

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

FERNANDA MOREIRA

**A atenção hospitalar às gestantes usuárias de drogas: políticas
intervencionistas**

Belo Horizonte
2019

FERNANDA MOREIRA

**A atenção hospitalar às gestantes usuárias de drogas: políticas
intervencionistas**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia social

Linha de Pesquisa: Cultura, Modernidade e Processos de Subjetivação

Orientadora: Professora Doutora Izabel Christina Friche Passos

Belo Horizonte
2019

150	Moreira, Fernanda.
M838a	A atenção hospitalar às gestantes usuárias de drogas:
2019	[manuscrito] : políticas intervencionistas / Fernanda Moreira. - 2019.
	88 f.
	Orientadora: Izabel Christina Friche Passos.
	Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.
	Inclui bibliografia.
	1. Psicologia – Teses. 2. Mulheres grávidas – Uso de drogas - Teses. I. Passos, Izabel Christina Friche . II. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA FERNANDA MOREIRA

Realizou-se, no dia 27 de novembro de 2019, às 10:00 horas, FAFICH - Sala 2060, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *A atenção hospitalar às gestantes usuárias de drogas: políticas intervencionistas*, apresentada por FERNANDA MOREIRA, número de registro 2017654935, graduada no curso de PSICOLOGIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PSICOLOGIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Izabel Christina Friche Passos - Orientador (UFMG), Prof(a). Isabela Saraiva de Queiroz (UFSJ), Prof(a). Tereza Cristina Peixoto Costa (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

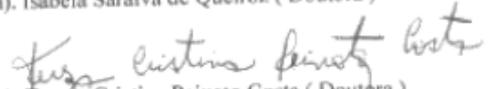
Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 27 de novembro de 2019.


Prof(a). Izabel Christina Friche Passos (Doutora)


Prof(a). Isabela Saraiva de Queiroz (Doutora)


Prof(a). Tereza Cristina Peixoto Costa (Doutora)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por todas as oportunidades de aprendizado que colocou em minha vida e pelos anjos que sempre se apresentaram em minha trajetória.

Agradeço a minha orientadora Izabel Friche Passos pelas excelentes orientações.

Agradeço aos colegas e aos vários profissionais da Fundação Hospitalar de Minas Gerais - FHEMIG pelo apoio nos primeiros momentos da pesquisa; aos meus colegas de mestrado, pelo apoio, carinho e por termos compartilhado os momentos de aprendizado.

Agradeço imensamente às “minhas” entrevistadas que, por motivos óbvios, não podem ser nomeadas. A maneira de vocês atuarem deu outro significado a esta dissertação, obrigada!

Aos colegas do L@gir, pelas contribuições tão importantes.

Aos professores que aceitaram participar da banca examinadora e compartilharam conhecimentos com disponibilidade, além da leitura minuciosa que fizeram do texto.

Agradeço à “minha” querida amiga Bárbara, pelos apontamentos fundamentais e pela força do início e de sempre. Adoro você!

Agradeço principalmente a “minha” amiga especial Thayna, que tantas vezes me forneceu o apoio exato e preciso em momentos cruciais desta pesquisa. Sem você, o caminho seria mais árduo, longo e sem flores. Minha gratidão a você, doutora!

Agradeço aos meus amigos que estiveram ao meu lado ou sustentaram minha falta nesses três anos de dedicação, em especial, ao Geraldo, a Marne e a Carolina Toratti.

Obrigada, querido Francisco, por ter caminhado ao meu lado durante todo o percurso sinuoso deste mestrado e pelo apoio técnico de informática em momentos cruciais deste trabalho.

Agradeço a minha querida mãe Dalva por me ensinar a não desistir diante dos obstáculos que se apresentam no decorrer da vida. Sem dúvida, se não fosse por sua coragem, esta dissertação não estaria concluída. E, de forma especial, agradeço-lhe por ter me auxiliado, neste ano de 2019, quando, muitas vezes, abriu mão de compromissos pessoais para cuidar da Cecília, minha filhinha, enquanto eu me fechava no quarto para produzir este trabalho.

A você, Cecília, agradeço por ter me ensinado o sentido prático da gestação, da espera e da confiança em Deus. Com você, a vida e este trabalho têm um sentido novo! Tanto que, quando estava com um barrigão, já não conseguia ler e nem escrever nada sobre o tema, tamanho era o impacto que ele tinha sobre mim.

Por fim, agradeço a meu pai Onofre e a minha família, por sempre acreditarem no meu potencial e pelo grande afeto dedicado a mim.

Muito obrigada a todos que, de forma direta ou indireta, contribuíram para este percurso.

EPÍGRAFE

Dá pra viver
Mesmo sabendo que o mundo ficou mal
É só não permitir que a maldade do mundo
te pareça normal
Pra não perder a magia de acreditar
Na felicidade real
(Era Uma Vez - Kell Smith)

RESUMO

Moreira, F. (2019). *A atenção hospitalar às gestantes usuárias de drogas: políticas intervencionistas*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais.

Desde 2014, em Belo Horizonte, instaurou-se um cenário polêmico em relação ao atendimento às gestantes usuárias de drogas em maternidades públicas após a exigência de aplicação de normativas judiciais que impõem, em muitos casos, a separação das mães de seus recém-nascidos. Tal determinação tem gerado conflitos no trabalho dos profissionais das maternidades que são encarregados de realizar a notificação desses casos à justiça. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é compreender como as diferentes normativas da justiça e das instâncias reguladoras das políticas sociais públicas vêm impactando o atendimento às gestantes e ao trabalho realizado por psicólogos e assistentes sociais em uma maternidade pública de Belo Horizonte (BH). Para isso, realizou-se um estudo de caso em uma maternidade pública, e a produção de dados foi feita por meio de entrevistas semiestruturadas, tendo como participantes duas psicólogas e duas assistentes sociais. Os dados foram estudados por meio de análise temática e foram construídas, de forma indutiva, três categorias temáticas. São elas: Maternidade no contexto do uso de drogas; Notificar ou não: o impacto das normativas na tomada de decisão; A rede: entre os nós dos problemas e a tessitura de possibilidades. As profissionais, inicialmente, não identificam mudanças no processo de trabalho após as normativas, mas, durante as entrevistas, algumas alterações são mencionadas como uma maior articulação com a rede assistencial e o trabalho em equipe na maternidade. Nota-se que as profissionais se sentem responsáveis pelo desfecho dos casos, colocando o peso da decisão apenas na própria conduta, sem considerar os demais envolvidos no processo: a maternidade como instituição, os outros pontos da rede, o Conselho Tutelar e o Juizado. Acredita-se que este estudo possibilitou a reflexão sobre o trabalho dessas profissionais e sobre os dilemas que o travessam.

Palavras-chave: gestantes usuárias de drogas; normativas judiciais; movimentos de defesa de direitos em Belo Horizonte.

ABSTRACT

Moreira, F. (2019). *Hospital care for pregnant drug users: interventionist policies*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais.

Since 2014, in Belo Horizonte, a controversial scenario has been established in relation to the care of pregnant women who use drugs in public maternity hospitals after the application of judicial rules that require, in many cases, the separation of mothers from their newborns. Such determination has generated conflicts in the work of maternity professionals who are responsible for reporting these cases to the courts. In this sense, the objective of this paper is to understand how the different norms of justice and regulatory bodies of public social policies have impacted the care provided to pregnant women and the work performed by psychologists and social workers in a public maternity hospital in Belo Horizonte (BH). For this, an case study was carried out in a public maternity hospital, and data were produced through semi-structured interviews, with two psychologists and two social workers as participants. Data were studied through thematic analysis and three thematic categories were built inductively. They are: Motherhood in the context of drug use; Notify or not: the impact of regulations on decision making; The network: between the nodes of problems and the fabric of possibilities. Professionals, initially, do not identify changes in the work process after the normative, but during the interviews, some changes are mentioned as a better articulation with the care network and teamwork in the maternity ward. It is noted that the professionals feel responsible for the outcome of the cases, placing the weight of the decision only on their own conduct, without considering the others involved in the process: motherhood as an institution, the other points of the network, the Guardianship Council and the Court. It is believed that this study allowed the reflection on the work of these professionals and on the dilemmas that cross it.

Keywords: drug users pregnant women; judicial regulations; advocacy movements in Belo Horizonte.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
BH – Belo Horizonte
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CERSAM-AD– Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas
CFP – Conselho Federal de Psicologia
CRAS – Centro de Referência em Assistência Social
CRESS – Conselho Regional de Serviço Social
CRP – Conselho Regional de Psicologia
EMAP- GPV – Equipe Multiprofissional de Apoio às Gestantes e Puerperais em Situação de Vulnerabilidades
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONU – Organização das Nações Unidas
PBH – Prefeitura de Belo Horizonte
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RD – Redução de Danos
SMSA – Secretaria Municipal de Saúde
SPA – Substâncias Psicoativas
SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Situando o contexto e o problema da pesquisa.....	11
2 OBJETIVOS.....	21
2.1 Objetivo geral.....	21
2.2 Objetivos específicos.....	21
3 MÉTODO.....	22
4 MULHERES USUÁRIAS DE DROGAS EM CENA: HISTÓRIAS DE CONFLITOS ENTRE DIREITOS.....	26
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
5.1 A experiência no campo e o campo da experiência.....	38
5.2 Maternidade no contexto do uso de drogas.....	42
5.3 Notificar ou não: o impacto das normativas na tomada de decisão.....	54
5.4 A rede: entre os nós dos problemas e a tessitura de possibilidades.....	67
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
APÊNDICE 1.....	86

1 INTRODUÇÃO

O desejo de pesquisar sobre a temática surgiu a partir da minha experiência profissional. Trabalhando em uma Maternidade do Estado de Minas Gerais como psicóloga clínica, deparava-me cada vez mais com gestantes que faziam uso abusivo de drogas. Esse fato me instigou a fazer uma análise atenta da complexa rede de fatores envolvidos em uma gestação, cujos riscos não se limitam à condição orgânica dos casos pelo uso das drogas, mas se estende para uma precarização da vida socioeconômica e familiar. Muitas vezes, o uso das drogas significa somente um agravamento das situações, já que essas mulheres, em sua maioria jovens e adolescentes, não tiveram acesso a uma educação de qualidade, geralmente, não concluíram nem o ensino fundamental, residiam em moradias precárias e sofriam violações de direitos na infância ou na adolescência, como maus-tratos, abusos ou negligências.

Assim, quando passam a fazer uso abusivo de drogas, deixam de cuidar do próprio corpo, desligam-se de seu núcleo familiar e, em situações mais graves, passam a manter uma trajetória de rua. Conseqüentemente, essas mulheres chegam grávidas às maternidades, quase sem vínculo familiar e sem acompanhamento de uma equipe de saúde. Além do desafio encontrado no acompanhamento dessas gestantes, a complexidade desse trabalho se intensificou em Belo Horizonte, após a publicação de normativas judiciais que interferiram na atuação de psicólogos e assistentes sociais de maternidades públicas.

No decorrer dos atendimentos em conjunto com assistentes sociais, deparávamo-nos sempre, no campo empírico, com a necessidade de ponderarmos entre as seguintes possibilidades: (1) liberar a puérpera, ainda dependente do uso de drogas, mesmo sem suporte familiar e/ou da rede socioassistencial, o que poderia proporcionar riscos ao recém-nascido, ou (2) encaminhar o caso para a Vara da Infância e da Juventude, separando a criança de sua genitora, no intuito de proteger o bebê, mas retirando-lhe o direito de cuidar e permanecer com seu filho. Essa ação a fragilizaria mais uma

vez, e retiraria dessa criança a oportunidade de conviver com seus genitores ou com sua família extensa. Isso não se mostrava tarefa fácil e nem isenta de dúvidas e angústias para nós, profissionais da psicologia e do serviço social.

Embora esse problema não seja novo, vem ganhando grande visibilidade e notoriedade em Belo Horizonte, pois muitos conflitos foram criados na tentativa, tanto por parte do poder judiciário quanto do executivo, de atender esses casos de forma padronizada. Especificamente, a partir de 2014, foram surgindo muitas orientações, portarias e recomendações das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, do Ministério Público (MP) e do Juizado da Infância e da Juventude. Voltadas maciçamente para as maternidades públicas de Belo Horizonte, todas determinavam fluxos e ações a serem realizadas pelas equipes que atendiam essas gestantes.

As determinações, muitas vezes, se mostravam contraditórias e impositivas tanto por parte da justiça quanto do executivo. Indicavam, inclusive, punições para os profissionais das maternidades, caso não cumprissem as medidas determinadas. No intuito de trazer uma melhor compreensão do problema de pesquisa, será apresentada uma descrição do cenário que foi se instaurando em Belo Horizonte.

1.1 Situando o contexto e o problema da pesquisa

A 23ª Promotoria de Justiça Cível da Infância e Juventude do Ministério Público (MP) de Minas Gerais lançou, em 16 de junho de 2014, a Recomendação nº 05/2014 e, em 6 de agosto do mesmo ano, a Recomendação nº 06/2014, as quais determinavam a imediata notificação à entidade dos casos de gestantes usuárias de drogas, gerando pressão sobre os profissionais e insegurança para as mães. Após essas publicações, a Comissão Perinatal da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte organizou duas reuniões com os profissionais do serviço social e psicologia das maternidades e da rede de saúde pública para a discussão do tema, trazendo

argumentos que discordavam das resoluções (Recomendação 05, 2014; Recomendação 06, 2014).

Em 29 de agosto de 2014, a Comissão Perinatal publicou uma recomendação direcionada às maternidades do SUS de Belo Horizonte para abordagem de mães usuárias de álcool e outras drogas. Essa se contrapunha diretamente às recomendações do MP, pois orientava as equipes das maternidades a liberarem as puérperas usuárias de drogas com seus bebês, mediante alta responsável e contato com a rede socioassistencial. Apontava, ainda, a avaliação clínica como fator definidor dessa alta. Além de ponderar que a separação mãe-bebê não deve ser efetivada antes de serem esgotadas todas as possibilidades de apoio intensivo a esta mulher, a seu bebê e à família na referida rede. O trabalho da comissão Perinatal foi ganhando corpo.

Em 2015, criou-se um movimento social constituído por profissionais da saúde, conselhos de classe como o da psicologia (Conselho Regional de Psicologia) e do serviço social (Conselho Regional de Serviço Social) e usuárias de drogas, que perderam a guarda de seus filhos nesse processo ou estavam com os recém-nascidos em instituição de acolhimento. Esse movimento foi apoiado pelo poder legislativo. Suas ações foram realizadas para sensibilizar os profissionais das maternidades e invalidar as resoluções publicadas pelo poder judiciário.

Com o objetivo de apoiar o movimento, os Ministérios do Desenvolvimento Social e da Saúde publicaram notas técnicas, respectivamente, em 10 de maio e 16 de setembro do mesmo ano, formulando diretrizes e fluxograma para a atenção às mulheres e às adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack e outras drogas e seus filhos recém-nascidos (Nota técnica conjunta 001, 2015; Recomendação para abordagem de mães usuárias de álcool e outras drogas, 2014).

Dando continuidade ao difícil manejo da situação, em 2016, a Gerência de Assistência à Saúde (GERASA) de Belo Horizonte criou um fluxograma direcionado a profissionais das maternidades públicas e da rede de saúde e assistência social para orientar a condução dos casos envolvendo gestantes e/ou puérperas que fazem uso prejudicial de álcool ou outras drogas. Por meio desse fluxograma, os serviços seriam organizados para efetivação do

acompanhamento e do cuidado desse público, evitando a notificação dos casos para a Vara da Infância e da Juventude (Fluxograma de atendimento às gestantes com uso prejudicial de álcool e outras drogas em Belo Horizonte, 2016).

Contudo, a partir de minhas experiências vivenciadas na maternidade, não observei um aumento dos casos que chegavam com um plano individual e terapêutico singular constituído pela rede. Pelo contrário, na maioria das vezes, chegavam gestantes sem suporte familiar, com poucas, ou nenhuma, consultas de pré-natal e sem vínculo com a equipe da atenção básica de saúde ou da assistência social.

Diante dessa realidade, ignorando ou fazendo resistência aos movimentos constituídos em julho de 2016, o Tribunal de Justiça publicou a Portaria nº 3 da Vara Cível da Infância e Juventude de Belo Horizonte constando principalmente que

considerando a situação de grave risco de muitos recém-nascidos, em virtude de seus genitores terem trajetória de rua e/ou serem dependentes químicos (...) o profissional de saúde e/ou a instituição hospitalar constatando que quaisquer dos genitores e/ou o recém-nascido estão correndo grave risco, deverão comunicar o fato ao Juízo de Direito da Vara Cível da Infância e da Juventude da Comarca de Belo Horizonte encaminhando os documentos pertinentes, no prazo de 48 horas, contado do nascimento da criança. (...) Todos os profissionais da área da saúde e da área de assistência social têm o dever de comunicar a ocorrência de situações de risco, podendo responder por omissão, caso seja constatado posteriormente que a criança, que foi entregue aos genitores em flagrante situação de risco, teve agravada a situação de violação de direitos. *Qualquer omissão culposa ou dolosa na realização do encaminhamento à autoridade judiciária ensejará apuração da responsabilidade criminal do profissional* (Portaria nº 03, 2016, p. 01-05, grifos nossos).

Como o Conselho Nacional de Saúde (CNS) havia sido consultado sobre essas questões pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais e de outros estados acerca desta situação, o CNS, em outubro de 2016, emite uma recomendação ao Ministério Público Federal para interceder junto aos Ministérios Públicos estaduais a fim de evitar o abrigamento compulsório de bebês. Essa recomendação era destinada aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, gestores do SUS e profissionais de saúde, sugerindo que avaliassem a incidência da separação do binômio mãe-bebê e realizassem

articulações intersetoriais que resguardassem o direito das mães usuárias de álcool e outras drogas e seus recém-nascidos de terem uma convivência familiar. Indicava ainda que se estabelecessem procedimentos específicos para atendimento às referidas gestantes e seus bebês, já que se encontram em situação singular (Recomendação 11, 2016).

A recomendação do CNS motivou a formulação da Resolução Conjunta entre a Secretaria Estadual de Saúde, a Secretaria de Estado de Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania e a Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social nº 206, de 18 de novembro de 2016, que publicou orientações para os Serviços Públicos de Atendimento às mulheres e às adolescentes usuárias de crack e outras drogas e a seus filhos recém-nascidos.

Essa resolução conjunta trazia em seu bojo a necessidade de que a equipe de acompanhamento tentasse esgotar todas as possibilidades para que o recém-nascido permanecesse com a mãe ou com a família dela. Caso isso não fosse possível, deveria encaminhar o caso para o Conselho Tutelar e ele, por sua vez, aplicaria medida protetiva, encaminhando o caso para a Vara da Infância e da Juventude. O profissional que não seguisse essa resolução poderia ser processado por violência institucional (Resolução Conjunta nº 206, 2016).

Em meio a tudo isso, várias reuniões foram realizadas. Nos encontros, a Secretaria de Saúde, o MP da Infância e da Juventude argumentavam e buscavam convencer os profissionais sobre qual determinação seguir. Além das reuniões, vários eventos de mobilização social como seminários e passeatas foram realizados pelo Programa “Polos de Cidadania” da Faculdade de Direito e Ciências do Estado da UFMG, por movimentos ligados aos direitos humanos, pela Faculdade de Enfermagem da UFMG, por ONGs envolvidas com a temática, pela Clínica de Direitos Humanos da UFMG, por organizações feministas, pela 4ª. Defensoria da Infância e Juventude Cível de Belo Horizonte. Inicialmente organizados em um grupo no *WhatsApp*, nomeado de “mães órfãs”, todas essas entidades se mobilizaram em defesa das mães em situação de rua e/ou usuárias de álcool e outras drogas. No mesmo momento, foi criado o blog “De quem é esse bebê? Por mais saúde e menos

abrigamento em BH”. Essas atividades foram efetuadas com o intuito de sensibilizar a opinião pública e provocar o posicionamento dos profissionais das maternidades, da justiça e da promotoria.

Em seguida, em 15 de dezembro de 2016, o plenário do Conselho Municipal de Saúde deliberou que a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) não deveria atender à portaria nº 3/2016, que determinava a notificação desses casos à justiça. O conselho determinou a ampla divulgação do “fluxo de atendimento às gestantes, contido na recomendação da SMSA, estreitando o diálogo entre todos os serviços que prestam atendimento às mães em situação de risco, fortalecendo a rede de atendimento” (Resolução 419/16, 2016, p. 01). Na 14ª Conferência Municipal de Saúde de BH, foi aprovada moção de repúdio à separação forçada de bebês de suas mães.

Por fim, em maio de 2017, foi revogada a Portaria nº 3 da Vara Cível da Infância e Juventude de BH (Resolução 419/16, 2016) e criado um abrigo para crianças de até um ano de idade. Esse equipamento foi organizado para receber visitas estendidas de mães e pais. Entretanto, possui apenas três leitos para adultos e, geralmente, não recebe os genitores para permanecerem à noite com seus filhos, como foi idealizado. Tal situação ocorre, esporadicamente, apenas em caso de urgência. Essa ação aparenta ser algo novo, contudo reproduz o modelo já existente e não se mostra como uma alternativa para minimizar os impasses da realidade encontrada. Nesse mesmo ano, foi criado pela Prefeitura de BH o grupo “Gestantes Vulnerabilizadas”, constituído por profissionais das diferentes coordenações de Assistência à Saúde e por equipes interdisciplinares e intersetoriais.

Esse grupo discute semanalmente formas de promover o cuidado integral à saúde dessas usuárias. Procura-se, por meio dessa ação, construir Planos Terapêuticos Singulares, preferencialmente antes do parto, de acordo com as necessidades de saúde da mulher. Nesse plano, busca-se o envolvimento dos genitores e da família extensa, vinculação da gestante ao pré-natal e articulação do cuidado pós-natal à mulher e ao bebê, garantindo o direito da mãe de permanecer ao lado do filho e possibilitando a diminuição de encaminhamento dos recém-nascidos para abrigamento.

Em março de 2018, a prefeitura de Belo Horizonte por meio da Coordenação Perinatal da Secretaria Municipal da Saúde – SMSA, criou uma equipe nomeada como Equipe Multiprofissional de Apoio às Gestantes e Puérperas em Situação de Vulnerabilidades (EMAP-GPV). Essa equipe é composta por: 1 enfermeiro obstetra, 2 psicólogas, 1 assistente social e um motorista com carro destinado para visitas e abrange o atendimento a gestantes e puérperas em situação de rua ou em residência não convencional, nos nove distritos sanitários de Belo Horizonte.

A captação das usuárias acontece: nas maternidades SUS-BH; nos distritos sanitários; nos Consultórios de Rua; no Grupo de Trabalho das Mulheres Vulnerabilizadas; no Serviço Especializado em Abordagem Social; no BH de Mãos Dadas contra a AIDS (Belo Horizonte, 2018). O trabalho dessa equipe auxilia as profissionais das maternidades de todos os distritos sanitários na definição dos casos e nos acompanhamentos de puérperas e seus bebês no território. Entretanto, cabe questionar se uma equipe composta por 4 profissionais conseguiria abarcar a demanda de todo o município.

Além disso, é possível indagar o direcionamento dessas políticas apenas para usuárias do SUS e não para a população de maneira geral. Queiroz (2015) argumenta que, apesar de existirem usuários de drogas em todos os estratos socioeconômicos, o modo como sujeitos de classes sociais diferentes são impactados pelo uso que fazem de drogas é diverso. Assim, na maioria das vezes, sujeitos de classes populares “são marginalizados e sofrem as sanções advindas do dispositivo da criminalização, enquanto usuários de classes altas tendem a ser vistos como usuários recreativos de drogas, tendo seus atos articulados preferencialmente a partir do dispositivo da medicalização” (Queiroz, 2015, p.53).

Cabe questionar se, na condição de o genitor ser usuário, o caso é encaminhado, ou a responsabilidade da abstinência é voltada apenas para as mulheres/mães, assim como a punição. Rosato (2018) aponta que, nesse momento, a responsabilidade recai apenas sobre a mãe, o pai desaparece. Queiroz (2015) considera em sua pesquisa que as situações caracterizadas como tipicamente ligadas ao abuso de drogas em mulheres mantendo e reproduzindo as desigualdades de gênero que estabelecem às mulheres uma

condição de menos valia e subordinação. Essa condição de fragilidade e de necessidade de proteção justificaria ações de controle e vigilância sobre as mulheres, sustentada por uma lógica de atenção singular decorrente de sua principal função entendida como sendo reprodutora.

Para Queiroz, (2015), Rosato (2018) e Mattar e Diniz, (2012) existem maternidades subalternas, isto é, grupos que são depreciados e postos em condições de desvalorização no que se refere à função de maternagem. Certos grupos são discriminados por não aceitarem seguir uma disciplina moral socialmente imposta, como prostitutas, homossexuais, as consideradas promíscuas, solteiras, muito jovens ou mais velhas e mulheres não brancas; acabando por vivenciar a maternidade com menos aceitação e mais dificuldades.

Algumas mulheres são depreciadas pela justificativa de terem muitas dificuldades no cuidado com os filhos, por exemplo: as mulheres com transtornos mentais, com deficiência física, as com HIV positivo; mulheres de uma camada social desfavorecida, com trajetória de rua e as usuárias de drogas; por serem consideradas incapazes de cuidar de si próprias e de outro ser, além de não terem condição socioeconômica favorável para isso. Esses aspectos constroem representações de maternidades inferiores em relação a outros grupos e invisibilizam essas mulheres, dificultando-lhes os acessos a direitos e a cuidados que poderiam minimizar suas vulnerabilidades.

Questiona-se ainda se o uso do álcool é considerado tão prejudicial como o uso do crack e da cocaína. Além disso, é possível indagar se o ponto de vista usado é a partir de uma avaliação científica dos danos ao feto e à gestante, ou avalia-se, muitas vezes, pelo ponto de vista jurídico/moral. De acordo com Rosato (2018), a falta de uma compreensão mais técnica sobre o tema do uso de drogas e o preconceito relacionado aos seus usuários fazem com que as equipes das maternidades tendam a atuar mediante as próprias opiniões e a terem condutas naturalizadas e padronizadas.

Acredita-se que a cobrança feita pela promotoria deveria ter se pautado em condutas institucionais e não diretamente com os profissionais. As instituições possuem melhores condições para responder ou resistir a essas determinações do que os trabalhadores individualmente. Além disso,

considera-se que a defensoria e o Ministério Público poderiam ter cobrado verbas da Prefeitura e do Estado para a construção de um serviço que pudesse acolher as gestantes e seus bebês até a superação da extrema vulnerabilidade.

Nesse caso, tal serviço deveria possuir um modelo diferente dos atuais abrigos, porque o abrigo recém-criado mantém as mães com seus filhos apenas durante o dia, o que não resolve o cerne da questão. É possível questionar, ainda, se é apropriado atribuir a um mesmo profissional a realização do cuidado e a avaliação sobre o destino da mãe com bebê. Por fim, interroga-se a transferência dessa responsabilidade para os conselheiros tutelares e se eles possuem condições técnicas para assumirem tal responsabilidade.

O que suscita outras reflexões é o fato de que, no período de mais de quatro anos de discussões, essas mulheres, em sua maioria, permanecem desassistidas pelas equipes de atenção primária. Elas chegam às maternidades com nenhuma ou poucas consultas de pré-natal, contrariamente ao que preconiza a Portaria 427 de 2005, referente ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e pela Rede Cegonha (Portaria 427, 2011). Essa falta de acompanhamento indica que os serviços não têm conseguido fornecer acesso a elas e aos seus fetos, ao tratamento de sífilis, por exemplo.

Além disso, Queiroz (2015) cita a literatura por ele analisada sobre o tema e demonstra que a percepção dos profissionais da saúde sobre as usuárias de drogas é influenciada por papéis desempenhados socialmente pelas pacientes, pela idade das usuárias, pelo tipo de droga usada e data do início do uso. Isso, provavelmente, interfere nas estratégias de assistência implementadas pelos profissionais.

Sendo assim, o estigma e a reprovação ligada ao uso de drogas por mulheres contribuem para que elas busquem esconder essa ação no intuito de se protegerem das situações de discriminação. Elas evitam se aproximar dos equipamentos de saúde especializados, aumentando a sua vulnerabilidade e o risco de sofrerem danos à saúde. Nesse sentido, há uma insuficiência de

projetos e serviços criados ou pensados para se intensificar o cuidado das gestantes usuárias de drogas.

Acredita-se que este trabalho está em sintonia com a política para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (Ministério da Saúde, 2003), pois propõe uma interação entre a universidade e os serviços de saúde. Esta pesquisa volta o olhar para o panorama social repleto de conflitos, contradições e jogos de poder. É importante estimular uma reflexão sobre o tipo de trabalho que se realiza com as gestantes usuárias de drogas no ambiente hospitalar. Pressupõe-se que esse tipo de pesquisa possa contribuir para uma melhor compreensão do contexto do uso de drogas no período gestacional e propiciar condições de criação de políticas públicas e/ou projetos de sensibilização ou de aperfeiçoamento profissional, os quais possam interferir na dinâmica vigente e possibilitar que normas não se limitem a palavras, mas se transformem em ações de fato.

Esta pesquisa tem relevância para o campo da psicologia social, já que investiga como os movimentos sociais e as questões da atualidade impactam no modo de agir e de se organizar de profissionais em uma dada instituição, interferindo diretamente com o acesso a direitos de populações mais vulneráveis. Foi feito um estudo de caso exploratório em uma maternidade pública de Belo Horizonte, partindo do olhar de quem cuida. As assistentes sociais e psicólogas dessas instituições foram o centro de toda essa polêmica.

Verifica-se que esse processo tenso e de disputas institucionais tem influenciado a atuação de psicólogos e assistentes sociais. Surge daí o interesse desta pesquisa em entender como isso tem acontecido. Além disso, busca-se também compreender como as profissionais refletem sobre o atendimento às gestantes usuárias de drogas e como se posicionam sobre a separação da mãe de seu bebê.

Foram encontrados muitos estudos que enfocam o atendimento às gestantes usuárias de drogas em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), Freitas (2015) e na atenção primária como os de Marangoni e Oliveira (2012), e Duarte e Andrade (2006), mas são escassas as pesquisas associando o tema-problema aos profissionais de maternidades. Em estudo realizado por Queiroz (2015), foram catalogados 142 trabalhos e a

autora encontrou poucos estudos em que as representações dos trabalhadores sobre as usuárias de drogas eram abordadas. Foi uma das categorias de estudo com a menor frequência encontrada, considerando artigos, teses e dissertações (Queiroz, 2015). Portanto, busca-se com este trabalho dar maior visibilidade a esse tipo de ação pouco conhecida e debatida nos centros acadêmicos e sociais em geral.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender como as diferentes normativas da justiça e das instâncias reguladoras das políticas sociais públicas vêm impactando o atendimento às gestantes e o trabalho realizado por psicólogos e assistentes sociais em uma maternidade pública de Belo Horizonte.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar se houve mudança no modo de atender as gestantes usuárias de drogas após as publicações judiciais.
- Compreender como as profissionais refletem sobre o atendimento às gestantes usuárias de drogas e como se posicionam sobre a separação da mãe de seu bebê.

3 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, apropriada para aprofundar a compreensão de grupos, segmentos e microrrealidades sociais, além de desvelar a lógica interior e específica deles, assim como sua cosmologia e sua noção sobre determinadas questões, expressadas em opiniões, crenças e valores. Dessa forma, os estudos sociais se realizam por meio de uma visão em profundidade da vida social e de seu significado, buscando entender as relações existentes entre eles (Minayo, 2014).

Foi utilizado como estratégia de pesquisa o estudo de caso social, considerado um tipo pesquisa que investiga um fenômeno atual em seu contexto da vida real. Seu uso é adequado nas situações em que há complexidade e inconstância em determinadas circunstâncias e quando o contexto é altamente politizado e, sobre este, há muito interesse. Considera-se que o estudo de caso possibilita a compreensão e o entendimento relacionados a situações atuais e reais, permitindo sua descrição (Freitas & Jobbour, 2011).

A produção de dados se deu por meio da realização de entrevistas com roteiro semiestruturado, tendo como sujeitos participantes psicólogas e assistentes sociais que trabalham em uma maternidade pública de Belo Horizonte. As entrevistas foram realizadas com a finalidade de compreender como as diferentes normativas da justiça e das instâncias reguladoras das políticas sociais públicas vêm impactando o atendimento às gestantes usuárias de drogas e como se tem executado o trabalho de psicólogos e assistentes sociais nesse contexto.

Foram realizadas quatro entrevistas, duas delas com assistentes sociais e outras duas com psicólogas. O critério de escolha foi o interesse e a disponibilidade em participar da pesquisa a partir da apresentação dela na instituição participante. Essas categorias profissionais foram escolhidas, pois as duas atuam diretamente no processo de decisão referente ao encaminhamento ou não dos casos atendidos pela maternidade para a Vara da Infância. Não foram ouvidas pela pesquisa as categorias de médicos e enfermeiros, apesar de serem profissionais com uma função central na

instituição hospitalar, contudo, na prática, não se envolvem em absoluto com o problema em estudo.

A escolha pela realização de entrevistas semiestruturadas se deu em consonância com a perspectiva de Duarte (2004) de que esse tipo de entrevista dá abertura para que o entrevistado possa se expressar de modo mais espontâneo. Por outro lado, fornece ao pesquisador recursos para que não perca a atenção sobre o objetivo da pesquisa. A elaboração do roteiro de entrevista (APÊNDICE 1) contemplou apenas tópicos para a orientação do trabalho como propõem Fraser e Gondim (2004). Buscou-se possibilitar, a partir do roteiro, que os profissionais tivessem abertura para aprofundar livremente nos temas pesquisados, tornando o estudo mais rico e fiel aos depoimentos dos participantes.

A pesquisa foi concebida inicialmente para ser realizada em duas maternidades públicas do município, sendo uma delas referência em assistência humanizada e a outra em gestantes de alto risco. Entretanto, devido a dificuldades de tramitação do projeto nos respectivos comitês de ética, apenas a maternidade com práticas mais humanizadas participou da pesquisa.

O projeto foi submetido ao COEP da UFMG em junho de 2018 e a aprovação ocorreu em dezembro do mesmo ano. Após a aprovação, o projeto foi encaminhado aos comitês de ética das duas maternidades, como exigido por elas, a despeito de suas cartas anteriores de anuência.

Considerando as questões referentes ao prazo de defesa do mestrado, foi necessário realizar a pesquisa apenas na maternidade que deu aprovação em tempo hábil. Entendeu-se que a segunda instituição não teve de fato interesse na pesquisa. Ressalta-se que, mesmo na instituição em que a pesquisa foi realizada, foram necessárias várias conversas prévias para que a realização da pesquisa fosse autorizada, o que evidencia a delicadeza do tema em questão.

As entrevistas com as psicólogas e assistentes sociais tiveram duração média de uma hora cada e ocorreram em maio de 2019. Foram realizadas no local de trabalho das participantes, em data e horário estabelecidos por elas.

As entrevistas foram registradas em gravador digital, mediante consentimento expresso das participantes e após a assinatura de Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O material gravado foi transcrito e utilizado apenas para a pesquisa, resguardando a identidade das participantes e da instituição. Os arquivos serão conservados por um período de cinco anos, sendo destruídos posteriormente.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – CAAE: 93676218.2.0000.5149 e pela maternidade participante – CAAE: 93676218.2.3002.5132

A análise das entrevistas foi realizada por meio da análise temática, método em que ocorre a identificação, análise e atribuição de temas significativos e frequentes a um conjunto de dados (Braun & Clarke, 2006). De acordo com Minayo (2014), é importante que a teoria e o método escolhidos pelo pesquisador se encaixem em seu problema de pesquisa e que ele tenha consciência de suas escolhas. A análise serve para refletir ou desvelar a superfície da realidade e deve ser conduzida tanto pela pergunta de pesquisa quanto por seus pressupostos teóricos mais amplos.

O tema para a análise temática apreende os elementos importantes sobre o material em relação à questão de pesquisa e concebe certo nível de resposta ou significado padronizado no interior de um conjunto de dados (Braun & Clarke, 2006). A análise pode ser conduzida de maneira indutiva ou dedutiva. Na primeira delas, os temas possuem uma forte ligação com os dados em si, de modo que os temas formados podem ter pouca relação com a pergunta específica feita aos entrevistados. Na segunda, a análise é guiada por algum interesse analítico ou teórico do pesquisador na área estudada, dessa forma é orientada pelo analista de maneira mais explícita. Escolhemos para análise dos dados desta pesquisa o tipo de análise indutiva.

A análise foi inspirada na formulação de Braun e Clarke (2006), realizada a partir da imersão nos dados por meio de leitura em profundidade das entrevistas transcritas, de modo ativo e repetido, realizando-se uma busca por significados e padrões. Em seguida, foram elaboradas categorias iniciais que apresentavam características que pareceram interessantes para a pesquisa. Na sequência, a análise ocorreu em nível dos temas, por meio da classificação das categorias. Posteriormente, foi realizado um refinamento das categorias.

Durante a organização das categorias, foi importante verificar se havia homogeneidade interna e heterogeneidade externa nos temas, o que significa que deve haver uma coerência no conteúdo interno de cada tema, que deve, por sua vez, se diferenciar dos demais temas (Braun & Clarke, 2006).

A análise de dados foi finalizada fazendo-se articulações entre o que foi encontrado nos temas e elementos da literatura relevantes para sua discussão. Os temas construídos a partir da análise temática e que serão explorados no capítulo 5 de resultados são: (1) Maternidade no contexto do uso de drogas; (2) Notificar ou não: o impacto das normativas na tomada de decisão das profissionais; (3) A rede: entre os nós dos problemas e a tessitura de possibilidades.

4 MULHERES USUÁRIAS DE DROGAS EM CENA: HISTÓRIAS DE CONFLITOS ENTRE DIREITOS

A questão dos direitos humanos está relacionada intimamente com a questão de gênero e com as políticas de drogas. Segundo os estudos de Xavier e Rosato (2016), a partir de 1978, o Brasil assumiu, perante a comunidade internacional, na assembleia da Organização das Nações Unidas (ONU), a responsabilidade de eliminar todas as formas de discriminação contra a mulher.

Porém, apenas em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, o país começa, realmente, a enfrentar as questões ligadas aos direitos humanos de toda a população, especialmente de crianças, adolescentes e mulheres, visando à transformação da sociedade e revelando uma radiografia nítida das diferentes formas de violência contra esse público mais vulnerável. A partir dessa constatação, os órgãos do poder público, o legislativo e os movimentos sociais passaram a se articular, mesmo com dificuldades e trabalho, para combater todas as diferentes formas de violência (Xavier & Rosato, 2016).

O Brasil ratifica seu compromisso perante o mundo com relação aos direitos humanos a partir das resoluções da Conferência Internacional de Direitos Humanos, nos anos de 1993, em Viena, e, de 1994, no Cairo. Um dos fatores ressaltados em ambos os tratados formulados foi a necessidade de se resguardar o direito à igualdade de homens e mulheres nas decisões sobre reprodução e responsabilidade compartilhada referente aos filhos. Ao mesmo tempo, na Conferência de 1994, há a constatação de que as mulheres têm pouco poder decisório no âmbito social, menor índice de escolaridade e sua saúde está constantemente ameaçada pela sobrecarga da dupla jornada de trabalho, além de estar submetida a um modelo de relação de poder que a impede de alcançar uma vida plena (Xavier & Rosato, 2016).

O tratado de 1994 aponta que homens e mulheres têm o direito de decidir sobre sua vida reprodutiva. Aponta também o direito da mulher a um serviço apropriado de saúde, que lhe proporcione segurança durante a gestação e o parto, fornecendo ao casal o máximo possível de chances de terem um filho saudável. Ainda, de acordo com a Conferência do Cairo (1994),

a atenção básica deve fornecer a todas as mulheres educação e serviços de planejamento familiar, de assistência pré e pós-natal, de parto seguro e de paternidade responsável (Xavier & Rosato, 2016).

Segundo essas autoras, na quarta conferência sobre a mulher, intitulada Ação para a igualdade e o desenvolvimento e a paz, realizada em 1995 pela ONU, identificaram-se algumas preocupações sobre a temática, destacando-se “a crescente proporção de mulheres em situação de pobreza; a desigualdade no acesso à educação e à capacitação; a desigualdade no acesso aos serviços de saúde; a violência contra a mulher” (Organização das Nações Unidas, 1995 apud Xavier & Rosato, 2016, p. 122).

Nessa mesma conferência, realizada em Pequim em setembro de 1995, houve a mudança da atenção do direito das mulheres para o direito de igualdade de gêneros, apontando essa questão como sendo de interesse mundial. Transpõe-se, a partir desse momento, a situação da mulher do aspecto biológico para os relacionais, que abrangem as relações de poder entre homens e mulheres como produtos de padrões determinados social e culturalmente. Ao se vislumbrar a questão da mulher por um outro prisma, denota-se também que esse aspecto da realidade é mutável. Portanto, imputa-se ao Estado a responsabilidade de formular políticas em todas as esferas governamentais que auxiliem no empoderamento da mulher (Xavier & Rosato, 2016).

Percebe-se que as conferências ocupam-se gradativamente com os direitos sociais das mulheres e destacam as questões de gênero em detrimento de uma visão binária e sexista dessa população. Porém, mesmo o Brasil tendo assumido atuar de acordo com os compromissos acima descritos frente a toda a comunidade internacional, ainda tem dificuldades para cumpri-los.

Destaca-se, neste trabalho, a condição das gestantes usuárias de drogas, muitas delas vivendo em situação de rua, pois percebe-se a dificuldade de fornecer a esse público os cuidados e a atenção necessários. Como demonstra Queiroz (2015), “o corpo da mulher é concebido a partir de uma perspectiva essencialista e biologicista, não sendo feita nenhuma menção a explicações socioculturais, históricas ou políticas para o uso de drogas em mulheres” (Queiroz, 2015, p.22).

De acordo com a OMS, droga é a substância não produzida pelo corpo e cuja ação em seus sistemas causa alterações na sua maneira de funcionar. Fiore (2012) esclarece que o termo “droga” vem sendo usado ao longo do tempo para referir-se, principalmente, a três tipos de substâncias e/ou plantas, escolhidas como alvos principais do paradigma proibicionista: coca/cocaína/crack; papoula/ópio/heroína; cannabis/maconha/haxixe, excluindo-se as drogas consideradas “lícitas” como o álcool, o tabaco e as medicações psicotrópicas.

O paradigma moral dos serviços voltados ao trabalho com usuárias de drogas reforça o lugar da mulher como símbolo do privado, da maternagem e do cuidado (Fraser, 2009). Acrescenta-se a isso o fato de que a mulher tem se apresentado historicamente dependente do homem e de programas do Estado (Fraser, 2009). A mulher usuária de drogas desconstrói todos esses lugares idealizados, o que torna essa ação duplamente condenável (Fraser, 2009).

De acordo com Mattar e Diniz (2012),

são inúmeras as possibilidades analíticas para se pensar uma hierarquia reprodutiva, em que existem maternidades (e paternidades) mais prestigiadas e respeitadas, enquanto outras podem ser consideradas ilegítimas, subalternas ou marginais, fonte de preconceito, discriminação e violação a direitos. (...) Os fatores principais, que perpassam transversalmente a pirâmide, são: raça, classe, geração/idade e parceria sexual. (...) pode-se dizer que a mulher que é não branca, que pertence a uma classe econômica baixa, é jovem ou bem mais velha e homossexual ou solteira, vive a maternidade com menos aceitação social e em piores condições – especialmente se comparadas às brancas, de classe média e alta, com idade entre vinte e 35 anos, e heterossexuais, de preferência com parceiros (Mattar & Diniz, 2012, p.115).

Para Queiroz (2015), os dispositivos de saúde voltados aos usuários de drogas fazem distinções entre homens e mulheres. Para os homens, os esforços estão voltados em preparar esse sujeito para a vida social e, principalmente, laboral, buscando estimulá-lo a desenvolver ou retomar suas habilidades. Já para as mulheres, a reabilitação está voltada à adequação social e à retomada de vínculos familiares, pautada em um aspecto conservador e patriarcal. Segundo pesquisa (Oliveira, 2008) realizada, as representações dos agentes comunitários de saúde (ACS) sobre os usuários de drogas caracterizam a mulher como excluída socialmente e submissa; já o homem como forte e violento, dificultando a compreensão de aspectos mais

amplos dessa dinâmica social (Oliveira, 2008).

Queiroz (2015) constata “que hierarquias de gênero legitimam concepções sexistas no modo como se organiza a atenção à saúde de usuários/as de drogas” (Queiroz, 2015, p.120). Nesse sentido, as instâncias de produção de poder disseminam silêncios, erros e/ou desconhecimentos de forma sistemática.

Geralmente as gestantes usuárias de drogas estão, como descreve Freitas (2015), situadas entre o mito do amor materno (Badinter, 1985) e o estigma referente aos usuários de drogas ilícitas, principalmente do crack. Segundo esse mito, reforçado pelas normas sociais e de gênero, o sentimento materno seria intrínseco a toda mulher. Assim, determinaria certos comportamentos e sentimentos próprios a qualquer mãe, inclusive o de amar incondicionalmente e, por isso, abdicar de todos os seus desejos, realizando verdadeiros sacrifícios pelo filho.

A maneira considerada legítima de exercer a maternidade se dá a partir da completa devoção da mulher, não apenas com a criança, mas também em relação ao papel de mãe. Desse modo, “as mulheres que prejudicam os filhos, por (alegadamente) não terem capacidade de autocontrole, são representadas como a causa do mal e diretamente responsabilizadas por qualquer defeito do feto” (Pinto-Coelho, 2003, p. 27).

Não se busca negar que o uso das drogas potencializa as vulnerabilidades sofridas por gestantes, mas ele “é um aspecto entre outros na vida dessas mulheres, sendo muitas vezes uma faceta de uma experiência de violência estrutural; de não acesso a direitos” (Freitas, 2015, p. 142). Além disso, apresentar o uso de drogas por mulheres sem um olhar sobre as relações de gênero reforça práticas e relações de dominação.

O uso de drogas não se estabeleceu apenas na atualidade. Tal prática ocorreu na humanidade desde seus primórdios, de modo que se inclui em diferentes contextos, como o político, religioso, social, cultural e econômico (Aguilar, 2014). Há uma variação no uso de drogas de acordo com a cultura, diversificando suas funcionalidades: “podemos citar como exemplo os povos andinos que mascam a coca para suportarem a fome e o cansaço decorrente de grandes altitudes; os charutos e cachimbos utilizados em rituais de

candomblé” (Aguiar, 2014 p. 10). Nesse sentido, é possível considerar que, em contextos determinados, essas e outras práticas não se configuram como problemas (Aguiar, 2014).

No que se refere ao uso das drogas ao longo da história, Lima, Barros, Melo e Passos (2017) apontam que as drogas possuíam liberação irrestrita até o início do século XX, incluindo seu comércio em nível internacional, e teve “um papel importante na economia mundial. O modelo da guerra às drogas foi desenvolvido durante as primeiras negociações internacionais de acordo sobre drogas” (Lima, Barros, Melo & Passos, 2017, p. 82)

No início do século XX, o Brasil criou um aparato jurídico-institucional para controlar o uso e o comércio de drogas ilícitas com o qual afirmava preservar a segurança e a saúde no país. Machado e Miranda (2007) explicam que o aparato legal previa a proibição e a criminalização do uso e do comércio, prevendo pena de exclusão do convívio social para prisões e sanatórios e, na década de 1970, para hospitais psiquiátricos (Machado & Miranda, 2007).

A instauração da política proibicionista busca a redução da demanda e da procura pela substância psicoativa (SPA) e objetiva a abstinência dos usuários. Nessa perspectiva, o uso de drogas está relacionado a demandas de saúde ou mesmo desvios vinculados a questões como moralidade e criminalidade. Desse modo, considera-se que o uso de drogas é nocivo e, mais cedo ou mais tarde, irá gerar problemas de saúde ao usuário. Assim, na visão proibicionista, não haveria um uso seguro de drogas, por sempre causarem dependência e problemas no âmbito social. Essa concepção justificaria a proibição do Estado em relação ao comércio, consumo e produção (Miranda et al., 2018).

O Brasil, a partir de 1911, aderiu a conferências e tratados internacionais que abordavam questões relativas ao uso e comércio de drogas. Na década de 1970, a medicina passou a contribuir com subsídios técnico-científicos para a formulação de leis, legitimando o controle do uso de drogas. Hospitais e centros especializados públicos ou filantrópicos foram constituídos como mecanismos de assistência aos usuários com o intuito de curar, tratar ou punir. Em 1980, foram criados centros especializados, ligados diretamente ao Estado,

para fornecer assistência à saúde de usuários de drogas (Machado & Miranda, 2007).

No início dos anos 1980, com o fim da ditadura, foi possível realizar práticas de pesquisa, tratamento e intervenção, afastando-se do viés repressivo.

Quando surgiu a necessidade de trabalhar com a prevenção da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) para os usuários de drogas, em 1994, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) assume sua posição favorável ao desenvolvimento de projetos direcionados à redução de danos. Esses projetos influenciaram, com suas proposições técnicas e com seu arcabouço teórico e ideológico, na elaboração, pelo Ministério da Saúde, da Política para Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras Drogas, publicada em 2003.

Algumas ações dos profissionais de saúde podem auxiliar na promoção de uma menor estigmatização dos usuários de drogas. Cita-se, como exemplo, distribuir apetrechos que proporcionem um uso seguro de crack ou fornecer ambientes públicos para o consumo de drogas supervisionado, além de práticas de promoção de saúde e ações educativas. Essas estratégias podem ser promissoras no que se refere à política de redução de danos. (Teixeira, Engstrom & Ribeiro, 2017). A fim de realizar um trabalho convergente com esse paradigma, surgiram os CAPS-AD como componentes da rede psicossocial (RAPS).

No governo de Fernando Henrique Cardoso, especificamente em 1996, a prevenção do uso de álcool e outras drogas, estranhamente, ficou como competência do poder militar. Assim, o Ministério da Justiça se transformou em órgão central, e a polícia federal, em órgão executivo. Desse modo, não se efetivou uma articulação desses órgãos com o SUS, gerando duplicidade nas ações (Machado & Miranda, 2007).

Em 2001, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária criou uma resolução contendo normas técnicas para o funcionamento das comunidades de atendimento ao usuário de drogas, concretizando a entrada dessas instituições no poder público. Ao mesmo tempo, favoreceu a formulação da demanda desse setor por financiamento público (Machado & Miranda, 2007).

As políticas de saúde estiveram por muito tempo pautadas em uma lógica hospitalocêntrica, prescritiva e curativa, tendo como objetivo o atendimento voltado para a doença e a manutenção da hierarquia biomédica; entretanto, passou para uma política de descentralização com ações multiprofissionais apoiadas em sua estrutura na rede básica de saúde. O Programa de Saúde da Família permitiu um acompanhamento mais próximo das demandas da população, possibilitando melhor funcionamento dos fluxos, descongestionando o atendimento no sistema hospitalar, pois resolve, em seus atendimentos, muitos dos problemas e, apenas quando necessário, o caso é levado a outras instâncias (Miranda et al., 2018).

Considera-se que como o uso de drogas sempre esteve presente na história, não é possível eliminar tal prática. Desse modo, são necessárias ações que reduzam os danos causados por ele. A política de redução de danos busca amenizar os prejuízos de origem biológica, social e econômica do uso de drogas, e está direcionada a pessoas que não conseguem interromper o uso, pautando-se no respeito ao sujeito e no direito ao consumo (Miranda et al., 2018).

O Ministério da Saúde, a partir de 2002, passou a fazer resistência ao modelo das comunidades terapêuticas por não concordar com seu perfil ideológico, que se mostrava moralista, segregacionista e repressivo, o que gerou movimentos contraditórios dentro do próprio Ministério da Saúde. Um grupo entendia que o Brasil deveria lidar com a questão do tratamento a usuários de álcool e drogas apenas por meio das comunidades terapêuticas, financiando essas instituições; outro grupo, como o da Coordenação de Saúde Mental, compreendia que esse tipo de ação deveria ser assumida pelo SUS.

Apenas em 2003, buscou-se uma articulação entre as diversas áreas ligadas à temática e se assumiu, com base na Política para Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras Drogas pelo Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2003), um arcabouço teórico e político ligado à redução de danos e à lógica antimanicomial nas ações de tratamento e prevenção (Machado & Miranda, 2007).

Desse período até 2010 avança-se na direção da construção e manutenção de um tratamento pautado nos direitos da pessoa com transtorno

mental, materializando-se através do cuidar em liberdade, sob direcionamento dos CAPS e construção de uma rede formada por serviços residenciais terapêuticos, centros de convivência e outros. Mas, a partir de 2010, uma nova configuração de forças ganha visibilidade, como pontua Freitas (2015) o consumo ou o uso abusivo de substâncias psicoativas ainda são compreendidos sobre dois eixos principais: uma visão jurídico-moral e uma visão biomédica. A primeira apresenta as drogas como o grande mal da sociedade, como a dificuldade em si, que deve ser reprimida pelo chamado “combate às drogas”, culpabilizando o/a usuário/a. A segunda, por sua vez, compreende as drogas como elementos químicos que agem sobre os/as usuários/as, causando-lhes uma doença incurável.

A partir de 2010, no ápice da campanha eleitoral para a presidência da república, inicia-se uma cisão entre a saúde mental e a questão de álcool e outras drogas, devido a questões ideológicas e de financiamento público (Guimarães & Rosa, 2019). Outro destaque para a época foi a visibilidade das questões referentes ao uso de crack, em decorrência do decreto 7.179, que direcionou recursos para instituições não governamentais e criou o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (Guimarães & Rosa, 2019).

Em 2012 aconteceu a inserção das Comunidades Terapêuticas na RAPS por meio da Portaria nº 131, entretanto esse componente substitutivo pode ser questionado. Isso, pois, atua a partir da perspectiva manicomial, apresenta um rígido cunho religioso e não possui uma equipe técnica atuando em seus estabelecimentos (Guimarães & Rosa, 2019).

As Comunidades Terapêutica em 2016 se reafirmaram nas políticas de saúde por meio da Portaria nº 1.482, que possibilita a elas o recebimento de recursos do SUS. Mas, cabe mencionar que a maioria desses estabelecimentos possui intervenções pautadas na religião, na intolerância relacionado ao uso de qualquer droga (Lopes & Gonçalves, 2018).

Em 2017 a Portaria publicada em dezembro apresentou diversas mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, possuindo pressupostos contrários à desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial (Guimarães & Rosa, 2019). Além dos dados acima apresentados, pode-se observar o retorno

da lógica manicomial na saúde mental, quando constata-se que os hospitais psiquiátricos, que vinham ao longo do tempo perdendo recursos financeiros e não faziam parte da RAPS, passam a receber um aumento no valor de suas diárias. Enquanto os CAPS desde 2011 deixaram de receber reajustes financeiros (Guimarães & Rosa, 2019). Em contrapartida as Comunidades Terapêuticas recebem um aumento do aporte financeiro, negligenciando os dados que apontam que essas instituições frequentemente são denunciadas como violadoras de direitos humanos e historicamente, resistem a se abrir para uma fiscalização e avaliação pública (Guimarães & Rosa, 2019).

Além disso, é estabelecido o uso de até 20% de leitos em hospitais gerais para alas psiquiátricas. Tal situação faz com que seja possível que existam “mini hospícios” nos hospitais gerais, resultando em um aumento no número de internações, com uma diminuição de investimentos em estratégias de reabilitação psicossocial (Guimarães & Rosa, 2019).

Através da Resolução CONAD nº 1/2018, a Política brasileira sobre drogas impulsiona suas ações em direção ao paradigma proibicionista. Tal política estabelece, inclusive, a posição contrária da população brasileira quanto às iniciativas de legalização de drogas. Nesse sentido, há atualmente um comprometimento do Brasil com o paradigma da abstinência e da retomada do manicômio em detrimento do trabalho pautado na Redução de Danos e do tratamento em realizado em liberdade e comunitário (Guimarães & Rosa, 2019).

No que se refere ao imaginário social sobre a droga, há uma ideia de que o/a usuário/a ora como o/a “delinquente” em conflito com a lei, “mau-caráter”; ora como o/a pobre doente, vitimizado/a. Portanto, ambas as concepções se mostram reducionistas, pois desconsideram a complexidade do fenômeno do uso de drogas inclusive a dimensão do prazer decorrente do uso (Freitas, 2015).

Embora haja usuários de drogas em todas as classes sociais, a forma como os sujeitos de classes distintas são afetados pelo uso que fazem de drogas é desigual. Assim, frequentemente, usuários de classes populares são marginalizados e julgados pelo crivo do dispositivo da criminalização, já os sujeitos de classes altas geralmente são vistos como usuários recreativos de

drogas, tendo seus atos articulados, preferencialmente, a partir do dispositivo da medicalização. E ainda, quando ocorrem excessos, esses últimos têm mais facilidade de acessar os serviços da justiça e da saúde (Queiroz, 2015).

De acordo com Neves (2007) “o gênero feminino está mais associado a ter algum tipo de sofrimento subjetivo, além de apresentar maiores dificuldades psicossociais (interpessoais e ambientais) autopercebidas” (Neves, 2007, p. 157). O gênero masculino está mais relacionado ao risco no uso de álcool e outras drogas e seu envolvimento em comportamentos de risco associados a esses usos, a exemplo do uso de drogas ou bebidas associado à direção de automóveis ou à relação sexual com desconhecidos (Neves, 2007).

Desse modo, é importante se atentar para o contexto familiar como elemento relevante na reflexão sobre o contexto social. Nesse processo, não devem ocorrer situações de julgamento moral, considerando alguma composição familiar como correta. Tal posicionamento moral favorece a reprodução de desigualdades tanto de gênero quanto sociais. A sociedade possui uma tendência a representar a reprodução e a educação das crianças como uma responsabilidade das mulheres, o que se configura como um preconceito de gênero (Moraes, Roso & Lara, 2018).

Em decorrência dessa forma limitada de analisar a situação, não se visualizam os problemas da sociedade como as falhas do sistema de saúde, educação, segurança pública e a má distribuição de renda. Como explicita Mance (1998), o capitalismo modeliza a dimensão ética, responsabilizando cada pessoa por sua exclusão, camuflando as causas estruturais desse processo.

Como é muito comum ao longo da história, ocorrerem avanços e retrocessos em relação a questões sociais. Em dezembro de 2017, o Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2017) aprovou a Resolução nº 32 que considera como componentes da RAPS, além de outros, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), apoiando e estimulando, inclusive financeiramente, o desenvolvimento e a estruturação das comunidades terapêuticas como um dos principais equipamentos nos quais deverão ocorrer o cuidado, o acolhimento e o tratamento do dependente químico.

Essa resolução enfraquece toda a rede substitutiva ao modelo manicomial. Além disso, em abril de 2019, o governo publica um decreto (Decreto nº 9.761, 2019) que implanta uma política nacional sobre drogas e adota a abstinência como objetivo do tratamento. Considera-se que esse decreto representa um retrocesso em relação ao trabalho já construído ao longo do tempo nessa área.

É importante vislumbrar a questão do uso de drogas como problema de saúde pública, esclarecendo que os esforços para solucioná-lo é de responsabilidade de todas as instâncias sociais. Diante dessa compreensão, a atenção psicossocial a pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas deve se basear em uma rede de dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural, e articulados à rede assistencial em saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica (Ministério da Saúde, 2003).

Segundo Vargas (2012), a busca de resignificação por parte desses usuários depende muito mais de vínculos significativos, escuta cuidadosa e respeito ao seu modo singular de viver do que de medicação e/ou internação. Esses fatores são capazes de capacitá-los novamente para sua autorregulação e de estimular o olhar para os usuários de substâncias psicoativas como sujeitos e não como monstros ou zumbis a instigarem repulsa ou temor. Ao contrário do que se apresenta no discurso conservador, as “pessoas que usam drogas não são diferentes de nós, e que seus sofrimentos não se resumem à eventual incapacidade de controle no uso de uma ou outra substância (incapacidade esta que recebe o estranho nome de ‘dependência química’)” (Petuco, 2012, p. 26).

Todos os desdobramentos sobre o uso de drogas descritos mostram que, no Brasil, o tema ainda suscita muitas discussões, opiniões diversas e antagônicas, capazes de construir retrocessos e paralisações no que diz respeito a políticas e ações diretamente ligadas a ele.

Na verdade, uma discussão aberta sobre drogas implica desnaturalizar ideias, apontar distorções e equívocos, historicizar termos, amenizar sentimentos de raivas, paixões e pavores, trocar a violência pela sagacidade. Enfim, (re)iniciar o debate, retomar a discussão que foi fechada pela

criminalização e pelos retrocessos políticos mais recentes. Já que não temos respostas prontas e caminhos certos a seguir, como sugere Vargas (2012), não se pode esquecer de que trabalhamos com um objeto de altíssima complexidade: a vida de outros seres humanos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 A experiência no campo e o campo da experiência

No início do mestrado, quando me foi oferecido trabalhar com o tema das gestantes usuárias de drogas em interlocução com as normativas judiciais e de saúde, não me senti à vontade para aceitar a proposta, pois já vivia, em meu ambiente de trabalho, situações angustiantes e difíceis ligadas ao tema. Os casos de gestantes usuárias de drogas - muitas vezes pobres, negras, com pouco ou nenhum vínculo familiar e sem acompanhamento de pré-natal - aumentavam na maternidade onde eu trabalhava.

Tal situação gerava muitas dúvidas, inseguranças e dificuldades na realização dos atendimentos, principalmente depois das recomendações e portarias publicadas. Já me sentia bastante angustiada diante do tema e sabia que entraria em um campo muito polêmico e delicado se aceitasse a proposta de pesquisa. Por outro lado, seria uma oportunidade de me aprofundar no assunto e entender como outros profissionais lidavam com a mesma situação; acreditando, inclusive, na possibilidade de conhecer alguma ação que pudesse contribuir com o manejo desses casos e com a assistência a essas gestantes. Considerando as potencialidades dessa pesquisa, aceitei o desafio.

Decidi, então, atentar ao que mais me incomodava: o trabalho de profissionais envolvidos diretamente com gestantes e puérperas usuárias de drogas. Psicólogas e assistentes sociais de maternidades públicas de Belo Horizonte têm a incumbência de avaliar as condições psicossociais dessas usuárias no momento da alta hospitalar.

Inicialmente, idealizei entrevistar duas profissionais de quatro maternidades, Técnicos da Justiça e do Ministério Público, e pessoas ligadas aos movimentos de direitos humanos envolvidos na temática. Porém, sabiamente minha orientadora me desvelou a complexidade de uma pesquisa realizada com uma coleta de dados tão extensa e ressaltou o curto período que se tem para realizar uma pesquisa de mestrado. Reduzimos, então, os

procedimentos e decidimos entrevistar uma assistente social e uma psicóloga em duas maternidades de Belo Horizonte.

Utilizaríamos o método de estudo de casos para investigar como duas instituições públicas, que considerávamos possuir visões bem diferentes com relação à atenção ao paciente, atendiam gestantes usuárias de drogas. Uma delas priorizava o tratamento de mulheres com gestações de alto risco, portanto, mais intervencionista, e outra trabalhava com parto humanizado, o que sugeria uma ação com técnicas menos invasivas. Estávamos verificando se isso também interferia na atuação de psicólogas e assistentes sociais no encaminhamento dos casos.

Porém, como já fora previsto pela orientadora, a entrada no campo não foi tão fácil como eu imaginava. Deparei-me com obstáculos burocráticos, que se mostraram intransponíveis no caso de uma das maternidades. No fim do processo para a liberação das entrevistas, um dos responsáveis pela tramitação no comitê de ética da instituição, que efetivamente não concedeu autorização para a pesquisa, sugeriu à diretoria assistencial do hospital observar o projeto com bastante cuidado, pois o estudo talvez não fosse conveniente para a instituição, considerando o escopo da pesquisa e os riscos estratégicos.

Redirecionamos nossa rota e desistimos de trabalhar com essa maternidade que relutava em autorizar a pesquisa. De acordo com informações surgidas em reuniões realizadas pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e equipe perinatal, envolvendo profissionais de outras maternidades públicas do município, esta instituição é vista como a que mais encaminha os casos de gestantes usuárias de drogas para a Vara da Infância e da Juventude, o que poderia justificar o receio com a pesquisa.

Ainda de acordo com os participantes dessas reuniões, a maternidade na qual efetivamente foi possível realizar a pesquisa é vista como a que menos encaminha os casos para a Vara da Infância e da Juventude. Entretanto, são informações impressionistas que a presente pesquisa não tem como corroborar. Na pesquisa, buscamos verificar se as práticas dessas profissionais estavam ou não mais afinadas com um atendimento humanizado em termos de

cuidado às mães usuárias de drogas e seus bebês, segundo orientações do Ministério da Saúde (2014).

O hospital onde realizamos a pesquisa é uma instituição filantrópica, de direito privado, que atende prioritariamente a população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde sua inauguração, no fim da década de 1970, procura quebrar a lógica do modelo assistencial hegemônico, tecnicista, segundo o qual a assistência está mais centrada no profissional que na mulher. Assim, a prioridade da assistência, indicado explicitamente em documentos da instituição, é a necessidade dos usuários. Além disso, pretende estar em consonância com o Programa de Humanização proposto pelo Ministério da Saúde, valorizando a participação e o controle social (Ministério da Saúde, 2011).

Quando fui pela primeira vez ao hospital, a boa recepção me marcou muito e se fez constante durante todas as minhas visitas, reproduzindo-se também nos contatos telefônicos.

Quando voltei para realizar a primeira entrevista, fui confundida com uma paciente e tanto os profissionais como as pacientes tentaram, com carinho e objetividade, me conduzir ao pré-natal de alto risco. Embora não tenha sido mencionado ao longo da dissertação, sou deficiente visual, possuo cegueira total. Talvez o fato de uma mulher cega estar entrando em uma maternidade pode ter feito com que os profissionais pensassem que estava ali para realizar o pré-natal e, nesse caso, de um pré-natal de alto risco, devido à minha condição.

Depois de desfeito o mal-entendido, fui encaminhada à sala do serviço social. Uma recepcionista foi me indicando o caminho, mas, no meio do trajeto, parou para conversar com uma mulher e entregou algo a ela. Depois me explicou que aquela paciente estava na “Casa da Gestante”, unidade de apoio à mulher durante a gestação de alto risco ou após o parto, quando a paciente está de alta clínica, porém ainda deve ser observada de perto pela equipe de saúde. Trabalhava como cabeleireira e, enquanto estava internada, cuidava dos cabelos das funcionárias. Não cobrava por seu trabalho, contudo quase todos que se beneficiavam de sua atividade lhe pagavam satisfeitas, o que lhe proporcionava alguma renda.

Quando chegamos à sala do serviço social, encontramos algumas pacientes e familiares fazendo perguntas e demandando algum tipo de atendimento, o que me indicava que o volume de trabalho naquele serviço era intenso. A assistente social achou melhor conversarmos ali mesmo, e nossa entrevista foi interrompida quatro vezes, tanto por pacientes e funcionários do hospital, como por ligações telefônicas.

A primeira entrevistada já trabalhava na instituição há 21 anos, dos quais 10 deles atuou em uma função de nível médio no departamento pessoal e, no restante do tempo, trabalhou como assistente social. Apontou que, em sua primeira função no hospital, tinha contato com inúmeros profissionais e se interessou pelo serviço social ao observar a atuação de profissionais dessa área. Assim que entrou na faculdade, teve oportunidade de ser transferida para esse setor, mas preferiu ter certeza de sua escolha profissional, com o término do curso, para posteriormente se inserir no campo específico.

Outra profissional entrevistada também descreve uma trajetória semelhante dentro da instituição. Já as demais relataram terem feito especialização no hospital e, a seguir, foram convidadas a trabalhar ali, o que indicava a política institucional de valorização dos profissionais e aproveitamento daqueles que se especializavam pela própria instituição. Isso possibilita que o novo trabalhador inicie sua atuação compreendendo os princípios do hospital e receba treinamento antes de iniciar seu trabalho.

Quando fui realizar a penúltima entrevista, escutei um grupo de mulheres cantando no pátio da maternidade. Soube depois serem as funcionárias da creche que estavam ensaiando uma canção para apresentarem no Dia das Mães - em homenagem às profissionais do hospital. Além da creche, que a instituição mantinha para dar um suporte às mães trabalhadoras, o hospital possuía uma academia e liberava os profissionais para a frequentarem durante o horário de trabalho, proporcionando qualidade de vida aos trabalhadores.

O hospital contava, no momento das entrevistas, com quatro assistentes sociais e uma residente em Serviço Social, com duas psicólogas e quatro residentes em Psicologia. As entrevistadas tinham de nove a vinte anos de

formadas e entre seis a onze anos como tempo de atuação naquele hospital onde a pesquisa estava sendo realizada.

Nenhum dos grupos dessas profissionais fazia um registro estatístico específico para os casos de gestantes e de puérperas usuárias de drogas atendidas na maternidade. Era realizado um relatório geral de suas atividades que era encaminhado periodicamente para um setor específico, mas os dados registrados estavam relacionados ao quantitativo de partos realizados, de atendimentos e de encaminhamentos feitos; em termos gerais, sem especificação dos tipos de atendimentos. Provavelmente se referem aos indicadores de acompanhamento utilizados para monitorar a assistência ao parto e ao puerpério (Ministério da Saúde, 2014).

Os casos específicos eram registrados em prontuário e acabavam por se dispersar durante o processo. Os registros dos casos das mães usuárias de drogas eram feitos por meio de anotações das assistentes sociais. Elas registravam em um caderno seus procedimentos, mas não os organizavam depois, a fim de buscar uma análise de seu trabalho na instituição.

Sendo assim, não há como saber o número de gestantes usuárias de drogas atendidas mensalmente nessa maternidade, tão pouco se os encaminhamentos para a Vara da Infância e da Juventude aumentaram ou não após as publicações das normativas. Quando busquei com as assistentes sociais essa informação, elas disseram que já sentiram falta desses dados organizados e que estavam se mobilizando para realizar essa tarefa.

A seguir, apresentamos uma análise do conteúdo das entrevistas segundo as três grandes temáticas identificadas, a saber: Maternidade no contexto do uso de drogas; Notificar ou não: o impacto das normativas na tomada de decisão das profissionais; A rede: entre os nós dos problemas e A tessitura de possibilidades. É importante ressaltar que todas essas temáticas estão envolvidas umas às outras, tendo a categorização um papel apenas heurístico.

5.2 Maternidade no contexto do uso de drogas

Todas as entrevistadas compreendem a experiência da maternidade como um evento crucial e singular na vida da mulher. Elas apontam ser esse um momento de “novas perspectivas” se apresentarem à gestante, junto com a chegada de um (novo) filho. As psicólogas consideram ser essa uma fase em que a mulher sente uma “potência”, um vínculo forte com a criança e um impulso natural de cuidar e estar com o filho em gestação. Essas profissionais acreditam que é muito importante, para o desenvolvimento do sujeito, manter o “*binômio mãe-bebê*”. Para uma das psicólogas, “*a gente entende também que a privação materna para o bebê, ela é muito prejudicial*” (Psicóloga 2).

Considera ainda que “*esse binômio [...] tem uma importância dentro do desenvolvimento psíquico do ser. Separar um filho de uma mãe isso de algum modo vai afetar essa criança, de algum modo vai afetar essa mulher*” (Psicóloga 2).

Nesse caso, pode-se dizer que, para o desenvolvimento da criança, é importante ter presente a função paterna e materna, que podem ser desempenhadas por diferentes membros da família ou até mesmo por amigos. Nesse sentido, cabe questionar a atuação da psicologia como categoria profissional, pois, historicamente, “a Psicologia veio como um lugar de saber/poder, muitas vezes, a serviço da repressão e da lógica normatizadora do sujeito” (Rosato, 2018, p.79).

De acordo com Carvalho e Dimenstein (2004), a ação do psicólogo encontra-se descontextualizada nos serviços de saúde pública por, muitas vezes, desconsiderar questões relevantes como condições socioeconômicas e culturais da população. Para as autoras, é esperado que os psicólogos tenham uma função social, atuem de modo coerente com a realidade da população e apresentem um posicionamento crítico no que se refere aos pressupostos teóricos (Carvalho & Dimenstein, 2004). Apesar dessa realidade ter sido encontrada nesta instituição com essas psicólogas, acredita-se que não necessariamente representa a realidade atual dessa categoria profissional.

Por sua vez, nos discursos das assistentes sociais, as concepções de maternidade aparecem de modo diverso. Para elas, o vínculo entre mãe e filho é construído ao longo do tempo e ponderam que “*nenhuma mãe nasce mãe. Essa questão de instinto materno é construída. A gente não nasce com esse*

instinto. Tanto que tem mulheres que não querem ser mãe.” (Assistente Social 2)

Esse tipo de concepção converge com Batinter (1985), pois a autora considera que “não há comportamento materno suficientemente unificado para que se possa falar de instinto ou atitude materna ‘em si’” (p.345). Nesse sentido, a maternidade precisa ser pensada considerando-se as múltiplas realidades, tanto histórica quanto culturais ou sociais de homens e mulheres. Tornam-se, assim, um dos componentes que constituem as relações de poder presentes na sociedade (Vázquez, 2014).

A imagem da mãe como protetora está vinculada, ao longo da história, a diferentes discursos. Destaca-se entre eles o religioso para o qual seria responsabilidade da mulher agir como uma boa mãe, priorizando a criança, sendo recatada, compreensiva, generosa e sofrendo em silêncio. Entretanto, atualmente, entende-se que a maternidade deve ser pensada e analisada como uma experiência ética plural (Vázquez, 2014).

Nesse sentido, não é sempre que a maternidade se configura como uma preocupação instintiva e primeira das mulheres e nem sempre o interesse da criança prevalece sobre o da mãe (Batinder, 1985). A maternidade é um fenômeno social que possui diferentes facetas, de forma que pode ser entendida como símbolo de opressão, de realização ou como uma vivência sociobiológica feminina (Vázquez, 2014).

É necessário deixar claro que, nos casos em que a mulher deseja cuidar de seu filho, o Estado tem a obrigação de fornecer suporte para que isso seja possível. Ao culpabilizar cada mulher por suas vulnerabilidades e dificultar-lhe o direito de permanecer com seu filho, ele apenas camufla as próprias falhas e as dos serviços por ele criados para auxiliar e proteger a população.

É expresso no art. 4 do Estatuto da Criança e do Adolescente que

“[...] é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. *Parágrafo único.* A garantia de prioridade compreende: “Preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; Destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.” (Estatuto da Criança

e do Adolescente, 1990)

Tanto psicólogas quanto assistentes sociais entendem que o momento da gestação instiga reflexões a respeito de si mesmas e de suas condutas, funcionando como um “trampolim” para mudanças subjetivas e comportamentais naquelas mulheres que estão grávidas. *“A gestação, eu acho, que é o momento que elas têm de repensar a vida delas, entendeu, então é um momento que elas precisam de ajuda”* (Assistente Social 2). Uma psicóloga afirma que *“nos discursos delas você percebia que a maternidade era um trampolim para mudança”* (Psicóloga 2). A outra psicóloga entrevistada corrobora: *“às vezes, ela estabelece um vínculo, ela tem aquele desejo de mudança diante dessa chegada desse novo bebê. Mas, também, não tenho como eu garantir cem por cento que ela vai conseguir o que ela está mostrando ali”* (Psicóloga 1).

“Quando você atende essa mulher você vê que para ela era uma possibilidade de mudança, o filho. Mas se ela não tem nada por fora, nada do outro lado que ajude a manter esse desejo da maternidade como mudança, era uma frustração tremenda. (...) você ouviu um discurso de desejo, de vontade, de mudança, como a maternidade como uma janela de oportunidade para eu estar de uma outra forma, sair desse lugar, do uso de droga, mas eu também não tenho nada que me ampare nesse sentido” (Psicóloga 2).

Sendo assim, todas as entrevistadas acham que essa é a melhor ocasião para fornecer auxílio às mulheres usuárias de drogas, já que elas estão mais receptivas. Tal ponto de vista converge com o de Silva, Pires e Gouveia (2015) que entendem a maternidade da mulher usuária de drogas como um momento-chave no tratamento e na mudança dessa mulher. Nesse sentido, a gravidez poderia representar uma oportunidade para a procura pelo tratamento. A mulher, ao receber o devido acompanhamento, poderia, então, ter a motivação para mudar seu estilo de vida e seu padrão de consumo.

As psicólogas avaliam ainda que *“sempre será melhor para a criança, permanecer com sua mãe”*, independentemente de como ela seja, mas que nem sempre elas conseguem manter mãe e criança juntos pela situação em que a mãe se encontra. Afirmam que *“independente se essa mãe é usuária ou não, qualquer criança iria preferir estar com a mãe, independente de como ela*

é” (Psicóloga 2). Entretanto, tal visão, como já foi pontuado, pode acabar desconsiderando que o desejo de ser mãe não está presente em todas as mulheres, podendo ser inclusive algo que gere angústia e insegurança para a mulher.

Vale ressaltar que, de acordo com Badinter (1985), “o instinto materno é um mito. Não encontramos nenhuma conduta universal e necessária da mãe. Ao contrário, constatamos a extrema variabilidade de seus sentimentos, segundo sua cultura, ambições ou frustrações” (p.367).

Concorda-se com Aguiar (2014) quando sustenta ser a maternidade um processo que apresenta uma complexidade, pois passa pela gravidez, pela presença ou ausência do desejo de ter a criança, de se tornar mãe e pelo cuidado com a criança. Nesse sentido, “deve-se levar em consideração também o projeto da mulher como sujeito, sua relação com os ideais sociais, familiares e pessoais, assim como as construções de gênero e classe sociais” (Aguiar, 2014 p. 86).

Nesse sentido, a maternidade pode ser entendida como um direito da mulher e a escolha pelo seu exercício, ou não, também é direito dela.

As assistentes sociais não trazem em seus discursos o tipo de concepção de que a maternagem seja uma obrigação da mulher e avaliam que o sucesso dos casos está em conseguir manter mãe e bebê juntos. Isso pode ser observado também nos relatos das psicólogas quando dizem que *“fica[m] mais com o coração apertado quando o desfecho não é bom, não é um desfecho positivo. Quando tem, por exemplo, que mandar para o abrigo”* (Psicóloga 1). Relatam que em suas práticas buscam encontrar um meio de não separar o bebê de sua mãe.

No artigo nº 87 do ECA (1990), é definido que o acolhimento familiar é preferível ao acolhimento institucional, além disso ele ocorre em caráter temporário e excepcional. Considera também que as políticas e programas devem prevenir ou diminuir o tempo de afastamento da família, garantindo exercício efetivo do direito da criança e do adolescente em manter a convivência familiar.

Para as profissionais, é importante que o poder público forneça apoio e estrutura às gestantes usuárias de drogas. Elas pensam que, com isso, não ocorreriam separações entre mães e bebês, já que somente o desejo dessas

mulheres de mudar não consegue se “sustentar” diante das dificuldades psicossociais enfrentadas em suas realidades diárias. Para as profissionais, a mudança esperada está mais centrada em pararem de fazer uso de drogas. Morais (2008) observa em seu estudo que a meta dos profissionais de saúde que lidam com usuários de drogas é a abstinência.

Compreende-se, a partir das entrevistas, que essa também é a meta das profissionais deste estudo. Isso ocorre ainda que o direcionamento do trabalho no município seja a política de redução de danos (Ministério da Saúde, 2005). Segundo essas profissionais, “Talvez a abstinência seja a expressão máxima de que alguém se encontra em condições de ajustamento e ‘purificação’, necessários para serem aceitos socialmente” (Morais, 2008, p.128)

Percebe-se que não é simples pensar que uma mulher possa usar drogas e cuidar de forma responsável e segura de um recém-nascido. Porém, se tal situação não for possível, se estará, realmente, separando mãe e filho compulsoriamente, ao saber que ela faz uso de drogas. Nesse sentido é que se deve contar com os manejos advindos do trabalho pautado na Política de Redução de Danos (Ministério da Saúde, 2005).

Uma das entrevistadas traz uma informação mais condizente com tal paradigma:

“Então eu vou falar na hora: Toma cuidado, se você for fazer uso, não saia com o bebê, deixe o bebê com alguém (né) da sua família, com o avô, com o tio, não faça uso perto do bebê, não dê motivo pra que essa criança seja tirada de você” (Assistente Social 2).

É importante refletir que nem todas as mulheres conseguirão viver sem usar algum tipo de drogas. Esse trabalho, no entanto, não será feito dentro das maternidades. Deve ser realizado pela RAPS e suas equipes especializadas. As entrevistadas supõem que se o Estado fornecer a assistência necessária, a mulher usuária de drogas conseguirá se responsabilizar por si mesma e por seu filho, o que significa abstinência. Alguns trechos de fala da Psicóloga 2, ilustram bem tal posição:

“Aí nesse tempo que ela [está] ficando aqui, sem o efeito da droga, aí você percebe que ela vai tomando um pouco mais de consciência, mas também se ela não tiver um arcabouço no puerpério dela, na alta dela, ela volta para o uso, vai ser difícil para ela os cuidados com a criança.”

“(...) o que eles ofertam de cuidado para mãe para o bebê, eu não sei se é de fato o que seria necessário, entendeu?! Não é nem o ideal, não é nada de idealizado, mas minimamente o que de fato pudesse ajudar essa mãe a se recuperar, e a recuperar esse vínculo com a criança, a maternidade.”

“Quais são as outras... os outros meios também que a gente está dando para ela se recuperar, tentar, que essa maternidade pudesse trazer uma nova, uma nova perspectiva para a vida dela, que não fosse o uso de droga.”

As entrevistadas apontam também que as políticas públicas atuais não fornecem o suporte que as gestantes demandam de fato, tais como tratamento acolhedor e especializado referente ao uso de drogas, ambiente seguro e fonte de renda. De acordo com uma das entrevistadas, *“A questão da droga é muito política... deveria ter uma... uma referência, mesmo, afetiva, de acolhimento, tratamento, de apoio...”* (Assistente Social 1).

Outra assistente social completa, dizendo que *“Às vezes, as mulheres, elas não querem ir pro CERSAM-AD, por exemplo”* (Assistente Social 2). A rede de saúde mental do município atua tendo como foco os serviços substitutivos, orientando-se pelos princípios da luta antimanicomial. Nesse sentido, pauta-se no estabelecimento de um convívio político de modo igualitário (Souza & Nogueira, 2018).

Em Belo Horizonte, há três CERSAM-AD, que funcionam 24 horas por dia e estão localizados no distrito sanitário Barreiro, Pampulha e Nordeste. Além disso, o município possui também, 4 consultórios de rua, que atuam nos distritos: Oeste, Norte, Centro, Sul, Leste, Noroeste. A atuação do consultório de rua visa aos cuidados com a saúde mental de maneira a melhorar a qualidade de vida dos sujeitos, fortalecendo-lhes vínculos e laços sociais (Belo Horizonte, 2019).

O que se pode dizer é que o número desses equipamentos ou de profissionais que atuam neles pode não ser suficiente para atender toda a população da capital mineira. Além disso, pesquisas internacionais e nacionais publicadas recentemente evidenciam diversas barreiras enfrentadas pelas mulheres ao buscarem e permanecerem em tratamento do consumo de drogas (Oliveira, Paiva & Valente, 2006). A discussão a respeito do trabalho em rede voltado para o cuidado de mulheres usuárias de drogas será melhor detalhada

na temática “A rede: entre os nós dos problemas e a tessitura de possibilidades”.

Essas profissionais apontam que, enquanto essa mulher está na maternidade, se beneficia do suporte fornecido pela instituição e pelas profissionais como auxílio com relação ao cuidado com o bebê, proteção e acolhimento dos “muros institucionais” e até mesmo da rotina diária instituída no local. Entretanto, quando recebem alta, ficam sem suporte e podem voltar ao uso das drogas.

“Uma coisa é a mulher estar aqui dentro, acompanhando o nenê. A maternagem, que a gente fala, está surgindo né? Ela teve o nenê: “Estou aqui, estou cuidando”. Mas ela tem um muro institucional que a protege. Ela tem a enfermeira que ajuda a cuidar do nenê, ela tem uma estrutura física, alimento, dormir na hora certa... Ela tem uma estrutura que a ampara, também. Outra coisa é essa mulher lá fora” (Assistente Social 1)

As profissionais relatam as condições físicas e psicológicas em que as gestantes usuárias de drogas chegam à maternidade. Consideram que os muitos anos de uso de drogas e o abuso das SPA dificultam os cuidados com seu próprio corpo, fragilizam suas relações familiares e até mesmo sua saúde mental, colocando-a em uma situação de grande vulnerabilidade. Contam, por exemplo, que a mulher chega ao hospital sem documentos, sem acompanhamento de pré-natal e em algumas situações, sob efeito da droga ou em síndrome de abstinência.

Nesses casos, as profissionais precisam aguardar que o efeito da substância ou os sintomas passem, para fornecer à gestante a assistência da psicologia e do serviço social. Uma das psicólogas exemplifica descrevendo que uma usuária chegou ao hospital *“extremamente agitada, com dificuldade pra conversar com a gente. Depois foi melhorando, mas, nos primeiros dias aqui, muito agitada”* (Psicóloga 1). Outra relata que *“Muitas chegam aqui até sob efeito da droga. Às vezes, não tem condição de responder”* (Psicóloga 2).

“Depois foi, foi melhorando, mas, nos primeiros dias aqui, muito agitada. Quando ela não estava muito... pelos corredores mesmo, ela estava sempre dormindo” (Assistente Social 1).

“Às vezes, ela vem de um uso crônico de anos, mesmo assim. Você vê que até... que isso já afetou a saúde mental, mesmo dela” (Assistente Social 1).

“Ela era acompanhada pelo consultório de rua (né), estava vivendo na rua há mais de um ano, o pai do bebê, também, vivendo na rua a mais de um ano” (Assistente Social 2).

Para as entrevistadas, *“A droga, ela tem um impacto social, econômico, familiar, enorme [...] Às vezes, também, a questão de a mulher ser, além do uso da droga, ser de situação de rua”* (Assistente Social 1). Moraes, Roso e Lara (2018) consideram que há possibilidade de existirem elementos causais ligados à questão de gênero no que se refere ao uso de crack. Isso, porque cerca de 370 mil pessoas no Brasil fazem uso de crack e, desse total, aproximadamente 21,3% são mulheres. Muitas delas são vítimas de violência, cerca de seis vezes mais que os homens.

As entrevistadas percebem que as gestantes usuárias de drogas e/ou em situação de rua resistem em permanecer no ambiente hospitalar. Interpretam que essa atitude pode estar relacionada à dificuldade das usuárias em lidar com regras, sendo difícil para elas permanecer em um ambiente onde não há “liberdade” como em instituições ou nas maternidades.

“Teve uma menina que ficou com o bebê que é usuária e assim é muito interessante que é... por exemplo é o público que está acostumado com uma liberdade. Então, quando você chega dentro de uma instituição que tem regra, que tem norma, é difícil para elas também lidar com isso.” (Assistente Social 1)

As profissionais ressaltam como se empenham em realizar um trabalho isento de “juízo” e atento ao cuidado dessa usuária. Consideram que há um retorno positivo diante desse tipo de ação, pois contam que as gestantes, após as abordagens, se mostram muito “participativas”, no que se refere aos cuidados com o bebê, e desenvolvem um vínculo de confiança com as profissionais. Uma delas relata *“[...] a questão do uso... Não faço nenhum julgamento não. Até porque cada um tem sua história* (Assistente Social 2)”.

E outra entrevistada resalta que

“Quando elas estão aqui, elas entendem a importância do cuidado, mesmo que não fez pré-natal, elas são orientadas aqui, em relação ao tratamento do nenê. Elas são bem participativas, sabe? A gente percebe (assim): ‘Não tratei’. Mas a gente fala: ‘Não é pra sentir culpada. Não tratou, mas agora vai tratar. [...] outras coisas que a gente considera. Essa mulher e a vida dela, que vida é essa? Que pai é esse – o pai do neném? Planejou? Como que ela foi acolhida? Pra a gente não ficar, também, julgando muito” (Assistente Social 1).

As entrevistadas frisam que pacientes usuárias de drogas sempre existiram nas maternidades. Entretanto, avaliam que o número desses casos aumentou consideravelmente e que eles passaram a se apresentar com maior “cronicidade”. Como aponta uma das psicólogas:

“Antes eu pensava, por exemplo, uma mulher sob efeito de drogas, uma mulher que usava maconha e uma mulher que tinha o uso de cocaína esporadicamente. Não é esse perfil que hoje a gente percebe com mais cronicidade do uso de drogas” (Psicóloga 2).

Segundo as profissionais, houve um aumento no uso do crack, droga que consideram mais nociva, no que se refere ao grau de prejuízo, já que avaliam que o crack causa mais dependência e alienação na pessoa. Uma entrevistada declara que *“A gente percebe uma cronicidade no uso de uma forma, o que fazer, como fazer para poder atender esse binômio mãe e bebê”* (Psicóloga 2). *“Porque veio o boom dessa questão do crack, que já existia na instituição o crack nas maternidades”* (Assistente Social 2). *“E tem aumentado o número de casos de mulher que relata o uso”* (Assistente Social 1). *“A maioria fala do uso do crack”* (Assistente Social 2).

Em revisão sistemática realizada por Teixeira, Engstrom e Ribeiro (2017), os autores consideram que, apesar de muitos estudos indicarem o uso de crack como mais próximo de um padrão compulsivo, ele se associa à vulnerabilidade social. Entretanto, há relatos de uso recreativo e eventual, o que contraria as informações divulgadas pela mídia, de que a droga é excessivamente viciante, levando o usuário à morte em um curto período.

As entrevistadas afirmam que o impacto das drogas vai para além da questão da maternidade, pois favorece a violência e aumenta a incidência de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), como a sífilis. Segundo uma das entrevistadas: *“Hoje você tem o crack como uma fonte dominante da mente, do corpo, de toda essa parte, esse ser da mulher. E a gente tem poucas possibilidades de ajuda”* (Psicóloga 2).

“Eu acho que a gente tem uma dificuldade, mesmo, de política pública efetiva, pra lidar com a questão da droga, e que o impacto da droga não é só da maternidade, perder o nenê. É a questão, mesmo, da saúde, da violência que a mulher sofre, da questão das doenças, das DSTs, que tem aumentado” (Assistente Social 1).

As profissionais relatam que a questão do uso de drogas é multifatorial e o associam a uma tentativa de “preencher” algo que falta em algum sentido e a uma “fuga” de situações difíceis e ligadas à falta de acesso a direitos.

“Eu não acho que a pessoa entre por que ela quer, eu acho que ela busca um refúgio ali, imagina que vai encontrar, e eu vejo que é uma vida muito sofrida. Pelo que eu vejo das mães aqui, é muito sofrimento” (Psicóloga 1).

“Porque, às vezes, é um contexto em que muita gente na família usa, às vezes, um contexto que só aquela mulher usa. Às vezes, ela sofre violência por parte do companheiro, às vezes usa droga por algum motivo de fuga” (Assistente Social 2).

“Eu acho que a droga em si é só o meio que eu acho que essas pessoas compreende para poder fugir do que de fato está machucando aí. Eu acho que ela... A gente precisa trabalhar coisas da base, se você trabalha a base, você tem pouca...menos possibilidade dessa pessoa ir para o uso da droga. Porque a droga, você preenche ela por falta de algo, se me falta algo eu busco essa fonte de uma outra forma” (Psicóloga 2).

As entrevistadas consideram que “ninguém entra porque quer” em uma situação de uso de drogas. E que quem o faz precisa de ajuda e não de condenação. *“Às vezes, você vai escutar a mulher, ela tem uma história de vida tão triste! Às vezes sofreu abuso, às vezes viveu... cresceu numa família, também, usuária.” (Assistente Social 2)*

Alguns estudos apontam outros motivos que influenciam no início do uso de drogas por mulheres como “a influência de pares e amigos foi fator relevante para as jovens consumirem **crack** a primeira vez, adicionada à curiosidade em saber qual a sensação diante daquela droga tão falada” (Aguiar, 2014, p.88). Já outras pesquisas confirmam as inferências das profissionais, quando apontam que

De acordo com Moraes, Roso e Lara (2018) o uso de crack feito por mulheres, tem como motivos a sociabilidade, a fuga dos problemas e da solidão, o enfrentamento do estresse e das dificuldades e a influência do parceiro. Além de fatores como as desigualdades sociais e o consumo de drogas entre seus parentes (Moraes, Roso & Lara, 2018).

As profissionais também consideram que a questão do uso das drogas está ligada a fatores sócio-históricos, políticos, econômicos e atribuem também

ao Estado a responsabilidade de enfrentá-lo, uma vez que as desigualdades sustentadas por ele são causadoras de uma intensificação do uso de drogas pela população. Dessa forma, o uso da droga é acompanhado de um imaginário social em que o usuário seria um pobre doente, sendo vitimizado. Trata-se de uma percepção reducionista, pois deixa de considerar a complexidade desse fenômeno, incluindo a dimensão do prazer associada ao uso (Freitas, 2015).

Além disso, o uso de drogas pode propiciar um prazer que é relatado como tão bom que seria quase impossível de ser descrito (Aguiar, 2014). Segundo Bucher (1989) ele pode apresentar três funções sociais: transpor uma angústia existencial, obter prazer ou estabelecer ligação com forças sobrenaturais. Entre os efeitos no organismo do sujeito, listados pelo autor, estão: alívio de dor, redução de ansiedade, aumento da sensação de energia, mudanças na percepção do sujeito e tentativa de modificação dos níveis de consciência (Bucher, 1989).

De acordo com uma das profissionais

“Normalmente, as famílias das pessoas que fazem uso de drogas são desestruturadas e todo o seu meio corrobora para que ela busque sair da realidade em que vive, mas, por outro lado, a mesma situação dificulta que essa pessoa fique em abstinência” (Psicóloga 2).

A entrevistada explicita sua opinião:

“Não é moralismo não, nem é questão de moralismo, porque hoje a gente entende família com diversos aspectos, não é mais a família mãe, pai e filhinho. A gente sabe que a minha família pode ser minha vizinha, pode ser minha amiga da escola quando eu estudava lá no pré. Então, assim esse conceito de família que eu falo é um conceito maior, é uma forma maior, ampliada de ver essa questão da família. Agora está muito desestruturada, socialmente a gente tem poucas possibilidades” (Psicóloga 2).

Trabalhos analisados por Queiroz (2015) apontam fatores que favorecem o início de mulheres no uso de drogas estão localizados nas condições de: “pobreza e dificuldades financeiras na família; consumo de drogas no ambiente da família de origem, com rituais familiares envolvendo o uso de drogas; violência física e/ou sexual no âmbito familiar; e conflitos familiares, ausência de afeto e suporte parental” (Queiroz, 2015, p.38). A mesma autora demonstra que, nos trabalhos por ela analisados, foram

encontrados elementos constituintes de um contexto familiar precário como falta de espaço para expressão de sentimentos, dificuldades de comunicação, ideias e opiniões, ausência de expressão de apoio e afeto, de regras claras e limites.

Por fim, as entrevistadas questionam se a mulher usuária de drogas encontra-se na situação em que está por não haver recebido assistência do setor público quando sofreu algum tipo de violação de seus direitos. Nesse sentido, todo o percurso da usuária no uso de drogas poderia, para a profissional, ter sido evitado a partir do acolhimento dessa usuária pelo serviço na “ponta”. *“Então, a gente fica vendo, onde que é lá na ponta, lá no início. Qual serviço, será, que poderia ter acolhido ela, ou não”* (Assistente Social 2).

Percebe-se que as psicólogas que participaram dessa pesquisa têm uma concepção mais conservadora a respeito do conceito de maternidade. Além disso, elas se mostram mais comprometidas com o paradigma clínico para a execução de seu trabalho. Já as assistentes sociais concebem a maternidade de forma mais abrangente e ligados às novas realidades vigentes.

5.3 Notificar ou não: o impacto das normativas na tomada de decisão

As entrevistadas relatam a dificuldade de estar em um trabalho em que se espera delas uma tomada de decisão: seja de liberar o bebê com sua genitora que é usuária de drogas e/ou em situação de rua; seja de separar o bebê de sua mãe, encaminhando-o para a Vara da Infância e da Juventude.

Essa discussão foi em torno de: *“Encaminhar ou não? Qual criança que vai encaminhar ao Juizado? Toda criança vai encaminhar ao Juizado? E é uma coisa que a gente nunca fez”* [encaminhar todos os casos] (Assistente Social 1). A exigência que elas vivenciam durante a tomada de decisão faz com que se sintam mais inseguras, tornando o processo de trabalho mais difícil, segundo observação de uma psicóloga:

“Acho que esse começo foi muito confuso mesmo, muito tumultuado. Não sei nas outras instituições. Acho que em todas. Porque de repente apareceu essa normativa e tinha que ser cumprida a todo custo. [...] Quando eu falo em angústia é porque a gente fica entre a cruz e a espada” (Psicóloga 1).

Tal pressão interfere até mesmo no diálogo realizado com a rede assistencial.

“Aí no auge da normativa, eu penso que ficou, tanto o Serviço de Saúde, o Centro de Saúde, que tinha um entendimento, se encaminhava todos os casos ou não, se não informava para as maternidades o que deveria ser informado em relação a afirmar que a mulher usava droga ou não...” (Assistente Social 1)

Além disso, as entrevistadas relataram que as normativas geraram um “racha”, pois *“veio a normativa e falou que era pra fazer de um jeito, veio a defesa dos direitos falando que era pra fazer de outro? E a gente, às vezes, fica muito perdida. O que a gente vai fazer?”* (Psicóloga 1). Relataram ainda que as normativas traziam um tom de “ameaça”, visto que psicólogas e assistentes sociais seriam responsabilizadas se algo pudesse vir a acontecer com a criança. Uma das profissionais pontuou que

“Como todas assistentes sociais que estavam nessa reunião, ficamos meio perdidas, porque tinha um tom de ameaça na fala dos promotores. Tipo: ‘Se vocês não fizerem nada, e acontecer alguma coisa com essa criança, a responsabilidade vai ser de vocês’.” (Assistente Social 1)

As entrevistadas consideram que outra dificuldade na realização do trabalho era o curto período determinado pelas normativas para se definir a melhor conduta a ser tomada. Uma das assistentes sociais frisa que

“Se a mulher chega na maternidade e nós temos ali 24 horas, 48 horas para resolver, a gente tem que ter muito cuidado para não ser injusto.” [...] tomar uma decisão ali em pouco tempo, porque nós temos, também, uma questão de leito, temos uma questão de interação social” (Assistente Social 1).

As profissionais explicaram que, quando o processo de avaliação ultrapassa esse tempo, é necessário que o bebê fique em uma internação social, procedimento que mantém a criança na maternidade, mesmo estando saudável, mas ocupando um leito hospitalar, o que se configura outro problema. Elas apontam que vinte e quatro até quarenta e oito horas é pouco

tempo para que se tome uma decisão e não sejam cometidas “injustiças” de nenhuma forma.

O ECA (1990), em seu artigo 23, deixa claro que a falta ou carência de recursos materiais não constituem motivo suficiente para a perda ou suspensão do poder familiar. Abuso emocional ou físico, abandono, maus-tratos e trabalho infantil são as razões habituais. Nesse sentido, é preciso aprofundar a questão da definição da permanência ou não da criança com a mãe.

Espera-se da avaliação realizada pelas equipes hospitalares “que identifiquem e considerem, para atestar a falta de condições, possíveis situações de abandono anterior de outros filhos, dependência de psicoativos, violência ou hipóteses similares” (Oliveira, 2018, p. 24). O autor ressalta que essas questões demandam um aprofundamento e contextualização difíceis de serem realizados, uma vez que para assegurar que os direitos das mulheres e dos bebês sejam garantidos, depende-se desse tipo de análise.

Quando isso não ocorre de forma criteriosa, instaura-se o medo entre as mulheres-mães, como confirma a entrevistada: “*Às vezes, ela é usuária e não fala, até por medo mesmo, porque muitas mulheres ficavam com medo de ir para as maternidades, com medo de o bebê ser tirado delas*” (Assistente Social 2).

Provavelmente, por terem ocorrido avaliações pautadas em concepções moralistas e de senso comum, é que as profissionais das maternidades foram alvo de críticas e condenações, generalizando esse tipo de avaliação como se observa na fala de uma assistente social: “*E a gente da maternidade? Porque ficou muito no foco sequestro de criança, ou, então, abrigamento compulsório. Como que era isso? Porque para gente é muito delicado*” (Assistente Social 1).”

Uma assistente social pontua que

“Estou dizendo assim: É como se nós estivéssemos destrutando essa mulher. É como se as Maternidades estivessem desrespeitando esse... Essa maternidade, essa potência dessa mãe de ficar com seu neném e, simplesmente, encaminhando os casos aleatórios, sem conversa anterior” (Assistente Social 1)

Outra profissional relata *“Como assim? A gente está sequestrando filho de ninguém? [...] a gente está aqui acolhendo, fazendo nosso trabalho”* (Assistente Social 2).

Caso as profissionais optassem pela notificação à Vara da Infância, essa ação era considerada como “sequestro de criança” e elas poderiam ser denunciadas mediante práticas de violência institucional, que

“é aquela exercida pelos próprios serviços públicos, [...] por ação ou omissão e tem como características contribuir para a ordem social injusta, podendo ser identificada de várias formas: falta de escuta e de tempo para a clientela; frieza, rispidez, falta de atenção, negligência e maus-tratos dos profissionais com os usuários, motivados por discriminação, abrangendo idade, orientação sexual, deficiência física, gênero, racismo, doença mental; violação dos direitos reprodutivos, [...] preconceitos acerca dos papéis sexuais e em relação às mulheres soropositivas para o HIV, quando estão grávidas ou tencionam engravidar” (Ministério da Saúde, 2014 p. 139).

Por outro lado, se não notificassem e acontecesse algo com o bebê, elas seriam responsabilizadas até penalmente por terem liberado a criança com a mãe.

“Igual, quando veio, por exemplo, essa norma que tinha que mandar todas as mães. Você via que não era todo mundo que concordava com isso, mas teve um momento em que a lei foi muito incisiva com a gente. E eu até lembro de profissionais que era, num contexto assim: ou você faz ou, também, você vai ser punida” (Psicóloga 1).

Inclusive, as assistentes sociais afirmam já terem sido convocadas a comparecer em audiências na Vara da Infância e da Juventude para fazerem declarações sobre os casos que haviam liberado das maternidades. Como conta a entrevistada: *“A gente tem que responder processo, de um bebê que saiu e que depois foi abrigado”* (Assistente Social 2). A pressão sofrida fazia com que as profissionais se sentissem atacadas de todos os lados. Uma delas indaga *“O quê que a gente pode fazer sabe para nos proteger, mesmo, desses ataques que estão vindo de todos os lados.”* (Assistente Social 1)

Importante refletir que, quando as responsabilizações recaem sobre as profissionais de forma individual, se perde a atenção na instituição e na rede da qual essa instituição faz parte. Assim, volta-se o olhar para a profissional e se

retira a responsabilidade do Estado. Além disso, neste caso, as relações de poder são mais desiguais e verticalizadas.

Uma alternativa das profissionais seria a discussão de seus trabalhos nos seminários e reuniões realizados no auge da polêmica, mas, para as entrevistadas, não havia um espaço para que pudessem se posicionar sobre a situação nas maternidades. Consideram que, mesmo lidando diretamente com a questão debatida, não foram convidadas a dizer como exerciam o trabalho delas e quais eram seus posicionamentos diante de toda a polêmica.

De acordo com uma delas, o Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) *“Não ouviu as maternidades, não ouviu as assistentes sociais para saber como essas crianças eram encaminhadas e quais eram os passos que cada maternidade seguia, entendeu?”* (Assistente Social 1).

“No início, o CRESS ficou mais... Chamou algumas discussões que teve, mas pro lado da defesa da Perinatal, da prefeitura. Dos direitos (né), das discussões de apoiar a mulher, de como se, realmente, estivesse havendo alguma incoerência em relação a esses encaminhamentos” (Assistente Social 2).

Depois de tentarem se posicionar e falar de seu trabalho ao CRESS, as profissionais não fizeram outras tentativas nesse sentido e, mesmo após se organizarem como categoria, se mantiveram passivas diante das acusações direcionadas ao trabalho delas.

Outra saída encontrada pelas profissionais foi a de registrar, nos prontuários das pacientes, todas as etapas de seu processo de trabalho, ou seja, registrar todos os procedimentos adotados na condução de cada caso, como reflete a entrevistada: *“Acho que essa recomendação serviu pra a gente ter mais cuidado em deixar tudo documentado”* (Assistente Social 2).

Houve também o relato de se sentirem “no meio” de um embate, *“e aí surgiu uma recomendação da Secretaria Municipal de Saúde contra a recomendação do Ministério Público, e a gente ficou meio no meio”* (Assistente Social 1).

Então, como forma de resistência, as assistentes sociais organizaram um grupo de *WhatsApp* composto por todas as profissionais que trabalhavam em maternidades públicas de Belo Horizonte. Elas tinham como objetivo buscar apoio entre si, compartilhar seus incômodos e se defender das acusações que

estavam sendo feitas em relação ao trabalho delas, como afirma a entrevistada:

“É, no auge da normativa a gente teve reuniões entre nós, mais no sentido de ver o que cada um fazia. Como cada um... Pra ver se tinha, mesmo, diferença. Porque não é bom, imagina, o hospital daqui, ser visto como a maternidade que encaminha menos. O outro ser um hospital que encaminha mais” (Assistente Social 1).

Porém, perderam a oportunidade de se organizarem mais e buscarem aspectos teóricos e práticos para respaldar seus trabalhos, inclusive, por exemplo, discutirem e construírem juntas critérios que embasassem suas avaliações com relação aos casos em pauta.

Elas justificam que suas atuações dependiam das orientações feitas pela diretoria da maternidade onde trabalham. Pelo grupo, souberam da existência de diferentes formas de atuação, variando de acordo com a maternidade em que as profissionais da área trabalhavam, como explica a assistente social:

“Porque as meninas do... da Santa Casa, elas tinham que fazer de uma forma, as meninas do HC era de outra forma, então, assim, era de acordo com cada diretoria. Porque nós somos trabalhadoras. A gente segue uma determinada ordem dos nossos patrões” (Assistente Social 2).

Sabe-se que as instituições procuram modular a atuação de seus trabalhadores, mas as ações de assistentes sociais e psicólogas não estão pautadas somente nessa orientação, pois contam tanto com o direcionamento oferecido pelos conselhos de classe quanto por suas próprias concepções a respeito do público-alvo e a situação social dele. Conforme Rosato (2018), antes das normativas, já existiam profissionais que atuavam encaminhando os casos de gestantes usuárias de drogas para a Vara da Infância e da Juventude e terão aquelas que continuarão a fazê-lo, mesmo após a revogação da portaria nº 3.

Portanto, o que se utilizava para justificar a retirada dos bebês de suas mães e encaminhar o caso para a Vara da Infância e da Juventude era a falta de moradia e de alguém que pudesse auxiliar essa mãe nos cuidados com o recém-nascido.

“A gente fala: ‘Olha, a opção de ficar na rua, às vezes, foi sua. Eu não tô te julgando, eu não sei o que aconteceu na sua casa que te levou a sair da sua casa. Mas foi uma opção que você fez. O bebê não, ele precisa de um cuidado’. Não tem como um bebê ficar na rua” (Assistente Social 2).

Cabe questionar, a fala da entrevistada de que a permanência da mulher na rua seria uma opção dela. Acredita-se que esse fenômeno seja mais complexo do que apenas uma escolha realizada pela mulher, envolvendo diversos fatores que resultam na condição de permanência na rua.

A partir dos relatos das entrevistadas, nota-se que é delicada essa tomada de decisão de encaminhar ou não o caso para a Vara da Infância e da Juventude, já que não se tem garantia de que o caso obterá sucesso em nenhuma das alternativas. As profissionais questionam o suporte oferecido pela rede e se os equipamentos que ela tem para oferecer são adequados ou suficientes.

As profissionais criticam o suporte que essa mãe irá receber caso seja separada de seu filho e até mesmo o apoio que a rede oferece para que essa mãe tenha condições de ficar com a criança. Afirmam que a decisão tomada por elas também precisa considerar a capacidade efetiva da rede de dar suporte a essa mulher. As entrevistadas elencam vários questionamentos que se apresentam no momento da tomada de decisão, como os que aparecem na fala de uma das psicólogas quando questiona se

“O abrigo é o melhor lugar para essa criança?! Separar ele da mãe é a melhor opção?! O que a gente faz com essa mãe depois que o neném vai para o abrigo?! Quais as condições de fato que é dada de fato para ela, para poder fazer as visitas ou o cuidado mesmo com a questão do uso de droga?!” (Psicóloga 2).

Diante das portarias e recomendações, as profissionais passaram a refletir sobre o próprio processo de trabalho, perguntam-se o que poderiam estar fazendo “de errado”. Quando uma criança é negligenciada ou acaba falecendo, após uma alta realizada por assistente social, como em um caso relatado por várias das profissionais, os questionamentos se voltam para uma culpabilização no campo pessoal, o que gera muita angústia e mais insegurança nessa tomada de decisão, porque “*essa recomendação ela pesa*

muito na cabeça da gente até hoje, sabe, quando dá alguma coisa errada, aí você fica pensando: ‘nossa, será que os promotores não tinham razão?’ (Assistente Social 2).

Também relativizam fatores que são apontados como determinantes nas normativas no momento de deixar ou não a mãe com seu bebê. Uma delas indaga: *“Que critérios são esses para gente avaliar se essa mãe tem ou não tem competência para poder ficar com esse bebê, só pelo uso de droga?!”* (Psicóloga 2). As entrevistadas questionam se apenas a mulher usuária de drogas não teria condições de ficar com o filho ou se isso é algo que poderia acontecer às mulheres em várias outras situações de suas vidas.

De acordo com uma das entrevistadas, *“Acabou que ficou sendo só da usuária (...) não quer dizer que aquela mãe que não é usuária, não possa acontecer alguma coisa com o bebê dela também”* (Assistente Social 1). O que ressalta o estigma ligado às usuárias de drogas, que sendo julgadas apenas por esse aspecto de suas vidas, já são caracterizadas no lugar das mães incompetentes e negligentes generalizando todos os casos. Como afirma Fraser (2009), o lugar da mulher é historicamente situado como símbolo do privado, da maternagem e do cuidado. Nesse sentido, a mulher usuária de drogas seria aquela que desconstrói os lugares idealizados para as mulheres, tornando tal ação “duplamente condenável” (Fraser, 2009).

De acordo com Oliveira (2018), a temática maternidade e uso de drogas demanda problematizações referentes às determinações do capital. Para a autora, há uma reprodução da discriminação da pobreza, o que restringe o direito da mulher à maternidade, que se pauta no discurso do uso de drogas.

Entretanto, isso na realidade “revela a dureza da falta de acesso aos recursos que possibilitem a satisfação das necessidades sociais para a superação das expressões da questão social na vida das mães/mulheres em questão” (Oliveira, 2018, p. 83). A falta de acesso aos direitos e a pobreza definem a maneira como se reproduz a recusa pelo direito à maternidade, intensificada por uma visão moralista e pelas especificidades de ser mulher em uma cultura pautada pelo capitalismo patriarcal (Oliveira, 2018).

Nesse sentido, as profissionais criticam os critérios apontados pela promotoria para definir a separação de mãe e filho. Para as profissionais, a

forma como as promotoras lidam com os casos é influenciada por suas próprias condições socioeconômicas. Uma das entrevistadas questiona

“Uma promotora, qual é o salário dessa promotora, qual é a condição social dela para uma mulher que nasceu em um lar totalmente desorganizado, sem condição nenhuma, né, sem perspectiva nenhuma, que já nasceu sem perspectiva. E a maioria dessas meninas tem o que no máximo, nem trinta anos têm” (Psicóloga 2)

Retirar a criança é visto pela justiça e pela promotoria como uma forma de interromper o ciclo de violações de direitos, porém, esse ciclo começou muito antes, com a família desses bebês. O Estado não promove justiça social, porém, depois, cria mecanismos para “sequestrar” os bebês de suas mães. Tentando através da judicialização, reduzir uma questão que traz em si, grande complexidade. Será que realmente se quebraria o ciclo de violações “salvando” o recém-nascido e ao mesmo tempo, abandonando a mãe, que é a imagem de nosso fracasso social?

A opção de não encaminhar para a Vara da Infância e da Juventude está atrelada a encontrar um familiar que possa apoiar essa mulher no pós-alta e, principalmente, nos cuidados com o bebê. Como demonstra a entrevistada:

“Conversávamos com alguém da família, algum acompanhante, discutíamos as possibilidades de – se fosse moradora de rua, por exemplo – a possibilidade de algum membro da família acolher a mulher e o bebê para ajudar no cuidado. Não para assumir uma guarda desse bebê, para ajudar essa mulher no cuidado desse bebê” (Assistente Social 2).

E uma das psicólogas completa:

“Se não dá, por exemplo, se às vezes a gente recebe uma mãe que ela é moradora de rua, é usuária de drogas e ela não tem ninguém, ela é sozinha. Ela não tem pra onde ir com essa criança, ela não tem ninguém na família que ela possa ajudar, ela não está com o pai dessa criança, e aí a gente, também, começa a ver o que a gente vai poder fazer. A gente aciona consultório de rua, tenta vaga nesses abrigos, que recebem mãe e filho. Tem umas vezes que a gente consegue e que a gente vai achando outras possibilidades, e tem vezes que, infelizmente, não se encontra nenhuma” (Psicóloga 1).

Para as profissionais, conseguir um parente da usuária a fim de dar apoio é uma “oportunidade” para que a mãe usuária de drogas permaneça com o filho, pois entendem que é “sempre melhor para o bebê” estar junto da mãe e da família.

“Mas quando sai com a família e a família extensa, a gente imagina que vai dar certo. Garantia a gente não tem. Pode ser que chegue lá e que depois de uns meses, umas semanas a mãe volte pro uso, pode ser que quem acabe realmente criando aquele, é, bebê, seja a família, mas de alguma forma a gente tentou propiciar que ela fique junto com esse bebê, que ela tenha a oportunidade.” (Psicóloga 1)

“Ela vinha, a gente fazia o atendimento, muitas vezes a gente entendia que não era o fato delas terem uso ou não de drogas que [...] impediria ela de ficar com o bebezinho. Então, além da mulher, a gente tinha esse contato com a família, com a rede, que hoje a gente chama isso muito de rede de apoio. [...] já fazia contato com quem poderia estar com essa mãe e com esse bebê” (Psicóloga 2).

Entretanto, as profissionais consideram que, na maioria dos casos, esse familiar acaba se tornando o responsável pela criança. Relatam ainda haver situações em que isso ocorre de forma recorrente, pois a família já está cuidando de mais de um filho da usuária, como relata uma assistente social: “[...] *essas mulheres continuam usando, continuam nas ‘cracolândias’, algumas, infelizmente, continuam perdendo seus filhos, as famílias continuam sofrendo, porque os avós continuam cuidando dos netos*” (Assistente Social 2). Além disso, “*Às vezes a família cansa*”. Também há o relato de que a família relata: “*ela já tem cinco filhos, já estou com três. Eu sinto muito, eu não vou assumir mais*” (Assistente Social1).

Para as profissionais, quando essa família é chamada a auxiliar essa mãe, é uma nova oportunidade que está sendo dada para que a mulher refaça sua história. Se não for assim, ela correrá o grande risco de perder a guarda do filho. Quando o caso é encaminhado para a Vara da Infância e da Juventude, consideram que é um desfecho ruim para o caso, como fala a entrevistada:

“Essa família vem aqui, a gente conversa, essa família está sendo responsabilizada a cuidar do nenê (...) esse familiar vai ser o tutor da criança, o responsável legal da criança. De qualquer forma, se você for avaliar, essa mulher vai sair condicionada ao familiar ou ela vai sair com o nenê no Juizado” (Assistente Social 1)

Essa declaração mostra que não se tem ainda, mesmo depois de tantas discussões, condições para que a mulher possa cuidar de seu filho com autonomia. Mesmo quando as profissionais encaminham o caso para a Vara da Infância e da Juventude, afirmam que procuram fornecer orientação de

qualidade para que a mãe tenha condições de lutar pelos seus direitos, fornecendo os contatos da defensoria e o endereço do abrigo para onde a criança será encaminhada.

Relatam ainda que procuram produzir um relatório no qual descrevem fatores positivos ligados à mulher, para que isso a favoreça de alguma forma. Ressaltam que buscam tratar a mulher sem “truculência”, informam-lhe o andamento de seu caso, sem deixar, para o último momento, a notícia de que não permanecerá com o seu filho. Tais ações mostram o impacto das normativas nas condutas dessas profissionais. As normativas podem, sim, ter tornado o atendimento e, principalmente, o encaminhamento mais cuidadoso, cauteloso, mas não asseguraram o melhor desfecho para os casos, os quais ultrapassam em muito as ações dessas profissionais, implicando toda a rede de assistência e cuidado que será tema do último tópico.

Uma entrevistada afirma que, depois de o caso ser encaminhado para a Vara da Infância e da Juventude, a possibilidade de ficar ou não com o filho depende da mulher, pois esse resultado está ligado ao esforço que ela fará para tal. Essa afirmativa se ancora em um paradigma no qual

a culpabilização dos sujeitos se pauta numa perspectiva positivista, ancorada na ideologia do capital, que transfere para os indivíduos a responsabilidade por suas condições objetivas de vida. Na sociedade neoliberal o individualismo, pautado em discursos meritocráticos de que todos têm condições de alcançar o que quiserem, traz concepções que reforçam a culpabilização dos sujeitos, identificando-os como responsáveis exclusivos por ‘tudo de bom’ e por ‘tudo de ruim’ nas suas vidas (Oliveira, 2018, p. 65).

Nesse sentido, é importante os processos de problematização para não se responsabilizar o usuário por supostas decisões. Em muitas situações, “estar-se-á defrontando as determinações da sociedade capitalista, de classes e desigual, materializadas na vida das mulheres/mães usuárias de psicoativos” (Oliveira, 2018, p. 75).

Por outro lado, outras profissionais pontuam que, quando o caso é encaminhado para a justiça, a mãe “perde suas forças” e desanima de batalhar para permanecer com o filho e pode, até mesmo, aumentar o consumo de drogas.

Essas mulheres, “devido à sua vulnerabilidade, desconhecem as engrenagens e lógica jurídica, têm dificuldades para acompanhar os trâmites

legais e – com justificada razão – desconfiam dos órgãos públicos e acabam não sabendo a quem pedir ajuda. E por não conseguirem cumprir o trâmite burocrático, ou não terem famílias presentes para reivindicar seu bebê, os mesmos são encaminhados para adoção” (Souza & Nogueira, 2018, p.125).

Portanto, as entrevistadas apontam que, muitas vezes, se “pisa em ovos” para tomar essa decisão. Inclusive, contam que ficam angustiadas quando o bebê é separado da mãe. Uma das psicólogas diz que “morre de chorar” quando vê a cena da separação.

Diante dessas declarações, é difícil aferir se essas profissionais são “sequestradoras de bebês ou que estão contribuindo para o abrigamento compulsório”, visto que se envolvem até mesmo de forma emocional com os casos. A mobilização que fazem para encontrar uma rede de apoio para a usuária de drogas permanecer com o filho aponta que não estão alinhadas com as normativas judiciais e da promotoria.

As entrevistadas compreendem que não se pode padronizar o encaminhamento dos casos, pois a decisão deve ser tomada de acordo com as singularidades de cada caso, avaliando a história da gestante, sua família e sua rede de apoio.

“Depois teve a portaria três, do Dr. [...], que ele, também, chamou todos os equipamentos para participar. Ele chamou as maternidades, ele chamou o Conselho Tutelar, ele chamou a Secretaria Municipal de Saúde, e aí, achei que ele teve a melhor fala. A melhor fala foi a dele, porque ele fala justamente isso. Ele vira pra a Dra. Matilde, que é quem tinha feito a recomendação e fala: ‘Eu não acredito que a gente tenha que mandar todos’. E vira para a Sônia Lanz, que na época era a representante da comissão Perinatal de Belo Horizonte, e fala: ‘Eu não acredito que a gente não tenha que encaminhar nenhum’. E ele fala: ‘Eu sei das dificuldades que as maternidades têm para definir em tão pouco tempo, porque é 24 ou 48 horas de internação, quem que vocês têm que encaminhar, mas a gente acredita que vocês vão ter que trabalhar para que isso aconteça de uma forma mais sistemática’.” (Assistente Social 2)

Consideram que o juizado, por receber os casos mais graves, compreendia que todos eles fossem semelhantes.

As profissionais percebem que, diante da norma imposta, a equipe perinatal saiu em defesa das gestantes e puérperas usuárias de drogas. Consideram que, em algumas maternidades, as usuárias estavam perdendo o direito de permanecerem com os filhos, pois, em algumas instituições, as

profissionais seguiram à risca o que foi sugerido nas normativas. Conseqüentemente, isso acabou fazendo com que algumas gestantes escondessem das profissionais das maternidades a informação sobre o uso de drogas e, até mesmo, evitassem realizar seus partos nos hospitais, a fim de permanecerem com os filhos.

Em alguns momentos ao longo das entrevistas, as profissionais abordam as recomendações do Ministério Público e da portaria do juizado como se tratasse de leis. Por exemplo, *“Igual, quando veio, por exemplo, essa norma que tinha que mandar todas as mães. Você via que não era todo mundo que concordava com isso, mas teve um momento em que a lei foi muito incisiva com a gente”* (Psicóloga 1).

“Quando surgiu a lei que foi uma situação assim de muito medo de como eu profissional iria me responsabilizar por determinada medida do ministério” (Psicóloga 2). As orientações e os documentos formalizados, ainda que sejam apenas recomendações do Ministério Público ou do Poder Judiciário, possuem autoria institucional (Rosato, 2018). Nesse sentido,

estamos nos referindo a instituições com a tradição do exercício do poder soberano. O Poder Judiciário que tem a atribuição de julgar e o Ministério Público que é autônomo em relação aos três poderes, não pode ser extinto e tem o papel de fiscalizar o cumprimento das leis. Significa dizer que as recomendações emitidas por essas instituições ganham uma força soberana, tornando-se difícil para aqueles que são responsáveis pelo seu cumprimento questionar o conteúdo do que lhes foi recomendado. (Rosato, 2018, p. 92)

Para as profissionais, os embates deveriam ter sido convertidos em diálogo, a fim de construir alternativas efetivas para essa população, o que avaliam que acabou não ocorrendo. *“Eu fiquei cansada desses embates que não estavam dando em nada, na verdade, sabe. Era só ofensas de um lado, pessoas xingando a outra, [...] E são pessoas que poderiam criar equipamentos pra ajudar essa família.”* (Assistente Social 2)

A respeito dos diferentes posicionamentos sobre a notificação ou não, consideram que *“Se eu for ouvir o Juizado eu mando tudo, se eu for ouvir os grupos sociais, a PBH, a Perinatal eu não mando nenhum”* (Assistente Social 1). Em relação ao posicionamento do hospital, relatam que foram instruídas a *“continuar trabalhando como a gente fazia antes da recomendação, que era*

tentar todos os equipamentos, a família extensa, todo mundo, antes de encaminhar a criança para Vara da Infância ou para Conselho Tutelar” (Assistente Social 1). Essas profissionais compreendem que se tenta proteger o bebê, mas, ao mesmo tempo, o separa de sua mãe, de seu pai e de sua família. O que se mostra contraditório.

Por fim, as entrevistadas consideram que as discussões sobre a separação ou não da criança estavam relacionadas a duas formas de entendimento dos direitos. A primeira delas seria o direito da mãe e a segunda o direito da criança. Elas discordam desse entendimento de direitos separados, como se eles fossem concorrentes e distintos. Para elas, não se trata de duas instâncias diferentes e antagônicas e apontam que, contrariamente, estão muito interligadas. Ressaltam que precisam ser vistas assim, para que se encontre uma alternativa que seja benéfica tanto para a mãe quanto para o bebê. Sintetiza uma das psicólogas:

“Uma coisa que me chama muita atenção é que isso deveria estar mais integrado, porque hora você vê os movimentos ligados por direito da mulher, né, essa mulher que tem o direito de estar com seu filho e aí parece que tem outro movimento que é o direito do bebê. E essas duas coisas não têm jeito de separar, tem que ser algo que seja conjunto, seja algo que seja benéfico para mulher” (Psicóloga 2).

Aqui, percebe-se que as profissionais dessa maternidade buscam, realmente, desenvolver um trabalho empático e acolhedor, já que tentam se colocar no lugar da mulher usuária de drogas e/ou em situação de rua e compreender como se sentem.

5.4 A rede: entre os nós dos problemas e a tessitura de possibilidades

As profissionais consideram que a “rede de apoio” das gestantes usuárias de drogas é constituída pelos pais da gestante e pelo pai do bebê, seus familiares e amigos dentro e fora do território onde residem.

“O que a gente considerava de rede de apoio: o companheiro, a família, quem é a família?! A família tanto do lado do companheiro quanto do lado da mulher, quem são essas pessoas que pudesse dar um suporte para ela para poder

ajudá-la tanto no cuidado com bebê. A gente chamava essa família até o hospital, conversava, a gente percebia qual dessas pessoas que poderiam estar ajudando” (Assistente Social 2).

Elas relatam já terem encontrado familiares da gestante até em outro estado para auxiliar essa mulher a cuidar de seu bebê. Afirmam, ainda, que sempre consideram essa rede familiar antes de encaminhar o caso para Conselho Tutelar ou para outras instâncias, buscando esgotar todas as possibilidades para que a mãe permaneça com seu filho, recebendo o apoio necessário.

“Primeiro a gente considera a mulher, considera a família, inclusive, a família paterna, também, porque o bebê não é só da mãe. E aí a gente esgota as possibilidades. Sempre chamava um amigo, um conhecido, a gente faz contato na rede, onde ela... no território onde ela reside” (Assistente Social 1).

Discorrem sobre as articulações de trabalho feitas dentro do próprio hospital para o atendimento a essas usuárias.

Descrevem a relação que estabelecem com a rede de atenção psicossocial, que é em alguns momentos elogiada e em outros criticada. Pontuam que nunca tiveram dificuldades para receber informações, quando buscavam as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e que sempre que acionavam o consultório de rua recebiam seu apoio. Porém, se contradisseram afirmando que, antes da polêmica gerada com a publicação das normativas, a rede era muito desarticulada e que elas acabavam trabalhando sozinhas na definição dos casos. Talvez estivessem apontando que acionavam alguns equipamentos da rede para receber informação, mas não trabalhavam com eles de forma articulada e compartilhando as responsabilidades pelos casos.

De acordo com Oliveira (2018), as necessidades que se encontram no contexto que envolve o uso de drogas e a maternidade são complexas e múltiplas, não sendo possível alcançar uma resolução adequada com apenas um serviço da rede de saúde ou uma política. Nesse sentido, é imprescindível compreender “a necessidade de transcender os limites de cada política setorial, observando a integralidade do sujeito e a intersetorialidade como maneiras de abordar as situações apresentadas sem reproduzir determinismos, discriminações e violar direitos” (Oliveira, 2018, p.25).

Durante as entrevistas, as profissionais contaram como era a atuação junto às gestantes usuárias de drogas. Nessa descrição, ressaltam o trabalho delas dentro da instituição, que é percebido, pelas assistentes sociais, como solitário, em um primeiro momento. As psicólogas confirmam essa percepção e relatam que, inicialmente, não existia uma equipe psicossocial constituída nessa maternidade. Pelo contrário, cada equipe atuava de forma desarticulada e mantinha um diálogo muito precário, havendo pouca ou quase nenhuma discussão de casos.

“De verdade a gente tinha pouco contato viu. Muito pouco, devolutiva do que estava acontecendo ou parar para a gente sentar e discutir quais as melhores ações que nós da psicologia podemos contribuir com o pessoal do serviço social, ou o quê que a gente pode pensar a respeito disso”. (Psicóloga 2)

As profissionais indicam que isso se intensificou com a publicação das normativas, pois a psicologia e o serviço social enfrentaram embates velados entre si dentro da própria instituição, quando discordavam de condutas a serem tomadas diante dos casos, o que gerou uma maior separação entre os serviços de psicologia e serviço social. Aqui se evidencia a presença de um forte corporativismo dentro dessa instituição, reforçando lugares e tipos de saberes compartimentados que, pelo contrário, deveriam ser compartilhados de forma transversal.

As assistentes sociais descrevem que suas atividades, dentro do hospital, acontecem com trabalho em equipe, pois essas profissionais entre si discutem casos, dividem responsabilidades nas trocas de plantões e no momento da construção de relatórios direcionados à Vara da Infância e da Juventude. De acordo com uma das entrevistadas, *“A gente atende a mulher, fica na referência, mas discute o caso com a equipe. E aí, quando faz o relatório, a equipe lê o relatório, a gente discute o quê que é determinante de colocar no relatório”* (Assistente Social 1) e outra profissional completa:

“Eu que vou conversar com a família, mas eu vou trazer para a equipe tudo aquilo que foi falado. E aí a gente tenta, num consenso, escutar o que cada uma, qual que é a opinião de cada uma... Até porque, às vezes, na hora que eu atendi, eu não lembro agora... Aí eu vou passar na equipe e aí a outra assistente social fala assim: ‘Não, mas por que você não tenta isso? Por que que você não liga para fulano?’ Entendeu? Então assim, em conjunto, a gente vai tentando um atendimento melhor pra aquela família” (Assistente Social 2)

Não fica evidente, a partir do relato das entrevistadas, se as assistentes sociais passaram a atuar de modo mais articulado entre si depois das normativas ou se mantiveram a forma de atuação que já estava institucionalizada. Mas percebe-se que as recomendações e a portaria impactaram diretamente a atuação delas e gerou muita “insegurança”. Por outro lado, “a medida introduziu um prejuízo no laço de tratamento, ao fazer das unidades de saúde deladoras de mulheres a quem as equipes têm a responsabilidade de proteger” (Souza & Nogueira, 2018, p.125).

Nesse sentido, questiona-se por que o Ministério Público e o Juizado da Infância e da Juventude escolheram logo as maternidades, lugar de tratamento e cuidados por assim dizer finais às parturientes, para que fosse definida a separação ou não dos bebês de suas mães usuárias de drogas. Seria mais interessante se o Conselho Tutelar, a equipe psicossocial do próprio MP ou mesmo um equipamento da alta complexidade da assistência social realizasse essa avaliação, já que, geralmente, nos casos mais complexos, as gestantes chegam às maternidades com vínculo fragilizado ou rompido e se pretende proteger o bebê de uma possível negligência ou maus-tratos.

Segundo uma das entrevistadas, *“a gente começou a ficar inseguro em relação ao que a gente fazia anteriormente”* (Psicóloga 2). Para lidar com as dúvidas geradas, a equipe se organizou e buscou orientação e apoio da diretoria da maternidade, solicitando um respaldo institucional naquele momento de mudanças.

A instituição, de acordo com as entrevistadas, apoiou essas profissionais, a fim de evitarem encaminhar os casos para a Vara da Infância e da Juventude, já que a instituição se posicionava contrária às normativas e portarias publicadas. Para uma das entrevistadas, *“A diretoria, ela, mantém, assim como nós do Serviço Social, uma postura de antes da normativa. Da escuta, do acolhimento e, sendo um caso mais complexo, que demanda uma decisão da diretoria, a gente sempre remete à diretoria”* (Assistente Social 2).

Independentemente de como a instituição percebe as questões relacionadas às gestantes usuárias de drogas, não se pode esquecer de que ela está subordinada a quem lhe fornece recurso para seu funcionamento. Por

essa razão, é necessário que ela mantenha certo alinhamento com os direcionamentos dados pela equipe da prefeitura.

Em um segundo momento, as assistentes sociais passaram a se articular com os diferentes profissionais do próprio hospital. As entrevistadas refletem que, apesar de as portarias e normativas trazerem grandes prejuízos, transtornos e inseguranças tanto para essas gestantes quanto para psicólogos e assistentes sociais, as discussões em torno delas, de certo modo, acabaram estimulando uma mudança de postura por parte dessas profissionais.

No caso da instituição estudada, as ações buscavam uma maior e melhor articulação entre os profissionais da psicologia e do serviço social e dentro de toda a equipe assistencial daquela maternidade. Assim uma entrevistada relata que após o “bum” das normativas e recomendações as equipes de enfermagem, de fonoaudiologia e de medicina passaram a ser chamadas a contribuir com seus diferentes olhares para a avaliação do vínculo mãe e bebê. E a psicologia avaliava se a gestante tinha o desejo de permanecer com seu filho, se desejava continuar nas ruas, ou se pensava em alternativas de moradia para si e seu bebê.

“Aí começou a trazer outros atores, a enfermagem começou a trazer a psicologia nesse cenário para poder validar” (Psicóloga 2). As profissionais passaram a realizar “atendimentos em conjunto” e a compartilhar seus atendimentos individuais com a equipe. Essas foram as estratégias encontradas para subsidiar a tomada de decisão das assistentes sociais no momento da alta hospitalar.

Foi relatada, ao longo das entrevistas, a maneira como as ações das profissionais dependem do contato com a rede de atenção psicossocial para se efetivar. Quando a gestante é identificada como usuária de drogas, as assistentes sociais fazem contato com a UBS. Isso para compreender como essa mulher transita no território, qual é seu perfil com relação ao uso de drogas, como é sua “rede de apoio” e qual é seu vínculo com a instituição de saúde.

Uma das psicólogas explica que: *“Você conversa com a família, você articula, você faz o contato na rede, lá no posto de saúde dela [...] A gente aciona consultório de rua, tenta vaga nesses abrigos, que receber mãe e filho”*

(Psicóloga 1). No momento de liberar a puérpera com seu filho para o território, comunicam-se com o centro de saúde novamente para que aquela equipe acompanhe mãe e bebê, o que se nomeia como alta responsável.

Quando é necessário, entram em contato com o Conselho Tutelar, CERSAM-AD e equipe de consultório de rua, por exemplo: *“Fez o contato com o CERSAM que acompanhava ela para poder trabalhar essa questão do uso de droga, fez o contato com o EMAP, a gente fazia atendimento junto com serviço social”* (Psicóloga 2) e a outra profissional completa dizendo que: *“Quando a mulher vai embora com a família, mesmo assim, a gente manda um e-mail para o Conselho Tutelar acompanhar. O CRAS, o serviço”* (Assistente Social 1).

Consideram que esse intercâmbio com a rede é delicado, por exemplo, por uma questão de sigilo. Acreditam ser necessário ponderar quais informações devem ser compartilhadas e com quais profissionais isso deve acontecer. Como ressalta a assistente social, *“a gente fazia contato com o Centro de Saúde, não falava com qualquer pessoa, quem atendesse o telefone. Tinha o cuidado de falar com a enfermeira ou alguém mais da gerência para não expor também a mulher”* (Assistente Social 1).

Além disso, também fica a questão de como retomar o diálogo com a gestante após ela receber determinadas informações. Há um receio por parte das entrevistadas de gerar insegurança para os profissionais do território (UBS) ou perda de confiança por parte da paciente em relação à profissional da UBS, por exemplo.

“Às vezes, a gente liga para fazer um contato num centro de saúde e vem de fora a informação que ela é usuária. Então nós temos que ter cuidado também, porque, também, tem a questão do sigilo. Como que a gente vai falar com a mulher que foi alguém de outro serviço que comunicou isso para nós?” (Assistente Social 1).

Outro ponto relatado sobre a dificuldade com a rede se refere a uma insegurança em relação aos encaminhamentos dados aos casos pelos diferentes pontos da rede. As profissionais percebem que há uma dificuldade de comunicação entre os diferentes dispositivos da rede assistencial. Por exemplo, algumas vezes, encaminharam um caso para o acompanhamento do Conselho Tutelar, mas o caso acabou sendo encaminhado para o Juizado,

desconstruindo todo um trabalho realizado anteriormente. Como fica claro nesta declaração:

“Muitas vezes, a gente pensa... Como que vai ser feito esse fluxo? A gente aciona o Conselho no sentido de apoiar a família, mas ele entende negligência e encaminha para o Juizado, entendeu? Então, às vezes, a gente até evita, em alguns casos” (Assistente Social 1).

Não é difícil compreender que esse trabalho das assistentes sociais e psicólogas dentro das maternidades só ocorre dessa maneira, porque a rede psicossocial não funcionou antes de essa gestante chegar à instituição. O que também é deslocado das discussões quando se volta o olhar para o trabalho no momento crucial, que é o nascimento do bebê, já que se teve de seis a nove meses para avaliar o vínculo da gestante com o bebê e o apoio que ela teria quando o filho nascesse. Infelizmente, quando a rede não funciona, a Justiça entra para definir ações e condutas.

Ainda que as entrevistadas interpretem a publicação das normativas como um evento negativo e apareçam em suas narrativas que não houve mudanças no que se refere às suas atuações e em relação à rede, contraditoriamente, as profissionais consideram que as polêmicas ligadas às normativas impulsionaram reflexões a respeito das próprias ações e do trabalho de toda a rede.

“Objetivamente falando, a normativa, ela trouxe uma inquietação, acho que em todos os serviços. Eu acho que o Conselho Tutelar ficou inquieto, Centro de Saúde ficou inquieto, as Maternidades ficaram inquietas, porque a gente parou e pensou: ‘Mas eu fazia isso! Que é que não deu certo?’” (Assistente Social 1).

“Eu vejo, assim, que a normativa, em alguns casos, ela dificultou algumas coisas pra essas mães” (Psicóloga 1) e outra entrevistada aponta: *“A portaria de uma certa maneira, ela trouxe, ela expandiu. O cuidado da rede começou. A rede precisou aparecer para ver o que fazer com essas mulheres, porque não dava mais para separar”* (Psicóloga 2). A assistente social considera que *“a gente tem uma leitura de que a normativa até meio que fez a gente parar e pensar o que a gente estava fazendo de errado, e se a gente estava fazendo alguma coisa errada”* (Assistente Social 1).

Em seus discursos, percebe-se que as profissionais começaram a atuar com mais cuidado, registrando melhor cada ação realizada na condução dos casos e passaram a ser mais criteriosas no que se refere à sua comunicação com a rede e intensificando seus contatos com ela. Inclusive declaram que, depois das normativas, toda a rede da prefeitura passou a se movimentar, buscando uma maior articulação entre os equipamentos envolvidos e uma forma mais efetiva e organizada de se trabalhar com esses casos.

“Eu falo que a doutora, que uma promotora que luta muito pelo direito da criança, o fazer valer o direito da criança, do bebê, colocou assim muita gente para movimentar. Mesmo em algum... muitas coisas, eu ser contra o que ela diz, assim, que tem que tirar toda mãe que demonstra não condição, tem que tirar o bebê dela, ela não tem condições de ter bebê, mas o discurso dela fez movimentar a rede” (Psicóloga 2).

Avaliaram, ainda, que o trabalho não chegou a um ponto satisfatório, mas percebem que, atualmente, os casos são realmente acompanhados por uma rede de serviços. *“Então, eu penso que a rede, hoje, ela está... Hoje, atualmente, 2019, é possível a gente discutir os casos quando a gente fica sabendo antes dela vir para maternidade. Então eu acho que essa comunicação melhorou”* (Assistente Social 1).

E uma psicóloga confirma:

“Eu acho que ela tá buscando uma organização, isso já é um passo bem grande, assim. Se ela tá mais organizada, eu já... assim... tenho minhas críticas, mas eu acho que ela tá buscando uma organização para oferecer uma melhor assistência para essa mulher e para o bebê” (Psicóloga 2).

As entrevistadas consideram que a realização de discussões dos casos antes que eles cheguem às maternidades vem impactando positivamente o trabalho de psicólogas e assistentes sociais dessa maternidade, pois possibilita a criação de um plano singular individual para a mulher usuária de drogas.

“Então, hoje a rede construiu algumas coisas, por exemplo, você tem o CERSAM, você tem o Centro de Saúde, você tem o NASF, você tem o CRAS, você tem o EMAP que atende, acompanha essa mulher no puerpério até 45 dias” (Psicóloga 2).

As profissionais relatam que existe, em Belo Horizonte, abrigos onde podem ficar famílias. Em um deles, as mães e bebês podem permanecer por até um ano, mas nele só é permitido que a mãe esteja com seu filho apenas durante o dia. As entrevistadas consideram que uma maneira de facilitar o contato da mãe com o filho seria a partir da criação de um abrigo onde fiquem mãe e bebê em período integral.

Consideram que nesse local projetado, deveria existir uma equipe multiprofissional para facilitar o vínculo entre a mãe e o bebê e realizar o tratamento direcionado ao uso de drogas. Sugerem ainda que proporcionar “capacitação” e “renda” para essas mães seria um trabalho fundamental para essa mulher poder cuidar de seu filho com autonomia. Como exemplifica a assistente social:

“Vamos dizer assim, a cereja do bolo, seria o que?! Fazer contato com outros serviços que pudessem inserir essa mulher no contexto social de trabalho. Então, era uma proposta para atender a saúde dela, a saúde com a questão da cronicidade da droga, a saúde do bebê, mas também dá a ela uma perspectiva para que ela voltasse ao meio social da melhor forma para ela, se assim fosse o desejo dela. Dá a possibilidade a ela que depois que ela tivesse fora disso, olha eu tenho outros mecanismos para poder tocar minha vida, para além só da droga” (Assistente Social 2).

Inclusive, essa proposta foi levada pela instituição estudada, com oferecimento de local e equipe para trabalhar nessa perspectiva, porém não foi aceita pela prefeitura, que teria de arcar financeiramente com a manutenção do espaço e pagamento dos profissionais.

“O hospital daqui até fez um projeto que foi oferecido lá na Promotoria da Infância, porque a gente tem um espaço (...) foi oferecido esse espaço, com profissionais do hospital daqui, só que teria que ter verba pra atender essas mulheres, mesmo. Aí elas teriam que ter tratamento com psiquiatra, a gente conseguir cursos pra elas, se ela tivesse outros filhos, abrir pra esses filhos pra ficarem ou visitarem de uma forma mais ampla, uma visita mais ampliada” (Assistente Social 1)

Todas as profissionais trazem a mesma proposta como alternativa para resolver a questão. O que instiga uma inferência de que essa alternativa é institucional, até porque a própria maternidade fez essa proposta para a prefeitura que entraria como parceira do projeto. Contudo, o abrigo com permanência de mãe e bebê poderia ser uma residência provisória e aberta,

mas, de todo modo, apresentaria o risco de se tornar um modelo de instituição total, o que talvez dificultasse a adesão das usuárias em situação de rua, por exemplo.

Além do mais, é importante ressaltar que o modelo de atenção psicossocial busca ofertar o cuidado no território, respeitando as diferenças, defendendo a vida, a liberdade e a dignidade. Nesse sentido, seu objetivo é a inclusão social, o que se opõe à institucionalização do usuário de drogas em abrigos (Teixeira, Engstrom & Ribeiro, 2017). Considera-se ainda que a rede de saúde mental analisa o sofrimento em que o usuário de drogas pode estar imerso e, nesse sentido, resguarda a cidadania das mulheres em situação de vulnerabilidade (Souza & Nogueira, 2018).

Portanto, o que fica mais evidente é a necessidade de investimento de infraestrutura e financeiro para que a rede psicossocial funcione de forma mais articulada. Além disso, é importante que existam iniciativas que facilitem aos usuários de drogas o acesso ao SUS. Há uma dificuldade dessas pessoas chegarem aos serviços de saúde, demandando a implementação de estratégias que possam facilitar o acesso. Iniciativas como os programas de redução de danos e consultório de rua podem aproximar os usuários dos profissionais de saúde, assim como desenvolver ações educativas (Teixeira, Engstrom & Ribeiro, 2017)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se, neste estudo, compreender como as diferentes normativas da justiça e das instâncias reguladoras das políticas sociais públicas vêm impactando o atendimento às gestantes e o trabalho realizado por psicólogos e assistentes sociais em uma maternidade pública de Belo Horizonte. Para isso foram realizadas entrevistas com roteiro semiestruturado com essas profissionais e os resultados indicam que as profissionais, inicialmente, não identificaram mudanças no processo de trabalho após as normativas, mas, no decorrer das entrevistas, algumas alterações são mencionadas como uma maior articulação com a rede assistencial e o trabalho em equipe na maternidade.

Nota-se que as profissionais se sentem responsáveis pelo desfecho dos casos, colocando o peso da decisão apenas na própria conduta, sem considerar os demais envolvidos no processo: a maternidade como instituição, os outros pontos da rede, o Conselho Tutelar e o Juizado. Acredita-se que este estudo possibilitou a reflexão sobre o trabalho dessas profissionais e sobre os dilemas que o atravessam.

Pode-se verificar que psicólogas traziam concepções mais conservadoras acerca da gestação e que as assistentes sociais, pelo contrário, tinham concepções mais ancoradas com a realidade e com as discussões da atualidade. Além disso, o trabalho delas estava ligado diretamente com a polêmica instaurada em BH, acabando por ficarem mais susceptíveis a cobranças e críticas; enquanto as psicólogas se protegiam e se apoiavam no trabalho pautado pelo viés clínico.

Ressalta-se ainda que as recomendações da promotoria e a portaria da justiça foram recebidas com *status* de lei, causaram confusão e transtornos para os profissionais das maternidades e prejudicaram diretamente mães e crianças. Concorde-se com Rosato (2018) quando argumenta que, após as normativas da justiça e promotoria, mãe e bebê deixaram de ser problematizados conjuntamente, sendo tratados de forma separada, inclusive em relação aos seus direitos como se o direito do feto fosse opositor ao de sua

mãe, o que dificultou práticas que resguardassem os direitos de ambos os envolvidos, de forma conjunta.

Por outro lado, essas normativas escancararam uma realidade que já existia em menor proporção nas maternidades, como afirma Rosato (2018), provocando a atuação de órgãos de classes e movimentos de defesa de direitos. Elas instauraram, assim, um jogo político que acabou por “derrubar” as normativas judiciais, mas também por retirar de alguns cargos de gestão atores importantes da área da saúde e da justiça que atuavam ativamente nesse cenário. Apesar de Belo Horizonte buscar, até o atual momento, alternativas que evitem abrigamentos de bebês e a separação dessas crianças de suas mães, o que tem sido construído ainda não consegue suprir as vulnerabilidades encontradas.

Considera-se uma possível limitação deste trabalho a participação de apenas uma maternidade, pois um número maior de instituições poderia possibilitar olhares mais diversificados sobre a questão e o acréscimo de realidades variadas no âmbito das maternidades de Belo Horizonte. Acredita-se que, por outro lado, a escolha de apenas uma maternidade possibilitou aprofundar nosso conhecimento sobre o trabalho realizado pelas profissionais participantes.

Essa é uma discussão que ainda pode ser aprofundada em outros estudos, inclusive com a inclusão de outros profissionais, como do CERSAM, do EMAP, do consultório de rua entre outros. Isso poderia possibilitar novos conhecimentos sobre essa discussão a partir de diversos pontos de vista e diferentes desafios encontrados na realidade de trabalho de cada profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, C. M. D. D. (2014). Vivências sexuais de mulheres jovens usuárias de crack Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco.
- Badinter, E. (1985). Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Editora nova fronteira.
- Belo Horizonte (2019). Secretária Municipal de Saúde. Saúde Mental. Recuperado em 05 de março de 2019, de <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/saude-mental>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77-101. Recuperado de <http://eprints.uwe.ac.uk/11735>
- Bucher, R. (1989) Visão histórica e antropológica das drogas. In: R. Bucher (Org.) Prevenção ao uso indevido de drogas. Brasília: Editora UNB.
- Carvalho, L. F., & Dimenstein, M. (2004). O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 121-129. Recuperado em 16 de agosto de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22388.pdf>
- DECRETO Nº 9.761, DE 11 DE ABRIL DE 2019. (2019). Secretaria-Geral Subchefia para Assuntos Jurídicos. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Recuperado em 27 de outubro de 2019. Em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm
- Duarte, R. (2004). Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar em Revista*, (24), 213-225. Recuperado a partir de <http://www.scielo.br/pdf/er/n24/n24a11.pdf>
- Duarte, S. J. H., & de Andrade, S. M. O. (2006). Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 10(1), 121-125.

Fiore, M. (2012). O lugar do estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos Estudos CEBRAP*, 92, 9-21.

Fluxograma de atendimento às gestantes com uso prejudicial de álcool e outras drogas em Belo Horizonte. (02, setembro, 2016). Belo Horizonte-MG, 02 de set, p. 01, 2016.

Fraser, M. T. D., & Gondim, S. M. G. (2004). Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia* (Ribeirão Preto), 14(28), 139-152.

Fraser, N. (2009). Women, welfare and the politics of need interpretation. *Hypatia*, 2(1), 103-121.

Freitas, S. M. C. (2015) *Nas mãos: A criança e o cachimbo. As experiências de maternidade das mulheres usuárias de crack*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Freitas, W. R., & Jabbour, C. J. (2011). Utilizando estudo de caso (s) como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. *Revista Estudo & Debate*, 18(2).

Guimarães, T. A., & Rosa, L. C. S. (2019). A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão*, 22(44), 111-138.

Lei Federal nº 8.069 (1990). *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Recuperado em 10 de abril de 2019, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm

Lima, I. C. B. F, Barros, C.R., Melo, G. F. de & Passos, I. C. F. (2017) Impactos da política de drogas para crianças, adolescentes e jovens: a redução de danos como possibilidade de intervenção psicossocial. In I. C. F. Passos & C. M. F. Penido (Orgs.), P. Amarante (Coord.), *Atenção psicossocial para crianças e adolescentes: Pesquisa-intervenção nas redes*. (pp. 80-106). São Paulo: Zagodoni.

Lopes, H. P., & Gonçalves, A. M. (2018). A política nacional de redução de danos: do paradigma da abstinência às ações de liberdade. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 13(1), 1-15.

- Machado, A. R., & Miranda, P. S. C. (2007). Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 14(3), 801-821. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702007000300007>
- Mance, E. A. (1998). O capitalismo atual e a produção da subjetividade. In: SEMANA DE FILOSOFIA DA UFES, 5., 1998, São Mateus. São Mateus: UFES. Conferência de abertura. Recuperado de: <http://www.solidarius.com.br/mance/biblioteca/subjetividade.htm>.
- Marangoni, S. R., & Oliveira, M. L. F. (2012). Uso de crack por multipara em vulnerabilidade social: história de vida. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11(1), 166-172. Recuperado de <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18874/pdf>
- MATTAR, L. & DINIZ, C.S.G. (2012). Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 16, n. 40, p. 107-19, jan./mar.
- Minayo, M. C. S. (2014) *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (14a ed) São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde (2005). PORTARIA Nº 1.028, DE 1º DE JULHO DE 2005 que Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.htm
- Ministério da Saúde (2014). *Cadernos humanizaSUS: Vol. 4. Humanização do parto e do nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 8 de março de 2019, de http://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf
- Ministério da Saúde (2017). Resolução nº32, de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Recuperado em 17 de outubro de 2019. Em: http://www.lex.com.br/legis_27593248_resolucao_n_32_de_14_de_dezembro_de_2017.aspx

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. (2011). *Cadernos humanizaSUS: Série B. Textos básicos de saúde; Vol. 3. Atenção hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 2 de abril de 2018, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. (2003). *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas: Série B. Textos básicos de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf

Miranda, T. B., Vasconcelos, M. R., Araújo, T. S., da Costa Carvalho, N. C., de Aquino Costa, H., do Espírito Santo, S. G., & de Paula, P. P. (2018). *ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA PERSPECTIVA DA POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS*. *Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, 3(5), 35-50.

Moraes, M. (2008). O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1), 121-133.

Moraes, M. E. F., Roso, A., & Lara, M. P. D. (2018). Gênero como uma categoria de análise nos estudos brasileiros sobre mulheres e consumo de crack. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 11(1), 11-25.

NEVES, M.C.C. (2007). *Estudantes de graduação da UNICAMP: saúde mental auto-avaliada e uso de risco de álcool e de outras substâncias psicoativas*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP.

Nota técnica conjunta nº 001. (16, setembro, 2015). Diretrizes e fluxograma para atenção integral à saúde das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos. Brasília - DF, 16 de set, pp. 1-12, 2015. Recuperado em 9 de maio de 2018, de <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/08/Nota-tcnica--diretrizes-e-fluxograma-mulher-sit-rua.pdf>

Oliveira, J. F. de. (2008). (In)visibilidade do consumo de drogas como problema de saúde pública num contexto assistencial: uma abordagem de gênero.

Tese de Doutorado, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

Oliveira, J. M. D. (2018). O trabalho do (a) assistente social com a maternidade e uso de psicoativos na alta complexidade. Dissertação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Oliveira, J.F., Paiva, M.S., & Valente, C.L.M. (2006). Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(2), 473-481.

Petuco, D. R. S. (2012) A produção social do usuário de crack: desconstruindo o monstro. In Grupo de Trabalho de Álcool e outras drogas (Org.) *Drogas e Cidadania: em debate*. (pp.19-28). Brasília: Conselho Federal de Psicologia. Recuperado em 06 10 outubro, 2017, de <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Drogas-e-cidadania.pdf>

Pinto-Coelho, Z. (2004). Gênero no discurso das campanhas anti-droga. *Cadernos do Noroeste*, 20 (1-2), pp. 433-466.

Portaria nº 03 de 25 julho. (2016, 22, julho) Dispõe sobre o procedimento para encaminhamento de crianças recém-nascidas e dos genitores ao Juizado da Infância e da Juventude, assim como a oitiva destes, nos casos de grave suspeita de situação de risco, e sobre o procedimento para aplicação de medidas de proteção. *Diário Eletrônico Judiciário/TJMG*, nº 132 de 2016. Belo Horizonte - MG, 22 de jul. pp. 29-33, 2016.

Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Secretária Municipal de Saúde. (2018). Boletim Perinatal. Recuperado em 1 de novembro de 2018, de https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/ACONTECE%20SAUDE/acontece_saude_21_anexo_1_boletim_perinatal-outubro-2018.pdf

Queiroz, I. S. (2015). Norma de gênero e uso de drogas: normalização e diferença na experiência de mulheres. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Recomendação nº 05/2014. (16, junho, 2014). Ministério Público de Minas Gerais por intermédio Promotores da Justiça da Infância e Juventude Cível da Comarca de Belo Horizonte. Belo Horizonte - MG, 16 de jun. p.01-03, 2014.

Recomendação nº 06/2014. (06, agosto, 2014). Ministério Público de Minas Gerais por intermédio Promotores da Justiça da Infância e Juventude Cível da Comarca de Belo Horizonte. Belo Horizonte - MG, 06 de ago. pp.01-05, 2014.

Recomendação nº 11. (07, outubro, 2016). Brasília - DF, 07 de out. pp.01-02, 2016. Recuperado a partir de <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2016/Reco011.pdf>

Recomendação para abordagem de mães usuárias de álcool e outras drogas. (29, agosto, 2014). Comissão Perinatal – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte para as Maternidades do SUS-BH. Belo Horizonte - MG, 29 de ago. pp. 01-02, 2014.

Resolução 419/16. (15, dezembro, 2016). Conselho Municipal de Saúde. Belo Horizonte - MG, 15 de dez. p. 01, 2016. Recuperado a partir de http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=res-419-16-reforma_psiquiatrica_portaria_3.pdf

Resolução Conjunta SES-MG/SEDPAC-MG/SEDESE-MG nº 206, (18, novembro, 2016) Autoriza a divulgação de orientações para os serviços públicos de atendimento às mulheres e adolescentes usuárias de crack e outras drogas e seus filhos recém-nascidos. Belo Horizonte - MG, 18 de nov. pp.01-10, 2016.

Rosato, C. M. (2018). A vida das mulheres infames: genealogia da moral de mulheres usuárias de drogas e/ou em situação de rua. Tese de doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

Silva, S. A., Pires, A. P., & Gouveia, M. J. (2015). Toxicodependência e maternidade: uma revisão de literatura. *Psicologia Clínica*, 27(1), 83-100.

Souza, M. B., & Nogueira, M. T. G. (2018). A Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte e o cuidado em Liberdade: do Direito à cidadania ao direito à maternidade. *Saúde em Redes*, 4(1suplem), 115-128.

Teixeira, M. B., Engstrom, E. M., & Ribeiro, J. M. (2017). Revisão sistemática da literatura sobre crack: análise do seu uso prejudicial nas dimensões individual e contextual. *Saúde em Debate*, 41, 311-330.

Vargas, B. (2012). Eliminação versus redução. In Grupo de Trabalho de Alcool e outras drogas (Org.) *Drogas e Cidadania: em debate*. (pp.39-42). Brasília: Conselho Federal de Psicologia. Recuperado em 06 outubro, 2017, de <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Drogas-e-cidadania.pdf>

Vázquez, G. (2014). Maternidade e Feminismo: notas sobre uma relação plural. *Revista Trilhas da História*, 3(6), 167-181.

Xavier, A. K. & Rosato, C. M. (2016) Mulheres Direitos: saúde sexual e reprodutiva a partir das Conferências da ONU. *Artemis*. 21 (1): p. 116-130. Recuperado em 06 outubro, 2017, de <http://periodicos.ufpb.br/index.php/artemis/article/view/27799/0>

APÊNDICE 1

Nome completo (iniciais)	
Idade:	
Escolaridade:	
Tempo de trabalho na maternidade:	

Questões:

1. Como você percebe as publicações das portarias do Ministério Público em 2014 e do juizado em 2016?
2. As normativas do poder judiciário interferiram em seu trabalho, aqui, na maternidade? Se sim, de que modo?
3. Você participou dos movimentos sociais de defesa aos direitos das mães usuárias de drogas que surgiram após o lançamento das portarias? O que você sabe sobre estes movimentos? O que você pensa sobre estes movimentos sociais?
4. Você participou de alguma reunião com a equipe da secretaria de saúde e ou da construção de fluxograma para o atendimento a estas mães?
5. Como a maternidade, na qual você trabalha, se posicionou enquanto instituição, em relação às normativas da justiça? Este posicionamento interferiu em seu trabalho? Como?
6. Qual foi o posicionamento com relação aos encaminhamentos dos casos, da psicologia e do serviço social, como categorias, antes e depois de 2014?
7. Você percebe diferenças entre o atendimento às gestantes usuárias de substâncias psicoativas e às demais gestantes?
8. Você teria sugestões a fazer para mediar essa situação de conflito entre a justiça e o movimento de defesa dos direitos dessas mulheres? E para facilitar o seu trabalho?