no sentido de construção de novas rotas e possibilidades na jornada dessas mulheres em busca do direito de ser mãe, mas também um fio que, como verificamos, essencialmente precisa ser tecido em rede, em uma sintonia.

Já dissemos anteriormente que a etapa da análise de dados em uma cartografia é contínua, não ocorre só na etapa final do trabalho. Entretanto, aqui iremos problematizar todos os atravessamentos que encontramos em nosso campo da pesquisa.

Muitos questionamentos foram levantados no decorrer deste trabalho: Qual a condição que viviam essas mulheres? Por que era tão difícil acessá-las? Por que se escondiam da rede? Quais estigmas e preconceitos recaiam sobre elas? Quais os medos? Quais seus sonhos? Qual a representação da gravidez e da maternidade nessa circunstância de vida? Quais seus desejos, vontades, planos e expectativas? Como poderíamos ajudá-las? Que tipo de arranjos mais amorosos e efetivos poderíamos oferecer? **Qual o fio de Ariadne que poderíamos tecer juntas (mulheres e rede)?**

Nem todas as respostas foram encontradas. A cada passo, novos desafios e reflexões iam surgindo. Entretanto, algo que ficou muito claro é que o que se coloca no **"entre mundos" da mãe e do bebê não é centralmente "a droga", como mais superficialmente poderíamos supor e sim a exclusão social que é anterior e agrava as consequências deste uso.**

Apesar de essa ser uma consideração final desse trabalho, é uma premissa básica para que possamos chegar a todas as outras. Nada inédito, pois é algo que a bibliografia já nos apontava, ainda que não especificamente para esse contexto (mulher grávida usuária de álcool e outras drogas).

Observamos que não só os casos acompanhados nas entrevistas, mas também pela Comissão Flores de Lótus, apontam para um histórico anterior de muitas vulnerabilidades, exclusões e violências. A droga parece tangenciar uma vida de

exclusão, ainda que os efeitos desse estilo de vida produzam impactos mais agravantes dessa condição anterior.

A invisibilidade da violência está amparada na sua banalização, naturalização de tal modo que a deixamos de registrar como tal. Entretanto, a violência ainda que não reconhecida e nomeada, foi sentida. Quantas histórias nos atravessaram violentamente.

Não encontramos nenhum caso de mulheres de classe média vivenciando essa ameaça de separação do filho, ainda que saibamos que o abuso de drogas não é exclusivo da população mais vulnerável socialmente. Isso nos leva a crer que a questão social/econômica pode ser considerada um fator de proteção em uma evolução do uso e trajetória dessas mulheres.

Verificamos que ainda que “a droga” tenha saído de cena, permanecem as condições prévias de vulnerabilidade que dificultam/impossibilitam por vezes a convivência familiar e comunitária.

É claro que o ECA já estabeleceu que a falta de recursos materiais não constitui motivo suficiente para a perda ou suspensão do poder familiar. Entretanto, o que se observa, é que uma vez que esse bebê é colocado no serviço de acolhimento institucional, o caminho dessa mulher para a saída desse labirinto com seu filho é bastante trabalhoso e com inúmeros obstáculos: estigma; preconceito; violação de direitos sociais; ausência de políticas emancipadoras; violências; ausências. Se desenredar do caminho labiríntico é tarefa árdua e, por vezes, solitária.

O objetivo inicial deste trabalho foi compreender como era a experiência da gravidez nessa circunstância de vida na perspectiva das mulheres que fazem uso de álcool ou outras drogas e/ou estão em situação de rua.

Verificamos por meio dos encontros realizados e acompanhamento dos casos na Comissão Flores de Lótus que há um predomínio do desejo de maternagem do filho, recusando a possibilidade de entrega protegida para adoção; claras evidências da preocupação dessas mulheres com a gestação e saúde do bebê, a despeito da continuidade do uso de drogas. Além disso, repetindo um padrão geral da sociedade, há uma centralização na figura da mulher como responsável pelo cuidado com a criança, eclipsando a figura paterna.

Nesse sentido, reforça-se a importância das práticas de cuidado (de saúde e assistência social principalmente) ampliarem seus espectros de atuação, seja no pré-natal, seja no fortalecimento de vínculos familiares e sociais.

Se buscamos os referenciais da cartografia, da análise institucional e análise da implicação para esta dissertação, isso nos traz o compromisso de novamente retomar o lugar que ocupamos quando elencamos esse tema (demanda da pesquisa).

A produção desta dissertação é demarcada pelos vínculos que me atravessam/implicam: como psicóloga na Defensoria Pública do Estado de São Paulo e mestranda do Departamento de Saúde Coletiva da FCM/ UNICAMP; como cidadã na defesa do SUS e SUAS; Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial; Movimento Feminista; Política de Redução de Danos; defesa dos direitos humanos de forma interdependente (aqui mais claramente referindo-se aos direitos da mulher e do bebê) e da intersetorialidade.

Mais concretamente, isso significa que recusamos uma generalização ou "condenação prévia" que versa sobre a incapacidade dessas mulheres de maternar. Não partimos desse pressuposto.

Esse estudo demonstrou que não há generalização possível, não existe um "padrão da mulher usuária de álcool e outras drogas". Acompanhamos histórias muito diferentes (mulheres com ou sem apoio familiar; mulheres mais motivadas para um projeto terapêutico e mulheres mais resistentes, etc.) em uma diversidade de fenômenos que exige a análise individual dos casos**.** Mas é preciso ponderar que possivelmente se essa dissertação fosse realizada por outro profissional que ocupasse um outro lugar/papel institucional (como Judiciário, ou Maternidade, por exemplo) é possível que o olhar seria diverso.

Propositalmente, essa dissertação recusou-se a eleger a droga como protagonista. Esse é o viés político (em seu sentido mais amplo) da cartografia. Nossas posições narrativas foram marcadas por esse entendimento.

Nossa opção é olhar na direção da defesa de direitos para superação das vulnerabilidades. Acreditamos que nesta perspectiva de abordagem do tema, podemos construir um olhar mais justo e abrangente e não reducionista que por vezes se restringe apenas a informar que a "*gestante não aderiu as propostas de acompanhamento da rede"*, entretanto, não se coloca numa perspectiva de trabalhar de forma mais resolutiva a adesão dessa mulher, compreendendo que adesão é uma via de mão dupla e que cabe aos serviços o combate aos pontos de tensão que são obstáculos para o fluxo para saída desse labirinto.

Ficam novas perguntas: quem desistiu primeiro? Quem não aderiu? O serviço, o profissional, a rede ou a mulher? O que é um cuidado possível? É aquele que idealizamos e corresponde ao nosso desejo?

Parece que uma vez capturada pelo labirinto, o que vai ocorrer é uma supervigilância e altas expectativas de transformação, no sentido da docilização, de domesticação. É a mulher “selvagem” que entra no labirinto, mas por vezes, o que se espera é que ela saia domesticada, na perspectiva do que boa parte da sociedade entende como comportamento desejável a um indivíduo, especialmente de uma mãe/gestante.

E é sobre esse ponto que gostaríamos de nos ater: sobre os objetivos desse cuidado e sobre a condução desse projeto terapêutico intersetorial e sua legitimidade no que se refere ao protagonismo da mulher.

Não estamos dizendo aqui que nenhuma mudança tenha que ser empreendida na vida dessa mulher que pretende criar seu filho. É preciso que haja segurança e saúde (em seu sentido mais amplo). Entretanto, o que queremos destacar é que esse projeto terapêutico intersetorial que propomos, não pode ser algo “nos moldes da família burguesa”, ou assessório a ele. Precisa ser algo que faça sentido com a história de vida daquela pessoa, protagonizado, co-construído e não uma reprodução automática de respostas que ela imagina que nós profissionais queremos ouvir. É preciso ir além do pacote: moradia + emprego + abstinência. Quais as reais escolhas que essa mulher tem para fazer nesse momento com os recursos que dispõe (internos e externos)?

Aqui gostaríamos de problematizar a importância da superação do paradigma assistencialista.

A vida dessas mulheres clama por empoderamento. E por empoderamento aqui estamos nos referindo a ações de economia solidária, de profissionalização, de real oferta de emancipação, de construção de autonomia e independência. Nesse sentido, há muitos desafios para as políticas de assistência social e de trabalho e renda.

Ainda há que se considerar que a gestação impõe uma realidade de um tempo objetivo que poderá impactar no tempo subjetivo das mulheres e das redes.

Sobre essa variável "tempo" entendemos que identificam-se diferentes tempos que deveriam ser considerados e compatibilizados no processo de consideração das necessidades dessas pessoas: o tempo interno de uma mãe

vulnerável decidir sobre assumir ou não a maternidade; o tempo da criança que precisa de cuidados intensos no início da vida; o tempo razoável dos processos judiciais (em geral moroso com suas consequências x um outro tempo do desejoso de agilidade, aceleração) que pode se sobrepor aos tempos humanos principais da mãe e do bebê, no estabelecimento de seus vínculos que serão estratégicos para o que vem a seguir: viabilizar uma vida juntos, se assim desejarem.

Mas qual desses tempos prevalece? Há ainda outros "tempos" em disputa? Como a rede vem tecendo esses tempos?

Observamos que uma rede de cuidados que se proponha a possibilitar uma vida conjunta entre a mãe e o bebê precisa se antecipar ao evento “nascimento”. Nesse sentido, em Jundiaí, a Comissão Flores de Lótus pactuou com toda a rede a construção de projeto terapêutico intersetorial dos casos que é enviado ao Conselho Tutelar e Maternidade de referência por volta das 30 semanas de gestação, isso porque os partos podem ocorrer prematuramente.

Entendemos que essa estratégia era necessária não só para a efetiva organização do cuidado em rede, mas também para que pudéssemos evitar a judicialização desnecessária dos casos, oferecendo aos atores desse sistema de garantia de direitos da criança informações sobre o acompanhamento realizado. Na prática, a falta de informações na etapa do evento “nascimento” predispõe a judicialização e medidas imediatistas e desarticuladas do cuidado que vinha sendo configurado.

Gostaríamos ainda de ressaltar a importância da articulação intersetorial que significa a Comissão Flores de Lótus, enquanto organizador desse cuidado integral que se destina às mulheres e aos seus filhos, mas que supera a esfera individual dos casos. Há diversos sistemas que se cruzam: SUS; SUAS (Sistema Único da Assistência Social); SGDCA (Sistema de Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente), Sistema de Justiça, entre outros. Portanto, é imprescindível essa rede de cuidados integrais à mulher e ao recém-nascido teça seus “fios” e que eles possam se entrelaçar com o fio da própria mulher, guiando essa saída em parceria para que esse “entre mundos” seja cada vez mais o “compartilhar mundos”.

A Comissão ainda se constitui num espaço que busca compreender a coletividade, identificar e intervir sobre os pontos de tensão dessa rede, as ausências, que levanta demandas, que problematiza, que estimula o aperfeiçoamento constante e mobiliza para as mudanças de políticas públicas.

Entretanto, a inexistência de alguns serviços que compõem a RAPS e demais políticas públicas (assistência social; habitação; segurança pública) podem restringir o manejo dos casos, principalmente para as mulheres que estão em situação de rua.

Um exemplo disso é o serviço do centro de acolhida para gestantes, mães e bebês que é fundamental e estratégico nessa rede e a ausência deste tem impactos nos índices de outros desfechos, como o acolhimento institucional.

A existência de um local que possibilite esse cuidado compartilhado, essa maternagem dupla (da rede com a mulher e da mulher com o bebê) pode ser um divisor de águas na oferta de apoio durante a gravidez e puerpério (em seu sentido mais amplo, também) e permitir que esse projeto de vida se estruture em uma via de mão dupla, entrelaçando os fios da saída do labirinto e do serviço.

Como já vimos, inúmeros são os desafios de um trabalho em rede intersetorial, porque nos colocamos em um diagrama de forças que o tema ativa em nós como mulheres, homens, cidadãos, trabalhadores, instituídos e instituintes. A formação continuada e a supervisão se mostram imprescindíveis, porque nos faz pensar sobre nosso conceito de cuidado; de maternagem; de família; de abandono; de rejeição; de escolhas; de amor; de violência.

Durante a realização deste trabalho verificamos que essa tessitura da rede é algo que merece destaque. Muitas das vezes, verificamos que os conflitos entre os trabalhadores dos serviços se davam em cima dessa questão: sobre a primazia de direitos da mulher **ou** do bebê.

Nosso posicionamento é que essa disputa é inadequada e o resultado disso é uma rede cindida e enfraquecida.

E para não nos perdemos em nossos próprios existencialismos, o farol que norteou a trajetória de todo esse trabalho por mares por vezes revoltos, foi nossa crença central de que cuidar da mãe é cuidar do bebê. Que não se trata de escolhas, de direitos independentes. São dois sujeitos unidos corporalmente, direitos interdependentes, interligados, indivisíveis. Não concorrem entre si.

Não estamos defendendo o mito socialmente arraigado do instinto materno e de que sempre será melhor para o bebê ficar com a sua mãe. É preciso cuidar dos radicalismos de uma postura de defesa intransigente dos laços biológicos, mas sim de uma configuração que permita oportunidade de reais escolhas, devendo-se avaliar as situações caso a caso.

Ficou evidente também por meio do acompanhamento dos casos da Comissão Flores de Lótus, que a rede ainda precisa ampliar sua capilaridade, sem desconsiderar o princípio da equidade. A demanda hoje existente tem excedido a capacidade de um atendimento intersetorial efetivo, o que por vezes significa desassistência.

Além disso, observamos que é importante qualificar a formação dos profissionais que atuam mais diretamente na temática (Direito, Psicologia, Serviço Social, Medicina, Enfermagem, entre outros) no que diz respeito a superação de preconceitos que podem culpabilizar indivíduos sem considerar o amplo cenário de exclusão social e violência que impacta na vida das populações e sobretudo, na vida das mulheres.

Se faz necessário, também, que novas pesquisas sejam realizadas, com diferentes enfoques (estudo longitudinal, estudos envolvendo a figura paterna, locais em que há outros serviços da rede, interface desse tema com sistema de justiça, etc.)

Por fim, queremos salientar que o tema principal que atravessou esse trabalho foi e é a exclusão social, as violências de toda ordem a que estas mulheres estão agenciadas e o que permanece é o desafio de superar uma resposta reducionista do Estado Brasileiro, ou ainda a judicialização da vida em contraponto a construção de cuidado.

É importante lembrar mais uma vez, que ações imediatistas e que não tem efeito sobre a estrutura social apresentam-se como respostas profundamente ineficazes aos problemas postos em nossa sociedade que não apresentam uma relação causal com o que se propõem combater.

Portanto, não há dúvidas que o fio de Ariadne que precisa ser tecido é primeiramente social e político, com desenvolvimento de políticas públicas emancipadoras, que respeitam o direito de ter/ser mãe e que considerem a questão de gênero.

REFERÊNCIAS:

1 Karam BJ. O egresso prisional em situação de rua no Estado de São Paulo. São Paulo. [dissertação]. São Paulo: PUC; 2015.

2 Ferigato SH, Carvalho SR. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões*. Interface- Comunicação, Saúde, Educação. 2011; 15(38): 663-75.

3 Passos E, Kastrup V, EscossiaL. (Org.). Pistas do Método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2009.

4 Farina C. Arte e formação: uma cartografia da experiência estética atual. In: Reunião Anual da Anped. Anais. Caxambu: 2008, p.1-16. Acesso em 30 de abril de 2015. Disponível em: http://31reuniao.anped.org.br/1trabalho/GE01-4014--Int.pdf.

5 Deleuze G, Guattari F. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. Vol.1. São Paulo: Editora 34; 2009.

6 Passos E, Barros RB. Po uma política de narratividade. In: Passos EH, Kastrup V, Escóssia L. Pistas do método da cartografia. Pesquisa-intervenção e produção da subjetividade. Porto Alegre: Editora Sulina; 2014. p.150-171. v.2.

7 Souza TP. A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectiva da redução de danos). [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2013.

8 Tedesco SH, Sade C, Caliman LV. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. In: Passos EH, Kastrup V, Tedesco SH. Pistas do método da cartografia. A experiência da pesquisa e o plano comum. Porto Alegre: Editora Sulina; 2014. p. 92-127. v.2

9 Deleuze G, Guattari F. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. Vol.2. Rio de Janeiro: Editora 34; 1995.

10 Deleuze, P; Parnet, C. Diálogos. São Paulo. Escuta, 1998.

11. Deleuze, G. Conversações. São Paulo. Editora 34, 1992.

12 Giacoia O. O poder dos afetos. Acesso em 15 de setembro de 2015. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=nyj_RIkm590.

13 Schopenhauer, A. O mundo como vontade e como representação. Trad. Jair Barboza. São Paulo: Ed Unesp, 2005.

14 Nietzsche, F. Genealogia da moral – uma polêmica. São Paulo: Cia. das Letras, 1998.

15 Barros LMR, Barros MEB. O problema da análise em pesquisa cartográfica. In: Passos EH, Kastrup V, Tedesco S. Pistas do método da cartografia. A experiência da pesquisa e o plano comum. Porto Alegre: Editora Sulina; 2014. p.175-202. v.2.

16 Rodrigues HCB. Analisar. In: Fonseca T, Nascimento L, Maraschin C. (Org.). Pesquisar na Diferença. Porto Alegre: Sulina; 2012.

17 Foucault M. Mesa redonda em 20 de maio de 1978. In: Motta MB (Org.). Estratégia Poder-Saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2003. p.334-351.

18 Paulon SM. A Análise de Implicação como Ferramenta na Pesquisa-intervenção. Disponível em: file:///C:/Users/dell%201/Downloads/An%C3%A1lise%20de%20Implica%C3%A7%C3%A3o-Simone%20Paulon%20(1).pdf. Acesso em 30 de Janeiro de 2017.

19 Coimbra C. Os caminhos de Lapassade e da Análise Institucional: uma empresa possível? Revista do Departamento de Psicologia. 1995; 7(1): 52-80.

20 Rossi, A, Passos, E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. Rev. Epos vol.5 no.1 Rio de Janeiro jun. 2014

21 Lourau R. Implicação e sobreimplicação. In: Altoé S. (Org.). Analista Institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec; 2004.

22 Santana Al. Ariadne. Acesso em 15 de setembro de 2015. Disponível em: http://www.infoescola.com/mitologia/ariadne/.

23 Souza, J (Org.)– Crack e exclusão social. Ministério da Justiça e Cidadania Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 1°ed. Brasília;2016.

24 Louro GL. Gênero, Sexualidade e Educação: Uma perspectiva pós estruturalista. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 1997.

25 Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação e Realidade. 1995; 20(2).

26 Badinter E. Um Amor Conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1985.

27 Loiseau N. Entrevista ao Programa Milênio GloboNews exibida em 18 de julho 2016. Disponível em: http://g1.globo.com/globo-news/milenio/videos/v/milenio-ha-muitas-maneiras-de-ser-feminista-destaca-a-diplomata-nathalie-loiseau/5173767/

28 IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro; 2011.

29 Secretaria de Políticas para as Mulheres. Presidência da República. Relatório Anual Socioeconômico da Mulher 2014 (RASEAM). Acesso em 22 de agosto de 2016. Disponível em: http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/livro-raseam_completo.pdf

30 Brasil. Ministério da Saúde. Direitos Sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais/MS. Brasília: MS; 2009.

31 Wikipedia. Cronologia do Direito Feminino, 2009. Acesso em 22 de agosto de 2016. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Cronologia_do_direito_feminino

32 Azevedo AF, Guilhem DA. Vulnerabilidade da gestante em situação conjugal de sorodiferença para o HIV/AIDS. DST – Jornal brasileiro de Doenças Sex. Transm. 2005; 17(3): 189-96.

33 Secretaria de Políticas para as Mulheres. Lei Maria da Penha. Acesso em 05 de dezembro de 2016. Disponível em: http://www.spm.gov.br/assuntos/violencia/lei-maria-da-penha/lei-maria-da-penha-indice).

34 Gasman N. Mundo, Violência contra a Mulher. Acesso em 31 de agosto de 2015. Disponível em: https://noticias.terra.com.br/mundo/violencia-contra-mulher.

35 Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2015. Acesso em 30 de julho de 2016. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf

36 Portal Uol. Brasil tem uma delegacia com atendimento à mulher a cada 12 municípios. Acesso em 29 de novembro de 2016. Disponível em: http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2016/06/05/brasil-tem-uma-delegacia-com-atendimento-a-mulher-a-cada-12-municipios.htm.

37 Sistema de indicadores de percepção social. Acesso em 29 de novembro de 2016. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/140327_sips_violencia_mulheres.pdf

38 ONU Mulheres. Relatório Mais igualdade para as mulheres brasileiras: caminhos para a transformação econômica e social. Acesso em 30 de janeiro de 2017. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/.

39 Galera SAF, Roldan MCB, O'Brien B. Mulheres vivendo no contexto de drogas (e violência) - papel maternal. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2005; 13.

40 Oliveira JF, Paiva MS. Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao hiv/aids em uma perspectiva de gênero. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2007; 11(4): 625 - 31.

41 Horta RL et al. Costurando variáveis: gênero, família e drogas na contemporaneidade. In: Strey MN et al. Família e gênero. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2007.

42 Bordin S, Zilberman ML, Figlie NB, Laranjeira R. Dependência Química na Mulher em Aconselhamento em Dependência Química. São Paulo: Editora Roca; 2010.

43 Hochgraf PB, Brasiliano S. Mulheres farmacodependentes: uma experiência brasileira. Álcool e Drogas Sem Distorção Programa Álcool e Drogas (PAD) do Hospital Israelita Albert Einstein. 2004 [Acesso em 27 de novembro de 2015]. Disponível em: <www.einstein.br/alcooledrogas>.

44 Rotenberg A, et al. Problematizando a relação entre negligencia e pobreza a partir do abrigamento da população infanto juvenil. Universidade Federal Fluminense.

45 Miranda P, Zamora MH. Direitos fundamentais de crianças e adolescentes em favelas cariocas: problematizando a produção de negligência. Polêmica. 2009; 8(1).

46 Jalil EM, Coutinho C, Bertoni N, Bastos FI. Perfil das mulheres usuárias de crack e/ou similares: Resultados do inquérito nacional. In: Bastos FI, Bertoni N (Org.). Pesquisa Nacional sobre o uso de crack. Ministério da Saúde. ICICT, Fiocruz; 2014.

47 Oliveira VJ. Vivenciando a gravidez de alto risco: entre a luz e a escuridão. [dissertação]. Minas Gerais: UFMG; 2007.

48 Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra; 2002.

49 Bastos FI, Betoni N. (Orgs.) Pesquisa Nacional sobre o uso de crack. Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ; 2014.

50 Bourdieu P. A dominação masculina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2012.

51 Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Cartilha Pai Presente. Acesso em 22 de agosto de 2016. Disponível em: http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/04/b550153d316d6948b61dfbf7c07f13ea.pdf.

52 Casaloti I. Mulheres, crack e manicômios. Acesso em 20 de janeiro de 2017. Disponível em: http://blogueirasfeministas.com/2012/05/mulheres-crack-e-manicomios/

53 Winnicott DW. Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes; 2013.

54 Winnicott DW. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago Editora LTDA; 1975.

55 Martins C J. Emergência e desdobramento do conceito de biopolítica na obra de Michel Foucaul. In: Anais do III Colóquio Franco-Brasileiro de Filosofia da Educação. Rio de Janeiro: UERJ; 2006, p. 9-11.

56 Foucault M. Vigiar e Punir. Nascimento da Prisão. 35 ed. Rio de Janeiro, Editora Vozes, 2008.

57 Aries P. História Social da Criança e da Família. Rio de Janeiro: LTC; 1978

58 Motta MAP. Mães abandonadas: a entrega de um filho em adoção.São Paulo: Editora Cortez; 2015.

59 Silva KS, et al. Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro: uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. Ciência & Saúde Coletiva. 2011; 16(5): 2485-2493.

60 Brasil, Lei 10406 de 10 de janeiro de 2002. Código Civil.

61 Brasil, Lei 8069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente.

62 Jones MB. Birthmothers: women who have a relinquished babies for adoption tell their stories. Chicago: Review Press; 1993.

63 Gilberti E., Chavennaeau G., Taborda B. Madres excluídas. Buenos Aires: Editora Norma; 1997.

64 Deykin EY, Campbell L, Patti P. The postadoption experience of surrendering parents. American Journal of Orthopsychiatry. 1984; 54:271-280.

65 Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Tempo dos processos relacionados à adoção no Brasil: uma análise sobre os impactos da atuação do poder judiciário. 2015.

66 Arruda, SM. O Direito Fundamental á Razoável Duração do Processo. Ed. Brasilia Jurídica, 2006.

67 IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Produto Interno Bruto dos Municípios 2012. Rio de Janeiro; 2014.

68 Prefeitura de Jundiaí. Perfil. Acesso em 22 de agosto de 2016. Disponível em: https://www.jundiai.sp.gov.br/a-cidade/perfil.

69 Fiotec e Fiocruz. Termo de Referência Projeto Redes. Fundação Oswaldo Cruz Acesso em 22 de agosto de 2016. Disponível em: http://www.fiotec.fiocruz.br/files/TR_Jundiai.pdf.

70 Brasil. Ministério da Saúde. Redes Estratégicas do SUS e Biopolítica: cartografias da gestão de políticas públicas / Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

71 Tavares, TS; Souza, TP. Aspectos históricos da luta pelos direitos da mulher e sua repercussão na saúde pública: desafios para a integralidade das respostas às diferentes necessidades das mulheres. Em: Redes Estratégicas do SUS e Biopolítica: cartografias da gestão de políticas públicas / Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

72 Brasil. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília; 1984.

73 Costa AM, Aquino EA. Saúde da mulher na reforma sanitária brasileira. In: Merchán- Hamman, et al. (Org.). Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas públicas. Brasília: Editora da Universidade; 2002. p. 181-202.

74 Costa AM. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. Ciência e saúde coletiva. 2009; 14(4): 1073-83.

75 Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n°569 de 1 de junho de 2000.

76 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília; 2004.

77 Brasil. Ministério da Saúde. Manual Técnico da Gestação de Alto Risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012

78 Brasil. Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do direito de crianças e adolescente (PNCFC). Acesso em 20 de janeiro de 2017. Disponível em: http://www.sdh.gov.br/assuntos/criancas-e-adolescentes/programas/pdf/plano-nacional-de-convivencia-familiar-e.pdf.

79 Presidência da República. Lei 12010 de 3 de agosto de 2009.

80 Presidência da República. Lei 13257 de 8 de março de 2016.

81 Digiacomo E. Das implicações da alteração do art. 19, da Lei nº 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente) pela Lei nº 13.257/2016 (que institui o Marco Legal da Primeira Infância). Acesso em 24 de agosto de 2016. Disponível em: http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,das-implicacoes-da-alteracao-do-art-19-da-lei-no-806990-estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-pela-lei-no-13257,55859.html.

82 Presidência da República. Lei 10216 de 6 de abril de 2001.

83 Brasil. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília; 2003.

84 Souza, TP; Carvalho, SR. Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória, Revista Pólis e PSIQUE, Vol. 2. Número Temático, 2012.

85 Petuco DRS. Pontes entre Redução de Danos e Educação Popular. Acesso em 24 de agosto de 2016. Disponível em: http://denispetuco.blogspot.com.br/2011/05/o-cuidado-de-pessoas-que-usam-drogas.html

86 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004, p. 8-9)

87 Petuco, DRS. Campanhas de prevenção e o jovem usuário de crack. In: Fraga, PCP; Iuianelli, JAS. O tempo real dos jovens: juventude como experiência acumulada. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2013. p. 50-67.

88 Brasil. Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília; 2010.

89 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília; 2011.

90 Prefeitura de Jundiaí. Portaria n° 96 de 28 de abril de 2016.

91 Assis, JT, Barreiros, GB, Conceição, MIG. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental. 2013; 16(4).

92 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.459, 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011.

93 Brasil. Ministério da Saúde. SAS (Secretaria de Atenção à Saúde) e SGEP (Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa). Nota Técnica Conjunta 001 de 16 de setembro de 2015. Diretrizes e Fluxograma para atenção integral à saúde das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos.

94 Ministério Público/RJ. Considerações sobre a nota técnica conjunta n° 01/15 – Secretaria de Atenção à Saúde e Secretaria de Gestão estratégica e participativa do Ministério da Saúde, 2016.

95 Brasil. Ministério da Saúde e Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Nota Técnica Conjunta 001/2016. Diretrizes, Fluxos e Fluxograma para atenção integral às mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos, 2016.

96 DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Micropolítica e segmentaridade. In: MIL PLATÔS. Rio de Janeiro: Editora 34, 2008. p. 83-116. v. 3.

97 Souza, TP. O fora do estado: considerações sobre movimentos sociais e saúde pública. In. CARVALHO, S. R; FERIGATO, S. E; BARROS, M. E. (Org.). Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade. São Paulo: Ed. Hucitec, 2009. p. 42-52.

98 Koga D. Medidas de cidades: entre territórios de vida e territórios vividos. São Paulo: Cortez; 2011.

99 Santos M. Território e sociedade: entrevista com Milton Santos. São Paulo: Fundação Perseu de Abreu; 2000.

100 Deleuze G, Guattari F. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34; 1995. v. 2. 2011

101 Santos M. Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico-informacional. São Paulo: Edusp; 2008.

102 Santiago SM, Rios AG. Mulheres, gestação, ruas e drogas: pontes de cuidado no município de Jundiaí. IN: Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Redes Estratégicas do SUS e Biopolítica – Cartografias da Gestão de Políticas Públicas; 2016.

103 Haesbaert R. Da desterritorialização à multiterritorialidade. In: Encontro de Geógrafos da América Latina. Anais. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005, p. 6774-6792.

104 Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro; 2006.

105 Mäder CVN, Nascimento CL, Spada PV, Nóbrega FJ. Avaliação e fortalecimento do vínculo materno fetal. Revista Paulista Pediatria; 2002.

106 Arrais AR, Mourão MA., Fragalle B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. Revista Saúde Soc. 2014; 23(1): 251-64

107 Cabral DSR, Martins MHF, Arrais AR. Grupo de pré-natal psicológico: avaliação de programa de intervenção junto a gestantes. Encontro: Revista de Psicologia. 2012; 15(22): 53-76.

108 Franco ALS, Rodrigues LO, Silveira PS. O trabalho com mulheres gestantes que nascem com seus filhos. In: Dimenstein M. Psicologia Social Comunitária: Aportes teóricos e metodológicos. 2008; Natal: EDUFRN. p. 173-187.

109 Nascimento ML, Scheinvar E. De como as práticas do conselho tutelar vêm se tornando jurisdicionais. Aletheia. 2007 (25).

110 Morin, E. Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur. Paris: Seuil, 2000, p. 14.

111 Souza, TP; Macerata, I. A Clínica nos consultórios na rua: territórios, coletivos e transversalidades. Acesso em 17/11/2015. Disponível em http://www.ayvu.uff.br/index.php/AYVU/article/view/25.

112 Merhy, EE. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e Alívio como dispositivos analisadores, 2004. Acesso em 25/02/2017. Disponível em http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-24.pdf

113 Minayo MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

114 Dias, L, Gambini, R. Outros 500: uma conversa sobre a alma brasileira. Ed. Senac, 1998

115 Galtung J. Cultural violence. Journal of Peace Research. Manoa. 1990; 27(3): 291-305.

116 Amaral, R.A.D. Considerações sobre a violência pela ótica de Johan Galtung: alguns aspectos do terrorismo e o advento da intolerância. Cadernos de Campo. [Acesso em 05 de dezembro de 2016]; (19): [16]. Disponível em: http://seer.fclar.unesp.br/cadernos/article/view/7661/5530

117 Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Cartilha Violência Obstétrica. Acesso em 20 de Janeiro de 2017. Disponível em https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/repositorio/41/Violencia%20Obstetrica.pdf

118 Venturi, et. al. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado. Fundação Perseu Abramo e SESC. 2010 [Acesso em 21 de março de 2016] Disponível em: http://novo.fpabramo.org.br/ sites/default/files/pesquisaintegra_0.pdf

119 Acesso em 20 de Janeiro de 2017. Disponível em (http://apublica.org/2013/03/na-hora-de-fazer-nao-gritou/).

120 – OMS. Acesso em 20 de janeiro de 2017. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf oms

121 Frenkel LA, Stinger G, Graya A. A guide for advocating for respectful maternity care.The white ribbon alliance. 2013 [Acesso em 30 de setembro de 2016]. Disponivel em: http://whiteribbonalliance. org/wp-content/uploads/2013/10/RMC-Guide_ FINAL.pdf

122 Penna LHG. A temática da violência contra a mulher a formação da enfermeira [tese]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira; 2005.

123 Brasil, Ministério da Saúde. Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada. Acesso em 20/11/2017. Disponível em http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/manual_das_praticas_de_atencao_basica%5B1%5D.pdf

124 Costa SL, et al. Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas. Revista Saúde Soc. 2015; 24(3): 1089-1102.

125 Piccinini CA, Gomes AG, Lopes RS, Nardi T. Gestação e a constituição da maternidade. Psicol. Estud. 2008; 13(1).

126 Abruzzi JC. A experiência da gestação na perspectiva de gestantes usuárias de crack internadas em uma unidade psiquiátrica de um hospital geral. [trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre: UFRGS; 2008.

127 Kuyava, ACLS. O cotidiano de gestantes usuárias de crack. Dissertação. (mestrado em Enfermagem). UFRGS, Rio Grande do Sul, 2013.

128 Brasil. Ministério da Saúde. O SUS DE A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.

129 Cecilio LC, Matsumoto NF. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. Acesso em 05 de dezembro de 2016. Disponível em: http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/Cecilio_Matsumoto_2006.pdf.

130 Mehry, EE, Feuerwerker. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. Acesso em 20 de Janeiro de 2017. Disponível em file:///C:/Users/agrios/Downloads/Emerson%20Merhy.pdf

131 Petuco, D. Conselho Federal de Psicologia, In: Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras, 1° ed. Brasília, 2010.

132 (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004, p. 8-9)

133 Petuco, D. Redução de Danos: das técnicas à ética do cuidado. Ramminger, T; Silva, M. (Org.). In: Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas. 1° ed. Porto Alegre. Rede Unida.

134 Kastrup V, Passos E. Cartografar é traçar um plano comum. Fractal: Revista de Psicologia. 2013; 25(2): 263-280.

135 Mendes EV. Redes de atenção em saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2011.

136 Deleuze G, Guattari F. Introdução: rizoma. In: Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Editora 34; 2011. p. 17-49. v. 1.

137 Gomes K VA. Dependência Química da mulher: figurações de um sintoma partilhado. São Paulo: USP; 2010.

APÊNDICES:

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do território existencial de gestantes usuárias de álcool e outras drogas do município de Jundiaí, SP

Pesquisador: ARIANE GOIM RIOS

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 48159715.9.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Medicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.308.196

Apresentação do Projeto:

Resumo: Trata-se de projeto de pesquisa cartográfica para compreensão do território existencial de mulheres gestantes usuárias de álcool e outras drogas de Jundiaí/SP. Objetiva-se a avaliação dos significados da gestação, contextos de uso e de cuidado (acesso à saúde; itinerários terapêuticos) por meio da realização de entrevistas semiestruturadas, visitas, observação participante (campo e rede) e análise de narrativas. A expansão do consumo de drogas psicoativas vem atingindo mulheres em idade fértil, o que trouxe diversos desafios para a sociedade. Dentre eles está a gestação nesse contexto de vida e a necessária reflexão sobre possibilidades de cuidado. Ainda, há que se refletir sobre riscos e formas de proteção para superação das vulnerabilidades e definição de uma rede de atendimento integral à esta mulher, pois trata-se de um fenômeno multifatorial e interdisciplinar. É importante que sejam oferecidas condições de suporte social e de rede de cuidados, construindo estratégias intersetoriais. O desenvolvimento de pesquisas desta natureza para ampliar os conhecimentos sobre a situação se faz necessária, a fim de se estabelecer a melhor estratégia de intervenção nesta população.PALAVRAS-CHAVE: Gestação, álcool e drogas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Cartografar os territórios existenciais de mulheres gestantes usuárias de álcool

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

e outras drogas, no sentido de compreender o significado da gestação e maternidade vivenciada nesse contexto e acesso aos cuidados de saúde. Objetivo Secundário: - Identificar territórios, suas vulnerabilidades e potencialidades; - Reconhecer o significado da gestação e da maternidade para estas mulheres e os aspectos que contribuem no processo de auto cuidado, vinculação ao tratamento e redução de danos;- Identificar itinerários terapêuticos percorridos pelas gestantes no que se refere aos contextos de cuidado (acesso à saúde);- Identificar possíveis fatores de risco e de proteção;- Identificar existência de vínculo de gestantes usuárias de álcool e outras drogas com as agências de apoio e a participação dos serviços;- Identificar políticas públicas necessárias ao cuidado integral das gestantes usuárias de álcool e drogas;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Desconfortos e riscos: Considerando que não há pesquisa com seres humanos totalmente isenta de riscos, a participação na pesquisa pode ativar situações de conflito, gerando desconforto, constrangimento ou incômodo. Para tanto, a pesquisadora se coloca à disposição para trabalhar tais aspectos ou ainda realizar os encaminhamentos adequados à sua necessidade.

Benefícios: Desconhecemos a existência de benefícios diretos para sua participação na pesquisa, porém avalia-se que ela pode despertar a reflexão sobre sua gestação e maternidade. Espera-se que este estudo traga informações importantes que ajudem a melhorar a assistência em saúde prestada para gestantes usuárias de álcool e outras drogas e a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este é um Projeto de Pesquisa para Mestrado Acadêmico na Faculdade de Ciências Médicas – Departamento de Saúde Coletiva, sob orientação da Prof.ª Dra. Silvia Maria Santiago e Co-orientação do Prof. Dr. Tadeu de Paula Souza. Tem início previsto para 01/nov/2015 e com apresentação de orçamento de R$ 430,00 com custeio próprio.

Trata-se de projeto de pesquisa cartográfica para compreensão do território existencial de mulheres gestantes usuárias de álcool e outras drogas de Jundiaí/SP.

Esta versão é resposta às pendências levantadas no PARECER CONSUBSTANCIADO CEP 1257865.

O parecer solicitava as seguintes modificações:

A- Projeto:

Apresentar orçamento.

RESPOSTA: orçamento apresentado: R$ 430,00 com custeio próprio.

PENDÊNCIA RESOLVIDA.

B- TCLE

Apresentar documento com termos claros para facilitar o entendimento da população leiga.
RESPOSTA: Texto modificado
PENDÊNCIA RESOLVIDA.
Informar que, em caso de dúvidas poderá ser contatado a pesquisadora e o CEP em caso de denúncias ou reclamações sobre a participação e sobre questões éticas do estudo.
RESPOSTA: Texto apresentado
PENDÊNCIA RESOLVIDA.
Apresentar documentos diferentes para voluntários e responsáveis (dois TCLE).
RESPOSTA: documentos apresentados
PENDÊNCIA RESOLVIDA.
Informar o grau de parentesco do responsável.
RESPOSTA: Espaço apresentado
PENDÊNCIA RESOLVIDA.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados na 1ª versão: 1- Folha de rosto assinada pelo Prof. Dr. Ivan Felizardo Contrera Toro, diretor da FCM/UNICAMP; 2- Informações básicas do Projeto – Submissão 1; 3- Anuência Defensoria .pdf com anuência e autorização para coleta de dados, assinado por Fabio Jacyntho Sorge, Defensor Público Coordenador Regional da Defensoria Pública do Estado de São Paulo-Regional Jundiaí; 4- Anuência Consultório Rua.pdf com anuência e autorização para coleta de dados, assinado por Ilson Silva Santos, coordenador responsável pelo Programa "Consultório de Rua", serviço conveniado pelo município de Jundiaí por meio da instituição "Iê Aruandê".; 5- Anuência CEAD.pdf com anuência e autorização para coleta de dados, assinado por Selma Ozan Fabbri, responsável pela instituição "CAPSad/CEAD (Centro Especializado no Tratamento de Dependências de Álcool e outras Drogas); 6- ANUENCIA COMISSÃO FLORES DE LOTUS.pdf com anuência e autorização para coleta de dados, assinado pelos membros articuladores da Comissão "Flores de Lótus": Lorena Laiza Santana Veiga Silva-Representante da Defensoria Pública do Estado de São Paulo, Ilson Silva Santos-Representante Consultório de Rua, Nadia Grace Anzolin-Representante do CAPSad/CEAD e Rosana Maria Merighi-Representante da Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social/Coordenação CREAS; 7- Projeto detalhado; 8- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FINAL.pdf; 9- termo assentimento.pdf para voluntários entre 12 e 18 anos. Na 2ª foram anexados: 10- Cronograma_Execucao.pdf; 11- TCLE_Adolescentes.pdf; 12- TCLE_Adultos.pdf; 13- Orcamento.pdf; 14- Projeto_corrigido.pdf; 15- Carta_resposta.pdf com resposta às pendências; 16- Informações básicas do projeto anexadas à

Plataforma Brasil. Na 3ª: 17- projetocorrigido22_09_2015.pdf 18- TERMODEASSENTIMENTOcorrigido22_09_15.pdf. 19- TCLEADULTOSCORRIGido22_09_15.pdf. 20- CartaResposta22_09_15.pdf com respostas aos levantamentos feitos no documento: "PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_1227209.pdf. E nesta 4ª: 21- CartaResposta20_10_15 .pdf. 22- TCLE_ADULTO_20_10_15.pdf 23- TCLE_RESP_MENOR_20_10_2015pdf. 24- TERMO_ASSENTIMENTO_20_10_2015.pdf.

25- PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_1257865.pdf

26- PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_494618.pdf

Recomendações:

Lembrar que, de acordo com a resolução CONEP 466/12:

XI.2 - Cabe ao pesquisador:

a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa;

b) elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

c) desenvolver o projeto conforme delineado;

d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;

e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;

f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;

g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e

h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto considerado aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

- O sujeito de pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS

Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 1.308.196

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

-Lembramos que segundo a Resolução 466/2012 , item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_494618.pdf	20/10/2015 12:50:42		Aceito
Outros	CartaResposta20_10_15.pdf	20/10/2015 12:49:32	ARIANE GOIM RIOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TERMO_ASSENTIMENTO_20_10_2015.pdf	20/10/2015 12:45:29	ARIANE GOIM RIOS	Aceito

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS

Justificativa de Ausência	TERMO_ASSENTIMENTO_20_10_2015.pdf	20/10/2015 12:45:29	ARIANE GOIM RIOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RESP_MENOR_20_10_2015.pdf	20/10/2015 12:45:14	ARIANE GOIM RIOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ADULTO_20_10_15.pdf	20/10/2015 12:44:52	ARIANE GOIM RIOS	Aceito
Outros	CartaResposta22_09_15.pdf	22/09/2015 12:50:41	ARIANE GOIM RIOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocorrigido22_09_2015.pdf	22/09/2015 12:41:47	ARIANE GOIM RIOS	Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	03/09/2015 12:00:59	ARIANE GOIM RIOS	Aceito
Cronograma	Cronograma_Execucao.pdf	03/09/2015 11:57:10	ARIANE GOIM RIOS	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	03/09/2015 11:44:28	ARIANE GOIM RIOS	Aceito
Outros	ANUENCIA COMISSÃO FLORES DE LOTUS.pdf	10/08/2015 13:20:38		Aceito
Outros	Anuência Consultório Rua.pdf	31/07/2015 15:45:11		Aceito
Outros	Anuência Defensoria.pdf	31/07/2015 15:44:53		Aceito
Outros	Anuência CEAD.pdf	31/07/2015 15:44:39		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto.pdf	31/07/2015 14:37:56		Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

CAMPINAS, 04 de Novembro de 2015

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

ANEXOS

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA GESTANTES:

- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO: NOME, IDADE E ENDEREÇO (EXCETO EM SITUAÇÃO DE RUA);
- HISTÓRICO FAMILIAR (CONFIGURAÇÃO E AVALIAR EXISTÊNCIA DE VÍNCULOS: ROMPIDOS OU PRESERVADOS COM FAMÍLIA?);
- HISTÓRICO DE SITUAÇÃO DE RUA (SE HOUVER);
- HISTÓRICO GINECOLÓGICO E OBSTÉTRICO (N° GESTAÇÕES/ PRÉ NATAL/ PARTOS/ ABORTOS/ NATIMORTOS);
- HISTÓRICO DE RELACIONAMENTOS AFETIVOS (PAI BIOLÓGICO IDENTIFICADO? QUALIDADE DO VÍNCULO/RELAÇÃO COM PAI BIOLÓGICO);
- HISTÓRICO DE ACOLHIMENTO/ADOÇÃO DOS FILHOS/GUARDA PARA TERCEIROS;
- HISTÓRICO DE VIOLÊNCIA;
- HISTÓRICO DO USO DE DROGAS;
- HISTÓRICO DE TRATAMENTOS ANTERIORES E ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS (REDUÇÃO OU INTERRUPÇÃO DO CONSUMO / TROCA DE SUBSTÂNCIAS / RETORNO AO CONVÍVIO FAMILIAR / AUTOCUIDADO DST, ETC.);
- ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE (CONSULTAS PRE NATAL, EXAMES, MEDICAMENTOS, VACINAS, ETC.?) E OUTROS SERVIÇOS DA REDE;
- SIGNIFICADO DA GESTAÇÃO NESSE MOMENTO;
- ESTADO EMOCIONAL DA GESTANTE IDENTIFICADO PELA PARTICIPANTE DA PESQUISA;
- MUDANÇAS QUE GOSTARIA DE REALIZAR EM SUA VIDA;
- REFERÊNCIAS DE SERVIÇOS / PESSOAS QUE MAIS AJUDARAM E MOMENTOS EM QUE SE SENTIU APOIADA/ FORTALECIDA;
- REFERÊNCIAS DOS MOMENTOS DE MAIOR DIFICULDADE E ANGÚSTIA – SITUAÇÕES DE DESAMPARO;
- FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO IDENTIFICADOS;
- PROJETO DE VIDA/TERRITÓRIO: RISCO E PROTEÇÃO.

Modelo - Tabulação de Dados Comissão Flores de Lótus:

TABULAÇÃO DE DADOS (COMISSÃO FLORES DE LÓTUS): MULHERES GRÁVIDAS EM USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS E/OU SITUAÇÃO DE RUA												
Nome da mulher (se possível completo)	Apelido (quando houver)	Idade (Data de nascimento)	Data da 1° abordagem / Serviço que abordou	Território de abordagem	Idade Gestacional (quando realizado exame e US)	DPP (data previsão parto)	UBS /Maternidade de referência	Dados companheiro / suposto pai (se houver)	Dados Família Extensa	Desfecho Pós nascimento - encaminhamento bebê e mulher	N° processo (quando houver)	Planejamento Familiar pós nascimento

Modelo – Formulário de Projeto Terapêutico Singular - Comissão Flores de Lótus:

Projeto Terapêutico Singular

Comissão Flores de Lótus

1-IDENTIFICAÇÃO: _____ _

Apelido:_____Data Nasc.:___/___/_____.

Contato:_____

Local de Abordagem/Identificação: _____

Info Residência: _____

Data da 1º Abordagem: ____/____/_____ Serviço: _____

Idade Gestacional:_____D.P.P. (Data de Previsão do parto):___/___/___

UBS de Referência:_____

2. Avaliação Intersetorial:

A) Condições de vida: banho, alimentação, moradia, entre outros.

B) Condições clínicas e de saúde mental: quadro de saúde geral; gestação e pré-Natal

C) Informação do Suposto Pai e/ou Companheiro Atual

D) Vínculos: Familiares, Amigos, Serviços e Família Extensa:

E) Serviços disponíveis no território:

F) Planejamento Familiar:

3. Questões Jurídicas

Data Parto: ___/____/_____ Desfecho

PLANO DE AÇÃO

METAS (O QUE)	AGENTE (QUEM)	INICIO (QUANDO)	ACOMPANHAMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA PARTICIPANTES ADULTAS)
"Avaliação do território existencial de gestantes usuárias de álcool e outras drogas do município de Jundiaí, SP"

Nome do responsável pela pesquisa: Ariane Goim Rios

Você está sendo convidada a participar como voluntária de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, é para assegurar seus direitos como participante e é feito em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com a pesquisadora. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos: A pesquisa tem como objetivo compreender como a gestante usuária de álcool e outras drogas vive o período de gestação e parto e como usa os serviços de saúde.
Procedimentos: Como procedimentos da pesquisa, você está sendo convidada a participar de entrevistas de duração breve aproximada de uma hora, podendo ser interrompida a qualquer momento por sua solicitação ou se estender por acordo entre pesquisadora e entrevistada. Poderá ser utilizado um gravador de áudio nas entrevistas, mas somente com sua prévia autorização, para garantir que algumas informações fornecidas possam ser recuperadas e analisadas posteriormente. Além disso, a pesquisadora também realizará observação nos territórios da cidade, serviços da rede de atendimento e Comissão Flores de Lótus. As participantes da pesquisa têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo.

Desconfortos e riscos: Considerando que não há pesquisa com seres humanos totalmente isenta de riscos, a participação na pesquisa pode ativar situações de conflito, gerando desconforto, constrangimento ou incômodo. Para tanto, a

pesquisadora se coloca a disposição para trabalhar tais aspectos ou ainda realizar os encaminhamentos adequados à sua necessidade.

Benefícios: Desconhecemos a existência de benefícios diretos para sua participação na pesquisa, porém avalia-se que ela pode despertar a reflexão sobre sua gestação e maternidade. Espera-se que este estudo traga informações importantes que ajudem a melhorar a assistência em saúde prestada para gestantes usuárias de álcool e outras drogas e a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos.
Acompanhamento e assistência: A pesquisadora se compromete a prestar qualquer tipo de esclarecimento, antes, durante e após a pesquisa, sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados a ela, além de retornar os resultados da pesquisa aos participantes. Se qualquer incômodo for causado à entrevistada a pesquisadora se compromete a encaminhá-la ao serviço de saúde competente para atendê-la.

Sigilo e privacidade: Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento: Não haverá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Contato:
Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Ariane Goim Rios, Endereço profissional: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – CEP 13083-887 – Campinas, SP. Departamento de Saúde Coletiva. Telefone: (19) 3521-8036 / (19)988854218 e e-mail: arianegoimrios@yahoo.com.br.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:30hs às 13:30hs e das 13:00hs as 17:00hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; email: cep@fcm.unicamp.br

Consentimento livre e esclarecido: Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome da participante: _____

_____

(Assinatura da participante)

Data: ____/_____/_____.

Responsabilidade da Pesquisadora: Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____

Data: ____/_____/_____.

(Assinatura da pesquisadora)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA O RESPONSÁVEL PELA PARTICIPANTE ADOLESCENTE)
"Avaliação do território existencial de gestantes usuárias de álcool e outras drogas do município de Jundiaí, SP"
Nome da responsável pela pesquisa: Ariane Goim Rios

Como responsável pela adolescente você está sendo convidado (a) a autorizar a participação de sua filha em uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, é para assegurar os direitos de sua filha como participante e é feito em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com a pesquisadora. Por favor, você deve ler com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com a pesquisadora. Você como responsável pela sua filha pode recusar a participação dela ou retirarem sua autorização, a qualquer momento, não havendo nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos: A pesquisa tem como objetivo compreender como a gestante usuária de álcool e outras drogas vive o período de gestação e parto e como usa os serviços de saúde.

Procedimentos: Como procedimentos da pesquisa, sua filha está sendo convidada a participar de entrevistas com duração breve aproximada de uma hora, podendo ser interrompida a qualquer momento por sua solicitação ou se estender por acordo entre pesquisadora e entrevistada. Poderá ser utilizado um gravador de áudio nas entrevistas, mas somente com sua prévia autorização, para garantir que alguns dados da pesquisa fornecidos possam ser recuperados e analisados posteriormente. Além disso, a pesquisadora também realizará observação nos territórios da cidade, serviços da rede de atendimento e Comissão Flores de Lótus. As participantes da pesquisa têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu consentimento/assentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo.

Desconfortos e riscos: Considerando que não há pesquisa com seres humanos totalmente isenta de riscos, a participação na pesquisa pode ativar situações de

conflito, gerando desconforto, constrangimento ou incômodo. Para tanto, a pesquisadora se coloca à disposição para trabalhar tais aspectos ou ainda realizar os encaminhamentos adequados à sua necessidade.

Benefícios: Desconhecemos a existência de benefícios diretos para sua participação na pesquisa, porém avalia-se que ela pode despertar a reflexão sobre sua gestação e maternidade. Espera-se que este estudo traga informações importantes que ajudem a melhorar a assistência em saúde prestada para gestantes usuárias de álcool e outras drogas e a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos.
Acompanhamento e assistência: A pesquisadora se compromete a prestar qualquer tipo de esclarecimento, antes, durante e após a pesquisa, sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados a ela, além de retornar os resultados da pesquisa aos participantes. Se qualquer incômodo for causado à entrevistada a pesquisadora se compromete a encaminhá-la ao serviço de saúde competente para atendê-la.

Sigilo e privacidade: Você e sua filha tem a garantia de que suas identidades serão mantidas em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, os nomes não serão citados.

Ressarcimento: Não haverá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Contato:
Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Ariane Goim Rios, Endereço profissional: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – CEP 13083-887 – Campinas, SP. Departamento de Saúde Coletiva. Telefone: (19) 3521-8036 / (19)988854218 e e-mail: arianegoimrios@yahoo.com.br.
Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:30hs às 13:30hs e das 13:00hs as 17:00hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; email: cep@fcm.unicamp.br

Consentimento livre e esclarecido: Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, Eu, _____ (nome completo), _____ (grau de parentesco), responsável pela adolescente _____ (nome da adolescente), dou meu consentimento e autorizo a participação de minha filha nesta pesquisa.

_____

(Assinatura do responsável pela adolescente)

_____

Grau de Parentesco

Data: ____/_____/_____.

Responsabilidade da Pesquisadora: Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante. _____

Data: ____/_____/_____.

(Assinatura da pesquisadora)

TERMO DE ASSENTIMENTO (ADOLESCENTES)

"Avaliação do território existencial de gestantes usuárias de álcool e outras drogas do município de Jundiaí, SP"

Nome da responsável pela pesquisa: Ariane Goim Rios

Você está sendo convidada a participar como voluntária de uma pesquisa. Este documento, chamado Termo de Assentimento é para assegurar seus direitos como participante e é feito em duas vias, uma que deverá ficar com você e o seu responsável e outra com a pesquisadora. Por favor, você e seu responsável legal devem ler com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você e seu responsável legal poderão esclarecê-las com a pesquisadora. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você e/ou seu responsável legal não quiserem participar ou optarem por retirar a autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos: A pesquisa tem como objetivo compreender como a gestante usuária de álcool e outras drogas vive o período de gestação e parto e como usa os serviços de saúde.

Procedimentos: Como procedimentos da pesquisa, você está sendo convidada a participar de entrevistas com duração breve aproximada de uma hora, podendo ser interrompida a qualquer momento por sua solicitação ou se estender por acordo entre pesquisadora e entrevistada. Poderá ser utilizado um gravador de áudio nas entrevistas, mas somente com sua prévia autorização, para garantir que alguns dados da pesquisa fornecidos possam ser recuperados e analisados posteriormente. Além disso, a pesquisadora também realizará observação nos territórios da cidade, serviços da rede de atendimento e Comissão Flores de Lótus. As participantes da pesquisa têm liberdade para se recusarem a participar ou retirar seu assentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo.

Desconfortos e riscos: Considerando que não há pesquisa com seres humanos totalmente isenta de riscos, a participação na pesquisa pode ativar situações de conflito, gerando desconforto, constrangimento ou incômodo. Para tanto, a

pesquisadora se coloca à disposição para trabalhar tais aspectos ou ainda realizar os encaminhamentos adequados à sua necessidade.

Benefícios: Desconhecemos a existência de benefícios diretos para sua participação na pesquisa, porém avalia-se que ela pode despertar a reflexão sobre sua gestação e maternidade. Espera-se que este estudo traga informações importantes que ajudem a melhorar a assistência em saúde prestada para gestantes usuárias de álcool e outras drogas e a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos.

Acompanhamento e assistência: A pesquisadora se compromete a prestar qualquer tipo de esclarecimento, antes, durante e após a pesquisa, sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados a ela, além de retornar os resultados da pesquisa aos participantes. Mas, se algo acontecer em decorrência da entrevista a pesquisadora se compromete a levá-la a um serviço adequado à sua necessidade.

Sigilo e privacidade: Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento: Não haverá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Ariane Goim Rios, Endereço profissional: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 – CEP 13083-887 – Campinas, SP. Departamento de Saúde Coletiva. Telefone: (19) 3521-8036 / (19)988854218 e e-mail: arianegoimrios@yahoo.com.br.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP das 08:30hs às 13:30hs e das 13:00hs as 17:00hs na Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; email: cep@fcm.unicamp.br

Assentimento: Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, dou meu assentimento e aceito participar da pesquisa:

Nome da adolescente: _____

_____

(Assinatura da adolescente)

Data: ____/_____/_____.

Responsabilidade da Pesquisadora: Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Assentimento. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____

Data: ____/_____/_____.

(Assinatura da pesquisadora)