

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E
INSTITUCIONAL - PPGPSI

FERNANDA DOS SANTOS DE MACEDO

A ECONOMIA MORAL NA ATENÇÃO A GESTANTES QUE USAM CRACK:
Uma análise das práticas cotidianas de cuidado

Porto Alegre

2016

FERNANDA DOS SANTOS DE MACEDO

A ECONOMIA MORAL NA ATENÇÃO A GESTANTES QUE USAM CRACK:

Uma análise das práticas cotidianas de cuidado

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Paula Sandrine Machado

Porto Alegre

2016

FERNANDA DOS SANTOS DE MACEDO

A ECONOMIA MORAL NA ATENÇÃO A GESTANTES QUE USAM CRACK:

Uma análise das práticas cotidianas de cuidado

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social e Institucional.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Paula Sandrine Machado

Aprovado em 20 de janeiro de 2016.

Comissão Examinadora

Prof^a. Dr^a. Ilana Mountian - USP

Prof^a. Dr^a. Sandra Djambolakdjian Torossian - UFRGS

Prof. Dr Henrique Caetano Nardi - UFRGS

Prof^a. Dr^a. Paula Sandrine Machado (Orientadora) - UFRGS

AGRADECIMENTOS

É difícil agradecer, porque há aqueles/as aos/às quais me faltam palavras para expressar o quanto suas presenças e auxílios foram fundamentais durante os processos de pesquisa e de escrita da dissertação. Também porque muitas pessoas se fizeram importantes nas discussões sobre as temáticas dessa dissertação, na construção da pesquisa - desde um emprestar de livro, repassar bibliografia, discutir o projeto e material etnográfico até contribuir nas transcrições. Gestos que evidenciam essa produção coletiva.

Em primeiro lugar, demonstro meu apreço e agradecimento aos/às profissionais dos serviços de saúde que me acolherem, discutiram e me possibilitaram ensinamentos para além dos objetivos desta pesquisa. Também às mulheres gestantes que me permitiram conhecê-las e dividiram comigo experiências e conversas.

À minha orientadora Paula Sandrine Machado, pela aposta e confiança em meu trabalho, por estar junto e ao lado, não só nessa escrita, mas em todo processo de mestrado, emprestando seu olhar perspicaz para o material da pesquisa e para meu posicionamento em relação ao campo. Muito Obrigada!

Ao Henrique Nardi e à Sandra Torossian, pelos momentos de discussão do projeto, que renderam contribuições preciosas para a construção da pesquisa e por aceitaram participar de mais este.

À Prof^a Ilana Mountian, por aceitar o convite em participar desse momento, dedicar-se a essa leitura e contribuir com seu olhar e reflexão.

Aos colegas dos coletivos de discussão e trabalho dos quais me aproximei nesses dois anos: Núcleo de Pesquisa em Sexualidade e Relações de Gênero (NUPSEX), Grupo Trans/Intersex e Centro Referência em Direitos Humanos, Relações de Gênero, Diversidade Sexual e Raça (CRDH): por todas as discussões, desconfortos, desconstruções, compartilhamentos, pelo aprofundamento teórico. Enfim, por tornarem a academia um lugar divertido de viver. Em especial, ao Tiago e à Hari pelo apoio nas transcrições.

Ao grupo de Pesquisa Saúde, Minorias Sociais e Comunicação, da UFSM que proporcionou minha iniciação no mundo acadêmico, pela troca de saberes e o desenvolvimento de uma posição crítica que continuam reverberando em minha prática.

À Adriane Roso, fundamental para minha construção como psicóloga social e pesquisadora. Dentre muitos, carrego comigo, o aprendizado de uma postura ética e implicada, apreendida na relação.

Ao Moises Romanini, que me incentivou desde que demonstrei a primeira vez interesse pelo mestrado, abrindo muitas portas nesse processo. Agradeço pelo tanto que aprendi contigo e continuo aprendendo.

Ao William, companheiro em todos os momentos, inclusive na "reclusão dissertativa", obrigada pelo apoio em mais uma empreitada, sempre carinhoso e divertido, tornando esse momento mais leve.

À minha família, minha vó Tetê, minha mãe, Maria Luisa, meu pai Junior e meu irmão Renato, que demonstraram em mais essa fase, cuidado e suporte incondicional.

Em especial, a minha mãe, colega e amiga, pelo tanto que aprendemos juntas, pelas discussões e sua leitura dedicada a esse texto, por tudo, sempre.

Às amigas e aos amigos que, perto ou longe, travei discussões, que me confortaram e incentivaram, divertiram, inclusive, aquelas/es que nem mesmo sabiam do que se tratava o tema.

A UFRGS, por ser palco de encontros tão especiais, com colegas e professoras/es, com a prática docente, teorias, metodologias....

Ao CNPq, pela concessão da bolsa de mestrado.

RESUMO

O uso de crack por mulheres, principalmente durante a gestação, é considerado um problema de saúde pública no Brasil. Diante dessa conjuntura, interessou-nos compreender como as práticas de saúde direcionadas às gestantes que usam crack são atravessadas por princípios e escolhas produzidos culturalmente. Sendo assim, o objetivo geral desta pesquisa é analisar como a economia moral opera nas cenas de cuidado em relação à atenção a gestantes que fazem uso de crack. Utilizamos como operador conceitual central a noção de economia moral, do modo como foi desenvolvida por Didier Fassin. Esse conceito auxilia na compreensão dos valores e lógicas de legitimidade acionadas na relação de profissionais da saúde com as gestantes, que conformam os tratamentos direcionados às vidas. Trata-se de uma pesquisa etnográfica desenvolvida em dois serviços de saúde no Estado do Rio Grande do Sul, que se propõem a atender gestantes que usam crack: um Consultório na Rua e uma Unidade de Internação Psiquiátrica em um Hospital Materno Infantil. O *corpus* analítico configura-se a partir de observações-participantes no cotidiano dos serviços, relatos em diário de campo, análise de prontuários e de entrevistas com profissionais. Assim, percebemos que a economia moral opera, neste campo, sustentada, principalmente, nas concepções dos/as profissionais sobre maternidade e sobre drogas, construídas na interação entre as lógicas de modelos de atenção, valores compartilhados pelas equipes de saúde, formação profissional e experiências pessoais. A legitimidade conferida às vidas conforma práticas nos serviços direcionadas às gestantes, como as propostas terapêuticas, as escolhas reprodutivas, a avaliação das condições de maternidade e o maior ou menor investimento na relação da mulher com seu/sua filho/a.

PALAVRAS-CHAVE: Gestantes. Crack. Psicologia Social. Economia Moral. Gênero.

ABSTRACT

The use of crack cocaine by women, especially pregnant women, is considered a public health issue in Brazil. Facing this conjuncture made us interested in understanding how health practices directed toward crack users who are pregnant are crossed with principles and choices that are culturally produced. This way, the main goal of this research is to analyze how the moral economy operates in relation to caretaking of pregnant women who use crack. As the central conceptual operator the notion of moral economy was used, as it was developed by Didier Fassin. This concept helps to understand the values and the logic of legitimacy triggered in the relationships of health professionals with the pregnant women who conform to the treatments directed towards life. This research dealt with an ethnographic research developed in two health service providers from the state of Rio Grande do Sul which propose to take in pregnant women who are crack users: one Clinic in the Street, and another psychiatric unit for hospitalization in a Maternal-Infant Hospital. The analytical *corpus* was formed from participant observations of the daily services, accounts of field journals, analysis of health records and interviews with the professionals. With this, it was perceived that the moral economy operates in this field, supported especially in the conceptions of the professionals about maternity and drugs, built up on the interaction between the logic of the models caretaking, values shared by the health staff, professional background, and personal experiences. The legitimacy conferred to life is in conformity with the practices delivered in the services directed towards the pregnant women, such as the therapeutic proposals, reproductive choices, the evaluation of the conditions of maternity, and the more or less investment in the relationship of the women with her child.

KEY WORDS: Pregnancy, Crack, Social Psychology, Moral Economy, Gender.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BA - Busca ativa

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas

CD4 - Cluster of Differentiation 4 (Grupamento de Diferenciação 4)

Centro POP - Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CP - Exame Citopatológico (ou Papanicolau)

CR - Consultório na Rua

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CT - Comunidade Terapêutica

DIU – Dispositivo Intrauterino

DQ - Dependência Química

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF - Estratégia da Saúde da Família

FASC - Fundação de Assistência Social e Cidadania

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

HIV - *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana)

LT - Laqueadura Tubária

POP – Procedimento Operacional Padrão

PVC - *Polyvinyl chloride* (policloreto de vinil)

RD - Redução de Danos

SAE - Serviço de Atendimento Especializado

SAT - Serviço de Atenção Terapêutica

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SUS – Sistema Único de Saúde

TB - Tuberculose

TCC – Terapia Cognitivo Comportamental

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDO - tratamento diretamente observado

TO – Terapia Ocupacional

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFSM - Universidade Federal de Santa Maria

UIP - Unidade de Internação Psiquiátrica

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA..12

Aproximação às temáticas de drogas e gênero.....	12
Breves notas sobre noções e denominações relacionadas ao uso de drogas	15
As estatísticas e o panorama mundial/nacional	17
Discursos e políticas sobre pessoas que usam drogas	19
Mulheres e crack: uma questão de saúde pública.....	21
Tratamentos, políticas, e outras intervenções da/na saúde.....	23
Delineamento da pesquisa: campo, conceitos e objetivos	25
1 CONSTRUÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA: ECONOMIA MORAL E ETNOGRAFIA EM CONTEXTOS DE SAÚDE.....	29
1.1 Uma saúde pública que se (re)faz no ato: esquadrinhando contextos e práticas... 	29
1.2 Política dos sujeitos e valoração das vidas.....	32
1.3 Moral em análise: como operam as lógicas de legitimidade na atenção a gestantes que usam crack.....	35
1.4 Perspectivas epistemológicas e metodológicas.....	41
<i>1.4.1 Psicologia Social.....</i>	<i>41</i>
<i>1.4.2 A posicionalidade e a perspectiva feminista.....</i>	<i>42</i>
<i>1.4.3 Etnografia na análise da economia moral</i>	<i>44</i>
1.5 Inserção no campo: negociações	46

1.5.1 Consultório na Rua.....	48
1.5.2 Unidade de Internação Psiquiátrica	52
1.5.3 Percepções sobre os inícios	55
1.6 O estar no campo e a apropriação do método.....	56
1.7 A dimensão ética - relação e pesquisa.....	61
2 OS MODELOS DE ATENÇÃO E AS LÓGICAS DE PRODUZIR SAÚDE	66
2.1 Debate sobre produção do cuidado e modelos de atenção	66
2.2 Modelos de atenção e perspectivas ético-políticas no cuidado com pessoas que usam drogas.....	68
2.3 O Consultório na Rua: contexto e vínculo na produção do cuidado	70
2.3.1 <i>Passado e presente...Reestruturação.....</i>	70
2.3.2 <i>Da base à rua, de mãos dadas por aqui, por ali nas andanças pela rede</i>	72
2.3.3 <i>Organização e composição da equipe.....</i>	73
2.4 A atenção a gestantes que usam crack no modelo de atenção com ênfase psicossocial	75
2.4.1 <i>Contatos, vínculo e rotina: o que a proximidade revela</i>	78
2.4.2 <i>Proposta terapêutica: Redução de Danos</i>	81
2.5 A Unidade de Internação Psiquiátrica: reforma em percurso	90
2.5.1 <i>Organização da Equipe e funcionamento do serviço.....</i>	91
2.6 A atenção a gestantes que usam crack no modelo de atenção com ênfase hospitalar	94

2.6.1 Proposta Terapêutica: desintoxicação	95
2.6.2 A dependência química	96
2.7 Ponderações finas sobre perspectivas ético-políticas	104
3 ECONOMIA MORAL NAS CENAS DE CUIDADO: DILEMAS E AFETOS 106	
3.1 Como opera a economia moral: categorias de análise e dimensões de reflexão... 106	
3.2 Dilemas e afetos que revelam a economia moral..... 108	
3.2.1 Aproximação e conhecimento transmutando o preconceito	108
3.2.2 Gestantes que usam drogas dão muito trabalho	111
3.3 Consultório na Rua: "quando bate o a sanção!"	114
3.4 Hospital: "E o meu cuidado tem que ser prestado da melhor forma possível" ... 121	
3.4.1 Motivação ao tratamento, fissuras e maternidade	124
3.4.2 As condições de maternagem e avaliação	127
3.5 Considerações sobre as valorações das vidas	130
4 UMA PESQUISA NÃO CHEGA AO FIM, SUGERE UM OUTRO COMEÇO: FISSURAS E (RE)ARRANJOS NO CUIDADO EM SAÚDE	135
REFERÊNCIAS.....	141
APÊNDICE A - A economia moral na atenção a gestantes que usam crack.....	152

INTRODUÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Aproximação às temáticas de drogas e gênero

Meu olhar para a temática do uso de drogas, especialmente, o crack tem início durante minha graduação em psicologia na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), onde participei de um grupo de pesquisa que se propõe a analisar os discursos sobre drogas veiculados nos meios de comunicação e suas inter-relações com a cultura de massa. Ao participar de pesquisas e atividades em serviços de saúde, pude observar diversas relações travadas com as drogas, conhecer estratégias elaboradas para uso ou para evitá-lo, a potência do vínculo com profissionais para o tratamento ou construção de novas alternativas de vida. Essas experiências contribuíram para ampliar o conceito de droga, indagar que saúde se busca, questionar como e que discursos produziam um modo de ser usuário/a de drogas e de olhar e lidar com esse sujeito e repensar modos de atenção à saúde dessas pessoas, em que os sujeitos e seus desejos fossem o foco e não a droga.

No que tange à caracterização de pessoas que fazem uso de crack em diversos estudos e meios de comunicação de massa, o perfil é traçado como preponderantemente homens e jovens (idade entre 18 e 29 anos) (OLIVEIRA; NAPPO, 2008; DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008). No entanto, investigações mais recentes indicam um aumento no uso de crack entre as mulheres (KASSADA et al., 2013; BOTELHO; ROCHA; MELO, 2013; OLIVEIRA; PAIVA; VALENTE, 2007). No mesmo sentido, em nossas pesquisas¹, entre 2009 e 2013, notamos um aumento de reportagens que enfocavam o uso de crack por mulheres, principalmente, que realçavam a relação com a prostituição, a gravidez e a internação compulsória.

Tais constatações, somadas à aproximação teórica ao campo, fizeram-me perceber a importância de lançar um olhar a partir da perspectiva de gênero para os discursos midiáticos. Portanto, em meu trabalho de conclusão de curso busquei analisar discursos veiculados na

¹ "Ideologia, produção de subjetividades e drogas: discursos midiáticos sobre o crack na cultura (pós)-moderna"; e "Cenários midiáticos/institucionais, relações de poder e representações: desafios atuais na saúde pública", do Grupo de Pesquisa "Saúde, Minorias Sociais e Comunicação" (UFSM) coordenado pela professora Adriane Roso.

mídia televisiva sobre a atenção à saúde de mulheres que usam drogas. Sendo assim, identificamos relações entre os discursos da reportagem “Mães do crack” (MACEDO; ROSO; LARA, 2015) e a reprodução do novo racismo, expressão empregada no campo dos estudos críticos do discurso (VAN DIJK, 2000; 2008).

Na reportagem supracitada, há a seleção de alguns tópicos para serem relacionados às mulheres, como a prostituição e a incapacidade de cuidarem das/os filhas/os. Além disso, evidencia-se a ausência de controle sobre o corpo, descuido com a contracepção, gravidez recorrente, sendo que o controle sobre a reprodução é apresentado apenas como dever das mulheres. Somando-se a isso, veicula-se na reportagem um discurso biomédico e enfocando o tratamento em instituições fechadas, que não pressupõe o conceito ampliado de saúde, basilar no movimento brasileiro pela Reforma Sanitária e na definição da política pública vigente. Portanto, salienta-se que quando a mídia oculta aspectos do contexto histórico, político e sócio-cultural e posiciona as mulheres que fazem uso de crack como únicas responsáveis pelos problemas que envolvem o uso de crack e o cuidado a seus/suas filhos/as, está indicando sua posição limitada frente à questão. Sobretudo, discursos que além de reforçarem significados, conceitos e modos de viver, também os constroem.

De acordo com Jeane Oliveira, Enilda do Nascimento e Mirian Paiva (2007), a utilização do referencial de gênero é fundamental para o reconhecimento do impacto sócio-cultural nas construções da masculinidade/feminilidade e, por conseguinte, é capaz de promover novas orientações conceituais e metodológicas aos agentes públicos responsáveis pelo enfrentamento das demandas sociais e pela elaboração de políticas públicas. As autoras supracitadas reforçam a importância do reconhecimento das diferenças de gênero na implementação da atenção a usuários de drogas, posto que o uso de substâncias é permeado por relações de poder, determinando modos diferentes de acesso e consumo entre mulheres e homens.

Ao debaterem sobre a fundamentação moral e sexista de um modelo de tratamento proposto por comunidades terapêuticas, Marco Aurélio Prado e Isabela Queiroz (2012) referem que a própria disfuncionalidade presente no uso abusivo de drogas diz respeito a um sofrimento oriundo do fato de vivermos sob condições sociais sexistas. Assim, para discutir sobre as desigualdades de gênero tanto do uso de drogas, quanto ao acesso a tratamento - já que compreendem o significado dispar para o tratamento de homens e mulheres - propõem-se

a analisar as relações de subordinação e opressão às quais as mulheres estão submetidas e os lugares de fragilidade e insuficiência historicamente a elas atribuídos.

O argumento sustentado aqui é de que todas as situações descritas acima [*problemas intrapsíquicos, como depressão, baixa autoconfiança, irritabilidade, pressões profissionais e familiares e problemas de saúde*] como tipicamente associadas ao abuso de drogas em mulheres reproduzem desigualdades de gênero sustentadas por prescrições do patriarcado que estabelecem às mulheres uma condição de insuficiência e submetimento. Tal condição de fragilidade e conseqüente necessidade de proteção justificariam estratégias de controle e vigilância sobre as mulheres, mantidas ainda por uma lógica de cuidado diferenciado decorrente de sua função reprodutora. Daí todo um aparato governamental de manejo e submetimento pautado por ações de normatização da saúde que, sob o discurso de uma atenção especializada, serve à manutenção das hierarquias de gênero e dos lugares inferiorizados tradicionalmente atribuídos às mulheres (PRADO; QUEIROZ, 2012, p. 309).

Uma vez que o uso de crack por mulheres entrou para o rol de problemas de saúde pública do país, práticas e políticas têm sido implementadas em relação a elas. Meu intuito não é negligenciar o potencial danoso do uso de crack, mas acima de tudo, pensar estratégias condizentes com as demandas dos sujeitos e repensar os elementos acionados na produção de práticas de saúde. Assim, após ter me debruçado a investigar os discursos midiáticos sobre o tema, interessou-me compreender se esses mesmos significados veiculados pela mídia atravessam as práticas desenvolvidas pelos/as profissionais de saúde e/ou se conectam com as vivências das mulheres em seu contato com os serviços de saúde.

Nesta pesquisa buscamos analisar como opera a economia moral na atenção à saúde de gestantes que usam crack. A economia moral, segundo Didier Fassin, diz respeito às dimensões acionadas nos processos de valoração e hierarquização da noção de cidadania que conformam os tratamentos direcionados às vidas (2014). Do ponto de vista metodológico, foi realizada uma etnografia em dois serviços de saúde no Estado do Rio Grande do Sul, um Consultório na Rua e uma Unidade de Internação Psiquiátrica em um Hospital Materno Infantil, o que possibilitou que observássemos as articulações entre moralidades sobre drogas e gênero que conformam políticas e as práticas direcionadas às gestantes que usam crack. Nas páginas seguintes apresentaremos o problema desta pesquisa e contextualizaremos a emergência da associação do uso de crack e gestação como questão de saúde pública. Para tanto, discorreremos sobre o panorama epidemiológico e dos estudos que trabalham com a temática para contextualizar o campo discursivo das ciências humanas e também biomédico que produzem esse tema.

Breves notas sobre noções e denominações relacionadas ao uso de drogas

Droga é ênfase, não é nem demoníaca e nem paradisíaca: é um agente químico que amplifica os fenômenos, os processos micro/macrossociais. (ROTELLI, 1992, p. 67).

A relação com as drogas sempre esteve presente nas diversas sociedades, sendo usadas por motivos religiosos, culturais e/ou questões pessoais de diversas ordens (TOTUGUI et al., 2010). Nas sociedades contemporâneas, o termo "droga" é empregado para descrever substâncias psicoativas ilícitas, as quais são alvo dos regimes de controle e proibição, e seu uso é considerado, predominantemente, abusivo (SIMÕES, 2008). A separação entre drogas lícitas e ilícitas sustenta-se nas concepções científicas, bem como em outros campos e instituições, como a medicina e a religião, reforçando dicotomias entre o bem e o mal, entre o certo e o errado. Tal categorização determina as relações estabelecidas com as drogas, a produção, o mercado, as políticas, afetando os modos de compreender a pessoa que tem problemas com drogas, principalmente negando a diversidade de usos e limitando o acolhimento de situações singulares (TOROSSIAN; PAPINI, 2013).

Ilana Mountian (2004), em artigo onde analisa o papel do conceito de drogadição na sociedade contemporânea, busca resgatar as questões éticas e morais do entendimento atual do fenômeno. Ressalta que a adição passou a ser entendida como doença nos meados do século XIX e, no século seguinte, foram elaboradas leis para controlar e erradicar o uso de certas substâncias psicoativas. Assinala que a mudança no entendimento de drogas e adição, alicerçada nos ideais morais do “*Temperance movement* e do protestantismo” (p.1) - presentes ainda hoje nos discursos sobre drogas e adição - deu-se em meio a “uma atmosfera de pós-guerra, xenofobia, ascensão da medicina e questões político-econômicas, contribuindo para o fenômeno do medo da adição” (p.1) e influenciando na direção de um modo de tratamento punitivo (MOUNTIAN, 2004).

Consideramos o uso e a própria definição das "drogas" atrelado aos âmbitos social e cultural. Nossa posição baliza-se pela noção defendida por Antônio Escohotado (1997), para o qual os valores sustentados por cada sociedade influem nas concepções acerca das drogas. O autor refere que qualquer substância tem potencial para ser um veneno ou um remédio. Logo, a constituição da droga como benéfica ou nociva dependeria de: dose, objetivo do uso, pureza e condições de acesso ao produto e modelos culturais de uso. Sendo que Escohotado destaca as circunstâncias extrafarmacológicas na classificação e definição das drogas e pessoas que

fazem uso. Tanto Escohotado quanto Franco Rotelli desnaturalizam a concepção corriqueira de droga - fundada principalmente numa lógica proibicionista (RODRIGUES, 2003) - e deslocam o foco na droga para a relação através da qual se entrelaçam sujeito, substância, contexto, cenário, etc. Acreditamos, portanto, que o termo droga é demasiado limitado para representar o fenômeno, mas optamos por utilizá-lo, pois é uma palavra comumente utilizada nos estudos dedicados à temática, principalmente no âmbito das ciências humanas, e que diz respeito tanto a substâncias lícitas quanto ilícitas.

Apontamos nosso alinhamento com o debate acerca das denominações sobre àqueles/as que fazem uso de drogas. Segundo Dênis Petuco (2010), ao utilizarmos o termo "dependentes químicos/as" é a substância que ocupa o centro da reflexão. Assim, procurando romper com processos de assujeitamento que acontecem tanto no Direito quanto na Saúde, e focando o debate nos sujeitos, propõe o termo "pessoa que faz uso de drogas". Esse termo também é utilizado por Adriane Roso (2013), pois compreende que o mesmo apresenta o uso de drogas como um significante para o sujeito e não como um significado do sujeito: "a opção pela expressão "pessoa que faz uso de drogas" busca atenuar os sentidos classificatórios que limitam a autonomia do sujeito e o situam no campo patológico." (p.2).

Entretanto, no cotidiano dos locais onde foram realizadas as observações, os termos utilizados variam de pessoa para pessoa ou no discurso de uma mesma pessoa. De modo geral, no campo desta pesquisa destacaram-se duas formas distintas de denominar as mulheres: "dependente química" e "usuária". Essa última possuía dupla função pois, ao mesmo tempo, remetia-se a pessoas que fazem uso do Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda, principalmente no contexto hospitalar, a denominação "paciente" era frequentemente utilizada para identificar a pessoa que acessa o serviço de saúde. Salientamos, assim, que quando empregamos os termos "dependente química", "usuária" ou "paciente" indicamos que estamos fazendo referência ao uso êmico, ou seja, feito pelas pessoas nos contextos pesquisados, ou remete-se ao emprego feito por alguma referência teórica utilizada.

O enfoque no uso de crack em detrimento de outras drogas neste estudo deve-se a dois motivos centrais: a visibilidade conferida a essa droga atualmente, a qual incita debates complexos e tensões entre as áreas de saúde e de segurança públicas; e pelo uso de crack ser considerado um tipo de consumo realizado por pessoas que estão socialmente excluídas, sendo conhecido como a "droga das ruas" (SILVA, 2000). Essas razões se relacionam, pois,

ao estarem "à margem", o uso de crack por essas pessoas torna-se visível, ao passo que a sociedade, ao reforçar estereótipos em relação a elas, contribui para a produção dessa exclusão. Na medida em que o uso de crack foi evidenciado enquanto epidêmico, diversas características foram atreladas às mulheres que fazem uso de crack, como: falta de controle sobre o corpo e sobre os próprios atos, desinteresse pelos laços familiares, criminalidade, violência, prostituição. Por isto, consideramos relevante observar como as características construídas socialmente para o crack classificam e hierarquizam as mulheres que fazem uso do mesmo, sobretudo quando estão sob a marca da maternidade.

As estatísticas e o panorama mundial/nacional

No que tange às diferenças de gênero no uso de drogas, quase todos os inquiridos que compuseram o Relatório Mundial sobre Drogas, desenvolvido pela United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC, 2014) apontaram que os homens são mais propensos que as mulheres a usar drogas. Contudo, ressaltam que o hiato de gênero encolhe quando dados sobre o uso indevido de medicamentos são considerados. Em consonância com esse relatório, o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência - EMCDDA (2013) indica que, entre os consumidores de crack/cocaína em tratamento, 16% são definidos como mulheres e 84% como homens. Considerando-se o panorama mundial, há uma baixa prevalência anual de uso de cocaína: 0,4%. Já as estimativas por região demonstram discrepâncias para esse uso: África 0,4%; Américas 1,5%; Ásia 0,05%; Europa 0,7%; Oceania 1,5%. (UNODC, 2014). Em ambos relatórios o uso do termo cocaína é empregado para englobar as diversas drogas derivadas do cloridrato de cocaína, como é o caso do crack². Isto é, estes números descrevem o uso de um mesmo princípio ativo, mas sem considerar que há especificidades nas práticas, nos usos e nas características das/os usuárias/os de crack, quando comparados aos/às da cocaína em sua forma pura. O Relatório Mundial sobre Drogas de 2015 (UNODC, 2015) refere estabilidade da prevalência de uso em todo o mundo e sublinha que há problemas no acesso ao tratamento, principalmente por parte das mulheres.

Em contrapartida, no Brasil, através de uma parceria entre a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), foi realizado um

² Subproduto obtido a partir de cloridrato de cocaína, submetido a processos de conversão e adição de substâncias como água, bicarbonato de sódio e hidróxido de amônia para torná-lo adequado para fumar (SEIBEL, 2009).

estudo para delinear o perfil da população usuária de crack, principalmente aqueles que se deslocam entre cenas públicas de uso - esse termo fora usado para delimitar os espaços abertos utilizados para consumo de crack e similares nas cidades brasileiras, que entraram no mapeamento para a viabilização do estudo. Dentre os dados encontrados destacam que os usuários de crack e/ou similares (pasta base, merla e “oxi”) correspondem a 35% dos consumidores de drogas ilícitas nas capitais do país. Ainda, apontam para a superposição do uso dessas drogas com o consumo de drogas lícitas - o álcool e o tabaco, majoritariamente (FIOCRUZ, 2013).

Nas cenas públicas de uso, as pessoas que fazem uso de crack são predominantemente do sexo masculino (78,7%), dado em sintonia com a literatura nacional, que aponta para uma presença masculina maior em cenas abertas e na interface com o tráfico (FIOCRUZ, 2013). Essa diferença também é descrita no II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil (CEBRID, 2006): o uso de crack durante a vida para homens é de 1,5% e para mulheres 0,2%. Quanto às mulheres usuárias de crack/similares que participaram da pesquisa, cerca de 10% relataram estar grávidas no momento da entrevista, e cerca de 46,6% das usuárias engravidou ao menos uma vez desde que iniciado o uso do crack/similares (FIOCRUZ, 2013).

As estimativas para uso regular de crack/similares estão expressivas nas capitais da região sul do Brasil, correspondendo a cerca de 1% da população. Assim, corresponde a 52% de todas as drogas ilícitas (que não a maconha) consumidas nessas capitais (FIOCRUZ, 2013). Quanto à proporção por sexo, na região sul, o uso de crack durante a vida encontra-se em 0,4% para mulheres e em 2,2% para homens (CEBRID, 2006). O estudo desenvolvido pela FIOCRUZ (2013) indicou, ainda, baixo acesso a serviços de atenção à saúde entre as pessoas que fazem uso de crack. Apesar de 78,9% relatarem desejo em se tratar ou cuidar da sua saúde, somente 20,2% chegam ao serviço. Portanto, é urgente pensar sobre as peculiaridades dessas pessoas, visto que influem em como as políticas públicas devem ser estruturadas e em que direção devem orientar as ações cotidianas em saúde.

Resultados obtidos no II Levantamento sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas (CEBRID, 2006) apontaram, em 2005, a prevalência de 0,7% de uso de crack na vida, enquanto dados epidemiológicos de 2013 indicaram que 0,81% de pessoas consumiam crack no país, portanto uma prevalência de uso acrescida de 0,11% em oito anos (FIOCRUZ, 2013).

Os meios de comunicação, além de diversos atores sociais, consideram o uso de crack como epidêmico, logo, o modo como são divulgadas as informações e tratados os dados, influenciam em como a sociedade compreende e relaciona-se com as substâncias consideradas drogas e com as pessoas que delas fazem uso. Deste modo, uma reflexão cuidadosa torna-se imprescindível, tanto em relação às asserções que qualificam como alarmante o aumento de uso/abuso de crack no Brasil, quanto às modalidades de medidas de enfrentamento ao problema.

Discursos e políticas sobre pessoas que usam drogas

Em que pese o registro de uso de crack no Brasil remontar ao final dos anos 80 (OLIVEIRA; NAPPO, 2008), atualmente, a droga crack ganhou grande visibilidade. A dita "epidemia" de crack é veiculada e propagada pela mídia, fato que também tem sido analisado criticamente em diversos estudos (e.g. MELOTTO, 2009; ROMANINI; ROSO, 2012; SILVA, 2000). Vale destacar que o termo epidemia é usado no campo da saúde para indicar a ocorrência excessiva de casos de doenças transmissíveis em populações abertas (BARATA, 1990). É notório que o crack não é contagioso. Contudo, a divulgação midiática que transforma os diversos usos em um jargão "epidemia de crack" opera dentro de uma sociedade que, de modo geral, considera o uso de drogas enquanto doença. Portanto, há uma grande parcela da população que se vê ameaçada por essa percepção simbólica de que o crack se alastra.

Na atual conjuntura, o crack é atrelado a aspectos de ordem política, do campo da saúde e da segurança pública. Destarte, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, instituído pelo Decreto nº 7.637 (BRASIL, 2011b), e o Programa Crack, é Possível Vencer, lançado em 2011 - que pretende integrar ações da saúde, assistência social, educação e segurança pública - são ações do Governo Federal que exemplificam a intensa e crescente preocupação dirigida ao uso de crack. No que diz respeito às políticas sobre drogas, caminhamos, atualmente, em um terreno arenoso, de disputa de forças dicotômicas: de um lado práticas de cuidado que buscam promover a autonomia e a liberdade do sujeito; de outro, medidas de segregação que propõem a internação de modo indiscriminado, não considerando essa pessoa como sujeito de direitos.

Com a reforma psiquiátrica, iniciou-se a discussão nas políticas públicas sobre abordar uso e abuso de álcool e outras drogas de modo mais integrado e levando em conta a

complexidade do cuidado (CFP, 2013). O redirecionamento da assistência em saúde mental no país privilegia o tratamento em serviços abertos, não hospitalares, e de base comunitária. O Relatório Brasileiro sobre Drogas (BRASIL, 2009), ao referir sobre a política de atenção à saúde mental, evidencia que o cuidado deve ser desinstitucionalizado e territorializado. Desse modo, a adoção do paradigma da Redução de Danos nas políticas de saúde e socioassistenciais impulsiona o desenvolvimento de práticas de cuidado partindo da defesa dos direitos humanos das pessoas que fazem uso de drogas (BRASIL, 2003a; BRASIL, 2006a).

Em contrapartida, os programas baseados na internação em hospitais ou comunidades terapêuticas, por exemplo, a Resolução n° 62/2009 (RIO GRANDE DO SUL, 2009) e o Programa Recomeço (SÃO PAULO, 2013), demonstram que no Brasil coexistem práticas de atenção à saúde respaldadas em uma visão hospitalocêntrica e outras estratégias baseadas na perspectiva psicossocial. Sendo assim, 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. Todavia, no âmbito das práticas cotidianas em saúde as políticas e medidas vigentes são acionadas conforme às percepções frente ao caso, por isso merecem uma reflexão a partir de suas nuances e controvérsias.

No campo das drogas, as iniquidades de gênero também estão presentes, marcando a experiência de mulheres que fazem uso de drogas (OLIVEIRA; NASCIMENTO; PAIVA, 2007). Assim, o olhar para o uso de crack por mulheres é permeado de concepções morais posto que, segundo as autoras, esse uso contraria a representação normativa da mulher enquanto mãe, esposa e cuidadora da família. Assim, a tensão entre os modos de cuidado a pessoas que usam crack direciona-se de modo diverso quando esse uso é feito por gestantes. Portanto, entendemos ser relevante reconhecer como as construções de gênero influenciam as práticas de saúde. Em nosso campo de análise, isso pode ser visto, a princípio, pela inserção das mulheres que fazem uso de drogas na lógica de saúde pública a partir da gestação. Lógica que assume algumas populações enquanto objetos de preocupação política e investimentos no âmbito da saúde. Destarte, os estudos feministas pós-estruturalistas contribuem para nossa reflexão de como a economia moral opera nas práticas em saúde, no que tange à performatividade de gênero (BUTLER, 2007).

A gestação coloca-se como um aspecto que generifica as pessoas e acaba por significar o uso de droga de modo diverso. Tanto as políticas quanto as práticas cotidianas reforçam a construção de corpos 'femininos' impondo uma normatividade do que é ser mulher. Nesse sentido, Marco Aurélio Prado e Isabela Queiroz (2012) discutem que a diferenciação atribuída aos corpos masculinos e femininos produziram um ocultamento de determinadas práticas sociais não relacionadas diretamente às mulheres, como o uso de drogas, principalmente as ilícitas.

Mulheres e crack: uma questão de saúde pública

O aumento do uso de crack por mulheres tem sido tema de diversas produções acadêmicas, sobretudo, salientando repercussões do abuso de crack na esfera da saúde pública. Há destaque para o impacto econômico: altos custos para desintoxicação, hospitalização prolongada, associação com criminalidade (COSTA et al., 2012); igualmente, a gravidez das usuárias é considerada onerosa em função dos aparatos da saúde e assistência social utilizados (MELLO, 2011). Assim, torna-se central, no contexto dessas discussões, o debate acerca dos prejuízos do crack para o feto.

Os artigos valem-se de evidências (identificação de sintomas e efeitos do uso de substâncias) para auxiliar na comprovação dos inúmeros malefícios que o uso de crack acarreta durante a gestação, parto e puerpério, além das consequências para a saúde da mulher e da criança. Dentre as repercussões neonatais que podem ser potencializadas pela exposição ao crack durante a gestação foram mencionadas: alta incidência de aborto, descolamento prematuro de placenta, trabalho de parto prematuro, ruptura uterina, disritmias cardíacas, ruptura hepática, isquemia cerebral, infarto e morte (BOTELHO; ROCHA; MELO, 2013); prejuízos no que se refere às medidas antropométricas (MELLO, 2011); maus resultados de desenvolvimento durante a infância (FIOCCHI; KINGREE, 2001).

Após apresentarem diversas consequências e as complicações obstétricas, fetais e neonatais, os estudos indicam a falta de dados precisos e inexistência de consenso a respeito da relação entre o consumo de crack e impactos para a mulher e o feto (BOTELHO; ROCHA; MELO, 2013; MARQUES et al., 2012; KUYAVA, 2013; KASSADA et al., 2013; COSTA et al., 2012). Aliado a isso, Ana Cecília Marques et al. (2012), mencionam que poucos estudos detectaram diferenças entre os filhos de mães usuárias e não usuárias de crack, no que se refere tanto às complicações ao nascimento quanto no desenvolvimento. Entretanto, tais

complicações foram apresentadas nesses artigos como decorrência principal do uso da substância, sem considerar o contexto de vida da mulher, da gestação e do cuidado em saúde.

Determinadas pesquisas que se detiveram em descrever as características das usuárias de crack traçaram um perfil baseado em determinados marcadores, como: baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, jovens, desempregadas, moradoras de rua (BOTELHO; ROCHA; MELO, 2013; COSTA et al., 2012; KUYAVA, 2013; MARANGONI; OLIVEIRA, 2013; OLIVEIRA; PAIVA, 2007). Ainda, o uso de crack por mulheres fora relacionado a uma série de "comportamentos de risco": doenças sexualmente transmissíveis (DST), sobretudo altas taxas do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sífilis, elevado uso de outras drogas e envolvimento em atividades ilegais (COSTA et al., 2012). Somando-se a isso, o uso dessa droga tem sido associado ao aumento da prevalência de gravidez não planejada (BOTELHO; ROCHA; MELO, 2013) e à prostituição, entendida como forma de garantir o uso de drogas e/ou de ganhar dinheiro para mantê-la (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013; BOTELHO; ROCHA; MELO, 2013; COSTA et al., 2012). Ao compreenderem que esses "comportamentos de risco" podem contribuir para a ocorrência de complicações para a gestante e para o bebê, tal caracterização de usuária sustenta alguns discursos que concebem a conjugação da gestação e uso de crack enquanto problema de saúde pública.

Conjuntamente, encontramos estudos, em sua maioria do campo das ciências humanas e sociais, que se propõem a aprofundar a relação entre o feminino e o uso de drogas. Tendo como exemplo Selma Silva (2000), a qual frisa a importância de levar em consideração, além dos aspectos farmacológicos e epidemiológicos, o estado psíquico de quem usa e o contexto sociocultural onde ocorre esse uso para dar conta de outros fatores envolvidos nessa questão. A autora refere que a maior exposição aos problemas de saúde, principalmente DST, é ocasionada não só pelo uso de crack, mas também pela situação de pobreza e crenças das mulheres do que seja ser saudável.

Os estudos epidemiológicos ao buscarem descrever os fatores que influenciam no processo saúde-doença auxiliam a medir efeitos, seja do uso de uma droga, do tratamento ou das diversas situações relacionadas. Assim, fornecem dados para analisar e modificar as situações. Portanto, o modo como tais dados são coletados, apresentados e analisados influencia na elaboração de políticas públicas, estratégias de enfrentamento, significado conferido socialmente a determinado fenômeno, etc. Determinados estudos, inclusive no

campo das neurociências, como a pesquisa coordenada por Hallam Hurt, desmitificam a conexão direta entre uso de cocaína pelas mães e prejuízos para os filhos. Este estudo aponta que o desenvolvimento de filhos de mulheres que fizeram uso de cocaína durante a gestação não possuem diferenças com o desenvolvimento de outras crianças não expostas à droga na gestação, mas criadas em ambientes semelhantes. Concluem que, na verdade, uma discrepância que pode ser crucial ao desenvolvimento reside nas situações de vulnerabilidade social (BETANCOURT et al., 2011). Isto é, apontam que as consequências do uso de crack e cocaína estão mais atreladas ao contexto e ambiente de uso do que à substância em si.

Tratamentos, políticas, e outras intervenções da/na saúde

A atenção à saúde de mulheres que usam crack e outras drogas ilícitas gera debates controversos no campo científico. Há autores que relacionam a dificuldade de busca por atendimento com o fato de muitos usuários e usuárias não reconhecerem o problema, e devido aos obstáculos enfrentados pela ilegalidade da droga (KUYAVA, 2013; MARQUES et al., 2012). Outros centralizam seus argumentos na discriminação e preconceitos impostos a essas mulheres, sobretudo por parte dos profissionais de saúde, mas também pela sociedade, o que acarreta num isolamento social das mesmas (BOTELHO; ROCHA; MELO, 2013; OLIVEIRA; PAIVA; VALENTE, 2007).

O Brasil carece de unidades de tratamento específico para usuários de crack, em especial usuárias do sexo feminino (PEDROSO; KESSLER; PECHANSKY, 2013). Além disso, o planejamento e a implantação de intervenções para pessoas que fazem uso de drogas estão baseados em necessidades masculinas, com pouca consideração para quaisquer diferenças entre os gêneros, sejam elas fisiológicas, psicológicas ou sociais (OLIVEIRA; NASCIMENTO; PAIVA, 2007). No que tange às políticas sobre drogas no Brasil, evidencia-se que são raras as propostas que se ocupam da atenção a mulheres. Na Política Nacional sobre Drogas vigente (BRASIL, 2005), as especificidades relacionadas às mulheres são mencionadas apenas uma vez, junto a vários outros grupos (por exemplo, crianças e adolescentes, idosos, população carcerária e egressa, trabalhadores/as do sexo e populações indígenas). Ainda, salientamos que as políticas, de modo geral, se estruturam a partir da dicotomia entre homens e mulheres cisgêneros, ou seja, quando se referem a homens e mulheres não estão, usualmente, falando de homens e mulheres trans.

Alguns artigos apontam a gestação como uma oportunidade para o engajamento dessas mulheres no tratamento em relação ao uso de drogas, ou seja, quanto às mulheres que não "aderem" aos tratamentos, a gravidez é mencionada como uma janela de oportunidade (BOTELHO; ROCHA; MELO, 2013; COSTA et al., 2012). Porém, Sônia Marangoni e Magda de Oliveira (2013) apresentam dados indicando que a gravidez não funcionou como *turning point* para usuárias de crack, uma vez que a maioria delas "abriu mão" da maternidade, mantendo o uso de drogas.

Assim, as produções científicas indicam a gravidez como uma das situações que requerem um tratamento específico; necessidades as quais nem sempre são reconhecidas e satisfeitas pelos serviços destinados à assistência de pessoas que usam drogas (OLIVEIRA; PAIVA; VALENTE, 2006). Ainda, ressaltam a importância das intervenções precoces com as gestantes, posto que os programas e técnicas específicas, ao serem gerenciados por especialistas em dependência de drogas, renderiam resultados mais eficazes (PEDROSO; KESSLER; PECHANSKY, 2013; FIOCCHI; KINGREE, 2001). Sônia Marangoni e Magda Oliveira (2013) alertam para a maior incidência de complicações na gestação daquelas mulheres que fazem uso de drogas e não são assistidas por serviços de pré-natal. Explicam que a falta de acompanhamento por equipe de saúde durante a gestação, a alimentação inadequada, além da ausência de suporte familiar e a continuidade do consumo levam ao nascimento de crianças prematuras, com baixo peso e outras complicações neonatais.

Nos estudos norte-americanos analisados, centrados na perspectiva biomédica, o tratamento é ponto central na problemática do uso de crack. Os resultados do trabalho de Rheta Lanehart et al. (1994) indicam que as mulheres podem ser responsivas ao tratamento quando este é feito "sob medida" para a sua pessoa e inclui o apoio da comunidade a longo prazo. Dentre os fatores identificados como fundamentais para estimular mulheres usuárias de crack e cocaína a aderir a tratamento de saúde encontram-se serviços acessíveis, como unidades móveis, hospitais-dia, grupos de pares (MALTA et al., 2008), abrigos conjuntos para mulheres e suas/seus filhos/as (WALLACE, 1991). A proposta desses artigos norte-americanos é visível: apresentar evidências que corroborem a necessidade de investimentos no desenvolvimento de serviços de tratamento para mulheres adictas durante a gravidez. O tratamento delas é relacionado a melhores resultados de nascimento de suas crianças, visto que há redução no abuso de substâncias (FIOCCHI; KINGREE, 2001). Assim sendo, há uma

tendência nos estudos de primar por longas estadias em tratamento, sendo intervenções residenciais ou internação hospitalar.

Nos moldes de internação a longo prazo, no contexto brasileiro, encontram-se as comunidades terapêuticas. Segundo Prado e Queiroz (2012), esse serviço vem desenvolvendo ações de tratamento da dependência em escalas cada vez mais crescentes, ocupando o lugar deixado vago pelas políticas públicas de drogas. O campo da saúde mental no Brasil está em construção, mas o atendimento territorializado, ambulatorial, humanizado, as intervenções baseadas na Redução de Danos, representam a política oficial do Ministério da Saúde para o tratamento de usuários de drogas, mas ainda são pouco conhecidas e aceitas (PRADO; QUEIROZ, 2012). Considerando as intervenções direcionadas às pessoas que usam drogas, salientamos a necessidade de fortalecer estratégias pautadas nos direitos humanos, em uma ética acolhedora e respeitosa, na qual o foco é o sujeito e não a droga. Por exemplo, o Plano Terapêutico Singular, os Consultórios na Rua, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre outras intervenções culturais e artísticas.

Delineamento da pesquisa: campo, conceitos e objetivos

Conforme demonstramos a partir dos estudos realizados sobre a temática, o uso de crack ganha significados e intervenções específicos quando realizado por mulheres. Especificamente no que tange à gestação, observa-se um cuidado que oscila entre demandas das mulheres e preocupações com os/as filhos/as, por exemplo, a promoção de anticoncepção em massa, o aumento de medidas de internação compulsória, a destituição da guarda de filhas/os, e os direitos das mulheres frente a sua saúde. Evidencia-se assim, o debate sobre a valoração das vidas e como esta orienta práticas de atenção às mulheres. Para analisar os modos de avaliação e diferenciação de vidas utilizaremos, no presente estudo, a noção de políticas da vida, conforme descrita por Didier Fassin. Nesta pesquisa, o conceito traduz-se na análise do tratamento direcionado às vidas das gestantes: de que modo esse corpo se torna objeto de intervenção do Estado pela (outra) vida que carrega, justamente por essa outra vida provocar um embate nas propostas de cuidado a elas.

A partir do referencial teórico de Didier Fassin entendemos o valor diferencialmente atribuído às vidas. Por conseguinte, as práticas direcionadas a essas, fundamentam-se em princípios e padrões construídos no âmago da cultura. Neste trabalho, empregamos o conceito de economia moral (FASSIN, 2008; 2009) visando analisar as tomadas de decisão e as

práticas dos/as profissionais na atenção a gestantes enquanto moldadas por uma concepção de justiça "moral". Assim sendo, interessou-nos compreender como as práticas de saúde direcionadas às gestantes usuárias de crack são atravessadas por princípios e escolhas produzidos culturalmente, que informam as escolhas individuais, políticas e sociais. Portanto, a utilização da noção de economia moral auxiliou na compreensão das hierarquias em jogo nesses processos. Deste modo, traçamos como objetivo desta dissertação analisar como a economia moral opera nas cenas de cuidado em relação à atenção a gestantes que fazem uso de crack.

Conforme apontamos no início da introdução, trata-se de uma pesquisa etnográfica desenvolvida em dois serviços de saúde no Estado do Rio Grande do Sul, que se propõem a atender gestantes que usam crack: um Consultório na Rua (CR) e uma Unidade de Internação Psiquiátrica (UIP) em um Hospital Materno Infantil. A escolha por realizar a pesquisa em diferentes serviços deve-se ao fato de contribuir para a análise de como são articuladas as práticas de atenção à saúde das gestantes na rede em modelos de atenção com ênfases diferentes. Ainda, salientamos que o intuito não foi compará-los, mas apresentar as dimensões que se sobressaíram em cada espaço.

A pesquisa de campo configurou-se a partir de observações-participantes no cotidiano dos serviços, relatos em diário de campo, análise de prontuários e entrevistas com profissionais. Esse trabalho guiou-se a partir de três objetivos específicos, sendo eles: observar as práticas de saúde desenvolvidas pelos/as profissionais na atenção às gestantes que usam/usaram crack; conhecer como se estabelece o vínculo entre os/as profissionais e as gestantes; e investigar como ocorre o fluxo na rede de atenção às gestantes que usam crack.

Esta dissertação ganha forma na medida em que começo a escrita pelas angústias e mobilizações pelas quais sou tomada durante o processo de pesquisa³. Assim, percebo que estou diante de uma dupla tarefa: produzir um trabalho condizente com meus posicionamentos políticos e promover uma discussão que seja ética, em seu sentido reflexivo e relacional. Isto é, manter uma relação ética perante os espaços em que me foram permitidos circular, pontuando sobre a produção de um conhecimento localizado - a partir do que os

³ A escrita da dissertação é principalmente realizada na primeira pessoa do plural, pois remete à construção coletiva, que entendo inerente a toda produção de conhecimento, logo, de pesquisa. Nos momentos que me refiro ao trabalho de campo, sensações e vivências, utilizo a primeira pessoa do singular.

posicionamentos desta pesquisadora possibilitaram escutar e olhar. Logo, meu intuito nesse trabalho é apontar algumas percepções possíveis a partir de minha visão no/do campo. Procuo evitar lançar julgamentos morais sobre as ações, mas sim descrever cenas, apresentar e analisar as concepções, práticas e justificativas das/dos profissionais para suas ações em relação às gestantes que usam crack. Tal análise fornece pistas para pensarmos como está sendo efetivada a atenção a essas mulheres e sobre o que poderia ser melhorado tanto a partir de percepções minhas, mas, principalmente, por ideias e reflexões travadas pelas/os próprios/as profissionais.

A escolha pela utilização do conceito de economia moral na análise sobre os serviços e práticas de profissionais da saúde, em detrimento de outras perspectivas, ocorreu devido à percepção de que esse conceito, ao conceber as ações enquanto produzidas na/pela cultura, propicia a análise dos valores, normas, afetos e sentimentos acionados nas decisões e pelos quais os/as profissionais agem, isto é que definem nosso mundo moral (FASSIN, 2006). Por conseguinte, a noção de economia moral associada à etnografia nos permitiu conhecer os contextos em que os sujeitos se inserem, e assim, perceber as nuances das práticas profissionais.

Segundo Didier Fassin (2008), para evitar o julgamento dos/as profissionais acerca dos valores declarados e práticas observadas, é crucial compreender o contexto das profissões e o desconforto moral que as situações vividas colocam. Logo, "os comportamentos dos profissionais de saúde não podem ser entendidos fora do contexto histórico coletivo e individual" (FASSIN, 2008, p. 268). Conforme nossa apropriação, nesta pesquisa a economia moral é conformada pelas seguintes dimensões de reflexão: elementos atinentes aos modelos de atenção (que corresponde ao contexto institucional e pressupostos ético-políticos); grupo social (no que diz respeito aos valores e princípios compartilhados como certos ou errados) e igualmente pelos aspectos individuais (experiências pessoais e profissionais). Assim, ao considerar a economia moral a partir dessas dimensões, que compõem um emaranhado complexo, percebemos como as equipes se apropriam de seus trabalhos e de que forma justificam suas ações na atenção a gestantes que usam crack, bem como há aspectos particulares dos/das profissionais, que mobilizam afetos e emoções, articulados nas relações com as gestantes que conformam as práticas.

A construção teórica e metodológica desta pesquisa é tema do capítulo um. Inicialmente, traçamos questionamentos acerca da saúde pública, entendendo-a como produção social a partir de Didier Fassin e Michel Foucault e exploramos os conceitos de economia moral e políticas das vidas, pois os mesmos auxiliam na análise de como operam os processos valorativos nas sociedades conformando diferentes modos de práticas na saúde. Conjuntamente, nesse mesmo capítulo, apresentamos as perspectivas epistemológicas e metodológicas e a constituição do percurso metodológico desta pesquisa: inserção e vivências no campo, as ferramentas de pesquisa e modos de análises do *corpus* empírico, e ainda, a dimensão ética e meu posicionamento na pesquisa.

No capítulo dois, propusemos a descrição e análise das práticas dos/as profissionais a partir de “modelos de atenção”, pois evidenciam que o modelo influencia e sustenta modos de pensar e agir dentro dos serviços de saúde. Portanto, descrevemos a organização dos serviços, e sua relação na rede de saúde, bem como expusemos situações em que percebemos que as características atinentes aos modelos conformam modos de prestar o cuidado. Assim, consideramos a economia moral operando através de práticas que se inscrevem nas lógicas de saúde e de cuidado produzidas nesses e por esses modelos.

Por fim, no capítulo três, traçamos análises sobre como a economia moral opera no âmbito das relações encetadas no cotidiano dos serviços. Isto é, de que forma o vínculo com as gestantes é atravessado pelas trajetórias pessoais dos/as profissionais, e de que forma isso influencia na hierarquização e investimento nas vidas, sustentando, por conseguinte, práticas de cuidado e tomadas de decisão pelos/as profissionais. Logo, o dilema evidenciado na atenção a gestantes que usam crack, entre as concepções sobre drogas e sobre maternidade, fundamenta a economia moral nesses contextos.

1 CONSTRUÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA: ECONOMIA MORAL E ETNOGRAFIA EM CONTEXTOS DE SAÚDE

Neste capítulo propomos expor os pressupostos teóricos e metodológicos que nos guiamos para a construção da presente pesquisa. Apresentamos uma discussão sobre saúde pública visando tensioná-la enquanto produção social sustentando-nos em Fassin e Foucault. Em seguida discorremos sobre os conceitos de políticas das vidas e economia moral, os quais sustentarão o debate sobre o valor das vidas e, como uma hierarquização dessas, atravessadas por princípios produzidos culturalmente, informam práticas em saúde. Quanto à construção metodológica, expomos as perspectivas que sustentam nosso posicionamento e análises: psicologia social, a perspectiva feminista e a etnografia. Por fim, apontamos o desenvolvimento desta pesquisa: inserção e vivências no campo, as ferramentas de pesquisa, modos de análises do corpus empírico, e a dimensão ética.

1.1 Uma saúde pública que se (re)faz no ato: esquadrihando contextos e práticas

O uso de crack consolidou-se como pauta tanto nos meios de comunicação de massa quanto nas conversas cotidianas e, mais recentemente, tem crescido como tema de artigos científicos, dentre outras produções acadêmicas. Em que pese as diferenças quanto aos objetivos, pressupostos teóricos e metodológicos, na maioria dos artigos analisados, no campo da saúde, o uso de crack por gestantes é considerado um problema de saúde pública (KASSADA et al., 2013; FIOCCHI; KINGREE, 2001; BOTELHO; ROCHA; MELO, 2013; OLIVEIRA; PAIVA; VALENTE, 2007). Do mesmo modo, em estudo sobre discursos midiáticos, apontamos que esse uso é relacionado a uma questão de saúde pública na intersecção de dois "problemas": o uso de drogas e a gravidez não planejada (MACEDO; ROSO; LARA, 2015).

O termo "saúde pública" é atualmente utilizado em uma ampla gama de situações sem conter explicações acerca dos motivos pelos quais se entende determinado fenômeno como tema de saúde pública. Todavia, neste estudo questionamos a noção de saúde pública entendida como uma evidência, tomando emprestado alguns deslocamentos analíticos tecidos por Michel Foucault e Didier Fassin. Assim, situamo-la enquanto uma construção social, bem como, compreendemos que os elementos que constroem determinados fenômenos, enquanto problemas de saúde pública, estão diretamente relacionados à forma como iremos definir e

produzir algo como “saúde” e como “pública”, sendo necessário explicitar do que se trata quando mencionamos esse termo.

A emergência da saúde pública como campo problemático remonta à concepção de população enquanto objeto da preocupação política e, por conseguinte, da publicização da vida - entendida como o dispositivo que associa a saúde e o público, tornando esse um território de investimentos (BERNARDES, PELLICCIOLI; GUARESCHI, 2010). A partir da discussão sobre a tecnologia política dos indivíduos, Foucault (2006b) fornece indícios sobre a maneira pela qual fomos levados a nos reconhecer como sociedade, como elemento de uma entidade social, como parte de uma nação ou de um estado. Um dos aspectos contemplados é o questionamento perante a inserção da população como objeto de estudo das ciências sociais:

Creio que se o homem - nós, seres de vida, de fala e de trabalho - se tornou objeto para diversas outras ciências, é preciso buscar a razão disso, não em uma ideologia, mas sim na existência dessa tecnologia política que formamos no seio de nossas sociedades (FOUCAULT, 2006b, p. 318).

Foucault (2006b) articula a Revolução Francesa a um primeiro grande programa sistemático de saúde pública para o Estado Moderno, o qual contempla o que deve ser feito pela administração para proteger a vida dos indivíduos. Assim, o autor indica que o cuidado com a vida do indivíduo se tornou, nessa época, um dever do Estado. No entanto, a gestão da vida passa a ser um programa de Estado, na medida em que a vida é entendida enquanto produtiva, um fenômeno necessário para o progresso da nação, exigindo, sobretudo, investimentos na saúde das populações (BERNARDES, PELLICCIOLI; GUARESCHI, 2010).

Quanto à problemática suscitada pelos tensionamentos do público na saúde, Anita Bernardes, Eduardo Pelliccioli e Neuza Guareschi (2010) referem que a publicização da vida dá condições de visibilidade (tornar-se objeto de análises) e enunciabilidade (constituir-se campo de produção de subjetividades) à saúde. Segundo as autoras, a saúde, especialmente a saúde dos pobres, torna-se uma urgência a ser respondida e a resposta a essa urgência é assumida pelo Estado.

Ao pensar a saúde pública, partindo de um estudo de caso sobre intoxicação por chumbo na França, Fassin (2004) situa a construção social dessa epidemia de intoxicação em um contexto mais vasto de mudança cultural, através do qual a governança dos seres humanos afeta não só os indivíduos, mas as populações. Essa perspectiva de saúde, além do cuidado

com os doentes, implica a elaboração da prevenção de riscos e a antecipação de problemas. O autor entende, de maneira ampla, a saúde pública enquanto uma atividade humana que transforma fenômenos considerados naturais em fatos culturais. Por um lado, tal atividade naturaliza evidências inscritas em seus objetos e, por outro, produz declarações e ações sobre os objetos, atuando, ainda, sobre a cultura, as representações e as práticas das pessoas.

Fassin rejeita uma noção de saúde pública preexistente, auto-evidente, considerando-a construção em ato. Isto é, a reconfiguração diária e local das práticas delinea configurações plurais e cambiantes de saúde pública. Ao passo que, na perspectiva de Fassin, assume-se que a saúde pública não existe em si, mas conforme o processo pelo qual ela se define e se expressa, é através da observação das cenas locais que se pode mostrar modos particulares de invenção de saúde pública (RUI, 2014). Logo, no contexto da presente pesquisa, podemos pensar como as políticas públicas instituídas são operadas, construindo novas categorias e novas subjetividades, tanto de profissionais quanto de usuárias.

Entendemos, portanto, que a atenção à saúde de gestantes que fazem uso de crack se faz no ato. Sendo assim, para investigar esse tema, consideramos fundamental atentar para como as/os profissionais pensam e desenvolvem práticas de cuidado, de que modo, nesse sentido, atuam como uma espécie de porta-vozes das políticas públicas relacionadas às gestantes que usam crack, o que Michael Lipsky denominaria como próprio dos "burocratas do nível da rua" (LIPSKY, 1969)⁴. O que desejamos aprofundar nesta pesquisa é como as tomadas de decisão e práticas dos/as profissionais da saúde, que se ocupam do atendimento às pessoas, são orientadas por princípios morais, isto é, concepções construídas socialmente do que é certo ou errado. Deste modo, o conceito de economia moral é central neste estudo, porque permitiu observar as articulações entre moralidades no campo das drogas e de gênero que conformam políticas e as práticas direcionadas às gestantes que usam crack em sua reconstrução diária.

⁴ Entendidos como funcionários/as que em seus encontros cotidianos e face-a-face com os cidadãos "representam" o governo. Por estarem no "nível da rua" são atores considerados estratégicos para a compreensão da realidade das políticas públicas. O trabalho do burocrata do nível da rua encontra-se num entremeio: tanto da organização pela qual trabalham, quanto pelos cidadãos alvo das políticas - uma vez que estão no último nível de execução dessas políticas e carregam consigo grandes responsabilidades sobre o sucesso destas. (LIPSKY, 1969).

Nesse campo investigativo, destaca-se um encontro e conflito de vidas: das gestantes, dos bebês, dos/das profissionais, dos estudantes⁵, da minha. Para aprofundar o debate frente ao valor da vida e à compreensão de como as práticas são atravessadas por princípios e escolhas produzidos culturalmente, utilizamos o conceito de economia moral em articulação com um debate a respeito da política sobre a vida conforme apropriações de Didier Fassin.

1.2 Política dos sujeitos e valoração das vidas

No que tange à discussão sobre a política das vidas, Fassin (2014) entende que a economia moral define o escopo da análise sobre a biopolítica contemporânea, em especial, através de como é o tratamento direcionado a vidas à margem, como os imigrantes, os pobres, a juventude dita delinquente:

O estudo da biopolítica é particularmente crucial quando esta governa as vidas dos indesejados e outros que sofrem (FASSIN, 2001a) [...] oscilando entre sentimentos de comiseração, por um lado, e de preocupação com a ordem por outro lado, entre uma política de piedade e políticas de controle. (FASSIN, 2014, p.5)

Assim sendo, antes de adentrarmos na discussão delineada por Fassin, discorreremos sobre o conceito de biopolítica conforme desenvolvido por Michel Foucault, já que sua obra foi basilar para o desenvolvimento das teorizações de Fassin. Segundo Foucault (2006b), a economia política, desenvolvida no fim do século XVIII, instaurou uma nova tecnologia governamental, um dispositivo de regulação, que possui como condição de possibilidade a percepção e o reconhecimento da naturalidade de certo número de fenômenos indissociáveis uns dos outros: fenômenos econômicos, demográficos, entre outros. Essa tecnologia do poder sobre a "população" e sobre a vida como problema político é a biopolítica, a qual é integrada por previsões, estimativas estatísticas, medições globais, e, conseqüentemente, intervenções nesses fenômenos no nível coletivo (FOUCAULT, 2002).

A fim de governar a vida, a biopolítica ocupar-se-á da gestão da saúde, da higiene, da alimentação, da sexualidade, da natalidade, na medida em que elas se tornaram preocupações políticas (REVEL, 2005). Ao discorrer sobre o poder no século XIX, Foucault (2002), apesar

⁵ Enquanto estudantes nesses campos de pesquisa situo as/os residentes e as/os estagiárias/os de cursos técnicos e de graduação que atuam nesses locais. Saliento suas presenças de modo específico, pois possuíam tarefas e responsabilidades diferentes dos/as profissionais dos serviços, e muitas vezes não eram englobados nessa categoria pelos próprios atores. Em alguns momentos, coloco-os/as como profissionais quando, em função de determinado contexto, fez sentido concebê-los enquanto equipe, ou quando especificá-los/as como residentes ou estagiários/as pode identificá-las/os.

de expor a inserção da população no cerne dos mecanismos regulamentadores do Governo, refere que o poder incide também sobre o corpo, através de mecanismos disciplinares. Destarte, a norma é o elemento que vai circular entre o disciplinar e o regulamentador, que vai se aplicar, da mesma forma, ao corpo e à população. Logo, principalmente através da medicina, articula-se o poder disciplinar e o regulamentador:

[...] o conjunto constituído por medicina e higiene, vai ser no século XIX um elemento, não o mais importante, mas aquele cuja importância será considerável dado o vínculo que estabelece entre as influências científicas sobre os processos biológicos e orgânicos (isto é, sobre a população e sobre o corpo) e, ao mesmo tempo, na medida em que a medicina vai ser uma técnica política de intervenção, com efeitos de poder próprios. (FOUCAULT, 2002, p. 301-302).

Nas sociedades contemporâneas, a produção de sujeitos ocorre também via medicalização: através do que irá se constituir enquanto “evidências” - como os dados estatísticos, os resultados de experimentos – moldam-se estilos de vida, constroem-se e desconstroem-se sujeitos (ROSE, 2007). Segundo Isabela Queiroz (2015), é através do dispositivo de medicalização que os usuários dos serviços de saúde tornam-se objeto de uma intervenção institucional fundamentada na normalização biopolítica que se ocupa mais da gestão da saúde do que com a escuta das singularidades.

Apropriando-se da analítica de Foucault sobre biopolítica, Fassin (2009) dedica-se a refletir sobre como as sociedades contemporâneas tratam seus membros, considerando o valor que atribuem à vida de modo geral em contraposição à valoração da vida em particular. Sendo assim, entende que

What politics does to life – and lives – is not just a question of discourses and technologies, of strategies and tactics. It is also a question of the concrete way in which individuals and groups are treated, under which principles and in the name of which morals, implying which inequalities and misrecognitions (FASSIN, 2009, p. 57)⁶.

A política dos sujeitos é o objeto de análise que Fassin escolhe enfatizar, isto é, as perspectivas dos próprios sujeitos sobre seus modos de viver. A Fassin interessa compreender como os indivíduos respondem à "regulação dos corpos", o que fazem com/a partir da norma quando são interpelados pelo Estado, ciência, medicina, justiça, etc., já que acredita que a

⁶ "O que as políticas fazem para a vida — e as vidas — não é apenas uma questão de discursos e tecnologias, de estratégias e táticas. É também uma questão dos modos concretos pelos quais os indivíduos e grupos sociais são tratados, sob quais princípios e em nome de qual moral, implicando-se nisso desigualdades e falsos reconhecimentos" (Tradução nossa).

política da vida é principalmente uma questão de sentido e de valores. Logo, a partir de uma preocupação com a dimensão ética, Fassin desenvolve a noção de políticas da vida, a qual refere-se ao sentido dado à vida e à forma de tratar as vidas em várias sociedades.

Pode-se compreender que, segundo Fassin, a política da vida contempla tanto as experiências significadas e renegociadas pelos próprios sujeitos sobre suas vidas, quanto uma vida localizada em termos políticos, étnicos, geográficos, o que lhes garante ou retira o *status* de vida e, conseqüentemente, quais direitos serão garantidos ou negados. Dessa perspectiva, Fassin lança-se a analisar outras dimensões na compreensão e descrição da vida.

Ao referir a biopolítica enquanto política sobre a vida propõe um entendimento sobre a vida considerando seus múltiplos sentidos e não querendo limitá-la em termos biológicos ou enquanto população: "life which is lived through a body (not only through cells) and as a society (not only as species). I propose to name it 'life as such' (FASSIN, 2009, p. 48)"⁷. Por conseguinte, expõe o conceito de biolegitimidade, que diz respeito ao poder da vida como tal, no sentido em que o corpo torna-se instrumento para reivindicação de direitos. Vincula, assim, a questão da vida enquanto uma "cidadania biológica" com a construção do sentido e valor da vida. O ponto central da analítica de Fassin sobre biolegitimidade, em nossa leitura, é a concepção de que vidas que poderiam ser "descartadas" adquirem cidadania via necessidades do corpo, e conseqüentemente, acesso a direitos, como explicita em "*When bodies remember*" (2007). Assim, o referencial teórico do autor ampara a discussão sobre o corpo enquanto lugar de enunciação política.

O que interessa a Fassin (2009) é evidenciar os modos de avaliação e diferenciação de vidas, porquanto essas são conformadas por violências políticas e estruturais, prolongadas por políticas diversas, decisões morais e interpretações culturais. Nas sociedades contemporâneas em que - supostamente - não há poder soberano, as vidas são moldadas e valoradas pelas opções políticas e economias morais das sociedades. O termo moral remete a uma série de conceitos. É preciso delimitar que, nesse contexto, Fassin (2008) indica o uso proposto: "I

⁷ "Vida que é vivida através de um corpo (não só através de células) e como sociedade (não apenas como espécie). Eu proponho nomeá-la 'vida como tal'." (Tradução nossa).

simply refer to the human belief in the possibility of telling right from wrong and in the necessity of acting in favour of the good and against the evil (p. 334)"⁸.

Em suma, ele busca compreender a vida a partir de uma antropologia política e moral, visto que as sociedades contemporâneas são caracterizadas pela legitimidade que atribuem à vida (FASSIN, 2009). A antropologia moral, portanto, propõe a moral enquanto objeto de análise, à vista de compreender de que forma operam os princípios avaliativos, as práticas sociais, os processos valorativos nas sociedades (FASSIN, 2008). Tais princípios e práticas podem ser compreendidos através da análise das economias morais das sociedades contemporâneas.

O conceito de economia moral emerge na obra de Edward Thompson (1998) para analisar as relações e negociações - entre comerciantes/distribuidores/compradores ingleses no século XVIII - que se opunham a noção de economia liberal. A utilização do termo "moral" confere às relações do que posteriormente nomeou-se "mercado" um sentido social e cultural. Ou seja, guiavam-se pelos pressupostos compartilhados na comunidade do que era justo e legítimo nas negociações. Segundo Fassin (2014), nessa teorização há um significado econômico específico, contudo, apropria-se do sentido mais amplo que o conceito de economia moral expressa: "a economia de valores e normas morais de um dado grupo em um dado momento" (p. 4). Portanto, na sequência discorreremos sobre a economia moral segundo Thompson e Fassin, e de que modo esse conceito viabiliza a análise de valores que definem nosso mundo moral.

1.3 Moral em análise: como operam as lógicas de legitimidade na atenção a gestantes que usam crack

Através da discussão sobre a política da vida, procuramos evidenciar que, dentre os objetivos explorados por Fassin, situa-se a compreensão sobre os modos de avaliação das vidas, as quais são moldadas pelas opções políticas e valores calcados na cultura. A economia

⁸ "Eu simplesmente refiro-me à crença humana na possibilidade de distinguir o certo do errado e na necessidade de agir em favor do bem e contra o mal." (Tradução nossa).

moral que sustenta a legitimidade de vidas acarreta, também, a produção de desigualdades e as hierarquizações em torno das mesmas. Assim,

as questões analisadas por Fassin, em distintos contextos de campo, dão margem à produção de hierarquias morais entre sujeitos enquanto objetos de intervenção política — que, no limite, nos conduzem a uma geografia moral do mundo (KOPPER, 2014).

A economia moral é um conceito que entra em cena em diversos estudos de Didier Fassin, por exemplo, sobre a polícia francesa e a aplicação da lei (2013) e sobre as experiências e história sobre a AIDS na África do Sul pós-apartheid (2007). Fassin parte do conceito cunhado pelo historiador Edward Palmer Thompson em 1971. O conceito 'economia moral' empregado por Thompson faz referência a um contexto específico - os motins da fome na Inglaterra do século XVIII, os quais decorrem dos confrontos entre uma economia de mercado inovadora e a economia moral da plebe, baseada no costume. Contudo, a economia moral não se manifestava apenas nos momentos de crise mas incidia sobre o governo e o pensamento do século XVIII (THOMPSON, 1998).

Ao examinar as negociações e os protestos das classes trabalhadoras no contexto supracitado, Thompson (1998) procurou revelar as regras invisíveis, decodificar as formas de expressão simbólica - tradições, superstições - que orientavam as relações "não-econômicas", em detrimento das sanções, trocas e motivações monetárias diretas. Tais negociações e protestos eram baseados em referências morais e éticas da multidão que tomavam como justas e legítimas tais práticas em períodos de escassez, cobrando obrigações sociais das elites produtoras em relação aos pobres. As práticas desses eram legitimadas pelos aspectos dos costumes e das tradições que invocavam. Por buscarem elementos de legitimação nas tradições, passados entre gerações e compartilhados de modo bastante homogêneo entre a classe de trabalhadores, entendemos que o conceito de economia moral possui caráter mais estático na descrição de Thompson do que o é nas análises de Fassin, o qual revisita o conceito a partir dos novos trânsitos das sociedades contemporâneas.

Um ponto que merece atenção nas análises de Thompson é o senso de justiça produzido no âmago da economia moral. As forças de controle social e moral produzidas pela própria cultura plebéia eram construídas de modo que fossem mais justas do ponto de vista de classes. Assim, a economia moral nos estudos de Thompson (1998) apresenta-se pela apreciação dos pressupostos morais que orientavam o comportamento dos ingleses pobres no século XVIII, isto é, no entendimento do padrão de comportamento coletivo produzido como

estratégias de obtenção do bem-estar comum. Lembrar os códigos, expectativas e necessidades do contexto no qual o conceito de economia moral foi pensado pode, segundo Thompson (1998), renovar nossa percepção sobre a gama de possibilidades implícita no ser humano, apesar de salientar que nunca retornaremos à natureza humana pré-capitalista.

Thompson evidencia que o conceito de economia moral foi forjado em um contexto específico - para entender os valores morais de grupos dominados - no entanto, assinala que o termo inseriu-se nas agendas de pesquisa e "há muito tempo esqueceu sua filiação" (1998, p. 266). Didier Fassin, autor que sustenta nossas análises, vale-se do conceito de economia moral, entendendo-a como valores compartilhados por um grupo que baseiam o julgamento e a justificativa das suas ações.

As produções de Fassin se inscrevem na articulação entre o campo da saúde e as ciências sociais. Logo, no bojo de suas discussões, reside a precariedade inerente às vidas e às conformações de determinadas vidas enquanto sujeitos de intervenções políticas. Isto implica a tensão entre a razão humanitária⁹ e a justiça social¹⁰, na medida em que a legitimidade do direito à vida, reconhecida pelas economias morais contemporâneas, contribui para a menor visibilidade das desigualdades sociais (FASSIN, 2010). Os direitos compreendidos enquanto legítimos em contextos específicos estão conectados com os valores atribuídos às vidas, por isso as noções sobre políticas da vida e economia moral mostram-se oportunas para refletir acerca da atenção a gestantes que usam crack.

Conforme apropriação de Fassin, a economia moral diz respeito aos princípios construídos nos processos culturais baseados em uma concepção de justiça "moral" e que influenciam e moldam decisões individuais, políticas e sociais. Sendo assim, tal formulação

⁹ A Razão humanitária, segundo definição de Fassin (2012) revela as ambiguidades que confrontam os Estados e organizações e como eles lutam para lidar com o intolerável, principalmente com as vidas dos desamparados ou ameaçados, como os imigrantes na França, os órfãos de pais e mães que morreram devido à AIDS na África do Sul, etc. No que tange ao governo humanitário, os sentimentos morais, influenciam nos discursos políticos e legitimam o direcionamento de um olhar e de ações de vitimização e compaixão. Ao passo que o humanitarismo atua como intervenção no espaço público baseado na compaixão, visando salvar vidas e aliviar sofrimento, confere um valor desigual às vidas, hierarquizando-as no acesso aos bens e benefícios sociais (MARULANDA, 2015).

¹⁰ A noção de justiça social diz respeito aos princípios de justiça que estão à prova nas situações de decisão. Fassin (2012) pondera que intervenções humanitárias são mais mobilizadas por compaixão do que por justiça. Segundo o autor dois modelos fundam a justiça, os quais se precisa deixar de pensar como incompatíveis: o da desigualdade, que exige a redistribuição e o da alteridade, que exige o reconhecimento (FASSIN, 2006).

sobre economia moral contribuiu na análise das hierarquias presentes nas cenas de cuidado em relação a gestantes que fazem uso de crack, que analisaremos neste trabalho, sendo que tais hierarquias estão sustentadas, sobretudo: nas iniquidades baseadas no gênero e, ainda, nas diferenciações valorativas atribuídas aos tipos e usos de drogas. Como será desenvolvido nos capítulos dois e três, tais elementos podem ser evidenciados pela escolha da proposta terapêutica, pela avaliação sobre a motivação da gestante ao tratamento, pela análise ou posicionamento sobre as condições das mulheres permanecerem com os/as filhos/as, enfim, pelos conflitos da equipe na priorização de direitos que se sobrepõem: da gestante e do feto¹¹.

A respeito desse assunto, o Estado também se coloca na encruzilhada de decidir quais vidas têm prioridade. Conforme descrevemos anteriormente, entendemos o Estado, não como instância homogênea e coerente, mas como sendo materializado nas práticas dos sujeitos que, ao estarem no entremeio das diretrizes institucionais e da prestação dos serviços, constroem diariamente a atenção à saúde. Por conseguinte, são as/os profissionais que acabam sendo aqueles/as responsáveis por decisões atinentes à atenção às usuárias dos serviços. Destaca-se a importância de olhar para o modo como está sendo pensado e realizado o cuidado nesses locais e de que modo as/os profissionais entendem e justificam suas práticas. Ainda, saliento que a concepção de Fassin (2004) sobre saúde pública, enquanto construída e produzida socialmente, contribuiu para o delineamento do operador conceitual central dessa dissertação: a economia moral. O autor sugere rejeitar a concepção reificada de saúde pública, entende-a enquanto precária, e, buscar olhar suas configurações multifacetadas e, ao invés de prescrever o que essa deveria ser, esforçar-se para descrever como ela funciona (FASSIN, 2004).

A lógica da economia moral faz-nos refletir sobre a construção de sujeitos perante uma série de mecanismos regulatórios (FASSIN, 2013). Sendo assim, neste estudo buscamos analisar o imbricamento de sujeitos, isto é, pensar a partir da relação entre usuárias dos serviços e profissionais considerando sempre o contexto mais amplo que as/os produz, conforma modos de operar valores e justifica concepções e ações. Tomamos como exemplo a pesquisa de Fassin (2013) sobre a economia moral no trabalho da polícia francesa, na qual, através da participação na rotina diária dos policiais, o autor tentou compreender as lógicas e restrições de suas ações, situando-as enquanto também decorrentes dos processos de

¹¹A discussão sobre os direitos das crianças e adolescentes é ampla, sendo assim, salientamos que o processo de consolidação da infância (através de documentos como Estatuto da Criança e do Adolescente e Estatuto do Nascituro) tem papel fundamental na reflexão sobre os direitos das mulheres que usam crack.

transformação das sociedades. Conjuntamente, aponta que a radicalização do discurso público (por exemplo, frente a determinados grupos étnicos) demanda medidas rigorosas e legitima um *ethos* polícia, assim, influencia a concepção do que é fazer justiça ao ocupar essa posição.

No que tange à temática das drogas, igualmente, as opções políticas e morais das sociedades contemporâneas reivindicam medidas rigorosas, legitimam ações, enfim, moldam formas de entender e lidar com algumas vidas. Portanto, não se pode considerar a atenção às mulheres que usam crack ou à gestação isoladamente, é preciso analisar esses fenômenos a partir das dimensões políticas, religiosas, econômicas e históricas nas quais são produzidas. Sobretudo, é preciso considerar que as/os profissionais que desenvolvem os cuidados a essas gestantes inserem-se em determinados regimes de verdade (FOUCAULT, 1979), que sustentam determinados padrões e conformam modos de significar a maternidade, a saúde, a relação paciente-profissional, os usos de drogas, a relação com o corpo, etc. Dessa forma, para compreender as práticas/opiniões/ações inscritas em uma economia moral tornou-se fundamental olhar para o plano macro e micro. Ou seja, ponderar as dimensões pessoais (experiências de vida e profissionais), do grupo (equipe de saúde e sociedade na qual se inserem) e institucionais (elementos referentes aos modelos de atenção e perspectivas ético-políticas de cuidado) que as/os profissionais lançam mão durante suas práticas. Através disso, entender suas próprias perspectivas frente a esse cuidado e quais argumentos sustentam suas práticas.

Para Fassin (2004), as ações em saúde pública compreendem uma dimensão moral de agir para o bem da humanidade. Em *Enforcing Order* (2013) refere que há um princípio de justiça compartilhado entre os policiais que legitima como deve ser a punição, ao mesmo tempo, que há uma lógica de ressentimento frente à ingratidão do público em geral e a ineficácia dos juízes. Em que pese as diferenças em relação às propostas dos serviços que analisamos, nesses as pessoas também agem conforme o que acreditam ser certo, e a partir de suas visões compartilhadas sobre o que é justiça.

Analisar a economia moral nas cenas de cuidado a gestantes que usam crack implica em buscar entender como operam as lógicas de legitimidade incorporadas nas práticas dos/as profissionais. Deste modo, julgamos que tal conceito pode ser visualizado através do exame minucioso dos contextos locais. Considerando a sugestão de Fassin de que as vidas também devem ser apreendidas a partir de dentro, a partir das experiências cotidianas dos agentes

sociais, finalizo destacando a importância da etnografia na compreensão desse fenômeno. Através da observação participante em dois serviços que se ocupam da atenção às gestantes que fazem uso de crack, buscamos escutar, enfatizar, valorizar o que as pessoas têm a dizer, o que suas ações expressam, suas perspectivas, quais vidas estão em jogo e como são conformadas, como os sujeitos resistem, negociam com regimes instituídos, tanto os/as profissionais como as gestantes. A etnografia configurou-se como uma potente ferramenta para aproximar-se dos sujeitos e entrar em interação com o cenário, para que, assim, pudessem ser percebidos e entendidos os pequenos arranjos, os valores atribuídos, enfim, a moral a qual rege as práticas e hierarquiza as vidas.

Finalizamos essa sessão apresentando o esquema que entendemos descrever a forma como observamos operar a economia moral na atenção a gestantes que usam crack nesse contexto (ver apêndice A). A economia moral, ao ser entendida como a produção, circulação e apropriação de valores e afetos a respeito de uma determinada questão social, auxilia na compreensão de sentimentos e julgamentos observados nas práticas cotidianas (RICHTER, 2015). Assim é o conceito que coloca para funcionar as práticas de saúde, portanto está sempre em movimento, o que tentamos representar pelas flechas. As dimensões que incidem na economia moral no contexto da presente pesquisa são: formação profissional, experiências pessoais, características dos modelos de atenção em saúde e uso de drogas e os grupos sociais em que as/os profissionais se inserem. Nesta análise, enfocamos apenas na equipe enquanto grupo social.

Conforme apresentamos no esquema do apêndice A, a economia moral sustenta-se nas concepções sobre drogas e sobre maternidade. Essas por serem debatidas e reconstruídas no cotidiano dos serviços aparecem com linhas pontilhadas para visibilizar sua porosidade. A confluência do uso de drogas e maternidade em um mesmo corpo produz um choque na apreensão dos/as profissionais que se materializa em dilemas nos atendimentos a essas pessoas. Destaca-se na análise da economia moral a noção de modelo de atenção/perspectiva ético-política e performatividade de gênero (como conforma formas de ser mulher e mãe), conforme será desenvolvido nos capítulos de análise do material da pesquisa. Identificamos que essa economia moral opera hierarquizando vidas e operacionalizando formas de acesso a direitos a partir das concepções do que os/as profissionais entendem como justiça. A legitimidade conferida às vidas conforma práticas nos serviços direcionadas às gestantes,

como as propostas terapêuticas, as escolhas reprodutivas, a avaliação das condições de maternidade e o maior ou menor investimento na relação da mulher com seu/sua filho/a.

1.4 Perspectivas epistemológicas e metodológicas

1.4.1 Psicologia Social

Devido a seu caráter interdisciplinar constitutivo, no campo da Psicologia Social, formularam-se modos de pesquisar que discutem criticamente o lugar do/a pesquisador/a, redirecionando a relação entre teoria, prática, metodologia, sujeito e objeto. Contudo, longe de ser um campo coeso, a Psicologia Social pode ser explicada enquanto "tribos nômades" (SPINK, 2012, p. 494) - disciplina dinâmica, múltipla, divergente. Esta pesquisa situa-se na perspectiva pós-estruturalista em Psicologia Social. Nessa "tribo" buscamos desnaturalizar as práticas, deslocar o olhar que visa encontrar o estatuto de verdade sobre os fenômenos e analisar o modo como tais fenômenos são construídos pelo/no social.

Situar-se em determinada perspectiva teórica propicia a elucidação e reflexão sobre as estratégias de produção de conhecimento as quais expressam os valores que orientam nossos modos de existência (SILVA, 2003). Isto posto, abordar uma metodologia implica descrever o "como foi feito", os impasses éticos e posicionamentos epistemológicos e políticos implicados nesse fazer. Sendo assim, o objetivo desta seção é apresentar e discutir a construção do percurso metodológico desta pesquisa. Isto é, como me apropriei de um referencial teórico-metodológico para produzi-la e, ainda, como a vivência no campo me fez repensar conceitos e reformular estratégias de investigação. Portanto, apresentarei o percurso metodológico articulando aspectos teóricos, relatos de vivências no campo e algumas análises sobre o *corpus* empírico, pois a construção e exercício do método não são descolados do processo de análise.

Na concepção de pesquisa em Psicologia Social e de orientação etnográfica, conforme propomos, a estratégia metodológica é construída conjuntamente à delimitação do objeto e universo empírico. O projeto desta pesquisa foi discutido, desconstruído e rearranjado nas orientações, discussões nos grupos de estudo, em aulas, até que se compusesse um problema de pesquisa, enunciado através de um objetivo e um método que pudesse perscrutar tal objetivo. Assim, conforme já referido, apostamos que o modo como opera a economia moral nas cenas de cuidado em relação à atenção de gestantes que fazem uso de crack poderia ser

apreendido a partir do método etnográfico. Por conseguinte, a opção pela inserção nos serviços de saúde direcionou nossa pergunta de pesquisa e objetivo para as relações entre profissionais e gestantes que usam crack encetadas nesses espaços, enfocando, mais especificamente, as práticas e narrativas das/os profissionais. Consideramos que o método constrói um campo a ser observado, da mesma forma que é por ele modificado.

1.4.2 A posicionalidade e a perspectiva feminista

Os estudos feministas pós-estruturalistas configuram-se como um dos referenciais que amparam nossas análises. Principalmente, tal perspectiva contribui na reflexão de como as práticas em saúde, operam a economia moral nas relações de gênero, assim como, no questionamento sobre a produção desse corpo materno. Consideramos discursos e práticas dirigidas às mulheres enquanto elementos construídos e constitutivos das relações de gênero, visto que as atribuições de "gênero" dão um sentido à organização e à percepção da sociedade. Piscitelli (2009) refere que a discriminação estabelecida em função do gênero tende a ser justificada mediante atribuição de qualidades e traços utilizados para delimitar diferenças entre homens e mulheres. Tais traços são considerados inatos, decorrentes das distinções corporais entre homens e mulheres e, principalmente, calcados nas capacidades reprodutivas.

A perspectiva feminista em que nos sustentamos atenta para a posicionalidade dos sujeitos na produção do conhecimento. Assim, o processo de construção de uma pesquisa, bem como seu desenrolar no campo investigativo, implica, sobretudo, refletir sobre quais sujeitos estão envolvidos em sua produção e análise, e de que forma. Tratamos da importância da posicionalidade nesta pesquisa, sustentando-nos na questão da objetividade, enquanto parcialidade, como aposta de construção do conhecimento, conforme proposta por Donna Haraway (1995). Essa autora defende a produção do conhecimento localizado, noção que entende que a objetividade implica situar-se e explicitar de onde se olha para determinado fenômeno. Assim, a visão parcial - contrário da "visão de cima" - oferece conexões com outras visões parciais e aberturas inesperadas. A objetividade corporificada é discutida por Haraway a partir do feminismo, relacionando-o com uma visão crítica, uma ciência de múltiplos sujeitos, e, conseqüentemente, com um "posicionamento crítico num espaço social não homogêneo e marcado pelo gênero." (HARAWAY, 1995, p. 31).

Esse posicionamento é mutante, assim como os sujeitos. Em minha pesquisa algumas características influenciavam no meu relacionamento com os/as interlocutores da pesquisa, bem como, minha participação em determinadas situações, elementos que posicionam minha visão acerca da economia moral nesses contextos. A questão de gênero aproximou-me da "equipe feminina" - denominação dada pelas profissionais - do Consultório na Rua. Ainda, ao discutirmos sobre maternidade (situações relacionadas ou não às gestantes que usam crack), algumas vezes as profissionais e as usuárias/pacientes baseavam uma explicação na experiência pessoal, e referiam que eu descobriria o sentimento de amor e de saudade quando tivesse filhos/as. Por minha posição de gênero pressupunha-se a maternidade, mesmo que futura, e a conexão com os sentimentos que essa implicaria.

A minha figura, compreendida pela equipe num misto entre pesquisadora e psicóloga, confundia-se entre aquela que está avaliando, estudando e aquela que pode auxiliar em uma desavença, ouvir confissões. Assim, entendo que outras duas características são essenciais na análise sobre meu lugar de visão: a conjunção entre a posição de profissional de saúde/psicóloga e minha figura de “aprendiz”. De modo geral, alguns códigos, procedimentos, discussões consegui acompanhar por ser profissional de saúde e, também os/as profissionais compartilhavam questões e condutas comigo por pressuporem meu entendimento acerca da saúde mental, do uso de drogas. 'Psicóloga' era o modo como a equipe me apresentava às usuárias/pacientes e pessoas dos outros serviços por onde circulávamos. O fato de ser psicóloga, em dois serviços sem esse cargo - no Hospital havia uma residente que acompanhava cotidianamente a equipe - fazia com que muitas questões interpessoais, inclusive da equipe, fossem direcionadas a mim. Do mesmo modo, minhas considerações, principalmente psicossociais, eram ouvidas pelas equipes, especialmente no Consultório na Rua (CR), onde me sentia à vontade para participar dos debates.

Ainda, por um aspecto geracional e por estar vinculada à universidade realizando um estudo, eu também era situada numa posição aprendiz. Assim, ao acompanhar os/as profissionais, diversas vezes, me explicavam detalhadamente os procedimentos, por que realizaram tais ações, comentavam as situações das usuárias/pacientes e quais os objetivos das intervenções. Igualmente, isso me garantia convites para acessar outros espaços/momentos: conhecer os serviços que encaminhavam pacientes, participar da reunião do matriciamento de saúde mental, entre outros. Procuro evidenciar que tais aspectos me possibilitaram relações específicas durante essa pesquisa as quais são, assim como minha análise de tais relações e

observações, decorrentes, construídas e influenciadas pelo meu posicionamento. Explicitá-lo é mostrar desde onde pude e me foi possibilitado observar.

1.4.3 Etnografia na análise da economia moral

Propusemos neste trabalho a etnografia enquanto metodologia empregada, uma vez que oferta ferramentas de investigação que auxiliam pesquisadoras/es a refletir sobre e construir seus percursos metodológicos. Movimento que se soma aos deslocamentos analíticos propostos no campo da Psicologia Social apresentados anteriormente. Para Mariza Peirano (1992), a etnografia não diz respeito a uma técnica a ser ensinada, já que se desenvolve mais fortemente na medida em que o pesquisador vai se imbricando no campo, relacionando-se com os sujeitos e construindo um processo reflexivo sobre suas vivências e impressões. Sendo assim, o método etnográfico pressupõe uma ética de interação, de intervenção e de participação construídas sobre a premissa da relativização (ECKERT, 1996-1997).

A etnografia possui como principais pressupostos teóricos: trabalho no campo; interação próxima com os interlocutores; observação sistemática; entrevistas; conversas informais; movimento de estranhamento/familiarização; descrição densa em diário de campo; compreensão do fenômeno enquanto fato em relação a um contexto mais amplo. No caso desta pesquisa, há a especificidade de se tratar de uma etnografia realizada em dois serviços de saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

As incursões etnográficas em serviços do SUS evidenciam a reconfiguração cotidiana das práticas em saúde, por trás da orientação geral da política pública - que preconiza a normatização e uniformização dos atendimentos. Ou seja, a etnografia atenta para quais e de que forma aparecem as tensões, ambiguidades, conflitos e injunções na produção do cuidado em saúde (SARTI, 2015). As etnografias na saúde implicam, sobretudo, que os/as pesquisadores/as se insiram em equipes que estão em constante movimento. Realizar o trabalho de campo significa acompanhar os ritmos dos/as profissionais, decifrar códigos e termos próprios aos serviços, participar de oficinas, aguardar brechas para questionamentos.

Há uma tendência, descrita em muitas etnografias nesses espaços, das/os pesquisadoras/as serem encapsuladas/os pelas categorias profissionais locais. Por um lado, o ser - ou ser entendido/a como - profissional de saúde permite outra relação com os/as

profissionais e conseqüentemente acesso a momentos específicos de atendimentos e discussão/reflexão sobre tais atividades. Devido à vinculação e quase-inserção na equipe (estar sempre junto com profissionais e ter uma participação menos ativa nas situações), a posição do/a etnógrafo/a é muitas vezes entendida como a de um/a estagiário/a (FLEISCHER; FERREIRA, 2015). Tendo em vista os aspectos citados anteriormente (vinculação à universidade e idade), no início da pesquisa, minha função foi confundida muitas vezes por profissionais com a de estagiária.

Nesta pesquisa, buscamos compreender as relações entre profissionais e gestantes que usam crack, desde a perspectiva dos/as primeiros/as, e as práticas direcionadas a elas, desenvolvidas nos serviços a partir das concepções dos próprios sujeitos. As técnicas de pesquisa privilegiadas neste estudo foram: observações participantes no contexto desses serviços, análise de prontuários, entrevistas semi-estruturadas com profissionais, entrevistas informais com profissionais e usuárias dos serviços e registros em diário de campo. A descrição e discussão das ferramentas empregadas serão explicitadas nas próximas seções. Neste momento, ocupamo-nos em justificar a escolha do método etnográfico em uma pesquisa que tem como objetivo estudar a economia moral nas cenas de cuidado à atenção a gestantes que fazem uso de crack.

A etnografia pressupõe o desenvolvimento de um trabalho de campo e de escrita, associados à imersão em um grupo social que permite uma observação de longo prazo de suas atividades, buscando entender porque as pessoas desse grupo agiram de tal modo (FASSIN, 2013). Parafraçando Fassin (2013), a etnografia implica em explorar um outro universo que progressivamente torna-se mais familiar e, por outro lado, supõe buscar comunicar a experiência das pessoas em determinado contexto: o seu modo de apreender o mundo, de considerar o seu lugar na sociedade e suas relações com os outros, de justificar suas crenças e ações.

Nosso objetivo de inserção em serviços de saúde para apreender as questões sociais e culturais envolvidas nas práticas de cuidado direcionadas às gestantes que usam crack, isto é, a análise da economia moral presente nessas cenas, foi perseguido a partir do emprego da etnografia. Tal escolha mostrou-se propícia, na medida em que esse método possibilitou o acesso a dimensões da atenção visíveis a partir de relações de confiança, da posição de observadora-pesquisadora, que buscava entender sobre a atenção às gestantes que usam crack,

enfim, pela combinação de presença e distância. Segundo Fassin (2013), a presença permite uma confiança mútua, que possibilita um acesso ao cotidiano e ao senso comum daqueles/as que estão sob estudo. Logo, a distância (o estranhamento, a surpresa, o sentimento de não pertencer ao grupo) promove uma perspectiva distinta, que associa os acontecimentos do campo com as trajetórias, as instituições, a configuração histórica e social mais ampla.

A compreensão das lógicas e restrições das ações de policiais foi o propósito de uma etnografia desenvolvida por Didier Fassin (2013) em uma delegacia de polícia e em um esquadrão anticrime na França. Ele propõe a análise da economia moral nesse contexto, relacionando detalhes do mundo social (seja de determinado momento ou a respeito de transformações nas sociedades), para garantir aos processos e às lógicas observadas um significado mais amplo. Deste modo, passa a entender os comportamentos dos policiais, não especificamente por seus traços psicológicos ou qualidades morais, mas, sobretudo, aponta que suas ações dependem de um arranjo entre: sua história pessoal, o treinamento a que foram submetidos, a supervisão que recebem, as condições de trabalho que lhes são impostas, as tarefas conferidas pelas políticas do governo, e as representações do mundo produzidas socialmente.

Sendo assim, os trabalhos de Fassin nos auxiliaram a refletir sobre como operacionalizar uma pesquisa que se ocupa de investigar a economia moral que baseia as práticas dos/as profissionais, os valores estimados nas mesmas, os afetos envolvidos, e aquelas práticas que são ou não aceitas e de que modo. A partir da etnografia, tornou-se possível entender significações (re)construídas por profissionais e os contextos sociais que os/as permeiam, fazendo-me compreender como suas práticas inscrevem-se em uma economia moral.

1.5 Inserção no campo: negociações

Na etnografia, pode-se afirmar que a inserção no campo inicia-se mesmo antes de existir uma pesquisa estruturada e formal (a qual passou pelos trâmites institucionais exigidos, tais como, banca de qualificação, autorizações dos serviços, Comitês de Ética). Nesta pesquisa, consideramos material para análise, inclusive o mapeamento inicial por serviços que atendessem mulheres gestantes que usam crack, os contatos telefônicos para falar da pesquisa, as primeiras visitas aos locais, as buscas por assinaturas, os trâmites legais. Sendo assim, as aproximações ao campo para apresentação desta pesquisa - primeiros contatos, visitas,

reuniões - iniciaram no final de 2014. Após aprovação do projeto nos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs), que ocorreu em julho (CR) e agosto (UIP) de 2015, o trabalho de campo realizado acompanhando o cotidiano dos serviços durou aproximadamente três meses. As observações e vivências que se passaram entre a qualificação do projeto e a aprovação no Comitê de Ética foram registradas em um documento que intitulei "Pré-diário".

O campo desta pesquisa configurou-se a partir de dois serviços de saúde: um Consultório na Rua e a Unidade de Internação Psiquiátrica de um Hospital Materno Infantil, os quais oferecem integralmente atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ambos também constituem-se por equipe multiprofissional, sendo que no Consultório na Rua são desenvolvidas ações de atenção básica junto à população em situação de rua. Na Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital, o atendimento direciona-se a mulheres adultas diagnosticadas com transtorno mental ou gestantes dependentes químicas, havendo, esporadicamente, alguma mulher em situação de rua.

A pesquisa em diferentes serviços possibilitou a análise de como são articuladas as práticas de atenção à saúde das gestantes que usam crack na rede em diferentes momentos, ou níveis: prevenção, pré-natal, internação, perinatal. Ainda, em função de os serviços possuírem diferentes perspectivas ético-políticas sobre cuidado, ampliou-se nossa percepção sobre a efetivação desse cuidado e de que forma as/os profissionais agenciam diretrizes institucionais, pressupostos científicos e teóricos, "evidências" e princípios morais.

Apropriamo-nos da discussão engendrada por Priscila Barroso (2013) sobre Modelos de Atenção (hospitalar e psicossocial) direcionados a usuários/as de drogas para refletir sobre as perspectivas ético-políticas sobre cuidado presentes nos serviços pesquisados. A autora argumenta que esses modelos são construídos por concepções e propostas terapêuticas e perpassam tanto a composição da equipe profissional quanto a estrutura institucional. Ainda, compartilhamos de sua apreensão de não conceber os modelos como estáticos, pois no cotidiano são reconfigurados pelos sujeitos. Assim, percebemos nesta pesquisa que as perspectivas ético-políticas sustentam-se e constroem-se a partir das seguintes características: função na rede de saúde (atenção básica; hospitalar; público atendido), estrutura física (unidade fechada; serviço de demanda espontânea), estrutura administrativa (coordenação, relação com gestão), rotinas (organização dos procedimentos, acolhimento, oficinas, reuniões), equipe profissional (constituição e relação entre equipe), proposta de tratamento

(objetivos, pressupostos teóricos, estratégias), entre outras. O modo como esses elementos são acionados em cada serviço de atenção será discutido no capítulo dois, que contempla a descrição e análise desses modelos.

Ocupo-me agora de descrever os primeiros contatos e negociações para inserção nos serviços. A pesquisa de campo ocorreu concomitantemente nos dois espaços, o que foi produtivo do ponto de vista etnográfico porque o movimento de ir e vir entre esses locais propiciou que eu colocasse novas perguntas a respeito de um serviço a partir de vivências no outro. Todavia, para facilitar a compreensão das/os leitoras/es, apresento essas informações separadas por serviço.

1.5.1 Consultório na Rua

O Consultório na Rua (CR) é uma modalidade de equipe de Atenção básica responsável por abordar as necessidades de saúde da população em situação de rua (BRASIL, 2012a). Esse serviço mostrou-se um local profícuo de pesquisa, pois possui como uma das ênfases de atendimento às pessoas que usam drogas a perspectiva da Redução de Danos. Durante as pesquisas sobre mídia e drogas que participei na graduação, e ao me aproximar de estudos sobre a temática do uso de crack por gestantes, compreendi os Consultórios na Rua como serviços relevantes na atenção de pessoas que usam crack, porque possuem dispositivos que permitem o conhecimento sobre o contexto da usuária, o cuidado no ambiente do sujeito, a criação de um vínculo, o acompanhamento aos demais serviços da rede, entre outros.

É importante destacar que a elaboração do projeto da presente pesquisa também foi influenciada pela minha participação como colaboradora em uma pesquisa¹² desenvolvida no Consultório na Rua, que mais tarde viria a se tornar um dos locais de realização desta investigação. Essa pesquisa, de autoria de Moises Romanini, teve como objetivo analisar como os encontros entre os saberes dos/as profissionais de saúde e de pessoas que usam

¹² Projeto de Doutorado vinculado ao PPG em Psicologia Social e Institucional da UFRGS, intitulado "Redes de Produção de Saúde, Políticas sobre Drogas e Representações Sociais: do re-en-colhimento ao acolhimento" de Moises Romanini sob orientação do Professor Pedrinho Guareschi e co-orientação da Professora Adriane Roso. O projeto foi avaliado e aprovado pelo CEP do Instituto de Psicologia UFRGS e pelo CEP da instituição co-participante.

drogas produzem, sustentam e/ou transformam as práticas de acolhimento em diferentes pontos da Rede de Atenção Psicossocial (Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas - CAPS AD e o Consultório na Rua). Participei da etapa de pesquisa realizada no CR, onde realizei observações participantes e entrevistas, durante um ou dois turnos da semana, entre agosto e dezembro de 2014.

Foi nesse primeiro contato que percebi que questões relativas à gestação e uso de drogas ocupam grande espaço nas discussões e práticas das/os profissionais que lidavam com uma população considerada vulnerável do ponto de vista da saúde pública. Sendo assim, é impossível deslocar a relação do trabalho de campo realizado para a presente pesquisa com essa experiência anterior. Primeiramente, pelo fato do espaço ter se mostrado aberto para minha inserção e possível re-inserção:

Na hora de sair, um até logo, talvez porque volte ainda para fazer mais entrevistas, ou para realizar minha pesquisa ou, então, como referiu uma das técnicas, voltar para visitá-las. Abracei todas/os com muito carinho, desejando um ótimo 2015 e agradecendo a oportunidade de estar junto a eles e elas. Mais uma vez se mostraram abertas para quando eu precisasse e quisesse voltar lá, algumas agradeceram nossa presença. (Diário de Campo CR¹³ - 26/12/2014).

Ainda, por já conhecer o local e as pessoas, o movimento de estranhamento/familiarização tornou-se tarefa mais complexa. Encontram-se no diário escrito durante a primeira inserção em campo, para a pesquisa anterior sobre acolhimento, os estranhamentos mais bruscos sobre: conhecer o serviço realizado em um Consultório na Rua, os espaços físicos, olhar de um novo modo para pessoas em situação de rua, apreender a perspectiva da "Redução de Danos com tudo" (Diário de Campo - CR 19/09/2014), entre outros elementos. No entanto, por ser um modo de estar em campo (observar, questionar, perguntar), a produção de estranhamento não cessou. Ao contrário, ela foi incrementada e rearticulada, principalmente, ao se colocar uma pergunta diferente. Além disso, a partir da concepção de sujeito que compartilhamos em nossa "tribo", as pessoas e os espaços vivem em constante transformação. Ao identificar minha inserção anterior nesse serviço, saliento, ainda, que a proximidade ao campo possibilitada, principalmente, pelo tempo mais longo que frequentei esse serviço (desde agosto 2014), propiciou que eu percebesse, no período do retorno, nuances que passaram despercebidas por certo tempo.

¹³ Abreviei os títulos dos diários de campo da seguinte maneira: CR para os registros do Consultório na Rua, e H para os do Hospital.

No Consultório na Rua, a equipe trabalha no mesmo horário (salvo as Agentes de Combate às Endemias¹⁴ que se dividem entre outros serviços). Assim, nesse local, o diálogo pode ser constante. Ainda, encontram-se uma vez na semana por quatro horas para reunião de equipe, momento em que se atualizam informes, discute-se sobre o processo de trabalho, bem como sobre os casos atendidos. Após ter apresentado a proposta de pesquisa para o coordenador do consultório, "ele referiu que por ele estava aceito, mas que gostaria de conversar com a equipe, então me convidou para participar da reunião no dia seguinte" (Pré-Diário - 30/03/15). Sendo assim, na reunião o coordenador explicou que havia conversado comigo no dia anterior, mas que queria decidir em equipe o aceite da pesquisa. Tal fato já indica um modo de funcionamento deles, de decisões conjuntas, de incluir todos da equipe na discussão e reflexão sobre determinados aspectos.

Após aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) indicado do local, rerepresentei meu projeto para a equipe do CR em uma reunião, explicitando o tema, objetivos, estratégias metodológicas. Questionei sobre as negociações de turnos e atividades que eu poderia participar e me disseram para comparecer conforme ficasse melhor para mim. Em seguida relataram sobre algumas gestantes vinculadas ao serviço, o que gerou discussão sobre os casos. Por convite do enfermeiro, no outro dia compareci para acompanhar o atendimento de uma gestante e, a partir daí, passei a frequentar o CR e a participar das atividades periodicamente.

A Estrutura física - CR

O CR localiza-se em um prédio com outros serviços de saúde municipais, o que facilita o acompanhamento por parte da equipe quando encaminham os/as usuários/as para algumas especialidades, como, por exemplo, para realização do exame de ecografia, atendimento odontológico, as interconsultas no Serviço de Atendimento Especializado

¹⁴ A/o agente de combate às endemias deve realizar as atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS (BRASIL, 2006b). No CR tais agentes estavam responsáveis pelo trabalho relacionado ao tratamento e prevenção de tuberculose (coleta de escarro para diagnóstico, tratamento diretamente observado (TDO), pesagem, distribuição de medicação e lanches, cuidar a troca de fase do medicamento). No momento eram três pessoas que se alternavam entre os turnos de trabalho, já que foram cedidas de outro serviço, porque se constatou que a demanda de usuários/as com tuberculose é muito numerosa no CR.

(SAE). O saguão de espera é grande, há vários bancos, onde sempre havia usuários/as deitados/as. Por ser no térreo, também possibilita que os/as mesmos/as circulem pela calçada e frente do prédio, enquanto aguardam os atendimentos. Duas vezes na semana a arte toma conta do saguão, tanto devido à iniciativa das residentes da "Ciranda na rua" - rodas de conversa e atividades artísticas em que buscam produzir vida, saúde mental e criar vínculos -, quanto ao "E se essa rua fosse minha", um projeto do Ministério da Saúde instaurado para visibilizar e reforçar o desenvolvimento de ações acerca do tratamento para tuberculose na Atenção Básica, além de desenvolver o resgate da cidadania das pessoas em situação de rua em geral, já que a atividade é aberta não só àqueles com diagnóstico de tuberculose. Segundo a equipe, essas ações geram uma escuta mais ampliada, o que começou a ser percebido quando algumas pessoas que vinham ao posto ficavam nas atividades e não solicitavam atendimento. Mesmo com as dores e sofrimentos que os levavam até o CR, ao cantar, sambar e conversar mudavam seus semblantes.

O CR possui cinco salas de atendimento, separadas por divisórias de PVC. Na sala mais próxima à entrada, chamada de sala da TB (tuberculose), há uma grande janela, sendo a mais arejada, e, por isso, utilizam-na para realizar os cadastros dos/as usuários/as. Todas as janelas do consultório são de vidro, com textura que impossibilita olhar através deles, e grades. As demais salas são divididas da seguinte forma: uma dos/as médicos/as, outra do/a enfermeiros/as, uma que é geralmente usada pela assistente social, e a sala de procedimentos, que é maior. Do outro lado do corredor há um espaço onde muitas conversas são travadas, é uma espécie de sala administrativa e também o espaço onde fica o café. Há uma mesa com computador e impressoras, um quadro branco em que ficam escritas atividades a serem realizadas com a data. Na outra parede há um mural em que são fixados nomes dos usuários em algumas categorias, como: gestantes, TB, Busca ativa (BA) entre outras. Ainda, há um espaço do CR que fica no mezanino do térreo: ali há uma cozinha, mesas, cadeiras, armários para guardar pertences e, também, é onde são realizadas as reuniões de equipe.

A estrutura física do CR é bastante precária, considerando o modo como um serviço de saúde deveria ser estruturado e higienizado (ventilação, iluminação, disposição das salas, frequência na limpeza, etc.). Observei que a equipe expressava a necessidade de melhores condições de trabalho e melhorias na estrutura física. Inclusive, em 2015, receberam profissionais de órgãos públicos que inspecionaram e vistoriaram as condições de trabalho e um serviço contratado foi até o local, indicando as modificações. Contudo, até eu finalizar a

pesquisa de campo, as estratégias de segurança no ambiente eram as mesmas que as/os profissionais já utilizavam. A desvalorização dos/as funcionários/as é igualmente exposta pelos vínculos trabalhistas que, em alguns serviços da atenção básica, diferente de outros serviços municipais da rede de saúde, é pelo regime celetista. Conforme explicita Moema Souza (2011), a falência do SUS relaciona-se à expansão da lógica mercantil, em que a saúde assume características de um bem comercializável. As condições de trabalho e oferta de atendimento precárias indicam um modo de produzir atenção à saúde para pessoas entendidas também como precárias, neste caso, as pessoas em situação de rua.

1.5.2 Unidade de Internação Psiquiátrica

Dois caminhos me levaram ao Hospital enquanto local de pesquisa: a revisão bibliográfica, que indicava esse Hospital como referência no Estado do Rio Grande do Sul para atenção a gestantes que fazem uso de drogas; o outro caminho foi constituído pelos contatos com pessoas que estudam ou atenderam/atendem pessoas que fazem uso de drogas, que indicaram esse Hospital para pesquisar a atenção a gestantes que usam drogas, na medida em que os demais locais na cidade para internação de pessoas que fazem uso de drogas eram específicos para homens ou aqueles que internavam mulheres grávidas não abordavam o uso de drogas como uma questão específica.

O contato inicial com a Unidade de Internação Psiquiátrica (UIP) foi feito por telefone com a coordenadora do serviço de enfermagem, a qual aceitou me receber para ouvir a proposta. Nesse local, chego sem indicação, a única referência é ser mestranda da Psicologia Social da UFRGS, instituição que percebi legitimar a "abertura de portas" sem tantos questionamentos. Ao passo que se tem acesso livre pelas portarias do Hospital, a entrada física na UIP é complicada. Levei quase quinze minutos para encontrar o caminho, o que é explicado pelo fato de ser uma unidade que regula o fluxo de entrada e saída.

Minhas idas à UIP eram sempre agendadas por telefone. Antes da aprovação do Comitê, meu contato foi com os/as coordenadores/as, também chamados de chefes do serviço (da enfermagem e da psiquiatria), que foram receptivos/as à proposta de estudo. Apesar de nessas visitas eu ter sido apresentada aos/às demais profissionais, a negociação da realização da pesquisa foi feita com a coordenação. A estrutura do serviço dificulta, por exemplo, a comunicação tão direta entre profissionais: a reunião administrativa ocorre uma vez ao mês, parte da equipe encontra-se uma vez na semana por uma hora para discutir os casos (*round*).

Existem várias equipes (manhã, tarde, noite, plantões) e, além disso, algumas profissionais (por exemplo, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, assistente social) trabalham em diversos setores do Hospital, atuando apenas algumas horas na UIP. Isto exige da equipe formas de comunicação diversas, intermediação da coordenação e estabelecimento de acordos prévios sobre organização dos procedimentos e do trabalho.

Após aprovação no CEP, telefonei para a UIP para falar com a coordenadora com a qual havia realizado os contatos anteriores. Sou informada por ela de que a coordenação de enfermagem mudou e, logo, passou-me para conversar com a atual coordenadora. Em um turno agendado me encontrei com a nova coordenadora de enfermagem para apresentar o projeto. Ela também foi receptiva para a pesquisa, além de demonstrar interesse no desenvolvimento de outras experiências multidisciplinares na UIP. A coordenadora me explicou sobre as rotinas da unidade, expôs as atividades e pensamos juntas onde poderia participar. Retornei no *round* seguinte para apresentar a pesquisa e me apresentar para a equipe. Nesse primeiro momento, a coordenadora foi minha referência no local, atuando como elo entre minha figura estranha e o espaço novo. Apresentou-me para as pessoas, mostrou o local, negociou espaços de observação com a equipe. No entanto, nas primeiras observações "me senti um peixe fora d'água" (Diário de Campo H - 25/08/2015). Uma linguagem que me era alheia, muitas siglas, medicamentos, diagnósticos, além de uma estrutura de serviço que não estou acostumada a habitar.

Estrutura física - UIP

Assim como a maioria das internações psiquiátricas, a UIP é um espaço fechado. As janelas têm grades. Possui duas portas de acesso, que são chaveadas. Na porta principal, com acesso pelo elevador, deve-se tocar a campainha e, no corredor anterior à entrada, há um banco e também outras salas como a copa e a coordenação da enfermagem. Na outra porta, cujo acesso é pela escada, não há campainha, é preciso bater. Esta é usada mais pelos/as profissionais do serviço que possuem as chaves da unidade. Portanto, todas as vezes que fui a campo algum/a dos/as técnicos/as precisava abrir a porta para mim.

Logo ao passar a porta, encontra-se um balcão, espécie de recepção, onde ficam as assistentes administrativas, algumas técnicas de enfermagem, as enfermeiras. Esse espaço é chamado de posto de enfermagem. Atrás desse balcão há uma sala com material para procedimentos (gases, tesouras, medicamentos, copos, etc.). Deste posto de enfermagem há

visão completa para o corredor entre os quartos. As pacientes circulam por ali, principalmente, porque não podem entrar nos quartos que não seja o seu. Nesse espaço eu não adentrava muito, inclusive por entender que era local mais reservado. Nas vezes que entrei, estava acompanhando os/as profissionais, quando iam realizar algum atendimento. Os quartos que conheci possuíam cerca de quatro ou cinco camas, todas com mesa de cabeceira (com fotos das pacientes, livros) e banheiro.

Do lado direito do posto de enfermagem ficava a sala de prescrições, onde os/as residentes passam a maior parte do tempo, onde conversas com outros/as profissionais são travadas - posto que em determinados momentos serve como sala de convivência para a equipe. Ali há computadores para as prescrições realizadas diariamente, também ocorrem as supervisões, aulas e a passagem de plantão da enfermagem. Desde o início me foi aberta a sala de prescrições, para que ali eu situasse também o meu trabalho. Muitas vezes fiquei nessa sala coletando informações em prontuários ou conversando com as pessoas que ali estavam e deixei de ir Tateando um espaço entre as/os técnicas/os de enfermagem. Assim, não tive uma grande aproximação com as/os técnicas/os. No entanto, em todas as vezes que estava pelos outros locais sentia que estavam sempre ocupadas/os na assistência com as pacientes: organizando e fornecendo os medicamentos, acompanhando exames em outras unidades do Hospital, auxiliando alguma paciente que necessitasse nos cuidados higiênicos, entre outras práticas. As/os técnicas/os de enfermagem também trabalhavam numa espécie de monitoramento, assim, acompanhavam as refeições das pacientes, algumas atividades em grupo, etc. Ainda, observei alguns/algumas técnicas/os valerem-se dessa função de acompanhar e cuidar e, também, jogarem cartas com pacientes, conversarem sobre questões gerais.

Após essa sala há dois consultórios, uma sala para residentes plantonistas e, no fim do corredor, a sala de convivência, que depois descobri que era chamada "sala de TO", visto que todas as oficinas e atividades são realizadas ali. Nesta última, há duas mesas grandes, estilo refeitório, um sofá, poltronas, bancos, uma televisão a que podem assistir quando não há outra atividade na sala. Há também um armário com material para as oficinas, pia, banheiro e plantas próximas à janela. Esse local pode ser usado até 22 horas e 30 minutos. É onde ocorrem as oficinas, grupos, reuniões. A sala de Terapia Ocupacional (TO) foi espaço onde pude me aproximar das pacientes, conversar, assistir TV, observar as atividades em grupo propostas por profissionais e/ou estudantes e, inclusive, participar de algumas. Como não

havia atividade específica para gestantes que usam crack, busquei atentar para o modo como ocorriam as relações entre elas e profissionais nesses grupos. As cores da UIP são neutras, predominando o branco e o bege. É bastante limpo, as próprias pacientes referem sobre a limpeza e comparam com outros hospitais nos quais se internaram. Ao olhar pelas janelas e ver prédios, pessoas, árvores lá fora, pensava como deveria ser ficar internada naquele espaço por alguns meses.

1.5.3 Percepções sobre os inícios

Do mesmo modo como no Hospital, nas primeiras idas a campo para observação participante no CR, ainda como colaboradora da pesquisa sobre acolhimento, sentira-me deslocada. Os/as profissionais nos seus ritmos acelerados de trabalho muitas vezes não distinguem a figura de mais uma pessoa no serviço, ou não podem parar para conversar/saber quem está por ali. A dúvida sensação de ser estranha e transparente no espaço de serviços de saúde foi descrita por Claudia Osório da Silva (2002). Segundo a autora, o mecanismo do desaparecimento de pesquisadoras/es deve-se à rotina dos serviços em que os/as profissionais vêem aquilo que estão programados para observar, e também à administração do espaço (entrada e saída) ser responsabilidade de pessoas específicas, e não de toda a equipe. Como na presente pesquisa, em que, geralmente, as/os técnicas/os de enfermagem que cuidavam a entrada nos serviços. No Hospital, diferente dos/as profissionais, cujas roupas explicitam quem és (camisola, jaleco, uniforme azul-marinho, verde), eu carregava o crachá confeccionado pelo CEP, que continha minha foto, nome, como função pesquisadora, período e como lotação à Internação Psiquiátrica. Isto me identificava e garantia entrar - e sair - da unidade.

No consultório, como os espaços são pequenos precisava atentar em quais lugares ficar sem atrapalhar o fluxo do serviço, como onde parar no corredor durante as observações. Também, quando acompanhava os atendimentos precisava buscar um banco/cadeira para colocar na sala, sendo que algumas vezes, na sala do/a médica/o sentei na maca por não ter cadeira disponível e por ser entendido como um lugar que não teria problema ocupar, evidenciando informalidade. Um lugar estratégico que encontrei para ficar foi um banco, no corredor, em um lugar central de onde acompanhava o "vai e vem" dos/as profissionais. Sentada nesse banco, aguardava uma brecha, que possibilitasse uma conversa, ou até um convite para acompanhar alguma situação. Ao decorrer da pesquisa meu corpo, antes

estranho, passou a entrar no ritmo do serviço, e minha circulação ganhou um tom mais espontâneo ou "nativo".

Assim, nos dois serviços, no início, era estranho onde ficar: no banco do corredor, espaço administrativo, sala de prescrições, junto com as usuárias/pacientes. Por vezes, a coleta nos prontuários serviu como "quebra-gelo" frente minha presença estrangeira. Aos poucos, minha presença foi sendo compreendida e ressignificada: é residente? Estagiária? Psicóloga? Mestranda? Pesquisadora? E eu entendendo como me inserir nesses contextos.

1.6 O estar no campo e a apropriação do método

A disposição em adentrar o campo de pesquisa, as relações travadas com os/as participantes e o domínio de regras contextuais, apesar de serem experiências singulares e próprias a cada sujeito, são catalisadas pelo tempo. É objetivo da etnografia, para Clifford Geertz (2008), descrever e conhecer as hierarquias das estruturas significantes, por exemplo, de uma simples piscadela. Na medida em que o tempo passava, a aproximação ao campo possibilitou a percepção de tensões e conflitos, mesmo não explicitados entre a equipe; a interpretação de olhares cansados, impacientes, penalizados; a compreensão de piadas; entendimento dos inúmeros códigos para medicamentos, procedimentos, serviços, etc. Contudo, quando o calendário acadêmico aponta o momento de sair do campo, percebo que ainda há muito para perguntar, há impressões para serem ponderadas, questões para aprofundar e espaços vinculados aos serviços que poderiam ter sido percorridos para entendimento do fluxo de atendimento na rede (Serviços de Pré-natal de Alto Risco; Serviço de Acompanhamento Especializado, Programa de Atendimento a Bebês Expostos a Substâncias Químicas, por exemplo).

A pesquisa etnográfica privilegia a observação sistemática das situações cotidianas no local onde os fenômenos ocorrem. Esse método visa compreender a comunidade em estudo através do ponto de vista de seus membros, e entender o modo como se relacionam com acontecimentos que os cercam (NEVES, 2006). Neste estudo as observações participantes ocorreram no período de julho (CR) ou agosto (UIP) a novembro de 2015, resultando em um total de 34 e 27 idas a campo, respectivamente. As idas a campo ocorriam de modo livre, sem agendamentos nem dias fixos, pois os/as profissionais foram abertos para minha inserção na rotina de trabalho, com exceção dos turnos de reunião, que tentei acompanhar sempre. Porém, houve situações em que as/os profissionais me avisaram anteriormente sobre algum

atendimento com as gestantes (realização de exames, busca ativa) para que eu acompanhasse, caso desejasse.

Nesses espaços busquei conhecer todas as atividades e procedimentos direcionados a gestantes que usam crack, sendo assim, observei e participei de tudo que me foi autorizado e possível, conforme a demanda - sala de espera, atendimentos, interconsultas em outros serviços, oficinas, atendimentos na rua. Visto que eu dedicava em média dois turnos (que variaram entre os dias da semana e horários) de observação semanal em cada serviço, inúmeras cenas relacionadas às gestantes se passavam nos momentos em que eu não estava.

Ela [profissional de saúde] me perguntou como estavam as observações e eu pedi para acompanhar algum dos atendimentos que ela fosse realizar. Então me responde que é complicado porque as coisas não têm uma previsão, elas acontecem. Ai me relatou os acontecimentos daquela manhã que envolviam a relutância de uma mulher em fazer a preparação para o exame de glicose [...] (Diário de Campo H - 17/09/15)

Quando tais situações eram retomadas em discussões entre a equipe, eu aproveitava para me interar. Por vezes, as/os profissionais que tomavam a iniciativa de contar os ocorridos que julgavam relacionados ao meu estudo. Por exemplo, quando alguma das gestantes que usam crack estava ou tinha estado no serviço:

Ao chegar, a profissional de saúde Rose¹⁵ me olha com um rosto preocupado... Olhos arregalados, segura meus braços. Pergunto: "- O que houve, Rose?". E ela diz que Renata chegou chorando muito e a técnica e a médica estão conversando com ela. Rose contou que na hora lembrou de mim, fazia poucos minutos que Renata havia chegado. (Diário de campo CR - 06/08/15)

Portanto, no plano das observações, trabalhei com dois tipos de observações: das situações que aconteciam em ato enquanto eu estava presente, e aquelas contadas pelos/as profissionais. Embora não se equivalham, ou seja, cada uma possibilitou acesso a elementos um tanto diferentes, foram importantes de igual forma para entender a carga emocional de algumas situações, como aquelas cenas que, acontecidas, reverberavam nos serviços e balizavam outras práticas e tomadas de decisão, já que eram retomadas na discussão e elaboração de ações na equipe.

No Consultório na Rua, observei-participei de consultas, atendimentos de diversos/as profissionais (médicas/os, enfermeiros/as, técnicas de enfermagem, agente social, além das

¹⁵ As/os profissionais da saúde e gestantes que usam crack receberam nomes fictícios estabelecidos por mim.

abordagens conjuntas), reuniões, realizações de ecografias, busca ativa, ações na rua, acompanhamento de gestantes em serviços especializados, rodas de conversa desenvolvidas pelas residentes, o acolhimento, a recepção, discussões de casos, as conversas informais, entre outras experiências.

Ao passo que na Unidade de Internação Psiquiátrica, observei-participei de atendimentos e/ou da interação das/os profissionais (enfermeiras, técnicas/os de enfermagem, nutricionista, médicos residentes, residentes multiprofissionais, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta), com as pacientes, assembléia das pacientes, passeio no pátio, fisioterapia e exercícios físicos, oficina da saúde e oficina de beleza (com fisioterapeuta e/ou terapeuta ocupacional), grupo de escuta (psicóloga e arte educadora residentes e profissionais do serviço), além de oficinas desenvolvidas por estagiárias do curso técnico e graduação de enfermagem.

Enquadrando-se como parte do processo etnográfico realizei a coleta de informações provenientes dos prontuários das gestantes que usam crack. Consultei cinco prontuários no Hospital e quatro no CR, sendo uma investigação com objetivo de conhecer o modo de registro dos atendimentos, bem como outros documentos utilizados no atendimento das gestantes (como laudo para ligadura tubária, ficha de cadastro, folha de prescrição médica). A ficha de coleta que elaborei conteve os seguintes aspectos: dados sociodemográficos, inserção no serviço, por quais profissionais é/foi atendida, frequência dos atendimentos, procedimentos desenvolvidos, orientações fornecidas pelos/as profissionais, encaminhamentos, fluxos nos serviços de saúde, impressões nos registros dos/as profissionais.

Com intuito de articulá-los com os demais registros etnográficos, os prontuários foram examinados buscando observar o modo como são materializados procedimentos e condutas, assim como, atentar para as indagações que esse material poderia gerar na pesquisa. A pesquisa em prontuários cessou quando percebi que as informações a que me propunha a analisar, começaram a se repetir. E que, para a compreensão da economia moral, as observações e entrevistas eram mais interessantes. Por outro lado, os registros apontavam para o “filtro” que era necessário fazer frente a determinadas situações, pois os conflitos, as controvérsias, as tensões transformavam-se em descrições de condutas.

Nos prontuários das gestantes da UIP os registros eram sistemáticos em relação às condutas da área médica, de enfermagem, da nutrição (pois, havia rotina diária

preestabelecida) e, quando participavam de alguma oficina, esta participação era registrada pelas responsáveis (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, estagiárias). Ainda, era anexado um relatório escrito pela assistente social a respeito de questões sociais (contato com familiares, encaminhamentos para serviços de saúde ou assistência, providências em relação aos/as filhos/as). No consultório cada profissional que atendia a gestante registrava a demanda, suas orientações e encaminhamentos. Contudo quando o atendimento era realizado na rua, uma pessoa da equipe "evoluiu" (fazia o registro no prontuário). Em ambos os serviços notei que os registros nos prontuários evidenciavam questões físicas, tais como, exames, aplicação de injeções, administração de medicamentos, queixas de sintomas físicos. O registro de questões sociais (moradia, rede social, relacionamento com parceiro, violências sofridas) era mais restrito, salvo alguns profissionais que destacavam os relatos nesse sentido.

Após ter me inserido no campo e realizado várias observações, elegemos seis profissionais para as entrevistas, três em cada serviço. A escolha não é aleatória, baseia-se: a) na minha percepção da relação desses/as profissionais com o cuidado às gestantes que usam crack (engajamento no caso, frequência dos atendimentos, ser referência para uma usuária/paciente); 2) no cargo exercido, ou seja, aqueles que possuem tarefas de coordenação das equipes, longa trajetória com esse trabalho; e ainda, 3) na minha relação com cada profissional, o que influenciou no convite e aceite. Dentre as profissões das pessoas que entrevistei estão: enfermeiro/a, agente social, assistente social e médico/a. Dentre os/as entrevistados quatro eram mulheres, estando em consonância com o maior número de profissionais mulheres nos serviços pesquisados. Uma pessoa autodeclarou-se negra e outra parda, as outras quatro autodeclararam-se brancas. A faixa etária das pessoas entrevistadas é, majoritariamente, por volta dos trinta anos.

As entrevistas foram realizadas nos próprios serviços durante o turno de trabalho. Apenas duas foram realizadas na sala de reuniões do serviço, as demais ocorreram nas salas de atendimentos. Na UIP, foram agendadas, enquanto que no CR foram realizadas na medida em que o fluxo de trabalho permitia uma folga. Por serem entrevistas semi-estruturadas, sustentam-se em um roteiro estabelecido no projeto, contudo esse sofreu algumas modificações ao ser posto em prática, pois, após conhecer as/os profissionais, notei que não contemplava a todas/os.

Assim, destaco que as perguntas das entrevistas foram mudando, visto que a realização de algumas entrevistas e a continuidade na observação de campo apresentavam situações e concepções que levantavam a outros questionamentos. Ainda, considerando que a realização das entrevistas também é uma prática a ser aprendida, percebi que minha postura e maneira de perguntar modificaram no desenrolar da pesquisa: passei a explicar com mais calma as informações do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aprimorar um modo sucinto e compreensível de explicar os objetivos, sentir-me mais livre para fugir do roteiro e seguir naquilo que a narrativa manifestava.

A entrevista carrega um tom mais "formal" do que o trabalho de campo, conformedo, neste estudo, pelo registro em gravador, assinatura do TCLE, convite e combinações sobre o horário a ser realizada, pausa do trabalho por um tempo, escolha por um lugar silencioso e reservado, meu posicionamento enquanto mediadora desse momento. Por conseguinte, o conteúdo do material de campo e a forma como foi apresentado variou entre as entrevistas e as observações-participantes. Com alguns/algumas profissionais, a entrevista foi o momento em que pude aprofundar a conversa sobre a atenção a gestantes, usos de drogas, estratégias de tratamento, fazer questionamentos e tentar compreender suas visões sobre a temática. Entretanto, foi através das observações, acompanhando as/os profissionais no dia a dia e conhecendo suas histórias de vida, que pude compreender e situar de modo mais denso os princípios, valores e concepções que informam suas práticas.

A articulação entre vivências e análises realizada neste escrito torna-se exequível devido a uma ferramenta metodológica: o diário de campo. Para Clifford Geertz (2008), não são as técnicas e os processos que definem a etnografia, mas, acima de tudo, uma "descrição densa" - noção concebida por Gilbert Ryle. Portanto, o diário de campo é imprescindível para a descrição do contexto onde se desenvolve a pesquisa, e, conseqüentemente, para o movimento de ir e vir entre campo e teoria, entre aqui e lá, entre familiar e estranho. Nesse sentido, o diário do/a pesquisador/a serve para que sejam anotados os acontecimentos ocorridos em campo, assim como, as impressões subjetivas, do modo mais minucioso possível (CLIFORD, 2011). Configura-se como uma técnica reflexiva, pois permite ao pesquisador registrar, perceber e questionar-se sobre acontecimentos que interpelam o processo de pesquisa.

Conforme Lourau (1993), o diário reconstitui a história subjetiva do pesquisador, posto que expõe, entre outras coisas, a contradição entre a temporalidade da produção pessoal e a institucional, ou burocrática. Como um espaço para registrar confissões que talvez nunca se tornem públicas, diálogos que parecem sem importância, mas pelo fato de serem lidos e relidos podem gerar análises *a posteriori*. Registros e questionamentos capazes de evidenciar a relação entre campo e pesquisadora transformando-se ao longo do texto - e do tempo. Além disso, o diário dá acesso aos desesperos, aos conflitos do processo de pesquisar, contempla as dores e prazeres de fazer pesquisa.

Os registros de minha pesquisa iniciaram como um "Pré-diário", onde fui relatando os trâmites nos Comitês de Ética, as aproximações com os serviços onde pesquisei, as orientações da pesquisa. Assim, ao descrever minha relação com as instâncias formais, pude tornar material para análise minhas indignações, dúvidas, surpresas, angústias e entusiasmo. Seguiram-se os relatos nos diários de campo específicos para os serviços (CR e H) em que foram registradas as observações-participantes, os códigos para procedimentos e medicamentos, os questionamentos, as reflexões, sensações, os contextos e desenrolar das entrevistas.

1.7 A dimensão ética - relação e pesquisa

O conhecimento localizado e pesquisadora situada implicam tornarmo-nos responsáveis por aquilo que aprendemos a ver (HARAWAY, 1995), o que leva à discussão sobre a dimensão ética da pesquisa. Rosane Neves da Silva descreve ética enquanto "forma de habitar o mundo instaurando uma atitude de crítica permanente de nosso ser histórico e dos valores que conduzem nossas ações" (2003, p. 42). Assim, nessa perspectiva, a ética é concebida como implicação com a forma de conhecer.

A ética do pesquisar, ao caracterizar-se como dimensão reflexiva e relacional, perpassa a aprovação pelas instâncias regulamentadoras, como os Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs). No entanto, tais instâncias também precisam ser ponderadas na composição de uma pesquisa. Assim como todo estudo que envolve seres humanos, este projeto foi submetido e aprovado¹⁶ em três CEPs. A submissão em três CEPs foi devido ao protocolo instituído de

¹⁶ Avaliado e aprovado pelo CEP do Instituto de Psicologia UFRGS, e pelos CEPs das instituições co-participantes.

toda pesquisa desenvolvida nesses serviços ter de ser aprovada nos respectivos CEPs, após ter sido aprovada na instituição proponente (UFRGS). As documentações exigidas pelos CEPs e o modo de acesso aos contatos necessários variaram, sendo, assim, um processo complicado e a espera angustiante: a cada mês que passava era menos tempo para estar em campo. Após quatro meses de espera pela aprovação do projeto, volto ao campo, para então começar a pesquisa:

Deixo em repouso aquele diário [pré-diário] que se configura como bastidor dos bastidores. Esse documento, meu caderno virtual, contém os trânsitos e trâmites de um início lento de pesquisa. Compõe-se dos caminhos que percorri, das angústias que senti, das pessoas que conheci. Começo hoje a pesquisa oficialmente - em termos institucionais. (Diário de campo CR- 28/07/15).

Os meses de espera pela aprovação final do projeto me fizeram refletir sobre o que é ser ético numa pesquisa. Corresponder aos trâmites exigidos (assinaturas, autorizações, TCLE, roteiros, etc.) possui sua função, posto que as pesquisas acadêmicas também correspondem a um espaço institucionalizado. Entretanto, se considerarmos a concepção sobre ética exposta no início dessa seção, essa requer o questionamento e reflexão sobre as regras, sobre a moral. Sendo assim, a ética exige um rigor outro da pesquisadora.

A etnografia, ao pressupor uma outra relação entre pesquisadora e interlocutoras/es, expõe que a pesquisa só ocorrerá se os/as interlocutores/as assim permitirem, conforme os limites que estabelecerem¹⁷. Nessa lógica, Ricardo Ceccim e Daniele Gai (2015) reiteram a ética como relação "de modo que piscar o olho e fazer combinações valha tanto quanto contrato" (p. 35). Deste modo, a ética é (re)negociação permanente *in loco*. A negociação diária, em minha experiência, foi sentar ao lado, responder ao "quem tu é?", puxar uma conversa, explorar o espaço, começar explicando o que eu fazia nesses locais e pedir para participar de determinadas atividades, até passar a perceber o olhar das/os profissionais que chama para acompanhá-la/o.

¹⁷ Roberto Cardoso de Oliveira (2004) aponta que, diferente das ciências médicas e biológicas, as pesquisas nas ciências humanas e sociais, adotando métodos como a etnografia, implicam um pesquisar "com" seres humanos e não "em" seres humanos. Baseando-nos nesse autor, procuramos desenvolver uma pesquisa em que o "sujeito da pesquisa" é afastado da ideia de objeto de intervenção e passa a ser sujeito de interlocução.

O campo abriu-se: acolheram a mim e à pesquisa, várias/os profissionais engajaram-se em pensar, discutir, ajudar na pesquisa. O fato de estar junto às/aos profissionais e usuárias recorrentemente e em espaços formais (reuniões, atendimentos, oficinas) e informais (cafezinho, trajeto para casa, intervalo, confraternizações, bate-papos) me possibilitou ouvir e ver dilemas particulares, questões delicadas, opiniões, vocabulários e concepções que não são acessadas por entrevistas. Em parte, porque participar da rotina diária da equipe fez com que minha presença pesquisadora fosse esquecida, mas também porque desenvolvi certo grau de cumplicidade com as/os profissionais - utilizando termo de Fassin (2013) sobre a relação de proximidade na pesquisa etnográfica. Além disso, no decorrer da pesquisa as/os participantes passaram a ser pessoas pelas quais tenho afetos. Assim, tal aproximação foi fundamental para o entendimento da economia moral naqueles contextos. Ao mesmo tempo, por estar inserida em momentos diversos, muitos não tradicionalmente entendidos como possíveis de fornecer informações para pesquisa, configurou-se como um dilema ético quais conteúdos apresentar e como relatá-los.

Na descrição dos trechos das entrevistas e em algumas notas do diário de campo optamos por utilizar a denominação "Profissional de Saúde". Em parte, tal escolha deve-se ao fato de que a especificação da profissão poderia identificar a pessoa, para um/a leitor/a próximo ao contexto. Mas também porque o modelo de atenção que o/a profissional insere-se mostra-se mais relevante na análise do cuidado a essas gestantes do que a profissão. Em alguns registros de diário especificamos a profissão quando evidenciam-se práticas diferenciadas por essa categoria. Utilizaremos a letra "H" para identificar profissionais do Hospital e "CR" para os/as do Consultório na Rua.

Em alguns momentos, senti-me incomodada com algumas concepções dos/as profissionais em relação a gênero, usos de drogas, saúde. Por vezes, transformei tal sentimento em curiosidade e busquei perguntar sobre os motivos que os/as levavam a ter tal opinião e entender os argumentos que a sustentavam. Especialmente, quando já havia uma relação próxima com a pessoa, e o "canal de diálogo estava aberto" ou quando estávamos em um espaço que possibilitasse a discussão, por exemplo, reuniões de equipe no CR. Em outros momentos, guardei para o diário as reflexões sobre os acontecidos. Tais situações revelam que tenho opiniões e concepções frente a essas questões, e ainda que tenham sido questionadas e reconsideradas durante a pesquisa, eles enunciam que a posicionalidade está sempre em jogo no encontro etnográfico. Sobretudo, busco apresentar nesta dissertação relatos das situações e

explicações dos/as profissionais, isto é, enunciar o que vi e ouvi, a partir de minha posição, esta em diálogo com bibliografias, debates entre colegas, em sala de aula. Enfim, penso que buscar uma dimensão ética é procurar entender o que o campo revela, salientando de que se trata de um olhar localizado.

Taniele Rui (2014) explicita que em seu livro mostrará aquilo que sua entrada no campo e metodologia etnográfica foram capazes de revelar sobre o uso abusivo de crack. Isto é, o que o "campo diz" está relacionado àquilo que escuto e/ou o que pergunto. Para além das lentes pelas quais olho para o campo, há um ser pesquisadora corporificado que me permite alguns e limita outros trajetos e percepções na pesquisa. Concebemos inexequível a neutralidade, deste modo as implicações éticas e políticas das pesquisadoras estão sempre em jogo, sobretudo, interatuam na produção das análises. Especialmente em um trabalho que visa discutir sobre economia moral, acredito ser necessário evitar julgamentos frente aos discursos e práticas observados, mas buscar compreender no que se sustentam, que efeitos produzem e de que forma operam.

O *corpus* de análise dessa pesquisa configurou-se por transcrição de entrevistas, exame dos prontuários e, substancialmente, dos registros em diário de campo. Conforme Stéphane Beaud e Florence Weber (2007), nos registros em diário parte da análise vai sendo realizada. Seguindo o entendimento do autor e da autora, poder associar as informações obtidas em entrevistas ou por observação e multiplicar os pontos de vista é a potência da pesquisa de campo. Salientam que a contextualização do material etnográfico é a "principal 'proteção' contra todas as generalizações apressadas ou indevidas" (p. 164). Conjuntamente, buscar compreender o que a pessoa entendeu e significou de determinada pergunta.

A analítica de Foucault sustenta nossa posição de não considerar os/as interlocutores/as da pesquisa enquanto o sujeito em si, sobretudo perceber seus discursos intrínsecos às instituições de pertença, posto que tais instituições conformam modos de cuidado, de atuar nesses espaços, etc. Parafraseando Michel Foucault (2008, p. 55), não há um sujeito que fala, há "práticas que formam sistematicamente os objetos de que falamos". Uma fala diz mais do que ela quer comunicar, expõe os regimes que envolvem o enunciador. O sujeito é atravessado pelos discursos, nunca é anterior ao discurso - espaços de exterioridade, que produzem e revelam "verdades" (FOUCAULT, 2008). A produção de determinados códigos morais enquanto verdades absolutas sustentam-se em discursos de legitimação.

O discurso é atravessado pelo poder, "já que o próprio discurso é um elemento em um dispositivo estratégico de relações de poder" (FOUCAULT, 2006a, p. 253). Nessa proposta foucaultiana de discurso, precisamos suspender a busca do sentido do discurso para investigar as relações entre acontecimentos que o circundam. Seguindo a lógica do discurso enquanto prática, o olhar recai para as construções históricas, os regimes de saber-poder que interatuam nas condições de possibilidade para emergência de determinados discursos.

Enfim, neste capítulo, procuramos evidenciar que esse tipo de pesquisa não se configura como uma aplicação de uma técnica, mas vai se desenvolvendo "na medida em que o pesquisador vai se imbricando no campo, vai se relacionando com os sujeitos e construindo um processo reflexivo sobre suas vivências e impressões" (FONTOURA, 2007, p. 311). A partir de uma perspectiva dentro e com o campo, podemos conhecer esse e se deixar conhecer. Logo, compreendi que, além de realizar observações, entrevistas, negociações e anotações, pesquisar de modo etnográfico é lidar com as vidas que correm nesses espaços, que (re)constroem-se e resistem.

2 OS MODELOS DE ATENÇÃO E AS LÓGICAS DE PRODUZIR SAÚDE

2.1 Debate sobre produção do cuidado e modelos de atenção

No início deste trabalho, apresentamos a discussão sobre o caráter produtivo da saúde pública, o que implica em pensar nos "porta-vozes" dessas políticas, entre os quais podemos destacar os/as profissionais de saúde: como eles/as operam o cuidado em saúde no cotidiano dos serviços. Por outro lado, é preciso destacar que tais serviços e profissionais estão inscritos em lógicas de saúde mais amplas, que dizem respeito ao que trataremos aqui como "modelos de atenção".

Inserido no campo da saúde coletiva, Jairnilson Paim (2008) contextualiza a configuração de modelos assistenciais no Brasil, a partir de uma perspectiva crítica, na qual reflete sobre a construção de propostas alternativas. De acordo com o autor, os modelos de atenção retratam uma combinação de saberes, técnicas, formas de organização e gestão do serviço, além de serem modos de organização das relações entre sujeitos. Deste modo, entende os modelos enquanto uma espécie de lógica que orienta a ação e organiza os meios de trabalho (saberes e instrumentos). Esses processos de trabalho visam intervir sobre problemas de saúde de uma população cujas necessidades são historicamente definidas (PAIM, 2008). Tomando a heterogeneidade das situações que compõem a realidade de saúde (tanto de sujeitos quanto de regiões), Paim (2008) refere que não faz sentido pensar em um único modelo de atenção no SUS.

O debate acerca dos modelos de atenção à saúde no Brasil remonta à Reforma Sanitária, associando-se ao processo de elaboração do SUS. Sendo assim, a bibliografia sobre essa questão é ampla, como pode ser visto em Carmen Teixeira e Jorge Solla (2006) e Jairnilson Paim (2008). Porém, neste capítulo o foco não é enunciar as condições de emergência para modelos de atenção, e sim considerar que as políticas do saúde no Brasil podem ser observadas por modelos que incitam práticas de cuidado.

Paim (2008) discute os modelos de atenção, ou modelos tecnoassistenciais, como um dos componentes de um sistema de serviços de saúde, em uma dimensão técnica ou tecnológica das práticas de saúde. Os modelos não seriam normas, exemplos de como fazer, ou um padrão a ser seguido, mas uma representação esquemática e simplificada da realidade

das práticas de atenção em um sistema de saúde, ou seja, as formas de articulação das relações entre sujeitos - trabalhadores de saúde e usuários - mediadas por tecnologias – materiais e não-materiais - utilizadas no processo de trabalho em saúde. Interessa-lhe estudá-los, não com a finalidade de escolher o melhor, mas identificar seus traços principais, seus fundamentos, suas lógicas, sua razão de ser ou as racionalidades que lhe informam, já que em cada situação concreta, conduzem à adoção de uma dada combinação de tecnologias, ou de meios de trabalho, estruturadas em função de problemas de saúde - danos e riscos - que expressam necessidades sociais, historicamente definidas. Do ponto de vista estratégico, propõe o desafio de que se investigue qual a combinação de tecnologias e abordagens seria mais adequada para a solução de problemas derivados de diferentes perfis epidemiológicos e para o atendimento integral de necessidades de saúde, individuais e coletivas, nos distintos territórios do país. Nesse sentido, considera a possibilidade de articular a dimensão tecnoassistencial à gerencial e organizativa de um sistema de serviços de saúde.

Emerson Merhy também se dedica a refletir acerca de modelos de atenção à saúde como modos de se produzir saúde. Entretanto, para ele, a produção do cuidado centra-se na micropolítica do trabalho vivo em ato. Portanto, a partir da análise do trabalho vivo, nos processos cotidianos do trabalho em saúde, é evidenciada a produção de vozes, escutas, silêncios (entre trabalhadores/as e usuárias/os), expressos em formas definidas pelos 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 (MERHY, 1998).

A utilização de noções propostas por Merhy e Paim é devido ao fato de ambos, mesmo com ênfases diferentes¹⁸, assinalarem que, além da combinação de tecnologias que conforma modelos de atenção, há nesses uma dimensão cultural, ética e política. Assim, segundo Merhy, os modos tecnológicos de atuar em saúde são definidos e organizados a partir de forças sociais. Visto que tais forças direcionam interesses naquilo que se está produzindo no setor saúde, é evidente que as conformações tecnológicas são implicadas social e politicamente (MERHY, 2004). Logo, o modo como nos apropriamos dessa discussão é no sentido de pensar que existem modelos de atenção em saúde que apontam para pressupostos

¹⁸ Paim articula a dimensão tecnoassistencial e organizativa das práticas de saúde, já Merhy volta-se à análise da micropolítica do/no trabalho.

ético-políticos que são acionados nas decisões e ações cotidianas. Isto é, no que tange à atenção a gestantes que usam crack a produção do cuidado e as decisões que se tomam em relação a elas, inscrevem-se nas lógicas de saúde e propostas terapêuticas produzidas nesses e por esses modelos. Assim, argumentamos que a economia moral nos espaços analisados sustenta-se também pelos elementos acionados em cada modelo de atenção.

2.2 Modelos de atenção e perspectivas ético-políticas no cuidado com pessoas que usam drogas

Salientamos que, ao propormos uma discussão sobre os modelos de atenção na política pública de saúde, não os consideramos como entidades estanques. Expressando a realidade das práticas e a forma como os sujeitos se relacionam entre si e com o seu fazer, os modelos dependem também de outros aspectos pessoais e grupais e, assim, as ações em saúde não se restringem homoganeamente e completamente a um modelo de atenção previamente instituído; uns modelos refletem elementos entendidos como de outro, ou convivem, com pontos divergentes e até antagônicos, se considerarmos a proposta original de determinada política. O argumento que buscamos construir é que os serviços de saúde analisados *ênfatizam* modelos de atenção que estão respaldados por perspectivas ético-políticas sobre cuidado, drogas e saúde. Desse modo, evitando estabelecer uma relação dicotômica entre eles, interessa-nos analisar como os serviços acionam em maior ou menor medida elementos de um determinado modelo e, ainda, como por vezes transitam entre os mesmos. Neste capítulo, enfocaremos esses elementos que se articulam às práticas e, no capítulo seguinte, enfatizaremos de que modo determinadas concepções, como aquelas sobre gênero e sobre drogas, irrompem na lógica mais ampla dos serviços, deslocando as práticas, recombina-se para conformar a economia moral.

Com objetivo de analisar os elementos acionados para intervenção e tratamento direcionados a usuários de drogas no âmbito do que considerou modelos de atenção, Priscila Barroso (2013) realizou uma etnografia em dois serviços de saúde. A autora vale-se da formulação de Arthur Kleinman (1980 apud BARROSO, 2013) para pensar modelos de atenção como sistemas culturais, os quais, visando responder a demandas socialmente organizadas e vinculadas a concepções de doença, instituem crenças e normas de conduta que legitimam alternativas terapêuticas (BARROSO, 2013). Todavia, Barroso marca sua singularidade em relação a Kleinman ao acentuar que não se trata de pensar os modelos

enquanto estáticos e coesos, pois são tensionados pela sociedade e pelos atores nele inseridos (profissionais, usuárias/os). Deste modo, a autora aponta como a etnografia se mostra um potente instrumento para perceber a influência que um modelo de atenção produz nas práticas dos/as profissionais, ao mesmo tempo em que essas produzem fissuras no modelo.

O modelo de atenção é muito mais do que um modelo explicativo sobre as escolhas de cuidados em saúde, pois os modelos se atualizam na prática, e as ambiguidades vão se evidenciando. (BARROSO, 2013, p. 104).

A etnografia em serviços de saúde, segundo Barroso (2013), apóia a reflexão sobre os desafios presentes no cotidiano de atendimento a usuários de drogas, considerando, para além das experiências e discursos circunscritos aos serviços, a conjuntura institucional que conforma a proposta dos modelos de atenção. A autora propõe a análise a partir da identificação dos seguintes modelos: modelo de atenção com ênfase hospitalar e modelo de atenção com ênfase psicossocial. Tendo em vista a semelhança nas propostas dos serviços observados na presente pesquisa com aqueles em que foi desenvolvido o estudo de Priscila Barroso, partiremos também dessa categorização por ela empregada.

Seguindo o movimento de Fassin (2013) para fornecer um sentido mais sociológico às ações observadas na pesquisa, isto é, resituar as situações e práticas cotidianas observadas em um contexto social e político mais amplo que as tornou possíveis, neste estudo buscamos ponderar os modelos de atenção na análise da economia moral. Desta forma, conforme destacado no capítulo teórico-metodológico, elementos atinentes aos modelos são acionados de modos particulares em cada serviço, evidenciando as perspectivas ético-políticas sobre cuidado presentes nas propostas de atendimento. Nesse capítulo, trataremos de contextualizar o campo empírico da presente pesquisa e, conjuntamente, discorrer sobre como percebemos tais elementos referentes às perspectivas ético-políticas serem acionados em cada serviço. Descreveremos ainda a função de cada serviço na rede de saúde, a estrutura administrativa dos serviços, suas rotinas, composição e organização da equipe profissional e propostas de tratamento às gestantes que fazem uso de crack.

Os dois serviços de que tratamos neste estudo são um Consultório na Rua, que associamos ao modelo de atenção com ênfase psicossocial, e uma Unidade de Internação Psiquiátrica (UIP) de um Hospital de referência no Estado para atenção à saúde de mulheres e crianças, que relacionamos ao modelo de atenção com ênfase hospitalar. A pesquisa nesses dois locais oferece elementos comparativos, mas serviu, sobretudo, para aprofundar o olhar

sobre as práticas de atenção em cada um deles, posto que a experiência em dois serviços evidenciou o modo como as características institucionais conformam as relações estabelecidas nos espaços. Ainda, ambos serviços se inserem no Sistema Único de Saúde, sob gestão pública municipal, tendo seus fluxos e organizações estabelecidos em rede, as quais por vezes, cruzam-se no que tange ao atendimento às gestantes que fazem uso de crack.

2.3 O Consultório na Rua: contexto e vínculo na produção do cuidado

2.3.1 Passado e presente...Reestruturação

O Consultório na Rua (CR) é compreendido neste estudo como modelo de atenção com ênfase psicossocial, posto que integra o componente "atenção básica" da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011a), e, também, por desenvolver o cuidado no território, integrado ao contexto dos sujeitos. Assim, o CR presta atendimento inicial, encaminhando as questões que ultrapassam sua capacidade resolutiva, indo ao encontro do modelo com ênfase psicossocial conforme descrição de Barroso (2013), que enfatiza o acolhimento do/da usuária a partir do atendimento ambulatorial.

O público atendido pelo CR são pessoas em situação de rua, as quais, por muito tempo, tiveram o acesso à saúde negligenciado. Atualmente, há cerca de duas mil pessoas cadastradas no serviço. Conforme referem Mário Francis Londero, Ricardo Ceccim e Luiz Fernando Bilibio (2014), o primeiro Consultório de Rua surgiu em Salvador, no ano 1999. Além desse serviço, por volta de 2004 foram implantados os Programas Saúde da Família sem Domicílio, posteriormente nomeados de Estratégias da Saúde da Família sem Domicílio. Atualmente, a nomenclatura "Consultório na Rua" engloba essas duas propostas, não representando, entretanto, apenas uma mudança no nome, mas uma mudança nas diretrizes estratégicas de atenção, que responde à pauta considerada prioridade pelo Governo Federal: prevenção do consumo e da dependência de crack, álcool e outras drogas. Logo, o Consultório na Rua torna-se uma composição entre os dispositivos das políticas da Saúde Mental e da Estratégia da Saúde da Família (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

Como uma memória que ecoa, essas mudanças são sentidas e/ou percebidas entre os/as profissionais com os/as quais convivi, inclusive pelos/as que entraram já nesta nova configuração do serviço, especialmente, no que tange ao modo de atendimento e ao público

atendido. Quem, principalmente, conta-me sobre a história do CR é a agente social¹⁹, que, como ela mesma refere é "a única sobrevivente do sem domicílio que está aqui hoje no CR". Quando inaugurado, em 2004, o CR nomeava-se Estratégia da Saúde da Família (ESF) sem Domicílio, e atendia, além dos moradores de rua da região centro, três áreas, conhecidas como vilas, próximas à região central da cidade, sendo que só uma delas continua existindo no mesmo local. Quando passaram de ESF sem Domicílio para Consultório na Rua, em 2012, a estrutura física de atendimento - denominada de base - foi fechada e, segundo a agente social, passaram a atender "Só naquela Kombi, andando de lá pra cá."

Em 2012 foram instituídas as novas diretrizes de funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, dentre as quais é corroborada a abordagem às diferentes demandas de saúde da população em situação de rua, incluindo as pessoas em sofrimento decorrente de transtorno mental, consumo de crack, álcool e outras drogas, adotando a Redução de Danos em suas abordagens (BRASIL, 2012a). Tal alteração previa a inserção de redutores de danos nas equipes, o trabalho do CR de forma itinerante, e a utilização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território, quando necessário. Logo, procurou-se promover o desenvolvimento de ações compartilhadas e integradas com demais serviços da rede - UBS, CAPS, Serviços de Urgência e Emergência (BRASIL, 2011a).

Alguns profissionais do CR direcionavam críticas à forma itinerante de atendimento, pois acabavam "girando em torno dos mesmos pacientes" (Diário de Campo CR - 10/11/15). Somando-se a isso, de acordo com eles/as, alguns usuários/as reclamavam que não encontravam o CR quando precisavam desse serviço. Ainda, ao buscarem acessar outros serviços, a agente social conta que a equipe e os/as usuários/as levaram muitas "portas na cara", por conseguinte, não se vinculavam a esses locais. Devido à luta pleiteada pelo Movimento Nacional da População de Rua, no início de 2014, é reaberta a base do CR. O protagonismo dos/as usuáries/os na reestruturação do modo de funcionamento do CR evidencia que a proposta do modelo com ênfase psicossocial estava, mesmo que minimamente, aberta para repensar/refazer seu modo de atenção à saúde. Assim, a equipe se reestruturou e, atualmente, divide-se em dois grupos a fim de desenvolver concomitantemente os atendimentos na base e as ações na rua, para as quais utilizam uma Kombi.

¹⁹ "Entende-se por agente social o profissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua". (BRASIL, 2012c, p. 14).

2.3.2 Da base à rua, de mãos dadas por aqui, por ali nas andanças pela rede

Considerando sua função na rede, o CR realiza ações de atenção básica junto à população em situação de rua - incluindo nesta os albergados e abrigados. Seu funcionamento aproxima-se ao de uma ESF ao realizar consultas na base, acompanhar tratamentos, encaminhar para outros serviços da rede, atender das 8h às 17h de segunda a sexta. No entanto, por terem a Kombi à disposição e serem preparados para atendimentos na rua - seguindo as diretrizes instituídas para um CR - ultrapassam a estrutura de uma ESF, posto que acompanham a realização de exames, realizam busca ativa, fazem cadastros na rua, levam medicamentos, participam de consultas nos locais aos quais referenciam os/as usuários/as.

No CR não há agendamento de atendimentos, nem distribuições de fichas. Trabalha-se com demanda espontânea e, geralmente, atende-se a pessoa no mesmo turno ou no próximo. Quando o CR abre (8h e 13h) há várias pessoas esperando no saguão do prédio, que passam na recepção por ordem de chegada. Com algumas exceções, essa organização entre os/as usuárias/as parece funcionar bem. A técnica que está na recepção ouve a demanda e organiza os prontuários em ordem para o acolhimento. A/o usuário/a é chamado/a pela técnica que está no acolhimento para realizar uma primeira escuta, examinar sinais vitais e encaminha para a/o enfermeiro e/ou médico/a. A pessoa volta para o saguão e espera até que o/a próximo/a profissional a chame.

De modo geral, a equipe entende que essa organização do fluxo de atendimento funciona de modo adequado. Inclusive, muitos/as comparavam com outros serviços do SUS em que os/as usuários esperam durante muito tempo e, por vezes, não conseguem o atendimento. No entanto, lembro de um/a profissional questionando sobre o/a usuário/a ter de passar por três profissionais separadamente (acolhimento com as técnicas, consultas com enfermeiro/a, médica/o), sendo que, como na base desenvolvem os atendimentos em salas separadas, ficavam indo e vindo quando precisavam da opinião ou apoio de outro/a profissional. Em sua lógica, ganhariam mais tempo (tanto profissionais quanto usuário/a) se recebessem junto essa pessoa, ouvissem as demandas e pensassem o caso e as estratégias conjuntamente. Apesar da perspectiva integral no cuidado, consultas separadas por profissionais operam um modelo clínico que exige esforço para não se resumir a uma soma de olhares compartimentados.

2.3.3 Organização e composição da equipe

A configuração da equipe alterou-se bastante durante meu tempo de pesquisa. Alguns pediram transferência, outros, demissão, um faleceu, novos passaram a compor a equipe e, ainda, as/os residentes alternam a cada semestre ou ano. No entanto, basicamente a equipe é composta por 2 enfermeiros/as, 1 agente social, 4 técnicas de enfermagem, 3 residentes, 2 médicos/as, 1 técnica em saúde bucal, 1 assistente social, 1 estagiária de enfermagem, 3 agentes de endemias (compartilhados com outros serviços). Para além dessa equipe responsável pelo atendimento direto das pessoas, o CR também conta com um motorista e uma pessoa terceirizada que realiza serviços de limpeza (o serviço de limpeza do prédio é terceirizado e as funcionárias trabalham em vários espaços, contudo, desde que entrei no CR, a mesma pessoa faz esse trabalho de limpeza ali). Há vínculos diversos de trabalho: a maioria segue regime celetista, alguns estatutários, uma pelo Programa Mais Médicos. A coordenação é escolhida pela gestão, cargo que tem sido, usualmente, ocupado por enfermeiras/os.

A equipe que faz ações na rua geralmente é composta, de modo alternado entre as profissões, por um/a médico/a, um/a enfermeiro/a, uma técnica de enfermagem, a agente social, alguma residente, o motorista da Kombi e outras pessoas que possuam alguma demanda para tratar com usuários/as que não vieram ao posto ou percebem ser importante acompanhar essas atividades. Procura-se manter sempre um grupo de, no mínimo, três pessoas nas ações da rua, o que é entendido como estratégia de segurança, posto que circulam em bocas de fumo, mocós²⁰, bares. Apesar de geralmente terem acesso tranquilo para as ações nesses locais, suas presenças podem ser entendidas como ameaçadoras, ou mesmo com pessoas que possuem vínculo, pode-se gerar algum problema, por exemplo, quando em uma ação em um bar (usado também como abrigo) um usuário agarrou uma das profissionais pelas costas. A segurança também é preocupação nas atividades da base porque diversas vezes os usuários se alteram e discutem com a profissional que está na recepção, fato que relacionam a ser sempre uma mulher na recepção a ter que atender um público majoritariamente do gênero masculino. A equipe é composta, principalmente, por mulheres, as quais ocupam a quase totalidade dos cargos de nível médio e técnico.

²⁰ Mocós são locais mais escondidos escolhidos pelas pessoas para uso de drogas, como encosto de pontes, embaixo de viadutos, etc.

As reuniões de equipe ocorrem semanalmente, por quatro horas. Nesse turno, o CR fica fechado para atendimento ao público. A cada semana a escrita da ata da reunião é revezada entre profissionais e residentes. Iniciam comunicando informes e posteriormente passam para as discussões de casos, bem como, do processo de trabalho. Nesse momento compartilham os acontecimentos, pensam sobre como proceder em determinados casos, os encaminhamentos, assim como falam sobre suas práticas, seus dilemas, dúvidas, limitações, situações consideradas exitosas. Apesar da reunião ser geralmente mediada pelo coordenador, todos/as da equipe pautam assuntos e participam ativamente da discussão sobre os casos, apresentam seus pontos de vistas e opiniões, as quais influenciam as tomadas de decisão a respeito dos/as usuárias/os e sobre o funcionamento do CR. Ainda, há outros momentos de discussão, em que a equipe do consultório tenta ter pelo menos um representante, tais como: matriciamento em saúde mental, Fórum inter-ruas, Fórum de saúde mental, Comissão da saúde da população negra, Conselho Municipal sobre Drogas, dentre outras reuniões que implicam a discussão em rede para estruturação dos fluxos de encaminhamento, a elaboração de propostas, a co-responsabilização na atenção.

Por um tempo, o CR ficou sem coordenação e, apesar de não ter notado muita alteração no desenrolar das ações da equipe, em reuniões ouvi reivindicarem alguém que ocupasse esse lugar de gerenciamento do trabalho e manejo das relações interpessoais. Percebi uma equipe que reivindica um/a líder, que achava necessária uma coordenação do grupo, para mediar conflitos, "para determinar" como foi referido por uma profissional. Tais constatações são exemplos de fissuras em uma perspectiva entendida como psicossocial, na medida em que põe de lado a gestão coletiva pela figura da coordenação (que, ainda, é escolhida pela gerência), demonstrando que a hierarquia permanece um tanto rígida.

O trabalho no CR interatua entre uma proposta de atendimento coletivo com a das consultas por profissional específico. Isto é evidenciado na comparação entre o atendimento na rua e na base. Quando estão na base, o espaço que existe são pequenas salas onde o acolhimento e atendimento ao/à usuário/a é realizado por um/a profissional por vez; ao passo que na rua o que se propõe como acolhimento humanizado (BRASIL, 2003b), é feito desde quando os/as profissionais descem da Kombi: a equipe aproxima-se junto, escuta, conversa e oferece o atendimento. Nos trajetos entre um lugar e outro, na Kombi, a equipe reflete e debate sobre os casos conjuntamente.

Apesar da busca pela horizontalização das relações de poder - reconhecer a importância de cada prática profissional, evitar hierarquias entre profissionais - em determinadas ocasiões é possível perceber uma tendência de algumas profissões tomarem a frente nas decisões que dizem respeito à estruturação do serviço e à organização dos atendimentos prioritários. Por exemplo, ao passo que uns/umas profissionais acreditavam que criar vínculo, escutar, "estar junto" fosse essencial apesar do tempo despendido, outros/as acreditavam que o trabalho seria mais efetivo se atendessem a demandas de mais pessoas ou ações, como vacinações. Além das perspectivas distintas do que se entende por cuidado à saúde, o modo como isso fica nas entrelinhas indica que em algumas situações há profissões, especialmente de nível superior, que acabam decidindo sobre o processo de trabalho e outras possuem menos abertura/iniciativa para questioná-lo.

2.4 A atenção a gestantes que usam crack no modelo de atenção com ênfase psicossocial

Passamos a descrever e tecer análises sobre os atendimentos direcionados às gestantes que fazem uso de crack para pensar como operam nas práticas cotidianas os elementos institucionais descritos acima. Descrevo meus encontros com essa/nessa estrutura, como me senti junto à equipe e às mulheres e gestantes que usam crack. Escolho começar pelo meu primeiro dia de observação no CR, como participante da pesquisa de doutorado de Moises Romanini.

A coordenadora nos disse que hoje teria reunião com a gestão, então não iria sair para a rua, mas que a equipe sairá e que encontrarão uma gestante que havia ficado de ir ao serviço e não foi.[...] Conforme acerto com Moises, ele ficou de acompanhar a coordenadora na reunião e eu iria junto nas consultas a serem feitas na rua. A Kombi utilizada para essas saídas à rua é customizada e tem escrito "Consultório na Rua ". Sendo assim, saímos eu, a médica, uma técnica de enfermagem, um agente de saúde, um usuário, e a residente de enfermagem, a qual ficou num Centro POP [Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua], pois estão pensando algumas articulações para estreitar a relação desse local com o consultório. Essa e outras informações eu obtive perguntando. Na equipe que acompanhei todos me receberam bem, mas ninguém me explicava nada, nem dizia por que estávamos indo em tais lugares. Antes de entrar na Kombi a técnica me perguntou se eu tinha máscara, perguntei se tinha que usar, ela disse que sim, mas não me explicou o motivo. O usuário sentou no último banco, me disseram para entrar e apontaram para a segunda fileira, então sentamos eu, a técnica e o agente de saúde. Todos colocaram máscaras. Na frente entraram, com o motorista, a médica e a residente. Primeiro levamos esse usuário até o Centro de Saúde [nome], que fica há uns 20 minutos do consultório, porque iria realizar exames de sangue. Após largarmos esse usuário na base para fazer outros exames, fomos visitar uma gestante que eles já tinham contato. Ela mora embaixo de um viaduto, um daqueles na saída da cidade, não sei ao certo o lugar, porque a cidade ainda não está muito familiar para mim. Ao descermos da Kombi um cachorro já começou a latir, acusando que estávamos invadindo aquele espaço, sem sombra de dúvidas aquela é a casa deles, e achei muito interessante que a profissional de saúde bateu palmas e

chamou o nome da mulher, costume antigo, perdido entre a parcela da população que pode se gradear e instalar um interfone. Espaço delimitado por dois sofás que faziam um 'L', do outro lado a parede do viaduto, um armário, um fogo de chão feito com tijolos, cadeiras, várias roupas estendidas nos sofás. Alguns minutos após as manifestações a mulher levantou-se e saiu para conversar com a profissional. A profissional sugeriu que pegasse uma cadeira para elas conversarem. Ela não falou nada quanto a nossa chegada surpresa à sua casa, parecia estar sonolenta, na verdade logo disse estar com dor de cabeça, uma profissional a alcançou um remédio para dor de cabeça. Uma das profissionais fez a aproximação. Eu e os/as demais ficamos um pouco mais longe. Portanto, não fiquei tão próxima enquanto conversavam, mas pelo que compreendi foram lá para saber como ela estava, principalmente por ela estar grávida. De modo geral, a equipe busca aqueles usuários/as com quem já têm um vínculo, de quem há uma demanda por cuidados em saúde e que não aparecem no serviço, como foi esse caso. Enquanto elas conversavam um homem também se levantou, ele ficou lá, próximo à casa, arrumando seus cabelos, mas bastante atento ao que estava acontecendo. Na Kombi a profissional refere preocupação frente ao não desejo da mulher em relação à gestação e à realização do pré-natal. Alguém perguntou sobre sua intervenção, ela disse que a mulher não queria ir até a base. Isso causou certo alvoroço entre os/as profissionais, que pareciam preocupados com os cuidados com esse bebê e as possíveis gestações futuras. Pensam em acionar a rede para apoio nesse caso. Ainda como uma pessoa que não conhecia o funcionamento do serviço e fluxo, fiquei me perguntando que rede seria acionada. (Diário de Campo CR - 27/08/2014).

Sendo assim, desde o primeiro dia no CR percebi que a atenção a gestantes que fazem uso de drogas ocupa grande espaço nas discussões e ações dos/as profissionais. Quando questiono isso em uma das entrevistas, recebo a seguinte resposta:

É...tem as questões institucionais em que a mulher gestante vai ser sempre prioridade para as políticas públicas. A mulher em si já é uma prioridade e a mulher gestante passa a ser mais prioridade ainda. (Pedro, Profissional de saúde - CR).

A inscrição da mulher enquanto objeto de debate e intervenção pela saúde pública associa-se à concepção de mulher reduzida às funções de mãe e reprodutora, logo, aponta para preocupações governamentais quanto ao controle populacional (VILLELA, 2000). Tal lógica continua a informar as práticas de saúde, sendo assim, busca-se uma atenção mais cautelosa com as mulheres grávidas, que, nesse serviço, dava-se principalmente pelas exigências institucionais (serviços que demandavam a busca ativa, fluxo de encaminhamento para gestantes de alto-risco, solicitações do Comitê Municipal de Transmissão Vertical do HIV e Sífilis da Secretaria Municipal de Saúde) e pelo fato de existir um terceiro na relação, o bebê.

A 'dependência de drogas lícitas ou ilícitas' é um dos fatores de risco na gravidez descrito no Manual técnico de gestação de alto risco (BRASIL, 2012b). O Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua (2012c) contextualiza as situações de vulnerabilidade concernentes à situação de mulheres no ambiente da rua - como violências físicas, psicológicas, abuso sexual, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não

planejada e/ou indesejada. Deste modo orienta que as gestantes que usam drogas e possuem o que será considerado como “outras comorbidades” (sífilis gestacional, HIV, anemia grave e hepatites), devem ser referenciadas para o pré-natal de alto risco, mantendo ações intersetoriais. Uma profissional de saúde do CR me explica que

A maioria de nossas grávidas são grávidas de alto risco. A gente tem um grupo de comorbidades de doenças associadas à gravidez, critérios bem específicos que conformam um risco e a gente considera baixo risco, alto risco (Fabiane, Profissional de Saúde - CR).

Para a equipe, as comorbidades que no contexto específico da rua configuram uma gestação de alto-risco são: sífilis, HIV/AIDS, patologias psiquiátricas, uso de drogas, tuberculose, vulnerabilidade social (violências, estadias precárias), gravidez não desejada. Assim, compartilham o cuidado a essas gestantes com outros serviços da rede (SAE, Serviço de Atenção Terapêutica- SAT, hospitais, Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, etc.). A equipe procura acompanhar os atendimentos das mulheres nesses espaços, logo, alguns dias antes combinam com elas que as buscarão no local onde estejam. A maioria das gestantes que conheci chegava no CR com seus companheiros, que também iam junto com elas nos demais serviços.

Como havia certo planejamento prévio da busca ativa, os/as profissionais me avisavam, e pude acompanhá-los/las algumas vezes nessa atividade. A equipe deslocava-se até os locais em que as usuárias dormiam ou circulavam. Por vezes, não as encontrávamos, e os/as profissionais perguntavam sobre elas para as outras pessoas em situação de rua que estavam próximas. Em algumas vezes, partíamos ao lugar indicado (por exemplo, um sopão, parque), em outras, a busca ativa seria retomada nos próximos dias. Em uma das buscas ativas lembro de uma mulher, já usuária do serviço, que não quis a aproximação da equipe: "Vocês vem aqui me levar para fazer exames...pra quê? Pra tirar meu filho? Porque vocês não ajudam, o que preciso é do aluguel social." (Diário de Campo CR - 12/08/15). Em seguida, virou as costas e saiu andando para o outro lado. No trajeto de volta à Kombi, questiono a equipe sobre a situação, me respondem que este é o jeito da usuária, às vezes irrita-se com a equipe e no outro dia a procura, decide ir às consultas. Eles/as me contam isso com tranquilidade, entendem que às vezes as gestantes direcionam indignações e insatisfações à equipe, que é a figura próxima a elas e representa o governo - ainda que sobre as questões de guarda de filhos/as a equipe não tenha gerência. Referem que voltarão lá no dia seguinte ou no outro, para oferecer novamente o exame de ecografia, o qual tem o fluxo facilitado.

A equipe parece desenvolver práticas diferenciadas de atenção a seu público e, ao mesmo tempo em que parecem atender às necessidades das gestantes em situação de rua, tal característica pode levar o/a profissional de saúde a estabelecer um maior controle sobre a usuária. Isso poderia levar equipe e usuária a vincular-se mais, porém, também criar expectativas. O/a profissional, no lugar de cuidador/a, pode, assim, pensar que ‘sabe o que é melhor’, esperar que a gestante ‘contribua’, ou até retribua, fazendo ‘o certo’. As ações das usuárias são lidas dentro deste vínculo que, além de formal, é percebido como afetivo, havendo possibilidade de relações de confiança que se traduzem em investimento.

2.4.1 Contatos, vínculo e rotina: o que a proximidade revela

Como dissemos anteriormente, uma noção central nos atendimentos às gestantes que usam crack é o vínculo, o qual opera como a chave para a boa conduta profissional, elemento fundamental para uma prática eficaz, mas também central para a noção de justiça acionada pelos/as profissionais. Nas descrições que seguem buscamos evidenciar que o vínculo é entendido pelos/as profissionais como aspecto que possibilita a aproximação e o desenrolar do trabalho com as gestantes. Ainda, destacamos que o modo de vínculo construído no CR é oportunizado pela estruturação da proposta desse serviço, que requer uma aproximação dos/as profissionais às realidades e contextos de vida das pessoas.

Nas entrevistas, os/as profissionais referem que o primeiro contato é geralmente realizado na rua, quando encontram as mulheres grávidas, às vezes por acaso, outras por serem acionadas/os por serviços ou pelas próprias pessoas que vivem na rua. Este primeiro momento é denominado de captação, como pode ser compreendido pela diferenciação que a profissional de saúde faz da busca ativa:

"É, sim, seria diferente porque na busca ativa a gente sabe o motivo, porque você está procurando o seu paciente. Na captação... Às vezes, o que acontece, por exemplo, a gente vê a mulher, vê que está com sua barriga, então fala "- Olha, mas você está grávida?", "- Ah, não sei, será?" "- Vamos fazer um teste". Ou mesmo ela: "- Ah, eu acho que estou grávida, eu queria fazer um teste". Tipo assim, ou a gente pergunta. Faz um teste, fizemos o primeiro contato e ali então a gente faz a captação. [...] Depois, ali a gente sempre trabalha com o vínculo, o vínculo até porque muitas pacientes não são conhecidas, muitas pacientes não acessam o serviço, lembrando que aqui no consultório a maioria da porcentagem é de homens e não de mulheres. (Fabiane, Profissional de Saúde - CR).

Os primeiros contatos com as gestantes também apontam para o vínculo como uma estratégia que baseia o trabalho no CR. Naquele espaço percebo que o vínculo traduz proximidade, confiança e afeto, enquanto que sua ausência, um certo distanciamento. Ele é

acionado nos discursos das/os profissionais ao falarem sobre o relacionamento com as usuárias, mas salientam que é algo construído com o tempo. Ao apresentar minha proposta de pesquisa para a profissional Fabiane, ela conta sobre os atendimentos realizados com as gestantes que usam crack e outras drogas. Dentre os casos, relatou a dificuldade que foi no início para a equipe criar um vínculo com Renata. Ela conta que passou semanas indo onde a usuária ficava, oferecendo o serviço e, aos poucos, foram criando vínculo, assim menciona: "- Que serviço que faz isso?". E segue me contando que naquele momento Renata frequentava o serviço uma ou duas vezes na semana para buscar medicamentos.

O estabelecimento do vínculo ocorre, sobretudo, com a equipe, situado na figura de um/a ou outro/a profissional, que se torna referência para a usuária. O caso de Renata ilustra a relação com a profissional de referência, que nesse caso foi uma das técnicas de enfermagem. Ao chegar no serviço Renata já perguntava por essa técnica, a qual, mesmo não estando na função de acolhimento, sentava com a gestante em uma sala para conversarem desde questões sobre a gravidez, o filho, seu tratamento, até angústias e reclamações, dispensava os remédios - com apoio da/o médico/a, combinavam o retorno ao posto e consultas em outros serviços. Diversas vezes ouvia essa técnica lembrar à equipe ações relacionadas à Renata que precisavam ser realizadas, além de buscar acompanhá-la nos atendimentos no Hospital.

Após conhecer as mulheres, terem feito o teste de urina para verificar gravidez, caso resulte positivo, eles solicitam o exame laboratorial Beta HCG, conjuntamente com outros exames protocolares numa gestação. Nas primeiras consultas no CR é realizado o teste rápido, que é indicador do diagnóstico de HIV, sífilis e hepatites B e C. Caso algumas dessas testagens resultem positivo são solicitados exames de sangue para um diagnóstico mais preciso, como verificar a carga viral e contagem de CD4. Em seguida, iniciam os tratamentos para essas questões no CR. Sempre que esse teste rápido é realizado, o/a profissional (geralmente enfermeiro/a) faz o aconselhamento pré e pós-testagem, momento em que é orientado sobre prevenção a doenças sexualmente transmissíveis (DST), fornecido e explicado o uso de camisinhas e lubrificante, informado sobre o tratamento e transmissão vertical.

Com algumas mulheres, as consultas pré-natais são iniciadas na rua, mas são incentivadas a comparecer no posto para que possam ser realizadas atividades inviáveis na rua, como coleta do papanicolau (CP), e fornecer melhor qualidade no atendimento e

privacidade àquela pessoa. Dependendo das necessidades e vontade das gestantes, elas são encaminhadas para outros serviços. Também são agendadas ecografias que, pelo fluxo construído pelo CR na rede de saúde municipal, estabeleceu-se uma vaga diária (por volta das 11 horas) para as usuárias do CR realizarem esse exame. Como o exame é realizado no mesmo prédio, eles acompanham as gestantes, caso a equipe não esteja desfalcada. Foi desse modo que, um dia, acompanhei Mariana e o companheiro para o exame de ecografia. Ninguém da equipe poderia subir e eu já havia mencionado que queria observar tudo que fosse possível na atenção às gestantes que usam crack, então, o enfermeiro sugeriu que subisse com o casal.

Assim que o casal chegou ao CR, a técnica me entregou o prontuário de Mariana e explicou onde deveria ir. Pergunto como proceder lá, ela me explica que é só acompanhar e entregar a carteirinha da gestante para a médica preencher. Ao sair da base vejo uma gestante e um homem aguardando, apresento-me, digo que estou fazendo um trabalho ali no consultório e iria acompanhá-los. Já na sala de espera, explico que estou fazendo um estudo sobre os atendimentos às gestantes do Consultório na Rua. Falei que vinha de um curso de psicologia. O companheiro, após perguntar de que universidade eu era, disse para ela: "Aproveita que ela é psicóloga e conversa com ela" (Diário de Campo CR - 29/07/15), e saiu para assistir TV na sala ao lado.

Essa cena mostra, mais uma vez, a função psicóloga facilitando minha entrada nos espaços, o estabelecimento de relações, pois o lugar de acompanhar e escutar é posto como legítimo, tanto por usuárias/os quanto por profissionais. Na medida em que se desenrolava a pesquisa, percebia que a equipe ia me inserindo em suas atividades e eu me sentindo em uma posição ambígua - de pesquisadora e trabalhadora. Acredito que evoluir em prontuários, escrever no caderno de campo só me foram permitidos e solicitados pelo modo como entendem a produção de seu trabalho, onde há co-responsabilização no cuidado às usuárias/os, discussões em grupo, elaborações de estratégias conjuntas, além da diluída hierarquia profissional. Há sempre um/a profissional que se torna referência (simbólica, não há nada instituído) para as usuárias, mas elas também se vinculam com outros/as, já que é um cuidado compartilhado.

Até o presente momento, ao relatar a inserção no serviço e relação da usuária com a equipe não enfoquei o uso de crack como questão nos atendimentos, talvez pelo próprio

movimento da equipe, que, ao se aproximar da realidade daquela pessoa, percebe que existem muitas outras situações complicadas e produtoras de sofrimentos e a droga não é o principal naquela(s) vida(s). Devido às características do modelo de atenção com ênfase psicossocial - especialmente o atendimento no território e diversificação de estratégias de cuidado que contemplem a participação de usuários/as - no CR é quase impossível que os/as profissionais não se conectem com as vidas das gestantes. Realizar um atendimento no contexto de vida dos sujeitos, conhecendo suas redes sociais, circulando e convivendo com usuários/as em outros espaços (como a rua, serviços de saúde ou assistência social, Centros POPs - Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua), possibilita aos/as profissionais uma percepção diferente daquelas pessoas do que seria se apenas as vissem no serviço. Por conseguinte, essa aproximação ao contexto e o vínculo permitem uma relação outra entre profissionais e usuárias, o que reverbera em quais/como são propostas as estratégias de tratamento.

2.4.2 Proposta terapêutica: Redução de Danos

A proposta terapêutica no CR sustenta-se em dois elementos principais: o vínculo e as diretrizes da Redução de Danos (RD). A partir da etnografia percebi, ainda, que as propostas terapêuticas estão intrinsecamente ligadas às concepções sobre drogas que circulam nos serviços de saúde. Tais concepções são produzidas e sustentadas pelas perspectivas ético-políticas acionadas em cada serviço, pela formação profissional e outras experiências de vida dos/as profissionais, e ainda pela atualização de valores e normas sociais que cada equipe faz e que remete àquilo que pode ser enunciado naquele grupo.

O Ministério da Saúde definiu a Redução de Danos enquanto estratégia de tratamento a pessoas que fazem uso de drogas, logo, é proposta utilizada no CR. A RD enfatiza em suas ações "a oferta de cuidado integral à saúde do usuário, reduzindo prejuízos agregados em função do uso de drogas e prevenindo aqueles ainda não instalados, sem necessariamente interferir no uso de drogas" (BRASIL, 2012c, p. 43). Por conseguinte, a RD direciona-se àquelas pessoas que não desejam ou não conseguem cessar o uso de drogas, ou possuem dificuldade para acessar serviços de saúde. (BRASIL, 2012c).

Segundo Antonio Lancetti (2009) a Redução de Danos é uma política e uma prática de saúde pública definida como uma série de procedimentos destinados a atenuar as consequências adversas do consumo de drogas. As intervenções baseadas na RD representam

a política oficial do Ministério da Saúde para o tratamento de usuários de drogas, mas ainda são pouco conhecidas e aceitas (PRADO; QUEIROZ, 2012). Sendo assim, a RD pode ser entendida como ampliação da vida, em que o foco é o sujeito e não a droga.

No CR o uso de drogas, que se mostra recorrente, por inúmeros motivos, entre a população em situação de rua - é entendido como mais uma situação na vida daqueles sujeitos. Deste modo, as concepções sobre drogas são entendidas em processo, pois percebem que há determinados contextos e momentos que fazem a pessoa ficar mais propensa ao uso. Por isso procuram compreender o que se torna um problema para cada pessoa devido aos usos. A proposta da RD é adotada não só por ser diretriz institucional, mas também, porque é o modo como entendem ser possível realizar o cuidado com aquela população. A experiência do trabalho na rua, próximo ao contexto de vida das pessoas escancara suas condições, e o vínculo construído entre profissionais e usuárias abre espaço para que conheçam suas histórias, desejos e preocupações guinando nova direção à atenção à saúde. Um cuidado que visa à integralidade, e para isso trabalha a partir da relação estabelecida entre profissional e usuária.

O CR foi instituído enquanto espaço para produção de cuidado em liberdade, guiado pela proposta da Redução de Danos. Assim, muitos/as profissionais inseriram-se nesse serviço devido a experiências anteriores sobre drogas, população de rua, saúde mental, Redução de Danos, ou desejos em trabalhar com essas questões. Contudo, outras/os profissionais inseriram-se devido à localização geográfica central do serviço. Em alguns momentos os/as profissionais mencionam que algumas pessoas não têm perfil para o CR.

Na pesquisa de campo percebi que, quando se trata de uma gestante, a noção de Redução de Danos entra em conflito, pois em comparação a demais usuários/as do serviço, exige da equipe reflexão e superação de preconceitos para pensar e desenvolver ações de cuidado a uma mulher que está grávida e faz uso de crack. Esse conflito e constrangimento moral se conformam a partir das concepções que as/os profissionais do CR possuem sobre ser mãe e também devido à preocupação com a situação das crianças, o que será melhor desenvolvido no próximo capítulo. Tais questões são discutidas em grupo e repensadas. Por conseguinte, descrevemos algumas observações de como são efetivadas as práticas de cuidado, basicamente enfatizando o tratamento em relação às drogas, para apontar uma

economia moral conformada sobretudo a partir dos vínculos estabelecidos entre usuárias e profissionais.

No trecho que segue, o profissional aponta que a RD sustenta um modo de trabalhar com as gestantes usuárias de crack que produz resultados, porém implica num posicionamento ético-político sobre cuidado.

Mas teve casos também que, por uso intenso de crack, uma gestante que quase não vinha aqui no Consultório na Rua, mas também, uma gestação que foi fruto de violência sexual, porque ela participava do tráfico, e aí acabou vendendo um malote e daí ficou devendo pra umas pessoas e essas pessoas bateram, surraram ela, e quase que ela teve um traumatismo cranioencefálico, mas teve uma gestação devido a uma relação sexual violenta, contra sua vontade. E eu era a única pessoa do Consultório na Rua que tinha um vínculo com ela e consegui fazer alguns avanços. Mas era sempre no tempo dela porque na maioria das vezes que eu chegava pra conversar ela estava *noiada*; ela conseguiu fazer duas doses de penicilina – de benzetacil- pro tratamento da sífilis; ela conseguiu fazer algumas consultas de pré-natal, mas eu fazia essas consultas sempre debaixo do viaduto. Mas conseguia levar ela pra fazer exames laboratoriais, ela fazia ecografia, mas tudo isso sempre respeitando também a vontade dela de usar crack. Não que isso seja algo simples pra ti enquanto cuidador. E daí a perspectiva de Redução de Danos te ajuda muito a pensar, e a tomar uma decisão sobre o caso. Pode ser que essa gestante – que foi a primeira que eu cuidei, que era usuária de crack – a gente tivesse feito uma internação compulsória pra ela, só que, como é Consultório na Rua, e trabalhar na rua estamos bastante expostos, também a versão dos usuários sobre o nosso trabalho, qualquer medida nesse sentido, ela percorre...toda a cidade. E daí a gente vai ser a equipe que interna gestantes contra a sua vontade, ainda mais uma pessoa ligada ao tráfico. E aí não se trata de medo – de modo nenhum. **Se trata de saber que outras mulheres vão aparecer, que outras gestantes vão chegar até o nosso serviço e elas precisam confiar que a gente vai fazer de tudo, o possível para respeitar a suas liberdades individuais. Mesmo que isso nos cause angústia.** Nem todo mundo tá preparado pra lidar com esse tipo de situação, porque a gente é um Consultório na Rua, mas uma equipe com perfil de saúde da família, de UBS- porque quando se pensou no Consultório na Rua, algumas pessoas tinham vontade de trabalhar com pessoas em situação de rua, tinham uma formação em saúde mental, mas parte das pessoas vieram trabalhar aqui porque era gerência centro, ficava mais próximo da sua casa, e aí tu tem até a possibilidade de construir um perfil profissional. Mas às vezes esse perfil não é construído porque a pessoa já foi constituída por muitos outros valores. Então nem sempre a Redução de Danos e nem sempre um cuidado e uma perspectiva mais aberta, em liberdade, é compreendido (Pedro, Profissional de Saúde - CR).

As queixas e situações que vi e ouvi relatos no CR eram, por profissionais e usuárias, atreladas a aspectos relacionais e do contexto, principalmente a situação de rua. Logo, as demandas ao CR perpassam a queixa baseada no binômio saúde-doença, mostram-se intrínsecas a uma produção social. Entendo que isso se deve tanto pelo modo de atendimento da equipe que adentra os espaços de circulação e redes de sociabilidade das/os usuárias/os, quanto pela disposição da equipe em entender as necessidades de cada pessoa. Percebo que, nesse espaço onde as histórias pessoais e os contextos de vidas se mostram tão evidentes às/aos profissionais, a ideia de abstinência se revela precária. Por mais que muitas vezes

sejam contrários ao uso de drogas, especialmente, por gestantes, encontram novos modos de significar os motivos do uso e estratégias para trabalhar com as usuárias, compreendendo que é o melhor que pode ser feito.

Ter uma orientação da proposta da Redução de Danos não quer dizer que os/as profissionais não orientem sobre parar o uso de crack, álcool e outras drogas. Constroem projetos terapêuticos com as usuárias baseados em suas histórias, condições de vida, necessidades e desejos, mas consideram as particularidades em ser gestante, que impele determinados procedimentos padrões, como a realização do pré-natal. De modo geral, as orientações e construção a respeito de estratégias de tratamento ocorrem através de conversas, na consulta na base ou ação na rua, em que discutem como a gestante se sente, o que a está incomodando, orientam sobre os riscos, sobre as patologias e, por fim, pensam modos de cuidado (como vai pegar o medicamento, como e quais serviços acessar).

Dentre as ações de RD relacionadas a gestantes que usam crack que observei, saliento: respeito ao tempo da pessoa (em nenhum momento percebi uma coerção para realizar atendimento/tomar medicamento); orientações sobre DST, preservativos; escuta da singularidade das usuárias para pensar onde o uso pode estar sendo prejudicial e como atenuá-lo; mostrar-se disponível; buscar realizar os tratamentos sempre no território evitando internações de gestantes. No entanto, a proposta da RD é sempre tensionada pelos/as profissionais, que entendem ser necessário outro cuidado na gestação.

O uso de drogas por gestantes é motivo de mais preocupação pela equipe, o compreendem enquanto um dos critérios que conformam a gestação de alto-risco. Deste modo, o uso em si não é expresso como foco do tratamento e sim os danos que a equipe e a pessoa entendem serem causados por esse uso. Em alguns casos percebi que a preocupação com o tratamento do HIV era mais frequente do que as orientações sobre uso de drogas, provavelmente devido ao elevado risco de transmissão vertical. O que indica que indubitavelmente a gestação estimula a produção de saúde de modo específico.

O Manual sobre o Cuidado à saúde junto à População em Situação de Rua (BRASIL, 2012c), indica que se deve considerar a atenção psicossocial na atenção a gestantes em situação de rua definidas como de alto risco. Tal atenção é efetivada no CR, através de buscas ativas, acompanhamento em consultas em serviços especializados e na realização de exames,

encaminhamentos a outros serviços da rede de saúde e assistência social, sobretudo, a partir da construção do vínculo.

Quanto à atenção a gestantes a RD traduz práticas de, em primeiro lugar, colocar-se à disposição para o que a usuária deseja acessar no CR, e no seu tempo - por exemplo, fazem várias visitas à gestante oferecendo o serviço, a realização do pré-natal, exames, mas aguardam que ela escolha acompanhá-los/as. Entretanto, percebendo o pré-natal como uma necessidade, além de uma função do serviço, muitas vezes a equipe usa estratégias de aproximação e negociação com as usuárias:

A gente mostra pra elas.. Tem que mostrar pra elas o quanto é importante o pré-natal.. Pela criança.. Por ela também, mas pela criança. Mas elas usam a barriga como uma forma de ganhar dinheiro, entendeu. E aí... é difícil elas quererem sair do local, porque no horário que a gente vai ou elas tão dormindo...de manhã elas tão dormindo ou elas tão de virada, entendeu? E aí tipo.. “tá, então eu volto amanhã” “ta, volta amanhã”. Aí as vezes tu consegue trazer no posto. Se pega elas dormindo tu consegue trazer no posto pra fazer uma eco, alguma coisa... “vamos ver como esta o nenê.. e tal?” ou então se ela estiver muito mal, assim daí ela te acompanha. Outras não! Têm outras aí que a gente tira de letra. Faz todo o pré-natal, faz tudo direitinho. Que nem nós temos uma..a [nome da usuária]...que ela é usuária, mas tipo quando nós ia lá buscar ela, tava aberta pra qualquer coisa, ela levantava, independente da droga que ela usava..ela levantava e nós acompanhava, entendeu..ela vinha. Mas era uma exceção, assim, sabe. Se ela não tivesse afim ela não vinha e pronto, mas é um trabalho bem, bem dificultoso, sabe. Então a gente trabalhava muito com troca né. Tipo, ah “vamos lá que a gente te dá o café” “vamos lá que a gente te dá um almoço...”... “vamos lá que a gente...” entendeu? Sempre tinha uma troca de moeda... Aí a gente conseguia trazer algumas assim, mas era meio complicadinho (Gabriela, Profissional de Saúde - CR).

A proposta de RD também se evidencia ao não elencarem a cessação do uso de drogas como meta central. Em minhas observações durante os atendimentos, percebi conversas com as usuárias no sentido de pensarem ferramentas para minimizar os danos dos usos. Seguindo tal lógica, o tratamento não enfoca a droga, contempla também o tratamento para HIV, tuberculose, sífilis, anemia, enfrentamento de situações de violência, e principalmente, a busca por um lugar de moradia - já que isso é essencial para a criança permanecer com o casal, tanto institucionalmente quanto na visão das/os profissionais.

Os/as profissionais percebem que a RD é uma estratégia que possibilita que a gestante vincule-se ao serviço, aceite ser cuidada e realize o pré-natal. Conjuntamente, a RD também vem ao encontro da preocupação da equipe de manter um cuidado sem cercear liberdades:

[...]a gente teve gestante usuária de crack que a gente conseguiu reduzir danos e conduzir a gestação com o mínimo ou nenhuma sequela pra criança. E essa gestante tinha HIV e também tinha sífilis, e a gente conseguiu que a carga viral dela do HIV fosse quase indetectável mesmo ela usando crack durante toda a gestação. E a

criança, (ãã)... até onde a gente sabe – pelo menos no momento do nascimento – teve um desenvolvimento bastante favorável, assim. Por a gente suportar ela, além de ter essas doenças, ser usuária de crack. Se a gente tivesse forçado algo em outro sentido, muito provavelmente a gente perderia o contato com essa gestante, ela não conseguiria fazer o tratamento de uma maneira adequada, ela – entre aspas – “fugiria do Consultório na Rua ” né. No sentido de achar que esse lugar, era um lugar que estava...interferindo, assim, nas suas vontades e cerceando a sua liberdade (Pedro, Profissional de saúde - CR).

De modo geral, no discurso dos/as profissionais o crack não toma um sentido tão dispar em relação às outras drogas. As hierarquizações entre as drogas não se baseiam nos tipos, ou legalidade/ilegalidade, mas no modo e efeitos do uso. Por exemplo, duas técnicas de enfermagem ao me contarem sobre uma gestante referem que é uma usuária pesada de crack. Procuro entender o que significam como "usuária pesada". Explicam-me que é aquela que faz um uso abusivo, isto é, está sempre usando, nunca a viram sem o efeito do uso de drogas. Diferenciam dos usos feitos por Renata, ao mencionarem que não era um uso abusivo, que fazia uso de crack e outras drogas, mas em muitos momentos não estava usando, além do que, ela demonstrava certa organização para a realização do pré-natal.

Ainda, no CR os/as profissionais questionam sobre as representações de determinadas drogas como mais prejudiciais que outras no que tange à gestação:

Mas a gente sabe que comparado ao uso do álcool, o uso do crack, biologicamente falando, ele é menos nocivo, a criança vai nascer... provavelmente vai nascer com baixo peso, com uma baixa estatura e com uma diminuição do perímetro cefálico. Se a gente comparar com o álcool vai ter tudo isso e mais déficit cognitivo. O álcool talvez o maior causador de algum tipo de transtorno ou problema em saúde mental por causa dos déficits cognitivos causados nas crianças. (Pedro, Profissional de saúde CR).

Em outra entrevista, a profissional compara o uso de crack com o de álcool, referindo que com muito esforço conseguem a diminuição e quase a erradicação, pelo menos, a suspensão do uso no momento da gravidez. Só em um caso não conseguiram a diminuição, e foi do uso do álcool.

Eu acho também que, assim, o consumo de crack...eu acho que prevalece mais que o consumo do álcool. Na realidade, na equipe, a gente não tem estudos como pra afirmar especificamente, para saber que..qual é a droga com mais prevalência, mas, assim, no sentido geral tem o consumo mais de crack, mas a adaptabilidade eu acho que de do crack é melhor que a do consumo do álcool, e com as grávidas é mesmo assim... (Fabiane, Profissional de saúde CR).

A equipe trabalha em conjunto com alguns dispositivos da rede como CAPS, Centro de Referência de Assistência social- CRAS, SAE, entre outros. Sobretudo, entendem que a internação em instituições fechadas, como hospitais, deve ser a última escolha. Em momentos

que a internação de pessoas que fazem uso de drogas entrou em discussão no CR (não só referente a gestantes), ouvi profissionais conversando com profissionais novos no serviço reforçando a importância da vinculação nos CAPS e atenção básica, inclusive, pois garante uma continuidade no tratamento.

Evitar fazer uma internação compulsória, sustenta-se na concepção de cuidado no território e porque "a equipe entendeu que também a questão muito restritiva, não dá bons resultados enquanto criar esse vínculo, né" (Fabiane, Profissional de saúde CR). Além disso, tal posição é motivada pela repercussão que toma a instituição dessa medida entre o público atendido pelo CR. Trata-se de manter a imagem do consultório como um serviço que acolhe e busca corresponder às demandas dos sujeitos:

Se trata de saber que outras mulheres vão aparecer, que outras gestantes vão chegar até o nosso serviço e elas precisam confiar que a gente vai fazer de tudo, o possível para respeitar a suas liberdades individuais. Mesmo que isso nos cause angústia. (Pedro, Profissional de Saúde - CR)

Aponta-se como um desafio das políticas sobre drogas articular o paradigma da RD com tecnologias de cuidado que afirmem a cidadania, os direitos humanos e o protagonismo dos usuários (CFP, 2013). Especialmente, em relação às mulheres que usam drogas circulam estratégias direcionadas à regulação sobre essas vidas. As lógicas de cuidado produzidas nas/pelas políticas de saúde parecem colocar para os/as profissionais uma tensão entre cuidado e autonomia, quando se trata do atendimento às gestantes.

No trechos expostos acima, percebe-se um valor que circula no grupo (também influenciado pela opinião da população em situação de rua) de que o cuidado deve-se dar em liberdade e considerando a perspectiva da RD. Opiniões contrárias existem, principalmente, ao pesarem a situação dos/ filhos/a, entretanto são discursos expressos em alguns momentos como desabafo e por vezes tornam-se objetos de reflexão em relação às práticas e concepções morais. A avaliação do risco, ou melhor, dos danos no CR em relação à vida da mulher e ao feto estão atrelados ao vínculo e estratégias de cuidado. A RD ao não focar a droga e buscar identificar os danos produzidos nos/pelos contextos dos sujeitos opera com o conceito de ampliação da vida, desconstruindo noções estigmatizantes sobre as pessoas que usam drogas (ROMANINI, 2013).

Entendo que essa proposta é possível, pois dialoga com um modelo psicossocial que propõe e ratifica o cuidado em liberdade, a autonomia, os direitos humanos. Os danos e

comorbidades, aparentemente tão “neutros” assumem nesse contexto significados nas histórias das pessoas, como algo a ser tomado na perspectiva do cuidado diferencial, respeitando particularidades, o que nem sempre é possível dada a elevada demanda por atendimentos no CR e consequente sobrecarga para a equipe e, particularmente no caso das gestantes, pela pressão institucional que impõe à equipe do CR medidas protocolares no pré-natal e encaminhamentos dessas mulheres.

No trabalho de campo, pude perceber que a perspectiva da RD, que rege as concepções sobre drogas sustenta-se nas formações profissionais que abarcaram tal discussão, bem como, nas experiências pessoais em relação ao uso ou proximidade ao contexto de uso. Destaco que apenas um/a profissional relatou que os usos que fez de determinadas drogas auxiliou a fazer um atendimento melhor a pessoas que fazem uso de drogas, visto que algumas questões morais suscitadas em outros/as profissionais não têm a mesma influência nele/a. Ainda, a proposta terapêutica baseada na RD é construída a partir das experiências cotidianas do serviço, em que percebem os resultados de suas práticas (como foi o caso de Laura citado no início do capítulo), e também em discussões de equipe, isto é, aprendem e constroem juntos.

Por que, tipo, as pessoas vêm aqui “ah eu fiz um mestrado em cocaína e crack e em drogas em geral”. “ Ah, por que a química é assim, por que é assado, por que não é, por que...” Não é assim! entendeu? Às vezes, tu estudou. Não é assim. Eu nunca usei, mas eu não preciso nem usar, porque eu já sei até o gosto que tem, entendeu? Eu já sei o gosto, sem usar eu já sei o gosto, já sei, eu sei a maneira que eles ficam, eu sei tudo, sem precisar usar, entendeu. Mais, né? **Eles têm o canudo, eles têm, o mestrado, o doutorado, tudo. Eu tenho só a experiência.** (Gabriela, Profissional de Saúde - CR).

Depois acabei fazendo algumas formações nesse sentido assim..né, seja na própria residência ou outros cursos financiados pelo Ministério da Saúde ou os próprios **cursos daqui da [instituição de ensino] mesmo, que falavam sobre o uso de álcool e outras drogas e Redução de Danos. E o conceito de Redução de Danos foi o que mais pegou para mim,** porque..ah.. É um conceito que..ele..criado assim, dado mais ênfase dentro do cuidado das pessoas que usam álcool e outras drogas, mas de maneira geral, ele serve para muitos aspectos do cuidado ao outro. (Pedro, Profissional de Saúde - CR).

Todavia, a etnografia me permitiu compreender algumas nuances das práticas de atenção: apesar de defenderem e trabalharem com RD em certos momentos, percebia que era difícil para as/os profissionais depararem-se com a falta, a resistência das usuárias em relação a alguns manejos/propostas terapêuticas. Isso pode indicar que há coexistência de uma perspectiva de RD com outra de tratamento clínico tradicional, em que se espera uma adesão

ao tratamento, conforme critérios instituídos de que o atendimento é oferecido e que comportamentos devem corresponder a essa proposta.

Especialmente no caso das gestantes usuárias de drogas, a equipe procura investir muito na relação: através da constituição do vínculo, colocando-se à disposição, fazendo busca ativa. Por vezes, observei frustrações de alguns/algumas profissionais ao não conseguirem realizar a ação prevista. Como quando um/a dos/as profissionais me conta de uma busca ativa que realizaram a uma gestante. Ao chegarem na pensão que ela estava, a mulher que trabalha no local disse que hoje não conseguiriam falar com ela, porque estava usando drogas. Parecia chateado/a por ter priorizado um caso que não teve a "contrapartida", e, portanto, também questiona-se e lança a questão pra mim sobre quais usuários/as deve-se investir. Entendo que tal sentimento, em parte, deve-se à posição de profissional de saúde, do qual se espera determinadas responsabilidades perante a saúde das pessoas. O sentimento de frustração pode ser compreendido, se pensarmos com Henrique Nardi e Tatiana Ramminger (2007), que há um "modo predominante como os trabalhadores se relacionam com o regime de verdades que atravessa seu trabalho" (p. 271), no caso, o modo de subjetivação, que ao nosso ver nesses/as profissionais de saúde implica em uma posição de cuidado ética, neutra, tecnicamente eficiente, orientada para a busca de soluções. Para o autor e a autora o processo de subjetivação é como cada trabalhador/a vivencia, em sua trajetória singular, a relação com as regras estabelecidas pelo discurso que permeia a configuração do trabalho.

É difícil, ao falar do CR, descrever um modo mais geral de práticas em saúde, posto que, há uma ênfase na relação entre as pessoas. O vínculo é aspecto central para o sentido do tratamento das gestantes. O estabelecimento do vínculo possibilita à/ao profissional conhecer as histórias e contextos de vida das usuárias, e pode-se elaborar um projeto terapêutico que contemple suas singularidades. Através do vínculo, elas adquirem confiança com os/as profissionais, sendo assim, torna-se possível expressar sentimentos, canalizar frustrações, contar as situações que fogem à norma, as quais talvez fossem reprováveis por outros/as profissionais - mas nesse contexto podem ser enunciadas, pois são suportadas.

É o vínculo que medeia as decisões terapêuticas e, por conseguinte, a avaliação sobre as gestantes. Assim o vínculo gerencia os afetos tornando-se chave para a noção de justiça, porque se baseia na ideia de que cada pessoa é única. O vínculo, aqui, se desloca para compreender a ação da droga – não é possível pensar o efeito da droga fora de uma relação

única com um contexto. Na medida em que os/as profissionais também são afetados/as por esse contexto, é como se o plano terapêutico os implicasse diretamente. Desse modo, quando algo não sai como o esperado, por exemplo, uma usuária não adere às propostas, também é sentido mais profundamente pela equipe. O insucesso terapêutico é, muitas vezes, entendido como um insucesso dessa relação.

Deste modo, o CR, além de responder a demandas construídas na lógica de saúde comunitária - evidenciando o sujeito e seu contexto social - também produz modos de ser profissional. Isto é, nesse espaço as políticas públicas tensionam modos de ser profissional: por um lado propõe-se um cuidado para a autonomia, possuindo a Redução de Danos como estratégia de tratamento. Por outro, há diretrizes do Ministério da Saúde para um pré-natal ideal, exigências da rede de proteção à infância. Entretanto, não só o modelo de atenção conforma práticas, mas a produção cotidiana pelos/as profissionais aos poucos influencia os modelos. Observando, percebi ambiguidades nos discursos dos/as profissionais, que muitas vezes tomam a forma de questionamento sobre as propostas do modelo de atenção em que se inserem.

2.5 A Unidade de Internação Psiquiátrica: reforma em percurso

Em "O nascimento do Hospital", Foucault (1979) refere que o Hospital, que até final do século XVIII era espaço de exclusão, separação ou de espera para a morte - especialmente de pessoas pobres - torna-se instrumento terapêutico e de saber médico. Isto se deve ao deslocamento da intervenção médica e disciplinarização do espaço Hospitalar. Nessa nova lógica o médico ganha papel de destaque e a arquitetura do Hospital deve ser fator e instrumento de cura, e, sobretudo, transforma-se em lugar de registro, acúmulo e formação de saber.

No âmbito da saúde mental, o modelo de atenção hospitalar sofreu tensionamentos que reverberaram em mudanças significativas. A luta pela reforma psiquiátrica extinguiu manicômios, estabeleceu novas modalidades de atenção. A proposta de internação psiquiátrica em hospitais gerais configurou-se como um serviço substitutivo do modelo manicomial, sendo indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (BRASIL, 2001). O objetivo dessas unidades em relação às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de drogas deve ser "internações de curta duração, até a estabilidade clínica do usuário, respeitando as

especificidades de cada caso", levando em consideração a articulação com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012d, s/p).

Nesse contexto, a Unidade de Internação Psiquiátrica (UIP), onde realizamos o trabalho de campo, inscreve-se nesse modelo de atenção com ênfase hospitalar, já que é justamente voltada ao atendimento no âmbito hospitalar. A UIP faz parte de um Hospital que é referência no Estado para atenção à saúde de mulheres e de crianças. Neste local, há cerca de vinte e quatro leitos psiquiátricos, sendo cinco para gestantes internadas com diagnóstico de dependência química²¹. Ocasionalmente ocorre o bloqueio de leitos por falta de recursos humanos ou financeiros. São internadas nesse serviço mulheres (no tempo que fiquei ali a mais nova tinha 17 anos), com diagnósticos de transtornos mentais ou dependência química, somente enquanto estão gestantes, configurando o motivo da internação como "Risco ao conceito". Nesse espaço, habitam pessoas com questões relacionadas à saúde mental. As gestantes "dependentes químicas (DQs)", são consideradas como aquelas que "necessitam de propostas diferentes", o que é salientado pelos/as profissionais que apontam que elas possuem comportamentos mais hostis aos manejos e interesses diferentes em relação às atividades. As gestantes DQs parecem preferir jogos e olhar televisão a participar de algumas das oficinas lúdicas propostas.

2.5.1 Organização da Equipe e funcionamento do serviço

Por ser um serviço de internação, funciona vinte e quatro horas por dia e sete dias por semana, e com regime de plantão (há duas equipes noturnas). A equipe é grande, lembro da enfermeira comentar que só na equipe de enfermagem eram vinte e três pessoas (entre enfermeiras e técnicas/os). Sendo assim, aproximei-me de algumas pessoas, portanto não acompanhei o trabalho de todos/as os/as profissionais. Além da equipe de enfermagem, há um coordenador da psiquiatria e quatro outras psiquiatras que são preceptoras dos/as residentes em psiquiatria. São residentes do primeiro ano de psiquiatria, os/as quais atendem também no ambulatório de psiquiatria do Hospital. Em meu tempo de pesquisa, estavam na UIP três residentes (apesar dos R2 e R3 também circularem por esse espaço, faziam plantões à noite).

²¹ O termo 'dependentes químicas' é utilizado neste serviço para referirem-se às pessoas que fazem uso de drogas. Utilizarei esse termo quando o emprego remeter à apropriação da fala dos/as interlocutores/as, no entanto opto por utilizar, do ponto de vista das análises, conforme explicitado no início da dissertação 'gestantes que usam crack'.

Os residentes em psiquiatria são a referência direta para as pacientes porque realizam os atendimentos diários, prescrevem e evoluem nos prontuários.

A equipe conta, ainda, com uma fisioterapeuta, uma nutricionista, uma terapeuta ocupacional e uma assistente social. Os vínculos empregatícios são majoritariamente estatutários, ainda que eventualmente haja contratações emergenciais. O serviço de limpeza é terceirizado. Em 2015, firmaram acordo com um programa de residência multiprofissional e passaram a ter como residentes uma psicóloga, uma arte-educadora e um educador físico. Há também o estágio da graduação de medicina, pelo período de um mês no serviço. Há também turmas de estágio do curso de enfermagem e de técnico em enfermagem (que trocam a cada período menor que um semestre). Mostra-se, assim, que na UIP circulam muitas pessoas, sendo que minha presença, às vezes, não era estranhada por profissionais nem por pacientes.

Em alguns momentos, entendo que funcionam como uma equipe - ao dividirem opiniões, questionarem colegas - ao passo que em outros parece que a divisão do trabalho impõe um certo isolamento na reflexão sobre as estratégias de cuidado e processos de trabalho. No entanto, possuem uma estrutura organizacional precisa, sendo bem delimitadas quais práticas competem a cada profissional. Igualmente, as rotinas na UIP são estruturadas, como pode ser visto no seguinte trecho:

Bom, elas acordam de manhã, tem um horário fixo para o café da manhã. A gente costuma ser um pouco rígido, assim, com os horários, porque afinal de contas a gente tem as rotinas, é um Hospital, como todo Hospital tem o horário das refeições, e a gente preconiza que não se pulem essas refeições, então elas têm o horário pra café da manhã, depois do café da manhã elas tomam banho, elas arrumam as próprias camas, elas, podem lavar suas roupas íntimas, deixar secando aqui, as outras roupas elas levam, os familiares buscam, lavam em casa, trazem roupas limpas. Na metade da manhã vem uma fruta pra elas comerem, então elas comem lá na sala, as refeições são sempre na sala de, de TO que a gente chama, de terapia ocupacional. Elas ficam livres pra, pra ir pra sala a hora que elas quiserem, a menos que tenha alguma, algum problema de, de convivência, ou por algum motivo elas não tenham interagido bem, tenham brigado, discutido, e o médico tenha orientado que permaneçam no quarto. E elas podem circular pela unidade. Na metade da manhã recebem uma fruta. No segundo horário da manhã, eventualmente tem alguma atividade de terapia ocupacional, então elas têm oficina de beleza, elas têm alguma oficina de artesanato. Tem estagiários de curso técnico de enfermagem que fazem algum tipo de atividade com elas, também. E, no período da manhã acho que é isso. Alguma consulta ou exame também acontece no período da manhã, mas é mais raro, assim, com as gestantes, normalmente as consultas e exames são no turno da tarde. Ao meio dia vem o almoço, nas terças e quintas então elas têm visita, da uma e meia às três e meia da tarde, e nas quartas feiras normalmente é o dia que tem a consulta de pré-natal, que daí é no Hospital dia, elas são sempre acompanhadas de um ou de dois técnicos de enfermagem. Consulta de pré-natal e ecografia obstétrica. Algumas fazem também o ecocardio fetal, fazem a eco obstétrica, a eco fetal acho que agora eu não tô lembrando, mas enfim. Ah, de manhã também às vezes antes do café elas coletam exame de laboratório. O laboratório vem até aqui e coleta os

exames delas. Então normalmente nas quartas-feiras são as consultas de pré-natal. Aquelas que 'tão no terceiro trimestre, que 'tão se encaminhando mais pro final da gestação, tem uma consulta por semana, então toda quarta-feira elas vão na consulta de pré-natal. Além disso, elas têm acompanhamento com dentista também, conforme a necessidade. Elas fazem vacinas, se estão com o calendário de vacinas atrasado. Se precisa fazer algum exame de imagem, assim, muito urgente, algum raio X, por algum motivo, sei lá, alguma queda, alguma batida que teve e precisa fazer algum exame também são encaminhadas pra exame. E, acho que é isso. Nós tínhamos um grupo de dependência química, mas esse grupo não acontece mais, que era com os residentes do R2, mas que agora não acontece mais. E no período da tarde, depois do horário de visita, também tem algumas atividades, ou de fisioterapia, ou de terapia ocupacional. Hã, agora a gente tem também o momento em que elas podem, as pacientes podem descer pro pátio. Só que coincide com as quartas-feiras, então as gestantes normalmente não irão, porque é o dia das consultas, daí fica difícil levar e trazer nas consultas e no pátio, Elas têm na quinta-feira uma oficina de educação e saúde com a fisioterapeuta e com a terapeuta ocupacional também. E, eu acho que é isso, de atividades. Hã, depois elas têm a janta, por volta das seis horas da tarde, lá pelas nove horas elas têm a ceia e podem ficar na sala de televisão até as dez e meia da noite. Ai as dez e meia se desliga a TV e orienta elas pra que vão pros seus quartos. Fora esses horário fixos, elas podem circular pela unidade, podem assistir televisão, podem ouvir música. Têm algumas regrinhas, assim, pro uso da TV, uso do rádio, uso da sala mesmo. E é mais ou menos isso. (Beatriz, Profissional de saúde - H).

O momento em que se reúne a equipe semanalmente para discutirem os casos é chamado de *round*. Sempre ocorre na sala de convivência. Pelo que compreendo participam todos os/as profissionais que conseguem estar lá nesse horário, com exceção dos/as técnicos/as, pois apenas um ou dois participam, visto que é preciso que os/as demais estejam disponíveis para o atendimento às pacientes. De modo geral, quando uma paciente completa vinte dias de internação, o caso é levado para o *round* para que seja discutido o plano/conduitas relacionadas a ela. Contudo, quando um caso possui algum aspecto mais grave ou quando ocorreu alguma intercorrência, é levado para a reunião antes dos vinte dias. É um momento de discussão mais ampla, com outros atores, posto que cada residente também tem sua preceptoría. A dinâmica do *round* é a seguinte: cada residente expõe o caso, por exemplo no caso das gestantes dependentes químicas referem: [nome da paciente]..x anos, x dias internada, internada por risco ao conceito, x semanas de gestação; Gesta x; Para x, Aborto x; Mencionam os medicamentos que elas estão tomando, depois falam como a paciente está, se está tendo "fissura", sobre a motivação em relação à abstinência, sobre alguma patologia a ser cuidada (ex. sífilis, anemia, HIV). Falam também se estão fazendo algum tratamento, além do medicamentoso (Terapia Cognitivo Comportamental - TCC, cartão de enfrentamento, entre outros). Uma das preceptoras escreve essas informações em um bloco de folhas de ofício encadernadas. As preceptoras fazem os questionamentos aos residentes, em alguns momentos perguntam o que a equipe pensa, o que observou, etc. A presença da assistente social é sempre

aguardada com expectativa, visto que ela fornece notícias sobre os encaminhamentos e contatos que foram/serão realizados em função das questões sociais.

2.6 A atenção a gestantes que usam crack no modelo de atenção com ênfase hospitalar

A internação na UIP ocorre via central de regulação de leitos, a qual encaminha pacientes de duas emergências psiquiátricas da cidade. Tendo em vista que praticamente todas as gestantes que conheci na unidade usavam crack, e ouvira relatos sobre uso só de cocaína, em entrevista questiono sobre uso apenas de álcool. O/a profissional relaciona a ausência de mulheres que só usem álcool com o fato de serem um serviço de referência, possuindo uma proposta casada entre ginecologia, medicina de alto risco e internação psiquiátrica, e um serviço social muito efetivo. Sendo assim, acredita que no serviço chegam os casos mais graves, entendidos como aqueles que conjugam situações de abandono, de negligência, de vida na rua.

A maioria das gestantes estava internada de modo involuntário, mesmo nos casos em que no prontuário continha que ela havia aceitado a internação. Apenas uma que conheci era por internação compulsória, antes estava em situação de rua. Elas geralmente chegam acompanhadas por um familiar ou através do encaminhamento de outro serviço de saúde. A baixa é realizada por um médico residente, a qual funciona como uma espécie de entrevista - exame do estado mental, anamnese, motivações para internação, questões sobre a gestação, sobre uso de drogas, etc. É dada continuidade nessa conversa com o médico residente, em outros momentos, sem as pessoas que a acompanharam na baixa. Na baixa também é realizada uma conversa com a enfermeira. São os/as técnicos/as que encaminham e mostram o quarto para a paciente, explicam o que pode ou não pode ficar nos quartos (não podem ficar sacolas plásticas, materiais cortantes). Muitas pacientes, nos primeiros dias de internação, demonstravam muito sono, acredito que pelo início do uso de medicamentos.

Além das rotinas, o trecho citado nas páginas 92 e 93 evidencia as conexões com outros espaços do Hospital, no caso das gestantes, enquanto estão internadas na UIP os cuidados referentes à gestação (pré-natal, exames, parto) são realizados um ou dois andares acima. Este Hospital conta com um Hospital Dia especializado em Pré-Natal de Alto Risco, uma Internação Ginecológica, bem como com um Ambulatório de Dependência Química. Esses espaços por vezes encaminham pacientes para a UIP, e também servem de referências para algumas pacientes quando têm alta. Neste aspecto, o modelo com ênfase hospitalar

reforça a especificação das questões de saúde, posto que há uma separação entre as unidades e suas funções. A título de exemplo, esta pesquisa foi barrada pela compartimentalização: por possuir apenas aprovação do CEP para a pesquisa na UIP, por isso não pude acompanhar atendimentos das gestantes internadas na UIP, quando compareciam em outras unidades do Hospital.

2.6.1 Proposta Terapêutica: desintoxicação

A proposta de tratamento para gestantes é de internação de vinte e oito dias para desintoxicação. Contudo, os/as profissionais relatam que algumas acabam ficando mais tempo por questões sociais, isto é, por não haver um local protegido para elas permanecerem até ganhar o bebê; tampouco a família fornece suporte para que elas se mantenham em casa. Em um dos *rounds*, as profissionais ressaltam que a UIP é um local para internação de curta duração, compreendida como desintoxicação, inclusive porque é alto o custo de manter uma paciente na internação psiquiátrica. Referem que ali não é o lugar para uma paciente ficar porque não tem para onde ir, no entanto, ressaltam que "não há local adequado para dependente química." (Diário de Campo H - 01/09/15).

Sendo assim, a permanência das gestantes na internação psiquiátrica até ganharem os filhos/as é justificada pelo intuito de proteção ao conceito. O que é entendido como fundamental, ainda mais por se tratar de um Hospital amigo da criança:

[...] por ser o Hospital Amigo da Criança, [...] nós já fomos chamados lá, a gente tem todo um compromisso selado, escrito, a secretaria de saúde tem de que as mães gestantes dependentes químicas, os bebês, as questões com relação ao bebê têm que ser obrigatoriamente encaminhadas para o Juizado da Infância e Juventude pra ser monitorados pelo juizado. (Anelise, Profissional de Saúde - H).

Contudo, o viés de proteção ao conceito também gera questionamentos sobre o tratamento oferecido às mulheres. A ponderação sobre a motivação como central no programa de tratamento é apontada por Bento:

Aqui tu não tem como fazer isso, então a paciente pode estar super desmotivada, ser agressiva com a equipe, ser agressiva com...com ela mesma, mas tu tem que proteger o conceito, então tu meio que esquece a dependência química e fica preservando o conceito. Então, tu não tem como mandar embora uma gestante que tu sabe que vai usar, então ela fica aqui contra a vontade dela, sem aproveitar o tratamento, basicamente esperando o parto, e isso não é um tratamento, mais um modo de resguardar a saúde do bebê. (Bento, Profissional de Saúde - H).

Como o tratamento é voltado para a abstinência, a consecução dessa opera como um marcador para a avaliação de que a mulher pode ficar com seu/sua filho/a. Logo após esses bebês nascerem, há uma audiência em que o Juiz ou Juíza do Juizado da Infância e Juventude decide sobre a guarda dessa criança, informada por relatório da assistência social e laudos médicos. Um dos casos considerados sucesso que a assistente social me conta é de uma mulher que foi para uma pensão protegida (lugar fechado) e depois de um ano continua lá com o bebê, e abstinente.

Destacamos que os discursos correntes na UIP inscrevem o uso de drogas enquanto doença, e, portanto, utilizam a denominação de dependência química. O entendimento enquanto uma doença "com bases neurofisiológicas" (Bento, Profissional de Saúde - H), adquirido pelo estudo ou trabalho na unidade é contrastado com a concepção de que o uso de drogas é um vício que se desejou ter: "Entender as coisas como sintomas, e o contexto do paciente como pré-disposição, que ele tem um maior risco de usar, um maior risco de ter uma parte continuada de uso" (Bento, Profissional de Saúde - H). Logo, a internação também é justificada como proteção a alguém que não consegue exercer esse cuidado sobre si (nesse caso sobre outro/a também).

Sob a perspectiva do uso de drogas como doença, um passo importante para se adequar às normas e ter uma vida regrada, civilizada - no julgamento dos/as profissionais de saúde - é a desintoxicação (BARROSO; KNAUTH; MACHADO, 2015). As autoras observam que, nessa concepção de cuidado, a não adesão ao tratamento é considerada desinteresse em cuidar de si e que resulta de um processo de passividade de um sujeito que se deixou dominar pela droga e isto terá consequências na sua relação com o serviço de saúde.

A proposta de abstinência camufla as singularidades dos usos de crack, e das pessoas, na medida em que se baseia numa homogeneização das experiências de uso. Aliada ao contexto de relacionamento entre profissionais e usuárias limitado ao hospital, a homogeneização dos usos ofusca a percepção dos/as profissionais frente às situações que particularizam as gestantes.

2.6.2 A dependência química

Após expor o uso de drogas, inscrito enquanto doença pelos discursos circulantes no Hospital, pretendemos circunstanciar a concepção de uso de droga como doença enquanto

aspecto que orienta práticas profissionais. Além da gestação ser o que a insere nessa lógica de cuidado, o que percebemos é que o modo como a gestante segue o tratamento proposto é essencial na análise de suas condições em permanecer com o/a filho/o após o parto.

O discurso médico sobre “dependência química” instituiu a noção de uso de drogas como uma “doença crônica”, logo incurável (ROMANINI; ROSO, 2013). Essa noção, respaldada em uma visão de mundo construída historicamente, identifica o uso de drogas como uma doença biológica/genética que requer tratamento e reabilitação (QUEIROZ, 2005). Em nossas observações percebemos que a compreensão do uso de crack como doença situa a gestante enquanto paciente que, por estar em desequilíbrio da saúde, necessita de cuidados para retornar a um estado "normal". Assim, o tratamento possui como foco a abstinência.

Um momento significativo em minha apreensão sobre a lógica de operar considerando o modelo de atenção e a inscrição da dependência química naquele serviço foi a situação desencadeada pela fuga de uma das gestantes internada por "risco ao conceito". Esse episódio, além de me fazer "sentir na pele" uma posição de profissional de saúde dentro de uma unidade de internação psiquiátrica, também serviu para que determinadas práticas instituídas fossem discutidas e eu pudesse captar algumas significações e justificações que antes não estavam tão perceptíveis ao meu olhar. Por exemplo, o que acarreta entender o uso de crack por essas gestantes como doença.

Eu estava animada para participar da descida ao pátio, em parte influenciada pela empolgação de Mirela, gestante que, dois dias antes, havia sido liberada pelo médico para descer ao pátio: comemorava exclamando a todas/os "Vou descer para o pátio na próxima!". Ela estava há três meses internada no serviço e pela primeira vez iria descer (essa é uma atividade nova na unidade, completando, naquele momento, cerca de um mês desde seu início). A equipe que planejou essa atividade e descia com as pacientes eram a enfermeira, a fisioterapeuta, a terapeuta ocupacional e as residentes multiprofissionais. Em que pese a discussão em grupo sobre quais pacientes podem descer, a prescrição da descida é realizada pelo/a médico/a. Os critérios de avaliação da descida residem basicamente nas boas condições físicas apresentadas pelas pacientes (sem dificuldade de locomoção, perigo de queda, sentindo-se mal) ou não estarem realizando outros exames, por exemplo. Contudo a apreensão frente ao risco de fuga das gestantes DQ era manifesto, mesmo que em tom jocoso.

As profissionais queixam-se que muitas vezes não há passeio porque faltam profissionais disponíveis na UIP. Nesse dia desceram sete pacientes, eu, a profissional Carla e duas residentes multiprofissionais. Esse pátio fica entre unidades do Hospital, é bem pequeno - cerca de 20m² - o chão é metade brita e outra metade concreto. Há dois bancos e alguns troncos. As pacientes levaram chimarrão. No início a conversa é um pouco devagar, entre todas, depois dissipa e existem várias conversas ao mesmo tempo. Algumas falam sobre a alta que está próxima, outras contam sobre a gestação, falamos sobre comidas, trabalhos, do espaço ali, o que poderia mudar, pensam em trazer música. Mirela pede para usar o banheiro, Carla mostra que o banheiro é na porta contígua ao pátio, no serviço que é ao lado do pátio. Outras pacientes também pedem para ir ao banheiro.

Continuamos conversando, o papo vai ficando mais animado, as pacientes passam a circular mais pelo pátio, de repente a profissional Carla pergunta "Cadê a Luiza?". Eu refiro achar que ela estava no banheiro, contudo me responde que não tem ninguém no banheiro porque acabou de sair uma senhora. Carla rapidamente sai para a rua. Nesse meio tempo uma das residentes se dá conta que Mirela não está ali também. Depois de uns minutos volta Carla com Mirela envolta nos seus braços, sugere que subamos, e avisa que não achara Luiza. O grupo todo estava tenso - algumas pacientes reclamavam que agora iam perder os passeios no pátio - principalmente, Carla que ficou bastante preocupada. Chegamos na unidade, ela abriu a porta para as mulheres entrarem na unidade e, como a enfermeira coordenadora estava em sua sala, nós ficamos no corredor (que é como um hall da UIP) para falar com ela.

A coordenadora reagiu de modo calmo, estava um pouco incrédula, mas parecia saber o que fazer. Foi buscar o Procedimento Operacional Padrão (POP) em caso de fuga de adultos para ver o que deveria ser acionado. Pareceu preocupada pelo fato de ter sido logo essa gestante que foi internada na modalidade compulsória, e assim teriam que responder a vários órgãos. A enfermeira entrou para ver o POP. Eu, Carla e residentes continuamos nessa entrada conversando sobre a situação. Falando como estávamos nos sentindo durante a atividade. Também discutimos as condições para que isso tenha acontecido: nossa não preocupação com a saída que havia próxima ao banheiro. E pensamos estratégias para que a atividade pudesse continuar, como o acompanhamento até a porta do banheiro, eu sugeri que se construísse esse momento com o grupo de pacientes. Carla refere ser uma pena não conseguirem sustentar esse novo espaço. Residentes apontam que tudo que é novo tem seus percalços, inclusive, uma delas pontua como deve ser comum ter fugas do Hospital, caso contrário não existiria um

POP. Carla diz que não pensaram em como fazer sobre o banheiro quando programaram a atividade. Residentes pontuavam que tem coisas que só se percebe no ato, quando aponta a necessidade de se pensar sobre isso.

Durante nossa conversa o residente de plantão, que também é o responsável por Luiza chega para saber se teve mais alguma tentativa de fuga e como foi a situação de Mirela, porque ele teria que conversar com ela agora. Ele não parecia muito surpreso (lembrei que no *round* anterior comentaram sobre a recaída previsível de Luiza quando saísse da unidade). Pergunta se Amanda (outra gestante que internou por uso de crack) tentou fugir, dizemos que não. Então ele refere algo que entendi como muito significativo sobre sua percepção de tratamento e a internação: "A diferença de Amanda para as outras é que só a Amanda está fazendo tratamento aqui... Luiza e Mirela só estão aqui." (Diário de Campo H - 21/10/15). As manifestações de Amanda sobre encontrar maneiras de cessar o uso de drogas reverberam, conseqüentemente, no tratamento direcionado a ela durante a internação e na aposta que os/as profissionais fazem acerca de sua possibilidade de transformar a situação de vida.

A cena da fuga propiciou uma percepção de que mesmo eu que estava ali, numa perspectiva de acompanhamento e não monitoramento e controle, e ainda protegida pela posição de pesquisadora, senti a força institucional de um serviço que impele determinados modos de cuidado dos/as profissionais. Essa situação é entendida como fuga pelo contexto que estamos situados, pois em outros dispositivos da rede isso não se tornaria questão, já que nem há de onde fugir.

No *round* seguinte é falado sobre essa situação. Segundo o residente responsável por Mirela, ele e ela conversaram sobre o ocorrido e o "plano de fuga" dela. Diz que ela fez relatos sinceros e ele menciona estar trabalhando o vínculo para continuar conseguindo um diálogo sincero. Ele referiu que ela reconhece que não teve fissura na hora do plano de fuga, se não, teria fugido. Relaciona a não-fuga com o tratamento dela aqui, de já estar implicada há alguns meses. Contudo ficaram vetadas as descidas dela ao pátio e as visitas por um certo tempo. Enfim, a descida ao pátio foi suspensa a todas as gestantes internadas com diagnóstico de DQ.

Quanto a essas medidas o chefe do serviço salientou que as restrições, como a suspensão do passeio no pátio ou visitas, não são punições, são medidas protetivas. Segundo ele é uma distorção pensar a internação como aprisionamento, que é, de fato, uma proteção ao

paciente em função da sua doença. Esse cuidado aparece para proteger porque (fugas, fissura, etc.) independem da vontade da pessoa, faz parte da doença. Logo, menciona que lutam pela alta do paciente.

Na UIP percebi que a proteção aparece tanto da paciente em relação a sua doença, quanto do bebê que espera. Assim, é o entendimento do uso de drogas enquanto doença que exige medidas de proteção, como é considerada a internação psiquiátrica. O tratamento proposto (desintoxicação) é no sentido de amenizar os sintomas da doença (fissura) e visar à abstinência, que seria próxima a uma ideia de cura. Mesmo sem conhecer profundamente a perspectiva da RD, quando questiono o profissional sobre isso, parece retomar um questionamento sobre a cura: "acho que a medicina tem uma coisa muito idealística de querer curar. E certas coisas não têm cura, às vezes tu tem que tentar aprimorar a qualidade de vida dentro do que aquela pessoa consegue, né." (Bento, Profissional de Saúde - H).

A concepção de dependência química atrela-se, também, à categorização das drogas, a qual se baseia numa economia moral biomédica, que elenca valores para definir o certo e o errado nesse contexto. As concepções sobre drogas nesse campo sustentam-se em discursos jurídicos (o que é considerado legal e ilegal); na cultura (o que, onde, como, por quem é permitido usar); e conjuntamente o modelo com ênfase hospitalar, o qual justifica a escolha de determinadas substâncias devido a evidências científicas: medicamentos possuem uma regulação e estudos que detalham os riscos e benefícios, em contrapartida ao uso de crack, que é difícil saber exatamente quais consequências provoca para a pessoa e filho/a.

Tais discursos, ao produzirem substâncias como drogas ou como medicamentos e hierarquizá-las, conformam as estratégias de tratamento, políticas, mercado, conceitos relacionados a cada substância. No Hospital notei que determinadas substâncias (entendidas como *remédios*) possuíam centralidade no tratamento de outras substâncias (ditas *drogas*). Frequentemente as mulheres inseriam-se nesse serviço porque o uso de drogas já havia atingido um nível elevado de prejuízo às suas vidas ou provável "risco ao conceito". No entanto, o uso de medicamentos prescritos igualmente alterava o modo de vida daquelas pessoas (sonolência, lentidão, incontinência urinária, sedação, perda do entusiasmo, mais vigor, atenção, tranquilidade).

Deste modo, o uso dessas substâncias assim como o crack, intervêm no corpo e também modificam comportamentos. Contudo, adquirem outro *status* por serem

comportamentos que se ajustam às normas, em contraponto aos "efeitos" que percebi serem atrelados ao uso ou à fissura do crack que impelem as pessoas à prostituição, ao furto de objetos de casa, ao desinteresse pelos/as filhos/as. Percebemos que as concepções sobre drogas sustentam-se em discursos jurídicos (o que é considerado legal e ilegal); religiosos (bebida sagrada, usos profanos, vícios morais); na cultura (o que, onde, como, por quem é permitido usar); e conjuntamente o modelo biomédico, o qual justifica a escolha de determinadas substâncias devido a evidências científicas, posto que medicamentos possuem uma regulação e estudos que detalham os riscos e benefícios. A dicotomia e significados em torno das drogas lícitas e ilícitas hierarquizam usos e usuários/as. O consumo de drogas conforme menciona Beatriz Vargas (2012) é a regra no mundo de hoje, não a exceção: "Há drogas para dormir e drogas para acordar, drogas para emagrecer e para engordar, para sonhar, para vencer, para ser feliz, para acelerar, para concentrar, para fornicar..." (p. 41).

Apesar de não falarem em Redução de Danos, escuto conversas, no Hospital, em que os residentes questionam sobre a efetividade do tratamento medicamentoso na internação, porque a paciente se acalma e de fato não tem acesso a drogas ilícitas. Ainda, há, inclusive, ponderações sobre as questões sociais implicadas no uso de crack, bem como que influenciam o tratamento. Enfim, a estratégia de tratamento acaba sendo questionada:

Aqui e no SUS em geral quase todas as internações de dependência química, elas não trabalham com o que deveria ser trabalhado. Por falta de recursos, por falta de pessoal. A gente tem hoje pra dependência química de crack, especificamente, nenhuma medicação efetiva. Então, nenhuma medicação previne recaída e nenhuma medicação controla a fissura. O que o SUS faz muito aqui e no próprio [Nome de outro Hospital] que é a referência, acaba dando anti-psicótico e sedativos. Então dá clorpromazina, às vezes tenta dá um Haldol, pro indivíduo ficar mais sedado, mas é uma coisa irrealística tu quer que a pessoa passe o resto da vida sedada pra não usar droga, né? Então, a pior abordagem e a que é mais usada, é a do tratamento farmacológico. Então, se tu tem uma paciente não motivada, tu tenta fazer uma abordagem mais motivacional. (Bento, Profissional de Saúde - H).

Sobretudo, as concepções sobre drogas são amparadas na formação profissional. Nesse serviço, a especialização em instituições de ensino superior que alguns profissionais fizeram/fazem para o aprofundamento nos estudos sobre dependência química (especialmente os fatores químicos e biológicos envolvidos) auxiliaram na mudança de percepção das/os profissionais frente às pacientes DQ. De acordo com o profissional, esse estudo afasta a ideia de que o uso é vício ou que o indivíduo tem gerência sobre ele.

É.. a gente vem com uma ideia preconcebida de que a dependência química é uma coisa do indivíduo: ele que quis começar a usar...ele que decide se vai parar ou não. E por mais que a motivação seja uma coisa importante, que sem ela tu não consegue

muita coisa. Mas às vezes tu tem pacientes super motivados, super adequados, com bom contexto familiar, com bom suporte e acabam recaindo. Então é muito de..tu enxergar a fissura como um sintoma, né? Então, acho que com o curso de medicina tende-se a enxergar a dependência química não como doença, mas enxergar como uma coisa mais moral assim, até porque é uma coisa relativamente mais afastada da realidade das pessoas, o uso de crack pelo menos. Embora deva ter muita gente usando droga em cursos superiores, não é exatamente crack que o pessoal usa, são outras drogas.... **mas então quando tu começa enxergar as manifestações, tu estuda a parte neurofisiológica, vê que tem alterações no centro de recompensa, toda a parte farmacológica...tu vê que algumas dependências químicas melhoram com medicações, né..então tem influências na área química cerebral.** Entender as coisas como sintomas e o contexto do paciente como pré-disposição, que ele tem um maior risco de usar, um maior risco de ter uma parte continuada de uso. Risco genético, que também é muito importante... a gente vê que famílias com dependência química, talvez pela parte genética ou talvez pela parte ambiental ou uma coisa mais multifatorial, acabam tendo maior incidência também no transtorno. **Então tu começa a enxergar mais cientificamente e menos moralmente até te faz..há..encarar melhor assim, o tratamento.** Então, isso também diminui a tua própria defesa né? Lidar com as defesas do paciente. (Bento, Profissional de Saúde - H).

Deste modo a formação profissional conforma as propostas terapêuticas estabelecidas no serviço. No trecho acima o profissional aponta que o estudo é capaz de transformar a visão moral para uma outra visão do fenômeno, passa-se a pensar quais ferramentas podem ser usadas para melhorar a situação, como a medicação. Ao mesmo tempo, essa outra concepção apoia a posição do profissional frente a essa situação, que, como ele refere: "diminui a tua própria defesa."

Durante a internação tais episódios de fissura são manejados verbalmente - profissionais conversam com pacientes, relembram técnicas, oferecem oficinas - ou com uso de medicamentos. Todavia, alguns/algumas profissionais entendem que após a alta o contexto será diferente e a paciente não terá o suporte que a equipe fornece no momento. Sendo assim, há o questionamento que a desintoxicação teria que ser conjugada a um tratamento motivacional:

Mas essas que, sei lá...vão ficar os 28 dias na desintoxicação e já vão embora, não aprenderam nada, não conseguiram tomar medicação... não vem mais no ambulatório... elas recaem né. Então é...fica mais.... mais um tratamento de proteção ao conceito, do que uma prevenção de recaída pra gestante, então fica mais esse viés. Outra dificuldade que a gente tem porque, por exemplo, tu pega uma unidade como a [nome da unidade] que usam terapia de contingência, então, fornece pontos, a pessoa troca os pontos por uma ligação... por alguma coisa...isso a gente não consegue aplicar aqui, porque... lá, por exemplo, o paciente que sei lá, foi violento com a equipe..que agrediu alguém, quer ir embora...ele é mandado embora, porque a motivação faz parte do programa deles...então o paciente motivado segue o tratamento e o paciente não motivado tem alta. **Aqui tu não tem como fazer isso, então a paciente pode estar super desmotivada, ser agressiva com a equipe, ser agressiva com...com ela mesma, mas tu tem que proteger o conceito, então tu meio que esquece a dependência química e fica preservando o conceito.** (Bento, Profissional de Saúde - H).

Portanto, a motivação é importante nesse processo. Segundo suas compreensões, a motivação opera no sentido de impulsionar e sustentar mudanças no comportamento - sobretudo, porque percebem que o contexto social, econômico, familiar, influenciou no início e continuação do uso. Mas, acaba sendo impossibilitada essa proposta já que é necessário, acima de tudo, manter a proteção ao conceito. Tal direcionamento da atenção está atrelado às questões institucionais e de políticas públicas, que promovem e exigem uma proteção às crianças de toda a rede de saúde, principalmente nesse Hospital que tem o compromisso selado de ser "amigo da criança". Também apreendemos que essa proteção à criança é prioridade na equipe por questões pessoais e valores compartilhados socialmente e naquele grupo (do lugar de fragilidade, inocência e afetivo que a criança ocupa no imaginário social). Deste modo, entendem que o lugar da criança não deve ser na rua, junto a uma mãe que usa drogas, que provavelmente não prestará os cuidados necessários, o que será retomado no capítulo seguinte.

Enfim, parece ser um dilema para a equipe iniciar um tratamento que eles sabem que não será continuado após a alta, já que a adesão é baixa e ressaltam que não há lugares adequados para encaminhar essas gestantes. Observei discursos que salientam que a internação de longa duração está em discussão, não podendo a UIP suprir a falha na rede de atenção a dependentes químicas. Deste modo questionam o fato da unidade ser um local para desintoxicação, uma internação que deveria durar cerca de 28 dias, e acaba mantendo pacientes por critérios sociais (ou seja, não terem o espaço protegido para seguir a gestação). A equipe entende que a UIP não é o local adequado para a gestante ficar além dos 28 dias, sendo inclusive mais oneroso ao Estado do que outros serviços, entretanto, mencionam a precariedade da rede para locais protetivos e, portanto, acabam mantendo algumas pacientes na UIP, que também não teriam o suporte familiar.

O que faz com que, em locais como o Hospital, propostas da política nacional de saúde para atenção a pessoas que usam drogas, como a Redução de Danos, não se substanciem em práticas? Uma questão que não pretendemos responder, mas que leva a pensar em um conjunto de situações e elementos. Podem ser citados: formação dos/as profissionais de saúde; gestão; estrutura e trajetória de constituição dos serviços; o modo como a instituição medicina - em sua configuração na era moderna - ainda é central no tratamento Hospitalar, que adota uma política de abstinência.

A política de tratamento que preconiza a abstinência tende a ser proibitiva, insere-se num paradigma²² que associou a pessoa que usa drogas à criminalidade - atualmente atribuída ao traficante, sendo o/a usuário/a visto/a como doente. Ao mesmo tempo em que deslocou a ação do estado dos aspectos punitivos para uma possibilidade do/a o usuário/a de drogas buscar ajuda para seus problemas, muitas vezes há coerção e mantém-se o sentido disciplinar do isolamento: extirpa-se a pessoa do corpo social ou a droga de seu corpo (TOROSSIAN; PAPINI, 2013).

2.7 Ponderações finas sobre perspectivas ético-políticas

Procuramos apresentar neste capítulo como serviços diferentes articulam elementos institucionais de modos peculiares. Ou seja, o local que atuam, bem como a organização da equipe, permitem que sejam associados outros elementos do processo de cuidado. A articulação entre discurso e a prática relaciona-se às propostas terapêuticas atualizadas nos serviços de saúde, sendo que, conhecer as compreensões dos/as profissionais sobre tais propostas possibilita o acesso aos mecanismos regentes da rede de atenção na saúde mental para as pessoas que usam drogas como um sistema de cura (BARROSO, 2013).

Priscila Barroso (2013) constata que as perspectivas de intervenção vigentes no campo da atenção às pessoas que usam drogas, as quais se substancializam em modelos, disputam a configuração da legitimidade social das suas práticas nos serviços de saúde, a partir das respostas que dão ao problema social envolvendo o crack. Do mesmo modo, neste estudo percebemos as propostas de cuidado de cada serviço serem sustentadas pelos/as profissionais através de diversos argumentos, tanto de suas concepções sobre drogas quanto sobre as características da usuária/paciente. Por conseguinte, evidencia-se que a gestação provoca deslocamentos nas perspectivas ético-políticas dos/as profissionais sobre cuidado e tratamento. Trataremos no capítulo seguinte, de modo detalhado, sobre inserção da mulher

²² "Por paradigma da abstinência entendemos algo diferente da abstinência enquanto uma direção clínica possível e muitas vezes necessária. Por paradigma da abstinência entendemos uma rede de instituições que define uma governabilidade das políticas de drogas e que se exerce de forma coercitiva na medida em que faz da abstinência a única direção de tratamento possível, submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso [...] É dentro deste jogo de poder que o usuário de drogas ora se vê perante o poder da criminologia, ora diante do poder da psiquiatria; ora encarcerado na prisão, ora internado no hospício" (PASSOS; SOUZA, 2011, apud TOROSSIAN; PAPINI, p.192, 2013).

nessas lógicas de saúde devido à gestação, enfocando a hierarquização das vidas produzidas pela economia moral.

Por fim, salientamos a associação entre as trajetórias e experiências profissionais e pessoais com os modelos de atenção. Nos dois serviços há pessoas que se inserem nesses locais por desejo em trabalhar com essas questões ou aquelas que passam no concurso e escolhem o serviço por proximidade geográfica ou porque não tinham muitas opções. No CR alguns/algumas profissionais me relataram que haviam trabalhado em abrigos anteriormente, com pessoas em situação de vulnerabilidade. No Hospital, a equipe parece ter experiência de trabalho basicamente voltada ao contexto Hospitalar. Há algumas exceções, como uma profissional que referiu ter interesse pela Atenção Básica antes de inserir-se no Hospital.

Tanto aqueles/as que desejavam trabalhar com pessoas em situação de rua, questões de saúde mental ou que usam drogas, quanto outros/as que aproximaram-se dessas situações por ser o que se lhes apresentava como trabalho, ao vivenciarem as relações e lógicas de saúde e cuidado produzidas em cada modelo acabam envolvendo-se nesses. Isto é, alguns/algumas profissionais inserem-se nos modelos pelo direcionamento da trajetória profissional porque os compreendem condizentes com suas perspectivas. Ao mesmo tempo, profissionais atualizam os modelos e são influenciados por esses - por formações oferecidas a partir desses serviços, o convívio na equipe, que produz entendimentos sobre o que é cuidado. Ainda que os pressupostos da formação estejam mesclados entre modelos, há uma tendência particular a cada modelo de pensar as concepções de justiça e conseqüentemente argumentos para as tomadas de decisão frente às gestantes que usam crack.

O que parece movimentar a economia moral, em um serviço, é a noção de vínculo (com profissionais e filho/a), enquanto que no outro é a ideia de motivação (em relação ao tratamento e cuidados com filho/a). As práticas que giram em torno do vínculo ou da motivação não apenas produzem diferentes relações e afetos, mas materializam diferentes modos de fazer justiça, constroem formas diferenciadas de acesso à cidadania e aos direitos.

3 ECONOMIA MORAL NAS CENAS DE CUIDADO: DILEMAS E AFETOS

3.1 Como opera a economia moral: categorias de análise e dimensões de reflexão

No capítulo anterior, discorreremos sobre os modelos de atenção, para evidenciar que as práticas profissionais inscrevem-se nas lógicas de saúde e de cuidado produzidas nesses e por esses modelos. Aquele debate é fundamental à análise sobre economia moral, posto que a perspectiva ético-política e o gerenciamento dos serviços de saúde influenciam e sustentam modos de pensar e agir dentro dos mesmos. Ao mesmo tempo, os modelos de atenção, ao se atualizarem na prática, revelam ambiguidades que tensionam as propostas neles instituídas. A perspectiva ético-política de cuidado enfatizada em cada serviço, além de refletir elementos dos modelos de atenção, é atravessada por outros elementos, os quais também conformam as economias morais naquele espaço. De acordo com o conceito de economia moral elaborado por Didier Fassin, que apresentamos na introdução deste estudo, as práticas dos/as profissionais de saúde são permeadas por princípios e escolhas produzidos culturalmente. Compreender as hierarquias colocadas em jogo permite conhecer como operam os valores nas cenas de cuidado, apreendendo o valor atribuído às vidas, bem como os princípios de justiça que regem as práticas.

Neste capítulo buscaremos, justamente, discorrer sobre como opera a economia moral no que tange ao cotidiano da atenção a gestantes que usam crack. Deste modo, o objetivo neste momento é descrever e analisar o que e como os/as profissionais avaliam e, principalmente, sentem, no desempenho das suas práticas cotidianas, a partir de suas perspectivas. Apresentaremos uma discussão que engloba a abordagem de um conjunto de emoções e valores que possibilita entender o que, de outra forma, ou sob outra perspectiva, poderia parecer "imoral" (FASSIN, 2013).

Propomos um debate que associa dimensões de reflexão, não totalmente distintas, mas apresentadas desta forma para evidenciar que a economia moral não depende apenas do indivíduo, nem do grupo social ou do contexto a que pertence, mas de sua articulação. Tais dimensões que incidem conjuntamente na configuração da economia moral são: os elementos atinentes aos modelos de atenção, enfocados no capítulo anterior; os valores compartilhados por um grupo; e o âmbito que remete às trajetórias individuais - tanto experiências

profissionais quanto pessoais. Essas três dimensões, neste contexto, são as que entendemos necessárias para sustentar nossas análises.

Ao desenvolver a pesquisa de campo, buscamos observar como era gerenciado o atendimento às gestantes, mas, também, entender o que os atendimentos mobilizavam nos/as profissionais e, assim, como estes/as ancoravam suas práticas, porque faziam de tal forma e quais seus argumentos para essas ações. Na sequência, descrevemos algumas situações relacionadas ao atendimento das gestantes que usam crack, apresentando discursos em que os/as profissionais falam sobre suas práticas, dúvidas, constrangimentos morais, bem como observações que auxiliaram a compreender justificativas e apropriações sobre seus trabalhos e a relação com as usuárias.

A partir da etnografia realizada percebemos que a economia moral opera, neste campo, sustentada, principalmente, por dois eixos: nas concepções dos/as profissionais sobre maternidade e naquelas sobre drogas (relatadas no capítulo anterior). Essas concepções se desdobram em práticas, tais como, estratégias de tratamento, orientações e intervenções a respeito da contracepção, avaliação e providências em relação ao/à filho/a. Sendo assim, elencamos tais concepções e práticas como chave para a construção das categorias de análise, através das quais pudemos apreender, principalmente, as hierarquizações no que se refere ao gênero - sobretudo relacionadas à maternidade - e aquelas acionadas para tratar do uso de substâncias. Essas categorias tornaram-se visíveis quando procuramos compreender por que a atenção a gestantes que usam crack era entendida como complicada e difícil e aproximamos dos dilemas dos/as profissionais frente a esse atendimento. Deste modo, traçamos análises sobre como tais hierarquizações influenciam nas valorações das vidas e, conseqüentemente, na legitimação ou deslegitimação de determinados direitos.

Iniciamos apresentando como a gestação de mulheres que usam crack enuncia um paradoxo moral nos serviços de saúde. Nessa situação evidencia-se como o código moral que posiciona a maternidade enquanto aspecto positivo e drogas como negativo, produz dissonâncias nessa compreensão, quando ambos aspectos habitam o mesmo corpo. Logo, o paradoxo moral impele os/as profissionais a criarem maneiras distintas de lidarem com essas situações. Isto é, exige uma prática em saúde que impele a "Aprender a fazer um outro tipo de atenção, de cuidado, que não é aquilo que tu aprendeu lá no começo e que tu vem com a perspectiva de que é o correto, que tu vai fazer pro resto da tua vida, mas que é o cuidado que

aquela pessoa exige naquele momento." (Beatriz, Profissional de Saúde - H). Entendemos que, ao ocuparem pólos morais conflitantes (ser mãe X usar drogas), as concepções sobre maternidade e sobre drogas respaldam a economia moral que pretendemos esmiuçar.

3.2 Dilemas e afetos que revelam a economia moral

3.2.1 Aproximação e conhecimento transmutando o preconceito

Desde os primeiros contatos de aproximação ao campo de pesquisa, os/as profissionais nos dois serviços, ao falarem dos atendimentos às gestantes, relataram ser um trabalho árduo, difícil; vários revelaram seus dilemas no atendimento. Minha primeira leitura foi entender as queixas desses profissionais perante o uso de crack, sobretudo por mulheres gestantes, enquanto situações-problema compartilhadas socialmente. Minha visão se aprofundou ao perceber que há um emaranhado de dúvidas, valores, expectativas que tecem a atenção a gestantes que usam crack nesses serviços. Os dilemas dos/as profissionais passam principalmente pelas dúvidas sobre como fazer um atendimento efetivo, posto que, muitas vezes, entendem que a gestante não corresponde às expectativas de tratamento preconizado nos serviços, e sobre como efetuar esse atendimento justamente pelo fato de se confrontarem com decisões que dizem respeito a duas vidas – a da mãe e a do feto que está sendo gestado.

Conjuntamente, destaca-se a noção de "preconceito", termo recorrente no discurso dos/as profissionais para falar de seus sentimentos em relação às gestantes em situação de rua. O preconceito enuncia o dilema de perceber a gestante que usa crack como alguém que precisa ser tratada como toda gestante, porém com maior sensibilidade, instalando-se um conflito para a profissional de saúde quando tenta realizar o atendimento a gestantes que muitas vezes não o aceitam. Tal conflito foi reconhecido pela profissional de saúde através da percepção do próprio sofrimento diante da situação, mesmo sendo ela do Consultório na Rua, onde o trabalho com as “particularidades” seria uma espécie de diretriz. Fabiane conta como isso aconteceu e o modo como elaborou estratégias para lidar com o preconceito:

Pra mim, o atendimento é igual a qualquer outra gestante, mas claro, a sensibilidade tem que ser maior. Primeiro, tem toda uma coisa que, **sinceramente, a gente tem que se liberar dos preconceitos. Esses preconceitos que estão em todos nós e muitas vezes a gente não dá conta disso.** Pessoalmente eu pensava que não tinha nenhum preconceito, **até que comecei a me ver muito triste, muito frustrada**, quando comecei a fazer atendimentos pré-natais na rua e, sobretudo porque existe essas coisas de que **às vezes as pacientes não querem atendimento, e a gente tem esse conflito, de que quer que ela faça atendimento e ela não quer.** E... Quando saí à rua, então me explicavam que tinha que criar um vínculo, depois a gente vai

fazer atendimento, mas tem essa ansiedade de querer fazer tudo em um momento. E depois, assim, eu tive que superar meus preconceitos. **Com certeza, tinha preconceito. Eu não... Não fico com pena de falar que tinha preconceitos. Preconceito que eu não sabia que eu tinha.** Então eu tive que... De alguma maneira eu tive de lutar e reformular minha, toda minha... minha... não sei... meu conceito, porque assim, eu acho que a gente não está preparado na universidade, pra certas situações que você enfrenta na prática. E claro, depois têm coisas culturais que a gente traz e é difícil, mesmo com a formação, mesmo, pessoais. Tanto que minha primeira dificuldade foi essa. **Mas com o tempo que eu acho que me sinto feliz de poder haver superado isso.** Tem muitas influências... Enquanto que eu acho que a gente tem que ter paciência, tem que ter uma sensibilidade maior, tem que entender a outra pessoa que, como todo paciente, mas com as grávidas... que tem uma história diferente. Que tem todos esses comportamentos e características também vem desde, de uma história anterior. **Me ajudou muito a liberar esses preconceito no sentido de escutar a história dessa paciente, escutar a história de como foi a sua criação, do contato que teve com os pais, da história de ela, quantos filhos tem, onde que estão, o sofrimento que causa de não os ter com ela, o que é a maternidade, o que é a maternidade pra ela, o que é a maternidade pra sociedade.** É... Compartilhar ideias, assim, com essa, essa pessoa e entender um pouco a história, entender um pouco essa pessoa que não é a paciente, uma pessoa. Quem é esta pessoa? Então, como posso ajudar alguém que não conheço minimamente? Tipo a gente não vai conhecer, mas vamos criar então mecanismos, e eu pensei "Não!". Então eu preciso conhecer essa pessoa pra entender. Depois ali... Na prática pra mim foi muito diferente os atendimentos. Claro que a gente tem frustrações, muitas! Quando a gente precisa fazer um tratamento e a paciente não concorda, quando a gente precisa também da colaboração de um parceiro, tem essa coisa um pouco ou bastante machista. (Fabiane, Profissional de Saúde, CR).

No Consultório na Rua (CR), a relação profissionais-usuárias/os era discutida em vários momentos (como em reuniões, ou até por algum canto da base). Sendo assim, havia abertura para que fossem expostos os sentimentos em relação a esse trabalho e a essas mulheres. Falas sobre preconceito com a gestação na rua foram disparadas em uma oficina coordenada por uma pessoa da equipe, posteriormente entrando em pauta na reunião semanal. Algumas pessoas referem não entender por que uma mulher morando na rua, praticamente sem condições de nada, deseja engravidar. Para explicar seus posicionamentos circunscrevem as situações que essas mulheres vivenciam (uso de drogas, violências, precariedade de habitação e alimentação). Nesse espaço expõem seus incômodos perante essas gestações, ao mesmo tempo em que, para tentar compreender o desejo e felicidade das usuárias em tornarem-se mães, levantam questões como a idealização da família que não tiveram, a vontade de propiciar para essa criança o amor que não receberam, a suposta proteção que a gravidez garante na rua. Os/as profissionais de saúde contrastam suas vidas, desejos, ambições e concepções sobre ser mulher com as das gestantes que usam drogas, avaliando as discrepâncias, principalmente culturais e de classe social, procurando entender o que faz as mulheres quererem ter filhos/as na rua.

No Hospital, a menção ao preconceito pelos/as profissionais apareceu frente à dependência química, entendida como o fator que desencadeia e/ou agrava os problemas. Além disso, a situação de rua é menos recorrente nesse serviço - algumas pacientes circulam períodos pela rua, mas têm casas, vivem com companheiros, mães ou irmãs. Apenas uma foi caracterizada como pessoa em situação de rua durante o período em que realizei o trabalho de campo no serviço. Em comparação às demais pacientes internadas por outras “questões psiquiátricas” (esquizofrenia; transtorno afetivo bipolar, episódio depressivo; transtorno esquizoafetivo), o contato com as gestantes DQ é considerado mais difícil, ainda mais se viver na rua.

No começo eu tinha mais dificuldade de me aproximar das gestantes dependentes químicas do que das pacientes com qualquer doença mental grave [...] a gente consegue lidar com o sintoma de uma maneira bem humorada [...] tu sabe que a situação de determinada, o sintoma de determinada doença é um delírio, é uma alucinação, é uma ilusão, então tu sabe que aquilo não é o real e a vida das dependentes químicas tudo na vida delas é muito real. Uma situação de rua, tu ter que roubar pra comprar droga, tu não ter o mínimo de, de juízo crítico, hã, pra fazer tudo isso tendo um bebê na tua barriga. É, é muito real aquilo e é muito chocante quando tu, quando uma das únicas experiências que tu tem com a maternidade é aquela maternidade bonita. É a plenitude, assim, da gestante, que é o que a gente mais vivencia na faculdade. (Beatriz, Profissional de Saúde - H).

A dificuldade também se relaciona ao fato de essa maternidade contrastar com as experiências e visões sobre a "maternidade bonita". Ao me contar que não sabia que tinha gestantes DQ em seu atual serviço, um/a dos/as profissionais refere que antes de trabalhar tinha uma visão um pouco preconceituosa:

[...] foi uma experiência interessante... Porque eu não... Não fazia a menor ideia. **A dependência química já é uma área muito difícil, talvez seja a mais difícil dentro da psiquiatria**, porque tu tem que alterar todo o contexto do paciente. Então, acho que tu tem que ter... Que eu aprendi, nesse tempo, é que tu tem que saber lidar muito bem com a frustração... Que tudo que o paciente não consegue se frustrar... Então na mínima frustração ele recai... Tu tem que ter uma tolerância gigante para frustração. Que às vezes tu trabalha com um paciente aqui, três meses internado, leva pra um residencial protegido onde ele pode ficar até um ano e de repente ele desiste de tudo... Deu fissura... Pede pra sair... Deixa o bebê no lar, assim... Então é bem complicado... **A principal dificuldade no começo é a contratransferência. Porque tu está ao mesmo tempo estudando a dependência química, mas tu também fica com uma impressão pessoal, assim, e às vezes preconceituosa: “Pô, não quer ficar com o filho... Ela prefere usar crack... Que o filho...” e isso vai virando durante a internação, a contratransferência negativa vai diminuindo enquanto o teu conhecimento sobre a doença vai aumentando, acho que essa é a parte mais proveitosa do curso** (Profissional de Saúde - H).

Portanto, os/as profissionais referiram um preconceito relacionado a gestantes que fazem uso de drogas, mas destacam que tal preconceito transformou-se desde quando iniciaram o trabalho direcionado a elas e aprenderam mais sobre a questão.

Os processos que se relacionaram com a alteração da posição preconceituosa nos dois serviços foram, de modo geral: o contato mais próximo com essas pessoas, advindo do trabalho nesses serviços, que permite o conhecimento sobre as histórias e condições dessas mulheres; o debate em grupo ou discussão acerca de suas visões de mundo, de felicidade, de ser mulher (diferentes das daquelas mulheres) e a reflexão sobre os limites de suas intervenções; ou o aprofundamento teórico na temática proporcionado pelo estudo, formações, palestras, entre outras, principalmente ocorridas quando já estavam inseridos/as no serviço.

3.2.2 Gestantes que usam drogas dão muito trabalho

Durante a participação na pesquisa de doutorado de Moises Romanini, conversei com os/as profissionais do CR para pensar a viabilidade e relevância da minha futura pesquisa. Em uma dessas conversas, uma profissional referiu que havia poucas gestantes usuárias de drogas vinculadas ao Consultório na Rua. Estranhei, porque notava serem frequentes os atendimentos e, principalmente, as discussões na equipe sobre essas questões. Ela me respondeu que as que tinham "valiam por várias", porque "davam muito trabalho". Nesta época, estavam acompanhando uma gestante, a Laura, considerada como a situação mais complicada relacionada à gestação que atenderam. Apesar de ter seguido a equipe em alguns atendimentos com essa mulher na pesquisa anterior, a constatação de que se tratava do caso considerado mais difícil, obtive, posteriormente, em meu campo de mestrado.

Este caso mobilizou a equipe do CR de várias formas e com tal intensidade que seguia surgindo, até o final do meu trabalho de campo, nas discussões das/os profissionais quando se questionavam sobre as atitudes tomadas. É, ainda, um caso que serve de parâmetro para repensarem ações futuras a respeito do trabalho direcionado às gestantes. Exponho algumas menções a essa situação que servem para pensar a economia moral nesse espaço, já que implica não só minha observação sobre as práticas, mas também o entendimento das/os profissionais sobre as ações tomadas, as decisões e suas repercussões.

A gente teve uma gestante que por causa do uso bastante nocivo do álcool, a criança dela nasceu com um índice de desenvolvimento baixo pra idade. Inclusive ela teve que fazer extração da criança. No sentido de uma retirada antecipada desse bebê. E a criança nasceu com algumas sequelas. E a gente discutiu muito, assim, se deveria ou não fazer a internação compulsória. Mas a gente sabe também que a maioria dessas sequelas são nos primeiros meses da gestação, e nos primeiros meses da gestação foi quando a gente estava conseguindo lidar melhor com essa gestante, no sentido de ela aceitar também os antiretrovirais, a

diminuição do uso do álcool, ser mais cuidada. Daí com a aproximação da gestação, e **da descoberta por ambos - eu digo, ela e o companheiro - que tinham HIV.** Eles já sabiam que tinham HIV, só que eles dois desconheciam a posição sorológica do outro. E aí por algum motivo a vida ficou mais difícil pra ela, porque uma coisa é tu estar nos primeiros meses da gestação, e tem toda aquela atenção voltada pra ti. Outra coisa é tu estar no final da tua gestação, tu sabes que não vai poder ficar com a tua criança na rua. Tu não tens uma mínima organização de vida pra conseguir sustentar essa criança perto de ti e **foi daí que nos últimos três meses que ela se desorganizou, ela não queria ser mais atendida pela gente, teve muitas dificuldades nesse sentido de acompanhá-la e acompanhar o companheiro...** Mas ela continuava sendo acompanhada aqui pelo serviço especializado, que cuida de pessoas com HIV/AIDS. E a médica também estava ciente das condições até que chegou um momento que ela falou: “- Olha só, não dá mais pra gente esperar. Ela vai ter que ser levada pra uma emergência pra antecipar o parto”. E aí algumas pessoas falaram “- **Ah, se a gente tivesse internado ela antes à força, compulsoriamente...**”. **Não é tão fácil assim internar compulsoriamente uma pessoa. Até como tu vai lidar com esses sentimentos.** Mas... O que fica, pra mim pelo menos, é sempre o respeito às liberdades individuais e tu tá aberto a cuidar, assim, da melhor maneira possível. E considerando que é uma mulher em uso de drogas, tá gestante e está em situação de rua e que às vezes sofre ou comete também atos de violência... Eu acho que a grande maioria dos casos que a gente atendeu a gente conseguiu manejar de uma forma bastante adequada. (Pedro, Profissional de Saúde - CR).

Em uma das primeiras conversas que travo com Fabiane sobre meu objetivo da pesquisa, ela relembra o caso supracitado, refere desgaste pelo fato de o casal ter HIV e nenhum querer que o outro soubesse. Entendo que fora considerado complicado de lidar, pois era uma usuária que não tomava os medicamentos antiretrovirais (o que parecia se dar principalmente por ela não querer que o companheiro soubesse sobre sua sorologia), também continuava fazendo um uso de drogas considerado abusivo pela equipe. Lembro de ver algumas técnicas de enfermagem tirando os comprimidos da caixa e separando-os em potes transparentes para que não ficasse exposto qual remédio era. Também, as/os profissionais tentavam conversar em separado com ela para falar sobre as questões ligadas ao HIV. Quase que diariamente a busca ativa dessa gestante fazia parte das ações na rua do CR. Acompanhei alguns dias em que iam atrás dela para fornecer os medicamentos. Nesses momentos, também conversavam sobre outros aspectos da gestação e do tratamento, no entanto, uma conversa reservada - tirada de canto, geralmente com as/os profissionais com quem ela possuía mais vínculo.

Nessa mesma conversa que tive com Fabiane, ela entende que o caso de Laura os fez aprender muito. Frente a todas as adversidades nas tentativas com outra gestante, conta que não queria que buscassem a internação ou medida restritiva, porque passaram por uma situação complicada com Laura, o que a fez repensar o que fazer nesses casos. O que ocorreu com Laura é que a equipe ficou sabendo que ela estava bêbada, andando pelas proximidades

de um parque da cidade, entre os carros, "com o bebê numa mão e a garrafa na outra", e foram lá conversar com ela. Na madrugada do outro dia a polícia foi junto com o Conselho Tutelar e retiraram o filho dela. Apesar das pessoas do CR não saberem quem fez a denúncia, Laura relacionou isso com a equipe. A profissional me conta que ao encontrá-la, depois dessa situação, lançou-lhe um olhar em que pôde perceber todo o ódio que Laura estava sentindo.

Quando iniciei minha pesquisa de Mestrado, Laura já havia tido o filho. Vi-a uma ou duas vezes no CR, uma das quais foi para fazer a aplicação de medroxiprogesterona (contraceptivo-injetável). Não sei como estava a questão do uso de drogas, mas em relação aos medicamentos para HIV não percebi a mobilização da equipe como quando ela estava grávida. Talvez, a situação exposta acima tenha abalado a relação com a equipe, e tenha continuado apenas com o tratamento do HIV pelo SAE. Contudo, percebi que as tentativas mais incisivas para realização de tratamento (exames de pré-natal, medicações para HIV, injeções de benzetacil) eram direcionadas às mulheres quando estavam gestantes. Isso remete a uma noção central nesse trabalho: a gestação é o elemento que as insere nessa lógica de cuidado, e um cuidado "diferenciado".

Evidencia-se a prioridade que se procura construir no CR de um cuidado que não restrinja liberdades, como entendem que seria a internação. Nota-se também a percepção de que outras drogas (como é citado o álcool) podem ser tão nocivas quanto o crack. Lembro de comentarem que conseguiram trabalhar com Laura no sentido de uma redução do uso de crack, contudo, não conseguiram o mesmo com o uso de álcool. A estratégia de tratamento de que se valem no cuidado com ela é a Redução de Danos, a qual se sustenta na formação profissional de algumas pessoas. Entretanto, a proposta de um cuidado no sentido de acompanhar os movimentos da usuária e não focar no fato de estar gestante, não é opinião coesa da equipe. Há pessoas que entendem que o certo seria ter feito uma internação compulsória e amenizado riscos do uso de crack e outras drogas para o bebê e a gestante. A resistência de Laura frente ao tratamento proposto parecia provocar, em alguns/algumas profissionais, impaciência e preocupação, que por vezes motivava uma postura mais "firme", isto é, reforçar a necessidade de tomar os medicamentos antiretrovirais e diminuir o uso de drogas, enfatizando a responsabilidade de Laura e de seu companheiro pelo próprio cuidado.

Esse relato possibilita a percepção sobre como opera a economia moral no CR em diferentes aspectos: a valoração das vidas (bebê X mãe); entendimentos sobre maternidade;

noções de cuidado; estratégias de tratamento. Do mesmo modo, fala sobre os questionamentos das/os profissionais frente a suas práticas e a construção de estratégias a partir de experiências. Discorremos sobre esse caso tentando mostrar que os dilemas (facetas do paradoxo moral) enunciados pelas/os profissionais escancaram a economia moral presente nas cenas de cuidado, que é sustentada nas concepções sobre drogas e maternidade. Sobretudo, o paradoxo moral emerge do choque sentido na equipe, posto que essas concepções parecem produzir dissonâncias morais e cognitivas quando acionadas em um mesmo sujeito, tendo em vista a configuração conferida às drogas e à maternidade na sociedade contemporânea.

Os/as profissionais de saúde mobilizam afetos que possibilitam criar novos modos de lidar com essas situações. Tomar uma decisão diante desses aspectos conflitantes exige que eles/as apostem em orientar suas práticas baseados/as no que concebem ser uma justiça moral. Nesse sentido, retomar a noção de políticas da vida, conforme apropriação de Fassin (2009), auxilia-nos a compreender como são tratadas essas "vidas à margem" (FASSIN, 2014), ou seja, as gestantes que usam drogas, e entender como os/as profissionais de saúde, diante dos dilemas morais vivenciados, dão sentido a essas vidas a partir do cuidado. Isto nos faz pensar o quanto seria possível considerar as perspectivas das gestantes sobre seus modos de viver e compartilhar a construção desse cuidado, considerando suas singularidades.

A prática no CR nos convida a pensar como se materializam as concepções de maternidade e as relações entre profissionais e gestantes, revelando os valores atribuídos às vidas, que as inserem em uma esfera de debate e intervenção política. A análise do material etnográfico explicita os argumentos constituintes de uma economia moral construídos no âmbito dos serviços frente às hierarquizações entre mulheres e crianças. Além disso, esse olhar transparece uma prática matizada que tensiona diariamente ações instituídas - no cuidado com pessoas que usam drogas e no cuidado com gestantes - com a dimensão relacional do trabalho.

3.3 Consultório na Rua: "quando bate o coração!"

é...tem as questões institucionais em que a mulher gestante vai ser sempre prioridade para as políticas públicas. **A mulher em si já é uma prioridade e a mulher gestante passa a ser mais prioridade ainda.** [Nome da cidade] aqui tem um índice alto da transmissão vertical tanto de HIV quanto de sífilis, então é feito todo um esforço para que essa criança não venha a nascer com HIV e sífilis. Como grande parte das nossas usuárias que usam crack ou outras drogas também tem HIV e sífilis então, ela se torna o centro das atenções. A gestão sabe da dificuldade que é cuidar dessas mulheres e que o tempo de cuidado é outro, o manejo é outro.... E a criação

de vínculo, ela não se dá do dia pra noite, e tem coisas que tu vai conseguir avançar, coisas que tu não vai conseguir avançar, porque tu coloca em risco também a possibilidade de novos atendimentos se tu de repente forçar a algo que a gestante não esteja disposta a fazer, pelo menos naquele momento. Em geral ela está disposta, mas tem que ser uma relação mais de médio prazo para se estabelecer confiança... E que a gente possa ter uma ação nesse sentido do cuidado que a gente também, enquanto profissional da saúde acha que é o correto. **E aí são coisas que a gente tem que conjugar: o que a gestante acha que precisa e o que o profissional da saúde acha correto, tendo em vista um pré-natal.** Mas ela é sempre prioridade pra política pública. E, **não sei se a gestante é prioridade para algumas pessoas da equipe do Consultório na Rua, mas a criança é.** Essa criança que a gestante está esperando. **Porque quando a gente fala em gestante que usa crack é diferente da gente falar de uma mulher que usa crack justamente por causa desse terceiro que está envolvido na relação, que é o filho, que é o bebê e muitas pessoas aqui já foram mães e pais, então tem esse apelo emotivo e moral em relação ao cuidado dessas mulheres, por isso que parte da equipe não tem dúvida que ela deve ser internada contra a sua vontade. Mas é uma relação de proteção à criança, não tanto de proteção à mulher, à gestante.** Porque a gente também tem muitos casos aqui de mulheres com transtorno mental que sofre violência na rua e não é dado a mesma atenção. Às vezes a violência passa batido, o transtorno mental passa batido. Não, nunca passa batido sempre nos afeta, mas às vezes afeta tanto que algumas pessoas, ou a gente enquanto equipe do Consultório na Rua, deixa passar algumas situações, porque são tantas que tu não consegue lidar com todas e aí pra ti não te frustrar com o todo – com o trabalho do Consultório na Rua, porque a maioria dos casos são casos infinitos, que tu não tem a resolução nem a longo prazo, né. Tu tem sempre a redução dos danos, mas a solução... que ela é sempre muito pontual e muito escassa. Mas com a criança que está ali na barriga daquela mulher não... Tem que ter uma preocupação bastante grande, assim... Por esse lugar que a mulher ocupa na sociedade como protetora da criança, da infância. Então tem, também, **o sentimento de retaguarda dessa criança, mas talvez possa ter um sentimento de punição dessa mulher que não é boa o suficiente para estar cuidando dessa criança, por isso que às vezes a internação compulsória é pensada de uma maneira muito forte.** Isso já gerou muitos debates, mas como não é uma posição unânime, como tem pessoas que se contrapõem. Não que não tenha casos que não deva se fazer uma internação compulsória, mas não deve ser nossa primeira escolha, deve ser nossa última escolha. E mesmo sendo a última escolha a gente tem que analisar o seguinte: chegou agora e está nos dois últimos meses de gestação, no último mês de gestação, ela ainda tá fazendo uso do álcool. Mas ela fez nos primeiros meses o uso de álcool, os períodos mais críticos e agora que tá perto da gestação, ou melhor, do parto a gente vai internar ela ou vai tentar cuidar e reduzir danos? Isso tem que ser bastante pensado, porque isso acarreta no cuidado de outras mulheres ou de futuras gestações dessa mulher. A gente tem gestante aqui que 'tão na décima sexta gestação. **E se tu toma uma medida dessas, a criança vai nascer sem pré-natal, porque ela não vai conseguir ir em outros serviços, ou outros serviços não vão conseguir ter a paciência e a dedicação suficiente pra suportar a frustração de não conseguir fazer um pré-natal protocolar. Um pré-natal que às vezes é realizado pela metade, ou na maneira que é possível naquele momento.** (Pedro, Profissional de Saúde - CR)

Conforme o trecho acima, também evidenciado no caso de Laura, percebemos que no CR a gestação é uma situação que coloca a mulher como prioridade em muitas ações do serviço. Porém, é um tanto dúbio se esse cuidado deve-se a preocupações com a mulher ou com o bebê. O que vi na prática é que isso varia segundo a formação profissional e concepções pessoais, bem como de acordo com o vínculo estabelecido entre profissional e usuária. Por possuírem o dispositivo de cuidado na rua, manejam os casos deste modo,

ficando mais próximos da usuária, colocando-se à disposição, um investimento no vínculo que procura evitar a internação compulsória. Inclusive, por entenderem que a internação não se aproxima de uma solução para os casos. De fato, como o profissional refere, no trecho acima, a internação parece ser uma medida de punição à gestante ou proteção do bebê. Qual vida vale mais? Qual vida se constitui como sujeito de direitos?

Participei de vários momentos em que a equipe se questionava sobre as concepções de maternidade. Na atividade que citei no início deste capítulo, ao questionarem o desejo sobre ser mãe, mas estar em situação de rua, uma profissional aponta que deve ser devido ao "[...] instinto materno que toda mulher tem [...]". Em seguida, diversas pessoas argumentaram contra essa fala questionando a produção do ser mulher e sobre o sentido da maternidade. Esses argumentos são enunciados principalmente por pessoas da área da enfermagem, e outras que também percebi possuírem uma formação que contempla/contemplou uma perspectiva crítica de gênero, como os/as estudantes. A pesquisa de Lucila Scavone (2001) aponta que, apesar das mudanças históricas produzidas na situação social das mulheres, a realização da maternidade ainda é uma expectativa sobre as mulheres, sobretudo, revela uma face da lógica da razão androcêntrica.

No CR a noção de uma "boa mãe" não está, especificamente, atrelada à cessação do uso de drogas, posto que trabalham a partir da Redução de Danos. Sobretudo, diz respeito à organização que a mulher e seu companheiro podem ter. Muitas mulheres têm companheiros, que as acompanham nas idas ao serviço, logo, a equipe do CR busca trabalhar os aspectos atinentes a/o filho/a com o casal. Tal organização contempla primeiramente não ficarem com a criança na rua, inclusive, porque isso é lei. Ainda, entendo que há também um choque entre as noções das/os profissionais de saúde e as do casal sobre cuidados com as crianças. De modo geral, no CR entendem que é possível o casal ou a gestante ficar com seu/sua filho/a, caso se organizem: ou seja, se arrumam um lugar para ficar ou pelo menos dormir (abrigo, albergue, aluguel social ou casa de algum parente) e se conseguem ter os cuidados básicos a essa criança (como saúde, alimentação, necessidades fisiológicas). Contudo, ainda entendem que as concepções sobre moradia, família, felicidade, saúde são diferentes das deles/as em relação ao público que atendem, mostrando compreensão com algumas situações que ocorrem, por mais que o discurso no âmbito geral seja o contrário (de que não entendem as gestações na rua):

F: E como é que tu vê o vínculo delas [gestantes que usam crack] com a equipe?

P: É tudo. É tudo. O vínculo... Eu não sei, tem umas que se sentem mais à vontade, tem outras que não. Pelo medo, como eu te falei. Pelo medo, de perder o filho que elas não tomam, não conhecem nós, entendeu? **Daí primeiro tu tem que criar o vínculo com elas e indo buscar, tu leva... tu leva de volta, levar para fazer o exame, leva ela de volta, larga ali, entendeu? É assim. É sempre uma troca de moeda.** Vem aqui, tu dá uma lanche para ela. E ela tem que pegar credibilidade em ti. Se ela não te pegar credibilidade ela não vai contigo em lugar nenhum. Ela primeiro tem que acreditar, se ela não for na primeira visita, vai na outra. Às vezes, tu não precisa nem conversar com ela, tu vai em outro paciente. Para não ficar muito em cima dela. Vai em outro paciente. Uma coisa que eu não concordo é que, tipo assim ó, nós somos Consultório na Rua, daí vamos fazer uma abordagem com CREAS. Daí, aquela gestante já tá na finaleira, só que ela não tá aderindo ao tratamento e não tá aderindo ao pré-natal. **Eu não concordo em fazer uma abordagem conjunta quando eles vão tirar os filhos deles.** Isso eu não concordo. Eu não concordo, mesmo! Independente de... Eu sei do risco que a criança corre. Eu sei de tudo isso. Mas eu não concordo. Por que a gente vai lá para atender a saúde deles e se eles souberem, se eles sonhar em algum momento que nós tivemos participação de ter tirado aquela criança, tu nunca mais chega perto deles. Nunca mais nenhum. Por causa que até os, todos que tiverem em volta, eles vão, eles vem para cima de ti, eles vem porque **para eles é horrível de tu tirar um filho, independente do que seja, eles tão vendo que a criança tá ali na rua, tá negligenciada, mas tem o amor deles, entendeu? Tão na rua mas eles tão com os pais deles. Para eles, na cabeça deles, eles tão bem cuidados.** Tão com eles entendeu? Tão perto deles. E aí vem eu e vou lá. E vou tirar, e daí? É uma revolta tremenda. É uma revolta tremenda. Eu já cansei de pegar na rua de, tipo, paciente minha, a [apelido da paciente] uma que eu nunca mais vi, não sei que fim deu. Ela tinha um bebê e ela cheirava loló. Ela dava loló para a criança. E aí, varias vezes eu conversava com ela, eu digo: "- Olha, eu sou contra, não sou a favor de tirarem o teu filho mas eu também não sou a favor do que tu faz, entendeu? Eu não sou a favor disso." Disse para ela: "- Uma hora eu não vou estar aqui, vai vir o Conselho Tutelar e vai te tirar essa criança. E eu não vou querer ouvir daí tu me falar que te tiraram teu filho se tu tá fazendo coisa errada, entendeu? Não tô te proibindo de tu usar tua droga, não é dessa maneira que eu vou te ajudar. Então, só não quero que tu faça isso: tu dê loló para o teu filho - que é isso? - para ele parar de chorar ou para ele dormir para ti cheirar, não! Então vai e deixa ele com alguém. Depois tu vai lá e pega ele, entendeu?" Daí, elas me escutavam: "- Tá, (apelido da profissional) não vou fazer mais, não vou fazer." Depois ela saiu da rua com a criança, eu nunca mais vi ela. Um dia eu vi ela ali no centro bem bonitona, gorda, mas depois nunca mais, nunca mais. Eu vou e aviso. Eu aviso: "- Olha aqui ó, o Conselho tá atrás de ti, tá em cima de ti e tu vai perder o teu filho." Para nunca elas entender que eu fui lá e eu participei de tirar o filho delas. Eu sou contra isso daí. **Sou contra tirarem o filho da mãe, mesmo que seja negligenciado. Mas então vão lá e peguem ela, fazem uma compulsória, internem ela para desintoxicar. Dê um lugar para ela ficar com o filho dela. Aí sim, mas não, vão lá e vão tirar a criança dela, e aí? E ela? Ela fica ali, ela vai se atirar mais ainda na droga ou em outras drogas diferentes. Vai ser pior.** (Gabriela, Profissional de Saúde - CR)

Dois pontos sobressaem-se nessa passagem: o estabelecimento da confiança a partir de uma negociação com a gestante; e como vínculo e confiança estabelecidos permitem um manejo que se pretende sincero e direto. A realização do pré-natal torna-se uma responsabilidade da equipe, não só pelas concepções dos/as profissionais de salvaguardar a vida dos bebês, todavia porque a realização de consultas de pré-natal é obrigatória, sendo indicador de saúde. Assim como, quando alguma criança nasce e tem resultado positivo para HIV ou sífilis, isto é cobrado do serviço que foi responsável pelos cuidados com a gestante.

Misturam-se nesse relato a tentativa da equipe de cumprir com as determinações institucionais - como a realização do pré-natal, resguardar a criança da situação de rua - sem abrir mão das opiniões pessoais acerca do que se entende como certo e errado no cuidado com os/as filhos.

Notei que, no Consultório, os/as profissionais procuravam integrar cada usuária na elaboração do projeto terapêutico. Mostravam ser importante para a equipe o que as gestantes e a população atendida pensariam sobre suas ações. Importavam-se com a opinião que poderiam ter frente a práticas feitas que contrariassem o desejo de alguma gestante, como a internação compulsória, o afastamento do/a filho/a. O vínculo e a proximidade com a gestante parecem trazer a preocupação com o julgamento que ela poderá fazer sobre a atuação profissional e sobre o serviço. Vi profissionais sensibilizados/as perante atitudes hostis de usuárias, mas também os vi entusiasmados/as ao receberem elogios e demonstração de apreço.

O caso de Renata contribuiu para minha compreensão de que há características pessoais que conformam a economia moral, o que remete à relação profissionais-usuárias. As profissionais me contaram que não é fácil lidar com Renata, sempre irritada, braba, sem demonstrar muita estima pelos/as profissionais. Referiram também que, no início, ela foi bastante resistente à aproximação do CR. Entretanto, essas mesmas profissionais me falaram de uma relação que se tornou próxima, especialmente com uma das profissionais, Mônica, quem estabeleceu um vínculo com Renata, sendo uma referência no serviço. Mônica fala sobre a empatia que sente por determinadas pessoas, como foi o caso de Renata: "As vezes tu te apega em alguns usuários". Menciona que a gestante chegava no CR sempre indignada (por motivos diversos, como por exemplo, com o prefeito), então procurava escutá-la, "emprestar os ouvidos", e depois de Renata chorar, reclamar, conversavam e ela ia embora mais tranquila. Ao tentar me explicar as razões da proximidade, mencionou: "Não sei, bateu o santo". (Diário de Campo CR - 14/09/15). Em outro momento, relacionou a afinidade entre elas com o fato de terem uma filha da mesma idade.

O hospital em que Renata teve seu filho contactou a equipe do consultório para questionar sobre como foi o pré-natal e a percepção das profissionais sobre a relação dela com os/as outros/as filhos/as, pois o hospital estava no processo de ver com quem o bebê ficaria. Acompanhei a equipe até o Hospital no dia em que seria feita a conversa com a equipe do CR, porém Renata não compareceu. No entanto, eu e Mônica conversamos com pessoas do

Serviço Social e observei a posição da equipe do CR de tentar ao máximo que Renata pudesse ficar com o filho, porque entendem que ela pode cuidar, inclusive, pelo fato do pai do bebê ter uma residência, onde a usuária passa parte do tempo, quando não está na rua.

Em conversa com as profissionais que acompanharam Renata com mais proximidade, são expostos alguns dos motivos que as levam a entender que pode ficar com o filho: há essa residência e outra pessoa para o cuidado, ela reduziu o uso de drogas, parece comprometida com seus tratamentos à saúde, e demonstra cuidar bem do filho que mora com o seu parceiro.

Mais tarde, quando Fabiane chega nessa sala para usar o computador, pergunto se Leticia voltou nos últimos dias. Parou e pensou, perguntou às técnicas e disse que não havia voltado. Ao dizer isso ela apertava a boca, balançava a cabeça e soltava uma longa respiração como quando se lamenta algo. Diz que ela tinha que fazer os exames. Falo que ela tem a benzetacil para fazer na quinta. Durante a conversa ela lembra que o filho de Renata nasceu e me conta. Relata novamente a conversa com a assistente social, em que ela disse que ela fez o pré-natal como necessário, não faltou às consultas, que trouxe junto seu filho algumas vezes, e eles tinham uma boa relação. Deu como exemplos que Renata o instruía a atravessar a rua, segurava a mão, explicava o que estava acontecendo, que iriam esperar na sala, etc. (Diário de campo CR - 04/08/15).

Percebia que a afinidade entre profissionais e gestantes constituía-se por uma fusão entre empatia e piedade, afetos que reverberavam em investimentos nas gestantes e nas crianças, ou seja, a equipe empenhava-se em auxiliar a gestante a estabelecer condições para permanecer com seu bebê. Além da escuta acolhedora e dos cuidados específicos ao pré-natal, percebi esforços em articularem-se com a rede de saúde, fazerem visita à gestante no hospital, bem como doações de roupas e utensílios para o bebê. Isso não acontecia com todas as gestantes. Aos olhos da equipe, Renata era vista como uma usuária que se vinculou ao tratamento e demonstrava sinais de que seria uma boa mãe.

De acordo com Butler (2007), a teorização de gênero enquanto performativo estabelece aquilo que consideramos uma essência interna do gênero como uma construção através de um conjunto sustentado de atos que se conformam através/no corpo. A performatividade evidencia que certas configurações culturais de gênero que ocupam o lugar de "real", ao reiterar essa conjunção, reforçam e aumentam a sua hegemonia. Neste campo de análise, percebemos que a maternidade generifica as mulheres, produz performativamente um corpo de mulher. Ao mesmo tempo em que a coloca no lugar de cidadã, direcionando investimento e tratamentos a essas vidas.

No que tange aos direitos sexuais e reprodutivos, há diversas discussões no CR que enfocam orientações sobre DST's, conversas sobre sexualidade, aconselhamento sexual e reprodutivo. Um profissional refere que "Sempre se discute isso, tem uma preocupação grande, mas no sentido de diminuir gestações dessas mulheres. Não vi ainda um constrangimento direto dizendo: '- Porque tu quer ter mais filho! Onde já se viu, tu tá na rua.'" No consultório, o discurso institucional e do grupo é de produção de autonomia do sujeito e cuidado em liberdade. Contudo, algumas opiniões entendidas como "preconceito" em relação à gestante que usa crack são, eventualmente, trazidas para debate entre a equipe, quando se discute o que significa ter filhos, o que é ser mulher, que possuir condições socioeconômicas mais favoráveis não designa necessariamente cuidados adequados com filhos/as.

Apesar desse debate, observo que são aplicados os anticoncepcionais injetáveis- com duração de três meses - em quase todas as mulheres em idade reprodutiva que frequentam o CR. Sendo assim, em uma das entrevistas questiono se os métodos contraceptivos são demandas delas ou é uma orientação da equipe:

É uma sugestão da equipe... Principalmente, mulheres em idade fértil quando passa em acolhimento se oferece teste rápido, se ela tá com alguns dias de atraso na menstruação. Se oferece anticoncepcional injetável, tem uma preocupação, de toda a equipe, de que ela venha a ter uma gravidez indesejada – não que a maioria das gravidezes no nosso país sejam desejadas, tu vai ter estudo que diz que metade das gravidezes não são planejadas e metade dessas gravidezes que não são planejadas durante o período da gestação elas são indesejadas mas, então, pensando também na perspectiva do planejamento familiar, **oferecer o anticoncepcional é um direito delas**. Muitas têm dificuldade de se organizar com o medicamento e o tempo, então o anticoncepcional oral é um tanto complicado, então a gente acaba oferecendo anticoncepcional injetável, assim, pras mulheres que não estão grávidas, pra mulheres que ganharam seu bebê e não querem engravidar e oferecem também a ligação tubária. Mas ainda, a gente ofereceu pra uma gestante que quis, mas depois, enfim, faltou à consulta, não nos procurou mais, a gente não conseguiu encontrar e voltou pro final da fila. Como ela já tinha... eram 15 gestações e 16 filhos (porque a última foi de gêmeos)... Mesmo assim ela ficou no final da fila lá... E agora ela tá grávida de novo, mesmo tomando o medicamento injetável, o anticoncepcional injetável. Porque uma mulher que tem 36, 37 anos e teve 15 gestações, ela já se constituiu como mãe permanente, ela talvez não consiga lidar por muito tempo sem estar nesse papel. E que é um papel também vantajoso, ser mãe na rua. Porque algumas mulheres, engravidam pra conseguir algum tipo de benefício. E eu não tô falando isso de uma maneira pejorativa. Porque receber mais carinho, receber um olhar, receber um cuidado, receber uma proteção da saúde, da assistência, ser mais fácil de conseguir um abrigo, um albergue, ser mais fácil de conseguir comida na rua quando tá pedindo pra algum transeunte, isso são benefícios que a gestação te dá, pra uma mulher que tá na rua. **Além do fato de ela ter menos possibilidade de ser agredida, porque é diferente, porque a mulher tá grávida. E tem um apelo, assim, tem um apelo social de proteção das mulheres grávidas, porque as mulheres foram colocadas nesse lugar de protetoras das crianças, de fertilizadoras, quase, do mundo (tom de risada).**(Pedro, Profissional de Saúde - CR).

Faz-se presente, na atenção a gestantes que usam crack, uma ambiguidade entre a representação compartilhada socialmente do 'ser mãe', com a figura 'fora da norma' das gestantes e mães que usam crack. De acordo com a fala supracitada, a gestação é relacionada a uma série de benefícios - igualmente entendidos como cuidado - tendo em vista a posição social das mulheres enquanto cuidadoras de um projeto de sociedade. A maternidade se insere nas estratégias biopolíticas, em que a mulher sendo posta em um lugar responsável pelo futuro da nação, torna-se um meio de cuidar, controlar, ensinar o que se espera da população. A gestante que usa crack tensiona esse lugar evidenciando tanto a precariedade do "instinto materno" quando a possibilidade de outros modos de produção de ser mulher e de ser mãe.

3.4 Hospital: "E o meu cuidado tem que ser prestado da melhor forma possível"

Em primeiro lugar, o fator principal que liga as mulheres ao serviço hospitalar estudado é o fato de estarem gestantes. No Hospital, mulheres que fazem uso de drogas só internam se estiverem grávidas, já que a especificação para os leitos é "gestante dependente química", o que se sustenta no fato de ser um Hospital materno-infantil. Portanto, possuem como diagnóstico para internação: "risco ao conceito". Apesar de nos dois serviços, CR e Hospital, identificarem-se concepções e tratamentos até certo ponto diversos a respeito de maternidade e drogas, em ambos os espaços a preocupação com a gestante e a realização do pré-natal, dentre outros cuidados em relação ao filho/a que espera, é ponto em comum.

De modo semelhante ao exposto anteriormente, quando discorreremos sobre o Consultório na Rua, uma das questões que se coloca para as equipes na atenção hospitalar a gestantes que usam crack, é o choque com as noções de maternidade, ou, mais especificamente, de uma "maternidade ideal". Segundo Kátia Gomes (2010), a dependência química de mulheres configura-se como porta-voz do que é intolerável na feminilidade. Deste modo, causa estranhamento na equipe quando a mulher deseja ter filho/a vivendo na rua, tem comportamentos considerados prejudiciais à criança (como uso de drogas) e, também, quando ela não quer a criança ou não demonstra afeto por ela. Como pode ser visto no seguinte trecho em que questiono sobre a relação das/os profissionais e as gestantes na UIP:

Ah, eu considero uma relação ambivalente. Tem, como eu te falei, a gente encontra gestantes muito tranquilas, gestantes muito deterioradas, muito agressivas, e dependendo da maneira como elas tratam a equipe, às vezes é o retorno que a equipe acaba dando. Tem pessoas que têm a capacidade de dar aquele retorno inverso, né, quanto mais agressiva e mais, sei lá, desestimulada a paciente é, mais estímulo aquele profissional dá. Mas, eu vejo assim, às vezes eu, eu, eu sinto da equipe uma, uma situação, assim, de ambivalência, porque é aquela coisa, a gente normalmente

espera do ser humano no momento tão, que deveria ser tão bonito, que é a gravidez, que é a gestação, que aquela pessoa esteja envolvida, ou, que pelo menos se envolva a partir do momento que vem prum lugar em que é oferecida uma oportunidade de recuperação e nem sempre é o que acontece. Então, nem todas as pessoas têm a capacidade de perceber que se a pessoa não quer mudar a sua situação de vida ela não vai mudar e não há o que obrigue ela a mudar. Que aquilo ali é temporário, ela vai passar por aquela situação, ela vai passar por essa internação e que quando ela sair daqui tudo vai seguir igual. Mas nem por isso eu tenho que ser ríspido, eu tenho que tratar ela mal. Não, eu 'tô aqui pra prestar o cuidado, né? E o meu cuidado tem que ser prestado da melhor forma possível. Eu vejo que tem pessoas que têm mais facilidade de lidar com isso, outras nem tanto, mas eu vejo profissionais muito empenhados. Hã (pausa) e profissionais que tentam também manter a individualidade, né. "Bom , ok, não é o que tu quer, não vamos ficar insistindo também, hã, pra que tu mude a tua opinião, né, não vamos te transformar numa mãe de uma noite pro dia". É bem ambivalente, assim, **acho que mexe muito com o particular, o individual. A característica da equipe é a maioria feminina, a gente tem muitas mulheres aqui e eu acho que isso dificulta muito a compreensão assim, dessa situação de maternidade e uma situação tão agressiva quanto é o uso de drogas tão pesada que é o que a gente tem aqui.** Não que os homens não se envolvam, se envolvem e se envolvem bastante, mas acho que a questão do feminino é mais próxima. (Beatriz, Profissional de Saúde - H).

Esse trecho levanta uma série de questões percebidas também a partir de outras observações: as expectativas de um modo de ser mãe, fundamentado numa noção de gênero que liga as mulheres à maternidade, segundo a qual ser mulher é ser responsável pelo cuidado com os/as filhos/as. Logo, percebe-se a ausência no discurso da equipe sobre o parceiro e/ou pai deste/a filho/a, principalmente no que tange a responsabilizações direcionadas a ele no cuidado com a criança, reiterando o compromisso da mulher. A naturalização do cuidado materno é preponderante nos serviços. Assemelha-se à "ficção reguladora" descrita por Donna Haraway (2004), que coloca a maternidade como natural - as mães fazem os bebês naturalmente, biologicamente - e a paternidade cultural.

Ainda, é percebida, pela profissional, a influência nos atendimentos pelo gênero do/a profissional, pois o fato da maioria das profissionais serem mulheres ocasiona uma sensação de maior proximidade às pacientes, ao mesmo tempo, um estranhamento frente à gestação em um contexto precário e que, de certa forma, foge às normas. Assim, demonstra-se, nesse trecho, que o choque nas expectativas sobre a maternidade mobiliza as/os profissionais, mas elas/es encontram modos de lidar com essas situações que entendem como "o lado pessoal". Seguindo a entrevista acima, a mesma profissional aponta sobre como lida com suas opiniões pessoais acerca do uso de crack durante a gestação para trabalhar com as pacientes da UIP:

Então é muito, às vezes, revoltante, como ser humano, mas como profissional tu tem que ter uma outra postura. Tu tem que ter a postura de que tu 'tá aqui pra ajudar, e que a tua opinião ela tem que ir além. Ela não pode interferir nesse momento e nesse processo. Então é bem, é um conflito muito grande, assim. E hoje eu lembro, que hoje de manhã a gente teve uma turma que tá iniciando, uma turma

de acadêmicos de enfermagem [instituição] iniciou o estágio aqui e foi uma das coisas que eu fiz questão de falar pra eles, hã, que eu gostaria muito que eles tomassem cuidado... Se eu, se eu pudesse pedir que tomassem cuidado com alguma paciente, que fosse com as dependentes químicas gestantes. Um cuidado como um todo, assim, cuidado com os manejos, com os comentários, com os julgamentos, com tudo, porque é, é aquilo, eu sei o que eu senti quando eu cheguei aqui. Então, que eu tive que controlar, que eu tive que deixar de dizer às vezes, porque provoca sentimentos muito interessantes, assim, que podem pender prum lado ruim às vezes. Então tem que saber lidar pra não, pra não interferir no trabalho, que a gente tá aqui pra outro, pra manter um outro foco. (Beatriz, Profissional de Saúde - H).

A intersecção entre as esferas “profissionais” e “pessoais” foi expressa nas entrevistas realizadas no Hospital. A influência pessoal é compreendida como contratransferência em busca de uma explicação que objetive o sentimento e possibilite um manejo 'técnico' observado nas seguintes falas:

[...] eu atenderia todas as pacientes, menos as gestantes porque eu tava grávida, aí pra eu não fazer, pra **não passar por processo de contratransferência**, de repente, com as gestantes, porque eu também estava gestante. (Anelise, Profissional de Saúde - H).

A **principal dificuldade no começo é a contratransferência**. Porque tu tá ao mesmo tempo estudando a dependência química, mas tu também fica com uma impressão pessoal, assim, e às vezes preconceituosa. [...] a contratransferência negativa vai diminuindo enquanto o teu conhecimento sobre a doença vai aumentando. (Bento, Profissional de Saúde - H).

Durante a observação percebi situações em que fica explícito que a influência pessoal deve ser evitada nos atendimentos que seguem um padrão pensado para o tratamento da dependência química de gestantes. Isso se liga à própria noção de modelo com ênfase hospitalar em que se busca uma neutralidade no atendimento, de modo que o âmbito pessoal não seja sobreposto à técnica.

As questões relativas à maternidade também entram em choque quando pensadas a partir da formação que os/as profissionais tiveram nas universidades. Em parte porque, há profissionais que referem vir "de uma faculdade que empodera a gestante" (Beatriz, Profissional de Saúde - H) mas, principalmente, porque tais formações acadêmicas e profissionais (daquilo que me foi possível apreender) não contemplam uma discussão acerca do uso de drogas articulada ao debate sobre gênero em sua interface com o campo da saúde. Deste modo, ao inserirem-se na UIP, deparam-se com as gestantes que fazem uso de drogas, exigindo que construam na prática, e entre a equipe, estratégias para atendimento com essas mulheres.

A maioria das gestantes que usam crack, segundo entendimento deles, não está com juízo crítico sobre sua situação (dependência química), por conseguinte, não apresenta condições de exercer um cuidado em relação aos/às filhos/as:

Não que a dependência de uma pessoa de cocaína seja mais, menos grave do que a de crack, mas o que acontece, a questão do crack parece muito rápido, elas começam a usar, parece que é, há uma repetição de, de conduta, bem isso, de conduta, que eu noto. Todas as DQs elas têm essa, até eu vejo pelos meus relatórios, tu vai ver, se debruçar, sobre o que eu escrevo, parece que só muda o nome, a ida..., é tudo assim. Elas são.. elas começam a usar e tal e daqui a pouco já tão em situação de rua, e daqui a pouco já tão se prostituindo e aí não se cuidam e aí têm, **começam a ter filhos e os filhos ficam sob responsabilidade de outras pessoas, porque elas não tem condições de maternagem, então é um ciclo, um ciclo que se repete. É um ciclo que se repete.** (Profissional de Saúde - H).

Deste modo, as condições de maternagem das usuárias são avaliadas na UIP. Isto baseia-se, principalmente, na avaliação da motivação ao tratamento, história de vida, como é a relação com demais filhos/as, possibilidade de contar com o suporte do companheiro e/ou familiares. Destacamos que esses aspectos que definem a boa maternagem são construídos a partir das concepções pessoais sobre o que é ser uma boa mãe, sendo a abstinência de drogas o principal marcador neste contexto. Em certa medida, a formação profissional e concepções sobre tratamento também interatuam no entendimento das condições de maternagem ao passo que inserem o uso de drogas como patologia, como algo externo ao sujeito que produzirá desequilíbrio em sua saúde – e, conjuntamente, descompasso nos comportamentos, como o que ocorre, por exemplo, nos episódios de fissura.

[...] a gente já teve mãe que se atirou no chão, querendo que... ganhar o nenê forçadamente, dizendo que não queria, que bateu na barriga. Então, é muito forte. A gente já teve situações bem pesadas. Que os médicos tiveram que dá remédio pra essa mãe, pra essa mãe não agredir a barriga, elas, hã, elas simulam corrimentos, elas põem água dizendo que a bolsa que arrebentou. Então, assim, elas são criativas, porque, **porque elas tão na fissura** de, eh, que elas sabem que elas estão ali até ganhar, e que a hora que elas ganhar, elas vão poder ir pra rua e usar. (Anelise, Profissional de Saúde - H).

3.4.1 Motivação ao tratamento, fissuras e maternidade

A noção de "motivação" observei ser central na economia moral neste contexto. A avaliação sobre a motivação da gestante para a cessação do uso de drogas conformava as estratégias de tratamento propostas, os encaminhamentos pós-alta, bem como, providências em relação aos/às filhos/as. Uma paciente motivada é percebida através de sua adesão ao tratamento (percepção de que precisa suspender o uso, aceitação dos medicamentos, participar

das atividades propostas pela equipe multidisciplinar), organização diária (não ficar apenas na cama, realizar as rotinas de higiene), demonstrar o reconhecimento de episódios de fissura.

De certo modo, observei que a conjunção de fatores na situação das gestantes internadas por dependência química (por exemplo, o uso de crack, prostituição, conexão ao tráfico, DST, não estarem com a guarda de outros/as filhas/os) as inseria em uma posição deslegitimada em relação a controle, autocuidados e cuidados com outros/as. Logo, era prevista a recaída. Isso baseava-se na percepção que tinham sobre a realidade das pacientes: adesão ruim ao tratamento (referem que 20% retorna na primeira consulta ambulatorial e depois a porcentagem é quase zero), fuga, reinternação na mesma gestação ou numa próxima. Assim, a previsão da recaída, em alguns casos, resultava em uma internação mais longa do que os 28 dias para desintoxicação. Isso ocorreu em casos que consideravam não ter alternativas de lugares para a mulher continuar com o tratamento durante a gestação de modo protegido - tanto instituições públicas quanto junto à família.

Ao mesmo tempo, durante o campo, observei um caso que a equipe demonstrou muito investimento no tratamento para DQ e para manter a paciente junto ao filho, movimento que entendi ocorrer principalmente por ela demonstrar motivação. A noção de "motivação" é chave para provocar fissuras no sentimento das/os profissionais de que as mulheres usuárias de crack são irresponsáveis. Diferenciando-a de outras pacientes, um profissional refere que Amanda, por estar motivada em parar de usar drogas, topou uma proposta de tratamento baseada na terapia cognitivo comportamental, além do farmacológico. A proposta baseia-se em psicoeducação, técnicas de *role playing*, de relaxamento, momentos de escuta, cujo objetivo é promover um reconhecimento da doença e de como é manifesta em cada pessoa, de modo que a paciente consiga distinguir momentos de fissura e saber como lidar com isso sem o uso de drogas. Mesmo percebendo que a abstinência era central nos discursos do Hospital em entrevista, questiono se o tratamento na UIP é baseado no objetivo da abstinência ou se é um dos objetivos, e não necessariamente o principal:

É..vai variar de paciente né. Então tu pega um paciente não motivado e tu vai tentar fazer ele enxergar os prejuízos que tem né, tentar fazer ele pular de pré-contemplativa pra contemplativa, preparação...tentar avançar nesses estágios. [pigarro] Mas se tu pega um paciente com condições, eu tenho uma paciente agora que ta rendendo, assim.. ela tem uma cognição boa então ela consegue entender alguns conceitos, consegue aprender algumas técnicas né. Então...primeiro..o primeiro objetivo seria psicoeducar né. Então, "o que que é fissura?" A maior parte delas chega aqui..algumas tem fissura todo dia, toda hora e não sabe o que que é. Então pra algumas é uma dor de cabeça, uma dor de estômago, uma ansiedade, inquietação, insônia, sonhar com drogas... e as vezes elas não reconhecem isso

como fissura, então se elas nem conseguem reconhecer o que é um episódio de fissura pra elas, elas dificilmente vão conseguir atuar no episódio. Então se tu conseguir evoluir além da psicoeducação do que é recaída, do que é dependência química, o que que é fissura, talvez tu consiga fazer assim o...rever a última recaída..vê todo o processo de planejamento da recaída, a parte consciente e inconsciente, as atitudes que ela tomou que poderiam ter sido diferentes e basicamente tentar ver a recaída como um processo que as vezes inicia horas, semanas, meses e até anos antes da recaída né, como comportamentos pequenos que vão culminar no uso né. Então as pacientes que conseguem chegar nessa parte... aí tu consegue pular para as técnicas, que é o essencial pra prevenção de recaída né. Mas até aí tu só psicoeducou, e aí tu começa a ter técnicas. Tu pode fazer técnicas de enfrentamento, pode fazer técnicas de distração, de focar no ambiente, técnicas de relaxamento, de respiração, relaxamento muscular, e daí tu tem uma série de ferramentas variadas assim, que tu pode aplicar, mas assim, passando um funil né, quem chegar nessa última parte do tratamento que é a parte mais efetiva pra prevenção de recaída né. As demais, assim, vão ficar pela rede, sei lá, volta a usar, interna uma vez, sai e já volta a usar, às vezes elas conseguem ficar numa comunidade terapêutica alguns meses, mas saem da comunidade e recaem porque elas não tem muita ferramenta assim... e se elas não quiserem aprender ou não tiverem capacidade pra aprender, paciente com retardo, paciente com descontrole de impulsos ou que tenha um diagnóstico psiquiátrico que não trata, abandona o tratamento...fica mais difícil ainda e não tem uma ferramenta pública que consiga lidar com isso, acaba ficando no sistema rodando internando nas diferentes internações, mas invariavelmente voltando a usar. (Bento, Profissional de Saúde - H)

No caso de Amanda, buscaram por uma vaga numa Comunidade Terapêutica (CT). Anelise refere que é o local conveniado com a prefeitura, para dependentes químicas, onde podem ficar com o bebê: "local de freiras, que eles têm um programa de nove meses, tem assistente social, tem psicólogo, tem psiquiatra [...]". Entendo que a escolha do encaminhamento para um espaço de tratamento em que a mulher possa permanecer com o/a filha é pleiteado para pacientes que demonstrem motivação tanto em manter-se abstinente quanto em cuidar dos/as filhos/as. Posto que a adesão ao tratamento torna-se uma garantia para ficar com a criança sob o olhar das/os profissionais da saúde e da justiça (que no fim são quem deliberam). Isso pode ser visto quando uma profissional me conta como é feita a avaliação para os encaminhamentos do tratamento, que se relacionam à "chance de ficar com filho/a":

Isso, daí a avaliação a gente faz... Eu converso com o médico, a gente conversa e a gente vai vendo como a paciente vai ficando, vai, é... Se mostrando, o, hã, como vai evoluindo a questão da compreensão dela com relação ao tratamento, e até da vontade dela, porque tem aquela, aquela situação né, que a paciente, que a pessoa só, que a dependência química tu tem que ter... que isso até hoje em dia tão questionando, até que ponto não tem que ser, que ser compelida a pessoa, não tem que ser obrigada a fazer o tratamento, mas enfim. E aí vai se trabalhando esta questão, da vontade dela de fazer esse tratamento. E aí a gente vai abordando isso. Eu tô sempre, quando eu converso, eu sempre coloco: Ó, tem a casa [nome da CT], explico mais ou menos, como é. Muitas já vão dizendo: "Ah, eu conheço. Não..." como a Luiza. "Ah, eu conheço". Já teve lá, ela brigou lá, então... "Ah, não quero saber". E muitas dizem, no início não querem e de repente, com o decorrer dos 28 dias parece que dá um clique. Seja com a minha abordagem ou com do outro profissional. Então teve a situação da Amanda por exemplo, que numa abordagem

da residente da [nome de um Hospital], acho que é [nome] o nome dela (F: Acho que... Não é doutoranda?) doutoranda, isso. Como eu disse, como é boa essa coisa do multi... Ela manifestou que queria, que ela resolveu que tá muito velha pra essa vida, não sei o que - ela tem 32 - e que ela queria. Então eu falo, explico, na hora parece que não tem eco. Parece que entrou por aqui, e saiu por ali. Mas essa ficou pensando pelo jeito. Então, às vezes elas ficam. Então ela chegou e colocou: "Ah, [cargo da profissional].... " pra ela, "me falou de uma casa aí, eu acho que vou querer continuar o tratamento e vou querer ficar com a minha filha, e ir pra essa casa aí ". Ai foi super bacana assim. Aí, nesse mesmo dia o [nome do médico residente] já abordou, já aproveitou e aí já tá trabalhando com ela porque ela quer técnicas pra parar de usar...Então aí, nossa! Quando a paciente, a gente consegue essa vitória, que a paciente quer. Aí nisso eu já chamei a mãe, que eu descobri quem era a mãe, que essa também tava em situação de rua, aí eu descobri a mãe, tô fazendo um bom vínculo com a mãe e tal, pedi ajuda da mãe. A mãe dela super solícita, tá nos ajudando. E aí, e ela quer ir pra casa [nome CT], então tô vendo se eu consigo uma vaga pra ela, mas mesmo assim, como a gente já, a gente acredita nessa questão que é terapêutica, igual vai correr o, vai passar pelo juizado até pra ela ver que a criança vai ta sob o olhar, enfim. É pra ela ter uma chance de ficar com essa bebê. (Profissional de Saúde - H)

Correspondendo à concepção de DQ como doença que exige proteção externa, a paciente que saiu com o filho foi para uma comunidade terapêutica em que o tratamento é realizado num espaço fechado. A profissional de saúde menciona que nessa CT procuram trabalhar a partir do vínculo mãe-bebê, contudo, caso a mulher deseje sair da CT, a criança permanece na instituição, sendo acionados outros órgãos públicos, ou chamam algum familiar para se responsabilizar. Esse funcionamento, segundo ela, deixa-as tranquilas em encaminhar as pacientes, posto que confiam na proteção garantida à criança.

3.4.2 As condições de maternagem e avaliação

A avaliação sobre as condições de maternagem pela equipe orienta decisões sobre o destino dos/as filhos/as. Em última instância, a decisão é tomada pelo Juizado da Infância e Juventude. Contudo, há laudos e relatórios emitidos pelos/as profissionais da UIP que orientam tal veredicto. No entanto, percebo que, quando uma paciente começa a demonstrar atitudes correspondentes às expectativas da equipe sobre adequação para cuidado com filhos/as - planejamento para vida após parto, organização nas rotinas da unidade, motivação para realização do tratamento e parar de usar drogas - a equipe passa a investir mais nesse vínculo com a paciente, conseqüentemente, contribuem para a possibilidade de constituição do vínculo entre mãe e filho/a. Isto pode ser evidenciado no relato de um caso considerado de "sucesso".

[...] eu tive uma situação ano passado duma gestante dependente química, também crack, moradora de rua ali da vila [nome da vila]. Era o quinto filho, se não me engano, filho. Os filhos todos foram acolhi..., tavam noutras famílias, tinha até uma família de classe média alta que tava assediando ela, já tinha ficado com o último

bebê dela, tinha um aninho e pouco e eu percebi que ela tava sendo assediada e tavam até dando drogas pra ela, porque já tavam de olho nesse segundo bebê. [...] Então, na verdade, tinha todo um jogo ali que eu descobri de, de, uma coisa bem grave. [...] E aí eu comecei a investigar, como ela não tinha familiar, a mãe dela. Aliás, tinha familiar, um irmão preso, o outro, as irmãs tudo dependente química, dois irmãos presos, um morto, ah, **o quadro da dor, essa família dela**. A mãe alcoolista severa. Pai também, falecido. Então, teve uma situação de abandono também, e depois se descobriu também, parece que ela era filha, ela foi dada pra uma família, que na verdade ela era filha do, mas sempre foi dada como filha de criação e parece que depois foi descoberto, a mãe contou, que ela era na verdade filha do, desse senhor, que ela era empregada e teve um caso com ele. É uma situação, né? [...] ela acabou ficando em situação de rua, porque quando esse senhor faleceu e a mãe faleceu, esse irmão de criação, que eu não sei se sabia ou não, que era mais velho, entregou ela de volta pra família, ela tinha quatorze, quinze anos. Aí o que aconteceu? Ali, convivendo com os irmãos, com a família toda, uns, a própria irmã levou ela pra droga. **Foi bem triste a história dela**. Aí ela tava já morando, quando ela, ela aportou aqui, quando ela internou, ela veio com uma medida, hã, internação compulsória no, é, isso acontece muito, a rede pede a internação, os locais foi parece que o, é, o pessoal de rua que, da FASC [Fundação de Assistência Social e Cidadania], que faz abordagem de rua (F: Ação Rua). Isso, ação na rua! E aí ela veio aqui, parar aqui, grávida, hã, gestante. [...] Enfim, aí que eu descobri toda essa situação que eles estavam, hã, de olho nessa, também nessa criança, pra pegar a criança e pra dar, tipo assim, ela mera reprodutor. E aí eu fui trabalhando essa questão do vínculo e ela já achando que não ia ter condições, eu comecei a trabalhar essa questão, que não, que se ela quisesse ela teria uma chance, poderia ir pra [nome da comunidade terapêutica com alojamento conjunto], que teria uma chance, não sei o que. Aí ela quis ir pra [comunidade terapêutica]. Aí, a gente tinha uma avaliação, porque ela até tava correndo com processo também na violência doméstica lá no Fórum, que ela tinha sido agredida na rua, parece que pelo pai dessa criança, que era um suposto companheiro dela e, enfim, a **avaliação também do, do psicólogo e do assistente social lá do Fórum**, [nome do assistente social], **era de que ela não deveria ficar com essa criança**, que ela deveria ser, a criança deveria ser acolhida, que **ela não tinha condições**. E eu e o Dr. [nome], eu achei que ela, **ela me pediu que ela queria ter uma chance de ficar com essa criança**. **Eu conversei com o médico, perguntei se ela tinha condições, de maternagem, que sempre essa é a incógnita: se tem condições de maternagem ou não, né**. Tá detonada, tem condições ou não. **Ele disse que não, que ela tinha condições de maternagem, que ela precisava de um apoio, até porque a história dela era muito triste**, até ela acabou usando por uma situação de que, de uma classe média alta, aí largaram de volta na família, num casebre, num, ela tinha toda uma, ela tinha, ela falava bem, ela tinha segundo grau completo ela, e tava em situação de rua. **Ela não se prostituía, procurava não se prostituir, ela trabalhava pra comprar droga, ela trabalhava, fazia serviço de panfletagem**. **Aí, nós éramos quase voto vencido, mas aí, nós bancamos**, fizemos um relatório, mandamos pro juizado, foi marcada audiência, é isso que eu to dizendo, aí que acontece: eu formei a, **procurei trazer a rede**, a rede que atendia ela. A rede colocava, “olha, ela tá, acho bem que poderia”, porque falavam sempre ela nunca teve envolvida com a polícia, nem com o tráfico, sempre só foi usuária. E aí, hã, que a gente faz com a, voltando só no início pra tua pergunta, eu procuro trazer a rede também, porque são os vínculos que elas têm. [...] com relação a essa paciente, que é a [nome da paciente] foi muito lindo que a juíza chegou e disse que não sei quantos anos ela tem de magistratura que ela nunca tinha mudado de opinião no meio de uma audiência, porque, claro, eu relatei, eu falei que eu achava, que eu e o médico conforme os relatórios, que a gente achava que ela tinha condições, que ela queria mais uma chance até porque ela tinha pedido pra fazer LT, ela tinha feito ligadura de trompas, ela não ia mais poder ter filhos e ela queria ter uma família com essa bebê, com essa criança. Aí a defensora, ela conversou com a, com a paciente e aí também falou positivamente que seria importante ela ficar com o bebê, resgatar esse vínculo de família, e a juíza chegou e disse que nunca, não sei há quanto tempo lá, ela tinha mudado a opinião dela no meio de uma audiência, mas que neste caso ela ia mudar. O Ministério Público

inclusive também foi desfavorável dizendo que ela não tinha como, que deveria a criança ser acolhida, pra adoção, sei lá, enfim, ser destituído o pátrio poder, que daí corre uma ação destituindo o pátrio poder, pra criança ir pra adoção. E aí ela chorava, chorava, a paciente. Foi muito lindo. Lindo? Hã... Foi emocionante. Porque daí ela, a juíza disse, “mas olha”, foi bem terapêutico, porque a juíza disse “olha tu agarra com unhas e dentes essa tua chance que eu tô te dando, tu vai pra lá, aproveita o tratamento”, depois, porque a comunidade terapêutica [nome], aí eles tem todo um trabalho de reinserção. E... tem uma situação também muito interessante, porque se elas querem romper o tratamento no meio dos nove meses, elas saem, mas os bebês ficam. Por isso que a gente se sente bem à vontade de encaminhar pra lá, o bebê fica. Aí, eles comunicam o juizado e aí vem um familiar, ou vai pra acolhimento, enfim. Então isso é bom. **E a notícia boa é que essa é um sucesso.** Agora ela tá sendo, ela ficou lá os nove meses e agora ela tá sendo reinserida pelo, pela [comunidade terapêutica] pra sociedade, para trabalhar, porque ela até é jovem, deve ter vinte e três, vinte e quatro e aí, até, agora a gente vai ver os próximos capítulos. (Anelise, Profissional de Saúde - H).

Ao descrever esse caso, a profissional de saúde aponta elementos que fornecem pistas de como foi alcançado o sucesso conforme entendimento da equipe: a mulher ficar com o bebê e trabalhar, reinserindo-se na sociedade. De todo esse conjunto (ação em rede, proteger o bebê e a mulher de uma possível exploração por parte da família citada, elaboração de documentos para informar a decisão judicial), é interessante observar o investimento feito na decisão conjunta com a mulher sobre seu tratamento e opção quanto à maternidade. Na hierarquia de valores da equipe esses dois aspectos são interligados, já que optar por ser mãe é condicionado pela opção de tratar a "doença". Posição sustentada no modelo de atenção com ênfase hospitalar e na crença dos/as profissionais de que agem em favor do bem e contra o mal, protegendo as vidas - a do bebê e a da mulher frente a uma condição que a equipe percebe como nociva.

Enfim, as concepções de maternidade e uso de drogas, sustentam uma economia moral, que, nesse caso, opera hierarquizando as experiências e, também, legitimando/deslegitimando a possibilidade de algumas mulheres serem mães, como nos casos de perda da guarda dos/as filhos, na avaliação sobre realização da laqueadura tubária (LT), na pressão social de manter a maternidade.

Durante minha pesquisa no Hospital, o tema da LT, por exemplo, era frequente nos *rounds*. No primeiro *round* de que participei, ao discutirem sobre as realizações de LT nas pacientes que passaram pela UIP, uma das profissionais ressalta que todas as mulheres tinham interesse em fazer. Outra profissional refere que não é uma medida de massa, que é feito um trabalho específico em cada caso, respeitando, na sua visão, o que está na Constituição. Entendo que tal explicação pode ter sido motivada por minha presença ali, que estava pesquisando no local, produzindo um questionamento, pois eu não estava inserida no círculo

de moralidade produzido naquele espaço e desconheciam minha opinião a respeito. Aponta, assim, para tensões no entendimento acerca da “vontade” e da “possibilidade” de escolhas reprodutivas para essas mulheres.

Por conseguinte, explicaram que todas tinham demanda clínica e possuíam desejo de fazer LT, sendo que existe o acompanhamento médico e social amparando a decisão. Ainda, acrescentam outros aspectos que servem como argumentos para suas tomadas de decisão em relação à indicação de LT: mencionam que são mulheres dependentes químicas (praticamente todas de crack), que tiveram diversas gestações anteriores e nenhum/a filho/a sob seus cuidados, que não realizam os tratamentos para DQ, pois somem após a alta e faltam às consultas do pré-natal, que seus familiares não aguentam mais cuidar dos/as outras/os filhos/as. Compreendem, assim, as gestantes DQs como situações limites de cuidar. Assim, a partir dessas explicações e também das minhas observações, percebi que entendem a sugestão e realização da LT como a melhor solução nesses casos, posto que alternativas à LT em geral são percebidas como inadequadas pela condição de vida das usuárias ou inacessíveis (planejamento familiar, anticoncepcionais que duram três meses, DIU - Dispositivo Intrauterino). Deste modo, agem visando ao que supõem ser o bem: a proteção das mulheres e a evitação de uma gestação que colocaria “em risco” uma outra vida e que, se levada a cabo, poderia vulnerabilizar uma criança.

Nesse momento, evidenciou-se a dimensão de reflexão referente aos valores compartilhados pelo grupo. Isto é, determinadas decisões podem ser tomadas e opiniões discutidas, porque correspondem às lógicas construídas e compartilhadas na UIP. A importância da LT para dependentes químicas é uma prática sustentada por toda a equipe; pelo menos se há alguma posição contrária ao modo como pensam e falam, nunca ouvi menção. Para a equipe a LT é uma questão de cidadania, pois há bebês/crianças envolvidas e elas têm direito de nascerem bem. Assim, compreendo que tal posição também se ancora na valoração de vidas produzidas naquele espaço onde a criança ocupa lugar central na preocupação da equipe e no direcionamento das ações.

3.5 Considerações sobre as valorações das vidas

Valendo-nos do conceito de economia moral, podemos compreender que os valores atribuídos às vidas e suas hierarquizações sustentam as tomadas de decisão e práticas cotidianas de cuidado. A análise da economia moral revela, nesses contextos, que a atenção é

construída a partir de um dilema, na medida em que, as concepções sobre maternidade e sobre drogas situam-se em pólos morais opostos que se tornam conflitantes ao habitarem um mesmo corpo. Ainda, a análise da economia moral nesses serviços mostra que há particularidades nas cenas de cuidado que escapam ao que é compartilhado entre o grupo, evidenciando que há outras características atuando na conformação do que é entendido enquanto o certo a ser feito.

Deste modo, as concepções provenientes das formações e experiências pessoais que as/os profissionais possuem sobre maternidade e sobre drogas contribuem para a produção do paradoxo moral a respeito do uso de crack por gestantes, ao mesmo tempo em que isso é reforçado ou não no compartilhamento do grupo a que pertencem, ainda, relaciona-se com os modelos de atenção, conforme dissertamos no capítulo dois.

As concepções sustentadas por formações profissionais pelas quais passaram e passam as/os profissionais não estão descoladas das concepções partilhadas pelas instituições que os/as instruem, assim como, pelo grupo que circula nesses sistemas educacionais/profissionalizantes. Todavia, cada profissional apropria-se de forma particular sobre tais formações e a atualiza nas ações cotidianas a partir de suas vivências, tornando os serviços repletos de profissionais singulares. Nos dois serviços a formação profissional anterior ou o aprofundamento teórico (por exemplo, sobre dependência química no Hospital e Redução de Danos no CR) foi entendida como fundamental para a mudança de uma visão moralizante ou preconceituosa frente ao tratamento das gestantes que usam crack. Aspectos referentes a uma formação crítica sobre gênero não foram mencionados. Contudo algumas ações evidenciavam experiências pessoais e profissionais, como os/as profissionais do CR, que questionavam sobre as gestantes em situação de rua, o que é ser mulher e sobre posições e comportamentos socialmente instituídos como femininos. Quanto ao Hospital, uma profissional relatou que trabalhar naquele serviço transformou suas ideias sobre direitos sexuais e reprodutivos.

Nesse sentido, muitos/as profissionais referem que trabalhar com a atenção à gestantes que usam crack transformou suas concepções sobre maternidade, situação de rua, tratamento para uso de drogas, etc. Isto é, as experiências profissionais alteram-se também com as práticas. Algumas pessoas contam que aprenderam sobre a temática das drogas ao inserirem-se nesses serviços. Gabriela (Profissional de Saúde - CR) relata que sua formação sobre

drogas se deu pela experiência, que aprendeu com os outros colegas que trabalhavam com ela. Posteriormente fez capacitações, mas ressalta sempre a potência da experiência.

As questões pessoais também conformam a economia moral nessas cenas de cuidado. No CR, devido a seu modo de funcionamento e meu maior tempo de pesquisa no local, foi possível uma aproximação com os/as profissionais, o que me deu acesso às suas histórias pessoais. Sendo assim, nesse contexto, ficaram mais evidentes as vinculações com determinadas usuárias, posto que os/as profissionais me contavam sobre as pessoas por quem tinham um afeto ou aquelas que preferiam que outros/as profissionais atendessem. Entretanto, em ambos, indicaram que o fato da maioria das profissionais ser mulheres propiciava uma relação diferente, que acarretava tanto identificação, quanto julgamento.

As mulheres acabam se identificando mais, assim. Tanto nas, em situações, assim, em que há assim um julgamento, seja ele explícito, seja ele interno, quanto ao amparo, à compreensão no sentido da angústia, da dor, do sofrimento, das questões assim relacionadas à gestação, paciente em trabalho de parto, com contração, essas coisas, assim, que acabam aproximando, identificando as mulheres que já passaram por isso. Então, acho que tudo aproxima. Umas sabem lidar um pouco melhor, outras, nem tanto. (Profissional de saúde - H).

Em alguns momentos, percebo que profissionais que tem filhos/as pequenas/os pareciam mais preocupadas frente à situação das gestantes e suas/es filhos/as. Preocupação que muitas vezes transformava-se em oferecer auxílio, em encontrar estratégias para que elas permanecessem com as crianças, assim como motivava a profissional à procura por espaços de tratamento em que a mulher pudesse permanecer com o/a filha, bem como ao acompanhamento da usuária nos trâmites legais sobre a guarda. Todavia, eram mulheres que elas entendiam ter a possibilidade de ficar com os bebês, o que se atrelava à disposição para seus tratamentos propostos.

Aliado ao âmbito individual, os valores compartilhados no grupo contribuem no entendimento e justificação de suas práticas, na medida em que a construção das concepções ocorre no grupo - entendido enquanto a equipe - ao mesmo tempo em que é influenciado pela sociedade. A ênfase na proposta terapêutica (Redução de Danos ou desintoxicação) são conformadas a partir dos modelos de atenção, mas sustentam-se nas práticas cotidianas reafirmadas pelo grupo.

Consideremos o caso dos encaminhamentos de laqueadura tubária (LT): para quais pacientes esse procedimento vai ser indicado, depende das concepções sobre maternidade e

drogas que os/as profissionais do serviço possuem. Tais concepções estão em jogo todo dia. Ao compartilhar o mesmo trabalho - inserido no mesmo modelo de atenção - e muitas vezes, experiências próximas, em grande parte das vezes o grupo utiliza os mesmos argumentos para justificar suas ações, já que isso é muitas vezes discutido na equipe. Algumas vezes não há espaço para opiniões que contrastam com a do grupo. Como às vezes aconteceu comigo, de não conseguir contrapor discursos.

Por fim, utilizar os conceitos de Fassin nesta análise, auxiliou a compreender que, quando eu percebia uma valoração de vidas que, poderia produzir uma violação de direitos, da parte de quem operava, era uma ação na direção do que se entendia como bem e justo, sendo que o sentido de justiça aplicado, de modo geral, hierarquizava a vida de mãe e de filho/a, elevando o segundo à categoria de vida a ser protegida, acima de tudo. Isto é, mesmo em intervenções que se baseavam no sentimento de compaixão e que conferiam um valor desigual às vidas, os/as profissionais agem pensando que tais práticas são o melhor a ser feito.

O julgamento e a condenação moral de gestantes que usam drogas pelos possíveis riscos à vida e à saúde do feto/bebê devem-se à construção sobre gênero numa sociedade sexista (QUEIROZ, 2015). Portanto, a perspectiva dos estudos feministas pós-estruturalistas apóiam nossos questionamentos sobre a produção de saúde. Trata-se aqui de uma lógica de saúde que não percebe a si própria, criando e reforçando a noção binária de gênero e da posição da mulher como mãe. Isto reproduz desigualdades e delimita modos de ser, práticas, escolhas, espaços. Produz corpos, conforma sujeitos de direito e precariza vidas (BUTLER, 2007). Os casos considerados sucessos evidenciam essa construção de gênero, posto que o sucesso pressupõe o fato das gestantes construírem e galgarem condições de permanecerem com os/as filhos/as. O choque nas concepções de maternidade, por vezes, pode ser explicado pelo fato de algumas gestantes que usam crack tensionarem os significados e expectativas frente ao ser mulher, denunciando a precariedade dessa construção cultural.

Ainda, salientamos que se tratam de ações e relações que também mereceriam uma análise detalhada a partir da teoria das interseccionalidades²³, a qual é uma forma de capturar

²³ "Contemplamos o conceito de interseccionalidade como indicador dos complexos, irreduzíveis, variados e variáveis efeitos que resultam quando múltiplos eixos de diferenciação - econômicos, políticos, culturais, psíquicos, subjetivos, e empíricos - se cruzam em contextos históricos específicos". (BRAH; PHOENIX, 2004, p. 2).

as consequências da interação entre duas ou mais formas de subordinação (CRENSHAW, 2002). Trata-se nesses serviços de mulheres que, por diversos marcadores de diferença - como raça, classe, geração - acabam tendo sua vida aberta para intervenções pelos mecanismos do Estado. Além do uso de crack, os marcadores que as inserem nesses espaços de possível escamoteamento da vida são principalmente a classe social, a escolaridade e a raça.

Neste capítulo buscamos descrever os valores e afetos envolvidos na atenção a gestantes que usam crack nos dois serviços de modo a enunciar os valores e lógicas de legitimidade presentes. Nesse sentido, na análise da economia moral, guiada através de duas "categorias de análise" - as concepções de maternidade e de drogas - constatamos que valores acionados nos dois serviços influenciam nas práticas das/os profissionais durante o atendimento de gestantes, especialmente, quanto à tomada de decisão acerca das estratégias de tratamento, conforme desenvolvido anteriormente, encaminhamentos na rede de saúde, providências em relação aos/às filhos/as. Os relatos apresentados serviram para analisar como as hierarquizações das vidas são produzidas a partir da relação com a maternidade, e expressam a forma como as vidas são governadas.

4 UMA PESQUISA NÃO CHEGA AO FIM, SUGERE UM OUTRO COMEÇO: FISSURAS E (RE)ARRANJOS NO CUIDADO EM SAÚDE

Na presente pesquisa, buscamos investigar a economia moral que permeia as práticas dos/as profissionais de saúde em relação à atenção a gestantes que usam crack. Tal análise possibilitou uma compreensão dos sentimentos e julgamentos a respeito de uma questão social e technoassistencial, isto é, a atenção à saúde dessas gestantes. Além de atentar para as práticas e discursos produzidos nesses serviços, buscamos perceber a produção e circulação de afetos e valores nas relações entre profissionais e gestantes. A apropriação de Didier Fassin acerca da economia moral indica que há dimensões que se arranjam e conformam a valoração e hierarquização atribuídas às vidas, informando os tratamentos direcionados às pessoas.

Nesse sentido, na análise da economia moral, guiada através de duas "categorias de análise" - as concepções de maternidade e de drogas - constatamos que valores acionados nos serviços influenciam nas práticas dos/as profissionais durante o atendimento de gestantes, especialmente quanto à tomada de decisão acerca das estratégias de tratamento, encaminhamentos na rede de saúde, providências em relação aos/às filhos/as.

No contexto pesquisado, consideramos que a economia moral valeu-se das dimensões relacionadas às experiências profissionais e pessoais; aos valores compartilhados por um grupo; e às lógicas dos modelos de atenção enfatizados nos serviços. Visto que partimos de uma concepção de saúde enquanto produção social, tornou-se fundamental a discussão sobre os modelos de atenção e perspectivas ético-políticas sobre cuidado acionadas nesses serviços, pois a mesma aponta para o contexto mais amplo em que esses/as profissionais se inserem e que, conseqüentemente, produz modos de ser profissional de saúde e conforma formas de expressar julgamentos e atualizar parâmetros de justiça moral. Deste modo, expusemos, no capítulo dois, elementos institucionais (organização e composição da equipe e função na rede de saúde) que atuam na construção de lógicas de legibilidade de determinados conceitos traduzidos em ações. Sobretudo, as perspectivas ético-políticas dos serviços sustentam-se principalmente nas concepções sobre drogas que circulam naqueles grupos e na sociedade e são respaldadas pelas formações profissionais, bem como por opiniões pessoais. Frente à "problemática" do crack, em cada serviço de saúde elaboram-se modos de executar as políticas públicas a fim de responder à demanda social e também dos sujeitos que fazem uso, no caso, a Redução de Danos e o programa de desintoxicação.

Evidenciou-se que a gestação de mulheres que usam crack provocou deslocamentos nas perspectivas ético-políticas. Ou seja, o fato de existir um terceiro na relação gestante-serviço (o/a filho/a - que talvez nem possa ser denominado "terceiro") acarreta questionamentos frente a estratégias usadas no tratamento de pessoas que usam crack e faz a equipe repensar modos de produzir um cuidado. A presença do feto, entendido como uma vida a ser protegida, redireciona a avaliação e a proposta de tratamento da gestante, sendo mais um elemento no "cálculo moral". Assim, as concepções dos/as profissionais sobre maternidade mostram-se cruciais no entendimento de como deve ser realizado o atendimento às mulheres.

A linha que conduz nossa análise é a constituição de um paradoxo moral para as equipes. Trata-se de um código moral que situa a maternidade como positiva e as drogas como negativas, construindo uma dissonância na compreensão sobre a pessoa que conjuga a maternidade e o uso de drogas. Logo, produz-se um choque na apreensão dos/as profissionais que se materializa em dilemas nos atendimentos e tratamentos direcionados às gestantes que usam crack. Os dilemas evidenciam que o desconforto de cada profissional está relacionado a suas experiências pessoais (gênero, ter filhos/as, opinião e relação com drogas), sua formação profissional (de que forma foram/são abordadas questões sobre drogas e sobre gênero em sua formação base, cursos, especializações), o grupo de pertença (o que a equipe pensa e como constroem ações), modelos de atenção (proposta de cuidado do serviço, responsabilidade de um profissional de saúde, função na rede).

Os dilemas se apresentam de modos diferentes nos serviços: no Hospital os/as profissionais devem relacionar-se com o Poder Judiciário, por exemplo, fundamentar a decisão sobre a guarda dos/as filhos/as das gestantes que usam crack. Nesse espaço, é aparente a necessidade de avaliar as condições de maternagem, pois estão inseridos nessa encruzilhada das decisões sobre as vidas. No Consultório na Rua são outros dilemas, como, por exemplo, como acompanhar a usuária e tornar possível uma maternidade considerada "não usual" ou desafiadora das expectativas hegemônicas. Está presente, nos dois serviços, uma noção de gênero que liga as mulheres à maternidade, segundo a qual ser mulher é ser responsável pelo cuidado com os/as filhos/as. Ainda que no CR se discuta pontualmente acerca das funções sociais instituídas que posicionam as mulheres em determinados espaços, em ambos os serviços, reitera-se, performativamente, a maternidade como produzindo um reconhecimento sobre o ser mulher.

Observamos que, nos dois serviços há características relacionadas às gestantes que os fazem investir, de um modo ou de outro, na busca por estratégias para a gestante permanecer com o bebê, ainda que, para isso, sejam necessárias algumas condições (esmiuçamos tais "condições" nos capítulos dois e três, mas de modo geral: a adesão ao tratamento, a organização da vida para receber essa criança, abstinência/redução do uso de drogas). Logo, o que se destacou na investigação sobre a economia moral é a relação entre perspectiva ético-política sobre cuidado e as expectativas sobre uma determinada performatividade de gênero.

A gestação insere essas mulheres que usam crack na lógica da saúde pública ao passo que suas vidas à margem tornam-se objeto de intervenções do Estado. Intentamos mostrar que isso as possibilita um outro acesso à saúde, mais facilitado para algumas vidas que são colocadas como preocupação política. Sendo assim, nesses casos, espera-se e exige-se mais investimento dos serviços de saúde. Isso permite que práticas de cuidado sejam mescladas com uma tutela sobre suas vidas. O que nos impele a questionar: o que entendemos como produzir saúde, como lidamos com vidas que se tornam prioridades nas políticas?

Para evitar um julgamento dos/as profissionais acerca dos valores declarados e práticas observadas, tentamos compreender o contexto das profissões e o desconforto moral que as situações vividas colocam. Seguindo a proposta etnográfica de Fassin (2013), busquei comunicar sobre as maneiras dos/as profissionais de apreender o mundo, de tecer relações e de justificar suas crenças e ações. Deste modo, há uma preocupação compartilhada de cuidado com a saúde do bebê, que sustenta a noção do que as equipes entendem ser o certo e o justo a ser feito (no Hospital geralmente a passagem da guarda provisória da criança para algum familiar, a abstinência de drogas, e, no CR, a reorganização da vida para cuidar do/a filho/a, a redução do uso de drogas). O modelo prescritivo de saúde pública que ainda resiste nos serviços, tomando emprestada constatação de Fassin (2014) da bipolaridade frente a vidas vulneráveis, pode ser entendido como oscilando entre “políticas de piedade” e “políticas de controle”. Os/as profissionais, ao serem prestadores dos serviços, colocam-se nesse entremeio, estão também inseridos em uma lógica biopolítica que os impele a agir de determinados modos, conforme a formação profissional, diretrizes institucionais, entendimento compartilhado na equipe quanto às ações a serem tomadas.

Todavia, percebemos que há elementos que complexificam a noção de justiça, a qual precisa ser negociada entre equipe, usuárias e rede. O elemento que entendemos principal foi

o vínculo, o qual implica em investimento na usuária e na negociação sobre sua relação com o/a filha. Por um lado o estabelecimento do vínculo ocorre pela adesão da usuária à proposta terapêutica para uso de drogas e ao pré-natal, mais característico do Hospital, e, no CR, por afetos construídos entre profissionais e usuárias, que remetem também à vinculação da usuária aos tratamentos, mas sobretudo a uma dimensão relacional acionada por pequenos detalhes e características que permitem diferenciar as gestantes.

No Hospital, os/as profissionais referiram que o Saber sobre o uso de drogas facilitava a compreensão deles/as sobre essa situação tão estranha, que é usar crack e gerar um/a filho/a, levando-os/as a perceber um aperfeiçoamento em suas práticas. Os modos de produzir saúde, tanto àqueles instituídos verticalmente quanto aos fortalecidos pelas ideias da equipe, frequentemente são naturalizados. Ao apresentar minha pesquisa e discuti-la com as equipes, percebia que, algumas vezes, motivava discussões acerca dos usos de drogas, das situações de vida das gestantes, das estratégias de tratamento, da relação delas com o serviço. Tais questões reforçam a necessidade de investir na formação dos/as profissionais, na educação permanente, a qual trata da aprendizagem a partir da prática nos serviços, uma reflexão sobre o processo de trabalho.

O que as equipes referiram constantemente, e eu também pude perceber, foi a necessidade de arranjos com outros serviços de saúde ou de outros setores. Além da precariedade de uma rede de atenção que considere a demanda de mulheres que usam drogas, muitos serviços têm dificuldade em se comunicar entre si. No que tange aos "modelos de atenção" enfatizados nos serviços de saúde, identificamos entre eles proximidades e contradições. Entretanto, revelar diferenças entre os serviços não significa se sobrepor um ao outro. Inspiradas em Sandra Torossian e Pedro Augusto Papini (2013), entendemos que as contradições nas lógicas de saúde e cuidado são necessárias para que continuemos na reconstrução por modos mais éticos e democráticos de pensar - e questionar - o cuidado em saúde. As fissuras é que fazem as coisas ficarem interessantes.

Dentro do campo acadêmico, bem como entre alguns coletivos de profissionais que atendem pessoas que usam drogas, percebo crescer uma discussão ética e complexa sobre como cuidar dessas pessoas levando em consideração os Direitos Humanos. Entretanto, isso contrasta com muitos discursos veiculados por profissionais de saúde, ou daqueles/as pertencentes ao âmbito da segurança pública, da assistência social e da mídia, encarando a

questão no sentido de culpabilizar ou vitimizar os indivíduos, desconsiderando o contexto mais amplo da produção do uso de crack, contribuindo para a segregação social. Apesar de ser abordado como um problema de saúde pública, o uso de crack por gestantes não é em si um problema de saúde, ele é uma produção social e, por essa razão, construir apenas estratégias no setor saúde nos faz andar em círculos. Cabe lembrar as palavras de Fassin (2006) sobre os modelos que fundam a justiça e que não são incompatíveis: o da desigualdade, que exige a redistribuição do que é produzido socialmente e o da alteridade, que exige o reconhecimento das diferenças, singularidades.

Ao intitular um documento "considerações finais", subitamente meu pensamento se dissipa e reconstrói encontros, discussões, dúvidas, constatações, leituras: experiências do processo de pesquisa, tanto o trabalho de campo quanto meus trajetos na academia. No misto de sentimentos que perpassam o final da pesquisa e do mestrado, escolho afastar a pretensiosa "considerações finais", que oculta minhas explicações e sínteses, e propor uma pesquisa que não chega ao fim, mas que sugere um outro começo. Um começo que não é ponto de partida, mas um novo olhar meu para um processo contínuo, isto é, minha posição frente às temáticas abordadas nesse trabalho e os questionamentos que emergiram no campo acerca da atenção à saúde de gestantes que usam crack, os quais percebi, de certa forma, estarem atrelados à realização desta pesquisa nos serviços. Ainda, algumas lacunas nesta pesquisa que acreditamos poderem ser exploradas em estudos seguintes: a questão obscurecida sobre os homens quando o tema é maternidade; e, análises a respeito de regimes de verdade que sustentam categorizações das substâncias entre medicamentos e drogas, e as moralidades que operam nessa produção.

As experiências nesses serviços de saúde foram fundamentais para minha formação ao produzir indagações e repensar uma postura de psicóloga e pesquisadora. A busca por saber o como é feito, o porquê é feito de tal modo, como se constroem fluxos na rede - postura etnográfica - possibilitou-me, para além da compreensão de um objeto de pesquisa, aprender com os processos de trabalho, conhecer essas realidades. Esta pesquisa, ao me fazer encontrar pessoas e experiências novas, provocar dúvidas, auxiliou a me refazer nesse processo. Digo isso, pois, o processo de pesquisar me afetou, transformou meu olhar sobre o mundo, sobre pessoas em situação de rua, sobre escuta e modos de produzir cuidados, sobre a relação saúde/doença, sobre acolhimento, sobre uso de drogas, sobre a rua, sobre vínculo, sobre

felicidade. E como também somos parte do mundo, me transformei frente a todos esses encontros.

REFERÊNCIAS

- BARATA, R. de C. B. Saúde e direito à informação. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 385-399, 1990.
- BARROSO, P. F. *Desintoxicar e Reinsserir: perspectivas no tratamento dos usuários de drogas*. 2013. Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/71941>>. Acesso em: 28 out. 2015
- BARROSO, P.F; KNAUTH, D.R.; MACHADO, P.S. Desintoxicação, medicamentos e reinserção social. In: FERREIRA; J. FLEISCHER (Org.) *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 107-128.
- BEAUD, S.; WEBER, F. *Guia para pesquisa de campo: produzir e analisar dados etnográficos*. Petrópolis: Vozes, 2007.
- BERNARDES, A. G.; PELLICCIOLI, E. C.; GUARESCHI, N. M.F. Saúde Pública: do indivíduo à população. *Ciências Sociais Unisinos*, São Leopoldo, v. 46, n. 2, p. 197-206, 2010.
- BETANCOURT, L. M. et al. Adolescents with and without gestational cocaine exposure: longitudinal analysis of inhibitory control, memory and receptive language. *Neurotoxicology Teratology*, Durham, v. 33, n. 1, p. 36-46, 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0892036210001613>> Acesso em: 11 mar. 2015.
- BOTELHO, A. P. M. B.; ROCHA, R. da C. R.; MELO, V. H. M. Uso e dependência de cocaína/crack na gestação, parto e puerpério. *Revista Femina*, v. 41, n. 1, p. 23-32, 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2013/v41n1/a3777.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2015.
- BRAH, A.; PHOENIX, A. Ain't I A Woman? Revisiting Intersectionality. *Journal of International Women's Studies*, v. 5, n. 3, p. 75-86, 2004.
- BRASIL. *Lei n. 10.216* de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Presidência da República, Casa Civil. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 13 nov. 2015.
- _____. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em: <<http://livroaberto.ibict.br/handle/1/893>> Acesso em: 27 dez. 2015.
- _____. *HumanizaSUS: política nacional de humanização*. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Série B. Textos Básicos de

Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. Disponível em:
<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2015.

_____. *Resolução nº03/GSIPR/CH/CONAD* de 27 de Outubro de 2005. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. Gabinete de Segurança Institucional, Conselho Nacional Antidrogas, 2005. Disponível em:
<<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2015.

_____. *Lei nº 11.343/06* de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 2006a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm>. Acesso em: 28 jan. 2015.

_____. *Lei nº 11.350*, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2006b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm>. Acesso em: 01. jan. 2016.

_____. *Relatório brasileiro sobre drogas*. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas (SENAD), IME USP. Brasília, 2009. Disponível em:
<<http://www.escs.edu.br/arquivos/DrogasResumoExecutivo.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2015.

_____. *Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua*. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro. 2011, Brasília, Seção 1, 26 jan. 2011a. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 16. dez. 2015.

_____. *Decreto nº 7.637*, de 8 de dezembro de 2011. Altera o Decreto no 7.179 de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Presidência da República, Casa Civil, 2011b. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7637.htm>. Acesso em: 08 fev. 2015.

_____. *Nota técnica conjunta*. Adequação dos Consultórios de Rua e Implantação de novas equipes de Consultórios na Rua frente às diretrizes de funcionamento das equipes de Consultórios na Rua, estabelecidas pelas portarias 122, 123, de 25 de janeiro de 2012. 2012a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/geral/20120412004951716.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2015.

_____. *Gestão de alto risco: manual técnico*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em 23 nov. 2015.

_____. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2015.

_____. *Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012*. Define as normas de funcionamento e habilitação do 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, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. 2012d Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html>. Acesso em: 26 dez. 2015.

BUTLER, J. *Él género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós, 2007.

CECCIM, R. B.; GAI, D. N. Apontamentos sobre ética na pesquisa: tensões da educação no encontro com a saúde. *Saúde em redes*, Porto Alegre, n. 1, v. 1, p.31-38, 2015. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/306/19>>. Acesso em: 31 out. 2015.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID). *II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país (2005)*, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogas/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas*. Brasília: CFP, 2013. Disponível em: <http://www.crp11.org.br/consulta_1.pdf>. Acesso em: 02 out. 2014.

CLIFORD, J. Sobre a autoridade etnográfica. In: _____. *A experiência etnográfica: antropologia e literatura no século XX*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2011. p. 17-58.

COSTA, G. de M. et al. Pregnant crack addicts in a psychiatric unit. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 61, n. 1, p.8-12, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852012000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 fev. 2015.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Estudos feminista*, Florianópolis, v. 1, p.171-189, 2002.

DUAILIBI, L. B., RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 545-557, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001600007>. Acesso em: 25 jan. 2015.

ECKERT, C. “Questões em torno do uso de relatos e narrativas biográficas na experiência etnográfica”. *Humanas*, Porto Alegre, v. 19, n 1-2, p.21-44, 1996-1997.

ESCOHOTADO, A. Aclarando preconceitos. In: _____. *O Livro das Drogas - Usos e abusos, desafios e preconceitos*. São Paulo: Dynamis Editorial, 1997. p.21-39.

FASSIN, D. Public health as culture. The social construction of the childhood lead poisoning epidemic in France. *British Medical Bulletin*, Oxford, v. 69, p.167–177, 2004. Disponível em: < <http://bmb.oxfordjournals.org/content/69/1/167.full.pdf+html> >. Acesso em: 15 dez. 2015.

_____. Conflitos do outono de 2005 na França. *Tempo social*, São Paulo, v. 18, n. 2, p.185-196, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ts/v18n2/a09v18n2>>. Acesso em: 15 dez. 2015.

_____. *When Bodies Remember*. Experiences and politics of AIDS in South Africa. Berkeley: University of California Press, 2007.

_____. Beyond good and evil? Questioning the anthropological discomfort with morals. *Anthropological Theory*, v. 8, n. 4, p. 333-344, 2008.

_____. Another Politics of Life is Possible. *Theory, Culture and Society*, v. 26, n. 5, p. 44-60, 2009.

_____. El irresistible ascenso del derecho a la vida. Razón humanitaria y justicia social. *Revista de Antropología Social*, Madrid, v. 19, p. 191-204, 2010. Disponível em: < <http://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/view/RASO1010110191A/8745> >. Acesso em: 20 dez. 2015.

_____. *Humanitarian Reason: A Moral History of the Present*. Berkeley: University of California Press, 2012.

_____. *Enforcing Order: An Ethnography of Urban Policing*. Malden: Polity Press, 2013.

_____. Compaixão e Repressão: A Economia Moral das Políticas de Imigração na França, *Ponto Urbe*, São Paulo, v. 15, p. 1-22, 2014. Disponível em: <<http://pontourbe.revues.org/2467>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

FIOCCHI, F.F.; KINGREE, J.B. Treatment retention and birth outcomes of crack users enrolled in a substance abuse treatment program for pregnant women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, v. 20, p. 137- 142, 2001.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil*. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/saladeimprensa/noticias-1/2013/setembro/pesquisa-fiocruz-perfil-brasil.pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2015.

FERREIRA; J. FLEISCHER. Apresentação. In: _____. (Org). *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. P. 11- 31.

FONTOURA, H. A. da. A etnografia na saúde: tecendo perspectivas interdisciplinares. *Revista SOCERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 309-312, 2007.

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

_____. Aula de 17 de Março de 1976. In: _____. *Em Defesa da Sociedade*. Curso no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes, 2002. p. 285-315.

_____. Diálogo sobre o poder. In: _____. *Estratégia, Saber-Poder*. Coleção Ditos e Escritos IV. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a. p. 253 - 266.

_____. A Tecnologia Política dos Indivíduos. In: _____. *Ética, Sexualidade, Política*. Coleção Ditos e Escritos V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006b. p.301-318.

_____. *A arqueologia do saber*. 7ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

GEERTZ, C. Uma descrição densa: por uma Teoria Interpretativa da cultura. IN: _____. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 2008. p. 13-41.

GOMES, K. V. *A dependência química em mulheres: figurações de um sintoma partilhado*. 2010. Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Área de Concentração Psicologia Social) Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-10112010-082915/pt-br.php>>. Acesso em: 23 dez. 2015.

HARAWAY, D. Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, Campinas, v. 5, p. 7-41, 1995. Disponível em: <<http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773/1828>>. Acesso em: 13 dez. 2015.

_____. Gênero para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra. *Cadernos Pagu*, Campinas, v.22, p. 201-246, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n22/n22a09.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

KASSADA, D. S. et al. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. *Acta paulista de enfermagem*, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 467-471, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000500010&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 jan. 2015.

KUYAVA, A. C. L. S. *O cotidiano de gestantes usuárias de crack*. 2012. Dissertação (Mestrado - Curso de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/77936>>. Acesso em: 24 nov. 2014.

KOPPER, M. Nos limites da intervenção: a antropologia crítica de Didier Fassin. *Mana*, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.355-370, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-93132014000200355&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 16 dez. 2015.

LANCETTI, A. Redução de Danos como Ampliação de Vida. In: _____. *Clínica Peripatética*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2009. p.77-85.

LANEHART, R. et al. Case Management of Pregnant and Parenting Female Crack and Polydrug Abusers. *Journal of Substance Abuse*, v. 6, p. 441-448, 1994.

- LIPSKY, M. *Toward a theory of street-level bureaucracy*. In: Annual Meeting of the American Political Science Association. New York, 1969, p. 48-69. Disponível em: <http://www.historyofsocialwork.org/1969_Lipsky/1969,%20Lipsky,%20toward%20a%20theory%20of%20street%20level%20bureaucracy%20OCR%20C.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2015.
- LONDERO, M. F. P. ; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 18, n.49, p. 251-260, 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200251&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 dez. 2015.
- LOURAU, R. *Análise Institucional e Práticas de Pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.
- MACEDO, F. dos S. de; ROSO, A.; LARA, M. P. de. Mulheres, saúde e uso de crack: a reprodução do novo racismo na/pela mídia televisiva. *Saúde e sociedade*, São Paulo , v. 24, n. 4, p. 1285-1298, 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000401285&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31. dez. 2015.
- MALTA, et al. HIV/AIDS risk among female sex workers who use crack in Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 830-837, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000500007&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 jan. 2015.
- MARANGONI, S. R.; OLIVEIRA. M. L. F. de. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 662-70, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300012 >. Acesso em: 24 jan. 2015.
- MARQUES, A. C. P. R. et al. Abuso e dependência: crack. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 141-153, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n2/v58n2a08.pdf> >. Acesso em: 24 jan. 2015.
- MARULANDA, L. S. *Conflito armado na Colômbia: Marcos de governabilidade no acesso aos direitos à saúde mental e à reparação integral*. 2015. Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Política Social) Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/18395/1/2015_LauraSarmientoMarulanda.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2015.
- MELLO, E. P. *Repercussão neonatal do consumo de crack durante a gestação*. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Médica - Área Pediatria) Hospital do Servidor Público Municipal, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-24614>>. Acesso em: 22 jan. 2015.
- MELOTTO, P. *Trajetórias e uso de crack: estudo antropológico sobre trajetórias de usuários de crack no contexto de bairros populares de São Leopoldo*. 2009. Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/17235/000712598.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 24 out. 2014.

- MERHY, E. E. 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). IN: TEIXEIRA, S. F. (Org.). *Democracia e Saúde*. São Paulo: CEBES/LEMOS, 1998. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-01.pdf>>. Acesso em: 19.dez.2015
- MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Ver-SUS Brasil: caderno de textos*. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2103.pdf>>. Acesso em: 19. dez. 2015
- MOUNTIAN, I. Questões Éticas e Morais do Conceito de Drogadição. *Online Journal: Portal da Psicologia*, Portugal, 2004. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0218>. Acesso em: 15. dez. 2015.
- NARDI, H.C.; RAMMINGER, T. Modos de Subjetivação dos Trabalhadores de Saúde Mental em Tempos de Reforma Psiquiátrica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n .2, p. 265-287, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000200004>. Acesso em: 30 nov. 2015.
- NEVES, V. F. A. Pesquisa-ação e Etnografia: Caminhos Cruzados. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João del-Rei, v. 1, n. 1, 2006. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/Pesquisa-Acao_e_Etnografia..._-_VFA_Neves.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2015.
- OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA – EMCDDA. *Relatório Europeu sobre Drogas 2013: tendências e evoluções*. Lisboa, 2013. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/Responses_PT2013_Final.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2015.
- OLIVEIRA, J. F. de; NASCIMENTO, E, R. do; PAIVA, M. S. Especificidades de usuários(as) de drogas visando uma assistência baseada na heterogeneidade. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 694-698, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a22>>. Acesso em: 03 fev. 2015.
- OLIVEIRA, J. F.; PAIVA, M. S. Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao hiv/aids em uma perspectiva de gênero. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 625-631, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452007000400011&script=sci_arttext >. Acesso em: 04 fev. 2015.
- OLIVEIRA, J. F.; PAIVA, M. S.; VALENTE, C. M. L. A interferência do contexto assistencial na visibilidade do consumo de drogas por mulheres. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a09.pdf >. Acesso em: 03 fev. 2015.

- OLIVEIRA, L. G. de ; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 664-71, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6645.pdf> >. Acesso em: 21 jan. 2015.
- OLIVEIRA L. R. C. de. Pesquisa em versus pesquisas com seres humanos. In: VÍCTORA, C. et al. (Org.) *Antropologia e Ética - O debate atual no Brasil*. Niterói: EdUFF, 2004, p. 33- 44.
- PAIM, J. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p. 547 -573.
- PEDROSO, R. S.; KESSLER, F.; PECHANESKY, F. Treatment of female and male inpatient crack users: a qualitative study. *Trends Psychiatry Psychother*, Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 36-45, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892013000100005 >. Acesso em: 04 fev. 2015.
- PEIRANO, M. *A favor da etnografia*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.
- PETUCO, D. R. S. Entre macro e micropolíticas: O movimento social de redução de danos e o campo político reflexivo das drogas. In: Conselho Federal de Psicologia. *Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2010.
- PISCITELLI, A. Gênero: A história de um conceito. In: ALMEIDA, H. B.; SZWAKO, J. E. (Org.). *Diferenças, Igualdade*. São Paulo: Berlendis & Vertecchia, 2009. p. 180-146.
- PRADO, M. A. M.; QUEIROZ, I. S. de. A emergência da politização da intimidade na experiência de mulheres usuárias de drogas. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 17, n. 2, p. 305-312, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n2/15.pdf> >. Acesso em: 17 fev. 2015.
- QUEIROZ, I. S. de. Norma de gênero e uso de drogas: normalização e diferença na experiência de mulheres. 2015. Tese (Doutorado - Curso de Psicologia) Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2015.
- REVEL, J. *Michel Foucault: conceitos essenciais*. São Carlos: Claraluz, 2005.
- RICHTER, V.S. From local uncertainties to moral certainties: the moral economy of Forensic DNA Databases in Brazil. In: Reunião de Antropologia do MERCOSUR, 11., 2015, Montevideu. Trabalho apresentado no GT Antropologia da Ciência e da Tecnologia em Perspectiva: desafios em/desde a América Latina, XI Reunião de Antropologia do MERCOSUR. Montevideu: Universidad de La República, 2015.
- RIO GRANDE DO SUL. *Resolução n° 62/2009*, de 5 de maio de 2009. Comissão Intergestores Bipartite/RS. Institui dentro da Política Estadual de Atenção Integral em Saúde Mental, incentivos financeiros Estaduais para o atendimento pelo SUS a usuários dependentes de álcool e outras drogas, em especial o crack, em Comunidades Terapêuticas. Disponível em: <<http://www1.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=45618>>. Acesso em: 21 jul. 2014.

- ROMANINI, M. Considerações (Bio)Éticas sobre Pesquisas Participativas com usuários de drogas. *Psicologia Revista*. São Paulo, v.22, n.2, p. 213-233, 2013. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/17990/13355>>. Acesso em: 12 dez. 2015.
- ROMANINI, M.; ROSO, A. R. Mídia e Crack: Promovendo Saúde ou Reforçando Relações de Dominação? *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 32, n.1, p. 82-97, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000100007>. Acesso em: 12 jul. 2015.
- ROMANINI, M. ; ROSO, A. Mídia e Crack: Promovendo Saúde ou Reforçando Relações de Dominação? *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 32, n.1, p. 82-97, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000100007>. Acesso em: 12 jul. 2015.
- ROMANINI, M. ; ROSO, A. Mídia e Crack: Promovendo Saúde ou Reforçando Relações de Dominação? *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 32, n.1, p. 82-97, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000100007>. Acesso em: 12 jul. 2015.
- ROMANINI, M. ; ROSO, A. Mídia e Crack: Promovendo Saúde ou Reforçando Relações de Dominação? *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 32, n.1, p. 82-97, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000100007>. Acesso em: 12 jul. 2015.
- ROMANINI, M. ; ROSO, A. Mídia e Crack: Promovendo Saúde ou Reforçando Relações de Dominação? *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 32, n.1, p. 82-97, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000100007>. Acesso em: 12 jul. 2015.
- ROMANINI, M. ; ROSO, A. Mídia e Crack: Promovendo Saúde ou Reforçando Relações de Dominação? *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 32, n.1, p. 82-97, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000100007>. Acesso em: 12 jul. 2015.
- ROMANINI, M. ; ROSO, A. Mídia e Crack: Promovendo Saúde ou Reforçando Relações de Dominação? *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 32, n.1, p. 82-97, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000100007>. Acesso em: 12 jul. 2015.
- ROMANINI, M. ; ROSO, A. Mídia e Crack: Promovendo Saúde ou Reforçando Relações de Dominação? *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 32, n.1, p. 82-97, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000100007>. Acesso em: 12 jul. 2015.
- ROMANINI, M. ; ROSO, A. Mídia e Crack: Promovendo Saúde ou Reforçando Relações de Dominação? *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 32, n.1, p. 82-97, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000100007>. Acesso em: 12 jul. 2015.
- ROSE, N. *A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI*. São Paulo: Paulus, 2007.
- ROSO, A. R. Drogas, Direitos e Discursos Públicos: inquietações com relação às modalidades de internação de pessoas que fazem uso de crack. In: LONDERO, J.C.; BIRNFELD, C. A. H. (Org.). *Direitos sociais fundamentais: contributo interdisciplinar para a redefinição das garantias de efetividade*. Rio Grande: Editora da FURG, 2013. p. 219-244.
- RODRIGUES, T. Política de Drogas e Lógica dos Danos. *Revista Verve*, São Paulo, Nu-Sol/PUC-SP, n.3, p.257-277, 2003.
- ROTELLI, F. Onde está o Senhor? In: COSTA, J. F. et al. (Org.). *SaúdeLoucura*, São Paulo: Hucitec, 1992. p. 67-76.
- RUI, T. *Nas tramas do crack: etnografia da abjeção*. São Paulo: Terceiro Nome, 2014.
- SÃO PAULO. *Decreto nº 59.684*, de 30 de outubro de 2013. Dá nova redação e acrescenta dispositivo ao Decreto nº 59.164, de 9 de maio de 2013, que institui o Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack, denominado Programa Recomeço, e dá providências correlatas. Diário Oficial Poder Executivo, SP, 31 out. 2013. Seção 1, p. 4. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2013/decreto-59684-30.10.2013.html>>. Acesso em: 21 jul. 2014.
- SARTI, C. A. Prefácio. In: FERREIRA; J. FLEISCHER (Org.). *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 7-10.
- SCAVONE, L. A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. *Cadernos Pagu*, Campinas, v. 16, p.137-150, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-83332001000100008&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 jan. 2016.
- SEIBEL, S. D. Cocaína (e Crack). In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO JR., A. (Org.). *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu, 2009, p. 121-127.

SILVA, C. O. da. Vida de hospital: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde. 2002. Tese (Doutorado - Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana) FIOCRUZ - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/4541/2/137.pdf>>. Acesso em 03. dez. 2015.

SILVA, R. N. da. Ética e paradigmas: desafios da Psicologia Social contemporânea. IN: PLONER, K. (Org.). *Ética e paradigmas na psicologia social*. Porto Alegre, ABRAPSO SUL, 2003. p.39-45.

SILVA, S. L. da. *Mulheres da Luz: uma etnografia dos usos e preservação no uso do crack*. 2000. Dissertação. (Mestrado - Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Prática de Saúde Pública) Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-27042008-180551/pt-br.php>>. Acesso em: 23 jan. 2015.

SIMÕES, J. A. Prefácio. In: LABATE, B. C. et al. (Org.). *Drogas e Cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 13-21

SOUZA, M. A. S. L. de. Trabalho em saúde: as (re)configurações do processo de desregulamentação do trabalho. In: DAVI, J., MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L. M. (Org.). *Seguridade social e saúde: tendências e desafios* [online]. 2 ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 147-174. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/zw25x/pdf/davi-9788578791933-08.pdf>>. Acesso em: 03. jan. 2016.

SPINK, P. Quem faz as psicologias sociais? *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 24, n.3, p.494-498, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822012000300002>. Acesso em: 02 set. 2015.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. *Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família* [online]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/f7/pdf/teixeira-9788523209209.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2015.

THOMPSON, E. P. *Costumes em comum*. São Paulo: Companhia das letras, 1998.

TOROSSIAN, S. D.; PAPINI, P. A. As drogas e suas políticas: usos, excessos e reduções In: CRUZ, L. R. da; RODRIGUES, L.; GUARESCHI, N. M.F. (Org.). *Interlocuções entre a psicologia e a Política Nacional de Assistência Social* Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2013. p. 190-99 [recurso eletrônico] Disponível em: <www.unisc.br/edunisc>. Acesso em: 06 jan. 2016.

TOTUGUI, M. L. et al. Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e as políticas intersetoriais. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. p. 93-113.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). *World Drug Report 2014*. United Nations publication, Sales N°. E.14.XI.7, Vienna, 2014. Disponível em:

<https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2015.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). *Informe Mundial sobre las Drogas 2015*. Resumen ejecutivo. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf>. Acesso em: 21. jan. 2016.

VAN DIJK, T. A. New(s) Racism: a discourse analytical approach. In: COTTLE, S. *Ethnic minorities and the media: changing cultural boundaries*. Philadelphia: Open University Press, 2000, p. 33-49.

_____. *Discurso e Poder*. São Paulo: Contexto, 2008.

VARGAS B. Eliminação versus redução. In: Conselho Federal de Psicologia. *Drogas e Cidadania: em Debate*. Brasília: CFP, 2012. p. 39-42.

VILLELA, W. Saúde integral, reprodutiva e sexual da mulher: redefinindo o objeto de trabalho a partir do conceito de gênero e da Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento. In: ARAUJO, M. J. de O. et al. (Org.). *Saúde das mulheres: experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde*. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade Saúde, 2000. p. 23-32.

WALLACE, B. C. Chemical Dependency Treatment for the Pregnant Crack Addict: Beyond the Criminal-Sanctions Perspective. *Psychology of addictive behavior*, v. 3, n. 1, p. 23-35, 1991.

WEINTRAUB, A. C. A. de M.; VASCONCELLOS, M. da P. C. Contribuições do pensamento de Didier Fassin para uma análise crítica das políticas de saúde dirigidas a populações vulneráveis. *História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.1041-1055, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702013000301041&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 dez. 2015.

APÊNDICE A - A economia moral na atenção a gestantes que usam crack

