



Cuidado em Saúde Mental com Gestantes Usuárias de Crack

Mental Health Care with Pregnant Crack Users

Cuidado de salud mental con mujeres embarazadas que utilizan crack

Rayssa Madalena Feldmann

Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

Moises Romanini

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

Resumo

Neste manuscrito, apresentamos uma pesquisa cujo objetivo foi o de compreender como vem sendo produzidas as práticas de cuidado às gestantes usuárias de *crack* nos serviços de saúde de um município do interior do Rio Grande do Sul. Este estudo de abordagem qualitativa, foi realizado junto a dois serviços públicos, o Programa de Redução de Danos (PRD) e o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad III), com cinco mulheres voluntárias para a pesquisa. As histórias de vida foram reconstruídas a partir de suas narrativas e também de profissionais da saúde que proveram algum tipo de cuidado às participantes. Após a exposição das histórias, refletimos sobre três pistas importantes para pensarmos as práticas de cuidado às gestantes usuárias de crack: saúde mental, uso de drogas e interseccionalidade; direitos humanos, hierarquias reprodutivas e concepções de maternidade; e as práticas de cuidado em saúde. Observamos que as concepções dos profissionais acerca da maternidade direcionam as práticas de cuidado em saúde, caracterizando-se como um cuidado no espectro da saúde materno-infantil, e não um cuidado direcionado à saúde da mulher. Conhecer as demandas de cuidado dessas mulheres é essencial para que possamos pensar em práticas de saúde pautadas pela clínica ampliada.

Palavras-Chave: Cocaína *Crack*; Serviços de Saúde; Gravidez de Alto Risco; Gênero e Saúde.

Abstract

In this manuscript, we present a research whose objective was to understand how the practices of care to the pregnant women users of crack have been being produced in the services of health in a town of Rio Grande do Sul. This study of qualitative approach it was developed jointly to two public services, the Program of Reduction of Harms (PRH) and Psychosocial Care Centers Alcohol and other Drugs (CAPSad), with five voluntary women for the research. The life histories were rebuilt starting from their narratives and also of health's professionals that provided some care to the participants. After exposing the stories, we reflected on three important clues to think about care practices for pregnant women who use crack: mental health, drug use and intersectionality; human rights, reproductive hierarchies and conceptions of

motherhood; and health care practices. We observed that the professionals' conceptions about maternity guide health care practices, characterized as care in the spectrum of maternal and child health, and not care directed at women's health. Knowing the care demands of these women is essential for us to think about health practices guided by the expanded clinic.

Keywords: Cocaine; *Crack*; Services of Health; Pregnancy of High Risk; Gender and Health.

Resumen

En este manuscrito presentamos una investigación cuyo objetivo fue comprender cómo se ha producido las prácticas de atención a las embarazadas usuarias de crack en los servicios de salud de una ciudad del interior de Rio Grande do Sul. Este estudio cualitativo se realizó con dos servicios públicos, el Programa de Reducción de Daños (PRD) y el Centro de Atención Psicosocial de Alcohol y Otras Drogas (CAPSad III), con cinco mujeres voluntarias para la investigación. Las historias de vida fueron reconstruidas a partir de sus narrativas y también de profesionales de la salud que brindaron algún tipo de atención a los participantes. Luego de exponer las historias, reflexionamos sobre tres claves importantes para pensar en las prácticas de cuidado de las embarazadas que consumen crack: salud mental, consumo de drogas y interseccionalidad; derechos humanos, jerarquías reproductivas y concepciones de la maternidad; y prácticas de atención de la salud. Observamos que las concepciones de los profesionales sobre la maternidad orientan las prácticas de atención de la salud, caracterizadas como cuidados en el espectro de la salud materno-infantil, y no cuidados dirigidos a la salud de la mujer. Conocer las demandas de atención de estas mujeres es fundamental para que pensemos en las prácticas de salud guiadas por la clínica ampliada.

Palabras clave: Crack; Servicios de salud; Embarazo de alto riesgo; Género y salud.

Introdução

O consumo de drogas tem sido considerado como um grave problema de saúde pública e de “ordem social” na contemporaneidade. Sabe-se que são inúmeros os fatores que estão atrelados ao seu uso problemático, não havendo consenso e unanimidade entre as diversas teorias existentes. A história das drogas se confunde com a própria história da humanidade, as drogas sejam ela lícitas ou ilícitas sempre estiveram presentes nas mais

distintas civilizações, ocupadas para diferentes finalidades, sejam para ritos religiosos, culturais, ou para uso pessoal (Bucher & Olievenstein 1992; Regina Marangoni & Félix de Oliveira, 2013). De acordo com Ribeiro-Andrade, Barreto, Mota e Terra (2016), o Relatório mundial sobre drogas publicado no ano 2015 pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC) apontou que a prevalência do uso de drogas continua frequente no mundo, envolvendo tanto a saúde quanto os problemas sociais, que

englobam todas as raças, religiões, escolaridades, sexos e classes sociais.

No que diz respeito à experiência feminina na drogadição, diversos autores corroboram com a ideia de que existem particularidades em relação ao uso que os homens fazem das drogas (Ribeiro-Andrade et al., 2016). Segundo Rocha de Souza, Freitas de Oliveira e Rosendo do Nascimento (2014), a dependência química entre as mulheres não tem recebido grandes investimentos de pesquisas em território nacional, os autores afirmam que alguns estudos atribuem esta realidade a uma relação de gênero desigual.

O crack é uma das drogas sobre a qual se tem realizado muitas pesquisas nos últimos tempos, ao passo que os serviços de saúde têm se debruçado para construir práticas de cuidado, buscando ofertas de promoção de saúde. Há diversos estigmas em relação ao seu uso, relacionados principalmente à violência e à desigualdade social. Os discursos acerca das mulheres usuárias de crack são também marcados por concepções morais e estigmatizantes, pois, afinal, não é o que se espera delas, já que desde os tempos mais remotos foram incumbidas do cuidado do lar, dos filhos e da família. Assim, o uso do crack contraria a representação normativa das mulheres. Pode-se dizer que, nesta perspectiva, as tensões entre os modos de cuidado às pessoas usuárias de crack direcionam-se de

modo diferente quando o uso é feito por mulheres gestantes (Macedo, 2016).

Desta maneira, este artigo tem como propósito apresentar os resultados de uma pesquisa cujo objetivo foi o de compreender como vem sendo produzidas as práticas de cuidado às gestantes usuárias de crack nos serviços de saúde de um município do interior do Rio Grande do Sul. Ao discutirmos sobre práticas de cuidado, podemos (re) pensar nos modos como estas vêm sendo realizadas nos serviços de públicos de saúde.

Percurso Metodológico

Este artigo é resultante de uma pesquisa cartográfica realizada junto a dois serviços públicos de um município do interior do Rio Grande do Sul: o Programa de Redução de Danos (PRD) e o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad III). Ambos integram a rede municipal de saúde e oferecem integralmente atendimento pelo Sistema Único de Saúde. O CAPSad é composto por uma equipe multidisciplinar e a equipe de Redução de Danos (RD) é formada por quatro redutores de danos, entre o público para qual são referência, estão as gestantes usuárias de *crack*.

O estudo se insere no espectro das pesquisas qualitativas, com as gestantes usuárias de crack, atendidas pelos serviços

referidos e com os profissionais envolvidos nos respectivos casos. Para a construção dos dados desta pesquisa acompanhou-se a equipe de redução de danos nas abordagens noturnas no território e a equipe do CAPSad, com o intuito de identificar possíveis participantes para o estudo.

A cartografia configurou-se como um trabalho de campo de aproximadamente dois meses, realizado pela primeira autora deste artigo, que acompanhou o cotidiano dos serviços, principalmente os atendimentos e as abordagens às gestantes que usam *crack*. A cartografia é uma ciência geográfica que estuda e produz mapas de territórios. Tratam-se de territórios afetivos, políticos, estéticos, existências desejanter, morais, sociais, históricos, éticos e assim por diante (Costa, 2014).

Para Passos e Escóssia (2009), na cartografia a intervenção é realizada sempre através da imersão, ou seja, de um mergulho na experiência que agencia ao mesmo tempo e num mesmo plano de produção, sujeito, objeto, teoria e prática – o que pode ser caracterizado como um plano de experiência. A cartografia enquanto método de pesquisa é o traçado desse plano, que acompanha os efeitos sobre o objeto, o pesquisador, a produção de conhecimento e do próprio percurso de investigação.

Vivenciar o cotidiano da equipe de redução de danos apresentou-se como um

desafio. A cartografia nos permitiu mergulhar nas experiências da equipe, acompanhar o trabalho dos redutores de danos permitiu vislumbrar não só os entraves enfrentados por estes diariamente, mas também as potencialidades da equipe e da Política de Redução Danos. Cabe ressaltar, que os contatos com os profissionais do CAPSad foram mais esporádicos, pois o trabalho foi acontecendo a partir dos movimentos e percursos da própria equipe de RD.

A realização deste estudo junto aos serviços da rede pública de saúde do município pesquisado, bem como os encontros com as mulheres usuárias destes serviços, possibilitou acompanhar como se articulam as práticas de saúde voltadas a gestantes usuárias de crack no território. A pesquisa de campo resultou em 22 horas de observação participante, registradas em 11 diários de campo, no decorrer de 2 meses. A construção deste estudo contou com a colaboração de 5 mulheres que se dispuseram a falar sobre suas histórias de vida, o que permitiu a reconstrução de suas vivências, a partir de suas narrativas e também de profissionais da saúde que proveram algum tipo de cuidado no decorrer de suas experiências.

As observações participantes, conversas informais com os profissionais de saúde e encontros com as mulheres usuárias

de *crack* foram registrados em diários de campo. Todos os participantes foram voluntários para o estudo. Esta pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Santa Cruz do Sul, bem como pela Secretária Municipal de Saúde e coordenação dos serviços onde o presente estudo foi realizado.

Resultados e Discussão

Para elucidar os resultados encontrados ao longo do percurso metodológico, as sessões que seguem retratam fragmentos dos diários de campo, como forma de apresentar as histórias e trajetórias das 5 mulheres com as quais entramos em contato nessa pesquisa. Logo após a apresentação das participantes, buscamos construir algumas pistas que nos ajudem a refletir sobre as práticas de cuidado em saúde com mulheres gestantes e usuárias de *crack*.

Apresentação das participantes

Fernanda

A primeira mulher com a qual conversamos foi Fernanda, que se encontrava em tratamento para desintoxicação, em acolhimento noturno, no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad III).

Fernanda é acompanhada pela equipe de Redução de Danos (RD) há bastante tempo e, segundo os redutores, hoje ela consegue manter um bom vínculo com os serviços. De acordo com a equipe, o primeiro contato realizado com Fernanda foi no CAPSad, um dos redutores que teve mais contato com ela conta que logo depois da primeira internação em uma Comunidade Terapêutica, Fernanda recaiu e voltou para a rua, onde fazia uso frequente de drogas. Relatam que isso aconteceu em todas as suas internações, afirmam que “ficar entre muros é uma coisa e encarar a realidade do território é bem outra, mas elas precisam aprender a lidar com isso”. Para a equipe, Fernanda é considerada uma pessoa difícil de lidar quando está em uso, alegam que fica agressiva com as palavras e principalmente arredia. Os redutores enfatizam que o vínculo é algo difícil de se criar e que com Fernanda não foi diferente, ele demorou para acontecer.

Fernanda tem trinta e sete anos, classe baixa, negra, de cabelos e olhos pretos, tem ensino médio completo e é mãe de seis filhos (17, 15, 11, 6, 2 e 1 ano de idade). Entretanto, apenas dois dos seis filhos estão com ela, um está com o pai e os demais estão em sua família de origem. Ao ser questionada sobre a história do uso de drogas, verbaliza que começou a usar ainda na adolescência, nesse período era apenas maconha, por volta dos 24 ou 25 anos

começou a fazer uso de cocaína e no ano de 2006 teve sua primeira internação pela dependência da cocaína. Diz que conheceu o *crack* em 2007, em 2008 teve sua segunda internação, mas dessa vez pela dependência do *crack*. Fernanda relata que, desde então, teve 7 internações em comunidades terapêuticas e hospitais, todas voluntárias.

Traz ainda que, durante a gestação, muitas vezes fez uso da droga, mas que “graças a Deus” todos seus filhos nasceram saudáveis. Fala que veio de uma família tradicional, pai, mãe, seis irmãos, pais que sempre incentivaram a estudar e sempre estiveram muito presentes em sua vida. Quando indagada sobre os serviços de saúde pelos quais passou durante o período de gestação, Fernanda afirma que percebe o preconceito dos profissionais não só da saúde, mas das pessoas em geral. Diz que o preconceito muito mais do que verbal, ele é visual, e “este preconceito dói”. Em relação à percepção da rede de apoio, Fernanda diz que é claro o descaso com as usuárias que não possuem família, declara que ela sempre teve pessoas ao seu lado, principalmente no momento do parto e “isso faz diferença”.

Quanto as suas expectativas em relação ao tratamento, Fernanda espera poder manter-se abstinente, continuar frequentando o CAPSad e os grupos ofertados pelo serviço, para que, no futuro,

quem sabe possa trazer seu filho mais novo para morar novamente com ela.

Camila

A equipe de redução de danos nos conta que Camila foi identificada através dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O primeiro contato aconteceu através da abordagem da equipe do consultório na rua. Naquele dia, Camila estava “usada”¹ e recentemente havia feito um “programa”, lembra o redutor de danos, afirmando ainda, que ela recebeu a equipe com um olhar de desconfiança. Ao contata-la, a equipe fez-lhe algumas perguntas consideradas típicas da abordagem: quantos filhos tem, onde reside, se está em acompanhamento em algum serviço, se utiliza algum método contraceptivo, entre outras questões.

Camila tem 25 anos, é de classe baixa, negra, cabelos e olhos castanhos, seis irmãs e mãe. Atualmente mora com seu companheiro em uma rua sem saída, ao lado de um valão, na “casa número zero”. Ambos (Camila e o companheiro) catam latinhas para garantir a sobrevivência. Conta que começou a fazer uso de *crack* com 13 anos de idade, que tem sete filhos que foram acolhidos e que fez uso de droga durante todas as suas gestações, afirmando que seus filhos nasceram todos saudáveis. Pela quantidade de filhos, pela idade e por não

possuir documentação, a equipe desconfia que Camila foi morar na rua antes mesmo dos 13 anos de idade.

Camila alega que teve contato após o parto com apenas um de seus filhos, pois os profissionais de saúde da instituição ainda não estavam cientes do acolhimento da criança. Em relação ao tratamento recebido, diz perceber claramente a diferença no tratamento entre ela e as outras gestantes, afirma que foi tratada como uma “cadela” na hora do parto, não podendo nem expressar a dor que estava sentido naquele momento, pois os profissionais diziam o tempo todo que ela era muito “gritona”. Camila fala que se sentiu sozinha, desamparada, podendo contar somente com a ajuda de Deus.

Verbaliza que não possui nenhuma documentação e que nunca acessou a rede de saúde, exceto nos momentos do nascimento dos filhos. Em relação as suas expectativas, Camila afirma que está bem assim, que não deseja parar com o uso, apenas precisa de sua documentação para conseguir um emprego e poder arrumar sua casa que, em suas palavras, “nem é uma casa e sim um chiqueiro” (sic).

Marina

Marina começou a ser acompanhada pelo CAPSad após a promotoria expedir uma ordem de internação compulsória. A

equipe relata que Marina nunca procurou o serviço para a realização de qualquer tipo de tratamento, comentam que ela já foi presa por tráfico, assim como toda sua família (pai, mãe e irmãs).

Marina encontra-se internada em uma ala de saúde mental de um hospital do interior do Estado do Rio Grande do Sul, tem 23 anos, é negra, tem cabelos e olhos castanhos. Está na primeira gestação, com idade gestacional de 32 semanas e vai aguardar o nascimento de sua filha na instituição. Conta que faz uso de *crack* desde os 13 anos de idade e que só interrompeu o uso devido à internação compulsória. Mora com o pai e possui pouco contato com a mãe, que reside em outra cidade com suas cinco irmãs e um irmão.

Marina mostra-se angustiada por não saber o destino de sua filha, interroga os profissionais da saúde a todo momento se poderá ficar com a criança, buscando respostas para sua pergunta: “eles não vão tirar ela de mim, né?”. Ao questionar a equipe sobre o fato, uma das profissionais da instituição que acompanha seu caso a confronta dizendo: “Mas tu tem certeza que tu vai conseguir ficar com a tua filha? Que jeito que tu vai criar, tu acha que vai poder contar com a ajuda da tua família, que aliás, assim como tu, todos já foram presos?”. Através destas indagações, a profissional não só dá um destino ao bebê de Marina,

mas frustra toda e qualquer expectativa e a esperança de poder permanecer com a filha.

Denise

Segundo a equipe de redução de danos, Denise é uma usuária nova no território e ainda não teve nenhum contato com a redução no município. Os redutores desconfiam que ela está envolvida com o tráfico de drogas no bairro. Em conversa com a pesquisadora, Denise diz que é natural de uma cidade próxima ao município onde a pesquisa foi realizada, conta que veio para cá através de seu companheiro, com quem atualmente não tem relação, afirma que em alguns dias para na casa de uma conhecida e em outros fica pela rua.

Denise tem 26 anos, tem mãe, três irmãos e uma irmã, é mãe de duas meninas (6 e 4 anos) que moram com sua mãe em outra cidade. Ela relata que começou a fazer uso de drogas ainda na adolescência, iniciou pela cocaína e depois conheceu o *crack*, com quem diz ter uma “boa relação”. Denise fala que durante sua primeira gravidez fez uso do *crack* por nove meses e que sua filha nasceu perfeitamente saudável. Diz ter acessado poucos serviços durante suas gestações, mas que não tem queixas dos mesmos.

Conta que nunca foi internada e que consegue controlar seu uso, afirma que

quando deseja parar, ela para, mas hoje não tem vontade de interromper o uso, verbaliza que, às vezes, passa três dias fumando “pedra” direto e que em outros usa somente durante a noite. Em relação as suas expectativas, Denise relata que quer continuar assim, pois gosta de fazer uso e não vê problemas nisso.

Renata

Renata tem 47 anos, oito filhos, dois já falecidos, um está acolhido e cinco moram com o pai. Conta que começou a fazer uso de *crack* há muitos anos, afirma que está à procura de uma internação, pois não aguenta mais essa vida. Ela conta que tem medida protetiva contra o atual companheiro, mas que, embora não consiga se desligar dele, teme que o pior aconteça, “tenho medo do que ele pode fazer comigo” (sic). Além disso, Renata relata que é soropositiva e que no momento não está fazendo tratamento, diz ter medo de pegar uma doença oportunista e não resistir. Afirma que desde que conheceu o companheiro sua vida só piorou, “ele me fez vender até minha casa por causa do *crack*, hoje tenho que dormir na rua, pra ti ter ideia nem documento eu tenho porque ele colocou fora”. Renata declara ainda que, em virtude das suas dificuldades financeiras, precisa roubar para poder se alimentar e manter sua sobrevivência.

Em relação ao tratamento recebido Renata coloca que há muito descaso com os usuários de drogas. Conta que já passou por 8 internações e que até hoje nenhuma foi resolutive. A equipe de redutores traz que Renata é paciente do CAPSad há muitos anos, no entanto, mantém pouco contato com o serviço, já a redução atende Renata a pouco tempo.

Pistas para pensar as Práticas de Cuidado em Saúde

Após a reconstrução da história de vida dessas mulheres, a partir de suas perspectivas e dos profissionais que ofertam cuidados formais em saúde para essas mulheres, podemos realizar algumas reflexões e discussões acerca das práticas de cuidado ofertadas a elas. Percebemos a existência de informações que se atravessam e se repetem em suas narrativas. Ao falarmos sobre o início do uso do *crack*, todas verbalizam que foi ainda na adolescência, passando pela experiência do uso durante as gestações e afirmam que todos os filhos nasceram perfeitamente saudáveis. Ao comentarmos sobre suas famílias e o contexto em que essas estavam inseridas, compreendemos que essas mulheres viveram em contextos de extrema pobreza, em bairros periféricos, com altos índices de criminalidade, o que pode ter facilitado o acesso às drogas. Outro ponto

comum em suas narrativas, refere-se à incerteza em relação ao destino dos seus filhos que, na maioria dos casos, estão acolhidos ou na família extensa.

Diante dos apontamentos realizados, em articulação aos discursos produzidos nos encontros e desencontros com os profissionais e com as usuárias, despontam três pistas importantes para pensarmos as práticas de cuidado às gestantes usuárias de *crack*: a primeira está relacionada à saúde mental, uso de drogas e interseccionalidade; a segunda nos remete ao debate sobre direitos humanos, hierarquias reprodutivas e concepções de maternidade; e, por fim, a última pista refere-se às práticas de cuidado em saúde.

Saúde Mental, Uso de drogas e Interseccionalidade (gênero, raça e classe)

A primeira pista refere-se à saúde mental, uso de drogas e a indispensável discussão sobre interseccionalidade (gênero, raça/etnia e classe social). É impossível falarmos sobre uso de drogas sem antes situarmos o momento histórico no qual os cuidados aos usuários de drogas começaram a ser pensados enquanto uma política pública de saúde. Para atender as demandas advindas dos usuários de substâncias psicoativas existem, dentro da perspectiva de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os Centros de

Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPSad), além desses serviços, o Ministério Público, por meio do Sistema Único de Saúde, disponibiliza leitos em hospitais gerais para internação (Fertig, 2013).

Posto isso, denota-se que a assistência em saúde mental no Brasil privilegia o tratamento em serviços abertos, não hospitalares e de base comunitária. Contudo, Macedo e Machado (2016) salientam que no Brasil existem programas baseados na internação em hospitais ou comunidades terapêuticas que demonstram que, no país, coexistem práticas de atenção à saúde respaldadas em uma visão hospitalocêntrica, assim como estratégias baseadas na perspectiva psicossocial. Dessa forma, “tais políticas e medidas implementadas contribuem para acirrar a tensão política, econômica e social que engloba a atenção a pessoas que fazem uso de *crack* no País” (Macedo & Machado, 2016, p. 35).

No que se refere às drogas, o uso de substâncias psicoativas tem sido considerado um grave problema de saúde pública, que envolve múltiplos e diferentes aspectos biológicos, mentais, sociais, econômicos e morais (Fertig, 2013). Desde 2010, quando o tema das drogas ganhou destaque no cenário político-midiático, o *crack* ocupou o centro das atenções na

sociedade brasileira. Foi conferido aos usuários de *crack* a responsabilidade por diversos crimes violentos que vinham ocorrendo na sociedade, sendo atribuído aos usuários, ainda, a degradação moral dos jovens brasileiros (Souza, 2016). Além disso, o *crack* passou a ser considerado pela população como uma epidemia, como se fosse algo “contagioso”, a própria mídia passou a veicular reportagens se referindo ao *crack* como tal.

Nesse sentido, pode-se dizer que se criaram diversos mitos acerca dos efeitos do uso de *crack*, o que colabora para estigmatizar não somente os usuários, mas a população pobre e negra, já que, segundo as pesquisas realizadas pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), com financiamento da SENAD/MJ, a maior parte dos usuários tem este perfil (Garcia, 2016). Portanto, não apenas a exclusão social contribui para aumentar as consequências do uso do *crack*, mas também o pânico social criado em torno dele (Garcia, 2016). Os usuários de *crack* aos olhos da população, passaram a ser vistos como pessoas violentas que podem contagiar a sociedade com o uso da droga.

Nas entrevistas com as participantes podemos observar o quanto o estigma e o preconceito estão presentes em suas vidas e o quanto esses acarretam em sofrimento para essas mulheres. Fernanda, quando

questionada sobre os serviços de saúde pelos quais passou durante o período de gestação, diz perceber o preconceito dos profissionais não só da saúde, mas das pessoas em geral, afirma que “*o preconceito muito mais do que verbal, ele é visual, e este preconceito dói*”.

Ao tratarmos sobre o estigma e exclusão social da população usuária de *crack*, pobre e negra, principalmente se tratando de mulheres usuárias estamos discutindo sobre o conceito de interseccionalidade que, para Pocahy (2011, p.766), “é uma prática-conceito feminista produzida na agonística deste campo preciso de luta, reivindicações e produção de saberes”. Consideramos de extrema importância trazermos para essa discussão a interseccionalidade, já que as cinco histórias reconstruídas dizem respeito a mulheres, negras, de classe baixa que diariamente lutam para que seus direitos sejam respeitados e garantidos, enquanto mulher, negra e mãe. Silva (2007) acredita na potencialidade e produtividade desse conceito por sua capacidade de articular diferentes formas de dominação e posições de desigualdades ligadas aos discursos regulatórios de gênero, raça/etnia, classe social, idade, entre outros marcadores sociais.

Conforme Bolzan e Bellini (2015), a saúde das mulheres, na maioria das vezes, é determinada por questões de gênero, assim

como pela interseção com outros marcadores sociais da diferença como classe social, raça, etnia e ciclo vital, que refletem diretamente no seu modo de viver e no seu processo de saúde/doença. Nota-se que, apesar das mudanças em relação ao papel feminino no núcleo social e familiar nos últimos tempos, este papel ainda permanece repleto de pré-conceitos morais, onde o sexo feminino é visto como maternal e recatado (Souza, 2006). Desse modo, mulheres e homens participam de maneiras distintas nas relações sociais, políticas, econômicas e religiosas, cuja maneira de participar inclui os valores, as atitudes e as expectativas que a sociedade espera do feminino e do masculino (Fertig, 2013).

Quando este uso é feito por mulheres gestantes, o estigma e os discursos moralistas que recaem sobre essas parece aumentar significativamente, é como se as mulheres jamais pudessem ter qualquer tipo de envolvimento com uma substância ilícita. Conforme Borges e Barbosa (2009), as mulheres, historicamente foram consideradas como sinônimo de pureza e ingenuidade, incompatíveis com o uso de qualquer tipo de droga, seja ela lícita ou ilícita, sendo estes hábitos restritos aos homens.

Portanto, as mulheres que fazem uso de drogas são desacreditadas em sua capacidade de exercer as funções maternas, ou seja, são consideradas incapazes de

prestar os devidos cuidados para com uma criança, o que resulta em diversos estigmas e preconceitos em relação a essas mulheres. O estigma pode ser entendido, assim, como uma construção social que impõe uma marca, um rótulo, atribuindo ao ser portador um status que o desvaloriza em relação ao restante dos membros de uma mesma sociedade (Ronzani *et al.*, 2014).

A incapacidade de prestar os cuidados com o filho aos olhos de quem avalia o caso, na maioria das vezes, resulta no acolhimento da criança em uma instituição. Através das conversas com as mulheres, percebemos que a ideia da incapacidade está muito presente nos seus discursos. Fernanda diz perceber a desconfiança dos profissionais de saúde, traz que quando era atendida por um programa da rede de saúde do município, ela percebia a desconfiança da equipe que frequentava sua casa, pois a todo momento lhe questionavam: “*Fernanda, mas tu tem certeza que tu não usou nada hoje, tu está com uma cara... pode dizer a verdade*” (fala da profissional da saúde). Fernanda afirma que ser mãe também cansa, diz que muitas noites passou em claro, pois os filhos choravam a noite toda de cólica, como que ela estaria como uma “*cara boa no outro dia*”. A desconfiança e a ideia da incapacidade do cuidado para consigo mesmas e para com os próprios filhos rotula

e subjetiva essas mulheres, por momentos as fazem acreditar que por serem usuárias de drogas não tem condições de permanecerem e zelarem pelos seus filhos.

Diante dos apontamentos realizados e das problematizações lançadas nesta pista, pensar o uso de drogas, saúde mental e a interseccionalidade apresenta-se como indispensável às práticas de cuidado em saúde. Quando discutimos uso de drogas, interseccionalidade (gênero, raça/etnia e classe), práticas de cuidado e políticas públicas de saúde é necessário refletir em que medida estas são pensadas enquanto práticas que valorizam o poder de escolha dos sujeitos. O gênero constitui-se como estruturante nas relações de poder, assim como a classe, raça/etnia e orientação sexual, entre outros. É necessário conceber a própria realidade social em termos de gênero (Moraes, 2010). Este pode ser entendido como um organizador social, sendo impossível pensar em intervenções e práticas de cuidado direcionadas ao uso de drogas sem considerar elementos estruturantes das próprias relações de poder.

Assim, é necessário entender que gênero não se trata de sexo biológico, nem de ser mulher ou homem; mas sim de relações de poder em diferentes níveis: entre pessoas; pessoas e instituições; e entre as instituições (Moraes, 2010). Estar atento a esses fatores, discutir e inseri-los em

práticas cotidianas de trabalho, contribui de maneira significativa para ações e intervenções em saúde que atendam de fato às necessidades específicas de cada sujeito, ofertando, assim, atenção integral e humanizada aos usuários de drogas, sejam eles homens ou mulheres.

Direitos Humanos, Hierarquias reprodutivas e Concepções sobre maternidade

A segunda pista para pensarmos nas práticas de cuidado em saúde às gestantes usuárias de *crack* diz respeito aos direitos humanos, hierarquias reprodutivas e as concepções acerca da maternidade. Elementos que se fizeram presentes em todas as histórias escutadas e tecidas ao longo deste trabalho.

Quando nos referimos aos direitos humanos, estamos falando sobre acesso e a garantia de direitos e que estes sejam respeitados independentemente de gênero, sexo, religião raça ou classe social. De acordo com as Nações Unidas no Brasil (2018), os direitos humanos incluem o direito à vida e este deve garantir o acesso às políticas públicas, sejam elas de assistência, saúde e habitação, a liberdade de opinião e de expressão, o direito ao trabalho e à educação.

Através da conversa com Camila e com os profissionais de saúde envolvidos

no caso, evidencia-se que essa mulher, não apenas vive em condições sub-humanas de habitação, mas confirma que além de sua casa ser a número zero, lograda em uma rua sem “saída”, ao lado do valão, Camila mostra que é também uma cidadã número zero. Sem documentação, sem assistência, sem dignidade, sem direitos. As violências e violações dos seus direitos se atualizam e se refazem ao passo que suas experiências vão sendo vividas, primeiro o não direito de poder sofrer a dor do seu parto, depois o controle do seu corpo e de sua fertilidade e a incrível inexistência desta mulher para a rede de saúde do município. Camila é o ser humano à esquerda do local do zero, e o zero à esquerda não conta.

Mattar e Diniz (2012) referem que no mundo ocidental, por muito tempo, a responsabilidade pelos cuidados dos filhos, foi, sobretudo, tarefa exclusiva das mulheres. Ainda conforme os autores citados acima, ao exercerem a maternidade de forma compulsória, as mulheres acabaram perdendo a autodeterminação e o poder de escolha sobre seus corpos, que passaram a ser regulados e manipulados pelo Estado, sociedade e Igreja, configurando-se como uma verdadeira exploração ao poder reprodutivo das mulheres (Mattar & Diniz, 2012).

Saffioti (1987) ressalta que a maternidade considerada como uma função biológica é mitificada, sendo permeada por

uma gama de aspectos sociais, culturais, políticos, ideológicos, econômicos, que, para a autora, servem para a manutenção do Sistema de Dominação-Exploração das Mulheres. Neste cenário, a mulher-mãe é vista com total perfeição, tendo os sentimentos mais puros e afetuosos para com seus filhos. Essa lógica de pensamento envolve representações reduzidas, apresentando-se como uma armadilha para o trabalho que envolve a garantia do acesso aos direitos dos indivíduos, principalmente no que diz respeito a atenção à saúde das gestantes usuárias de *crack* (Olívio & Graczyk, 2011).

Olívio e Graczyk (2011) consideram que o consumo de drogas por gestantes, principalmente, o uso de *crack*, a partir de uma visão limitada de saúde pode influenciar na interpretação da maternidade em mulheres usuárias de *crack*, gerando uma dualidade de pensamento. Nessa direção, Badinter (1985) discorre sobre dois conceitos: o de “boa mãe” e o da “mãe anormal”. A partir da concepção da criança, tem-se a ideia de um vínculo natural entre mãe e filho, ou seja, espera-se da mulher o instinto nato da maternagem (Olívio & Graczyk, 2011).

Diante disso, a maternidade é caracterizada como a possibilidade fisiológica que toda mulher tem de gerar uma nova vida, já a maternagem diz

respeito aos cuidados básicos de uma criança, como também a educação, que envolve a transmissão dos valores, da cultura, da sociedade, enfim, a maternagem é a responsabilização ao longo prazo pela vida gerada. Pode-se dizer que o instinto do amor materno concebido em nossa sociedade atual é uma construção histórica e social necessária à manutenção e reprodução do estado de coisas vigentes (Olívio & Graczyk, 2011).

Macedo (2016) lembra que o aumento do consumo de *crack* por mulheres tem sido tema de diversas produções e problematizações acadêmicas, destacando o impacto econômico na esfera da saúde pública, altos custos para a desintoxicação, internações de longa permanência, e uma forte associação com a criminalidade. Ainda nessa lógica, Mello (2011) destaca que a gravidez de usuárias é considerada de alto custo em função dos diversos aparatos de saúde e assistência que precisam ser acionados, considerando esses aspectos, tornam-se centrais as discussões acerca dos prejuízos oriundos do uso do *crack* para o feto.

Para Mattar e Diniz (2012), o exercício da reprodução e da sexualidade são mediados por relações de poder. Neste sentido, a experiência da maternidade, considerada um fenômeno social, “é marcada por desigualdades sociais,

raciais/étnicas e de gênero” (Dias & Aquino, 2006, p.1448). Ao discorrerem sobre o exercício da maternidade e/ou cuidado com os filhos, Mattar e Diniz (2012) utilizam o termo hierarquias reprodutivas. Para as autoras existe um ideal do exercício da maternidade, este é pautado por um imaginário social sexista, generificado, classista e homofóbico, trata-se de modelo excludente e discriminatório. A interação e a soma entre aspectos distintos da mulher é o que vai determinar o grau de aceitação social a determinada maternidade, em outras palavras, isto quer dizer que quanto maior o número de aspectos considerados negativos presentes na mulher e/ou no casal, ao exercitarem os cuidados com os filhos, mais próximos estarão da base da pirâmide hierárquica, e ainda menor será o exercício dos seus direitos humanos.

Desse modo, existem alguns fatores que perpassam transversalmente a pirâmide como: classe, raça, geração/idade e parceria sexual. Assim, pode-se dizer que a mulher que não é branca e pertence a uma classe econômica baixa, é jovem ou bem mais velha, se for homossexual ou solteira, vive a experiência da maternidade com menos aceitação social e em piores condições. Além desses fatores, ainda existem outros aspectos que tornam ainda mais difícil o exercício da maternidade, são eles: mulheres não saudáveis (HIV positivo,

sífilis); pessoas com deficiências físicas ou com transtornos mentais; consideradas promíscuas; moradoras de rua; usuárias de drogas (por serem vistas como incapazes de cuidarem de si próprias, quanto mais de uma criança); as que vivem do sexo comercial; infratoras (sobretudo as que já foram presas). Se esses aspectos se somarem aos transversais – raça, classe, idade e parceria sexual – a aceitação social da maternidade fica ainda mais comprometida. São estas as mães que estão na base da pirâmide hierárquica da reprodução, que são nomeadas de maternidades subalternas (Mattar & Diniz, 2012).

No encontro com Marina ficou evidente o quanto que esses fatores que transversalizam a pirâmide hierárquica se atravessam no cotidiano das práticas de cuidado, demarcando lugares. A incerteza de Marina em relação ao destino da filha e o confronto da profissional da instituição (que questiona: “*Mas tu tem certeza que tu vai conseguir ficar com a tua filha? Que jeito que tu vai criar, tu acha que vai poder contar com a ajuda da tua família, que aliás, assim como tu, todos já foram presos?*”) demonstram isso. Através destas indagações, a profissional não só dá um destino ao bebê de Marina, mas frustra toda e qualquer expectativa e a esperança de poder permanecer com a filha. Além do confronto, parece haver a necessidade de

reafirmar a todo instante que ela já fora presa, assim como a sua família. No seu prontuário há recortes da página policial noticiando as prisões dela e da família de origem, a prisão não só demarcou lugares, mas atribuiu um rótulo a Marina.

A entrevistada Camila afirma que na hora do seu parto sentiu-se sozinha, desamparada, fala que percebeu a diferença no tratamento entre ela e as outras gestantes, em suas palavras, diz ter sido tratada como se fosse uma “cadela”, não podendo expressar a dor que estava sentido naquele momento, pois os profissionais reforçavam em diversos momentos que ela era muito “gritona”. É como se Camila não tivesse o direito de estar ali, vivenciando a maternidade, já que ela não se encaixa nos critérios prescritos socialmente para ser uma boa mãe.

Neste sentido, se a mulher for negra, pobre, usuária de drogas, solteira, as chances de permanecer com o seu filho são mínimas. Aos olhos da sociedade essa mulher é incapaz de cuidar de si, assim, não tem o direito de zelar pela criança que colocou no mundo. Essa é a realidade da maioria das mulheres entrevistadas no decorrer desta pesquisa. Grande parte delas viveu e vive a “maternidade subalterna” pois “encaixam-se” em todos os aspectos que transversalizam a base da pirâmide hierárquica da reprodução e somam-se

ainda, alguns dos fatores recentemente citados: ser moradora de rua, usuária de drogas, infratora, soropositiva, entre outros.

Práticas de Cuidado em Saúde

Ao discutirmos as práticas de cuidado em saúde às mulheres gestantes usuárias de *crack*, estamos nos propondo a problematizar e re(pensar) os modos como essas vem sendo produzidas nos serviços públicos de saúde. Emerson Merhy (1998) também nos ajuda a refletir sobre os modelos de atenção à saúde, ou seja, aos modos como se produz saúde. Merhy alega que a produção do cuidado se centra na micropolítica do trabalho vivo em ato. O autor definiu três tipos de tecnologias que operam na produção do cuidado em saúde: duras, leve duras e leves.

Para Merhy (1998), prevalece, no atual modo de produção de saúde, o uso de tecnologias duras (máquinas e instrumentos), em detrimento de tecnologias leve-duras, que são definidas pelo conhecimento técnico e as tecnologias leves que são as tecnologias construídas nas relações com o próprio usuário. Conforme Merhy, Franco e Magalhães Júnior (2005), mudar o modelo assistencial demanda uma inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção de saúde. Acrescentam que um processo de trabalho

centrado nas tecnologias leves e leve duras é a condição essencial para que o serviço seja produtor do cuidado.

Macedo (2016, p. 36) enfatiza que é a partir da análise dos processos cotidianos de trabalho que podemos evidenciar a “produção de vozes, escutas, silêncios expressos em formas definidas por/em modelos de atenção. Revelar as lógicas que operam nos processos de trabalho em saúde – na dimensão relacional – contribui na percepção sobre os significados ético-políticos envolvidos nesse processo”. De acordo com Merhy (2004), as tecnologias utilizadas no processo de cuidado em saúde estão sempre alocadas em uma dimensão social, ética e política, que produzem modos de pensar e construir práticas de cuidado.

Por muito tempo, o tratamento ofertado aos usuários de drogas era restrito à lógica da abstinência e à internação, contudo, para Passos e Souza (2011), essa lógica, muitas vezes, foge da noção de uma clínica possível, desdobrando-se em um paradigma que é considerado coercitivo, criminalizante e punitivo. Retira-se a droga da vida do sujeito e exclui-se ele da vida em sociedade. Por muito tempo, essa era a única prática de cuidado proposta e dirigida aos usuários de drogas. A Redução de Danos (RD) surge então como uma outra lógica de cuidado, não necessariamente em oposição à abstinência enquanto um direcionamento clínico possível.

Ao passo que a RD se configura enquanto uma estratégia de cuidado no território, disposta a oferecer escuta a quem dela necessitar, ela inscreve e lança problematizações e rompimentos - dos discursos exclusivos e tratamentos autoritários direcionados a esses usuários. Nesse sentido, não se trata mais de aniquilar o sujeito e a sua existência no laço social, trata-se de escutá-lo de maneira atenta e integral, considerando sua singularidade e subjetividade. A RD não representa o antônimo da abstinência, ela busca construir espaços de fala, onde exista a possibilidade de circulação da palavra e os sujeitos sejam livres para fazerem suas escolhas.

Pode-se dizer que a redução de danos alcança resultados satisfatórios à medida que opera enquanto uma tecnologia leve-dura que utiliza o seu saber técnico, mas também se utiliza da tecnologia leve, ou seja, constrói vínculos que produzem sentidos, significados e cuidado. Ao propor-se a alcançar seu público através das abordagens no próprio território, a RD considera as particularidades de cada usuário, ofertando possibilidades de cuidado através de uma clínica ampliada e de um fazer singular, que propicia aos sujeitos o protagonismo do cuidado. Desse modo, a RD constitui-se na articulação com a rede de saúde e de assistência com profissionais implicados com a

transformação social (Cézar & Oliveira, 2017).

A experiência do trabalho no território, próximo ao contexto de vida das pessoas, aproxima e abre espaço para que o vínculo se estabeleça, o que possibilita aos profissionais conhecer as histórias, anseios, desejos e preocupações das usuárias atendidas. Este cuidado em saúde passa a ser um cuidado que visa a integralidade, trabalhado diretamente com a relação estabelecida entre profissional e usuária (Macedo & Machado, 2016).

Diante da história de Marina e da fala da profissional de saúde que confronta a paciente sobre sua incapacidade de permanecer com a filha por já ter sido presa, assim como sua família, fica evidente o quanto que as práticas de cuidado são atravessadas por discursos morais, que direcionam decisões e assumem papel protagonista no processo de significação e construção da subjetividade das mulheres que estão inseridas neste processo de cuidado. Neste sentido, assim como nos mais diversos campos da saúde, as práticas de cuidado direcionadas às gestantes usuárias de *crack* são pautadas pela lógica ética, social e política.

Oliveira, Nascimento e Paiva (2007) ponderam ainda que, quando se trata de planejamento e a implementação de intervenções para usuários de drogas, estas

sempre estão baseadas nas necessidades do sexo masculino, tendo pouca consideração para quaisquer diferenças entre os gêneros. Assim, é necessário criar novas ações e ofertas de cuidado que busquem alcançar as mulheres que fazem uso de drogas. Para que se possa oferecer um cuidado integral às gestantes usuárias de *crack*, é necessário que a rede de saúde trabalhe de maneira articulada e que os profissionais de saúde estejam preparados para receber e lidar com as demandas advindas dessas mulheres, agindo com uma postura humanizada, despindo-se de qualquer pré-conceito e julgamento moral. Através de uma escuta singularizada, esses profissionais devem levar em consideração os valores e desejos dessas usuárias, buscando envolvê-las na construção de seus tratamentos, promovendo a autonomia e reconhecendo-as como sujeitos de direitos.

Considerações Finais

Buscamos, com a presente pesquisa, compreender como vem sendo produzidas as práticas de cuidado às gestantes usuárias de *crack* nos serviços de saúde de um município do interior do Rio Grande do Sul. Tal análise possibilitou compreender como alguns atravessamentos sociais implicam diretamente na atenção à saúde das mulheres que percorrem tais serviços. Além

de atentarmos para as práticas de cuidado, interessamo-nos pelos discursos produzidos pelos profissionais que proveram algum tipo de cuidado a essas mulheres. Desse modo, as cinco histórias foram reconstruídas não somente pelas falas das participantes, mas também pelo olhar dos profissionais envolvidos nos casos.

O método cartográfico, enquanto método de pesquisa, permitiu-nos um “mergulho” nas experiências que surgiram ao longo do percurso, acompanhar os movimentos da equipe da redução de danos e o trabalho de alguns profissionais do CAPSad apresentou-se como um desafio que, em muitos momentos, desacomodaram fazendo com que novos questionamentos emergissem. Ao reconstruir as narrativas de vida de Fernanda, Camila, Marina, Denise e Renata, percebeu-se a existência de informações que se atravessam e se repetem em seus discursos – o início do uso do *crack* ainda na adolescência; a experiência da gestação fazendo uso da droga e o nascimento dos filhos saudáveis; contextos de extrema vulnerabilidade social; e a incerteza em relação ao destino dos filhos.

As pistas para pensar as práticas de cuidado em saúde, demonstraram o quanto que a maternidade para as mulheres que fazem uso de *crack*, por vezes, é uma realidade não aceitável. Evidenciou-se que o uso do *crack* provoca exclusão social e por consequência a marginalização dos seus

usuários. Durante o estudo, as participantes demonstraram o quanto elas sofrem com o preconceito e o estigma, primeiro por serem mulheres e depois por serem usuárias de uma droga tão estigmatizada como o *crack*.

Denota-se que aos olhos da sociedade existem maternidades que são mais admissíveis que outras, se a mulher for solteira, negra, pobre, usuária de drogas as chances de permanecer com seu filho diminuem significativamente. Percebeu-se que a gestação de mulheres que usam *crack* provoca deslocamentos éticos, sociais e políticos no que se refere às práticas de cuidado, o fato de existir a vida de uma criança em cena, acarreta em questionamentos frente às estratégias adotadas no tratamento. Entende-se que a vida do feto deve ser protegida acima de qualquer circunstância, esse fator faz com que o tratamento direcionado à gestante seja repensado. Nesse contexto, as concepções dos profissionais acerca da maternidade direcionam as práticas de cuidado em saúde ofertadas às gestantes usuárias de *crack*. Trata-se, portanto, de um cuidado no espectro da saúde materno-infantil, e não um cuidado direcionado à saúde da mulher.

No que se refere ao tratamento a mulheres usuárias de *crack*, podemos dizer que o país ainda carece de políticas públicas tanto de saúde, quanto de assistência e de espaços que ofereçam suporte, considerando as particularidades e

especificidades de cada sexo, já, que na maioria das vezes, as intervenções para os usuários de drogas estão baseadas nas necessidades do sexo masculino. Por isso, conhecer as demandas de cuidado dessas mulheres é essencial para que possamos pensar em práticas de saúde voltadas a este público. Ademais, é indispensável que se reflita sobre os modos de escutar e acolher estas demandas, pois parte-se do princípio que o cuidado deve ter como premissa uma escuta singular, atenta às reais necessidades e possibilidades de tratamento do usuário naquele momento, considerando seus desejos, envolvendo-o na construção de seu tratamento. A RD enquanto uma estratégia de cuidado que se constitui na articulação entre saúde e assistência, ao propor-se a alcançar seu público por meio de abordagens no próprio território, apresenta-se como uma clínica ampliada, capaz de criar outros espaços de fala e escuta que atravessam os muros dos serviços.

Este estudo contribui no âmbito da saúde, à medida que busca compreender através das narrativas das participantes como essas percebem os cuidados a elas ofertados nos serviços de saúde. Dessa forma, pode-se refletir sobre os modos com as práticas vêm sendo reproduzidas, o que contribui para traçar novas estratégias de promoção e reabilitação, bem como re(pensar) as práticas cotidianas de cuidado

e acolhimento ofertadas pelas equipes de saúde que atuam nestes contextos.

O estudo apresenta limitações no que se refere à temática drogas, gestantes e práticas de cuidado em saúde. Ressalta-se que a pesquisa enfoca uma parcela da população que usa *crack* em um determinado momento histórico. Outros estudos sobre a diversidade de saberes que constituem o campo das drogas, envolvendo questões de gênero e práticas de cuidado em saúde poderiam ser realizados em outros lugares, elucidando as especificidades locais, ampliando, assim, as discussões sobre o tema.

Referências

- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *Abordagens terapêuticas a usuários de cocaína/crack no Sistema Único de Saúde*. Brasília: Secretária de Atenção a Saúde: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas: Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.
- Bolzan, L. De M & Bellini, I. B. (2015). Gênero e uso de drogas: fatores preponderantes ao universo feminino. In: *Congresso internacional de política social e serviço social: desafios contemporâneos*. Recuperado de: <http://www.uel.br/pos/mestradoservi>

- [cosocial/congresso/anais/Trabalhos/ixo5/oral/22_genero_e_uso....pdf.](http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/85189)
- Borges, M. T. T., & Barbosa, R. H. S. (2009). As marcas de gênero no fumar feminino: uma aproximação sociológica do tabagismo em mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4), 1129-1139. Recuperado de: <https://www.scielo.org/article/csc/2009.v14n4/1129-1139/pt>.
- Bucher, R., & Olievenstein, C. (1992). *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cézar, M. D. A., & Oliveira, M. A. (2017). Redução de danos: uma experiência na atenção básica. *Mental*, 11(21), 486-500. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000200012
- Costa, L. B. D. (2014). Cartografia: uma outra forma de pesquisar. *Revista digital do LAV – UFSM*, 7(2), 65-76. Recuperado de: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/106583>
- Dias, A. B., & Aquino, E. M. (2006). Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(7), 1447-1458. Recuperado de: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2006000700009&script=sci_arttext&tlng=
- Fertig, A. (2013). *História de vida de mulheres usuárias de crack*. 154f. Tese (Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Recuperado de: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/140947/000991195.pdf?sequence=1>
- Implanon. São Paulo: *Schering-Plough Indústria Farmacêutica Ltda*. Farm. Resp.: Cristina Matushima – CRF-SP nº 35.496. Bula de remédio. Recuperado de: <http://www.anvisa.gov.br/datavisa/visualizarBula.asp?pNuTransacao=9709412015&pIdAnexo=2932874>.
- Garcia, L. (2016). Apresentação Senad/MJ. In: Souza, J. (Org.). *Crack e exclusão social*. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Droga.
- Macedo, F. dos S. (2016). *Economia moral na atenção a gestantes que usam crack*. 153 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Recuperado de: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/140947/000991195.pdf?sequence=1>
- Macedo, F. D. S. D., & Machado, P. S. (2016). Economia Moral e Modelos de Atenção no cuidado com gestantes que usam crack. *Saúde em Debate*, 40, 34-46. Recuperado de: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2016.v40n109/34-46/pt/>.
- Marangoni, S. R., & Oliveira, M. L. F. D. (2013). Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22(3). Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a12>.
- Mattar, L. D., & Diniz, C. S. G. (2012). Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas

- mulheres. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 16(40),107-120. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop0212.pdf>.
- Merhy, E. E., Franco, T. B., & Magalhães, H. M. (2005). *Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado*. Movimentos moleculares na micropolítica do trabalho em saúde. s/d.b, Recuperado de: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-11.pdf>
- Merhy, E. E. (2004). O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de gestão da Educação na Saúde. *VER-SUS Brasil: cadernos de textos*. Brasília: Ministério da Saúde, 108-137. Recuperado de: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2103.pdf>
- Merhy, E. E. (1998). *O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo)*. Saúde e democracia: a luta do CEBES, 125-141. Recuperado de: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-01.pdf>
- Mello, E. P. (2011). *Repercussão neonatal do consumo de crack durante a gestação*. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Médica - Área Pediatria) Hospital do Servidor Público Municipal, São Paulo. Recuperado de: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-24614>
- Moraes, M. (2010). Gênero e usos de drogas: porque é importante articular esses temas? In: Moraes, M; Castro, D. P. (Org.). *Gênero e drogas: contribuições para uma atenção integral à saúde*. Recife: Instituto PAPAI. (Série Homens e Políticas Públicas).
- ONU. (2018). *O que são direitos humanos?*. Recuperado de: <https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/>.
- Oliveira, J. F. D., Nascimento, E. R. D., & Paiva, M. S. (2007). Especificidades de usuários (as) de drogas visando uma assistência baseada na heterogeneidade. *RevEnferm*, Rio de Janeiro, 11(4), 694-698. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a22>
- Olívio, M. C., & Graczk, R. C. (2011). Mulheres usuárias de crack e maternidade: breves considerações. *Anais II Simpósio Gênero e Políticas Públicas*: Universidade Estadual de Londrina, 18. Recuperado de: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/Maria%20Cecilia.pdf>
- Passos, E. H., & Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 154-162. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000100017
- Passos, E., & Escóssia, L. D. (2009). Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. In Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. da. (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Editora Sulina.

- Pocahy, F. (2014). Interseccionalidade e educação: cartografias de uma prática-conceito feminista. *TEXTURA- Revista de Educação e Letras*, 13(23). Recuperado de: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/txra/article/viewFile/984/766>
- Ribeiro-Andrade, É. H., Barreto, M. F. T. B., Mota, M. L., & Terra, M. L. G. (2016). Dependência química e gênero: uma leitura da experiência feminina na drogadição. *Humanas Sociais & Aplicadas*, 6(16). Recuperado de: http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/humanas_sociais_e_aplicadas/article/view/1044.
- Ronzani, T. M., Noto, A. R., Silveira, P. D., Casela, A. L. M., Andrade, B. A. B. B., Monteiro, É. P. & Freitas, J. V. T. (2014). *Reduzindo o estigma entre usuários de drogas. Guia para profissionais e gestores*. Juiz de Fora: Editora UFJF.
- Saffioti, H. I. (1987). *O poder do macho*. São Paulo: Moderna.
- Da Silva, T. T. (2007). A produção social da identidade e da diferença. In: _____ (Org.). *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais* (pp. 73-102). Rio de Janeiro: Vozes.
- Souza, J. (2016) *Crack e exclusão social*. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Droga.
- Souza, MRRD, Oliveira, JFD., & Nascimento, ERD. (2014). A saúde de mulheres e o fenômeno das drogas em revistas brasileiras. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23(1), 92-100. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/p_t_0104-0707-tce-23-01-00092.pdf
- Souza, J.G. D. (2006) *A história de vida de mulheres alcoolistas com uso abusivo de bebidas alcoólicas: um estudo à prática profissional da enfermagem na saúde da mulher*. Tese (Doutorado em Doutorado em enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Notas

¹ O termo “usada” refere-se a uma gíria utilizada entre os profissionais, para designar alguém que esteja sobre o efeito de alguma substância psicoativa

² Implanon é um método contraceptivo colocado sob a pele do braço da mulher, o efeito é obtido principalmente por inibição da ovulação, ele evita a gravidez por até três anos. (Implanon, 2015).

Rayssa Madalena Feldmann.
Universidade de Santa Cruz do Sul.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1911-7228>
E-mail: rayssafeldmann@gmail.com

Moises Romanini. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3288-4763>
E-mail: moisesromanini@yahoo.com.br

Submetido em: 22/08/2020
1ª rodada: 24/09/2020
2ª rodada: 29/06/2021
Aceito em: 25/11/2022
