



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA, SERVIÇO SOCIAL, SAÚDE E COMUNICAÇÃO HUMANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL

JULIANA PAULAZZI CAVALLI

DISSERTAÇÃO

**DESATANDO NÓS: EXPERIÊNCIAS E INQUIETAÇÕES RELACIONADAS AO
DIREITO À MATERNAGEM EM MATERNIDADES PÚBLICAS FRENTE AO USO
DE DROGAS**

PORTO ALEGRE
2023

JULIANA PAULAZZI CAVALLI

**DESATANDO NÓS: EXPERIÊNCIAS E INQUIETAÇÕES RELACIONADAS AO
DIREITO À MATERNAGEM EM MATERNIDADES PÚBLICAS FRENTE AO USO
DE DROGAS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Política Social e Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Míriam Thais Guterres Dias

Porto Alegre

2023

JULIANA PAULAZZI CAVALLI

**DESATANDO NÓS: EXPERIÊNCIAS E INQUIETAÇÕES RELACIONADAS AO
DIREITO À MATERNAGEM EM MATERNIDADES PÚBLICAS FRENTE AO USO
DE DROGAS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Política Social e Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Míriam Thais Guterres Dias

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Míriam Thais Guterres Dias (orientadora) - UFRGS

Prof. Dr. Giovane Antonio Scherer - UFRGS

Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho - UFRGS

Prof.^a Dr.^a Patrícia Krieger Grossi - PUCRS

Porto Alegre

2023

AGRADECIMENTOS

Este estudo foi escrito por muitas mãos. Mãos com as quais eu dividi angústias, alegrias, tristezas, choros, expectativas e decepções na montanha russa que é pesquisar. A mão mais importante, que me amparou desde a infância, com certeza pertence à minha mãe, Ilda. Mãe, és a minha fonte de inspiração e força. Te amo infinitamente. Obrigada, obrigada, obrigada!

Agradeço também às mulheres da minha família, mais especificamente às minhas “*tias Marias*” que são referência de cuidado e resiliência.

Agradeço ao meu companheiro, João, por dividir comigo dentre as tantas experiências da vida, também as emoções ambivalentes e arrebatadoras que marcaram o meu processo de escrita. Obrigada por me apoiar e colorir meus dias. Te amo!

Agradeço à minha querida orientadora, Prof.^a Miriam Dias, a quem admiro desde os tempos da graduação. Prof.^a, a conclusão desta dissertação não seria possível sem o teu incansável auxílio, compreensão e zelo. A experiência do mestrado se tornou muito mais leve com a tua acolhida, que se estende não só aos teus orientandos, mas a todos os alunos do PPGPSSS. Mil vezes obrigada!

Agradeço aos meus colegas de orientação e grupo de pesquisa: Cristiane, Pâmela, Elisângela, Poliana, Bruno e Inayara. Essa experiência, que em grande parte aconteceu durante a pandemia, não foi solitária graças a vocês.

Um agradecimento especial à Manoella, que me acompanhou de perto durante esses quase três anos de pesquisa. Obrigada por todo o auxílio, pelas risadas e desabafos. Partilhar dessa experiência contigo deu muito mais sentido a ela. Seguimos juntas!

Agradeço imensamente às minhas amigas Emily, Laura, Priscila, Larissa, Dalvana e Carolina. Obrigada pelas palavras de incentivo, pelas risadas, pela rotina. Sou extremamente grata por ter vocês na minha vida. Um agradecimento especial à Laura Baggio por todo o suporte emocional e acolhida.

Meus agradecimentos também à Ana Kelen, que tanto me incentivou desde o começo. Ana, nada disso seria possível sem ti.

Agradeço aos meus amigos Ana Caroline, Mânica, Natasha, Manuela, Júlia, Yuri e Arthur. Vocês são incríveis e sou muito grata por ter vocês na minha vida. Obrigada, Paola, que mesmo do outro lado do mundo ainda se faz presente e segue

sendo a família que eu escolhi. Te amo.

Sou grata a todos os professores, técnicos e colegas do PPGPSSS pelas trocas, ensinamentos e aprendizados neste processo. Agradeço também aos membros desta banca examinadora pela disponibilidade e atenção. Vida longa à educação pública e de qualidade!

Por fim, sou grata à Rose, Maria Amélia, Aline, Márcia, Andrielli, Maria, Sofia e tantas outras mulheres que auxiliaram na construção deste estudo a partir do relato de suas histórias de vida. Espero que este estudo contribua na resistência frente às práticas violentas descritas e colabore na luta pelas maternagens possíveis.

Obrigada, mil vezes obrigada.

A mulher não nasce: ela é feita. No fazer, sua humanidade é destruída. Ela se torna símbolo disto, símbolo daquilo: mãe da terra, puta do universo; mas ela nunca se torna ela mesma porque é proibido para ela fazê-lo. (DWORKIN, 1992, p. 128 - *tradução minha*).

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo conhecer e narrar as experiências de vida de mulheres com uso de drogas atendidas em maternidades públicas frente ao direito de maternar. Ao desvelar a historiografia da retirada compulsória de filhos de mulheres usuárias de drogas, verificou-se tratar de um processo sócio-histórico que ocorre há séculos no Brasil e que atua de acordo com a hegemonia política, econômica e cultural de cada época. Reconhecida como *sequestro de bebês pelo Estado*, a prática perpassou pelo período colonial, vitimando mulheres indígenas e negras e pelo advento das instituições totais, como hospitais psiquiátricos e colônias para o tratamento de hanseníase, promovendo um processo de *desmaternização* compulsória a milhares de mulheres. A pesquisa, amparada no materialismo histórico-dialético, configura-se como qualitativa, descritiva-exploratória, bibliográfica e de campo, por meio de revisão bibliográfica de sete estudos oriundos das plataformas BDTD e SciELO e através de realização de entrevista semiestruturada com duas mulheres em acompanhamento no CRMI do município de Bento Gonçalves/RS, cuja análise de dados foi a de conteúdo. Os principais resultados corroboram a institucionalização sistemática de filhos de mulheres usuárias de drogas como uma violência estatal contemporânea que disfarça-se de proteção à criança e ao adolescente. Também observou-se que frente ao uso de drogas por mulheres pobres, as maternidades públicas tendem a adotar características e práticas comuns às instituições totais. Quanto à efetivação do direito à maternidade e maternagem, verifica-se como imprescindível a operação de processos de trabalhos interprofissionais e intersetoriais no cerne das políticas públicas. Sobre a originalidade e relevância desta pesquisa, destacam-se os poucos estudos realizados por assistentes sociais. Com isso, reitera-se a importância da realização de pesquisas que abordem a atuação do assistente social nas maternidades públicas frente ao uso de drogas de mulheres/mães. Compreende-se que o direito à maternagem emerge como uma experiência complexa, marcada por relações desiguais de classe, raça e gênero, que operam de forma perversa quando defronte ao uso de drogas. Torna-se, portanto, imperioso pensar em estratégias de cuidado, prevenção e proteção ancoradas na perspectiva dos direitos humanos.

Palavras-Chave: Maternagem. Drogas. Maternidades Públicas. Violência Estatal.

ABSTRACT

The study aims to explore and document the life experiences of mothers with drug use who receive treatment at public maternity hospitals, specifically in relation to their right to motherhood. Through the investigation of the historical context surrounding the mandatory removal of children born to women with drug use, it was found that this practice has persisted for centuries in Brazil and is influenced by the prevailing political, economic, and cultural forces of each era. Recognized as state-sanctioned baby kidnapping, this practice continued during the colonial period, targeting indigenous and black women. With the establishment of total institutions like psychiatric hospitals and leprosy colonies, it furthered a process of compulsory dematernization for thousands of women. The study utilized historical-dialectic materialism to support qualitative, descriptive-exploratory research, including a bibliographic review of seven studies from the BDTD and SciELO platforms, and field research through semi-structured interviews with two women being monitored at CRMI in Bento Gonçalves, RS. The data analysis was conducted using content analysis techniques. The study findings confirm that the institutionalization of children whose mothers use drugs is a form of state violence that masquerades as child and adolescent protection. Additionally, the research notes that public maternity hospitals catering to impoverished women tend to implement features and protocols typical of total institutions. The operation of interprofessional and intersectoral work processes is crucial in implementing the right to motherhood and mothering through public policies. Few studies conducted by social workers emphasize the originality and relevance of this research. Hence, there is a need to conduct research that focuses on the role of social workers in public maternity hospitals amidst drug use by women/mothers. The right to motherhood is a complicated experience, affected by unequal class, race, and gender relations. These factors become even more perverse when drug use is involved. Consequently, it is crucial to consider strategies for care, prevention, and protection that are grounded in the principles of human rights.

Keywords: Mothering. Drugs. Public Maternity Hospitals. State Violence.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP	Academia Americana de Pediatria
AC	Alojamento Conjunto
BDTD	Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas
CCS	Centro Cultural da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CMAS	Conselho Municipal de Assistência Social
CnaR	Consultório na Rua
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRMI	Centro de Referência Materno Infantil
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FASC	Fundação de Assistência Social e Cidadania
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FURB	Universidade Regional de Blumenau
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HMIPV	Hospital Materno Infantil Presidente Vargas
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDESE	Índice de Desenvolvimento Socioeconômico
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
JIJ	Juizado da Infância e Juventude
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento
PIB	Produto Interno Bruto
PL	Projeto de Lei
PNA	Política Nacional sobre o Álcool
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PPGPSSS	Programa de Pós-Graduação Política Social e Serviço Social
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RS	Rio Grande do Sul
<i>SciELO</i>	Scientific Electronic Library Online
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TJRS	Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul
UBS	Unidade Básica de Saúde
VCIJ	Vara Cível da Infância e Juventude
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Estudos utilizados na revisão bibliográfica.....	26
---	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 Percurso Metodológico.....	20
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	28
2.1 “ <i>Aos loucos, o hospício!</i> ”: a trajetória dos avanços e retrocessos na política de saúde mental.....	28
2.2 “ <i>Desbaratina, não dá pra ficar imune...</i> ”: breve contextualização histórico-social do uso de drogas.....	35
2.3 As mulheres fazem sua própria história, mas não a fazem como querem: a intersecção entre gênero e saúde mental.....	40
2.4 “ <i>Moça, eu vou sair daqui com o meu bebê?</i> ”: quando o direito à maternagem é sequestrado pelo Estado	46
3. O “CONTO DA AIA” E A VIOLÊNCIA QUE PERPASSA O CORPO FEMININO DO ROMANCE DISTÓPICO À REALIDADE SOCIAL	54
3.1 As infames da história: ocupando territórios e socializando trajetórias....	55
3.1.1 Caracterização do município de Bento Gonçalves/RS e do Centro de Referência Materno-Infantil.....	55
3.1.2 “ <i>Eu carrego uma tristeza dentro de mim...</i> ”: a história e trajetória de Rose.....	57
3.1.3 “ <i>Pegaram ela na creche. Eu fui buscar ela na creche ela não estava mais...</i> ”: a história de Maria Amélia.....	61
3.2 Cinco notas a propósito da maternagem possível: resistências frente a máquina de moer gente.....	63
3.2.1 Determinação social e a tríade que faz a história ser vista de fora.....	63
3.2.2 “Cada sujeito é portador da história de muitos”: a história vista de dentro.....	71
3.2.3 “O Consultório de Rua entra em locais que nenhum outro serviço entra”: a história compartilhada.....	77
3.2.4 “A regra tornou-se o Estado de Exceção”: a história vista de cima....	83
3.3 “Junto com meu peito, meu coração chorava de dor”: a história silenciada.....	90
CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS	103
APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista da História de Vida	118
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	119
APÊNDICE C - Termo de Anuência Institucional.....	122

1 INTRODUÇÃO

“Não se nasce mulher: torna-se.” (Simone de Beauvoir).

A presente dissertação está vinculada ao Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Serviço Social (PPGPSSS) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e aborda a vivência de mulheres que fazem uso de drogas frente ao direito de maternar. Outrossim, o *lócus* desta pesquisa foi o Centro de Referência Materno Infantil (CRMI) do município de Bento Gonçalves/RS.

Frente a isso, nesta produção busquei evidenciar a história de mulheres que foram silenciadas e/ou violadas em espaços de proteção, pois, para que se possa conceber políticas públicas com diretrizes humanizadas, é preciso conhecer e compreender a trajetória de quem irá se impactar: *quem são, porque são e para quem são*.

Todavia, para apreender a escolha por essa temática, também é fundamental conhecer e compreender o percurso e as inquietações que ainda permeiam a vida da interlocutora e pesquisadora que aqui escreve: *quem sou, porque sou e para quem sou*.

Nasci e cresci em uma família pequena, do interior - Bento Gonçalves/RS - e durante toda minha infância, adolescência e até mesmo vida adulta, fui cuidada por mulheres. Embora ainda sem acesso à teoria e movimento feminista, sempre observei diferenças nas relações sociais que se estabeleciam no entorno das minhas semelhantes. Sem muita certeza, ingressei no curso de Serviço Social sequer sabendo a nomenclatura correta da profissão e me surpreendi. A graduação foi como um norte. *Eu sei quem sou e já sei o que quero fazer*.

Então, foi a partir de um estágio curricular num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que tive o primeiro contato com o universo da saúde mental. Diante disso, busquei aproveitar essa experiência para investigar a relação entre a determinação social, gênero e adoecimento mental em meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Entretanto, finalizei a graduação com mais questionamentos do que quando entrei. *A que e a quem serve o meu conhecimento?* Logo, resolvi buscar respostas em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, no qual, pela primeira vez, tive contato com o campo materno-infantil. Como resultado, elaborei um

Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) sobre as determinações sociais associadas à feminização da maternagem, ou seja, a sobrecarga que mulheres enfrentam - sozinhas - no cuidado com seus recém-nascidos e os aspectos sociais e culturais que permeiam esse fenômeno.

Desse modo, nos dois anos atuando enquanto assistente social em uma maternidade pública, mais uma vez confirmei empiricamente como mulheres, em função de seus modos de vida, seguem sendo institucionalmente violadas por uma lógica perversa, que baseada num ideal de *perfeição materna*, acaba por prejudicar e até mesmo negar o direito de maternar às mulheres consideradas *inadequadas* - como àquelas que fazem uso de drogas -, indiferentes ao seu desejo de fazê-lo.

Durante esses momentos de conflito, a realização de um mestrado, projeção que estava parada desde 2018, mostrou-se novamente como uma opção. Mais uma vez senti necessidade de produzir e socializar conhecimento. Porém, no momento atual, produzir e socializar conhecimento, *ciência* com base em métodos científicos, tem sido um desafio. Explico: optei por escrever a introdução em primeira pessoa, para que seja possível assimilar, para além da minha trajetória e motivação pessoal, o contexto em que se vive.

Esta pesquisa, produzida entre os anos de 2021 e 2023, perpassou pela pandemia de COVID-19 que acarretou em milhões de mortes no mundo inteiro, não só pela doença, mas também pelo não atendimento de necessidades básicas. No Brasil, as mulheres - principalmente as mulheres negras -, foram atravessadas por um processo de pauperização ainda mais intenso, associado não só à crise sanitária atual, mas também a uma crise estrutural, fruto de uma ofensiva do capital contra a classe trabalhadora, capitaneada por um ex-governo ultraneoliberal e neofascista, que omitiu-se de tomar medidas efetivas, seja no âmbito da saúde, seja no âmbito da assistência social, para amenizar as consequências da pandemia ou, minimamente, satisfazer as necessidades de *sobrevivência* do povo brasileiro.

Com essa realidade estarrecedora, mulheres seguiram dando à luz em maternidades cujo acesso estava restringido, com horários de visitação reduzidos, redes de apoio ainda mais restritas e acesso precário aos serviços. Essa combinação, associada à agudização do sofrimento psíquico em função do isolamento social e do aprofundamento das desigualdades sociais, demonstrou ser um terreno fértil para o fomento de estratégias e práticas estigmatizadoras e violentas.

Frente a isso, a escolha pelo tema das *experiências de mulheres que fazem uso de drogas frente ao direito de maternar*, bem como a sua delimitação para *experiências de mulheres que fazem uso de drogas e que foram atendidas em maternidade pública do município de Bento Gonçalves/RS frente ao direito de maternar*, que pode causar um certo estranhamento à primeira vista, também faz parte de um resgate pessoal. É uma forma de responder ao meu eu questionador, que travou inúmeras batalhas, principalmente internas, ao entender-se como mulher e profissional num espaço que viola mulheres. É uma chance de finalmente *ouvi-las*.

Para tal, à luz das palavras de Paulo Freire, espero que este estudo, proveniente de indagações inquietas, impacientes, continuadas e esperançosas, consiga, de alguma forma, transformar-se em combustível para que se siga questionando, refletindo e produzindo micro transformações nos espaços em que se ocupa e se resiste.

Para compreender o cerne dos questionamentos desta pesquisa, é preciso, antes de adentrar em conceitos teóricos, apresentar uma cena sobre o processo de internação de uma gestante em uma maternidade pública, conforme o que foi observado por mim durante a Residência Multiprofissional em Saúde.

Em geral, assim como outros pacientes que irão internar, ao passar pela admissão, a mulher se identifica através de documentos legais e torna-se semelhante a tantas outras, tendo sua identidade individual substituída por uma identidade coletiva: a de mãe. Na sequência, a mulher precisa despir-se de suas roupas e colocar uma camisola hospitalar, que facilitará as inúmeras incursões em seu corpo que provavelmente acontecerão nas horas seguintes. Ela então será examinada e colocada em uma sala de observação, que poderá ser compartilhada com outras gestantes, ou uma sala individual de pré-parto, o que justificará uma série de possíveis violações ao corpo, como se apresentará a seguir.

A *mãezinha* provavelmente deverá aguardar pacientemente em posição litotômica¹ para que inúmeros profissionais da saúde exaustivamente a examinem.

¹ A paciente é colocada em decúbito dorsal (de barriga para cima) e as pernas permanecem abertas e elevadas.

A administração de ocitocina², realização de manobras proibidas³ e episiotomia⁴ sem consentimento, realizadas com o objetivo de acelerar ainda mais o trabalho de parto, bem como a privação de alimento e água e do contato pele a pele com o bebê podem ocorrer de maneira rotineira. No entanto, os procedimentos considerados padrão aqui estão longe das evidências científicas e das recomendações da própria Organização Mundial da Saúde. (OMS, 2009).

Não por acaso, em uma pesquisa realizada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo, *uma a cada quatro* gestantes relatou ter sofrido um tipo de violência que é naturalizada, que não possui tipificação no Código Penal brasileiro e que também não é reconhecida pelo Ministério da Saúde: a violência obstétrica. (Hamermüller; Uchôa, 2018). Já Boldrini (2021) evidencia que, apesar de todas as gestantes estarem suscetíveis a essa forma de violência, mulheres negras, pobres, primigestas⁵ e jovens formam o *grupo de risco* mais propenso a sofrê-la.

Essas peculiares formas de violência também atuam na manutenção das desigualdades hierárquicas existentes, a fim de garantir a subalternidade e subserviência de um sexo (feminino) a outro (masculino), exprimindo uma forma de dominação que não reconhece restrições e perpassa por diferentes classes sociais, raças e culturas. (Saffioti, 2015).

Portanto, a docilidade e submissão, caracterizadas como inerentes ao *ser mulher*, bem como a violenta socialização orquestrada por meio de imposições sociais associadas aos papéis de gênero em uma sociedade patriarcal⁶, preparam - ou se espera que prepare - a mulher para cumprir duas principais funções: a procriação e o cuidado.

Cabe destacar que este estudo compreende a procriação como a *maternidade*, o ato de gestar, parir e amamentar. Já o cuidado deve ser compreendido como a *maternagem*, uma construção sócio-histórica que, enquanto

² A ocitocina é um hormônio cuja função, durante o trabalho de parto, é o de promover as contrações musculares uterinas e a ejeção do leite durante a amamentação. A OMS (2009), contudo, recomenda que a ocitocina não seja usada de forma rotineira para acelerar o trabalho de parto de mulheres saudáveis, devido ao risco aumentado de hemorragia, entre outras intercorrências.

³ A manobra de Kristeller, que já foi banida pelo Ministério da Saúde e pela OMS, consiste em uma técnica agressiva na qual pressiona-se a parte superior do útero para acelerar a saída do bebê, o que pode causar lesões graves.

⁴ Procedimento cirúrgico que consiste em uma incisão no períneo, região entre o ânus e a vagina, para facilitar a passagem do bebê.

⁵ Mulheres em sua primeira gestação.

⁶ Para Saffioti (2015, p. 44), o patriarcado caracteriza-se como um "regime de dominação-exploração das mulheres pelos homens".

atividade, pode ser desempenhada por homens e mulheres e abrange a habilidade e o desejo de cuidar e educar uma criança. (Badinter, 1985).

Sendo assim, para garantir o cumprimento dessa função, após terem suas orelhas furadas, seus cabelos apertados em laços e serem vestidas de rosa, meninas, através de brincadeiras e brinquedos, aprendem o que deverão fazer e como se portar na fase adulta. Para isso, o primeiro brinquedo de uma menina provavelmente será uma boneca, que ela deverá aprender a maternar. Depois, poderão ser utensílios de cozinha ou limpeza, pois a maternagem pode estender-se também a outros entes da família, que deverão ter sua comida preparada e sua cama feita pela mulher.

Ao crescer, meninas serão podadas, intelectualmente e fisicamente. Os estereótipos de gênero mesclados às expectativas dos pais e professores podem arruinar a confiança e gerar ansiedade em meninas, impactando negativamente o seu desempenho em disciplinas tradicionalmente associadas ao sexo masculino, como a matemática. (OCDE, 2015).

Então, durante sua trajetória de vida, a mulher já se acostumou com inúmeras formas de sentir dor. Do âmbito macroestrutural, no qual o capitalismo se sustenta a partir da exploração da mão de obra precarizada de trabalhadoras, até a esfera microestrutural, na qual diariamente milhares de mulheres sofrem diferentes formas de violência, seja no espaço público ou privado.

Cabe aqui enfatizar que esses processos violentos se tornam ainda mais presentes na socialização de mulheres negras. No período escravocrata brasileiro, mitos e inverdades sobre a forma como mulheres negras se comportavam geraram estereótipos e imagens populares inverídicas (Bueno, 2019) que influenciaram na construção de identidades que vulnerabilizam a mulher negra ao “autorizar” violações contra elas. (Silva; Martinelli; Cardoso, 2020).

Desse modo, processos disciplinadores, punitivos, violentos e de exclusão, visando a transformação dos corpos em *corpos dóceis*, não são estranhos às mulheres, que, ao longo dos séculos, foram público-alvo de políticas e instituições que fomentaram práticas de isolamento e encarceramento frente à *insubmissão*.

Nesse sentido, Sousa (2016) evidencia que durante o século XIX e início do século XX, diversas mulheres foram internadas devido ao diagnóstico de histeria. Contudo, em muitos casos, o “condutor” para essas institucionalizações foi a inserção feminina na esfera pública, e não a ocorrência de sofrimento psíquico e/ou

transtorno mental. Logo, era comum o encarceramento de mulheres consideradas “à frente do seu tempo”, pois estas subvertiam a lógica patriarcal e, portanto, eram consideradas doentes mentais. Os *corpos indóceis*.

Dessa forma, para além dos manicômios e prisões, outras instituições acabaram por adotar características e práticas comuns às instituições totais quando confrontadas com situações, vivências e sujeitos que fogem à *normalidade* e ao que é determinado pela cartilha do capitalismo patriarcal.

Em vista disso, a hegemonia discursiva hospitalocêntrica dita que mulheres *drogadas*⁷ são inaptas a exercerem o direito à maternidade e maternagem, taxando-as como inadequadas e perigosas com base em estigmas associados à incompatibilidade entre fazer uso de drogas e ser uma *boa mãe*.

Sobre o termo *droga*, o CFESS (2016, p. 8) afirma que ele é usado “[...] de maneira inadvertida, contribuindo com visões mistificadoras sobre o uso e as/os usuárias/os de psicoativos, bem como com a reprodução acrítica de juízos de valor estigmatizantes”. Contudo, esta pesquisa usará o termo *droga*, à luz da criticidade, para referir-se a qualquer substância psicoativa, de modo a uniformizar o texto e visto que a maioria das produções teóricas o usam.

Estudo de Camargo *et al.* (2018) aponta que pessoas que fazem uso de drogas são intituladas como perigosas e doentes, dificultando inclusive o apoio a serviços que trabalham em prol desse público. Já para Dalpiaz e Oliveira (2020), a imagem negativa associada ao uso de drogas se intensifica quando a pessoa que faz uso é mulher, está grávida e/ou tem filhos. De acordo com os autores, mulheres identificadas como usuárias de drogas, portanto, são taxadas como incapazes de cuidar de uma criança.

Com base nessas percepções estigmatizantes, órgãos judiciais têm orientado as equipes de saúde de maternidades públicas a notificar situações que ofereçam “risco” aos recém-nascidos, principalmente àquelas relacionadas à saúde mental, como o uso de drogas, condicionando centenas, talvez até mesmo milhares de mulheres a um processo compulsório de desmaternização. (Brasil, 2016a).

Frente a isso, percebe-se ser de suma importância produzir e socializar conhecimentos acerca dessas novas formas de violência estatal, com vistas a revelar o cruel processo ao qual mulheres são submetidas diariamente em razão de

⁷ Termo pejorativo usado por alguns profissionais para referir-se a mulheres que fazem uso de drogas. (Dalpiaz; Oliveira, 2020).

pensamentos, impressões e crenças que visam garantir a manutenção do *status quo da normalidade*.

Isto posto, durante a construção da temática deste estudo, ao pesquisar os descritores *drogas e maternidade* e *gestação e drogas*, encontrei cerca de 90 pesquisas, entre teses, dissertações, artigos e relatos de experiência. Contudo, observei que a maioria dos estudos tratava de questões clínicas, epidemiológicas ou de rotina dos serviços de saúde, como os efeitos do uso de drogas no desenvolvimento do feto; a prevalência da amamentação; linhas de cuidado e protocolos de atendimento; uso de drogas e cárcere; uso de drogas e infecções sexualmente transmissíveis; fatores de risco para o uso de drogas; gestação na adolescência; gestação em contexto de vulnerabilidade social, entre outros.

Essa lacuna acerca das *experiências de vida* justifica a importância desta pesquisa, que é inovadora, além de tratar-se de um tema complexo e extremamente relevante, pois impacta diretamente a trajetória de inúmeras mulheres que adentram as maternidades públicas nesse país sem ter certeza se sairão com seus bebês nos braços, em função da reprodução acrítica de juízos de valor estigmatizantes sobre seus modos de vida e realidade social.

Assim, o *problema de pesquisa* formulado foi: Como as mulheres que fizeram uso de drogas vivenciaram o direito à maternagem em maternidades públicas? E suas respectivas questões norteadoras foram: a) Como os estudos têm abordado o direito à maternagem de mulheres atendidas em maternidades públicas frente ao uso de drogas na gestação?; b) Quais as histórias de vida de mulheres atendidas em maternidades públicas que sofreram estigma pelo uso de drogas frente ao direito de maternar?

Consequentemente, o *objetivo geral* traçado foi o de: Conhecer a vivência de mulheres com uso de drogas e atendidas em maternidades públicas frente ao direito de maternar. Já os objetivos específicos delineados foram: a) Realizar uma revisão bibliográfica sobre o direito à maternagem de mulheres atendidas em maternidades públicas frente ao uso de drogas na gestação; b) Narrar as experiências de mulheres com uso de drogas e atendidas em maternidades públicas quanto ao direito de maternar, a partir de suas histórias de vida. Para o alcance destes objetivos, realizei o percurso metodológico apresentado a seguir.

1.1. Percurso Metodológico

O estudo investigativo realizado foi de uma abordagem qualitativa, bibliográfica e de campo, com finalidade exploratória e descritiva. Segundo Minayo (2016), no âmbito das Ciências Sociais, a pesquisa qualitativa versa sobre um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com processos subjetivos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Nesse sentido, o enfoque qualitativo desta pesquisa buscou compreender a perspectiva das participantes sobre os fenômenos que as circundam, além de investigar suas experiências, opiniões e significados acerca da subjetividade de sua realidade. A abordagem qualitativa também permitiu, durante o decorrer do estudo, que novas perguntas fossem incluídas, antes, durante e depois da coleta de dados, em ordem variável a depender dos achados da pesquisa. (Sampieri; Collado; Lucio, 2013).

Já a pesquisa descritiva objetiva descrever as características de determinada população, situação, problema ou fenômeno, bem como pode ser elaborada a fim de identificar possíveis relações entre variáveis. A pesquisa exploratória, por fim, procura proporcionar maior familiaridade com o problema, explicitando-o por meio da construção de hipóteses, levantamento bibliográfico e/ou entrevistas. (Gil, 2017).

A revisão bibliográfica consiste na busca de “materiais úteis para os propósitos do estudo, dos quais extraímos e sintetizamos informação relevante e necessária para o problema de pesquisa” (Sampieri, 2013, p. 71). Foi realizada a revisão do tipo abrangente, por reunir conhecimento sobre um determinado tema, “possivelmente sublinhando linhas de pensamento controversas ou díspares ou mesmo o progresso no decorrer do tempo no conhecimento acumulado sobre um assunto” (Yin, 2017, p. 56).

Já a pesquisa de campo visa aprofundar uma realidade específica, através da observação direta do grupo estudado e/ou a realização de entrevistas com o objetivo de interpretar os processos dispostos naquela realidade. (Gil, 2017). O presente estudo consistiu, então, em investigações que perpassaram a pesquisa bibliográfica e/ou documental, realizando-se a coleta de dados junto às pessoas, com recursos de diferentes técnicas de pesquisa. (Silveira; Córdova, 2009).

A técnica de coleta de dados que possibilitou a aproximação à realidade dessas mulheres foi a de histórias de vida. Estas geralmente são elaboradas a partir de múltiplos documentos, registros, materiais e artefatos, bem como entrevistas nas quais um ou vários participantes narram suas experiências cronologicamente, de

maneira geral ou sobre um ou mais aspectos específicos. (Sampieri; Collado; Lucio, 2013). Segundo os autores, durante a entrevista, a entrevistadora deve pedir à entrevistada que discorra sobre suas vivências e os significados, sentimentos e emoções que percebeu em cada experiência. A entrevistadora também pode fazer uma análise pessoal sobre as consequências, sequelas ou efeitos que surgiram após determinada situação.

Já a história oral, através do processo de escuta e escrita, provoca uma ação em que o passado é reconstruído, lembrado e sistematizado, promovendo uma reflexão acerca dos acontecimentos experienciados. (Oliveira; Oliveira; Côrrea, 2021). Dessa forma, compreende-se a história oral como “[...] um recurso moderno usado para a elaboração de documentos, arquivamento, e estudos referentes à experiência social de pessoas e de grupos. Ela é sempre uma história do ‘tempo presente’ e também reconhecida como ‘história viva’” (Meihsy, 2005, p. 17). Nesse sentido, a história oral registra as experiências de vida de pessoas ou grupos, cujo intuito é preencher as lacunas existentes acerca de uma temática.

Cabe destacar também as inúmeras mudanças que ocorreram em relação ao tema, objetivos e *lôcus* deste estudo ao longo de quase três anos de pesquisa. Inicialmente a pesquisa seria quanti-quali e buscava analisar os dados de prontuários e de entrevistas a serem realizadas a partir dos atendimentos feitos por assistentes sociais nas cinco maternidades públicas de Porto Alegre/RS. Após alguns apontamentos realizados na pré-qualificação, busquei reduzir o campo da pesquisa para duas maternidades públicas de zoneamentos opostos do município.

A partir da qualificação, alterei novamente a proposta, a fim de garantir a viabilidade da pesquisa, que passou a tratar-se de um estudo apenas qualitativo. No entanto, em meados de julho de 2022, quando iniciaram-se os trâmites para viabilizar a coleta de dados, ambos os hospitais estavam passando por processos ligados aos Comitês de Ética (CEP) e às novas diretrizes da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), o que impossibilitaria a coleta.

Após esse retorno, alterei o local da pesquisa para os Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) de Porto Alegre/RS. Em vista disso, a pesquisa, dentre outros formulários, foram enviados para apreciação pela Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC) do município. Como retorno, a FASC não consentiu com a realização da pesquisa, considerando a indisponibilidade de trabalhadores que pudessem abarcar a demanda de acompanhar e auxiliar no

estudo, já que a coleta e a realização das entrevistas dependeria de levantamentos de dados realizados pelo serviço, bem como da disponibilização de sala para atendimento nestes espaços.

Em outubro do mesmo ano, com o auxílio da orientadora, solicitei pauta para apreciação da pesquisa no Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) de Porto Alegre/RS, a fim de que o controle social da política de assistência social autorizasse a sua realização, e pudesse ser direcionada para outros serviços da rede socioassistencial do município que realizassem atendimentos ao público alvo do estudo. Contudo, não recebi retorno.

Nesse sentido, frisa-se que a dificuldade de acesso aos elementos quantitativos e qualitativos acerca da separação compulsória de recém-nascidos de suas famílias *per se* é um dado, visto que trata-se de assunto sensível e que pode desvelar rotinas e protocolos institucionais e profissionais violentos e violadores.

Sendo assim, diante dos empecilhos encontrados para o aceite da realização da coleta de dados nos serviços de Porto Alegre/RS, bem como para fins de se atender aos objetivos do estudo, novamente eu e a orientadora alteramos o local de pesquisa, desta vez para o Centro de Referência Materno Infantil (CRMI) da Secretaria Municipal de Saúde de Bento Gonçalves/RS.

A escolha do local deu-se por tratar-se de serviço especializado, referência para o pré-natal e puericultura⁸ de mulheres oriundas de maternidade pública do município, incluindo aquelas com histórico de uso de drogas. Também considerou-se relevante a pesquisa ser realizada em serviço de saúde municipal que propicia um acompanhamento longitudinal ao público da pesquisa, possibilitando assim maior compreensão da realidade das mulheres que participaram do estudo, além de facilitar o estreitamento do vínculo para as entrevistas e a construção das histórias de vida.

Vale destacar que o CRMI é uma unidade pública, de abrangência municipal, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e no qual são atendidas gestantes com gravidez de alto risco; com histórico de uso de drogas e/ou sofrimento psíquico; adolescentes e demais situações que demandem acompanhamento de equipe especializada. O CRMI conta com equipe interprofissional e realiza acompanhamento de pré-natal, puericultura, vacinação e recebe crianças e/ou

⁸ Puericultura é a consulta periódica de uma criança feita com o propósito de avaliar seu crescimento e desenvolvimento.

adolescentes encaminhados pelo fluxo de violência do município.

Os *critérios de inclusão* do estudo, portanto, compreenderam: mulheres com mais de dezoito anos; que internaram para assistência ao parto em maternidade pública no primeiro trimestre de 2022 e cujo acompanhamento longitudinal era realizado no CRMI. Os *critérios de exclusão*, por sua vez, foram: mulheres com menos de dezoito anos; que internaram na maternidade, mas por outros motivos que não assistência ao parto; que internaram na maternidade em outro período; que não fizeram uso de drogas durante a gestação; que não tinham acesso a telefone, *whatsapp* ou *e-mail*, pois foram os meios eletrônicos usados para contato; que não foram atendidas, acompanhadas ou encaminhadas para o CRMI.

A população deste estudo foi composta por duas mulheres que fizeram uso de drogas durante a gestação e que permaneceram internadas para assistência ao parto durante o primeiro trimestre de 2022 na maternidade pública do município de Bento Gonçalves/RS. A divulgação da pesquisa foi feita no CRMI através de *flyers* com o resumo da pesquisa e contato da pesquisadora, para que as mulheres interessadas pudessem agendar as entrevistas com o contato informado na divulgação. Em caso de não contato, o CRMI disponibilizaria uma lista das mulheres que se enquadravam nos critérios de inclusão para que pudesse contatá-las aleatoriamente. A partir desse contato randômico, as quatro primeiras que aceitassem participar seriam entrevistadas.

Cabe ressaltar que nenhum contato foi realizado por meio da distribuição dos *flyers*, o que também pode ser considerado um dado da pesquisa, visto que o tema é sensível e poderia causar desconforto nas entrevistadas. Sendo assim, o convite para a participação nas entrevistas foi feito a partir de contato telefônico. O CRMI disponibilizou uma lista de contatos onde constavam cerca de 54 mulheres. Destas, 14 se enquadraram nos critérios de inclusão deste estudo.

Inicialmente, projetou-se a realização de quatro entrevistas com quatro participantes, sendo que dentre os contatos telefônicos realizados, houve o aceite de quatro mulheres. Contudo, após a realização de duas entrevistas, percebeu-se o desconforto das duas outras participantes, que desmarcaram por duas vezes. Compreendendo que a participação na pesquisa é voluntária, optei por realizar o estudo a partir da história das duas mulheres/mães que haviam sido entrevistadas até então.

A coleta de dados para a pesquisa ocorreu no período de maio a junho de

2023, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia, Serviço Social, Saúde e Comunicação Humana, sob o Parecer nº 5.882.855, em 08 de fevereiro de 2023⁹.

A coleta de dados através de entrevistas semiestruturadas, cujo Tópico Guia (Silva, *et al.*, 2006) está detalhado no Apêndice A, foi realizada de forma presencial. Como opção, durante os contatos telefônicos, foi oferecida a possibilidade da entrevista ser realizada no espaço do CRMI ou através de visita domiciliar. Em função do deslocamento demorado de suas casas até o CRMI, ambas as participantes optaram pela entrevista ser realizada em suas casas.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), exposto como Apêndice B, foi lido e aplicado no início da entrevista. Como instrumento de registro das entrevistas, foi utilizado gravador de áudio, a fim de registrar os dados orais das participantes, e realizada a posterior transcrição.

E, para o alcance do objetivo de realizar uma revisão bibliográfica sobre o direito à maternagem de mulheres atendidas em maternidades públicas frente ao uso de drogas na gestação, realizei a revisão de literatura com os descritores *drogas e maternidade* e *gestação* e *drogas* na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD). Encontrei 79 pesquisas, sendo 54 dissertações e 25 teses elaboradas nos últimos cinco anos. Já na plataforma *SciELO*, com os mesmos termos e filtros, foram localizados 11 artigos.

Após breve leitura de cada estudo encontrado, separei 22 pesquisas cujo tema era semelhante. Destas, selecionei sete obras cujas temáticas e dados assimilaram-se aos objetivos deste estudo, sendo elas:

⁹ A versão inicial da pesquisa, que seria realizada nos CREAS de Porto Alegre, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia, Serviço Social, Saúde e Comunicação Humana conforme Parecer n.º 5.540.297, em 22 de julho de 2022. Com a necessidade de mudança do campo de pesquisa para o município de Bento Gonçalves/RS, e a respectiva aprovação da gestão municipal, foi realizada uma Emenda ao Projeto de Pesquisa na Plataforma Brasil e aprovada nesta data.

Quadro 1 - Estudos utilizados na revisão bibliográfica

Título	Autor	Ano de publicação	Tipo de publicação	Base de dados em que foi publicada
<i>A vida das mulheres infames: genealogia da moral de mulheres usuárias de drogas e/ou em situação de rua</i>	Cássia Maria Rosato	2018	Tese	Repositório Digital da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)
<i>De quem é este bebê? Construção, desconstrução e resistência pelo direito de mães e bebês em Belo Horizonte</i>	Sônia Lansky	2018	Relato de experiência	Revista Saúde em Redes
<i>Diário cartográfico das mães que perdem suas filhas e filhos pelas mãos do Estado: paisagens que se repetem</i>	Adriana Fernandes Carajá	2019	Dissertação	Repositório Digital da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
<i>MÃES ÓRFÃS: cartografia das tensões e resistências ao abrigo compulsório de bebês em Belo Horizonte.</i>	Gabriela Maciel dos Reis	2019	Dissertação	Repositório Digital da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
<i>A perda da guarda de filhos: a voz das mulheres, mães e usuárias de drogas</i>	Leila Marchezi Tavares Menandro; Maria Lúcia Teixeira Garcia; Rafaela Soares da Silva Uliana	2019	Artigo	Revista Psicologia & Sociedade
<i>O atendimento à saúde das mulheres usuárias de crack e de seus filhos recém-nascidos na Maternidade de um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul</i>	Ana Kelen Dalpiaz; Paulo Antônio Barros Oliveira	2020	Artigo	Revista Emancipação
<i>Mulheres usuárias de drogas e o sequestro de seus filhos: interrogar a violência de estado numa perspectiva feminista</i>	Isadora Simões de Souza	2022	Tese	Repositório Digital da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

Para a análise dos dados se utilizou as referências metodológicas de análise do conteúdo fundamentadas nas contribuições de Minayo (2016), a qual prevê as seguintes fases: a) ordenação dos dados: mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo; b) classificação dos dados: identificação das estruturas relevantes das mensagens (categorias específicas); c) análise final: abrange dois níveis de interpretação (determinações estruturais/categorias gerais e conjunturais do fenômeno).

Frente aos dados da revisão bibliográfica e das entrevistas, os achados foram distribuídos em cinco categorias¹⁰: *determinação social, experiências de vida, relação com a rede, judicialização da maternagem e violência estatal*. Cada categoria também foi distribuída em subcapítulos, iniciando com *história vista de fora*, seguindo com a *história de dentro*, a *história compartilhada*, a *história vista de cima* e finalizando com a *história silenciada*. O último subcapítulo, apesar de tratar-se de uma categoria, também contém sínteses analíticas.

Em relação ao arcabouço, esta dissertação está estruturada em três (3) capítulos. O capítulo 2 inicia com breve histórico acerca da construção do *ser mulher*, perpassando pelas sociedades matrilineares até a consolidação do sistema econômico capitalista. Buscando articular a questão de *gênero* com saúde mental,

¹⁰ Conforme Minayo (2016).

os seguintes subcapítulos tratam de breve trajetória da loucura e da estruturação dos manicômios na Europa e, posteriormente, no Brasil. Em seguida, busquei conceituar e historicizar os diferentes espaços sociais ocupados pelas *drogas* ao longo dos séculos. O capítulo ainda busca contextualizar a Reforma Psiquiátrica e a estrutura político-legislativa brasileira sobre transtornos psiquiátricos e uso de álcool e outras drogas. Para finalizar, o último subcapítulo procurou relacionar o histórico acerca da violência de gênero, tratamento à loucura e uso de drogas ao *modus operandi* do sequestro de bebês pelo Estado, que ocorreu em diferentes contextos históricos, por diferentes concepções discriminatórias e estigmatizantes.

Já no capítulo 3, apresento os resultados e discussão dos dados obtidos através da revisão bibliográfica e das entrevistas realizadas com as duas participantes desta pesquisa. O capítulo inicia com uma breve contextualização do município de Bento Gonçalves/RS e do CRMI, serviço de saúde *lócus* deste estudo. Em seguida, são narradas as histórias de vida das duas entrevistadas, de modo a contextualizar seus modos de vida. Nos subcapítulos posteriores, está disposta a categorização dos resultados e a discussão a partir de demais referenciais teóricos. Para encerrar esta produção acadêmica, apresento as considerações finais, com uma breve sistematização dos achados da pesquisa que foram discutidos ao longo do trabalho, bem como, conclusões e recomendações finais, destacando a relevância e contribuição desta produção para o campo de estudo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 “Aos loucos, o hospício!”: a trajetória dos avanços e retrocessos na política de saúde mental

A história da loucura, marcada por inúmeras transformações ao longo dos séculos, é influenciada pelas conjunturas e mudanças econômicas, políticas, sociais e religiosas de cada época. Nesse sentido, a loucura era vista como uma manifestação do poder divino, sendo até mesmo valorizada socialmente durante a Grécia Antiga. Já na Idade Média, a loucura representava as forças da natureza, imagens glorificadas e animais, sendo, posteriormente, atribuída à possessão por entidades malignas ou benignas. (Peixoto; Bertani, 2010; Matias, 2015).

Conforme o tempo histórico e a cultura, a loucura também poderia ser interpretada como rebeldia, heresia ou crime. (Matias, 2015). Já a mendicância não só era tolerada na Idade Média, como também era exaltada pelo clero, tendo em vista que, desprovida de riqueza, a alma dos pobres era purificada. Os nobres também glorificavam a pobreza, pois era através da caridade que tornavam-se respeitados e expurgavam seus pecados. (Souza; Oliveira, 2022).

No entanto, com a consolidação do Mercantilismo, em meados do século XVII, a preocupação com a caridade deu lugar ao interesse pelo acúmulo de riquezas. Sendo assim, a pobreza, que até então era uma forma de alçar os nobres à graça divina, tornou-se um problema social às vistas da burguesia. (Teixeira, 2019). Com isso, os pobres tidos como improdutivos passaram a ser encarcerados em hospitais gerais sob a justificativa de controle e manutenção da ordem social. Dessa forma, a repressão, enquanto criminalização da pobreza e dos comportamentos tido como desviantes, não fazia distinção entre enfermos, marginalizados, miseráveis, loucos ou órfãos. (Teixeira, 2019).

Contudo, em meados do século XVIII, influenciado por ideias iluministas e pelo lema da Revolução Francesa¹¹, o médico Philippe Pinel, libertou os loucos que estavam acorrentados em celas. Por acreditar que o meio social causava a alienação mental¹², Pinel separou os loucos dos demais improdutivos e indicou o

¹¹ *Liberté, égalité, fraternité*, ou seja, liberdade, igualdade e fraternidade.

¹² Pinel compreendia a loucura como um distúrbio das funções intelectuais com causas morais, então a nomeando de “alienação”. Ao contrário dos loucos, que eram considerados destituídos de razão, a razão nos alienados encontrava-se encoberta, passível de cura. (Sá, 2020).

isolamento aos alienados em outras instituições, cujo propósito deveria ser o estudo em busca da cura para a loucura, inaugurando-se, portanto, a perspectiva manicomial. (Mangolini; Espósito; Bonomi, 2014).

Em relação aos manicômios, Amarante (2009, p. 36) reitera que essas instituições são “expressão de um modelo que se calca na tutela, na vigilância, no tratamento moral, na disciplina, na imposição da ordem, na punição corretiva, no trabalho terapêutico, na custódia e interdição”.

Outrossim, Silva e Garcia (2019) evidenciam que a partir da metade do século XIX, cresceu o número de mulheres internadas em manicômios em relação aos homens, haja vista que a loucura feminina, associada ao sistema reprodutor e aos hormônios femininos, fizeram com que inúmeras mulheres fossem confinadas em manicômios sob a iminência de possíveis “ataques de nervos”. Dessa forma, os manicômios, que se popularizaram a partir do século supracitado, além de fomentar a higienização social, também favoreceram a prática do isolamento, da exclusão social e de inúmeras violências e violações de direitos.

Já no Brasil, em meados do século XIX, não existiam propostas de tratamento aos doentes mentais, por conta disso àqueles que possuíam boas condições financeiras permaneciam sob a tutela da família, geralmente trancados em suas residências, enquanto os alienados sem posses perambulavam pelas ruas, eram presos ou viviam trancafiados em Santas Casas de Misericórdia. (Piccinini, 2015).

Com o passar dos anos, porém, as prisões e Santas Casas já não comportavam o grande número de encarcerados, que frequentemente viviam acorrentados e em ambientes com péssimas condições de higiene. Tal situação motivou protestos, principalmente no seio da sociedade carioca, para a criação de um espaço baseado nos ideais de Pinel e Esquirol¹³, destinado ao isolamento e tratamento dos alienados. (Piccinini, 2015).

Diante dessas manifestações, cujo mote era “*aos loucos, o hospício!*”, D. Pedro II assinou decreto que autorizou a construção da primeira instituição latino-americana designada exclusivamente para o tratamento dos alienados. O primeiro hospício brasileiro, inaugurado em 1852 no Rio de Janeiro, foi batizado de

¹³ Esquirol foi um médico francês, precursor da Psiquiatria, que integrou a escola francesa iniciada por Pinel. Além de reformar asilos e hospícios franceses, Esquirol fundou o primeiro curso para o tratamento das enfermidades mentais e lutou pela aprovação da primeira Lei de Alienados na França. (Pacheco, 2003).

Hospício Dom Pedro II em homenagem ao imperador, mas popularmente ficou conhecido como o “*Palácio dos Loucos*”. (Centro Cultural da Saúde, 2011). De acordo com Dias (2007), o segundo hospício brasileiro foi inaugurado em Porto Alegre/RS, em meados de 1884. Nomeado como Hospital Psiquiátrico São Pedro, foi o único hospital psiquiátrico público do estado, que por mais de um século centralizou o atendimento em saúde mental no Rio Grande do Sul.

Já em 1889, devido à Proclamação da República, o Hospício Dom Pedro II foi desvinculado da Santa Casa de Misericórdia e rebatizado de Hospício Nacional de Alienados. Nesse mesmo ano, com o intuito de “resolver” o número excessivo de internos, bem como testar novas modalidades de tratamento baseadas no exercício terapêutico laboral, foram inauguradas as Colônias de São Bento e Conde de Mesquita, destinada aos homens indigentes. (Centro Cultural da Saúde, 2011).

Em 1903, o alienista Juliano Moreira assumiu a direção do Hospício Nacional e das colônias-agrícolas de São Bento e Conde de Mesquita, em meio às diversas denúncias de violência e maus-tratos aos pacientes. Influenciado pelas ideias de Kraepelin¹⁴, Moreira aboliu as camisas de força e retirou as grades de ferro das janelas da instituição. (Valentim *et al.*, 2019).

Já em 1923, foi criada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), cujo principal objetivo era melhorar a assistência aos alienados. No entanto, a partir de 1926, influenciada por ideias francesas, alemãs e norte-americanas, a Liga adotou uma visão higienista¹⁵, eugênica¹⁶ e com foco no controle social, a fim de “normalizar” a população e suprimir qualquer comportamento que divergisse dos padrões sociais impostos à época. (Seixas; Mota; Zilbreman, 2009).

Assim, em meados do século XX, criou-se um novo paradigma em relação ao tratamento dos alienados. Cabe destacar que essas novas diretrizes, bem como um conjunto de leis e decretos aprovados na época, fomentaram a multiplicação de instituições, dispositivos e práticas disciplinares que, como na Europa, deturpam a

¹⁴ Emil Kraepelin integrou a corrente organicista alemã e dirigiu durante anos a Clínica de Munique, onde buscou oferecer aos internos um ambiente semelhante ao doméstico. Seus métodos e ideias influenciaram a formulação da primeira lei federal de assistência aos alienados. (Centro Cultural da Saúde, 2011).

¹⁵ Entre o final do século XIX e início do século XX no Brasil, o pensamento higienista propôs condutas na educação e na assistência médica para modificar os hábitos através do disciplinamento, partindo de um ideal de comportamento em que todo e qualquer indivíduo que não obedecesse às normas era considerado fora do padrão desejado. (Luengo, 2010).

¹⁶ Termo usado por Francis Galton a partir de 1883. Galton foi um evolucionista, matemático e fisiologista, que se dedicou aos estudos da hereditariedade, com o intuito de melhorar as qualidades raciais das futuras gerações tanto física como mentalmente. (Luengo, 2010).

finalidade inicial das instituições asilares, ou seja, o estudo e tratamento da alienação. (Portocarrero, 2002).

Nas décadas seguintes, devido ao golpe militar em 1964 e a unificação dos Institutos de Aposentadorias em 1966, o Brasil vivenciou uma nova expansão de internações psiquiátricas, destinadas a grupos cada vez maiores da população. Conforme Pitta (2011), o número de pessoas internadas em instituições conveniadas ao poder público saltou de 14 mil, em 1965, para 30 mil em 1970, fomentando o que a autora nomeou de “indústria da loucura”.

Nesse sentido, Arbex (2013) aponta que 70% das pessoas confinadas em hospícios e instituições semelhantes não sofriam com alguma doença mental. Sobre isso, a autora salienta que os manicômios, fundamentados num ideário de “limpeza social”, encarceraram pobres, pessoas em situação de rua, homossexuais, alcoólatras, mães solteiras, prostitutas e até mesmo opositores ao regime político ditatorial.

A autora também revela que no Hospital Colônia de Barbacena, que funcionou até meados de 1980, pelo menos trinta bebês foram retirados do convívio com a mãe. Segundo Arbex (2013, p. 15), “as pacientes conseguiam proteger sua gravidez passando fezes sobre a barriga para não serem tocadas. Mas, logo depois do parto, os bebês eram tirados de seus braços e doados”.

Com o passar dos anos, portanto, a prática manicomial fomentou um processo de exclusão, violência e estigmatização, além de suas instituições servirem como depósito para àqueles considerados desviantes, que questionaram a ordem societária e econômica vigente, bem como o conceito de normalidade, a exemplo das mulheres loucas e/ou que fazem uso de drogas.

Diante disso, no norte da Itália, em meados de 1960, o psiquiatra Franco Basaglia, à época diretor do Hospital Psiquiátrico de Trieste, iniciou um movimento que reivindicava a necessidade de profundas transformações no modelo de assistência psiquiátrica, bem como nas relações entre sociedade, Estado e loucura. (Amarante, 1996).

As providências adotadas por Basaglia promoveram, gradualmente, a desinstitucionalização dos internos em hospitais psiquiátricos da Itália, bem como a criação e implementação de uma rede territorial de atendimento formada por serviços de atenção comunitários; emergências psiquiátricas em hospitais gerais;

cooperativas de geração de renda e trabalho; e centros de convivência e moradia. (Láki, 2017).

Esse processo, que influenciou a reestruturação dos modelos de atendimento à saúde mental em diversos países, ficou conhecido como *Reforma Psiquiátrica*. Cabe ressaltar que em 1973 essa rede foi credenciada pela OMS como principal referência mundial para a reformulação de políticas de assistência em saúde mental e, quando possível, a gradual desinstitucionalização de pacientes internados em manicômios. (Amarante, 1996).

Já no Brasil, em meados da década de 1970, movimentos sociais em defesa dos direitos humanos, bem como diversos veículos de mídia, passaram a denunciar as inúmeras violações de direitos que ocorriam nos manicômios e que, inclusive, eram endossadas pelo regime militar. (Gomes, 2013).

Um caso emblemático para a época foi o do Hospital-Colônia de Barbacena, localizado em Minas Gerais, cujas condições as quais os internos eram submetidos foram comparadas às dos campos de concentração nazista. Estima-se que o número de mortos nesse período, que perdurou de 1903 até meados da década de 1980 e ficou conhecido como “Holocausto Brasileiro”, chegou a 60 mil. (Truffi, 2013).

Ademais, a luta pela implementação da Reforma Psiquiátrica eclodiu nas décadas de 1970 e 1980, em meio ao processo de redemocratização do país. Impulsionada pela Reforma Sanitária¹⁷ e fundamentada nas ideias de Basaglia, a Reforma Psiquiátrica Brasileira foi fruto de um longo e combativo processo conduzido pelo Movimento de Luta Antimanicomial, construído por gestores, trabalhadores, usuários, familiares, movimentos sociais, docentes e pesquisadores. (Boarini, 2020).

Assim como na Itália, a Reforma Psiquiátrica Brasileira propunha uma transformação nos modelos de gestão e práticas de saúde, bem como, de acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2005, p. 6), a “defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado”.

Com a ratificação do SUS a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a cidade de Santos/SP decidiu intervir e fechar a Casa de Saúde Anchieta,

¹⁷ A Reforma Sanitária refere-se ao conjunto de ideias que, na década de 1970, propôs mudanças e transformações no setor de saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. As propostas da Reforma Sanitária resultaram na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS. (FIOCRUZ, 2014).

também conhecida como “Casa dos Horrores”, a fim de implementar uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos, composta por serviços descentralizados e distribuídos pelo território. Com isso, surgiram os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que posteriormente tornaram-se inspiração para os atuais Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). (Amarante; Nunes, 2018).

Já em 1989, foi apresentado à Câmara de Deputados pelo deputado Paulo Delgado, o Projeto de Lei (PL) nº 3.657/89, que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por recursos assistenciais no território. O PL, apesar de rejeitado, embasou a aprovação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que introduziu mudanças significativas no modelo de atenção à saúde mental no Brasil, embora não contemplasse plenamente os anseios da Reforma Psiquiátrica. (Amarante; Nunes, 2018).

Portanto, a Lei nº 10.216, também conhecida como Lei Paulo Delgado, dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, bem como redirecionou o modelo assistencial em saúde mental, definindo princípios e diretrizes fundamentais para a implementação da política. (Brasil, 2001).

Em relação aos avanços da Reforma Psiquiátrica, Kantorski *et al.* (2021) afirmam que o ano de 2006 foi um marco para o movimento, tendo em vista que, pela primeira vez, houve maior investimento federal em serviços e ações comunitárias do que em hospitais psiquiátricos, demonstrando então uma reorientação do financiamento. Os autores também pontuam que durante o período de 2006 à 2010 houve uma maior redução de leitos em hospitais psiquiátricos e ampliação do número de dispositivos de atenção à saúde mental de base territorial no Brasil.

Já em relação à atenção aos usuários de álcool e/ou outras drogas, destaca-se a aprovação, no ano de 2006, da Lei nº 11.34, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Em 2007, o Decreto nº 6.117 estabeleceu a Política Nacional sobre o Álcool (PNA), enquanto em 2010 foi promulgado o Decreto nº 7.179, que dispôs sobre o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas.

Cabe ressaltar que apesar de alguns embates ideológicos, a atenção integral ao usuário de álcool e/ou drogas também foi pensada com base na perspectiva *extramuros* defendida pela Reforma Psiquiátrica, com enfoque em ações de

prevenção, reabilitação psicossocial e redução de danos em relação ao uso prejudicial de drogas. (Varela, *et al.*, 2016).

Finalmente, em 2011 é publicada a Portaria nº 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade era a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde, no âmbito do SUS, para pessoas em sofrimento, com transtornos psiquiátricos e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. (Brasil, 2011).

Entretanto, com o *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff em 2016, Cruz, Gonçalves e Delgado (2020) evidenciam que houve uma interrupção no processo democrático do país. Nesse sentido, os autores reiteram que, para além do congelamento dos recursos destinados às principais políticas sociais a partir da Emenda Constitucional 95/2016, também houve uma reorientação ideológica das políticas sociais, bem como significativa redução do já insuficiente financiamento do SUS.

Como exemplo, na contramão dos princípios da Reforma Psiquiátrica, a partir da Resolução CIT nº 32/2017 e da Portaria nº 3.588/2017, os hospitais psiquiátricos e as comunidades terapêuticas passaram a integrar a RAPS, introduzindo novamente a perspectiva manicomial na atenção à saúde mental e frente ao uso de álcool e/ou outras drogas.

No período de dezembro de 2016 a maio de 2019, observou-se um movimento de retrocesso, caracterizado pela instituição de ideais antirreformistas. A edição de cerca de quinze documentos normativos, como portarias, resoluções, decretos e editais, formando a nota técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, originou a “Nova Política Nacional de Saúde Mental” (Nota Técnica nº 11, 2019). Os principais aspectos contidos nessa ‘nova política’ evidenciam a tendência de remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil, isso porque há o fortalecimento dos ideais proibicionista e punitivista referentes às questões do uso de álcool e outras drogas e incentivo ao retorno das internações psiquiátricas, com o financiamento dos hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas. (Oliveira *et al.*, 2022, p. 2).

Assim sendo, com o objetivo de reverter o retrocesso ideológico e o desmonte das políticas públicas nos últimos anos, bem como para mitigar as sequelas da pandemia de COVID-19 que desencadeou o aumento de 25% na prevalência global de ansiedade e depressão (OPAS, 2022), assim como o aumento do consumo de bebidas alcoólicas e tabaco durante o período de isolamento social (Malta *et al.*, 2020; Queiroga, *et al.*, 2021), faz-se necessário traçar um cenário de

luta e participação social que busque romper com os paradigmas que incentivam o preconceito e a exclusão social, a fim de incentivar práticas e ideias emancipatórias e transformadoras que garantam uma assistência humanizada e consoante à Reforma Psiquiátrica.

2.2 “Desbaratina, não dá pra ficar imune...¹⁸”: breve contextualização histórico-social do uso de drogas

Na língua portuguesa, a definição da palavra *droga* é a denominação comum a todas as substâncias ou ingredientes usados no âmbito farmacêutico, químico, de tinturaria, entre outros. Em termos médicos, é qualquer substância utilizada para fins de alívio, diagnóstico, profilaxia, tratamento ou cura de doenças. *Droga* também é um termo genérico para qualquer substância alucinógena ou entorpecente, cujo efeito pode causar alterações no humor e comportamento, bem como causar dependência. Já no sentido figurado, *droga* caracteriza algo sem valor, enfadonho, desagrável, ruim, que não é digno de crédito. (Michaelis, 2023, *online*).

De acordo com Mikosz (2006), há milhares de anos o ser humano descobriu que certas plantas e substâncias, quando ingeridas, aplicadas ou fumadas, tinham a capacidade de alterar o estado de consciência, provocando inclusive experiências alucinógenas. Por conta disso, algumas civilizações atribuíam o seu uso a formas de contato espiritual com os deuses e forças mágicas da natureza.

Já Escohotado (2002) e Gomes-Medeiros *et al.* (2019) afirmam que com exceção das populações que habitavam em zonas completamente desprovidas de vegetação, todos os grupos de seres humanos se relacionaram, de forma distinta e em diferentes épocas e lugares, com propriedades psicoativas de origem natural.

Portanto, ao longo da história, o uso de drogas foi - e ainda é - realizado entre diferentes grupos sociais e em resposta às mais diversas necessidades humanas, como: aliviar o sofrimento; melhorar o humor; tratar doenças; aumentar a disposição física e mental; controlar a ansiedade; regular o sono e o apetite; para compor ritos culturais, religiosos de interação social ou de convivência; para alterar os sentidos e a percepção da realidade; estimular a criatividade e a sensibilidade, entre outros. (CFESS, 2016; Paiva; Costa, 2017).

¹⁸ Trecho retirado da música “Lança-perfume” interpretada pela cantora Rita Lee.

Na civilização egípcia, por exemplo, documentos antigos revelaram o consumo de bebidas fermentadas como o vinho. A utilização de ópio, extraído da resina de uma planta popularmente conhecida como Papoula, para acalmar os enfermos com dor também é descrita na civilização grega. Já os ameríndios, com a finalidade de caçar, faziam uso de compostos químicos capazes de imobilizar ou envenenar suas presas. (Franco; Costa; Vitório, 2018).

Contudo, se muitas foram as razões para o seu consumo ao longo dos séculos, também foram diversas as formas adotadas para avaliar, proibir, permitir ou punir a distribuição e uso de drogas. (Machado; Boarini, 2013). Cabe destacar que durante a Idade Média, ao contrário da loucura, a farmacopeia para fins terapêuticos, como o alívio de dores, alteração da consciência ou a cura de doenças, foi considerada pagã, tendo sido brutalmente perseguida e reprimida como forma de bruxaria pela sociedade cristã-ocidental. (Martins-Torcatto, 2015).

Já em meados do século XIII, em função das Cruzadas e da superioridade árabe em termos de abordagem terapêutica aos feridos, o uso de fármacos em geral passou a ser mais tolerado quando fundamentado em práticas medicinais-religiosas, como o apoio aos soldados cristãos que lutavam para “resgatar” a Terra Santa dos muçulmanos. (Martins-Torcatto, 2015).

Assim, a depender de quem as manipulava e/ou consumia, as drogas eram compreendidas de forma diferente. Melo e Maciel (2016) apontam que quando um militar ou pessoa de moral elevada fazia uso de ópio para aliviar a dor, a droga era vista como um remédio, porém quando camponeses, principalmente mulheres, faziam uso de chás, poções e unguentos¹⁹ para fins terapêuticos, a droga era vista como diabólica e quem as preparava como hereges.

Naquela época, as plantas ficaram estigmatizadas e o seu uso era objeto de perseguição, a tal ponto que o emprego de drogas para fins terapêuticos tornou-se sinônimo de heresia, sendo o sofrimento concebido como uma forma de aproximação a Deus. [...] O uso de poções e unguentos era condenado pelos tribunais da Inquisição, que puniam com torturas e morte os indivíduos que os utilizavam. (Melo; Maciel, 2016, p. 78)

A única droga permitida na Idade Média sem a necessidade de aval médico-religioso era o álcool, principalmente o vinho, que era consumido em festividades cristãs. (Melo; Maciel, 2016). Já no século XVI, com a expansão

¹⁹ Medicamento externo, pouco consistente, que tem por base uma substância gorda. (Michaelis, 2023, *online*). Pomadas caseiras que utilizavam a gordura de animais.

marítima europeia, determinados psicoativos tiveram seu consumo globalizado sob a alcunha de *especiarias*, como álcool, açúcar, tabaco, ópio e café. (Martins-Torcato, 2015).

Ainda no século XVI, o destilado de cana-de-açúcar produzido no Brasil era utilizado no comércio de escravizados e como bebida local, embora até meados do século XVII ainda fosse comercializada como um remédio ou produto de luxo. (Carneiro, 2011; Martins-Torcato, 2015). O tabaco, cujo consumo já era comum aos povos originários, logo difundiu-se entre os colonizadores apesar da inicial desconfiança dos religiosos ortodoxos. (Martins-Torcato, 2015). Já a maconha, trazida ao Brasil pelos escravizados sob a denominação de *fumo-de-Angola*, popularizou-se entre os indígenas, que passaram a cultivá-la. (Carlini, 2006).

Sob o entendimento de *especiarias*, drogas como o tabaco e o aguardente passaram a ter valor de troca e tornaram-se os principais produtos utilizados na compra de escravizados. (Carneiro, 2005; Calvete; Souza, 2020). Nesse sentido, com o advento do mercantilismo, Calvete e Souza (2020, p. 406) afirmam que:

As drogas transpuseram da utilidade de uma comunidade primitiva, de um uso local, limitado a uma cultura, para um uso mais expansivo e abrangente, qualificando-se pelo uso social (e não apenas local), acarretando trocas comerciais e, conseqüentemente, agregando valor econômico. Por fim, a droga transformou-se em mercadoria.

Outrossim, o desenvolvimento e a expansão global do capitalismo alteraram todo o processo de produção e distribuição de drogas, firmando hábitos de consumo que passaram a ser tratados como um problema social. Com isso, as drogas passaram da esfera religiosa ao âmbito da saúde e da Justiça. (Machado; Boarini, 2013; Calvete; Souza, 2020).

No início da década de XX, embora ainda não houvesse qualquer regulamentação sobre o uso de drogas lícitas ou ilícitas no Brasil, a LBHM, que reunia profissionais de diversas áreas, passou a considerar o alcoolismo como um importante problema de saúde, social e econômico, com direito à campanhas e investimentos ao seu combate. (Bolonheis-Ramos; Boarini, 2015).

Além do álcool, o consumo de ópio, cocaína e morfina também era abordado pela LBHM, embora de forma não tão contundente, visto que seu uso normalmente era realizado por pessoas com maior poder aquisitivo, bem como era muito menor se comparado ao consumo de álcool. Cabe destacar que a cocaína e a heroína, além de não serem consideradas drogas ilícitas, tinham seus benefícios

terapêuticos amplamente divulgados nos meios de comunicação da época. (Bolonheis-Ramos; Boarini, 2014).

Em meados da década de 1920, o movimento proibicionista americano, liderado por religiosos católicos e protestantes, passou a reivindicar a regulamentação e a criminalização do uso de drogas. (Melo; Maciel, 2016). O Brasil, influenciado pelo proibicionismo americano e pelas Convenções Internacionais do Ópio, que visavam discutir a regulamentação do comércio e consumo de ópio, morfina, cocaína e derivados, sancionou a primeira lei federal sobre drogas no Brasil. (Rio Grande do Sul, 2020). Sobre isso, Machado e Boarini (2013, p. 583) reiteram que:

Essa regulamentação foi estabelecida no Decreto-Lei n.º 891, que reafirmava a condenação do ópio e da cocaína e incluía nessa classe drogas como a maconha e a heroína. Quanto ao uso, o mesmo documento classificou a toxicomania como “doença de notificação compulsória”, que não podia ser tratada em domicílio.

Em vista disso, o arcabouço jurídico-legal do Brasil passou a ser constituído por uma série de leis e decretos que criminalizavam o comércio e o consumo de drogas no país. Da mesma forma, as penas previstas determinavam o afastamento dos usuários do convívio social, por meio da permanência em prisões ou sanatórios. (Maciel; Melo, 2016). De acordo com Machado e Boarini (2013), esse aparato jurídico manteve-se em vigor pelas três décadas seguintes, estimulando ações de repressão ao comércio e ao consumo indevido - ou seja, sem prescrição médica - de substâncias consideradas psicoativas, com exceção ao álcool e tabaco.

Já em 1976, ainda sob um governo ditatorial, foi aprovada a Lei nº 6.368, que diferenciou as penas para usuários e traficantes, sendo que a pena para o tráfico foi triplicada em relação às legislações anteriores. A partir dessa lei, em consonância com o cenário internacional e especialmente os Estados Unidos, o Brasil comprometeu-se a efetivar uma “guerra” contra as drogas, reprimindo fortemente seu uso e principalmente sua venda. (Rio Grande do Sul, 2020).

Nesse sentido, é possível compreender o uso de drogas como uma expressão *contemporânea* da Questão Social, delineada a partir da década de 1970 e resultante das mudanças no padrão de acumulação capitalista, da crise e mundialização do capital, da reestruturação produtiva do neoliberalismo e da

transição de um “Estado Social” para um “Estado Penal” que permitiu a consolidação do proibicionismo. (Albuquerque, 2018).

Em relação aos dados acerca do consumo de drogas, a pesquisa “O Estudo da Juventude: drogas, prisões e acidentes”, de 2007, elaborada pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) e baseada em dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2003, demonstrou que os consumidores declarados de maconha, cocaína e lança-perfume eram majoritariamente homens (99%), brancos (85%) e que pertenciam à classe média alta (62%).

Já o 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, de 2017, coordenado pela Fiocruz (Bastos, 2017), indica que as classes subalternas²⁰ são as mais atingidas pelo consumo frequente de drogas ilícitas (maconha, cocaína, *crack*, solventes, opiáceos e estimulantes anfetamínicos), porém sugere que as classes altas também concentram grandes quantidades de consumidores.

Embora os homens figurem como a maioria dos usuários de droga (lícitas e ilícitas) em todo o mundo, as mulheres representam cerca de 45-49% dos usuários de anfetaminas, estimulantes farmacêuticos, opióides farmacêuticos, sedativos e tranquilizantes sem prescrição. (UNODC, 2022). O 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira também evidenciou que o uso de qualquer medicamento de forma não prescrita foi mais frequentemente reportado entre as mulheres do que entre os homens. (Bastos, 2017).

Já Carvalho (2014) afirma que mesmo com a aprovação da Lei nº 11.343/06 que instituiu o SISNAD, poucos avanços foram efetivados, então perdurando o modelo bélico-sanitário que legitima toda uma estrutura repressiva, bem como pauta a forma de atenção aos usuários de drogas em perspectivas conservadoras que priorizam a abstinência como meta de tratamento.

Portanto, faz-se de suma importância entender as particularidades da formação sócio-histórica brasileira para analisar a relação entre a guerra - política, cultural e estatal - às drogas e sua relação com a questão de gênero, raça/cor e

²⁰ De acordo com Toledo (2017), na atualidade, o termo “subalternidade” designa um grupo que não goza de meios econômicos suficientes para uma vida digna. O termo também abrange populações subjugadas por questões de gênero, raça/etnia, orientação sexual, dentre outros. Já Yazbek (2003) compreende os subalternos como trabalhadores ou desempregados que não conseguem garantir os mínimos sociais para si e/ou para sua família e acabam por viver em condição de pobreza, encarcerados em uma realidade permeada por processos de dominação, exploração e exclusão.

sucessivas violações ao direito à maternagem de mulheres - principalmente de mulheres negras - que fazem uso de drogas no Brasil.

2.1 As mulheres fazem sua própria história, mas não a fazem como querem: a intersecção entre gênero²¹ e saúde mental

Os homens (*e mulheres*) fazem sua própria história; contudo, não a fazem de livre e espontânea vontade, pois não são eles quem escolhem as circunstâncias sob as quais ela é feita, mas estas lhes foram transmitidas assim como se encontram. (Marx, 2011, p. 25 - *grifo meu*).

Para compreender a intersecção entre gênero e saúde mental - ou melhor, entre ser mulher em uma sociedade patriarcal e capitalista, e logo, estar mais propensa ao sofrimento psíquico e adoecimento mental, associado ao uso de drogas - é necessário revisitar e desnaturalizar os processos históricos que culminaram na consolidação do (não tão) atual sistema político e modo de produção. *As coisas nem sempre foram assim.*

Nas sociedades primitivas e pré-agrícolas, por exemplo, as tribos controlavam os meios de subsistência de forma coletiva, inexistindo, até então, a propriedade privada de terras, bens ou riquezas. Nesses clãs, o trabalho era delegado a partir de características biológicas, como o sexo. Conforme Engels (2019), a primeira forma de divisão do trabalho foi a que se fez entre o homem e a mulher com vistas à procriação, originando assim a divisão sexual do trabalho.

Contudo, naquele período, em função da coletivização dos meios de produção, a divisão sexual do trabalho não impunha às mulheres um papel secundário ou de subserviência, pelo contrário. Além de importante papel na garantia da sobrevivência da tribo, por meio da caça e coleta de alimentos, o reconhecimento exclusivo da linhagem materna, concomitante à impossibilidade de se saber ao certo quem seria o pai biológico em função da ausência da monogamia, atribuía às mulheres, principalmente às mães, imensa valorização. (Engels, 2019). Esse reconhecimento, quase místico, justificava-se também pela percepção de que mulheres eram “seres mágicos” e poderosos devido à sua capacidade reprodutiva.

²¹ Apesar do título, ressalta-se que esse subcapítulo não almeja aprofundar sobre a conceituação do termo *gênero*. Para entender os fenômenos que potencializam a violação de mulheres que fazem uso de drogas em espaços como maternidades, é preciso compreender, primeiramente, como essas violências simbólicas ocorrem em níveis macroestruturais, ou seja, nas relações sociais coletivas. Para tal, o resgate sócio-histórico feito objetiva explicitar a relação simbiótica entre o patriarcado e o capitalismo, bem como o efeito estruturante de ambos influencia no cotidiano.

(Saffioti, 2015).

Uma das concepções mais absurdas advindas do Iluminismo do século XVIII é a de que, no início da sociedade, a mulher teria sido escrava do homem. Entre todos os selvagens e todos os bárbaros do estágio inferior e intermediário, e em parte também no estágio superior, a mulher gozou não só de liberdade, mas também de alta consideração. (Engels, 2019, p. 66).

Com a domesticação de animais e a criação de rebanhos, porém, desenvolveram-se fontes de riqueza, as quais criaram e estabeleceram novas relações sociais, familiares e de posse. A possibilidade de acumular bens, portanto, culminou no surgimento da propriedade privada e dissolveu as características comunitárias do modo de produção do ciclo pré-agrícola. (Engels, 2019).

Dessa forma, à medida em que a coletivização dos meios de produção foi se extinguindo, a divisão sexual do trabalho também ganhou novos contornos. Nos grupos familiares, formados por menos pessoas do que as tribos, foi delegada aos homens a obtenção e produção de alimentos, bem como a propriedade das ferramentas necessárias para isso, enquanto às mulheres foi imposta a procriação e os cuidados domésticos.

Em vista disso, e a partir da multiplicação de riquezas oriundas do excedente agrícola, a figura do homem passou a ter mais importância para a subsistência das famílias do que a da mulher. Com isso, o reconhecimento por meio da linhagem materna foi derrubado, instituindo-se o direito hereditário masculino à herança. Ainda assim, para garantir que o patrimônio paterno fosse herdado pelos filhos naturais, ou biológicos, era preciso instituir a paternidade inquestionável.

Surge então a família patriarcal e monogâmica, fundada sob o domínio masculino, cujo principal objetivo era assegurar a fidelidade e a subserviência da mulher. Esse processo originou, segundo Engels (2019), o primeiro antagonismo de classe, entre o homem e a mulher no casamento monogâmico, e a primeira opressão de classe, com a opressão do sexo feminino pelo masculino.

A derrubada do direito materno representou a derrota do sexo feminino no plano da história mundial. O homem assumiu o comando também em casa, a mulher foi degradada, escravizada, tornou-se escrava do desejo do homem e mero instrumento de procriação. Essa posição humilhante da mulher, que aflora principalmente entre os gregos do período heroico e, mais ainda, do período clássico, foi gradativamente floreada e dissimulada e, em parte, revestida de formas atenuadas; mas de modo algum foi eliminada. O primeiro efeito da recém-fundada autocracia dos homens manifesta-se na forma intermediária da família patriarcal que então emerge. (Engels, 2019, p. 75).

Os ideais e práticas patriarcais predominantes na Idade Antiga, então, encontraram solo fértil para sua manutenção e expansão também na Idade Média, em razão da hegemonia de valores éticos cristãos. Nesse período, aprofundou-se o já longo processo de exploração e sujeição, principalmente por meio do controle do corpo e da sexualidade feminina. (Attuati *et al.*, 2016).

De cunho religioso, a justificativa para a inferiorização das mulheres partia da culpabilização de Eva pela expulsão do paraíso, relacionando então o pecado como um estado natural do sexo feminino. (Attuati *et al.*, 2016). Desse modo, a mulher, que era considerada culpada de todos os males, deveria submeter-se à tutela medieval masculina, a fim de garantir o controle social.

Não obstante, nessa época o corpo feminino era envolto por tabus, sobretudo relacionados à sua constituição biológica e diferentes funções, como gestar e parir. Tais diferenças originaram diversas interpretações sobre o que “ocorria” com a mulher, novamente produzindo uma associação entre o sexo feminino e o *mal*. Logo, as concepções misóginas atreladas às questões religiosas potencializaram o julgamento e punição de mulheres que desafiavam os papéis de subserviência impostos na Idade Média. (Esquinsani; Dametto, 2017).

Diante disso, durante a “Santa Inquisição”, que durou do século XII até meados do século XVII, a violência contra a mulher, quando por motivações religiosas, foi naturalizada e endossada. A partir da publicação do livro *Malleus Maleficarum*, em 1486, que ficou conhecido como o “Manual dos Inquisidores”, milhares de mulheres foram perseguidas, torturadas e mortas pela Igreja Católica por conta de suas escolhas, costumes e sexualidade. (Silveira, 2016).

Em sua extensa obra, *Calibã e a Bruxa*, Federici (2017) ressalta que embora não seja reconhecida, a caça às bruxas foi um dos marcos mais importantes no desenvolvimento da sociedade capitalista e na formação do proletariado moderno. Segundo ela, a caça às bruxas alcançou seu ápice em meados de 1580 a 1630, época em que o feudalismo gradativamente substituiu suas relações por instituições econômicas e políticas características do capitalismo mercantil.

A então perseguição perpetrada contra àquelas consideradas *bruxas*, que eram majoritariamente camponesas, impactou a capacidade de resistência do campesinato europeu frente às investidas da aristocracia latifundiária e do Estado, promovendo a desintegração da comunidade camponesa a partir da expropriação das terras, aumento dos impostos e extensão do controle estatal sob todos os

aspectos da vida social. (Federici, 2017).

Sendo assim, a caçada violenta empreendida contra as mulheres durante esse período de transição relacionou-se diretamente com o estabelecimento de novos meios de produção, cujas bases foram fundamentadas em processos escravistas, coloniais e de exploração e dominação dos saberes e corpos femininos. (Breda, 2017).

A caça às bruxas aprofundou a divisão entre mulheres e homens, inculcou nos homens o medo do poder das mulheres e destruiu um universo de práticas, crenças e sujeitos sociais cuja existência era incompatível com a disciplina do trabalho capitalista, redefinindo assim os principais elementos da reprodução social. Neste sentido, de um modo similar ao ataque contemporâneo à “cultura popular” e ao “Grande Internamento” de pobres e vagabundos em hospícios e *workhouses* [casas de trabalho], a caça às bruxas foi um elemento essencial da acumulação primitiva e da “transição” ao capitalismo. (Federici, 2017 p. 294).

Na gênese do capitalismo, portanto, o *sequestro* da capacidade reprodutiva feminina cumpriu função central no processo de acumulação primitiva do capital, pois as mulheres eram produtoras da mercadoria mais importante à época: a força de trabalho. (Ramos, 2020). Não teria sido possível, então, a instituição do modo de produção capitalista se não houvesse força de trabalho numerosa e disponível. Para que isso tenha ocorrido, a exploração do corpo e da sexualidade das mulheres foi fator decisivo.

Para além da capacidade reprodutiva, o capitalismo também usurpou as terras - e as atividades de subsistência nelas desenvolvidas - das camponesas. Conforme Souza (2015), afastadas do labor no campo e do trabalho assalariado, as mulheres foram relegadas a tarefas domésticas que não impactavam, a priori, na sobrevivência da família, criando então uma forma de dependência econômica. Desse modo, percebe-se a existência de uma relação simbiótica entre o capitalismo e o patriarcado, pois “se antes da industrialização todos dependiam da terra, com o advento da industrialização mulheres e crianças passam a depender do homem” (Souza, 2015, p. 479).

Entretanto, o amadurecimento do capitalismo, que ganhou força com a Revolução Industrial, passou a exigir a inserção feminina no processo produtivo, a fim de garantir a expansão do capital. Essa incorporação, porém, precisou ser conciliada às atividades domésticas já exercidas pelas mulheres, culminando então em duplas ou triplas jornadas de trabalho. (Nascimento, 2016).

Em vista disso, se por um lado o ingresso no espaço produtivo de forma remunerada²² foi uma conquista para as mulheres, por outro permitiu que o capitalismo ampliasse ainda mais a exploração de sua força de trabalho. (Nascimento, 2016). Logo, essa nova realidade social propiciou o surgimento de reivindicações e lutas organizadas acerca dos direitos das mulheres, como o direito ao voto e à participação na política, conquistados em 1932 no Brasil, e à igualdade jurídica, alcançada em 1988 por meio da Constituição Cidadã.

Contudo, apesar do reconhecimento desses direitos, as mulheres seguem socializando e sendo socializadas em um *capitalismo patriarcal*, que as condena à condição de "Outro"²³ (Beauvoir, 2009) e, no caso das mulheres negras, à posição de "*Outro do Outro*" (Kilomba, 2019).

As mulheres brancas têm um status oscilante, como o eu e como a "Outra" dos homens brancos porque elas são brancas, mas não homens. Os homens negros servem como oponentes para os homens brancos, bem como competidores em potencial por mulheres brancas, porque são homens, mas não são brancos. As mulheres negras, no entanto, não são brancas, nem homens, e servem, assim, como a "Outra" da alteridade. (Kilomba, 2019, p. 191).

Nesse contexto de isolamento total, o suicídio é o retrato "perfeito" da desqualificação do *eu* - no caso, o *eu* de mulheres negras -, sintoma e consequência mais grave de um processo de não existência diante de um sistema político e econômico cujas bases, para além do patriarcado, também se alicerçam no racismo. (Kilomba, 2019).

Cabe destacar que, globalmente, o suicídio está entre as principais causas de óbito em mulheres adultas. (OMS, 2009a). Segundo o documento "*Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã*", produzido pela OMS (2009a), o relato de sofrimento psíquico é mais comum às mulheres pobres do que às mulheres ricas. Mesmo assim, ambos grupos sofrem com a falta de acesso aos tratamentos especializados, seja pela condição financeira, seja pelo estigma e preconceito que cerca a busca por atendimentos em saúde mental.

Desse modo, considerando dados epidemiológicos de saúde mental, também

²² Frisa-se a palavra *remunerada*, pois muito antes do ingresso formal no mercado de trabalho, mulheres, principalmente mulheres negras, já participavam dos espaços produtivos, seja na forma de exploração do trabalho doméstico, seja na forma de exploração da mão de obra escravizada.

²³ Expressão cunhada por Simone de Beauvoir (2009, p. 17) ao descrever que "o homem é o Sujeito, o Absoluto; ela é o Outro".

é possível observar diferenças na frequência e incidência de transtornos mentais sob a perspectiva de gênero. As mulheres, em comparação aos homens, estão mais propensas ao desenvolvimento de transtornos depressivos, ansiosos e síndromes relacionadas ao estresse, em decorrência de inúmeros fatores, como: violência de gênero; desemprego e baixa renda; quando empregadas, elevada carga laboral associada à menores salários; sobrecarga relacionada ao cuidado com filhos e/ou familiares, entre outros. (Zanello, 2014; Leite, 2017).

Da mesma forma, mulheres que fazem uso de drogas lidam com as consequências de romper com o estereótipo da feminilidade associado à passividade, ao cuidado doméstico e ao recato, vivenciando uma condenação de base moral - e por vezes também legal - interseccionada com questões de gênero, raça/etnia, classe social e adoecimento mental. (Sharma, 2017).

Ademais, dentre os aspectos multifatoriais que agem como potenciais adoecedores, evidencia-se também o processo de gestação e maternagem, haja vista que o nascimento de um filho traz mudanças de ordem física, hormonal e psíquica que são significativas à vida e ao cotidiano da mulher.

Para além das mudanças ocorridas a partir da gravidez, o estigma associado às mulheres que fazem uso de drogas durante a gestação *per se* pode destacar-se como agente potencializador de sofrimentos, considerando que espera-se (e cobra-se) que *todas* as mães se adequem a um ideal de perfeição, no qual a mulher deve ser capaz de enormes sacrifícios em nome do amor materno, como atender a todas as necessidades do bebê de forma compreensiva, equilibrada, acolhedora e feminina em tempo integral, consagrando-se assim como uma *boa mãe*.

Porém, quando não consegue fazê-lo, ou quando não consegue manter-se abstinente, a mulher pode experimentar o início e/ou o aumento de sensações e sentimentos de ansiedade, culpa, raiva, vergonha e autodepreciação. (Moura; Fernandes; Apolinário, 2011). Em vista disso, a associação entre ser uma boa mãe - de acordo com o que prega e exige a sociedade patriarcal - e ao mesmo tempo fazer uso de drogas, parecem opostas.

Contudo, a maternidade e a maternagem também podem ser fatores de proteção associados à diminuição do uso de drogas durante a gestação e amamentação. Conforme Rigo *et al.* (2020), em estudo transversal realizado em Belo Horizonte com 198 gestantes, o consumo de drogas caiu pela metade durante o período gestacional, fator que revela uma preocupação dessas mulheres quanto

aos riscos fetais e maternos associados ao uso prejudicial de psicoativos.

Diante disso, é possível perceber que as diversas formas de exploração, opressão, desigualdade e violência gestadas no seio dessa estrutura perversa atingem e prejudicam severamente a saúde física e mental das mulheres. Logo, dar visibilidade aos percalços e resistências relacionados às diversas formas de *ser mulher* e *ser mãe*, identificando os aspectos históricos, sociais, políticos, econômicos e culturais associados à agudização do sofrimento psíquico e o uso de drogas, objetiva promover e fortalecer uma perspectiva integral e humana frente às expressões da Questão Social²⁴ no campo da saúde mental e no ambiente das maternidades.

2.4 “Moça, eu vou sair daqui com o meu bebê?”: quando o direito à maternagem é sequestrado pelo Estado

De acordo com Jorge *et al.* (2022), a prática de sequestro de bebês foi estabelecida ainda durante o Brasil Colônia, em meados do século XVI. Segundo os autores, as mulheres indígenas, além de violentadas e escravizadas pelos colonizadores, também tiveram seus filhos sequestrados. As crianças, apartadas de seus vínculos culturais, religiosos, étnicos e familiares, eram capturadas com vistas à catequização²⁵ por padres e missionários. (Petek, 2020).

A partir do século XVII, com o tráfico de escravizados negros, mulheres negras e seus filhos também passaram a sofrer com essa prática. Com o propósito de amamentar as crianças brancas filhas de senhores de escravizados, as amas de leite eram separadas de seus filhos, que eram vendidos para a escravidão ou entregues às instituições de caridade da época. (Jorge *et al.*, 2022).

²⁴ A gênese da Questão Social é o conflito entre capital-trabalho, cujas múltiplas expressões (pobreza, desemprego, precarização do acesso aos serviços públicos, violência etc.) repercutem de diferentes formas na vida da população (Badaró, 2013). Segundo Yazbek (2018), a Questão Social e a desigualdade são elementos estruturantes da sociabilidade capitalista. A primeira pode se reformular e redefinir ao longo dos anos, mas deve permanecer essencialmente a mesma, por tratar-se de uma questão estrutural, indissociável das relações capitalistas. Já Iamamoto (2001, p. 17) pontua que a Questão Social expressa “disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características étnico raciais e formações regionais, colocando em causa as relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder estatal”.

²⁵ Conforme Petek (2020), estão disponíveis em acervo da Biblioteca Digital Luso-Brasileira três cartas que informam a captura de crianças indígenas aos governadores de capitanias de São Paulo entre 1771 e 1772. A publicização desses documentos históricos enseja pensarmos no papel social da criança indígena na sociedade escravista brasileira.

Já no século XIX, com o advento dos hospitais psiquiátricos, mulheres internadas com ou sem sofrimento mental foram separadas compulsoriamente de seus filhos (Jorge *et al.*, 2022). Sobre isso, Cardoso *et. al* (2020) evidenciam ter sido comum a perda do poder familiar de filhos menores de idade, nascidos antes ou durante a internação de suas mães em manicômios. Os autores também ressaltam que o encaminhamento dessas crianças para a adoção, muitas vezes era realizado pelos próprios funcionários do hospital no ato da internação.

Para ilustrar a violência presente nas práticas de separação compulsória, Cardoso *et. al* (2020) narram a história de diversas mães consideradas *loucas*, que foram apartadas de maneira traumática de seus filhos. Dentre as *mães loucas* encontra-se Márcia, que atualmente reside em um Serviço Residencial Terapêutico²⁶. Sobre a sua trajetória, os autores relatam:

Após o nascimento de Lucas, ela foi expulsa de casa com o seu filho nos braços. Passou a morar nas ruas e, devido ao frio e às chuvas, a criança “pegou pneumonia”. O juiz “tomou” Lucas, que ficou sob os cuidados de uma freira. Márcia voltou às ruas, “*subindo e descendo com a manta nos braços, com os seios vazando leite, caminhando e chorando*”. (Cardoso *et. al*, 2020, p. 1111, grifos meus).

Márcia não se recorda a época, nem a idade que tinha, mas ao ser encontrada vagando pelas ruas foi confinada em um hospital psiquiátrico. Durante os anos de internação, Márcia teve a possibilidade de maternar usurpada de sua história ao ser esterilizada sem seu consentimento. Diante disso, os autores destacam o papel do Poder Judiciário, da Igreja Católica e da Medicina no agenciamento das violências sofridas por Márcia, tendo em vista que a determinação da laqueadura compulsória, seu procedimento cirúrgico, bem como a adoção de seu filho foram orquestrados por um juiz, um médico e uma freira, respectivamente. (Cardoso *et. al*, 2020).

A prática de internação e isolamento compulsório também foi comum à política de controle de hanseníase no Brasil, durante grande parte do século XX. De acordo com Almeida *et al.* (2012), a partir do diagnóstico de hanseníase, as mães eram recolhidas em hospitais colônias e os filhos recém-nascidos imediatamente transferidos aos preventórios²⁷, a fim de conter a disseminação da doença.

²⁶ Serviço integrante da Rede de Atenção Psicossocial para atender necessidades de moradia de pessoas com transtornos mentais graves. (Brasil, 2011).

²⁷ Os preventórios funcionavam como uma espécie de orfanato, destinado exclusivamente aos filhos de pacientes com hanseníase. (Almeida *et al.*, 2012).

Já Reina (2019) revela o sequestro de crianças no período da ditadura militar, por pessoas ligadas às Forças Armadas Brasileiras. Conforme o autor, embora o Estado brasileiro negue a prática, se tem registros de dezenove sequestros ocorridos durante as gestões dos generais-presidentes Emílio Garrastazu Médici e Ernesto Geisel. Dos dezenove casos identificados, onze estavam ligados à guerrilha do Araguaia e ocorreram entre os anos de 1972 e 1974, sendo que as vítimas eram filhos de militantes e camponeses que aderiram à resistência contra o regime ditatorial.

Contudo, Jorge *et al.* (2022) apontam que nas décadas de 1980 e 1990, a luta pela redemocratização do país, bem como o impacto dos movimentos sociais em prol dos direitos humanos, arrefeceu as práticas de separação compulsória engendradas em instituições totais. É nesse cenário, portanto, que diversas legislações, políticas públicas e programas sociais em prol da proteção e garantia de acessos aos direitos sociais de segmentos populacionais como mulheres e crianças e adolescentes foram ratificados e passaram a ser implementados.

Nesse sentido, para além da Constituição Federal de 1988, que incluiu a proteção à maternidade e à infância como direitos sociais, também destaca-se a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984. De acordo com Dalpiaz e Oliveira (2020), a formulação do PAISM foi considerada como um avanço na atenção integral à saúde das mulheres, pois deu destaque à prevenção e tratamento de agravos à saúde em todos os ciclos da vida, para além do período da gestação e puerpério.

Em relação à proteção das crianças e adolescentes, enfatiza-se a aprovação da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que cria o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O ECA visou regulamentar o Art. 227º da Constituição Federal, que ratifica as crianças e adolescentes como sujeitos de direitos que demandam proteção integral e prioritária por parte da família, sociedade e do Estado. (Brasil, 1990). Mais recentemente, também houve a promulgação da Lei nº 13.257, de 08 de março de 2016, que dispôs sobre as políticas públicas para a primeira infância. (Brasil, 2016b).

Em relação à saúde materno-infantil, em 2000 foi lançado o Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento (PHPN), que tinha por objetivo assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade à assistência obstétrica e neonatal, bem como sua organização no âmbito do SUS. (Brasil, 2000).

Já no ano de 2011 foi instituída a Rede Cegonha, que visou a implementação de uma rede de cuidados, no âmbito do SUS, que assegurasse às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério, bem como garantisse às crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis. (Brasil, 2011).

Em 2016, foi lançada a Nota Técnica Conjunta n. 001/2016, elaborada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e Ministério da Saúde (MS), que dispôs sobre diretrizes e fluxograma para a atenção integral à saúde das mulheres e das adolescentes em situação de rua e ou usuárias de crack/outras drogas e seus recém-nascidos. (Brasil, 2016a).

Todavia, apesar dos avanços no campo legislativo e das políticas sociais, conforme abordado anteriormente, em meados dos anos 2000 a retirada de bebês filhos de mulheres em situação de vulnerabilidade social, com histórico de uso de drogas e/ou trajetória de rua, voltou a ser determinada pelo poder público com frequência, por meio de decisões do Ministério Público e Poder Judiciário. (Jorge *et al.*, 2022).

Desse modo, cabe destacar que as mulheres que fazem uso de drogas, principalmente àquelas que estão em situação de vulnerabilidade social e durante o período gestacional, carecem de políticas públicas que atendam às suas reais necessidades. (Dalpiaz; Oliveira, 2020). Comumente, pela ausência de proteção social e/ou rede de apoio, essas mulheres perdem a guarda dos filhos por meio de medidas que focam exclusivamente na proteção da criança e penalizam a mulher por seu modo de vida, haja vista os diversos estigmas e preconceitos associados ao uso de drogas frente ao ato de gestar e maternar. (Bolzan, 2016).

As mulheres que fazem uso de drogas estão mais expostas aos estigmas sociais do que os homens, justamente pelos papéis de gênero atrelados a elas, sua função de ser mãe, esposa e cuidadora da família, atividades que são consideradas incompatíveis com o ato de consumir drogas. Em consequência disso, as mulheres que consomem drogas passam a ser julgadas como promíscuas, amorais e incapazes de cuidar da família e dos filhos. (Bolzan, 2016, p. 60).

Dessa forma, ocorre um paradoxo que se pode considerar de natureza ética e legal, uma vez que tanto a proteção dos direitos da criança e do adolescente, quanto o direito à maternagem são complementares e irrefutáveis. A desconsideração desta premissa, quando outorgada pelo Estado, impõe aos

profissionais o dever de notificar o nascimento de filhos de mulheres usuárias de drogas ao Poder Judiciário, situação que por muitas vezes repercute no acolhimento compulsório desses bebês.

Rosato (2017) compreende isso como uma violência estatal contemporânea, que não avança na garantia de direitos à infância e juventude, embora seja interpretada como medida de cuidado e proteção. Outrossim, essas recomendações são direcionadas principalmente às maternidades públicas, visando majoritariamente mulheres pobres e em situação de vulnerabilidade social, consideradas como *mães inadequadas*.

Ou seja, a caracterização de *mães insuficientes* parte da desumanização de mulheres, uma vez que estabelece atributos impossíveis de serem alcançados em sua totalidade, ao passo em que exclui a ocorrência de fenômenos cada vez mais comuns, como o sofrimento psíquico e o uso de drogas. Sobre isso, Fávero (2018, p. 64) ressalta que:

Vivem a realidade que lhes é possível, e nota-se, pelas respostas, que alguns profissionais que atuam no Judiciário, de variadas áreas, por vezes parecem exigir mudanças sem buscar compreender ou pensar junto com elas o que é viável a partir de sua realidade.

Logo, os *estigmas*, que não necessariamente precederiam características más, passam a ser usados em referência a atributos profundamente depreciativos, por meio de uma linguagem de relações. (Goffman, 1981). Assim sendo, os estigmas revelam identidades deterioradas que representam algo prejudicial e nefasto e que deve ser evitado (Siqueira; Cardoso, 2011), como a efetivação da maternagem frente ao uso de drogas.

Essas formas de violência simbólica, calcadas numa lógica disciplinar e punitiva, são estimuladas pela hierarquização existente na relação profissional-paciente, comum às instituições hospitalares. Portanto, ao assumir uma organização hierárquica, com regramentos de condutas, bem como imposições ou punições que estão atreladas aos modos de vidas das mulheres, as maternidades públicas passam a incorporar características de instituições totais, principalmente quando há elementos de *loucura* ou *transgressão* associados à mulher.

Para Goffman (1974, p. 11), as instituições totais podem ser definidas como “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período

de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”. Em seu livro “*Manicômios, prisões e conventos*”, as instituições totais são categorizadas a partir de cinco agrupamentos, adicionando orfanatos e quartéis àquelas elencadas e escolhidas como título da obra.

Desse modo, o autor afirma que toda e qualquer instituição possui tendência ao *fechamento*, impondo barreiras físicas ou simbólicas com o objetivo de segregar os internos do contato com o mundo exterior. No entanto, algumas organizações são mais fechadas do que outras, sendo que as instituições totais partem de uma noção radical de fechamento. (Goffman, 1974).

Com base nessas conceituações pode parecer estranho relacioná-las às maternidades públicas, haja vista que apesar da *mutilação do eu* (Goffman, 1974, p. 27) expressa pela descaracterização das mulheres durante a internação, bem como pelo conjunto de regras e normas comuns a qualquer instituição hospitalar, o caráter *total* das instituições está representado, no imaginário comum, principalmente por meio de barreiras físicas, como “portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos”. (Goffman, 1974, p. 16).

Contudo, sabe-se que não existem fossos, florestas e nem pântanos circundando as maternidades públicas. Pelo contrário, embora com consequências concretas e palpáveis, a violência simbólica e as práticas disciplinadoras e punitivas perpetradas nesses espaços não operam através de barreiras físicas, mas sim a partir de idealizações estigmatizantes disfarçadas de *ciência* e cuidado em saúde.

Sob a autoridade hegemônica de domínio e regulação dos atos humanos a serviço do Estado, a ciência fundamenta-se essencialmente na medicalização da vida, sob a égide do poder de ordenar, enquadrar, restringir e dominar as particularidades, as singularidades do existir. (Lansky, 2018, p. 196).

Como exemplo desse processo, testes toxicológicos passaram a fazer parte dos exames de rotina em maternidades públicas. O teste toxicológico é realizado na urina e é oferecido à gestante após sua admissão na maternidade, com o objetivo de identificar a presença de duas substâncias psicoativas no corpo da mulher: THC (maconha) ou COC (cocaína/crack). O resultado do teste toxicológico em conjunto com determinados *marcadores sociais*, por meio da intervenção da equipe de saúde, poderão modificar permanentemente o destino do binômio mãe-bebê.

Nesse cenário, a desconstrução do ideário de *mãe perfeita*, cujo amor

materno é incondicional, se choca com a realidade apresentada: mulheres com trajetórias permeadas por violências, violações e privações que possuem o desejo e o direito de maternar. *Mas será que possuem capacidade?*

Esse questionamento poderá ser o desencadeador de uma série de processos estigmatizantes, a depender das posições ideológicas, crenças e/ou preconceitos carregados pelos profissionais de saúde que prestam atendimento nas maternidades públicas. Sobre essas pré-concepções, Goffman (1981, p. 5) afirma que a “sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias”.

Portanto, para o autor, o processo de estigmatização inicia quando a pessoa é apresentada a um estranho e a partir da identificação dos primeiros aspectos, são previstas a sua categoria e seus atributos, criando no imaginário sua “identidade social”. Baseando-se então nessas pré-concepções, que podem estar calcadas em convicções pessoais ou senso comum²⁸, as expectativas normativas transformam-se em exigências. (Goffman, 1981).

Nesse sentido, os processos disciplinadores, punitivos e isolacionistas reproduzidos nos manicômios, oriundos desse caráter *total* e embasado nos estigmas que perseguiram os *loucos*, acarretavam às mulheres internadas o afastamento imediato de seus bebês após o nascimento. Porém, mesmo com a derrocada dos manicômios enquanto espaços físicos, maternidades públicas podem ter incorporado para si os processos característicos desses espaços quando confrontadas com situações de uso de drogas mescladas à “vulnerabilidade social²⁹”. Diante disso, para que o direito de maternar se efetive, é preciso antes passar pelo crivo da equipe de saúde dessas instituições. Mas como é possível julgar a capacidade de uma mulher maternar em apenas 48 horas!?³⁰.

Em vista disso, é possível observar que as maternidades públicas se tornaram objeto de disputa e tensão entre diferentes saberes, perspectivas e

²⁸ Para Chauí (2000, p. 319), senso comum é uma opinião baseada em hábitos, preconceitos e tradições cristalizadas.

²⁹ A expressão está entre aspas por tratar-se de um termo polissêmico, que tem sido usado não mais apenas para descrever situações de exclusão ou falta de acesso aos mínimos sociais e às políticas públicas, mas para culpabilizar mulheres, entendendo a “vulnerabilidade” como uma falha individual da mãe, cuja exposição à pobreza, situação de rua, sofrimento psíquico ou uso de psicoativos pode vir a tornar-se um risco ao recém-nascido. (Musial; Marcollino-Galli, 2019).

³⁰ Tempo estimado para a alta de mulheres e recém-nascidos saudáveis.

desejos, nas quais, contudo, o pensamento hegemônico construído a partir da ideologia dominante de um sistema econômico e político de *controle*, tem encontrado um campo fértil para o seu desenvolvimento.

Ser mulher, ser pobre e ter algum sofrimento mental se mesclam aqui numa mistura funesta para a discriminação e o desinteresse pela sociedade, justificando ações de deslocamento do sujeito, do seu protagonismo e de sua autonomia, dos seus desejos. E a resposta é o isolamento, a alienação ou até mesmo a eliminação pela invisibilidade. Abafam e ignoram sua voz e sua própria existência. (Lansky, 2018, p. 197).

Indissociável do momento presente de “tempos sem brio” (Pereira, 2017), essas violações são naturalizadas, haja vista que ocorrem majoritariamente contra os segmentos populacionais mais invisibilizados e debilitados, aqueles sem poder de vocalização e reivindicação de suas demandas sociais, como as mulheres consideradas *loucas*, *perigosas* ou *inadequadas* para o cumprimento da função materna.

É fundamental, portanto, que esses processos sejam destrinchados e narrados, propiciando uma urgente e necessária reflexão - e, quem sabe, pequenas transformações - acerca da (re)produção de características e ações violentas, segregadoras e marginalizantes por parte do Estado, que têm prosseguido na separação compulsória de recém-nascidos, crianças e adolescentes de suas famílias por conta de supostos riscos atrelados ao julgamento moral frente ao uso de drogas.

Diante disso, faz-se necessário ouvir e *compreender* os relatos de exclusão e violência que permeiam a vida dessas mulheres, frutos do estigma e discriminação de uma sociedade repressiva que as julga como incapazes e inadequadas tanto para o convívio social, quanto para a gestação e o exercício da maternagem.

3 O “CONTO DA AIA³¹” E A VIOLÊNCIA QUE PERPASSA O CORPO FEMININO DO ROMANCE DISTÓPICO À REALIDADE SOCIAL

Neste capítulo vou realizar o momento relevante de apresentar e discutir os achados da pesquisa, e conforme exposto no percurso metodológico da pesquisa, frente às dificuldades enfrentadas para o acesso a informações documentais e entrevistas, percebeu-se a necessidade de realizar uma revisão bibliográfica sobre o assunto. Pois, até então, para além do referencial teórico e das entrevistas realizadas, grande parte da minha motivação e das hipóteses construídas e desconstruídas ao longo desta escrita fundamentavam-se em dados e vivências empíricas envolvidos pela minha experiência profissional em uma maternidade pública e os sentimentos e inquietações que essa vivência me despertou.

Diante disso, e conforme explicitado na introdução desta pesquisa, após a extensa leitura das sete obras que compuseram esta revisão bibliográfica, realizei o mapeamento desses dados e a sua classificação em categorias específicas e conjunturais do fenômeno. Cabe destacar que, para além da exposição e discussão dos achados encontrados a partir da revisão bibliográfica, o seguinte subcapítulo inicia com breve descrição do município de Bento Gonçalves/RS e do Centro de Referência Materno Infantil (CRMI). Em seguida, os resultados contemplam a trajetória das duas entrevistadas desta pesquisa, *Rose* e *Maria Amélia*, que residem no município supracitado e foram acompanhadas pelo CRMI.

Sendo assim, ressalto que os dados da revisão bibliográfica e das entrevistas foram costurados em uma linha teórica que contempla cinco categorias: *determinação social, experiências de vida, relação com a rede, judicialização da*

³¹ No romance distópico escrito por Margaret Atwood em 1985, os Estados Unidos, após sofrer um golpe de Estado, transformou-se em uma teocracia totalitária chamada “República de Gilead”. Baseada em ensinamentos do Antigo Testamento, as novas leis suspenderam os direitos civis e políticos da população. Quaisquer pessoas que não seguissem os preceitos bíblicos, como gays, lésbicas, transsexuais, prostitutas, adúlteros e opositores do regime eram executados e seus corpos exibidos em locais públicos. A sociedade de Gilead, portanto, passou a ser dividida em castas militares, religiosas e sexuais. A “nova elite” era formada por homens religiosos, militares de alto escalão e suas esposas. Contudo, acometidas por uma súbita esterilidade, as mulheres foram divididas entre esposas, “aias” e “não-mulheres”. As esposas eram mulheres inférteis, já casadas com os militares e religiosos da ordem “Filhos de Jacó”, que instauraram o regime militar-teocrático. As “aias” eram as poucas mulheres férteis, que foram obrigadas a viver como escravas reprodutoras para as famílias de elite. Ao darem à luz, as “aias” tinham seus filhos sequestrados e entregues para essas famílias. Já as “não-mulheres” eram mulheres inférteis que cometeram crimes contra a “conduta cristã” de Gilead ou mulheres férteis que se recusam a servir como “aias”. Como punição, eram designadas para colônias de trabalho forçado. (Moraes, 2017).

maternagem e violência estatal, visto que apesar de diferentes cenários, os relatos assemelhavam-se.

Cada fio que costura essas categorias, portanto, foi distribuído em histórias vistas em diferentes perspectivas, iniciando com *história vista de fora*, seguindo com a *história de dentro*, a *história compartilhada*, a *história vista de cima* e finalizando com a *história silenciada*. A inspiração para a construção desta senda surgiu do termo *history from below*, cunhado por Edward Palmer Thompson, historiador marxista britânico que na década de 1960, abordou a formação da classe trabalhadora na perspectiva dos próprios sujeitos. (Martinelli; Lima, 2021).

Conforme Martinelli e Lima (2021), em seus estudos sobre a classe trabalhadora inglesa do século XVII, Thompson dá vistas às “práticas cotidianas vividas socialmente pelos sujeitos de forma a identificar tensões e contradições, permanências e rupturas, resistências e revoltas”. (Martinelli; Lima, 2021, p. 21).

Desse modo, a seguir apresento os fios que tecem a malha social, econômica, cultural e moral que borda, pinta e ecoa, a partir de lágrimas, gritos, e sangue, as histórias de luta e resistência que permeiam o direito à maternagem frente ao uso de drogas. Esta apresentação terá três momentos para facilitar a exposição do seu conteúdo, momentos que não são independentes, mas extremamente articulados.

Como expressou Tonet (2018, p. 216), os pormenores, as formas de desenvolvimento e a conexão íntima são movimentos do processo de apreensão da realidade, em que se examina suas nuances e transformações permanentes, quando se captura as conexões presentes na “apreensão concreta da realidade concreta”. Assim, no primeiro momento vamos apresentar o território *lócus* da pesquisa e as histórias de vida das duas mulheres participantes; na sequência o subcapítulo intitulado “*Cinco notas a propósito da maternagem possível: resistências frente a máquina de moer gente*” dá início à exposição e discussão dos resultados; e por fim, o tópico “*Junto com meu peito, meu coração chorava de dor*”: a *história silenciada*”, contém sínteses analíticas.

3.1 As infames da história: ocupando territórios e socializando trajetórias

3.1.1 Caracterização do município de Bento Gonçalves/RS

Dentre os diversos municípios que serão citados na análise e discussão dos resultados, convém apresentar alguns dados sobre o município de Bento Gonçalves/RS, haja vista que tornou-se o *lócus* desta pesquisa. Bento Gonçalves/RS é um município situado na Serra Gaúcha, também conhecido como Capital da Uva e do Vinho. De acordo com o IBGE (2022), atualmente cerca de 123 mil pessoas residem na cidade.

Segundo o IBGE (2022), no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), que avalia dados relacionados à longevidade, acesso à educação e renda, a pontuação de Bento Gonçalves/RS é de 0,778, o que representa alto índice de desenvolvimento. No Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDESE), estudo promovido pela Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão do Rio Grande do Sul que analisa os indicadores associados à qualidade e acesso à saúde, educação e renda, o município recebeu pontuação de 0,834, sendo considerada uma cidade com alto grau de desenvolvimento. (JORNAL CIDADES, 2020, *online*).

A taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais é de 2,23%, enquanto o Rio Grande do Sul apresentou índice de 2,6% e o Brasil de 6,6%. (IBGE, 2010; AGÊNCIA BRASIL, 2020). Segundo o Plano Municipal de Saúde (2018-2021) (Bento Gonçalves, 2022), o salário médio mensal do(a) trabalhador(a) bento-gonçalvesense era de 3.1 salários mínimos, em 2015, e o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* da cidade era de R\$ 47.420.87 em 2014.

Por fim, de acordo com o Censo Demográfico de 2010, cerca de 93% da população de Bento Gonçalves/RS habita em zona urbana, enquanto 86% afirma ter acesso a saneamento básico adequado. No quesito raça/cor, cerca de 87% da população autodeclarou-se branca, 10% parda, 2% preta, 0,21% amarela e 0.08% como indígena. (IBGE, 2010).

O Centro de Referência Materno-Infantil (CRMI) de Bento Gonçalves/RS é um serviço especializado de saúde, de abrangência municipal e regional, vinculado ao SUS. Com equipe interdisciplinar, o serviço atua no acompanhamento de gestantes através do pré-natal de alto risco³², bem como realiza atendimentos de puericultura aos recém-nascidos, até completarem 2 anos de idade. Por esta sua

³² Os critérios de alto risco incluem cardiopatias, pneumopatias graves, nefropatias graves, endocrinopatias, doenças hematológicas, hipertensão, doenças neurológicas, psiquiátricas e/ou autoimunes, antecedente de trombose e/ou embolia pulmonar, ginecopatias, infecções sexualmente transmissíveis, hanseníase, tuberculose, uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, entre outras. (Brasil, 2022).

condição, foi o serviço de saúde municipal em que convidei as mulheres a participarem deste estudo.

Para além do acompanhamento do binômio mãe-bebê, o CRMI também é referência para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, assim como realiza testes rápidos para detecção de infecções sexualmente transmissíveis, atendimentos de planejamento familiar e vacinas conforme o calendário vacinal infantil.

Quanto ao pré-natal de alto risco, seguindo as orientações do Ministério da Saúde (MS), os quadros de transtornos psiquiátricos e/ou sofrimento grave e/ou persistente, assim como o uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas, são considerados intercorrências de alto risco durante a gestação e puerpério. (Brasil, 2022).

Diante disso, o CRMI realiza o acompanhamento de gestantes e puérperas que se enquadram nestes e/ou demais critérios de alto risco por meio de atendimentos com ginecologista, obstetra, psiquiatra, psicólogo(a), assistente social, enfermeiro(a), nutricionista e/ou técnico(a) de enfermagem.

Já os recém-nascidos filhos dessas mulheres são acompanhados em consultas de puericultura com pediatra até completar 2 anos de idade. Recém-nascidos com intercorrências, como prematuridade, suspeita de síndrome genética e/ou má-formação, asfixia perinatal, dentre outras, também são acompanhados pela equipe de saúde do CRMI. Para além do âmbito municipal, o CRMI atende os municípios da 5ª Coordenadoria Regional da Saúde³³ e realiza uma média de 130 atendimentos semanais. (Bento Gonçalves, 2023, *online*).

3.1.2 “*Eu carrego uma tristeza dentro de mim...*”: a história e trajetória de Rose

³³ Alto Feliz, Antônio Prado, Bento Gonçalves, Boa Vista do Sul, Bom Jesus, Bom Princípio, Campestre da Serra, Canela, Carlos Barbosa, Caxias do Sul, Coronel Pilar, Cotiporã, Esmeralda, Fagundes Varela, Farroupilha, Feliz, Flores da Cunha, Garibaldi, Gramado, Guabiju, Guaporé, Ipê, Jaquirana, Linha Nova, Monte Alegre dos Campos, Monte Belo do Sul, Muitos Capões, Nova Araçá, Nova Bassano, Nova Pádua, Nova Petrópolis, Nova Prata, Nova Roma do Sul, Paraí, Picada Café, Pinhal da Serra, Pinto Bandeira, Protásio Alves, Santa Tereza, São Jorge, São José dos Ausentes, São Marcos, São Vendelino, União da Serra, Vacaria, Vale Real, Veranópolis, Vila Flores e Vista Alegre do Prata. (Rio Grande do Sul, 2023, *online*).

Rose³⁴ nasceu em 1997 no interior do município de Bento Gonçalves/RS. Filha de um casal de agricultores, foi abandonada pela mãe ainda bebê, com cinco meses de vida. Criada pelo pai e pela avó paterna, retomou o contato com a mãe aos 11 anos. À época, a genitora de Rose já não morava mais no interior e também não trabalhava mais com agricultura.

Ao sair do interior e conhecer a cidade, Rose se deslumbrou. Contudo, apesar do deslumbramento inicial, a vida de Rose na companhia da mãe e do padrasto foi permeada por situações de violência física.

Tive bastante sofrimento com a minha mãe por causa do meu padrasto, que ela dizia que eu saía com o meu padrasto, enfim, sabe... aquelas coisas. Tive tentativa de homicídio com a minha mãe, ela me batia bastante, sabe? Judiava bastante.

Uma semana antes de completar 15 anos, Rose sofreu uma tentativa de homicídio perpetrada pela mãe³⁵ e foi encaminhada à Unidade de Pronto Atendimento (UPA), onde Rose descobriu que a genitora já havia sido internada por questões psiquiátricas diversas vezes. Frente à situação, a equipe de saúde acionou o Conselho Tutelar e ao receber alta no mesmo dia, após sutura dos ferimentos, Rose foi levada para uma instituição.

Eles acionaram o Conselho [Tutelar], enfim, daí fui pro albergue e tal. Foi numa sexta. Daí no sábado de manhã meu pai foi lá e me tirou, aí eu não pude mais voltar com a minha mãe.

Apesar de ter voltado a morar com o pai no interior, Rose sentia falta de morar na cidade. Quando completou 16 anos, decidiu se emancipar. Emancipada, Rose voltou para Bento Gonçalves/RS e passou a morar com um namorado. Conseguiu um emprego como Jovem Aprendiz, era caixa de supermercado. Nessa época, Rose contava com o suporte do namorado e da sogra, porém, quando terminaram, após dois anos de relacionamento, Rose se viu sozinha novamente.

³⁴ O pseudônimo foi inspirado em Rosemeire Nogueira, ex-militante da Ação Libertadora Nacional (ALN). Rose atuava como jornalista quando foi presa em 1969. Mãe de um bebê de 33 dias, Rose foi ameaçada em relação à tutela de seu filho pelo delegado Sérgio Fleury, que afirmou que entregaria o bebê ao Juizado de Menores - atual Juizado da Infância e Juventude -. Ao prometer não resistir à prisão caso o filho fosse entregue aos familiares, Rose conseguiu convencê-lo a deixar o bebê sob os cuidados dos sogros. (MEMÓRIAS DA DITADURA, 2023, *online*).

³⁵ Neste momento da entrevista, Rose mostra as cicatrizes de faca que possui nas mãos e costas.

Aos 17 anos, então, Rose decide se demitir e passa a se prostituir. Trabalhando em casas noturnas, viajou para diversos estados, ainda adolescente. Também passou a usar álcool e cocaína com certa frequência.

Nesse meio tempo fui usuária de droga. Usei bastante cocaína, só, a única droga que eu usei, cocaína. [...] Passei todo esse tempo trabalhando na noite, enfim. [...] Já passei fome. Bah, sofri bastante, sabe? Mas pra mim foi um aprendizado. Hoje né, vi que pra mim foi um aprendizado. Eu viajei muito pra Santa Catarina, fui pra Manaus, sabe, eu fui pra boate de fora trabalhar sabe, eu era de menor ainda e trabalhava em boate.

Com 18 anos, Rose descobriu que estava grávida de sua primeira filha. A gestação não foi planejada. Neste período, inclusive, ela estava passando por um tratamento de saúde e lhe foi sugerida a realização de uma histerectomia, porém Rose não quis. A descoberta da gestação, no entanto, não foi bem recebida por Rose, que retornou para Bento Gonçalves/RS.

Sentindo-se culpada e deprimida, Rose fez três tentativas de suicídio ao longo da gestação. Por conta do histórico de saúde mental e uso de drogas, Rose foi encaminhada para o pré-natal de alto risco do CRMI.

Quando completou oito meses de gestação, Rose foi atendida por uma ginecologista, que solicitou que ela fosse avaliada por um psiquiatra. A partir da avaliação, permaneceu internada até o parto.

Daí chegou um certo ponto que eu tava com oito, nove meses acho que foi, e aí me abaixaram o hospital, né? Fui consultar com o psiquiatra, a doutora né? Com a minha ginecologista e ela pediu pro psiquiatra me avaliar e o psiquiatra achou que eu tava... que eu não tava em condições mais de viver minha vida sozinha, sabe? Tipo, ali na minha gestação.

Rose, então, permaneceu durante esse um mês internada, acompanhada de uma tia paterna. A indução do parto de sua primogênita iniciou numa quinta-feira, porém Rose só deu à luz na segunda-feira, após uma cesariana.

Sofri muito, muito, muito mesmo. [...] Eu não conseguia, ou ia ser eu ou a nenê. Tipo uma das duas ia sobreviver, sabe? Porque se eu tentasse parto normal, eu não tinha mais força... Não tinha, imagina, eu fiquei da quinta até na segunda-feira. Eu não podia nem beber tipo, não podia tomar nada grosso tipo, era só suquinho, gelatina, sabe? Só isso ali que eu podia comer até na segunda, então tu pensa como é que eu estava, né? Daí, na segunda-feira de noite eu ganhei ela, foi tipo.. tem gente que diz que dói injeção, mas eu acho que de tão tipo assim... dolorida que eu tava, de tão sabe... eu nem senti. Não senti nada, nada, nada.

Após o parto, Rose permaneceu mais dez dias internadas junto da filha, sendo novamente avaliada por um psiquiatra. A equipe de saúde estava com receio de que Rose desenvolvesse depressão pós-parto, o que não ocorreu. À época, Rose estava sem usar cocaína desde a descoberta da gestação e o uso de drogas não foi abordado pela equipe durante a internação, apenas no acompanhamento do CRMI.

Algumas semanas após receber alta, Rose começou a trabalhar em uma empresa de *fast food*. Ganhando um salário mínimo, não conseguia pagar aluguel sozinha. Por conta disso, decidiu deixar a filha sob os cuidados da mesma tia que a acompanhou durante a internação. Sua filha tinha cerca de cinco meses.

Com isso, Rose passou a se prostituir novamente, viajando para diversos estados. Mandava dinheiro semanalmente para a tia paterna e quinzenalmente retornava para a cidade para ver a filha.

Longe da filha, Rose retomou o uso frequente de cocaína. Entretanto, após alguns meses, retornou para Bento Gonçalves/RS e começou a trabalhar em um salão de beleza. Sem querer repetir o abandono que sofreu de sua mãe, Rose decidiu que não ficaria mais longe da primogênita.

Eu decaí por causa da depressão. Tipo, por eu estar longe dela. Tipo, aí tu passa mil e uma coisa pela cabeça porque pelo fato do que eu passei, sabe? Do meu sofrimento. Daí eu botava na cabeça que eu não queria isso pra ela. Enfim. Aí consegui ir atrás, consegui um serviço, peguei ela de volta. Aí hoje ela está comigo, graças a Deus.

Um tempo depois, Rose iniciou um novo relacionamento. Em conjunto com o companheiro, planejou a segunda gestação. Contudo, por questões de desavença com a sogra, Rose e o companheiro se separaram enquanto ela ainda estava gestante. Nesta mesma época Rose passou a morar com um primo, que meses depois foi assassinado.

Em função disso, bem como de seu histórico de saúde mental, Rose foi encaminhada novamente para o pré-natal de alto risco do CRMI. Apesar desses acontecimentos, a gestação do segundo filho foi mais tranquila, assim como o parto.

Eu não sei se foi porque eu peguei um médico maravilhoso, que ele chegou pra mim na hora que ele me atendeu e disse assim: "eu vou te dar duas opções: ou eu te boto no soro e vamos parto normal ou pra cesárea" e eu falei pra ele: "ó doutor da minha filha foi assim e assim" e ele falou: "não, então vamos pra cesárea, aí eu vou te deixar em observação". Ele falou: "vou te dar um sorinho pra aliviar a tua dor. Eu tenho uma cesárea com

urgência. Quando terminar a cesárea creio que meio-dia tu já está na sala de cirurgia". Meio-dia guria, certinho, meio-dia eu entrei, meio-dia e sete o neném nasceu. Foi super rápido assim. Foi bem mais tranquilo, foi bem mais tranquilo. Toda vida.

Após o parto, Rose passou mais duas semanas internadas, desta vez por conta de uma infecção hospitalar. Após receber alta, seguiu cuidando de seus dois filhos, bem como seguiu sendo acompanhada pelos serviços de saúde do município.

Atualmente, Rose está trabalhando como diarista e tem feito cursos ligados à área da estética, pois tem o sonho de abrir um salão de beleza. Também tem o desejo de iniciar bacharelado em Psicologia, quando seus filhos estiverem mais velhos.

3.1.3 “Pegaram ela na creche. Eu fui buscar ela na creche ela não estava mais...”: a história de Maria Amélia

Maria Amélia³⁶ nasceu em 1989 no município de Erechim/RS. Quando tinha dois anos de idade, sua família mudou-se para Bento Gonçalves/RS, cidade em que permaneceu até a adolescência.

Aos 14 anos, Maria mudou-se para Santa Catarina com o pai. Lá, conheceu seu primeiro marido e casou aos 15 anos. Maria completou o ensino fundamental, mas desistiu dos estudos após o casamento. Casou tão cedo porque o pai queria voltar para o Rio Grande do Sul e ela não queria ficar longe do, até então, namorado. Desse relacionamento nasceram dois de seus filhos mais velhos.

Eu fui criada como qualquer criança é criada, normal. Estudei, aí depois casei, tive meus filhos tudo. Daí casei de novo.

Depois de se separar do companheiro, Maria Amélia, com cerca de 18 anos, se mudou novamente para o Rio Grande do Sul e passou a morar com a mãe, que a auxiliava no cuidado dos dois filhos. Nesse período, a sua filha mais velha, à época com 2 anos, foi acolhida após denúncia de que Maria Amélia fazia uso de drogas e

³⁶ Pseudônimo inspirado em Maria Amélia de Almeida Teles, ex-militante do Partido Comunista do Brasil (PCdoB). Presa em 1972, Maria Amélia foi torturada pelo coronel Carlos Alberto Brilhante Ustra na frente de seus dois filhos, que à época tinham 2 anos e 5 anos. Presa durante um ano e meio, foi impedida de ver seus filhos novamente até 1974, quando foi solta. (MEMÓRIAS DA DITADURA, 2023, *online*).

seria negligente com os filhos. A criança permaneceu em uma instituição até os 4 anos de idade e depois retornou para casa sob responsabilidade da mãe.

Quando a minha menina tinha dois anos que eu perdi ela pro albergue. Eu fui buscar ela na creche, ela não estava mais. Tinham levado ela pro albergue. Então ela ficou lá até completar quatro anos, que eu tive que fazer tratamento.

Em função do acolhimento da filha, Maria Amélia passou a ficar deprimida e fez uma tentativa de suicídio. Por conta disso, precisou fazer acompanhamento de saúde mental e uso de medicamentos controlados. Com o apoio da mãe, dois anos depois do acolhimento institucional Maria Amélia recuperou a guarda da filha.

Um tempo depois, Maria conheceu seu segundo marido e pai de seu terceiro filho. Porém, após cinco anos de relacionamento, o casal se separou. Nesse mesmo período, Maria Amélia descobriu que estava com câncer de mama e no colo do útero. Por conta disso, foi informada pelos médicos de que não poderia mais engravidar. Contudo, após o tratamento, Maria iniciou um novo relacionamento e engravidou.

Durante a gestação, entretanto, Maria sofreu um aborto espontâneo. Meses depois, engravidou novamente, de gêmeos, e sofreu outro aborto espontâneo.

Tive dois abortos. Eu enterrei quatro já. Tive gêmeos. Aí depois eu engravidei dele [referindo-se ao filho mais novo].

Na terceira tentativa, Maria conseguiu levar a gravidez de seu filho mais novo à termo. No entanto, o genitor a abandonou enquanto ainda estava gestando e quem assumiu a paternidade do caçula foi um novo companheiro.

Gestação tipo, todas as minhas são de risco. A última foi mais complicada tipo, o pai dele me abandonou, daí eu fiquei mais, né? Tipo, daí eu fazia o tratamento, porque eu faço tratamento até hoje na verdade, no psiquiatra, tomo remédio. Foi um pouco mais complicado daí depois com seis meses eu conheci esse que assumiu ele, tudo, aí nós ficamos dois anos junto, daí depois ele tentou me bater, daí a gente se separou.

Durante a gestação do filho mais novo, em função do histórico de saúde mental e uso pregresso de drogas, mais precisamente álcool e crack, Maria Amélia foi encaminhada para o pré-natal de alto risco do CRMI, seguindo com o acompanhamento após o nascimento do bebê.

Embora Maria Amélia tenha conseguido reverter a situação de acolhimento institucional de um de seus filhos, o mesmo não aconteceu com uma de suas irmãs. Por conta do histórico de uso de drogas e suposto envolvimento da família com o tráfico, uma das irmãs de Maria Amélia perdeu o poder familiar de um de seus filhos, enquanto outro ficou sob os cuidados da avó materna.

Atualmente, Maria não está trabalhando formalmente, pois cuida sozinha de seus filhos. Futuramente, planeja colocá-los em escolas de turno integral, a fim de que possa trabalhar. Maria também pretende terminar o ensino médio e almeja cursar o ensino superior, porém ainda não sabe qual curso.

3.2 Cinco notas a propósito da maternagem possível: resistências frente a máquina de moer gente³⁷

3.2.1 Determinação social e a tríade que faz a história ser vista de fora

Para compreender como a intersecção entre gênero, raça/etnia e classe social repercute em desiguais formas de exercer a maternidade e maternagem frente ao uso de drogas, faz-se necessário relacioná-la ao conceito de determinação social e à tríade que também compõe este estudo: maternidade, drogas e pobreza.

A conceituação de determinação social da saúde surge no final da década de 1970 na América Latina, por meio de um movimento de produção teórico-científica da corrente médico-social que passou a questionar o paradigma da doença, que era, até então, apreendida como um fenômeno biológico individual. (Garbois; Sodré; Araújo, 2017).

Embora com raízes latino-americanas, a crítica à abordagem médico-positivista da época perpassou fronteiras geográficas, evidenciada pela dificuldade de produção de novos conhecimentos que explicassem a relação de causalidade entre as principais enfermidades que emergiram nos países industrializados, como as doenças cardiovasculares e os tumores malignos. (Laurell, 1982; Garbois; Sodré; Araújo, 2017).

Inaugura-se, então, uma nova leitura do processo de saúde-doença, o qual reformula a natureza do adoecimento, que passa a ser visto como fenômeno

³⁷ Compreende-se a “máquina de moer gente” como expressão que revela as violentas disputas e contradições inerentes ao capital.

coletivo, com caráter histórico e social. (Laurell, 1982; Garbois; Sodré; Araújo, 2017). A noção de determinação social da saúde emerge, portanto, enquanto categoria analítica com referencial teórico delimitado, servindo de base conceitual e ampliando a discussão sobre a produção coletiva em saúde. (Garbois; Sodré; Araújo, 2017). Sobre isso, Souza (2020, p. 176), afirma que:

A determinação social da saúde, em linhas gerais, se estabeleceu como a forma de entender a saúde para além da seara biológica, mas apreendendo o caráter dialético que possui. No interior de uma relação indissociável entre aspectos biológicos e sociais (nestes, inclua-se aí aspectos culturais, políticos etc.), a saúde humana ganha seus contornos individual e coletivamente, transitando em vários níveis e de diversas formas, dependendo das relações sociais estabelecidas, em especial as relações sociais de produção.

Sendo assim, a determinação social da saúde parte da compreensão de que as relações sociais de produção e reprodução da vida são atravessadas pelas disputas e contradições inerentes ao capital. Esses conflitos, por sua vez, expressam-se em desiguais formas de viver, adoecer e morrer.

Embora os estudos que compõe a revisão bibliográfica desta pesquisa não tenham objetivado investigar essas desiguais formas de viver, adoecer e morrer, as sete obras analisadas demonstraram que, apesar de um grupo heterogêneo, alguns *marcadores sociais* influenciaram em desiguais formas de gestar, parir e criar - ou não ser permitido criar - seus filhos enquanto mulheres que fizeram e/ou fazem uso de drogas.

Nesse sentido, Rosato (2018) fez um resgate histórico da condição das mulheres negras escravizadas no Brasil. A autora, portanto, evidencia o relato de um médico que retratou a realidade das escravas amas de leite que tinham seus bebês retirados logo após o parto e colocados nas Rodas de Expostos³⁸ (Costa, 1983), comparando a prática, guardadas as devidas proporções históricas, com o acolhimento institucional e a suspensão do poder familiar em função do uso de drogas e/ou situação de rua.

³⁸ A Roda de Expostos, implementada no Brasil Colônia, consistia em um mecanismo no qual recém-nascidos eram “deixados” sob os cuidados de instituições de caridade. A roda, em formato de tambor, era embutida na parede e impedia que quem deixasse a criança fosse visto por quem a recebia. O Brasil foi o último país a abolir a Roda, que por mais de um século foi o único dispositivo de assistência às crianças abandonadas, sendo definitivamente extinta na década de 1950. (Souza, 2022). Segundo Karula (2012), os senhores utilizavam a Roda de Expostos para afastar os filhos das escravas amas de leite como uma estratégia para alugá-las a um preço mais alto.

A autora frisa que essa separação compulsória, à época orquestrada por senhores de escravizados, e no presente respaldada por profissionais e pelo sistema judiciário, costuma abarcar mulheres com as mesmas características como interlocutoras: negras e pobres.

Sobre isso, Rosato (2018) aponta que embora mulheres brancas e ricas também façam uso de drogas, sua pesquisa não identificou nenhum caso de mãe ou gestante de classe média ou alta³⁹ que tenha vivenciado essa separação. Também não constatou nenhum abrigo de bebês advindos de maternidades e/ou hospitais particulares em Belo Horizonte/MG e no estado de São Paulo, *lócus* de seu estudo.

Cabe destacar que são escassas as pesquisas realizadas com mulheres usuárias de drogas que pertencem às classes econômicas mais abastadas, já que a maior parte dos estudos brasileiros sobre a temática são realizados pelas áreas biomédicas, tendo como público majoritariamente homens oriundos das camadas populares e/ou em situação de institucionalização, como comunidades terapêuticas ou prisões. (Silva; Souza; Peres, 2021).

Dessa forma, inúmeras são as pesquisas que relacionam homens e mulheres pobres ao uso de drogas; baixa escolaridade; vínculos empregatícios volúveis e/ou inexistentes; rompimento e/ou fragilização dos vínculos familiares e vulnerabilidade social. Contudo, o uso de drogas por parte daqueles/as que estão no topo da pirâmide social e econômica não parece ser alvo de investigação e/ou intervenção, principalmente quando tratamos do direito à maternagem. Dito isso, Rosato (2018) salienta que mais do que a questão do uso de drogas em si, a decisão “técnica” e judicial de separar o binômio mãe-bebê está vinculada a um determinado perfil de mulheres.

Lansky (2018), cujo relato de experiência também motivou-se a partir da luta contra as normativas impostas pelo judiciário aos hospitais e maternidades públicas

³⁹ O conceito de classe não está presente nas estatísticas oficiais do IBGE. Surgiu, então, em 2015, o “Critério de Classificação Econômica do Brasil”, realizado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). O modelo estratifica as famílias com base em indicadores sociais (renda, número de posses e pertences, grau de instrução e acesso ao saneamento básico), em cinco categorias: A (renda média familiar de R\$21.827); B1 (R\$10.361); B2 (R\$5.277); C1 (R\$3.277); C2 (R\$1.966) e DE (R\$901). Cabe destacar que 75% dos brasileiros estão nas classes CDE, que são compostas majoritariamente por mulheres negras. (ABEP, 2022). Já a pesquisa de Salata (2015) aponta que, apesar de se identificarem como “classe média”, a maioria dos entrevistados não pertencia, de fato, às camadas estatisticamente intermediárias, como a “classe C”, mas sim às classes mais “abastadas” (camada AB). Para além do critério de renda, foi observado que essas pessoas possuíam nível superior de escolaridade, acesso a plano de saúde e atividades de lazer e cultura.

de Belo Horizonte/MG, corrobora os dados de Rosato (2018). A autora reafirma que as ações violentas e compulsórias são dirigidas às usuárias do SUS, pobres e em sua maioria negras. Pontua também que não apenas usuárias de drogas ilícitas foram vítimas desse afastamento compulsório, mas também gestantes e puérperas adolescentes e famílias ciganas. (Lansky, 2018).

Do mesmo modo, ambas as entrevistadas desta pesquisa também são usuárias do SUS e foram atendidas em maternidades públicas, sendo que Maria Amélia experienciou o acolhimento institucional de uma de suas filhas, enquanto Rose conseguiu manter a guarda de seus filhos mediante suporte familiar e acompanhamento longitudinal dos serviços de saúde.

Lansky (2018) ressalta que não foram registrados acolhimentos institucionais de bebês filhos de usuários de drogas lícitas e ilícitas de classes abastadas, mesmo em situações de violência intrafamiliar. Reflete que para essa população não há questionamentos, nem medidas judiciais. Não há atendimento com psicólogo, assistente social, encaminhamentos compulsórios à rede de saúde, assistência social e de proteção à criança e ao adolescente. Reitera que esses atos de intolerância não são apenas à pobreza, mas às diferenças sociais e culturais, sendo os filhos de mães negras e pobres pré-julgados ainda na infância como “futuros delinquentes” caso permaneçam com a família.

Já o estudo de Dalpiaz e Oliveira (2020), realizado na maternidade de um hospital público do município de Porto Alegre/RS, verificou que o uso prejudicial de *crack* por gestantes e puérperas estava associado à ausência de renda; baixa escolaridade; não acesso ao trabalho; precárias condições de moradia; desnutrição e má alimentação; situações de violência; não acesso aos serviços de saúde; desproteção infantil e fragilidade e/ou rompimento de vínculos familiares.

Os autores também apontam que a maioria das usuárias de *crack* atendidas eram mulheres negras (pardas e pretas); jovens (com idades que variavam de 20 a 44 anos); estavam em situação de rua; possuíam ensino fundamental incompleto; estavam desempregadas ou trabalhavam informalmente; não possuíam vínculo com a previdência social e não eram acompanhadas por serviços de saúde e/ou assistência social em seu território.

Dos vinte e sete prontuários analisados por Dalpiaz e Oliveira (2020), sendo três de gestantes, doze de puérperas e doze de recém-nascidos, constatou-se que apenas um bebê recebeu alta hospitalar junto da mãe sem a necessidade de

parecer judicial. Todas as demais situações foram enviadas ao Juizado da Infância e Juventude (JIJ) pelo Serviço Social do hospital. Após realização de audiência, quatro bebês receberam alta hospitalar sob a guarda dos pais; quatro receberam alta hospitalar sob a guarda de família extensa e quatro foram encaminhados ao acolhimento institucional.

Nesse sentido, retomo reflexão de Lansky (2018, p. 197) de afirmar que ser mulher pobre e ter algum sofrimento mental mescla-se em uma perversa mistura de discriminação e desinteresse, “justificando ações de deslocamento do sujeito, do seu protagonismo e de sua autonomia, de seus desejos”.

Nas pesquisas citadas até então, a resposta estatal frente ao uso de drogas foi a judicialização e a separação de bebês das mães mais vulneráveis, àquelas que, sem auxílio do Estado e sem vínculos familiares, não conseguem garantir os mínimos sociais nem a si próprias e nem aos seus filhos. (Dalpiaz; Oliveira, 2020). O Estado, portanto, ao dessassistir essas mulheres, opta por apartar mães negras e pobres de seus bebês negros e pobres que, se adotados por famílias com mais subsídios que suas famílias biológicas, não irão onerar o Estado no seu compromisso de garantir os direitos sociais e erradicar a pobreza.

Nessa perspectiva de desresponsabilização do Estado e responsabilização das famílias, muitas mulheres perdem a guarda de seus filhos. (Menandro; Garcia; Uliana, 2019). De acordo com o artigo “A perda da guarda de filhos: a voz das mulheres, mães e usuárias de drogas”, cujas participantes foram acompanhadas em um CAPS ad III situado na cidade de Vitória/ES, dentre os principais motivos associados ao acolhimento institucional de crianças no Brasil destaca-se a pobreza, principalmente quando associada a outros fatores, como o uso de drogas e/ou envolvimento com o tráfico. (Menandro; Garcia; Uliana, 2019).

O relatório “Diagnóstico nacional da primeira infância: destituição do poder familiar e adoção de crianças”, elaborado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), evidencia que as populações que chegam às Varas de Infância e Juventude em iminência de perder seus filhos são compostas, majoritariamente, por mulheres usuárias de drogas (principalmente de *crack*) e em situação de vulnerabilidade social, como exemplifica, a seguir, uma das psicólogas entrevistadas no estudo:

[...] muitos pais perdem seus filhos por uma questão de drogas. A rede pública de saúde é capenga. A gente sabe que vem sendo desmantelado ano após ano e acho que os últimos anos a situação está muito mais

evidente, muito mais séria. Então fica complicado pra eles [os pais sujeitos à ação de destituição de poder familiar] arranjam um bom tratamento, fica complicado pra eles entrarem em um mercado de trabalho formal. A gente tem uma questão aqui de pobreza muito séria! E aí eu acho que aí é que a gente falha nessa questão da atenção à primeira infância, porque se a gente não cuida dessas famílias, não têm saneamento básico, não têm acesso à educação, não têm acesso à saúde... vai acabar parando aqui [Vara da Infância e Juventude] cedo ou tarde [...]. (Brasil, 2022, p. 143).

A pesquisa ainda aponta que as decisões acerca da perda de guarda provisória e a destituição do poder familiar estão carregadas de “práticas morais”, a partir das quais os pais têm seus filhos destituídos por ações e/ou comportamentos perpetrados no passado. Ainda, essas deliberações emergem como o “mecanismo final” quando a rede não consegue atuar frente às violências, violações e vulnerabilidades sociais experienciadas pelas famílias. O acolhimento, portanto, acompanhado de posterior destituição apresenta-se, em muitos casos, como a solução plausível encontrada pelo Estado. (Brasil, 2022).

Nesse sentido, o Art. 4º do ECA atribui a efetivação dos direitos sociais da criança e do adolescente à família, comunidade, sociedade geral e ao poder público, bem como garante o direito à convivência familiar e comunitária, enquanto o Art. 23º ratifica que a carência de recursos materiais não constitui motivo suficiente para a perda ou suspensão do poder familiar (Brasil, 1990). Contudo, exclusivamente as famílias são responsabilizadas pelo cuidado de seus bebês, crianças e adolescentes e quando não conseguem provê-lo, mesmo que temporariamente, são punidas com o afastamento proposto pelo acolhimento institucional. (Menandro; Garcia; Uliana, 2019).

Compartilhando desta percepção, Rose afirmou durante a entrevista que foi “denunciada” ao Conselho Tutelar e que o serviço, junto de uma assistente social, compareceram em sua casa sem avisar. Durante a visita domiciliar, teriam solicitado que abrisse seus armários, para verificar se havia comida. À época, Rose estava inscrita no Cadastro Único, mas não era contemplada por nenhum benefício eventual ou de transferência de renda, como o Bolsa Família. Segundo ela:

Daí a assistente social veio bater lá na porta de casa. Só que eles vieram sem avisar. A primeira coisa que eles entraram em casa foi os balcão que eles olharam. Daí eles pediram pra nenê tirar a roupa, eles olharam a roupa da nenê, olharam tudo o corpo dela. Eu fiquei tipo assim, né? Aí depois ela explica a denúncia. Eu disse, “todo mundo que fala da minha vida não vem aqui na porta da minha casa perguntar se minha filha precisa de um pacote de fralda. Se ela precisa de um leite, se eu preciso de uma comida, ninguém vem. E vocês também não vem aqui perguntar se a gente precisa

de alguma coisa". Eu disse, porque nem o Bolsa Família eu consigo ganhar guria, sabe? Nem pra me ajudar, tipo assim, "ah vamos lá levar uma cesta básica", tipo assim. - ROSE.

Da mesma forma, Souza (2022) ressalta a tríade de fatores que fomenta a retirada de bebês de suas mães: loucura, drogas e pobreza. A autora destaca que na presença desses fatores, os filhos eram separados de suas mães sem que houvesse o devido processo legal, em muitos casos.

A autora também aponta o desrespeito aos princípios fundamentais do ECA, tendo em vista que os filhos de mães pobres e negras tiveram a destituição familiar consolidada de forma ágil, enquanto mulheres brancas com maior poder aquisitivo conseguiam retomar a convivência com seus filhos mesmo quando o acolhimento institucional havia sido deferido. (Souza, 2022).

Desse modo, o Poder Judiciário, formado majoritariamente por membros da raça e cor branca, munido de laudos de profissionais que atuam em serviços públicos e que atendem principalmente mulheres negras e pobres, dificilmente produzirá esses julgamentos em relação às mulheres brancas de classes mais abastadas, mesmo que o uso de drogas também as acometa. (Lansky, 2018; Souza, 2022).

Nesse sentido, Rangel (2021) afirma que para categorizar famílias como capazes ou incapazes de exercer o cuidado de seus filhos, assistentes sociais e psicólogos têm sido cada vez mais requisitados. Isto posto, a autora ressalta o protagonismo do Serviço Social frente às intervenções necessárias e na interlocução intersetorial, principalmente junto aos órgãos que definirão a permanência ou não da criança sob a tutela de seus familiares.

A pesquisa documental realizada em uma maternidade pública do município de Vitória/ES por Rangel (2021) também evidencia que a perda dos filhos, para além do uso de drogas, está atrelada à condição de pobreza e à falta de suporte familiar e social. Da mesma forma, Oliveira e Panozzo (2020), que realizaram um estudo a partir de entrevistas com assistentes sociais de maternidades públicas da cidade de Porto Alegre/RS, destacam o contexto de pobreza em que viviam as mulheres/mães usuárias de drogas julgadas como "incapazes" de maternar pela equipe de saúde.

Seguindo por esse fio, Carajá (2019) tece brevemente sobre a história de Sofia, uma mulher cuja trajetória de rua cruzou-se com as práticas violentas de uma

maternidade pública de Belo Horizonte/MG que compulsoriamente judicializava todos os casos de mulheres usuárias de drogas e/ou em situação de rua com filhos recém-nascidos. Sofia, descrita pela pesquisadora como uma “guerreira”, teve suas filhas gêmeas retiradas de seu colo ainda quando estavam internadas, por ordem do Poder Judiciário e sem direito à defesa ou contestações.

De acordo com a autora, logo identificaram-se outras “Sofias”, cujas histórias de vida eram semelhantes: mulheres negras e/ou pobres, em situação de rua e/ou usuárias de drogas que supostamente não teriam condições de ofertar cuidado aos seus filhos. Segundo ela, as representações sociais negativas associadas às mulheres que usam drogas, em boa parte foram construídas pelos próprios agentes estatais, resultando em sua estigmatização. (Carajá, 2019).

Fundamentando-se em ideias higienistas e discriminatórias, essas mulheres, quando pobres, são vistas como vulneráveis e incapazes. (Carajá, 2019). Contudo, quando mulheres de classes mais abastadas usam drogas, são reconhecidas e tratadas de forma diferente. Sobre isso, Silva, Souza e Peres (2021), a partir de uma etnografia realizada com jovens usuários de drogas que pertenciam às camadas médias cariocas, apontam que o uso recreativo ou diário relatado por eles não é reconhecido como um problema de saúde pública.

As autoras sugerem que isso ocorre pois o público-alvo da pesquisa faz parte de um grupo economicamente e socialmente mais favorecido, o qual segue cumprindo com suas obrigações domésticas e trabalhistas diárias, sem, aparentemente, desafiar a ordem e as normas jurídicas do país. (Silva; Souza; Peres, 2021).

Ademais, Carajá (2019) faz um resgate histórico sobre a retirada compulsória de crianças indígenas de suas famílias, prática que remonta à invasão do território brasileiro pelos portugueses e permanece nos tempos atuais. Conforme a autora, estima-se que 60% das crianças em acolhimento institucional no Mato Grosso do Sul sejam indígenas.

A pesquisadora também cita um relatório elaborado pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), intitulado “Mapeamento qualificado de todos os casos de crianças e jovens indígenas em situação de acolhimento institucional e familiar da região de Dourados/MS”, o qual considera que a institucionalização de crianças indígenas está relacionada a questões étnicas e de classe social, além de revelarem “práticas

preconceituosas, genocidas e totalitárias que permanecem impregnadas no mundo de matriz ocidental e nas instituições estatais” (Carajá, 2019, p. 152).

Já a dissertação de Gabriela Maciel dos Reis, cujo campo de pesquisa foi a cidade de Belo Horizonte/MG, também exemplifica que as mães que foram separadas de seus bebês ainda durante a internação em maternidades públicas do município, eram majoritariamente negras, pobres e que faziam uso de drogas e/ou estavam em situação de rua. (Reis, 2019).

Cabe destacar que durante entrevista com um dos agentes que defendia as normativas que tornaram compulsória a notificação de gestantes e puérperas usuárias de drogas nas maternidades públicas do município, este sugeriu para Reis que mesmo que a pesquisadora fizesse uso de maconha, por ser mestrande na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), pressupõe-se que ela possui uma estrutura razoável para criar seu filho. (Reis, 2019).

Esses apontamentos, realizados por uma pessoa que compactua com o caráter violento dessas práticas, exemplifica que o estereótipo de mãe *infame*, *incompetente* ou *perigosa* não está associada ao uso de drogas *per se*, mas aos *marcadores sociais* de gênero, raça/etnia e classe social que sob a égide do capital determinam a separação de mães vulneráveis de seus filhos.

Dessa forma, para compreender o direito à maternagem frente ao uso de drogas, é preciso considerar não apenas condutas individuais, *vistas de fora*, mas a totalidade das relações sociais de produção e reprodução da vida, cuja intersecção com o gênero, raça/etnia e classe social repercutirão em desiguais formas de gestar, parir, maternar, viver, adoecer e morrer.

3.2.2 “Cada sujeito é portador da história de muitos”: a história vista de dentro

Abordar a formação da classe trabalhadora na perspectiva dos próprios trabalhadores⁴⁰ e traçar a experiência social como categoria analítica fizeram com que Thompson se tornasse referência para as produções do Serviço Social, em meados de 1980. Sua inclusão nas bibliografias do Serviço Social também ocorreram à medida em que foram surgindo pesquisas e metodologias que contemplavam, a partir de narrativas, as experiências dos sujeitos. (Martinelli; Lima, 2021).

⁴⁰ *History from below* ou *a história vista de baixo*. (Martinelli; Lima, 2021).

Thompson, portanto, compreendia a experiência como a mediação entre sujeito e consciência social, ou seja, a história social de homens e mulheres que sob determinadas condições objetivas, vivem, escolhem e agem sob processos de dominação e exploração. (Martinelli; Lima, 2021).

Logo, para apreender o compromisso político com a *história vista de dentro*, sua construção social e histórica, é necessário compreender “que cada sujeito é portador da história de muitos”. (Martinelli; Lima, 2021, p. 26). As autoras ressaltam que a experiência social, enquanto categoria de pesquisa, deve ser analisada em suas múltiplas intersecções - gênero, raça/etnia e classe social -, a fim de desvelar a complexidade da realidade social em sua totalidade, bem como de oportunizar a percepção de diferentes situações de exploração e, diante disso, a construção de novas formas de luta e resistência no cotidiano.

Nesse sentido, as pesquisas que trazem a história das classes subalternas buscam aproximar-se de sujeitos cujas histórias de vida estão marcadas pelo vínculo contínuo com instituições assistenciais, com vistas a compreender o significado atribuído à relação com essas instituições, sem perder de vista os determinantes estruturais. (Martinelli; Lima, 2021).

Dessa forma, e como descreve o próprio título desta pesquisa, foi necessário costurar as minhas *experiências* e *inquietações* com a temática a partir da minha trajetória profissional, com as histórias das mulheres que sofreram com a perda de seus filhos. *A história vista de dentro*. A história vista do ventre, do seio à separação.

Enquanto realizava o levantamento bibliográfico, percebi que todas as pesquisas selecionadas utilizaram de entrevistas e/ou análise documental para dar visibilidade à temática, partindo das *experiências* de mulheres usuárias de drogas que enfrentaram a institucionalização de seus filhos, bem como das vivências de profissionais envolvidos na assistência dessas famílias e/ou militantes da causa.

Uma das *experiências* mais emblemáticas foi citada por Rosato (2018), Carajá (2019) e Reis (2019) em suas pesquisas. *A história de Maria*. Maria era uma mulher de 35 anos, moradora de Belo Horizonte/MG à época em que as normativas sobre notificação compulsória de gestantes e puérperas usuárias de drogas eram efetivadas pelas maternidades do município. Maria não fez o pré-natal, estava em sua terceira gestação. Embora fosse acompanhada pelo Consultório na Rua (CnaR), recebeu a notícia, ainda na maternidade, de que não poderia receber alta

junto do seu bebê. Determinada a não ser separada de seu filho, Maria o colocou dentro de uma sacola e saiu pela porta principal do hospital.

Por conta da emissão de um mandado de busca e apreensão para o recém-nascido, Maria “desapareceu” da rede por um período. Alguns meses depois da “fuga”, Maria acessou novamente os serviços de saúde do território junto do filho, que completou o tratamento de sífilis. Sem represálias, os serviços de saúde do território seguiram acompanhando a família *in loco*. (Rosato, 2018; Carajá, 2019; Reis, 2019).

Um tempo depois, Maria engravidou novamente. Seguiu com o acompanhamento do Consultório na Rua e realizou algumas consultas de pré-natal. Enfática, determinou: “Eu não vou sair desta vez com meu filho na sacola. Desta vez, vou sair com ele no colo” (Carajá, 2019, p. 130).

Maria subverteu a lógica. Ao invés de ter seu filho sequestrado pelo Estado, resolveu ela mesma sequestrá-lo. Mesmo com a opção de abdicar do poder familiar e entregá-lo para adoção ou até mesmo abandoná-lo, prática que supõe-se ser muito comum com mulheres usuárias de drogas, Maria correu o risco de levá-lo consigo.

Contudo, ao engravidar novamente, apesar de ter realizado pré-natal e ter o acompanhamento dos serviços de saúde e assistência social do território, que estavam articulados para assistir Maria e a chegada de seu novo bebê, a situação foi judicializada pelos profissionais da maternidade pública na qual seu parto foi realizado. Maria recebeu alta hospitalar e Breno, seu filho, permaneceu. Na saída Maria disse: “cuidem bem do meu filho, está ficando um pedaço de mim aqui” (Carajá, 2019, p. 132).

Sobre isso, em análise de prontuários, Dalpiaz e Oliveira (2020) constataram que nenhuma das doze puérperas acompanhadas em uma maternidade pública de Porto Alegre/RS abandonou seus recém-nascidos. Pelo contrário, os autores afirmam que essas mulheres mantiveram relação de cuidado e preocupação com seus filhos e que mesmo após sua alta hospitalar, continuaram visitando e acompanhando os bebês que seguiam internados, seja para tratamento de saúde ou para aguardar determinação judicial.

Rosato (2018) também conta a história de Aline, que foi separada de seu filho ainda na maternidade, em Belo Horizonte/MG, no ano de 2011. À época, Aline fazia uso de drogas, mas negou ter vivido em situação de rua. Afirmou que sua família

extensa solicitou a guarda de Zion, seu filho, o que foi negado. Zion então foi encaminhado para adoção. Aline declarou, em audiência pública realizada em Belo Horizonte/MG em 2014⁴¹, ter dois filhos mais novos sob sua guarda, e que gostaria que seu primogênito soubesse que tem mãe, dois irmãos e que nunca foi abandonado. (Rosato, 2018).

As experiências dolorosas de Aline também foram narradas, após entrevista, por Souza (2022). Segundo a autora, Aline queria gritar a dor para o mundo, pois reafirmou o sonho de escrever um livro e ir a um programa de televisão contar sua história, para quem sabe um dia reencontrar seu filho. Disse que queria deixar registrado, de todas as formas possíveis, sobre sua experiência, para que quando o filho buscasse sobre seu passado, soubesse que nem por um minuto ela desistiu dele.

Cabe ressaltar que essas histórias de sofrimento lembraram minha trajetória profissional em uma maternidade pública de Porto Alegre/RS. Durante os dois anos de residência multiprofissional e dezenas de atendimentos às mulheres usuárias de drogas, nenhuma abdicou de lutar por seus filhos.

Apesar disso, em 2009 foi ratificado um “*Termo de Compromisso para institucionalizar fluxo de trabalho no acolhimento das crianças recém-nascidas cujos genitores não desejem ou estejam impedidos de exercer o poder familiar*” entre o Ministério Público (MP), os Juizados de Infância e Juventude (JIJ), os hospitais credenciados ao SUS, o Conselho Tutelar e os órgãos gestores do acolhimento institucional de Porto Alegre/RS. (TJRS, 2009).

Segundo matéria no *site* do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul (TJRS), essa pactuação objetivou o aperfeiçoamento dos encaminhamentos jurídicos no que diz respeito às mulheres que querem realizar a entrega protegida de seus bebês para adoção, bem como de crianças recém-nascidas cujos pais não têm condições de cuidá-las. Dito isso, reforço questionamento anterior: como uma equipe de saúde, mesmo que interprofissional, pode determinar num curto espaço de tempo quais pais e mães têm condições de cuidar de seus filhos?

Como bem define Lansky (2018), não é missão dos hospitais-maternidades resolver a vida das pessoas. Até porque, para a intervenção efetiva, é necessária a

⁴¹ Em dezembro de 2014 houve uma audiência pública na Câmara Municipal de Belo Horizonte para debater os impactos das recomendações do MPE acerca da notificação compulsória ao Judiciário de mulheres usuárias de drogas nas maternidades públicas. (Rosato, 2018).

construção de vínculo e oferta de acompanhamento longitudinal, ações que são impossíveis de ofertar em âmbito hospitalar, a não ser em âmbito ambulatorial ou de internações prolongadas. Conforme a autora, bebês saudáveis devem ter alta hospitalar e a continuidade do cuidado deve ser realizada no território onde vivem, com ações integrais das políticas públicas e sociedade.

Contudo, conforme a própria promotora de Justiça Flávia Raphael Mallmann afirmou à matéria do TJRS, essa pactuação opera a partir da estigmatização das mulheres usuárias de drogas. Segundo a promotora, muitas mães que são usuárias de drogas acabam abandonando seus filhos nos hospitais, não sendo encontradas após e essa pactuação agilizaria a ação de destituição do poder familiar nessas situações. (TJRS, *online*, 2009).

Os hospitais que assinaram o termo foram o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV), o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), a Maternidade Santa Clara da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e o Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Mais uma vez é possível observar que a separação compulsória de mães de seus bebês é estrondosamente marcada pela classe social, pois limita-se apenas aos hospitais públicos do município.

Desse modo, Souza (2022) destaca que mulheres usuárias de drogas são estigmatizadas como mães desnaturadas, às quais essencialmente teriam um suposto desafeto pelos filhos, além de comportamentos ditos como levianos, imorais e irresponsáveis que representariam riscos às crianças.

No entanto, para além dos achados bibliográficos, o sentimento de culpa frente ao uso de drogas durante a gestação, bem como a tristeza diante da separação de seus filhos também foi comum às participantes desta pesquisa, conforme trechos a seguir, retirados das entrevistas:

Tem muitas mães que abandonam o filho, mas eu acho que, tipo assim, pra ti abandonar o filho tu tem que ter muita merda na tua cabeça. Porque eu passei as minhas com a minha nenê, eu vou te dizer assim ó, não vou te dizer mentira, foi fácil? Não foi fácil não, entendeu? Nada foi fácil pra mim. Imagina, eu já descobri que eu tava grávida de seis meses. Quando eu descobri, o primeiro exame que eu fiz eu já vi que era uma menina. Então pra mim foi um choque, entendeu? Um choque que eu quero te dizer assim...de eu dizer que ela podia ter nascido com um problema, né? Tu entendeu? Imagina, olha todo o tempo que eu usava droga, desde os meus dezesseis, entendeu? Então pra mim foi um choque, entendeu? Mas aí fiz todos os exames que eles pedem, HPV, HIV, sífilis, enfim, né? Daí não tinha nada, a nenê também nasceu sem nada, sabe? Graças a Deus

nasceu saudável. [...] Mas pra mim foi o que me pesou bastante. Foi só isso. Me pesou um monte. - ROSE.

E daí eu entrei em depressão profunda, tentei me matar. Daí a minha mãe ia ficar com a guarda dela se eu não conseguisse, mas daí graças a Deus eu consegui. Daí eu fiz tratamento, tudo, aí depois eu ganhei ela de volta. Mas olha, nós não sabemos o motivo [do acolhimento] até hoje. - MARIA AMÉLIA.

Já Souza (2022) também narra em sua dissertação, a trajetória de vida de Ana. Criada pela tia, Ana vivia trancada em casa por ordens do pai. Quando a tia se casou novamente e engravidou, passou a maltratar Ana, que saía de casa para fugir do isolamento e da rotina de violência. Em uma dessas andanças, ainda criança, foi estuprada pela primeira vez, com nove anos de idade.

Conforme a autora, durante toda a entrevista Ana relatou sobre as violências sofridas em casa e na rua, os estupros, a ausência de uma rede de apoio, de família e de serviços de saúde e assistência social. Mesmo com todas essas dores, referiu que a pior violência foi a retirada de seus filhos. De dez filhos, no total.

Eles falavam que como eu era usuária de drogas eu não tinha condições de ficar com meus filhos, mas eu usava minha droga e tinha consciência de tudo que eu fazia, de tudo, de tudo! Eu não sou doente, eu não perdi minha memória nada, a única coisa que eu perdi foram meus filhos porque não me deram chance, se tivesse dado pelo menos a chance de ficar com um, talvez eu não teria colocado tantos filhos no mundo. Porque aconteceu isso de eu ter tantos filhos porque eu fui lutando e fui tentando para ficar com algum. (Souza, 2022, p. 95).

Ana conseguiu ficar com seu décimo primeiro filho, chamado Pablo. Ana não usa mais *crack* e seus anos abstinentes são exatamente iguais à idade de Pablo. O nascimento do menino e sua *permanência* fortaleceram Ana para que buscasse dois outros filhos que moravam com familiares e que passaram a viver com ela. Atualmente moram com ela os filhos Lucas, Bruna, Pablo e a neta Mirely. (Souza, 2022).

Para Menandro, Garcia e Uliana (2019), cujo artigo foi construído a partir dos relatos de três mulheres que haviam perdido a guarda de seus filhos e que realizavam acompanhamento em um CAPS ad III do município de Vitória/ES, a forma como as entrevistadas referiam-se ao cotidiano com os filhos demonstra que discordavam da ideia de que essas crianças estivessem em situação de risco por conta do uso de drogas materno, haja vista que as crianças iam limpas para a escola; que não perpetravam violência física contra elas; que possuíam estratégias

de cuidado para que o uso de drogas não fosse visualizado pelos filhos, tampouco influenciasse em seus comportamentos, como narrado a seguir:

Eu levava ele pro médico, eu brincava com ele, levava ele pra pracinha... Eu usava droga do lado de fora de casa, deixava ele dentro de casa num chiqueirinho brincando e eu olhava para ele ... Nunca aconteceu dele cair nem nada. Nunca deixei acontecer nada com os meus filhos, sempre cuidei bem deles... (Menandro; Garcia; Uliana, 2019, p. 8).

Dito isso, compreende-se que apesar das crenças estigmatizantes que envolvem o uso de drogas realizado por mulheres que também são mães, todas as entrevistadas nos sete estudos que compõem esta revisão bibliográfica, bem como as entrevistadas desta pesquisa, mencionaram um processo de dor e luto ao vivenciar a perda de seus filhos.

Também observou-se a associação entre a separação de seus filhos ao aumento do uso de drogas como estratégia para lidar com a dor. Entretanto, quando não houve separação, essas mulheres utilizaram de seu vínculo de afeto para pensar em estratégias de cuidado e redução de danos associadas ao uso de drogas. Portanto, visualiza-se a maternidade como um momento favorável para mudanças, a fim de ressignificar as maternidades interrompidas, órfãs, em maternagens possíveis.

3.2.3 “O Consultório de Rua entra em locais que nenhum outro serviço entra”: a história compartilhada

A Reforma Psiquiátrica brasileira, conforme esmiuçado anteriormente, inspirou-se nas abordagens revolucionárias do psiquiatra italiano Franco Basaglia, que propôs substituir o modelo manicomial, calcado na violência institucional, abandono e isolamento, por um modelo de atenção psicossocial territorial, com vistas à garantia do cuidado em liberdade, valorizando a autonomia e a inserção territorial e cultural do sujeito em sua comunidade.

Com a aprovação da Lei nº 10.216 em 2001 no Brasil, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento ou com transtornos mentais, ratificou-se a luta da Reforma Psiquiátrica Brasileira por meio do redirecionamento da assistência em saúde mental, que passou a priorizar os serviços de base

comunitária e em consonância aos princípios do SUS frente ao modelo hospitalocêntrico.

Esse redirecionamento culminou na instituição da RAPS, no âmbito do SUS, para atendimento de pessoas em sofrimento, com transtornos mentais e/ou necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, por meio da Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011.

Com isso, o território tornou-se um importante *lócus* de cuidado em saúde mental. Mais do que uma posição geográfica, os territórios são capazes de revelar diferentes realidades sociais, cujo conhecimento é essencial para efetivar o cuidado no campo psicossocial. (Campos; Bezerra; Jorge, 2020).

Sendo assim, as *redes*, em conjunto com o *território*, retratam os vínculos que o sujeito estabelece com o outro; com os serviços públicos, privados ou parceirizados; com os movimentos sociais; com a comunidade, dentre outros. Essas relações sociais, contudo, operam mediante às contradições inerentes ao capital, podendo transformar-se em *redes* que atuam de forma *quente* ou *fria* (Benevides; Passos, 2009), a depender dos princípios morais, políticos e econômicos que balizam suas ações, bem como de seu financiamento ou sucateamento.

Nesse sentido, Souza (2022) refere que as *redes* que atuam de forma *quente*, ou seja, aquelas que priorizam a efetivação do vínculo, da intersetorialidade⁴² e do cuidado longitudinal⁴³, são potentes agentes na garantia do direito de mulheres usuárias de drogas em maternas, enquanto as *redes* que operam de forma *fria*, orientadas pela distância do sujeito e seu território, assim como pela hierarquização de saberes e práticas, desempenham importante papel na separação dessas mães de seus filhos.

Um exemplo de *rede quente* presente nas pesquisas de Rosato (2018), Carajá (2019) e Souza (2022) foram as equipes do Consultório na Rua⁴⁴. A partir

⁴² A intersetorialidade é composta pelas interações cotidianas e estratégias construídas entre diferentes serviços, atores estatais e não estatais, em distintos arranjos de implementação. (Tãno; Matsukura, 2019).

⁴³ A longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte continuada de atenção, com a presença de vínculo, relação interpessoal e de confiança entre usuários e profissionais. (Kessler *et al.*, 2019).

⁴⁴ A Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua (eCR). As equipes multiprofissionais (eCR) lidam com as diferentes necessidades em saúde da população em situação de rua. As atividades incluem a busca ativa e a atenção continuada aos usuários de álcool, *crack* e outras drogas. Desempenham suas atividades *in loco*, de forma itinerante, desenvolvendo ações integradas junto à atenção primária, aos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), dentre outros pontos de atenção, de acordo com as necessidades e demandas dos usuários. (Brasil, 2011).

dos relatos de Ana, Souza (2022) descreve que a entrevistada só conseguiu manter a guarda de seu último filho - após a perda de dez - porque os serviços de saúde, em especial o CnaR, finalmente se articularam para realizar um acompanhamento mais próximo.

Esse acompanhamento permitiu um vínculo de confiança tão forte entre Ana e a equipe do CnaR que ela aceitou passar por um breve período de internação antes de seu bebê nascer. Em seu estudo, a autora narra o dia anterior à internação:

Ana corre para o mar, se molha, se banha. Deixou a mochila com os cachimbos lá na areia e voltou para a rua do meio para encontrar a equipe. Eram vários trabalhadores que a esperavam, ela disse que parecia uma despedida e que diziam para ela: “vai dar certo, você vai cuidar desse bebê”. (Souza, 2022, p. 95).

Do mesmo modo, durante a entrevista com Rose percebi que os serviços de saúde de Bento Gonçalves/RS atuaram como uma rede potente, *quente* e articulada frente às demandas da participante. Cabe destacar que a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência ao identificar o histórico de saúde mental de Rose, que realizou três tentativas de suicídio durante a gestação e havia feito uso de drogas até o momento da descoberta, a encaminhou para pré-natal de alto risco no CRMI. Assim como Ana, Rose também aceitou passar por um breve período internada até o nascimento de sua filha. Sobre seu vínculo com o CRMI, Rose afirmou:

Nessas horas ninguém te ajuda. Todo mundo te julga né? Por isso que eu gosto do materno [referindo-se ao CRMI], porque as únicas pessoas que me ajudaram durante a minha gravidez foi ali, sabe? Desde o acompanhamento que eles faz, as reuniões. Reunião de gestante, aquelas coisas, sabe? E tipo eu, como eles viam que eu queria me ajudar, sabe? Eles sempre estavam me botando no meio de tudo, sabe? Tipo assim, tinha uma reunião disso, daquilo. Até de diabético, coisas assim, eles me ligavam “ah tu quer participar, vem é bom pra ti”, sabe? Coisas assim. Aquela equipe que tinha uma vez, uma equipe bem boa ali no materno. Eles tavam toda hora em cima de mim, sabe, “ah, vem, tu precisa vai ser bom pra ti” sabe, aí eu ia, uma coisa que tipo, pra mim, já parecia que a minha semana já andava sabe? Tipo, já não pensava mais besteira ou coisa assim. - ROSE.

Contudo, não pretendo apontar a partir desses relatos que as internações breves são uma alternativa à situação de mulheres que fazem uso de drogas, mas sim demonstrar que a confiança e o vínculo que Rose e Ana criaram com as *redes*

quentes possibilitaram a construção de estratégias de cuidado diferentes das práticas violentas abordadas até então.

Outra história contada em relação ao CnaR foi a de Maria, a mãe que saiu de uma maternidade pública de Belo Horizonte/MG com seu bebê dentro de uma sacola. Como citado anteriormente, após esse episódio, Maria engravidou novamente. Porém, mesmo com o acompanhamento do CnaR, foi determinado o acolhimento institucional de seu bebê enquanto ainda estavam, mãe e filho, em alojamento conjunto na maternidade. (Carajá, 2019).

Frente a isso, o CnaR orientou e acompanhou Maria e sua família nos trâmites com a Defensoria Pública. Indagados do porquê o CnaR ser o único serviço a relatar questões positivas acerca da família, uma trabalhadora respondeu: “porque o Consultório de Rua entra em locais que nenhum outro serviço entra” (Carajá, 2019, p. 133).

Ao “entrar em locais que nenhum outro serviço entra”, o CnaR demonstra que é um dos únicos dispositivos que objetiva promover o acesso e a assistência integral aos usuários numa proposta de atendimento extramuros, opondo-se fortemente à lógica manicomial. O CnaR também utiliza a redução de danos enquanto abordagem, o que permite o acesso de usuários sem condicionalidades como a abstinência. (Silva; Frazão; Linhares, 2014).

Já Rosato (2018) afirma que dentre os diversos equipamentos de saúde e socioassistenciais situados na capital mineira, apenas o CnaR tem conseguido apresentar uma perspectiva de trabalho humanizada, no sentido de contribuir para que mulheres usuárias de drogas e/ou em situação de rua consigam construir estratégias de cuidado e enfrentamento das condições de vulnerabilidade em que se encontram. De acordo com a autora, os demais serviços ligados à política de assistência social, saúde e proteção à criança e ao adolescente, em acordo com o judiciário, parecem operar por meio de intervenções punitivistas e de cunho moral, sem possibilitar a essas mulheres meios de construir uma maternidade e maternagem possível.

Rosato (2018) também aponta que recai sobre as equipes do CnaR a responsabilidade de demonstrar para as maternidades e para o judiciário que essas mulheres estão se organizando para permanecer com seus bebês. Contudo, a falta de políticas específicas para esse público dificulta mudanças de ordem estrutural em suas vidas, especialmente em relação à moradia e emprego.

Sobre isso, Carajá (2019) reitera que embora o CnaR tenha avançado na articulação intersetorial, o número de equipes e profissionais ainda é incipiente frente às demandas dessa população, ao menos no município de Belo Horizonte/MG. Isso revela a necessidade de ampliação desses serviços, a fim de garantir o direito de convivência familiar e comunitária às mulheres, seus filhos e demais familiares.

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) é outro serviço mencionado nas pesquisas revisadas. Entretanto, através de sua experiência enquanto coordenadora, Souza (2022) sinaliza que as mulheres não têm lugar no CAPSad. Segundo ela, quando uma mulher chegava sob efeito de alguma droga, era ridicularizada pelos usuários e também por alguns trabalhadores da equipe. Assim, os homens eram mais tolerantes com o uso de álcool e outras drogas quando feito por outros homens.

Nesse sentido, Bolzan (2015) assinala que devido ao estigma associado ao uso de drogas, principalmente quando feito por mulheres em função dos papéis de gênero atribuídos a elas, muitas o fazem às escondidas e omitem a prática aos serviços de saúde.

Rosato (2018) também destaca que o sucateamento dos dispositivos de saúde mental nos territórios, em contraste com o financiamento de comunidades terapêuticas e leitos hospitalares, bem como a inexistência de ações de prevenção e tratamento para o uso de drogas nos serviços de atenção primária à saúde, acarretam na diminuição da cobertura de atendimento e dificultam o acesso aos usuários, principalmente mulheres.

Dessa forma, diversas mulheres que fazem uso de drogas não são acompanhadas - nem mesmo durante a gestação - e não recebem nenhum atendimento em saúde ou de qualquer política pública ao longo da vida. Souza (2022) quando relembra a história de Ana, conta que antes do CnaR, o único serviço que a acompanhou ao longo da vida teria sido o hospital, mais precisamente a maternidade.

O processo era o mesmo, Ana engravidava, não tinha o acompanhamento de serviços de saúde e assistência social, não realizava pré-natal, não conseguia construir estratégias de cuidado e redução de danos, pois estava sozinha e não possuía rede de apoio. Chegava na maternidade - sempre a mesma - dava à luz e assistia seus bebês serem retirados dela, um a um. (Souza, 2022).

Esse dado também é apresentado por Dalpiaz e Oliveira (2020), que em sua pesquisa documental constataram que dos prontuários analisados - sendo de doze puérperas e três gestantes -, para sete delas a maternidade pública foi o primeiro contato com a política de saúde durante a gestação. Os autores então referem que apesar de ser um dos pontos de atenção à saúde materno-infantil, as maternidades, isoladamente, não conseguem prover o cuidado integral a essas mulheres e seus bebês.

Diante disso, Souza (2022) aponta que muitas mulheres temem buscar os serviços de saúde durante a gestação em função do medo que sentem, seja por terem ouvido falar sobre as recomendações judiciais de notificação compulsória do uso de drogas, seja por terem presenciado situações de acolhimento institucional de bebês de suas amigas, vizinhas, familiares.

Em seus achados, Menandro, Garcia e Uliana (2019) identificaram que as mulheres entrevistadas compreendiam os serviços que compõem a rede socioassistencial como instituições de controle e não confiáveis, por conta do julgamento dos profissionais acerca do cuidado dessas mães com seus filhos.

Desse modo, Cruz (2012) ressalta que apesar das mulheres que fazem uso de drogas frequentemente apresentarem receio em acessar os serviços de saúde, principalmente por medo de perderem a guarda de seus filhos, o período da gestação seria propício para iniciar esse acompanhamento, visto que elas estariam mais suscetíveis às mudanças, aceitando cuidado, acompanhamento e tratamento ao perceberem o serviço como um espaço de apoio e não punição.

Reis (2019) pontua que as mulheres que relataram uso de drogas na gestação de forma espontânea aos serviços de saúde o faziam como forma de proteção aos filhos, por desconhecerem as normativas de notificação compulsória e por confiarem no vínculo com os profissionais e a rede de saúde. Contudo, ao realizarem esse relato, as mulheres se deparavam com dois modelos de cuidado e produção em saúde em disputa, sendo um deles baseado em práticas punitivas e coercitivas e o outro balizado por ações humanizadas e de proteção integral.

Relevante que Rosato (2018) e Souza (2022) ressaltam ser necessário compreender os direitos da mulher e da criança como complementares e não opostos, a fim de que as *redes* possam operar para apoiá-las e não afastá-las de seus filhos. Nesse sentido, o trabalho interprofissional e intersetorial, a educação permanente, a interlocução com entidades governamentais, da sociedade civil e

movimentos sociais e a criação e ampliação de programas socioassistenciais e de saúde são citados como estratégias para reverter a realidade dos acolhimentos institucionais de filhos de mulheres usuárias de drogas. (Lansky, 2018; Carajá, 2019; Dalpiaz; Oliveira, 2020; Reis, 2019; Souza, 2022).

Portanto, efetivar o direito à maternidade e maternagem requer um trabalho árduo e coletivo, *compartilhado*, haja vista o sucateamento das políticas públicas e as contradições e dificuldades que emergem durante o processo de trabalho interprofissional e intersetorial. Por fim, as relações que essas mulheres construíram com as *redes*, embora por muitas vezes de forma tardia ou após sucessivas violências e violações de direitos, demonstram que é possível concretizar ações que priorizem a convivência familiar e comunitária em detrimento ao rompimento de vínculos compulsório.

3.2.4 “A regra tornou-se o Estado de Exceção”: a história vista de cima

De acordo com Santana, Neto e Pelandré (2019), a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, o Poder Judiciário, para além da resolução de conflitos interindividuais, passou a ter como atribuição a materialização dos direitos fundamentais⁴⁵, bem como decidir de forma definitiva e final, questões relevantes do ponto de vista político, moral e social.

Conforme os autores, a expansão e legitimação da *judicialização* é recorrente nas democracias contemporâneas, onde verifica-se a “progressiva transferência decisória, por parte dos próprios poderes políticos e da sociedade, para os magistrados e tribunais”. (Santana; Neto; Pelandré, 2019, p. 7; Campos, 2014).

Já Oliveira e Brito (2013) acrescentam que a judicialização compreende um movimento de regulação normativa e legal do cotidiano que, ao reduzir questões da esfera político-econômico-social a concepções individualizantes, enquadra desvios e tensões em um processo de *judicialização do viver*. Sobre isso, as autoras exemplificam que:

Atravessados pelo Poder Judiciário, não somente se recorre a ele como também se incorporam e se legitimam seus modos de operação,

⁴⁵ Segundo Pinto (2009), os direitos fundamentais são os direitos reconhecidos e positivados pelo ordenamento jurídico de um Estado, a fim de garantir uma vida digna aos sujeitos. Podem modificar-se ao longo do tempo, pois estão espacial e temporariamente delimitados pela ordem social, política e econômica vigente.

reproduzindo-se o controle, o julgamento e a punição das condutas, em prol da inviolabilidade dos direitos, do melhor interesse, da proteção e do bem-estar de algumas vidas. (Oliveira; Brito, 2013, p. 80).

Nesse sentido, Souza *et al.* (2018) afirmam que o Poder Judiciário tem intervenido profundamente na vida dos sujeitos, com papel determinante em ações não só do Poder Executivo, mas também por meio de tensionamentos ao arcabouço ético-político e jurídico-legal de políticas públicas e profissões. As autoras também compreendem esse processo como uma reatualização de estratégias de controle sobre a vida, engendradas pelo judiciário e operadas no âmbito dos serviços públicos.

Essas estratégias, portanto, têm tensionado a produção de cuidado em serviços de saúde e assistência social ao orientar e/ou determinar, por meio de portarias e termos de compromisso, que mulheres usuárias de drogas, negras, pobres e/ou em situação de vulnerabilidade social sejam privadas de exercer o direito à maternagem em prol de uma suposta proteção aos direitos da criança. (Souza *et al.*, 2018).

Frente a isso, Rosato (2018) ressalta que a separação imediata entre mães e seus bebês ocorre num contexto legal que não permite tal prática, posto que o ECA estabelece a aplicação do acolhimento institucional enquanto medida protetiva excepcional e provisória. Diante disso, a autora compreende que essas ações irrompem mediante um cenário de “Estado de Exceção⁴⁶”, no qual o Poder Judiciário se sobrepõem ao Legislativo e Executivo, bem como fere a autonomia profissional e os direitos fundamentais dessas mulheres e crianças.

A autora destaca que as características violentas e compulsórias atribuídas à *judicialização da maternagem* são ainda mais evidentes quando trata-se da situação de Belo Horizonte/MG, haja vista que o conteúdo emitido pela “*Portaria nº 3/VCIJ/BH/2016*”, expedida em 21 de julho de 2016 pela Vara Cível da Infância e Juventude (VCIJ) do município, determinava em seu Art. 19º que todos os profissionais que atuavam nos serviços públicos tinham o dever de comunicar casos que envolvessem gestantes e mães usuárias de drogas e/ou em situação de rua,

⁴⁶ O Estado de Exceção é conceituado como *medida excepcional à legalidade*, sendo outorgado diante de situações emergenciais. Contudo, Gomes e Matos (2017) pontuam que na democracia contemporânea brasileira, sua utilização tem demonstrado funcionar mais como regra do que como exceção.

sob pena de responder por omissão culposa ou dolosa e apuração de responsabilidade criminal. (Rosato, 2018).

Todavia, anterior ao conteúdo desta portaria, o Ministério Público do Estado de Minas Gerais, por intermédio dos Promotores de Justiça da Infância e Juventude Cível da comarca de Belo Horizonte, já havia publicado a “*Recomendação nº 05/2014*” e a “*Recomendação nº 06/2014*”. Conforme o primeiro documento, direcionado à equipe de saúde e gestores de maternidades e equipamentos de saúde de Belo Horizonte/MG, recomendava-se que:

1.4) Que os casos de negligência e maus-tratos ao Nascituro ou ao Recém Nascido, bem como os casos de mães usuárias de substâncias entorpecentes sejam comunicados à Vara da Infância e Juventude de Belo Horizonte para decisão sobre o acolhimento ou entrega do(a) Recém Nascido(a) à família de origem ou extensa. (MPMG, 2014, pg. 5).

Já a “*Recomendação nº 06/2014*”, direcionada à equipe de saúde e gestores de Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Belo Horizonte/MG, para além do item supracitado, também preconizava que:

1.4) Que os casos de gestantes que se recusam a fazer o pré-natal sejam comunicados à Vara da Infância e Juventude para que sejam adotadas as medidas adequadas de proteção ao nascituro. (MPMG, 2014, pg. 5).

Segundo Rosato (2018), é difícil dimensionar de forma quantitativa o impacto desses documentos no número de recém-nascidos acolhidos, tendo em vista que esses dados não estavam compilados ou disponíveis publicamente. Contudo, em sua tese a autora encontrou e analisou fontes que retratavam especificamente o quantitativo de bebês de até 1 ano de idade acolhidos, em períodos anuais.

Em 2014, ano de publicação das referidas recomendações, por meio de levantamento de dados obtidos pelo CNJ, Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social de Belo Horizonte/MG e pelo blog “*De quem é este bebê?*”, constatou-se que em média cerca de 100 crianças de até 1 ano foram acolhidas institucionalmente no município. Já em 2015, em média 131 crianças de até 1 ano foram institucionalizadas, enquanto em 2016 foram cerca de 108 crianças.

No entanto, após extensa publicização na mídia dos casos de separação compulsória de mães de seus filhos, bem como manifestações do movimento “*De*

*quem é este bebê?*⁴⁷, construído por profissionais-militantes, mães, familiares e defensores(as) da causa, diversas notas técnicas, recomendações e determinações favoráveis à situação das “mães-órfãs⁴⁸” foram emitidas por órgãos nacionais, estaduais e municipais, dentre os quais:

- a “*Nota Técnica Conjunta nº 001 - SAS e SGEF*”, elaborada pelo Ministério da Saúde, em setembro de 2015, acerca das “*Diretrizes e Fluxograma para atenção integral à saúde de mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack e/ou outras drogas e filhos seus recém-nascidos*”;

- a “*Recomendação nº 011 de 07 de outubro de 2016*”, expedida pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) solicitando ao Ministério Público Federal que intercedesse junto ao Poder Judiciário para a adoção de medidas cabíveis referente à garantia de permanência de mães em situação de rua e/ou usuárias de *crack* e/ou outras drogas junto de seus bebês;

- e a “*Minuta de Portaria Processo de Medidas de Proteção: Suspensão dos efeitos da Portaria nº 3 da Vara da Infância e da Juventude de Belo Horizonte de 2016*”, emitida pela Corregedoria-Geral de Justiça, em agosto de 2017, que determinava a suspensão dos efeitos da “*Portaria nº 3/VCIJ/BH/2016*”.

Como efeito dessas mobilizações, o número de acolhimentos institucionais de crianças com até 1 ano de idade, durante o primeiro semestre de 2017, já havia caído pela metade em comparação aos anos anteriores. (Rosato, 2018).

Já Dalpiaz e Oliveira (2020) reiteram que dos doze recém-nascidos que compuseram seu universo de pesquisa - para além das doze puérperas e três gestantes -, apenas um recebeu alta hospitalar na companhia dos pais antes de parecer judicial. Cabe ressaltar que todos os casos foram encaminhados ao Poder Judiciário, independente da existência de suporte familiar e/ou acompanhamento dos serviços da rede; do desejo materno de permanecer com seu bebê; da

⁴⁷ De acordo com Karmaluk *et al.* (2018), o movimento social “*De quem é este bebê?*” é uma resposta de resistência às normatizações que resultaram em graves violações de direitos de mulheres, seus filhos e familiares, bem como em interferências no processo de trabalho de profissionais e instituições de saúde. O movimento é formado por mães e familiares vítimas das normatizações, por cidadãos mobilizados, por profissionais da saúde, assistência social e serviços de proteção à criança e ao adolescente, assim como cerca de trinta entidades e representantes da sociedade.

⁴⁸ Termo cunhado pela militante, psicóloga e participante do Movimento da Luta Antimanicomial de Minas Gerais, Rosimeire Silva (*in memoriam*). A expressão “mães-órfãs” é definida por Souza *et al.* (2018, p. 31) como “a situação de mães em circunstância de vulnerabilidade que têm perdido seus bebês para a tutela do Estado de forma compulsória”.

confirmação da abstinência do uso de drogas e da realização do acompanhamento pré-natal.

Os autores pontuam que essa comunicação é realizada com base no “*Termo de Compromisso para institucionalizar fluxo de trabalho no acolhimento das crianças recém-nascidas cujos genitores não desejem ou estejam impedidos de exercer o poder familiar*”, já citado anteriormente. (TJRS, 2009). Porém, o que a pesquisa de Dalpiaz e Oliveira (2020) demonstra é que em situações de gestantes e puérperas usuárias de crack, a judicialização tornou-se regra para efetivar a alta hospitalar dos recém-nascidos. Ou seja, independente do contexto apresentado pela família e mesmo sem as imposições de normativas e portarias como as de Belo Horizonte/MG, terceiriza-se ao Poder Judiciário a avaliação técnica da situação.

De acordo com Sarmento (2020), que entrevistou profissionais da rede de proteção à criança e ao adolescente de Porto Alegre/RS, a maioria desconhecia o “*Termo de Compromisso*” supracitado. Contudo, mesmo desconhecendo o documento alguns profissionais já haviam operado ou apoiado ações que provocaram a retirada de recém-nascidos, crianças e adolescentes de suas famílias por conta de convicções moralizantes e estigmatizantes.

Do mesmo modo, Rosato (2018), Carajá e Souza (2019) também constataram que apesar de não haver nenhum documento oficial que *determinasse* o acolhimento institucional de recém-nascidos filhos de mães usuárias de drogas e/ou em situação de rua, sua prática era recorrente em diversas maternidades públicas de diferentes municípios, como Salvador/BA, Dourados/MS, Bauru/SP, Santos/SP, Vitória/ES e Porto Alegre/RS.

Além de artigos, dissertações e teses acerca do tema, agências de notícias também têm auxiliado na denúncia das separações arbitrárias de mães de seus filhos recém-nascidos. Em julho de 2017, a repórter da Agência Pública⁴⁹, Aline Maciel, elaborou extensa reportagem sobre a situação das mulheres usuárias de drogas e/ou em situação de rua em Belo Horizonte/MG.

A partir de entrevistas com três mulheres e um homem transsexual, a repórter narrou a luta das famílias que buscam a revogação da suspensão do poder familiar. A reportagem também contou com a entrevista da defensora pública

⁴⁹ Fundada em 2011 por repórteres mulheres, a Pública é a primeira agência de jornalismo investigativo sem fins lucrativos do Brasil. De acordo com o *site*, todas as reportagens são feitas com base em rigorosa apuração dos fatos e têm como princípio a defesa intransigente dos direitos humanos. (PÚBLICA, 2023).

Danielle Belletato, que afirmou que as portarias e normativas emitidas estão fundamentadas na marginalização da pobreza, uma vez que não atingem usuárias de drogas de classes mais abastadas. (PÚBLICA, 2017, *online*).

Em julho de 2021, a jornalista Paula Guimarães, através do Portal Catarinas⁵⁰, publicou sobre a retirada de um bebê de nome Suzi de sua mãe, Andrielli, uma jovem negra de 21 anos. De acordo com a matéria, Andrielli teve seu parto realizado em uma maternidade pública do município de Florianópolis/SC. Frente à separação realizada logo após o nascimento, o hospital alegou que no início de julho do mesmo ano recebeu um ofício do Conselho Tutelar solicitando que quando a gestante internasse, o órgão deveria ser notificado. (CATARINAS, 2021, *online*).

No dia 28 de julho de 2021, Andrielli deu entrada na maternidade e o Conselho Tutelar prontamente foi notificado. Logo após o nascimento, a mãe foi informada por uma conselheira tutelar de que, como medida de proteção, a criança seria acolhida institucionalmente. Andrielli afirmou à reportagem que a decisão foi motivada por seu histórico de uso de drogas e trajetória de rua, ocorridos no ano de 2019. Contudo, ressaltou que nenhum conselheiro tutelar a procurou para verificar como estava sua atual condição de vida e reiterou que está sendo julgada e punida por conta de seu passado. Anteriormente, Andrielli também já havia perdido a guarda de outras duas filhas. (CATARINAS, 2021, *online*).

Profissionais e integrantes de movimentos sociais que acompanharam Andrielli durante a gestação denunciaram que seu caso é uma expressão de racismo institucional e violência obstétrica, haja vista que a jovem também estava sendo impedida de amamentar sua filha, que seguiu internada por dias, bem como proibida de realizar visitas à recém-nascida enquanto aguardava a efetivação da medida de “proteção”. (CATARINAS, 2021, *online*).

Já o portal do Superior Tribunal de Justiça (STJ), divulgou notícia acerca da revogação da determinação de acolhimento institucional de um recém-nascido. Segundo a nota do *site*, o MP de Santa Catarina ajuizou ação para o acolhimento institucional e destituição do poder familiar contra uma gestante que pretendia entregar o bebê a uma prima e sua companheira para adoção. Entretanto, posterior

⁵⁰ Idealizado em 2015 e fundado em 2016, por meio de uma campanha de financiamento coletivo, o Portal Catarinas dedica-se a cobrir notícias sobre o território catarinense, mas também aborda pautas nacionais e internacionais que se conectam à agenda política feminista e de direitos humanos. (CATARINAS, 2023).

à decisão judicial e o nascimento do bebê, a mãe conseguiu um emprego e manifestou desejo de cuidar do filho. (STJ, 2023, *online*).

Conforme decisão do STJ, o deferimento da medida de proteção, a suspensão do poder familiar e a ordem de busca e apreensão do bebê antes mesmo de seu nascimento, foram prematuras e não observaram os preceitos legais estabelecidos pelo ECA. (STJ, 2023, *online*).

Em artigo escrito para o ConJur⁵¹, Schweikert (2022) apontou que a mídia catarinense estava noticiando diversas histórias de separação prematura de mães e seus filhos, bem como encaminhamentos para adoção sem o devido processo legal. Diante disso, em 31 de agosto de 2022, a Defensoria Pública do Estado de Santa Catarina realizou audiência pública em parceria com a Universidade Regional de Blumenau (FURB) para discutir o assunto.

Na audiência intitulada “Vulnerabilidade social *versus* destituição do poder familiar”, onze mães vítimas desse afastamento compulsório leram um manifesto reivindicando a suspensão das decisões judiciais e a restituição da guarda de seus filhos. Especialistas presentes também se manifestaram frente às diversas ilegalidades acerca da prática. (Schweikert, 2022).

Nesse sentido, Souza (2022) ressalta que o sistema de garantias de direito brasileiro é paradoxal e contraditório, haja vista que em situações em que a tríade de loucura, pobreza e drogas não está presente, é possível perceber o andamento dos devidos processos legais. Contudo, em casos nos quais esses aspectos estavam presentes, observa-se decisões judiciais calcadas em laudos e relatórios com análises moralistas, disciplinadoras e punitivas.

Rosato (2018) corrobora com essa perspectiva ao afirmar que mulheres pobres que fazem uso de drogas e/ou que estão em situação de rua, ao engravidar, são capturadas por uma concepção judicializante que as responsabiliza pela situação de vulnerabilidade em que se encontram. Sendo assim, a autora compreende que a *judicialização da maternagem* atua no limite entre o direito e a violência, pois impõe modos de gestar, parir e viver, mascarando práticas contemporâneas de disciplinamento dos corpos vulneráveis sob o pretexto de proteção.

⁵¹ Criada em 1997, a revista eletrônica Consultor Jurídico (ConJur) divulga notícias, entrevistas e artigos ligados a temas jurídicos. (CONJUR, 2023).

Já Reis (2019) frisa que nas situações de abrigamento compulsório, o Poder Judiciário influencia e, por vezes, determina o agir nos dispositivos de saúde e assistência social, bem como adentra forçadamente na vida de mulheres e seus filhos, judicializando seus modos de vida.

Diante disso, Lansky (2018) aponta que casos graves, que demandam ações excepcionais como o afastamento imediato e compulsório de mães de seus bebês, são ínfimos. No entanto, segundo ela, o “Estado de Exceção” tornou-se regra ao permitir que a vida de mulheres seja violentada permanentemente por instituições que enxergam a *história* através da perspectiva *de cima*, sem real conhecimento das potencialidades e possibilidades que existem frente ao desejo de permanecerem mães.

3.3 “Junto com meu peito, meu coração chorava de dor”: a história silenciada

Ao pensar na costura dos fios que entrelaçaram histórias tão semelhantes, mas também tão diferentes, não pude deixar de observar que a agulha que as remendava estava carregada de violência, em ambos os sentidos. Ambos os sentidos pois, ao passo que eram violentadas institucionalmente, essas mulheres resistiam com a mesma força, se não mais.

De acordo com Minayo (2006), a violência não é uma, é múltipla. Seu vocábulo, de origem latina, deriva da palavra *vis*, que significa força ou virilidade. Ao tornar-se *violência*, refere-se ao uso da superioridade física sobre o outro. A autora destaca que embora pareça um termo neutro, os eventos violentos referem-se a conflitos de autoridade, disputas de poder e o desejo pelo domínio, posse e aniquilamento do outro ou de seus bens.

Suas expressões, portanto, são aprovadas ou desaprovadas, consideradas lícitas ou ilícitas conforme as normas sociais preservadas pelos aparatos legais da sociedade. Tendo isso em vista, a violência torna-se mutável, pois designa de acordo com a época, local e circunstâncias, realidades e processos sociais muito diferentes. (Minayo, 2006).

A Organização Mundial da Saúde, de forma mais reducionista, discrimina a violência em três grupos, sendo eles: a violência contra si (autoprovocada); a violência interpessoal (doméstica e/ou comunitária) e a violência coletiva (grupos políticos, organizações terroristas e/ou milícias). Ainda, tipifica as diferentes formas

de violência, como: violência física; violência psicológica; tortura; tráfico de seres humanos; violência patrimonial; violência sexual; negligência e/ou abandono; trabalho infantil e a violência por intervenção legal. (OMS, 2002).

Já a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, também conhecida como “Lei Maria da Penha”, classifica, em seu Art. 7º, como formas de violência doméstica e familiar contra a mulher, entre outras:

I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação; (Redação dada pela Lei nº 13.772, de 2018)

III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV - a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria. (BRASIL, 2006).

Contudo, cabe destacar que nem a caracterização da OMS, nem a tipificação da Lei Maria da Penha abarcam o conceito de *violência estatal*, que emergiu nos estudos que fundamentaram esta pesquisa.

Sobre a violência estatal, Matos (2019) afirma que as classes subalternas são as principais vítimas das práticas ilegais e autoritárias agenciadas pelo Estado, principalmente quando trata-se de reprimir a criminalidade. Aos brasileiros pobres, portanto, estão reservados os espetáculos de violência e repressão, enquanto os crimes cometidos pelos representantes e agentes estatais mantêm-se impunes.

Nesse sentido, embora o Estado democrático brasileiro não seja o algoz de uma violência rotineiramente arquitetada e perpetrada, como ocorre nos Estados totalitários, ao não distribuir suas riquezas e recursos e ao monopolizar violências

consideradas legítimas, como a repressão à criminalidade quando subalterna, cria condições para falhas e brechas na garantia dos direitos e deveres constitucionais, bem como possibilita a expansão de práticas institucionais violentas. (Matos, 2019).

Conforme Ladeia, Mourão e Melo (2016), a violência institucional, também compreendida dentro da violência estatal, retrata as ilegalidades praticadas por órgãos e agentes públicos que deveriam operar na defesa e proteção dos cidadãos. Dessa forma, as autoras evidenciam a relação paradoxal entre o campo da saúde e a violência estatal, haja vista que embora responsáveis por, intersetorialmente, traçar estratégias para assegurar o cuidado integral aos sujeitos, os serviços de saúde e seus profissionais frequentemente constituem-se como perpetradores dessa violência silenciosa.

Outrossim, Minayo (2006, p. 15) afirma que “nunca existiu uma sociedade sem violência, mas sempre existiram sociedades mais violentas que outras, cada uma com sua história”. Tendo isso em vista, Ladeia, Mourão e Melo (2016) reiteram que a violência estatal opera com base em condições sócio-históricas, econômicas, políticas e culturais, bem como em razão do gênero, raça/etnia, classe social e valores morais.

As práticas de violência estatal, portanto, apresentam-se de forma tão corriqueira, natural e silenciosa que comumente não são reconhecidas como tais. Para além de naturalizada, a violência estatal é legitimada quando tida como “necessária” para a “proteção” do sujeito e/ou da sociedade. (Ladeia; Mourão; Melo, 2016).

Desse modo, as obras analisadas durante essa revisão bibliográfica apresentam cenários parecidos, embora em municípios e estados diferentes, acerca do *modus operandi* da violência estatal frente ao uso de drogas quando feito por mulheres pobres que ousam ser mães.

A transferência de bebês saudáveis do Alojamento Conjunto (AC) para as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) em função do uso de drogas materno foi identificada como prática frequente em diversas maternidades públicas. (Lansky, 2018; Rosato, 2018; Dalpiaz; Oliveira, 2020; Reis, 2019; Souza, 2022). Denominada de *sequestro* (Lansky, 2018; Rosato, 2018; Carajá, 2019; Souza, 2022), a separação física é o primeiro procedimento realizado neste *modus operandi*.

Segundo Pasqual, Bracciali e Volponi (2010), a primeira experiência de AC ocorreu em 1971, em Brasília/DF. Em meados da década de 1980, o Ministério da

Saúde, com base nas diretrizes da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), passou a incentivar a implementação do modelo nos hospitais brasileiros, a fim de minimizar as elevadas taxas de desmame precoce no país.

No AC, regulamentado pela Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993, e pela Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016, o binômio mãe-bebê permanece junto em tempo integral, até o momento da alta. O AC favorece o estabelecimento de vínculos familiares, principalmente entre mãe e bebê; estimula o aleitamento materno; diminui o risco de infecções hospitalares; propicia maior interação entre familiares e equipe de saúde, dentre outros benefícios. (Brasil, 2016c).

Contudo, para além de uma violência institucional, Lansky (2018) afirma que a separação compulsória do binômio mãe-bebê durante a internação apresenta-se como uma nova forma de violência de gênero e violência obstétrica. Rosato (2018) também corrobora com essa perspectiva e acrescenta tratar-se de uma violência estatal, pois não está circunscrita apenas à rotina dos estabelecimentos de saúde. Ou seja, mesmo após a alta hospitalar, em muitos casos essa separação prossegue, com risco de tornar-se permanente a partir da perda do poder familiar.

Rosato (2018) aponta que uma das profissionais entrevistadas em sua pesquisa refere que em uma maternidade pública de Belo Horizonte/MG, cerca de 60% dos recém-nascidos admitidos na UTI, embora estivessem saudáveis, eram filhos de mulheres usuárias de drogas. A partir desse “protocolo”, os bebês permaneciam internados até parecer judicial, enquanto suas mães recebiam alta e eram privadas de amamentá-los e, em alguns casos, até mesmo de visitá-los.

Já Dalpiaz e Oliveira (2020) identificaram nos prontuários dos doze recém-nascidos que integraram a amostra de sua pesquisa, que apenas dois permaneceram em tempo integral no AC com a mãe. De acordo com os autores, os termos “internação social”, “baixa social” e afins foram usados para justificar a internação de bebês saudáveis em leitos intermediários e de UTI.

A contraindicação da amamentação, inclusive seu impedimento, também foram identificados como prática comum em diversas maternidades públicas e de diferentes localidades, com e sem a existência de portarias e/ou normativas acerca da situação de mulheres usuárias de drogas e seus filhos. (Lansky, 2018; Rosato, 2018; Dalpiaz; Oliveira, 2020; Carajá, 2019; Souza, 2022).

A OMS, porém, considera que o uso de maconha, cocaína, anfetaminas, *ecstasy* e opióides não são contraindicados durante a amamentação. Contudo, a

organização ressalta que, quando usadas, deve-se avaliar o risco da droga *versus* o benefício da amamentação para orientar sobre a sua manutenção ou o desmame. (OMS, 2009). Já a Academia Americana de Pediatria (AAP, 2001) contraindica o uso de maconha, cocaína, anfetaminas, heroína e fenciclidina durante o período de lactação.

Vale ressaltar que a fórmula láctea, usada em substituição ao leite materno, não é fornecida pelo SUS nos casos em que a amamentação é contraindicada pelo uso de drogas. Dessa forma, a contraindicação da amamentação nas maternidades públicas para famílias em situação de vulnerabilidade social precisa ser avaliada, haja vista que nos casos em que o acolhimento institucional não seja deferido, a família pode não apresentar condições financeiras de manter o uso de alimentação substituta, expondo-se novamente à possibilidade de punição por conta da pobreza e desproteção estatal.

Diante disso, Lansky (2018) e Souza (2022) sinalizam essas práticas violadoras como risco à saúde da criança, uma vez que expõe os recém-nascidos ao risco de infecções hospitalares, insegurança alimentar e ruptura da convivência familiar, bem como interfere no processo de vinculação e afeto do binômio mãe-bebê. A falta de leitos para bebês com diagnósticos em saúde que necessitam de internação, uma vez que estes estão ocupados por recém-nascidos saudáveis que aguardam decisão judicial, também foi referida por Lansky (2018) e Reis (2019) como controversa entre os profissionais de saúde.

Ademais, a separação compulsória de bebês de suas mães, às vezes nas primeiras horas de vida, produz uma rede de opressão cujo *modus operandi* concretiza-se através da dor, exploração e produção de trauma, tornando-se fator de risco não apenas para o recém-nascido, mas também para as mulheres tidas como loucas e drogadas, que são lentificadas, medicalizadas e docilizadas, a fim de que não demonstrem resistência ao terem suas crianças retiradas. (Souza, 2022).

Os atos de separação, física e emocional, medicalização e contraindicação da amamentação, embora estejam circunscritos à ideia de violência institucional, também camuflam práticas de violência obstétrica. (Rosato, 2018). Nesse sentido, a violência obstétrica desrespeita a autonomia da mulher, assim como afeta sua qualidade de vida, podendo ocasionar sofrimento, traumas e adoecimento psíquico. (Brasil, 2021).

A pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e o nascimento”, realizada em 2012 pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em âmbito hospitalar com cerca de 24 mil mulheres, aponta que em torno de 45% das mulheres atendidas em hospitais vinculados ao SUS sofreram violência obstétrica, enquanto na rede privada a taxa foi de 30%. (Fiocruz, 2012).

Já o estudo de Lansky *et al.* (2019) acerca do perfil e experiência de parto de 555 mulheres indica que a violência obstétrica foi reportada por 12,6% delas e está associada ao estado civil, à menor renda, à ausência de companheiro(a) e à separação precoce do bebê após o parto para realização de intervenções de rotina. Nos relatos de violência obstétrica predominaram intervenções não consentidas, abuso verbal, abuso físico e discriminação.

Embora a violência obstétrica tenha sido reconhecida pela OMS, ainda em 2014, como questão de saúde pública que afeta diretamente o binômio mãe-bebê (Lansky *et al.*, 2019), o Brasil não possui lei federal que trate da prática, restando aos atos entendidos como violência obstétrica o enquadramento em crimes já previstos, como lesão corporal.

Sobre isso, cabe destacar que apesar de não terem identificado a prática como violência obstétrica, as duas participantes desta pesquisa trouxeram relatos de práticas que poderiam ser consideradas violação aos direitos da parturiente, conforme a seguir:

Eles atendem bem, eles são pessoas bem legais. Só que agora que mudou um pouco o parto, né? Antes era diferente. Agora mudou. Sofri bastante, por causa que ele era bem preguiçoso, né? Pra nascer. Então eu sofri bastante. Eu entrei era duas horas e fui ganhar três e pouco do outro dia. Então foi sofrido. - MARIA AMÉLIA.

Eu tinha contração e não tinha dilatação. Sofri muito. Aí eles não fazem, tipo, mais cesárea, só se for com urgência mesmo, né? E daí eles me deixaram da quinta, era umas cinco e pouco da tarde a hora que eles botaram o primeiro soro que eles fazem pra dar dilatação, né? Enfim, daí foi na segunda-feira de tarde, daí minha tia chegou lá, eu não conseguia, ou ia ser eu ou a nenê. Tipo, uma das duas ia sobreviver, sabe? Porque se eu tentasse parto normal, eu não tinha mais força, sabe? Não tinha, imagina, eu fiquei da quinta até na segunda-feira. Eu não podia nem beber tipo, não podia tomar nada grosso tipo, era só suquinho, gelatina, sabe? Só isso ali que eu podia comer até na segunda, então tu pensa como é que eu estava, né? - ROSE.

De acordo com Medeiros e Nascimento (2022), a privação hídrica e alimentar durante o parto, conforme relatado por ROSE, é obsoleta e desnecessária, sendo caracterizada como violência obstétrica pela OMS desde 1996. Já a demora na

assistência, descrita tanto por *MARIA AMÉLIA* quanto por *ROSE* diante do excesso de horas de trabalho de parto concomitante a dor extrema, também pode ser considerada violência obstétrica. (Lansky *et al.*, 2019).

Para além, balizados pelas diretrizes da OMS, Lansky *et al.* (2019) também caracterizam como violência obstétrica a recusa de internações nos serviços de saúde; a realização de procedimentos coercitivos ou sem consentimento; o desrespeito à privacidade e à liberdade de escolhas da parturiente; os abusos físicos, verbais ou psicológicos; o cuidado negligente; a recusa na administração de analgésicos; a detenção de mulheres e seus bebês em instituições de saúde, entre outros.

Nesse sentido, retomo a história de Aline que em entrevista à Agência Pública, descreveu como foi o processo de separação compulsória de seu primogênito, Zion, ainda durante a internação hospitalar:

Fiquei 12 dias com ele na maternidade. **Mesmo tendo condições de amamentar, fui impedida, me deram remédio para o meu leite secar. Junto com meu peito, meu coração chorava de dor.** Cheguei à maternidade em bom estado físico e psicológico, acompanhada pela minha mãe, com enxoval e os exames do pré-natal. (Pública, 2017, *online*, grifos meus).

Embora a contraindicação à amamentação esteja baseada em orientações médico-científicas da AAP, Lansky (2018) ressalta que, ao longo da história da humanidade, diversas práticas violentas foram perpetradas em nome da “ciência”. Reitera-se, portanto, que o poder médico-científico propôs atos violadores em outros momentos históricos, como a segregação e institucionalização como alternativa ao tratamento de pessoas com hanseníase, tuberculose, em sofrimento mental e até mesmo opositores ao regime político vigente. (Lansky, 2018; Rosato, 2018; Carajá, 2019; Souza, 2022).

Diante disso, guardadas as devidas proporções, a violência estatal, baseada em saberes médico-científicos de origem manicomial, segue permitindo a segregação de mulheres e seus filhos em instituições totais, como acolhimentos institucionais para as crianças supostamente “negligenciadas” e comunidades terapêuticas para mulheres usuárias de drogas. (Carajá, 2019).

Para além da segregação e institucionalização, Lansky (2018) e Souza (2022) também evidenciam a ocorrência de laqueaduras compulsórias em mulheres usuárias de drogas e/ou em situação de rua. Em sua pesquisa, Souza (2022)

menciona a história de Janaína Aparecida Quirino, mulher negra e pobre, moradora do município de Mococa/SP.

No dia 14 de fevereiro de 2018, aos 36 anos, Janaína deu entrada no pronto-socorro da Santa Casa de Mococa para dar à luz ao seu oitavo filho. Após o parto, Janaína recebeu alta e deixou a Santa Casa sem sua filha, que foi acolhida institucionalmente, e estéril. (Souza, 2022; EL PAÍS, 2018, *online*).

Durante a cesárea, Janaína foi submetida a uma laqueadura, sem seu consentimento, após pedido do promotor Frederico Liserre Barruffini ser acatado pelo juiz Djalma Moreira Gomes Júnior. Como “justificativa”, promotor e juiz declararam que Janaína era usuária de drogas, estava em situação de rua e era incapaz de cuidar de seus filhos, todos institucionalizados. (Souza, 2022; EL PAÍS, 2018, *online*).

Embora não houvesse portarias e normativas determinando o acolhimento institucional de recém-nascidos de mulheres usuárias de drogas em Mococa/SP, Janaína não conviveu com nenhum de seus filhos. Já o promotor Frederico Liserre Barruffini, responsável por outros três pedidos de laqueadura compulsória de mulheres pobres e usuárias de drogas, foi julgado pelo Órgão Especial do Colégio de Procuradores do Ministério Público de São Paulo e recebeu apenas 15 dias de suspensão. (RBA, 2019, *online*).

Enfatiza-se que a esterilização compulsória foi utilizada enquanto política de controle de natalidade para mulheres negras nos Estados Unidos nas décadas de 1930 até meados dos anos 1970. (Lansky, 2018; Carajá, 2019; Souza, 2022). Com propósitos eugenistas, a esterilização forçada também foi determinada a milhares de homens e mulheres que estavam internados em hospitais psiquiátricos do país, principalmente negros, ciganos e latinos. (BBC, 2013, *online*).

Frente a isso, Lansky (2018) é taxativa ao afirmar que os hospitais e maternidades públicos são a reedição dos manicômios, cujo alvo são mulheres negras e/ou pobres que fazem uso de drogas e/ou estão em situação de rua. Para além da esterilização compulsória, Carajá (2019) aponta que mulheres em situação de vulnerabilidade social são, por diversas vezes, coagidas a aderirem a algum método contraceptivo, inclusive com portarias regulamentando sua incorporação, como a Portaria nº 13 de 19 de abril de 2021⁵².

⁵² A portaria torna pública a decisão de incorporar o implante subdérmico de etonogestrel, condicionada à criação de programa específico, na prevenção da gravidez não planejada para

A partir disso, é possível perceber que há violências toleradas e violências condenáveis. A violência orquestrada pelo poder público, instituições públicas e profissionais que coadunam com práticas violentas e baseadas em moralismo é permitida quando disfarça-se de “proteção” à criança e ao adolescente. Contudo, essas ações escondem suas raízes higienistas e eugenistas, cujo objetivo é controlar modos de vida, comportamentos e corpos de determinadas populações a partir de sua subjugação às instituições totais “reeditadas”, como as maternidades públicas, comunidades terapêuticas, acolhimentos institucionais e prisões.

mulheres em idade fértil: em situação de rua; com HIV/AIDS em uso de dolutegravir; em uso de talidomida; privadas de liberdade; trabalhadoras do sexo; e em tratamento de tuberculose em uso de aminoglicosídeos, no âmbito do SUS. (Brasil, 2021).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação teve por objetivo conhecer a experiência de vida de mulheres com uso de drogas atendidas em maternidades públicas frente ao direito de maternas, com vistas a produzir subsídios de fomento para o enfrentamento dos desafios vivenciados na efetivação do direito à maternidade em concomitância à proteção da infância e adolescência. Inicialmente, portanto, partiu-se de experiência empírica cuja premissa era de que as maternidades públicas estavam reproduzindo práticas violentas e coercitivas circunscritas aos manicômios, uma vez que tornaram-se *locus* de repetidas situações de separação compulsória de mães usuárias de drogas de seus filhos recém-nascidos.

Cabe destacar que essa hipótese seguiu entranhada na pesquisa, apesar das mudanças metodológicas realizadas ao longo da escrita. Nesse sentido, compreende-se que as mudanças foram necessárias para garantir a viabilidade deste estudo frente aos entraves ocorridos durante a coleta de dados no campo inicial, que seriam as maternidades públicas do município de Porto Alegre/RS. Diante disso, pontua-se que a dificuldade em se obter dados é um dado *per se*, haja vista que a temática abordada, além de tratar-se de assunto sensível, permeado por questões emocionais, também versa sobre práticas institucionais e profissionais que podem ser tanto *emancipatórias* quanto *violadoras*.

Portanto, buscando atingir os objetivos desta pesquisa, realizou-se revisão bibliográfica sobre o tema, com o intuito de desvelar os processos sócio-históricos que implicaram no fenômeno atual reconhecido como o *sequestro de bebês pelo Estado*. Com isso, verificou-se que a separação compulsória de mães de seus filhos trata-se de um processo que ocorre há séculos no Brasil e que atua de acordo com a hegemonia política, econômica e cultural de cada época.

No Brasil Colônia, o *sequestro* vitimou inicialmente mulheres indígenas. Com o advento do tráfico de escravizados negros, passou a inviabilizar a maternidade e maternagem de mulheres negras para com seus filhos. Já nos séculos XIX e XX, instituições totais como hospitais psiquiátricos e colônias para tratamento de hanseníase, promoveram um processo de *desmaternização* compulsória a milhares de mulheres. Desse modo, identifica-se que o *sequestro de bebês pelo Estado* manteve aspectos em comum ao longo dos séculos, como o fato de prioritariamente afetar os segmentos populacionais mais invisibilizados e vulnerabilizados.

No momento atual, com base em percepções estigmatizantes acerca da tríade *loucura, pobreza e drogas*, órgãos judiciais têm orientado as equipes de saúde de maternidades públicas a notificar situações que ofereçam “risco” aos recém-nascidos. Dessa forma, para além dos manicômios e prisões, essas instituições acabaram por adotar características e práticas comuns às instituições totais quando confrontadas com situações, vivências e sujeitos que fogem à *normalidade* e ao que é determinado pelo patriarcado-capitalista-racista.

Outrossim, compreende-se a retirada compulsória de recém-nascidos de mães consideradas *incapazes* como uma violência estatal contemporânea que, disfarçada de proteção à criança e ao adolescente, expressa, para além de práticas colonizadoras, manicomiais e ditatoriais, perspectivas higienizadoras e eugenistas, tendo em vista que a adoção de crianças pobres desonera o Estado na garantia dos mínimos sociais às suas famílias.

A revisão bibliográfica e as entrevistas realizadas também fomentaram a observância de um *modus operandi* comum às rotinas das maternidades públicas quando defrontes à separação compulsória do binômio mãe-bebê. Nesse sentido, a contraindicação e o impedimento à amamentação; a internação de bebês saudáveis em leitos de terapia intensiva; a emissão de laudos e relatórios estigmatizantes por parte de profissionais da equipe de saúde; e a suspensão do poder familiar sem o devido processo legal e amplo direito à defesa foram identificadas em diversos municípios brasileiros, de diferentes estados, à despeito da existência de portarias, decretos ou normativas recomendando a prática.

Restrita às maternidades públicas, a institucionalização sistemática de filhos de mulheres usuárias de drogas exemplifica que o estereótipo de mãe *incapaz* não está associado somente ao uso de drogas, mas também aos *marcadores sociais* que, sob o respaldo do capital determinam a desmaternização de mães vulneráveis. Desse modo, apreender o direito à maternagem frente ao uso de drogas considera a totalidade das relações sociais de produção e reprodução da vida, cujas determinações sociais de gênero, raça/etnia e classe social culminam em desiguais formas de gestar, parir, maternar, viver, adoecer e morrer.

Em relação à efetivação do direito à maternidade e maternagem, verifica-se como imprescindível a operação de processos de trabalhos interprofissionais e intersetoriais no cerne das políticas públicas. Também identificou-se que as mulheres constroem relações ambivalentes com a rede de serviços e seus

profissionais. Contudo, quando prioriza-se o vínculo e ações de prevenção à saúde e promoção dos direitos sociais, é possível concretizar ações que elegem a convivência familiar e comunitária em detrimento ao rompimento de vínculos compulsório. Também observou-se que, diante da retirada de seus filhos, as mulheres intensificaram o uso de drogas como estratégia para lidar com a dor. No entanto, quando não houve separação, mediante a construção de laços de afeto com seus bebês, bem como de vínculos de confiança com os serviços do território, foram articuladas estratégias de cuidado e redução de danos associadas ao uso de drogas. Portanto, visualiza-se a maternidade como um momento favorável para mudanças.

Acerca do processo de *judicialização da maternagem*, pontua-se que os casos graves, que demandam ações excepcionais como o afastamento imediato e compulsório de mães de seus bebês, são ínfimos. Apesar disso, nas situações de abrigo compulsório, o agir nos dispositivos de saúde e assistência social é influenciado, e por vezes até mesmo determinado pelo Poder Judiciário, que adentra forçadamente na vida de mulheres e seus filhos sem real conhecimento das potencialidades e possibilidades que existem frente ao desejo de permanecerem mães.

Diante disso, é possível perceber que há violências toleradas e violências condenáveis. Quando camuflada de proteção à criança e ao adolescente, a violência orquestrada contra mulheres que fazem uso de drogas não só é permitida, como endossada pelo poder público. Essas ações, fundamentadas na criminalização da pobreza e em perspectivas higienistas e eugenistas, objetivam controlar os modos de vida e os corpos de determinadas populações, por meio de sua subjugação às instituições totais “reeditadas”, como as maternidades públicas, comunidades terapêuticas, acolhimentos institucionais e prisões.

Em relação à originalidade e relevância desta pesquisa, ressalta-se a escrita a partir do olhar da pesquisadora-militante e assistente social. Sobre isso, constatou-se que, apesar do protagonismo do Serviço Social frente às intervenções que resultaram na permanência ou não da criança sob a tutela de seus familiares, poucos foram os estudos realizados por profissionais da categoria. Nesse sentido, reitera-se a importância da realização de pesquisas que abordem a atuação do assistente social nas maternidades públicas frente ao uso de drogas de

mulheres/mães, a fim de promover práticas transformadoras em consonância com o projeto ético-político da profissão e baseadas em evidências e métodos científicos.

Por fim, compreende-se que frente a esse cenário conflituoso, o direito à maternidade e maternagem emerge como uma experiência extremamente complexa, marcada por relações desiguais de classe, raça e gênero, que operam de forma perversa quando defrontes ao uso de drogas. Torna-se, portanto, um imperativo ético e humanitário pensar em estratégias de cuidado, prevenção e proteção ancoradas na perspectiva dos direitos humanos, para que a assistência e a proteção à criança e ao adolescente não se traduza na permissividade de violência estatal contra as mulheres.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Drugs. The Transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics*, v. 108, p. 776-789, 2001.

AGÊNCIA BRASIL. *Analfabetismo cai, mas Brasil ainda tem 11 milhões sem ler e escrever*. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/educacao/noticia/2020-07/taxa-cai-levemente-mas-brasil-ainda-tem-11-milhoes-de-analfabetos>. Acesso em: 5 fev. 2023.

ALBUQUERQUE, C. S. “Questão das drogas” e o Serviço Social: um desafio posto à profissão. *Anais do XVI ENPESS - 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social*, 2018.

ALMEIDA, S. S. L. DE *et al.* Maternidade e hanseníase: as vivências de separação devido ao isolamento compulsório. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 17, n. 2, p. 275–282, ago. 2012.

AMARANTE, P. *O homem e a serpente*. SciELO - Editora FIOCRUZ, 1996.

AMARANTE, P. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 34–41, abr./jun., 2011.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

ARBEX, D. *Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ABEP - Associação Brasileira De Empresas De Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. *ABEP*, 2022. Disponível em: <https://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 17 jun. 2023.

ATTUATI, C. *et al.* A origem dos dogmas de inferiorização, opressão e exclusão das mulheres: um olhar a partir do papel da mulher no medievo. *ANAIS*. Salão do Conhecimento UNIJUÍ, nº 2, 2016, Ijuí. Resumos. Ijuí: UNIJUÍ, 2016, n.p.

BADARÓ, L. Múltiplas expressões da questão social ecoam sobre a Infância e Juventudes. *Revista SER Social*, Brasília, v. 15, n. 32, p. 167-183, jan./jun., 2013.

BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Tradução de Waltensir Dutra. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BASTOS, F.I. (Cord.). FIOCRUZ. III Levantamento Nacional Sobre Uso de Drogas pela População Brasileira. Rio de Janeiro: *ICICT/FIOCRUZ*, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>. Acesso em: 5 mai. 2023.

BEAUVOIR, S. *O segundo sexo*. Tradução de Sérgio Milliet. 2. ed. Rio de Janeiro:

Nova Fronteira, 2009.

BENTO GONÇALVES. *Plano Municipal de Saúde 2018-2021*. Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves, 2018. Disponível em: <http://www.bentogoncalves.rs.gov.br/downloads/Saude/Plano-Municipal-de-Saude-2018-2021.pdf> Acesso em: 19 nov. 2022.

BENTO GONÇALVES. *Centro de Referência Materno Infantil tem média de 130 atendimentos por semana*. Prefeitura Municipal de Bento Gonçalves, 2023. Disponível em: <https://bentogoncalves.atende.net/cidadao/noticia/centro-de-referencia-materno-infantil-tem-media-de-130-atendimentos-por-semana>>. Acesso em: 18 ago. 2023.

BOARINI, M. L. *A luta antimanicomial: um mosaico de vozes insurgentes*. *Revista Psicologia Política*, São Paulo, vol.20, n.47, pp. 21-35, jan./abr., 2020.

BOLZAN, L. M. *Deméter, Ceres e Bacante: homogeneização da mulher que faz uso de drogas*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2015.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

_____. *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Cria o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

_____. *Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. *Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília, DF, 2005.

_____. *Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006*. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União, Brasília.

_____. *Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília. 2011a.

_____. *Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011*. Institui - no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília. 2011b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Nota Técnica conjunta MDS/MS N° 001/2016*. Diretrizes, Fluxo e Fluxograma para a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos. 2016a.

_____. *Lei nº 13.257, de 08 de março de 2016*. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância. 2016b.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2068, de 21 de outubro de 2016*. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. 2016c.

_____. *Portaria nº 569 de 1 de junho de 2000*. Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento (PHPN). Diário Oficial da União, Brasília.

_____. *Portaria SCTIE/MS nº 13, de 19 de abril de 2021*, torna pública a decisão de incorporar o implante subdérmico de etonogestrel, condicionada à criação de programa específico, na prevenção da gravidez não planejada para mulheres em idade fértil: em situação de rua; com HIV/AIDS em uso de dolutegravir; em uso de talidomida; privadas de liberdade; trabalhadoras do sexo; e em tratamento de tuberculose em uso de aminoglicosídeos, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília.

_____. *Manual de gestão de alto risco*. Portal de boas práticas, 2022. Disponível em:
<<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-gestacao-de-alto-risco-ms-2022/>> Acesso em: 07 ago. 2023.

_____. Ministério da Saúde. *Central Brasileira de Estabelecimentos de Saúde - CEBES*. 2022.

BBC. *Investigação revela história secreta de esterilização em latinos nos Estados Unidos*. BBC News Brasil, 11 de julho de 2013. Disponível em:
<https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2013/07/130711_esterilizacao_secreta_latinos_an>. Acesso em: 2 jun. 2023.

BREDA, T. Livro aponta opressão da mulher como sustentáculo do capitalismo. *Elefante Editora*, 2017. Disponível em:
<<https://elefanteeditora.com.br/livro-aponta-opressao-da-mulher-como-sustentaculo-do-capitalismo/>> Acesso em: 1 jun. 2021.

BOLDRINI, A. Violência obstétrica atinge quase metade das mães no SUS, mas é normalizada. *Folha de S. Paulo*, 2021. Disponível em:
<<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2021/03/violencia-obstetrica-atinge-quase-metade-das-maes-no-sus-mas-e-normalizada.shtml>> Acesso em: 2 jun. 2021.

BOLONHEIS-RAMOS, R. C. M.; BOARINI, M. L. Comunidade Terapêutica: “novas” perspectivas e propostas higienistas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.22, n.4, out.-dez. 2015, p.1231-1248. 2014

BUENO, W. C. *Processos de resistência e construção de subjetividades no pensamento feminista negro: uma possibilidade de leitura da obra Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, And The Politics Of Empowerment (2009)* a partir do conceito de imagens de controle. 2019. 169f. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2019.

- CALVETE, C. S.; SOUZA, T. S. 2020 História e formação do mercado das drogas. *Revista de Economia*, v. 41, n. 76, p. 401-429, 2020
- CAMARGO, P. O. *et al.* O enfrentamento do estigma vivido por mulheres/mães usuárias de crack. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental, Álcool, Drog.* (Ed. Port.), vol. 14, n. 4, Ribeirão Preto/SP, out./dez., 2018). Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762018000400002> Acesso em: 2 fev. 2022.
- CAMPOS, C. A. *Dimensões do ativismo judicial do STF*. Rio de Janeiro: Forense, 2014.
- CAMPOS, D. B; BEZERRA, I. C.; JORGE, M. S. B. *Produção do Cuidado em Saúde Mental: Práticas Territoriais na Rede Psicossocial*. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2020.
- CARAJÁ, A. F. *Diário Cartográfico das mães que perdem suas filhas e filhos pelas mãos do Estado: paisagens que se repetem*. 286f. Dissertação (Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.
- CARDOSO, A. J. C. *et. al.* Violência institucional e enfermidade mental: narrativas de egressos de um manicômio da Bahia. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 127, out-dez 2020, p. 1105-1119.
- CARLINI, E. A. *A história da maconha no Brasil*. Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Psicobiologia, São Paulo, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/xGmGR6mBsCFjVMxtHjdsZpC/abstract/?lang=pt>> Acesso em: 10 ago. 2023.
- CARNEIRO, H. *Transformações do significado da palavra “droga”*: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. In: VENÂNCIO, R. P.; CARNEIRO, H. (Orgs.). *Álcool e drogas na história do Brasil*. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: Editora PUCMinas, 2005.
- CARVALHO, S. *A política criminal de drogas no Brasil: estudo criminológico e dogmático da Lei 11.343/06* (7a ed.). São Paulo: Saraiva, 2014.
- CENTRO CULTURAL DA SAÚDE. *A reforma psiquiátrica brasileira e a política de saúde mental*. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/VPC/reforma.html>> Acesso em: 14 jun. 2023.
- CHAUÍ, M. S. As Ciências. Capítulo I. A Atitude Científica. In: CHAUÍ, Marilena de Souza. *Convite à Filosofia*. 7. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). O estigma das drogas. Caderno 2. Série: *Assistente social no combate ao preconceito*. Brasília: CFESS, 2016.
- CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. *Diagnóstico nacional da primeira infância*:

destituição do poder familiar e adoção de crianças. Brasília: CNJ, 2022. Disponível em:

<<https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2022/04/eixo3-primeira-infancia-relatorio-final.pdf/>>. Acesso em: 07 de ago. de 2023.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. *Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019*. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFz6hgQqBH#ModalTutors>>. Acesso em: 12 ago. 2023.

Cruz, V. D. *Vivências de mulheres que consomem crack em Pelotas*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS. 2012.

DALPIAZ, A.K.; OLIVEIRA, P. A.B. O atendimento à saúde das mulheres usuárias de crack e de seus filhos recém-nascidos na Maternidade de um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul. *Revista Emancipação*, Ponta Grossa, v. 20, p. 1-15, jan./dez., 2020.

DIAS, M.T.G. *A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do serviço residencial terapêutico Morada São Pedro*. 286f. Tese (Doutorado em Serviço Social), Pontifícia Universidade Católica, Porto Alegre, 2007.

DROGA. In: MICHAELIS, Dicionário Brasileiro de Língua Portuguesa. São Paulo, Editora Melhoramentos, 2023. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/droga>>. Acesso em: 15 abr. 2023.

DWORKIN, A. *Pornography: men possessing women*. Sem tradução. Nova York: A Plume Book, 1992.

EL PAÍS. *Como um promotor e um juiz do interior de SP esterilizaram uma mulher à força*. El País Brasil, 14 de junho de 2018. Disponível em:

<https://brasil.elpais.com/brasil/2018/06/12/politica/1528827824_974196.html>. Acesso em: 07 ago. 2023.

ESCOHOTADO, A. *Historia General de Las Drogas – incluyendo El apêndice “Fenomenología de las Drogas”*. Madrid: Espasa Calpe, 2002.

ESQUINSANI, R. S. S.; DAMETTO, J. A loucura, o demônio e a mulher: sobre a construção de discursos no mundo medieval. *História Revista*, Goiânia, v. 22, n. 2, p. 190-203, mai./ago., 2017.

ENGELS, F. *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2019.

FÁVERO, E. T. Famílias de crianças em acolhimento institucional: desproteção e invisibilidade social. IN: SCHWEIKERT, P. G. M.; FÁVERO, E. T.; NAKAMURA, C. R. *Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo / Escola da Defensoria Pública do Estado de São Paulo*. Vol. 1, São Paulo: EDEPE, p. 58-73, 2018.

FEDERICI, S. *Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. Tradução Coletivo Sycorax. São Paulo: Elefante Editora, 2017.

FIOCRUZ. “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e o nascimento”. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2012. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil>. Acesso em: 28 set. 2022.

FIOCRUZ. Introdução a Reforma Sanitária Brasileira. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2014. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2022.

FGV. *O Estado da Juventude: Drogas, prisões e acidentes*. Marcelo Cortês Neri (coord). Rio de Janeiro, 2007.

FRANCO, D. F. P.; COSTA, R. G. M.; VITORIO, F. A química das drogas: uma abordagem didática para o ensino de funções orgânicas. *Revista Educação Pública*, Rio de Janeiro, mar. 2018. Disponível em: <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/18/6/a-quimica-das-drogas-uma-abordagem-didtica-para-o-ensino-de-funes-orgnicas>. Acesso em: 06 jun. 2023.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; ARAÚJO, M. D. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, jan-mar 2017.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2017.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. Tradução de Dante Moreira. 1ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Tradução de Mathias Lambert. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora LTC, 1981.

GOMES, A. L. C. *A Reforma Psiquiátrica no contexto do Movimento de Luta Antimanicomial em João Pessoa /PB*. 2013. 263 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Rio de Janeiro.

GOMES, A. S. T.; MATOS, A. S. M. C. O estado de exceção no Brasil republicano. *Revista Direito e Práxis*, UERJ, Rio de Janeiro, jun. 2017.

GOMES-MEDEIROS, D. *et al.* Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos

necessários. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/JJ5FM4Lk4RctsyTwbhFpfdk/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 07 ago. 2023.

HAMERMÜLLER, A.; UCHÔA, T. Violência obstétrica atinge 1 em cada 4 gestantes no Brasil, diz pesquisa. *Humanista - Jornalismo e Direitos Humanos*, 2018. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/humanista/2018/01/28/violencia-obstetrica-atinge-1-em-cada-4-gestantes-no-brasil-diz-pesquisa/>> Acesso em: 2 jun. 2021.

IAMAMOTO, M. V. A questão social no capitalismo. *Revista Temporalis*, v. 2, n. 3, Brasília: ABEPSS, p. 09-32, jan./jun., 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2010. *Educação: taxa de analfabetismo*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/bento-goncalves/panorama>>. Acesso em: 10 out. 2022.

_____. Censo 2022. *Trabalho e rendimento*. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/bento-goncalves/panorama>>. Acesso em: 10 out. 2022.

JORGE *et al.* Das amas de leite às mães órfãs: reflexões sobre o direito à maternidade no Brasil. *Ciências e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, fev. de 2022.

JORNAL CIDADES. *Idese coloca Bento como uma das melhores cidades do RS*. 29 de dezembro de 2020. Disponível em: <https://www.jornaldocomercio.com/_conteudo/jornal_cidades/2020/12/772019-ides-e-coloca-bento-como-uma-das-melhores-cidades-do-rs.html#:~:text=Os%20dados%20divulgados%20referem%20se,sido%20atingida%20em%20anos%20anteriores>. Acesso em: 06 jun. 2023.

KARMALUK, C. *et al.* De quem é este bebê? Movimento social de proteção do direito de mães e bebês juntos, com vida digna! *Revista Rede Unida*, v. 04, n. 01, 2018.

KANTORSKI, L. P. *et al.* Política de saúde mental brasileira: uma análise a partir do pensamento de Franco Basaglia. *Journal of Nursing and Health*, v. 11, n. 2, 2021.

KARULA, K. Perigosas amas de leite: aleitamento materno, ciência e escravidão em *A Mãe de Família*. História, Ciência, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 19, p. 197-214, dez. 2012.

KESSLER, M. *et al.*, Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. *ACTA Paulista de Enfermagem*, v. 32, n. 2, mar-abr. 2019.

KILOMBA, G. *Memórias da plantação*: episódios de racismo cotidiano. Tradução de Jess Oliveira. 1. ed. Editora Cobogó, 2019.

LADEIA, P. S. S.; MOURÃO, T. T.; MELO, E. M. O silêncio da violência institucional no Brasil. *Revista Médica de Minas Gerais*. Belo Horizonte, v. 26, supl. 8, dez. 2016.

LÁKI, A. C. M. *A Reforma Psiquiátrica brasileira e italiana: um relato de experiência*. 2017. 27 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência em Saúde Mental e Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas/SP.

LANSKY, S. De quem é este bebê? Construção, desconstrução e resistência pelo direito de mães e bebês em Belo Horizonte. *Revista Saúde em Redes*, Porto Alegre, v. 4, n. 1, p. 191-208, jan./mar. (sup.), 2018.

LANSKY, S. *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24 n.8, p. 2811-2823, 2019.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. *Revista Latinoamericana de Salud*, México, v. 2, 1982, p. 7-25. Tradução. E. D. Nunes.

LEITE, J. F. *et al.* Condições de vida, saúde mental e gênero em contextos rurais: um estudo a partir de assentamentos de reforma agrária do Nordeste brasileiro. *Revista Latinoamericana de Psicología*, Bogotá, vol. 35, n. 2, p. 301-316, jan./abr., 2017.

LUENGO, F.C. *A vigilância punitiva: a postura dos educadores no processo de patologização e medicalização da infância* [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. 142 p.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2013, v. 33 n. 3, p. 580-595.

MALTA, D. C. *et al.* A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 24, n. 5, set. 2020.

MANGOLINI, B.; ESPÓSITO, B.; BONOMI, T. Breve história dos hospitais psiquiátricos. *Conexões Clínicas*, 11 jan. 2014. Disponível em: <<http://conexoescnicas.com.br/breve-historia-dos-hospitais-psiquiatricos/>> Acesso em: 21 set. 2021.

MARTINS-TORCATO, C. E. Um panorama do consumo de drogas no Brasil oitocentista. *Revista Cultura y Droga*, 2015, v. 20, n. 22, p. 36-63.

MARX, K. *O 18 de brumário de Luís Bonaparte*. Tradução de Nélcio Schneider. São Paulo: Boitempo Editorial, 2011.

MARTINELLI, M. L.; LIMA, N. C. Experiência social como categoria de pesquisa no serviço social. In: MARTINELLI, M. L. et al (orgs). *Cotidiano, cultura e sociabilidade: pesquisa em Serviço Social*. São Paulo, EDUC, 2021.

MATIAS, K. D. *A Loucura na Idade Média*. Ensaio sobre algumas representações. 2015. 81f. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade de Coimbra, Coimbra,

2015.

MATOS JÚNIOR, C. C. Sobre a polissemia da violência de Estado no Brasil: apontamentos para sua análise e compreensão. *Revista de Políticas Públicas*, v. 23, n. 1, p. 232-245, 2019.

MEDEIROS, R. C. S.; NASCIMENTO, E. G. C. “Na hora de fazer não chorou”: a violência obstétrica e suas expressões. *Revista Estudos Feministas*, v. 30, n. 3, 2022.

MEIHY, J. C. S. B. Manual de História Oral . São Paulo, SP: Edições Loyola, 2005.

MELO, J. R. F.; MACIEL, S. C. Representação Social do Usuário de Drogas na Perspectiva de Dependentes Químicos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 6, n. 1, jan-mar. 2016.

MEMÓRIAS DA DITADURA. *Biografias da resistência*: Rose Nogueira. Disponível em: <<https://memoriasdaditadura.org.br/biografias-da-resistencia/rose-nogueira/>>. Acesso em: 29 mar. 2023.

MEMÓRIAS DA DITADURA. *Biografias da resistência*: Maria Amélia de Almeida Teles. Disponível em: <<https://memoriasdaditadura.org.br/biografias-da-resistencia/maria-amelia-de-almeida-teles/>>. Acesso em: 29 mar. 2023.

MENANDRO, L. M. T.; GARCIA, M. L. T.; ULIANA, R. S. S. A perda da guarda de filhos: a voz das mulheres, mães e usuárias de drogas. *Psicologia & Sociedade*, v. 31, 2019.

MIKOSZ, J. E. Substâncias psicoativas e religião. *Cadernos de pesquisa interdisciplinar em ciências humanas*, n. 79, abr. 2006.

MINAYO, M. C. S. *Violência e saúde*. 20.ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

MINAYO, M. C. S. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2016.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. *Recomendação nº 05/2014*. 2014. Disponível em: <https://dequemeestebebe.files.wordpress.com/2017/04/recomendaccca7acc83o-5_2014mp.pdf> Acesso em: 25 mai. 2023.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS. *Recomendação nº 06/2014*. 2014. Disponível em: <https://dequemeestebebe.files.wordpress.com/2017/04/recomendaccca7acc83o-6_2014mp-1.pdf> Acesso em: 25 mai. 2023.

MORAES, R. Análise | O terror atual no futuro distópico de O Conto da Aia. Medium, 21 nov. 2017. Disponível em:

<<https://medium.com/rog%C3%A9rio-de-moraes/an%C3%A1lise-o-terror-atual-no-futuro-dist%C3%B3pico-de-o-conto-da-aia-a70bd3be378>>. Acesso em: 26 abr. 2022.

MOURA, E. C. C.; FERNANDES, M. A.; APOLINÁRIO, F. I. R. Percepção materna sobre transtornos psiquiátricos no puerpério: implicações na relação mãe-filho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 64, n. 3, p. 445-450, mai./jun., 2011.

MUSIAL, D.C.; MARCOLLINO-GALLI, J. F. Vulnerabilidade e risco: apontamentos teóricos e aplicabilidade na Política Nacional de Assistência Social. *O Social em Questão*, ano XXII, nº 44, mai./ago./2019.

NASCIMENTO, S. D. Precarização do trabalho feminino: a realidade das mulheres no mundo do trabalho. *Revista de Políticas Públicas*, São Luís, v. 20, n. esp., p. 339-346, mar./jun., 2016.

ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. O que está por trás da desigualdade de gênero na educação? *Pisa em Foco*, 2015. Disponível em:
<[https://www.oecd.org/pisa/pisaproducts/pisainfocus/PIF-49%20\(por\).pdf](https://www.oecd.org/pisa/pisaproducts/pisainfocus/PIF-49%20(por).pdf)> Acesso em: 28 mai. 2021.

OLIVEIRA, C. F. B.; BRITO, L. M. T. Judicialização da Vida na Contemporaneidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2013, v. 33, (esp.), p. 78-89.

OLIVEIRA, J. M.; PANOZZO, V. M. Maternidade e uso de psicoativos: intervenções num contexto de retrocessos. *Revista Serviço Social em Debate*, v. 3, n. 2, 2020, p.196-212.

OLIVEIRA, A. C.; OLIVEIRA, G. S.; CORRÊA, A. M. C. A História Oral: Uma metodologia de pesquisa qualitativa. *Revista Prisma*, v.2, n. 1, 2021, p. 63-77.

OLIVEIRA, E. S. *et al.* Impactos da nova Política de Saúde Mental Brasileira sobre o cuidado psicossocial: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 13, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Geneva: WHO; 2002 (document WHO/EHA/SPI.POA.2).

_____. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. *WHO. int.*, 2009a. Disponível em:
<https://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf> Acesso em: 1 jun. 2021.

_____. *Acceptable medical reasons for use breast-milk substitutes*. Genebra, 2009b. Disponível em: https://www.who.int/child_adolescent_health/documents/ . Acesso em: 9 abr. 2009b.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo o*

mundo. 2 mar. 2022. Disponível em:

<<https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em>>. Acesso em: 5 abr. 2022.

PACHECO, M. V. P. C. Esquirol e o surgimento da Psiquiatria contemporânea. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 152-157, abr./jun., 2003.

PAIVA, F. S. de; COSTA, P. H. A. da. *Desigualdade social, políticas sobre drogas e direitos humanos: uma reflexão sobre a realidade brasileira*. In: VECCHIA, M. D. et al (Orgs.). *Drogas e direitos humanos: reflexões em tempos de guerra às drogas*. 1. Ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017, p. 53-72.

PASQUAL, K. L.; BRACCIALLI, L. A. D.; VOLPONI, M. Alojamento conjunto: espaço concreto de possibilidades e o papel da equipe multiprofissional. *Cogitare Enferm*. 2010 abr-jun; v, 15, n. 2, p.334-9.

PEREIRA, C. P. A Proteção Social em tempos sem brios. *Argumentum*, Vitória, v. 9, n. 3, p. 24-29, set./dez., 2017.

PETEK, A. Infância negra e indígena no Brasil escravista. In: *XXV Encontro Estadual de História da ANPUH-SP*. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.encontro2020.sp.anpuh.org/resources/anais/14/anpuh-sp-erh2020/1596666636_ARQUIVO_9d860f5c4922cf2bea8fd24b0dbe2488.pdf>. Acesso em: 14 out. 2021.

PICCININI, W. J. Anotações sobre a loucura e a Psiquiatria. *Psychiatry Online Brasil*, set, 2015. Disponível em: <<https://www.polbr.med.br/ano15/wal0915.php#cima>> Acesso em: 29 set. 2021.

PIMENTEL, S. *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher: CEDAW 1979*. 2008. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2013/03/convencao_cedaw.pdf> Acesso em: 6 fev. 2021.

PINTO, A. G. G. Direitos Fundamentais - Legítimas Prerrogativas de Liberdade, Igualdade e Dignidade. *Revista da EMERJ*, v. 12, n. 46, 2009.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 02-12, dez., 2011.

PEIXOTO, P. C.; BERTANI, I. F. A constituição do corpo do doente mental. In: *Sem. de Saúde do Trabalhador de Franca*. Franca, set. 2010. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000112010000100026&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 nov. 2021.

PORTAL CATARINAS. Jovem preta é afastada de bebê após nascimento em maternidade de Florianópolis. Portal Catarinas, 31 jul. 2021. Disponível em: <<https://catarinas.info/jovem-preta-e-afastada-de-bebe-apos-nascimento-em-materni>>

dade-de-florianopolis/>. Acesso em: 09 jan. 2022.

PORTOCARRERO, V. *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

PÚBLICA. “*Tive que entregar meu filho para uma desconhecida*”, 20 jul. 2017.

Disponível em:

<<https://www.google.com/url?q=https://apublica.org/2017/07/tive-que-entregar-meu-filho-para-uma-desconhecida/&sa=D&source=docs&ust=1694691468271414&usg=AOvVaw0citSGwKGY1Lcb5kkxcCXJ>>. Acesso em: 17 mai. 2023.

QUEIROGA, V.V. *et al.* A pandemia da Covid-19 e o aumento do consumo de álcool no Brasil. *Research, Society and Development*, 2021, v. 10, n. 11 e p. 1-7.

RAMOS, S. S. Mulheres e gênese do capitalismo: de Foucault a Federici. *Princípios: Revista de Filosofia*, Natal, v. 27, n. 52, p. 199-212, jan./abr., 2020.

RANGEL, G. L. N. *Histórias não contadas: mulheres usuárias de drogas que perderam a guarda dos filhos recém nascidos*. 191f. Dissertação (Mestrado em Política Social), Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2018.

REDE BRASIL ATUAL. *Promotor que pediu laqueadura de mulheres pobres leva 15 dias de suspensão*, 21 ago. 2019. Disponível em:

<<https://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/promotor-que-pediu-laqueadura-de-mulheres-pobres-leva-15-dias-de-suspensao/>>. Acesso em: 26 set. 2021.

REINA, E. *Cativeiro sem fim: as histórias dos bebês, crianças e adolescentes sequestrados pela ditadura militar no Brasil*. São Paulo: Alameda; 2019.

REIS, G. M. *Mães Órfãs: cartografia das tensões e resistências ao abrigo compulsório de bebês em Belo Horizonte*. 174f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

RIGO, F. L. Prevalência e fatores associados ao uso de álcool, tabaco e outras drogas em gestantes. *Rev. Med. Minas Gerais*, Minas Gerais, v. 30, p. 1-6, jan./dez., 2020.

RIO GRANDE DO SUL. *Histórico Legal das Políticas Sobre Drogas no Brasil e Rio Grande do Sul*. Disponível em:

<<https://justica.rs.gov.br/historico-legal-das-politicas-sobre-drogas-no-brasil-e-rio-grande-do-sul#:~:text=A%20Comiss%C3%A3o%20Nacional%20de%20Fiscaliza%C3%A7%C3%A3o,25%20de%20novembro%20de%201938>>. Acesso em: 17 mai. 2022.

_____. *5ª Coordenadoria Regional de Saúde*. Disponível

em: <<https://saude.rs.gov.br/5-crs-caxias-do-sul>>. Acesso em: 22 jun. 2023.

ROSATO, C. M. O acolhimento institucional de bebês de mães usuárias de substâncias psicoativas: violência estatal contemporânea. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO 11 & 13TH WOMEN'S WORLDS CONGRESS, 2017, Florianópolis. *Anais [...]*. Florianópolis: [s. n.], 2017. Disponível

em:

<[http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1498508938_ARQUIVO_FG-Trabalhocompleto\(2017\).pdf](http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1498508938_ARQUIVO_FG-Trabalhocompleto(2017).pdf)> Acesso em: 15 fev. 2022.

ROSATO, C. M. *A vida das mulheres infames: genealogia da moral de mulheres usuárias de drogas e/ou em situação de rua*. 247f. Tese (Doutorado em Psicologia), Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018.

SÁ, M. B. *As fronteiras entre Razão e Desrazão em Michel Foucault*. 49f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Filosofia), Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2020.

SAFFIOTI, H. I. B. *Gênero, patriarcado e violência*. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2015.

SALATA, E. R. Quem é Classe Média no Brasil? Um Estudo sobre Identidades de Classe. *Dados*, v. 58, n. 1, jan-mar 2015.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. *Metodologia de pesquisa*. 5. ed. Porto Alegre: Penso Editora, 2013.

SANTANA, H. L.; NETO, L. M. F.; PELANDRÉ, P. E. A judicialização da vida e o ativismo judicial. *Rev. Rel. Int. no Mun. Atual*, v. 4, n. 25, 2019.

SARMENTO, C. S. *“Por que não podemos ser mães?”: Tecnologias de governo, maternidade e mulheres com trajetória de rua*. 171f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.

SCHWEIKERT, P. G. M. *Separações forçadas e adoções prematuras pelo menorismo estrutural*. Conjur, 12 dez. 2022. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2022-dez-12/peter-schweikert-adocoes-prematuras-menorismo#author>>. Acesso em: 06 jul. 2023.

SEIXAS, A. A. A.; MOTA, A.; ZILBREMANN, M. L. A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 82, jan./abr., 2009.

SHARMA, V. *et al.* Women and substance use: a qualitative study on sexual and reproductive health of women who use drugs in Delhi, India. *BMJ Open*, London, v. 7, n. 11, p. 1-11, 2017. Disponível em: <<https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/11/e018530.full.pdf>> Acesso em: 2 fev. 2022.

SILVA, G. R. F. *et al.* Entrevista como técnica de pesquisa qualitativa. *Online Brazilian Journal of Nursing*. n. 5, v. 2, p. 239-244, dez., 2006. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3614/361453972028.pdf>> Acesso em: 18 fev. 2022.

SILVA, F. P.; FRAZÃO, I. S.; LINHARES, F. M. P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. 4, abr. 2014.

SILVA, T. D. M.; GARCIA, M. R. V.. Mulheres e loucura: a (des)institucionalização e as (re)invenções do feminino na saúde mental. *Psicol. pesq.*, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 42-52, abr. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-1247201900010005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 mai. 2023.

SILVA, A.; MARTINELLI, F.; CARDOSO, M. Entre machismo e racismo, mulheres negras são as maiores vítimas de violência. *Revista AzMina*, 2020. Disponível em: <<https://azmina.com.br/reportagens/entre-machismo-e-racismo-mulheres-negras-sa-o-as-maiores-vitimas-de-violencia/>> Acesso em: 28 mai. 2021.

SILVA, P. C. O.; SOUZA, C. M.; PERES, S. O. Uso de drogas sob a perspectiva de gênero: uma análise das histórias de vida de jovens das camadas médias no Rio de Janeiro. *Saúde e Sociedade*, v. 30, n. 3, 2021.

SILVEIRA, D. T.; CÓRDOVA, F. P. A pesquisa científica. In: GERHARDT, T. E., SILVEIRA, D. T. (Org.) *Métodos de pesquisa*. Porto Alegre: Editora UFRGS, p. 31-42, 2009.

SILVEIRA, S. V. A inquisição e a violência contra a mulher. In: MODENA, M. R. (Org.) *Conceitos e formas de violência*. Caxias do Sul: EDUCS, p. 110-115, 2016.

SIQUEIRA, R.; CARDOSO, H. O conceito de estigma como processo social: uma aproximação teórica a partir da literatura norte-americana. *Imagonautas: Revista Interdisciplinaria sobre Imaginarios Sociales*, Vigo, v. 2, n. 1, p. 92-113, jan./jun., 2011.

SOUSA, R. P. *Colônia de alienadas do Engenho de Dentro: mulheres internadas (1921-1927)*. 2016. 79f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

SOUZA, T. M. S. Patriarcado e capitalismo: uma relação simbiótica. *Revista Temporalis*, Brasília, v. 15, n. 30, p. 475-494, jul./ dez., 2015.

SOUZA, C. M. B. *et al.* 2018 Mães Órfãs: o direito à maternidade e a judicialização das vidas em situação de vulnerabilidade. *Saúde em Redes*, 2018; v. 4, supl.1, p. 27-36.

SOUZA, I. S. *Mulheres usuárias de drogas e o sequestro de seus filhos: interrogar a violência de estado numa perspectiva feminista*. 177f. Tese (Doutorado em Psicologia Social), Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2022.

SOUZA, J. O.; OLIVEIRA, L. M. *Criminalização da pobreza e encarceramento em massa da população negra no Brasil*. 73f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social), Universidade Estadual Paulista, Franca, 2022.

TÃNO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Intersetorialidade e cuidado em saúde mental: experiências dos CAPSij da Região Sudeste do Brasil. *Physis*, v. 29, n. 1, 2019

TEIXEIRA, M. O. L. Pinel e o nascimento do alienismo. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 540-560, ago. 2019.

TOLEDO, A. F. A categoria classes e grupos subalternos para o Serviço Social brasileiro. *O Social em Questão*. Ano 20, n. 39, set-dez 2017, p. 227-240.

TONET, Ivo. *Método científico: uma abordagem ontológica*. 2.ed. Maceió: Coletivo Veredas, 2018.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO RIO GRANDE DO SUL (TJRS). *Firmado termo para encaminhar bebês que não poderão ficar sob a guarda dos pais*. Disponível em: <<https://www.tjrs.jus.br/novo/noticia/noticia-legado-12657/>>. Acesso em: 14 ago. 2022.

TRUFFI, R. Holocausto brasileiro: 60 mil morreram em manicômio de Minas Gerais. *iG São Paulo*, 12 jul. 2013. Disponível em: <<https://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/mg/2013-07-12/holocausto-brasileiro-60-mil-morreram-em-manicomio-de-minas-gerais.html>>. Acesso em 19 out. 2022.

UNITED NATIONS. World Drug Report 2022. *Booklet 2: Drug use and health consequences*. In: Austria: United Nations, 2020. p. 1-49. Disponível em: <https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_2.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2021.

VALENTIM, R. P. F. *et al.* As mulheres da colônia de alienadas do engenho de dentro. *Psi. em pes.* v. 13, n. 2, mai-ago 2019, p. 42-60.

VARELA, D. S. S. *et al.* Rede de saúde no atendimento ao usuário de álcool, crack e outras drogas. *Escola Anna Nery*, v. 20, n.2, abr-jun 2016, p. 296-302.

VICENTE, L. M. D. Judicialização e sujeição social: uma análise dos direitos das mulheres no marco constitucional de 1988 e seus retrocessos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, n. 70, p. 176-189, 2018.

YAZBEK, M. C. *Classes subalternas e assistência social*. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. Serviço Social, Questão Social e Políticas Sociais em tempos de degradação do trabalho humano, sob o domínio do capital financeiro. *Serviço Social em Revista*, Londrina, v. 21, n. 1, p. 183-194, jan./jun., 2018.

YIN, Robert K. *Pesquisa Qualitativa do início ao fim*. Tradução de Daniel Bueno. Revisão técnica de Dirceu da Silva. Porto Alegre: Penso, 2016. Reimpressão 2017.

ZANELLO, V. *A saúde mental sob o viés do gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica*. In: ZANELLO, V.; ANDRADE, A. P. M. (Org.). *Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade*. Curitiba: Appris, p. 41-58, 2014.

APÊNDICE A

ROTEIRO DA ENTREVISTA DA HISTÓRIA DE VIDA

Nome fictício:

- 1) Descreva sua trajetória de vida até então.
- 2) Relate como foi o processo da gestação para você.
- 3) Relate como foi a experiência do parto.
- 4) Descreva o seu cotidiano pós-alta hospitalar.
- 5) Exponha o que mudou depois da gestação, do parto e pós-alta hospitalar em sua vida.
- 6) Há alguma outra informação que você compreenda como importante que gostaria de compartilhar?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada senhora,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “*Desatando nós: experiências e inquietações relacionadas ao direito à maternagem em maternidades públicas*”, que tem como objetivo “conhecer a vivência de mulheres atendidas em maternidades públicas que sofreram estigma pelo uso de substâncias psicoativas frente ao direito de maternar”. Este estudo possui como pesquisadora responsável a professora Dra. Miriam Thaís Guterres Dias e, como corresponsável, Juliana Paulazzi Cavalli, discente do programa de Pós-graduação em Política Social e Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

A sua participação consiste em participar de uma entrevista presencialmente, sobre sua experiência de parto e pós-parto em maternidade pública do município de Bento Gonçalves/RS. O tempo de duração da entrevista é estimado entre uma hora e uma hora e meia.

É possível haver algum tipo de desconforto com as questões referentes à maternagem, bem como ao tempo de duração da entrevista. A pesquisa apresenta risco baixo, e para reduzir estes possíveis riscos ou desconfortos, a pesquisadora tomou a precaução de elaborar as questões para a entrevista de modo a respeitar a sua vivência e assume o compromisso de conduzir a entrevista com respeito incondicional à sua livre manifestação, de modo a evitar qualquer dano e desrespeito pessoal.

Caso ocorra alguma situação adversa durante a realização da pesquisa, as pesquisadoras assumem o compromisso com as participantes de que receberão todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal, e em serviço especializado do seu município.

Os benefícios da sua participação no estudo consistem em fomentar o conhecimento e a publicização da temática, podendo vir a qualificar os instrumentos técnicos e de cuidado em saúde atualmente ofertados pelas instituições participantes.

É garantida a voluntariedade na participação da pesquisa, pois a qualquer momento, e em qualquer fase do estudo, você pode interrompê-la e/ou retirar seu

consentimento, sem qualquer forma de prejuízo ou ônus. Qualquer dúvida que surja durante a pesquisa poderá ser respondida pela pesquisadora.

Não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa, mas você poderá solicitar auxílio para o custeio do transporte até o local destinado à realização da entrevista.

A entrevista será gravada e ficará armazenada em drive compartilhado pelas pesquisadoras sob a responsabilidade da pesquisadora responsável, pelo período de cinco anos, na sala 401-B do Instituto de Psicologia, situado na Rua Ramiro Barcelos, n. 2.600, bairro Santana, município de Porto Alegre/RS.

Será mantido o sigilo quanto a sua identidade e privacidade nas etapas do relatório e publicação de resultados com finalidade científica. Destaca-se que o consentimento de participação na pesquisa não retira os direitos previstos nos termos da Lei nº 10.406/2002 e das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 510 de 2016 e nº 466 de 2012.

As dúvidas serão esclarecidas pela pesquisadora responsável, professora Dra. Miriam Thaís Guterres Dias, através do *e-mail* miriamtgdias@gmail.com, telefone (51) 99967-7775 ou por meio de contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia, Serviço Social, Saúde e Comunicação Humana da UFRGS (Rua Ramiro Barcelos, n. 2.600, Santana - Porto Alegre/RS) por meio do telefone (51) 3308-5698 ou *e-mail* cep-psico@ufrgs.br.

Consentimento Pós Informação

Caso você tenha algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais e/ou extrajudiciais, conforme a legislação brasileira (Código Civil; Lei nº 10.406/2002, Artigos 927 a 954; e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19).

Eu li e compreendi totalmente as informações fornecidas e concordo em participar deste estudo respondendo a entrevista, assinando este Termo, e guardando uma via assinada junto com a pesquisadora.

Participante: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora Responsável: _____

Miriam Thais Guterres Dias

Mestranda: _____

Juliana Paulazzi Cavalli

Bento Gonçalves, ____ de _____ de 2023.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia, Serviço Social, Saúde e Comunicação Humana da UFRGS (Rua Ramiro Barcelos, n. 2.600, Santana - Porto Alegre/RS / Telefone: (51) 3308-5698 / E-mail: cep-psico@ufrgs.br).

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Eu, _____, coordenador(a) do Centro de Referência Materno Infantil (CRMI) do município de Bento Gonçalves/RS, ciente do protocolo da dissertação que propõe conhecer a vivência de mulheres que fazem uso de drogas frente ao direito de maternar, elaborado pela mestrandia Juliana Paulazzi Cavalli, sob a coordenação de Míriam Thaís Guterres Dias, professora do Mestrado em Política Social e Serviço Social da UFRGS, bem como ciente de seus objetivos e metodologia, e de que a pesquisadora não interferirá no fluxo normal do serviço, AUTORIZO sua execução para fins exclusivos do referido projeto, com confidencialidade e privacidade quanto à identificação dos sujeitos. Cabe destacar que a anuência institucional só será concedida após aprovação de emenda referente ao local no Comitê de Ética em Pesquisa. A coleta dos dados requeridos também deverá ter início somente após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme diretrizes e normas das Resoluções Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12, 510/16 e 580/18.

Bento Gonçalves, ___/___/ 2022.

Assinatura do(a) Pesquisador(a) Responsável

Nome, identidade funcional ou CPF, assinatura e carimbo do local onde será realizada a coleta