

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**

**ISABELA SARAIVA DE QUEIROZ**

**Norma de gênero e uso de drogas: normalização e diferença na experiência de mulheres**

**Belo Horizonte**

**2015**

**ISABELA SARAIVA DE QUEIROZ**

**Norma de gênero e uso de drogas: normalização e diferença na experiência de mulheres**

**Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de Doutora em Psicologia.**

**Área de concentração: Psicologia Social**

**Orientador: Prof. Dr. Marco Aurélio Máximo Prado**

**Belo Horizonte**

**2015**

150 Queiroz, Isabela Saraiva de  
Q3n Norma de gênero e uso de drogas: [manuscrito] :  
2015 normalização e diferença na experiência de mulheres / Isabela  
Saraiva de Queiroz. - 2015.  
249 f. : il.  
Orientador: Marco Aurélio Máximo Prado.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais,  
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas.  
Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Drogas - Teses. 3. Etnografia -  
Teses. I. Prado, Marco Aurélio Máximo. 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



## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Norma de gênero e uso de drogas: normalização e diferença na experiência de mulheres**

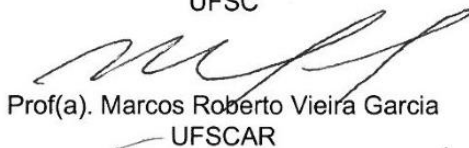
### ISABELA SARAIVA DE QUEIROZ

Tese submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PSICOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Doutor em PSICOLOGIA, área de concentração PSICOLOGIA SOCIAL, linha de pesquisa Política, Participação Social e Processos de Identificação.

Aprovada em 20 de fevereiro de 2015, pela banca constituída pelos membros:

  
Prof(a). Marco Aurelio Maximo Prado - Orientador  
UFMG

  
Prof(a). Maria Juracy Figueiras Toneli  
UFSC

  
Prof(a). Marcos Roberto Vieira Garcia  
UFSCAR

  
Prof(a). Eduardo Viana Vargas  
UFMG

  
Prof(a). Regina de Paula Medeiros  
PUCMINAS

Belo Horizonte, 20 de fevereiro de 2015.

*Para Zélia*

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, agradeço ao meu orientador, Marco Aurélio Máximo Prado, por ter aceitado seguir comigo neste trabalho, pelo respeito e afeto, e pelas excelentes orientações ao longo dos quatro anos do doutorado.

Agradeço aos vários profissionais da rede de saúde mental de Belo Horizonte que, de maneiras diversas, possibilitaram a realização desta pesquisa, em especial: Luciene Bessa, Rosimeire Silva, Míriam Pacheco, Arnor Trindade e Renata Cordeiro.

Agradeço aos meus colegas e bolsistas do PET Saúde Mental, em especial, Arthur Parreiras, Danielle Fanni, Alexandre Lana e Carina Ribeiro, pela parceria no ano de 2011, quando teve início o trabalho de campo realizado nesta tese.

Agradeço a todas as mulheres que participaram do grupo de mulheres no CAPS-ad, especialmente, àquelas que me receberam fora de lá, por me aceitarem e me concederem a honra de participar de um pouco de suas vidas.

Agradeço às minhas colegas da PUC São Gabriel, que não só torceram por mim, mas me deram o suporte institucional necessário para que eu pudesse conciliar o trabalho como docente e as atividades da pesquisa: Betânia, Márcia Mansur, Tininha, Ana Valladão, Liza, Zanô, Madalena e Mara.

Aos colegas do Laboratório de Saúde Coletiva (PUC São Gabriel), Cássia Batista, Luciana Kind, Patrícia Pinto, Aline Mendes, Jardel Silva e Flávio Durães, por compartilharem os desafios do trabalho no campo da saúde.

Aos colegas do Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT (NUH-UFMG), Igor, Rafaela, Lili, Anne e Nicole, com os quais muito aprendi sobre democracia, gênero e direitos humanos.

Aos colegas do PPG/PSI-UFMG, Robinho, Fredinho, Ernesto, Roberta, Otacílio, Leonel, André, Luana, Luciana, Geíse e Paulo, com os quais compartilhei as dores e delícias do doutorado.

Aos colaboradores desta tese, sem os quais o trabalho teria sido muito mais árduo: Adaimara Soares, pelo trabalho de transcrição das entrevistas; Luiza Moraes, minha bolsista de iniciação científica, que atuou de forma primorosa no trabalho de revisão bibliográfica; e Júlio Magalhães, pelo cuidadoso trabalho de normalização.

Às minhas queridas amigas, Fabiana, Valéria, Juliana, Ramonne e Gisele, por estarem sempre presentes, por me conhecerem tão bem, por me fazerem rir e por me acolherem em qualquer momento.

Ao Cadu, por ter caminhado comigo durante o período do doutorado, por sua presença serena e por colaborar para que eu pudesse ter o espaço e tempo necessários à elaboração deste trabalho.

Por fim, agradeço à minha família, sem eles, certamente não teria chegado até aqui. Por terem sempre acreditado e investido em mim, por me acolherem e me aceitarem de forma incondicional, pelo imenso afeto que me dedicam: meu pai e minha mãe, Altamiro e Lucila; minhas outras mães, Bel, Fauí e D. Tê; meus irmãos, André, Murilo e Diogo; amo vocês. E Miguel, razão do meu viver, fruto do meu desejo... tudo isso, meu filho, só faz sentido com você!

*A busca de liberdade que caracteriza a filosofia de Foucault tornou-se, em seu pensamento tardio, uma tentativa de desenvolver e encorajar modos de vida que fossem capazes de funcionar como resistência ao poder normalizador. O objetivo não é a autoestilização que conduz ao narcisismo, mas a proliferação da diversidade e da singularidade. O importante legado do pensamento de Foucault reside não em nos dizer quem ou o que deveríamos ser – cidadãos honrados, belos e virtuosos, sexualmente saudáveis e liberados –, mas em abrir espaços de liberdade que tornem possível um modo de viver singular. Lendo-o, somos capazes de experimentar o mundo à nossa volta de maneiras radicalmente novas, e nesse processo tornamo-nos nós mesmos algo diferente: sujeitos à procura de modos de pensar, viver e se relacionar com outras pessoas que são, talvez, inimagináveis ainda hoje.*

Johanna Oksala



## RESUMO

Esta tese objetivou investigar o uso de drogas por mulheres no interior da norma de gênero heterossexual e seus efeitos no modo como se organiza a atenção à saúde neste campo. Para alcançar o objetivo proposto, realizou-se, inicialmente, uma revisão bibliográfica sistemática dos estudos sobre mulheres que usam drogas, produzidos no Brasil nos últimos 30 anos (1984 a 2013), com o intuito de identificar o modo como são elaborados os discursos científicos sobre esta experiência. Compuseram a amostra estudos indexados nas seguintes bases de dados: SciELO, BDTD, LILACS, Portal Domínio Público e Portal de Periódicos da CAPES. Ao todo, foram catalogados 142 trabalhos – 93 artigos, 38 dissertações e 11 teses –, sendo 81% deles pertencentes à área da saúde. A revisão bibliográfica indicou que houve um aumento progressivo da utilização da categoria “gênero” nas produções sobre o tema. No entanto, nos trabalhos analisados, “gênero” não foi tomado como articulador teórico, restringindo-se à análise dos aspectos diferenciais do sexo biológico. Foram identificados poucos estudos qualitativos, com vistas à análise das narrativas das mulheres sobre si mesmas e sua experiência com drogas, em contraposição à marcante presença de estudos quantitativos, focados na identificação do seu perfil e padrões de uso, e na estimativa dos danos. Concluiu-se que os estudos científicos sobre o tema posicionam as mulheres prioritariamente no campo do privado e dos fenômenos subjetivos, o que contribui para a produção e manutenção de desigualdades de gênero. Em um segundo momento da tese, buscou-se analisar teoricamente a constituição da própria norma de gênero heterossexual, bem como dos dispositivos de normalização, a partir das contribuições teóricas de Judith Butler e Michel Foucault. A partir daí, numa tentativa de avançar para além dos limites da produção de discursos sobre drogas feitos pelos especialistas, buscou-se, em um terceiro momento da tese, escutar as próprias mulheres, como enunciadoras legítimas da sua experiência. Para tanto, realizou-se uma etnografia multissituada ou multilocal, na qual partimos da escuta de um grupo de mulheres inseridas em um serviço público de saúde mental para, na sequência, imergirmos no cotidiano de três delas, “seguindo-as” pelos espaços por onde circulavam: abrigo, escola, unidade de saúde, além de suas próprias casas e ruas circunvizinhas. A escuta das mulheres representou o encontro com a produção de *diferenças*, que desarticularam sentidos fixos e desafiaram inteligibilidades orientadoras das práticas profissionais a elas direcionadas. A interpelação resultante deste encontro indicou possibilidades de experiências com drogas até então desconhecidas e somente compreendidas de maneira parcial e incipiente, por, entre outras coisas, desestabilizarem os ideais de normalização hegemônicos. Ao final, foram apontados alguns direcionamentos para o campo da atenção às mulheres que usam drogas, especialmente no tocante à importância do vínculo e da relação de intimidade para uma atuação profissional cuja oferta de cuidados possa ser capaz de sustentar o acompanhamento de modos singulares de engajamento com o mundo, bem como de colaborar no aprimoramento de estratégias de preservação no uso de drogas.

**Palavras-chave:** Norma de gênero. Uso de drogas. Mulheres. Normalização. Diferença.

## ABSTRACT

In this thesis we investigate the drug use by women under the heterosexual gender norm and its effects in the way how health care is organized in this field. In order to attain the proposed objective, initially we performed a systematic bibliography review of studies about female drug users, produced in Brazil in the last 30 years (from 1984 to 2013), trying to identify the way scientific discourses elaborated this experience. The sample is composed by studies indexed in the following databases: SciELO, BDTD, LILACS, Portal Domínio Público and Portal de Periódicos da CAPES. Overall, we catalogued 142 works - 93 papers, 38 Masters dissertations and 11 Doctoral thesis -, 81% of them from the Health area. The bibliographical review indicated a progressive increase in the usage of the category “gender” in the writings about the theme. However, the analyzed works do not use “gender” as a theoretical organizer and restrict themselves to the analysis of biological sex differentiation aspects. We identified few qualitative studies, with relation to the analysis of the narratives of women about themselves and their experiences with drugs, as opposed to the notable presence of quantitative studies, focused on the identification of the women profiles, usage patterns and damage estimation. We concluded that scientific studies about the theme place women primarily in the private and subjective phenomena fields, contributing to the production and maintenance of gender inequalities. In the second stage of the thesis we tried to analyze theoretically the constitution of the heterosexual gender norm itself, as well its normalization devices, based on the theoretical contributions from Judith Butler and Michel Foucault. Thereafter, in an attempt of going forward beyond the limits of production of discourses about drugs made by experts, we tried, in a third stage of the thesis, to listen to the women themselves, as legitimate enunciators of their experiences. For this purpose, we realized a multi-sited ethnography, starting from the hearing of a group of women inserted in a public mental health care system and then immersing ourselves in the daily lives of three of them, “following” the women through the spaces where they circulated: shelter, school, health care facility, and also their own homes and neighborhoods. Hearing the women represented the meeting with the production of differences, disarticulating fixed meanings and challenging the orientational matrix of intelligibility of the professional practices directed to them. The interpellation resulting from this meeting indicated possibilities of drug experiences unknown until then, and only understood in a partial and incipient manner, because they, among other things, undermine the ideals of hegemonic normalization. Finally, we suggested a few guidelines to women drug users health care, specially related to the importance of bonding and intimate relationship for a professional performance offering services capable of sustaining the monitoring of singular ways of engaging the world, as well as collaborating in the enhancement of preservation strategies in the drug usage.

**Keywords:** Gender norm. Drug use. Women. Normalization. Difference.

## RESUMEN

Esta tesis tuvo como objetivo investigar el uso de drogas por parte de mujeres, en el interior de la norma de género heterosexual y sus efectos en el modo como se organiza la atención a la salud en este campo. Para alcanzar el objetivo propuesto, se realizó inicialmente una revisión bibliográfica sistemática de los estudios sobre mujeres que usan drogas, producidos en Brasil en los últimos 30 años (de 1984 a 2013), con el objetivo de identificar el modo como son elaborados los discursos científicos sobre esta experiencia. Compusieron la muestra estudios indexados en las siguientes bases de datos: SciELO, BDTD, LILACS, Portal Dominio Público y Portal de Periódicos de CAPES. En total, fueron catalogados 142 trabajos – 93 artículos, 38 disertaciones de maestría y 11 tesis de doctorado –, siendo 81% de ellos pertenecientes al área de la salud. La revisión bibliográfica mostró que hubo un aumento progresivo de la utilización de la categoría “género” en las producciones sobre el tema. Sin embargo, en los trabajos analizados, el “género” no fue considerado como articulador teórico, restringiéndose al análisis de los aspectos diferenciales del sexo biológico. Fueron identificados pocos estudios cualitativos, que tomen en cuenta el análisis de las narrativas de las mujeres sobre sí mismas y su experiencia con drogas, en contraposición a la marcada presencia de estudios cuantitativos, enfocados en la identificación de su perfil y patrones de uso, y en la estimativa de los daños. Concluimos que los estudios científicos sobre el tema posicionaron a las mujeres prioritariamente en el campo de lo privado y de los fenómenos subjetivos, lo que contribuye para la producción y mantenimiento de las desigualdades de género. En un segundo momento de la tesis, se buscó analizar teóricamente la constitución de la propia norma de género heterosexual, así como de los dispositivos de normalización, a partir de las contribuciones teóricas de Judith Butler y Michel Foucault. A partir de allí, en una tentativa de avanzar más allá de los límites de la producción de discursos sobre drogas realizados por especialistas, se buscó en un tercer momento de la tesis, escuchar a las propias mujeres, como enunciadoras legítimas de su experiencia. Para ese fin, se realizó una etnografía multi-situada o multi-local, en la cual partimos de la escucha de un grupo de mujeres insertas en un servicio público de salud mental para, a continuación sumergirnos en el cotidiano de tres de ellas, “siguiéndolas” por los espacios por donde circulaban: abrigo, escuela, unidad de salud, además de sus propias casas y calles cercanas. La escucha de estas mujeres representó el encuentro con la producción de *diferencias*, que desarticulaban sentidos fijos y desafiaron inteligibilidades orientadoras de las prácticas profesionales hacia ellas direccionadas. La interpelación resultante de este encuentro mostró posibilidades de experiencias con drogas hasta entonces desconocidas y solamente comprendidas de manera parcial e incipiente, por entre otras cosas, desestabilizar los ideales de normalización hegemónicos. Finalmente, fueron señalados algunos direccionamientos para el campo de la atención a las mujeres que usan drogas, especialmente en lo tocante a la importancia del vínculo y de la relación de la intimidad, respecto de una actuación profesional cuya oferta de cuidados pueda ser capaz de sostener el acompañamiento de modos singulares de vínculo con el mundo, así como de colaborar en el perfeccionamiento de estrategias de preservación en el uso de drogas.

**Palabras clave:** Norma de género. Uso de drogas. Mujeres. Normalización. Diferencia.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1: Trabalhos catalogados .....</b>	<b>27</b>
<b>Gráfico 2: Trabalhos catalogados por década .....</b>	<b>29</b>
<b>Gráfico 3: Trabalhos catalogados por década, por tipo de publicação .....</b>	<b>30</b>
<b>Gráfico 4: Trabalhos catalogados – 3ª década e últimos 5 anos.....</b>	<b>31</b>
<b>Gráfico 5: Trabalhos catalogados – Geral, Artigos, Teses e Dissertações – Por base de dados .....</b>	<b>32</b>
<b>Gráfico 6: Trabalhos catalogados por descritor .....</b>	<b>33</b>
<b>Gráfico 7: Trabalhos catalogados pelo descritor “gênero”, por década .....</b>	<b>34</b>
<b>Gráfico 8: Trabalhos catalogados na 3ª década, pelo descritor “gênero” .....</b>	<b>34</b>
<b>Gráfico 9: Trabalhos catalogados por área de conhecimento .....</b>	<b>35</b>
<b>Gráfico 10: Trabalhos catalogados por caracterização do estudo .....</b>	<b>36</b>
<b>Gráfico 11: Categorias de análise .....</b>	<b>37</b>

## LISTA DE SIGLAS

- ABESUP – Associação Brasileira de Estudos Sociais do Uso de Psicoativos
- ABORDA – Associação Brasileira de Redutores de Danos
- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- ASUSSAM – Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais
- AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test
- BDTD – Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
- CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CAPS-ad – Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
- CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
- CETAD – Centro de Estudos e Terapias do Abuso de Drogas
- CMT – Centro Mineiro de Toxicomanias
- CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
- CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
- CT – Comunidade Terapêutica
- DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- EJA – Educação de Jovens e Adultos
- EUA – Estados Unidos da América
- HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
- HN – Hospitalidade Noturna
- INPAD – Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas
- INPUD – Rede Internacional de Pessoas que Usam Drogas
- INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
- IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
- IPQ-HC-FMUSP – Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- LANPUD – Rede Latino-Americana de Pessoas que Usam Drogas
- LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
- LOAS – Benefício de Assistência Social ao Idoso e ao Deficiente
- NEPAD – Núcleo de Estudos e Pesquisa em Atenção ao Uso de Drogas

OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
ONG – Organizações Não-Governamentais  
ONU – Organização das Nações Unidas  
PD – Permanência-Dia  
PET – Programa de Educação pelo Trabalho  
PRD – Programas de Redução de Danos  
PROAD – Programa de Orientação e Assistência a Dependentes  
PROMUD – Programa de Atenção à Mulher Dependente Química  
PTS – Programa de Troca de Seringas  
PUC Minas – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais  
RN – Recém-nascido  
SAF – Síndrome Alcoólica Fetal  
SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência  
SciELO – Scientific Electronic Library Online  
SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TEPT – Transtorno de Estresse Pós-Traumático  
TID – Transtorno Invasivo do Desenvolvimento  
UFBA – Universidade Federal da Bahia  
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais  
UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime  
UPA – Unidade de Pronto-Atendimento  
URD – Unidade de Redução de Danos

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA: CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DAS PESQUISAS SOBRE MULHERES USUÁRIAS DE DROGAS.....</b>	<b>27</b>
<b>2.1 Resultados e discussão das categorias de análise.....</b>	<b>36</b>
<b>2.1.1 Contingências associadas ao uso/abuso de drogas.....</b>	<b>38</b>
<b>2.1.1.1 Contingências relativas ao contexto familiar .....</b>	<b>38</b>
<b>2.1.1.2 Contingências relativas ao contexto social .....</b>	<b>41</b>
<b>2.1.1.3 Contingências relativas aos contextos de trabalho .....</b>	<b>42</b>
<b>2.1.2 Perfil sócio-demográfico de mulheres usuárias de drogas.....</b>	<b>45</b>
<b>2.1.2.1 Pertencimento religioso.....</b>	<b>45</b>
<b>2.1.2.2 Pertencimento étnico-racial .....</b>	<b>45</b>
<b>2.1.2.3 Perfil etário.....</b>	<b>47</b>
<b>2.1.2.4 Estado civil .....</b>	<b>47</b>
<b>2.1.3 Danos decorrentes do uso/abuso de drogas.....</b>	<b>48</b>
<b>2.1.3.1 Exposição à violência de gênero .....</b>	<b>48</b>
<b>2.1.3.2 Envolvimento com o tráfico de drogas e outros crimes .....</b>	<b>48</b>
<b>2.1.3.3 Infecções por doenças sexualmente transmissíveis.....</b>	<b>49</b>
<b>2.1.3.4 Co-morbidades clínicas .....</b>	<b>49</b>
<b>2.1.3.5 Danos à organização da vida pessoal/social .....</b>	<b>50</b>
<b>2.1.4 Estudos comparativos intergêneros .....</b>	<b>50</b>
<b>2.1.4.1 Diferenças intergêneros em amostras de adolescentes.....</b>	<b>51</b>
<b>2.1.4.2 Diferenças intergêneros em amostras de estudantes universitários .....</b>	<b>52</b>
<b>2.1.4.3 Diferenças intergêneros em amostras de usuários de serviços públicos de saúde</b>	<b>52</b>
<b>2.1.4.4 Diferenças intergêneros relativas às co-morbidades psiquiátricas.....</b>	<b>54</b>
<b>2.1.4.5 Diferenças intergêneros relativas à caracterização sócio-demográfica dos/as usuários/as .....</b>	<b>54</b>
<b>2.1.4.6 Diferenças intergêneros de origem biológica .....</b>	<b>55</b>
<b>2.1.5 Uso/abuso de drogas e co-morbidades psiquiátricas associadas .....</b>	<b>56</b>

2.1.5.1 Transtornos depressivos e tentativas de suicídio.....	56
2.1.5.2 Transtornos de ansiedade .....	57
2.1.5.3 Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) .....	58
2.1.5.4 Transtornos alimentares .....	58
2.1.6 Padrões de uso de drogas .....	60
2.1.6.1 Padrão de consumo entre usuárias de serviços de saúde.....	60
2.1.6.2 Padrão de consumo em populações de regiões metropolitanas.....	62
2.1.6.3 Padrão de consumo entre estudantes universitárias .....	63
2.1.6.4 Padrão de consumo e violência doméstica.....	63
2.1.7 Caracterização dos tratamentos/intervenções .....	64
2.1.7.1 Contribuições dos tratamentos medicamentosos.....	64
2.1.7.2 Contribuições dos grupos terapêuticos.....	64
2.1.8 Uso/abuso de drogas na gestação e danos ao desenvolvimento do feto/bebê .....	65
2.1.8.1 Danos associados à exposição à cocaína .....	65
2.1.8.2 Danos associados à exposição ao álcool .....	67
2.1.8.3 Danos associados à exposição ao crack.....	69
2.1.9 Representações das usuárias sobre si mesmas .....	69
2.1.9.1 Representações sobre uso de álcool e normas de gênero .....	69
2.1.9.2 Representações sobre uso de drogas e relações familiares .....	71
2.1.10 Fatores de proteção ao uso/abuso de drogas .....	73
2.1.10.1 Prioridade à vida doméstica e às relações familiares .....	73
2.1.10.2 Religiosidade / prática religiosa .....	73
2.1.10.3 Práticas de cuidado com a saúde.....	74
2.1.10.4 Suporte familiar e social/comunitário .....	74
2.1.11 Trajetórias de vida de usuárias de drogas .....	75
2.1.11.1 Trajetórias marcadas pela fragilização dos vínculos familiares .....	75
2.1.11.2 Trajetórias marcadas por uma relação ambivalente com as drogas .....	76
2.1.12 Representações dos profissionais sobre as usuárias .....	77
2.1.12.1 Representações fundamentadas nos modelos moral e de doença .....	77



2.1.12.2 Representações fundamentadas na norma de gênero heterossexual .....	78
1.1.12.3 Representações fundamentadas no senso comum religioso .....	78
2.1.12.4 Representações construídas a partir das especificidades do contexto assistencial .....	79
2.1.13 Estudos sobre práticas de redução de danos.....	80
2.1.13.1 Estudos sobre manejo dos riscos presentes no uso de crack.....	80
2.1.13.2 Estudos de avaliação de programas de redução de danos .....	81
<b>3 CORPO, GÊNERO E SEXUALIDADE: DOS ESTUDOS FEMINISTAS AOS ESTUDOS DE GÊNERO.....</b>	<b>83</b>
<b>4 GÊNERO, NORMA E PODER.....</b>	<b>92</b>
<b>5 USO DE DROGAS, REDUÇÃO DE DANOS E AUTONOMIA DO CORPO.....</b>	<b>97</b>
<b>5.1 A emergência do paradigma proibicionista e sua influência na constituição das intervenções direcionadas às pessoas que usam drogas .....</b>	<b>97</b>
<b>5.2 O paradigma da redução de danos: do direito à saúde do usuário de drogas aos movimentos antiproibicionistas.....</b>	<b>102</b>
<b>5.3 Política pública sobre drogas no Brasil: dispositivos de criminalização e medicalização e possibilidades de construção de intervenções singulares e cidadãs.....</b>	<b>106</b>
<b>6 METODOLOGIA.....</b>	<b>111</b>
<b>7 UMA EXPERIÊNCIA DE ETNOGRAFIA MULTILOCAL / MULTISSITUADA: SEGUINDO PESSOAS, TRAMAS E HISTÓRIAS.....</b>	<b>118</b>
<b>7.1 Experiências e narrativas no CAPS-ad: discurso articulado por elementos do campo da saúde .....</b>	<b>120</b>
<b>7.1.1 Suzane: “A gente não vale nada.” .....</b>	<b>126</b>
<b>7.1.2 Isaura: “A gente continua vivo na cidade.” .....</b>	<b>138</b>
<b>7.1.3 Marlene: “Sempre fiquei meio de homem.”.....</b>	<b>143</b>
<b>7.2 Desestruturando narrativas: tentativas de borrar trajetórias institucionalizadas ..</b>	<b>146</b>
<b>7.2.1 Cleide: “Tô aí vivendo.”.....</b>	<b>149</b>
<b>7.2.2 Célia: “Eu tô com uma colega, uma psicóloga que vai lá em casa... e eu tô me sentindo tão bem!...” .....</b>	<b>162</b>
<b>7.2.2.1 Uma infância de pobreza, doenças e constrangimentos.....</b>	<b>172</b>
<b>7.2.2.2 Experimentações juvenis e ensaios de autonomia .....</b>	<b>181</b>
<b>7.2.2.3 Crack: (im)potência libertária .....</b>	<b>190</b>
<b>8 ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA: ALGUNS ELEMENTOS PARA A REFLEXÃO ...</b>	<b>207</b>

<b>8.1 Da normalização biopolítica às possibilidades de governo de si .....</b>	<b>207</b>
<b>8.2 Acompanhando modos de vida singulares: um cuidado que se faz <i>no</i> e <i>pelo</i> vínculo .....</b>	<b>210</b>
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>215</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>218</b>
<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>246</b>
<b>ANEXO A - TRANSCRIÇÃO LITERAL DA CARTA DEPOIMENTO RESPOSTA:</b>	<b>248</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Diferenças no modo como as intervenções direcionadas a homens e mulheres são concebidas no campo da saúde têm sido apontadas por diversos autores. Para Strey e Pulcherio (2010), considerar a categoria de gênero como determinante da saúde proporciona uma melhor compreensão de áreas da saúde e do bem-estar, bem como potencializa o enfoque político das discussões relativas ao planejamento e financiamento dos serviços de saúde. Para as autoras, as diferenças de gênero podem influenciar tanto mulheres quanto homens no que se refere à

exposição a fatores de risco; acesso e compreensão de informações sobre o gerenciamento de doenças, prevenção e controle; experiência subjetiva da enfermidade e seu significado social; atitudes sobre a manutenção da própria saúde e dos demais membros da família; padrões de uso dos serviços e percepções da qualidade dos cuidados. (Strey & Pulcherio, 2010, p. 15).

Também com vistas a discutir diferenças de gênero no campo da saúde, Burin, Moncarz e Velázquez (1990) identificam uma maior demanda das mulheres pelos serviços de saúde, para elas explicada por dois fatores. De um lado, mais frequentemente as mulheres se consideram mentalmente enfermas devido, entre outras coisas, ao papel inferiorizado a elas atribuído socialmente; de outro, as mulheres encontram-se mais vulneráveis ao adoecimento psíquico devido a estilos de vida mais restritivos, com maiores condições de stress e outros problemas associados a seus papéis sociais, dentro e fora da família. Como decorrência, na maioria das vezes, fica o entendimento de que suas queixas são de caráter “psicossomático”, o que frequentemente leva à prescrição maciça de tranquilizantes. (Burin et al., 1990, p. 144).

Há ainda uma centralidade da atenção à saúde das mulheres em torno das funções e órgãos sexuais e reprodutivos, o que promove uma ginecologização da saúde feminina, resultante da hegemonia do ponto de vista da medicina androcêntrica. Quanto a isso, cabe pontuar que historicamente as discussões em torno da saúde das mulheres estiveram focadas em sua capacidade reprodutiva. Nesse sentido, Rohden (2002) aponta que as teses produzidas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro entre 1833 e 1940, publicadas pela Universidade Federal do Rio de Janeiro em 1985, caracterizam a vida das mulheres em função da preparação, exercício e perda da capacidade reprodutiva, como é o caso das teses sobre menstruação ou puberdade feminina, não havendo nada correspondente para o homem, ou seja, “a vida masculina não é problematizada pela medicina a partir da capacidade ou não de reprodução, como acontece com as mulheres.” (p. 105). Depreende-se disso que “de um lado,

a mulher é tratada no discurso médico como eminentemente presa à função sexual/reprodutiva, diferentemente do homem. De outro lado, quando se fala em reprodução, quase que maciçamente se evoca a mulher e raras vezes o homem” (p. 107), como é o caso, por exemplo, dos debates em torno da infecundidade ou do aborto.

A partir da década de 1950 passa a existir um esforço no sentido de limitar o número de filhos por mulher, especialmente nos países pobres. (Villela, 2000). Quanto a isso, Azerêdo e Stolcke (1991) chamam atenção para o fato de que as mulheres pobres foram repetidamente consideradas “irracionais” por terem filhos sem as condições mínimas para criá-los. Para as autoras, isso produz um efeito de dupla violência, já que essas mulheres se viam sem nenhum direito de decidir sobre sua própria vida, por não terem tido os recursos que lhes teriam permitido o acesso à educação adequada, a um sistema de saúde de qualidade, habitação digna, dentre outros direitos sociais básicos. Por outro lado, contudo, a luta pela livre escolha da maternidade, através do direito à contracepção livre e gratuita, foi uma importante reivindicação do movimento feminista francês dos anos 1970 e significou a ruptura com a premissa que definia a mulher pela maternidade. Assim, a aquisição deste direito foi considerada fundamental para liberar as mulheres do lugar que ocupavam na vida pública e privada sendo, portanto, condição de liberdade e igualdade sociais. (Scavone, 2001).

Não obstante, das preocupações com a contracepção até a discussão sobre direitos sexuais e reprodutivos ainda houve um longo percurso. Só em 1996 foi apresentada por um organismo de importância reconhecida no cenário internacional, o *International Planned Parenthood Federation*, uma definição de saúde sexual que buscava uma autonomia da sexualidade em relação à reprodução.

De fato, o que estava em jogo era a possibilidade de o desfrute sexual se assumido como um direito das mulheres, mesmo as que não querem reproduzir ou as que têm relações sexuais com outras mulheres. Isto em contraposição a uma postura de subordinar a sexualidade à reprodução, medicalizar a atividade sexual, tomando-a como mais um risco para aquisição de doenças ou gravidez indesejada, e normatizar o sexo com formulações sobre sexualidades “normais” e “patológicas”. (Villela, 2000, p. 29).

Os direitos reprodutivos, no entanto, já vinham sendo discutidos desde meados dos anos 1980 (Scavone, 1999). “Eles nasceram da luta do Movimento Feminista Internacional para obtenção de livre escolha frente à maternidade, ao aborto, à contracepção e podem ser considerados, do ponto de vista dos direitos humanos, como uma ampliação dos mesmos.” (p. 01). Para Azerêdo e Stolcke (1991), por direitos reprodutivos se entendem os direitos das mulheres de regular sua própria sexualidade e capacidade reprodutiva, sendo centrados na

noção de sexualidade, que não se restringe apenas às atividades ligadas ao aparelho reprodutivo, dizendo respeito também a uma série de atividades que buscam prazer. Cabe considerar, contudo, que

a autonomia de cada mulher para decidir pessoalmente sobre sua sexualidade e reprodução só é possível se lhe são proporcionadas condições adequadas para tal. Assim, é fundamental a qualidade de vida: boas condições de alimentação, habitação, emprego e assistência social, assistência integral à saúde, com bons serviços de anticoncepção e direito ao aborto, bem como acesso a creches e escolas de boa qualidade. (Azerêdo & Stolcke, 1991, p. 16).

Já no que se refere à saúde dos homens, a centralidade da discussão no campo da saúde reprodutiva não acontece. Ao contrário, “para eles, a referência de saúde não está centrada no urologista, mas nos especialistas do aparelho digestivo, cardiovascular, etc” (Strey & Pulcherio, 2010, p. 23). Além disso, o modelo de masculinidade hegemônico presentifica a noção de invulnerabilidade como um valor e reforça a ideia de uma sexualidade masculina instintiva e, portanto, incontrolável. (Figueiredo, 2005). Podem estar associadas a isso “suas dificuldades de verbalizar as próprias necessidades de saúde, pois falar de seus problemas de saúde pode significar uma possível demonstração de fraqueza, de feminilização perante os outros. Denota-se daí a idéia de feminilização associada aos cuidados de saúde.” (p.107). Nesse sentido, para Lago e Müller (2010), relacionar-se de forma íntima com os riscos, com a vulnerabilidade, com as diversas expressões de violência, seria para muitos homens um modo de se manterem identificados aos avatares da masculinidade, por meio de uma repetição estilizada de atos (Butler, 2003).

Tais concepções sobre a diferença entre homens e mulheres não são isoladas, refletem o modo como organizamos saberes e práticas sociais relativas ao sistema de classificação de gênero e evidenciam a nossa inscrição numa sociedade sexista, organizada a partir de discursos sobre o corpo que causam como efeito modos regulados a partir de uma matriz heterossexual, que estabelece como norma de gênero no campo da saúde “um corpo masculino saudável, ativo e resistente, em contraste com um feminino frágil, instável e sensível a doenças.” (Costa-Júnior & Maia, 2010, p.23).

De acordo com Grosz (2000), o pensamento misógino “frequentemente encontrou uma auto-justificativa conveniente para a posição social secundária das mulheres ao contê-las no interior de corpos que são representados, até construídos, como frágeis, imperfeitos, desregrados, não confiáveis, sujeitos a várias intrusões que estão fora do controle consciente.” (p. 67). Desse modo, historicamente as mulheres foram, pela via do patriarcado, muito mais vinculadas aos corpos do que os homens, o que fez com que seus papéis sociais e econômicos

ficassem restritos a lógicas que se apoiam no essencialismo e no biologicismo. Daí a suposição de que “dadas certas transformações biológicas, fisiológicas e endocrinológicas específicas, as mulheres são, de algum modo, *mais* biológicas, *mais* corporais e *mais* naturais do que os homens.” (Grosz, 2000, p. 68).

É assim que vemos determinadas práticas sociais destinadas à promoção da saúde do corpo serem atribuídas de modo diferenciado a homens e mulheres, fazendo com que a exposição ou proteção dos indivíduos a determinadas doenças e/ou problemas de saúde aconteça também de forma diferenciada. Nesse sentido, segundo Victora e Knauth (2004), ao mesmo tempo em que práticas consideradas perigosas e violentas (como os esportes radicais, halterofilismo, direção perigosa e o uso de drogas) são vinculadas em diversas culturas à masculinidade (Lago & Müller, 2010), em determinados segmentos sociais vincula-se feminilidade à beleza, o que estimula a adoção de práticas corporais perigosas também em mulheres, como dietas radicais, cirurgia plástica e lipoaspiração. Ambas vinculações geram conseqüências particulares sobre a saúde de homens e mulheres.

Importa lembrar ainda que o próprio conhecimento médico se construiu, em grande medida, a partir de um pressuposto de fragilidade do corpo da mulher (Victora & Knauth, 2004), o que estabeleceu práticas corporais específicas a elas, quase sempre convencionadas a espaços sociais regidos pela proteção e pelo controle. Essas prescrições direcionadas ao corpo da mulher fizeram com que se produzisse um ocultamento de determinadas práticas sociais não atribuídas diretamente às mulheres. Desse modo, carreiras profissionais e habilidades físicas e cognitivas foram designadas como masculinas ou femininas, produzindo concepções específicas de corpo e gênero e resultando em cuidados com a saúde diferenciados. Tais concepções também fortaleceram o estabelecimento de padrões normativos sobre o que é considerado socialmente adequado ou desviante no que se refere a um ou outro sexo biológico, fazendo com que algumas práticas de corpo das mulheres fossem sistematicamente invisibilizadas.

Exemplificando o que discutimos acima e introduzindo a discussão mais específica sobre o objeto de pesquisa deste estudo, o UNODC<sup>1</sup> registrou em 2005 um aumento global de 15 milhões de pessoas, na faixa etária de 15 a 64 anos, envolvidas com o consumo de drogas e, neste contingente, foi identificado o aumento do número de mulheres em relação ao de homens para o uso de drogas ilícitas. Para Oliveira, Paiva e Valente (2006), uma explicação possível para este aumento pode estar no fato das mulheres terem sido historicamente sub-

---

<sup>1</sup> UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World drug report** [serial on the internet]. 2005. Recuperado em 21 de Agosto de 2012, de <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2005.html>

representadas em estudos sobre esta temática, já que o uso de drogas sempre esteve relacionado aos homens. Zilberman (1998) acrescenta ainda que o diagnóstico de uso de drogas em mulheres é pouco realizado em função de três fatores: o estigma social, o treinamento inadequado das equipes de saúde e a menor procura das mulheres por tratamento especializado. Em decorrência disso, tendo em vista a tendência à homogeneização das práticas no campo da saúde, as necessidades e situações específicas relacionadas ao uso de drogas por mulheres quase nunca são consideradas nos serviços de atenção a usuários de drogas.

De um modo geral, nas mulheres o uso de drogas é associado à gravidez, responsabilidades nos cuidados com crianças, trabalho com sexo, traumas decorrentes de abuso físico e sexual experienciados na infância e/ou adolescência e, ainda, a níveis mais altos de problemas de saúde mental e crônica em relação aos homens. (Oliveira, Paiva & Valente, 2006). Pesquisas do Programa de Atenção à Mulher Dependente Química (PROMUD), do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPQ-HC-FMUSP) (Brasiliano, 2005; Hochgraf, 2001), ampliam os dados apresentados pelas autoras acima. Enquanto mulheres relatam mais problemas médicos, dificuldades sociais e familiares e sintomas psicológicos associados ao uso abusivo de drogas, como depressão, baixa autoestima, comportamento autodestrutivo e elevados níveis de ansiedade, os homens referem-se frequentemente a problemas externos, como dificuldades profissionais, financeiras e legais. Em outra pesquisa, Hochgraf, Zilberman e Brasiliano (1999) também identificaram diferenças nas razões que levam mulheres e homens a iniciar o uso de drogas. Novamente, nas mulheres, no caso específico da cocaína, o uso de drogas é associado à depressão, sentimentos de isolamento social, pressões profissionais e familiares e problemas de saúde. Nos homens, por outro lado, o uso da cocaína não é associado a um fator desencadeante especial, sendo justificado pelos efeitos da intoxicação propriamente dita. Nascimento (2011) aponta que mulheres entre 20 e 40 anos alteram seus padrões de beber devido à infertilidade, depressão pós-parto e ruptura no casamento ou em outra relação significativa. Entre os 40 e 60 anos, o comportamento de beber nas mulheres estaria influenciado por outros fatores de estresse, também relacionados, contudo, à vida afetiva e familiar: fim de casamento ou outro relacionamento, saída dos filhos de casa e perda de atratividade. Segundo a autora, também encontram-se mais comumente problemas com bebida entre mulheres que sejam viúvas ou vivam sozinhas. Por fim, dados das pesquisas de Henderson, Boyd e Mieczkowski (1994), Brasiliano (2005) e Nascimento (2011), apontam que as mulheres, em geral, iniciam o uso de drogas sob influência do companheiro, enquanto

os homens o fazem com os amigos.

O argumento sustentado na tese aqui apresentada é que todas as situações descritas acima como tipicamente associadas ao abuso de drogas em mulheres reproduzem e mantêm desigualdades de gênero que estabelecem às mulheres uma condição de insuficiência e subordinação. Tal condição de fragilidade e consequente necessidade de proteção justificariam estratégias de controle e vigilância sobre as mulheres, mantidas ainda por uma lógica de cuidado diferenciado decorrente de sua potencial função reprodutora. Daí todo um aparato governamental de manejo e submetimento pautado por ações de normatização da saúde e do corpo que, sob o discurso de uma atenção especializada, serve à manutenção das hierarquias de gênero e dos lugares inferiorizados tradicionalmente atribuídos às mulheres.

O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, estudo populacional sobre os padrões de uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas na população brasileira, realizado em 2012 pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas (INPAD), apresenta análises que mantêm a perspectiva hierárquica de gênero descrita acima ao considerar as mulheres como mais susceptíveis à dependência de drogas do que os homens devido a aspectos definidos fisiologicamente. Conforme o Jornal Folha de São Paulo:

A psicóloga Clarice Madruga, coordenadora do trabalho, explicou que o organismo feminino aumenta a dependência da droga. Ela disse que estudos mostram que os hormônios femininos potencializam os efeitos da droga, o que causa maior dependência. Outra razão para o vício feminino é que a variação hormonal causada pelo ciclo menstrual atrapalha as mulheres que tentam sair da dependência. “O corpo se adapta a uma configuração [quando a mulher interrompe o uso da droga], mas o ciclo menstrual muda e o corpo entende que deve mudar também. Isso confunde o organismo feminino”, disse Madruga. (Pesquisa, 2012, Cotidiano, para. 5-6).

Vê-se na análise acima que 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. Além disso, justifica-se o uso de intervenções terapêuticas mais severas para elas, já que são mais vulneráveis em função de um corpo frente ao qual têm pouca ou nenhuma autonomia.

Para Grosz (2000), “como instrumento ou ferramenta, ele (o corpo das mulheres) pede disciplina e treinamento cuidadosos e, como objeto passivo, requer conquista e ocupação” (p. 59). Nesse sentido, a autora ressalta a importância das lutas políticas feministas que utilizam o slogan “*tire suas leis de meu corpo*”, uma vez que denunciam esta visão tipicamente passiva e improdutiva do corpo da mulher, “objeto sobre o qual podem existir disputas entre seus ‘habitantes’ e outros/exploradores” (p. 59). É esta inércia do corpo da mulher que justificaria a possibilidade de se atuar sobre ele, coagi-lo ou constrangê-lo através de forças externas. Grosz



(2000) pondera ainda que não se trata unicamente de considerar situações reais de violação, mas também de admitir “contextos nos quais os corpos das mulheres possam ser reconhecidos como ativos, viáveis e autônomos” (p. 59) de modo que práticas de submetimento e controle não possam mais ser racionalizadas ou reproduzidas conscientemente.

Em decorrência dos argumentos expostos acima, no campo da atenção à saúde voltada para a questão do uso de drogas, vê-se que, para os homens, o tratamento é apresentado como um meio de aquisição ou retomada de habilidades pessoais e técnicas para o retorno à vida social, especialmente vinculada ao trabalho, com temas como seguro-desemprego e previdência, por exemplo, sendo uma preocupação freqüente nos serviços. Já no caso das mulheres, o foco da “reabilitação” encontra-se na retomada dos vínculos familiares e na adequação social, inspirada por um viés conservador e patriarcal. Além disso, às mulheres cabe o título não só de dependentes, mas também de desarrazoadas, indóceis, presas de ditames naturais e incomunicáveis. Soma-se a isso a noção de que são de “difícil tratamento”, dentre outras designações que parecem revelar um preconceito de gênero, mantido às custas da naturalização de condutas tidas como inerentes à mulher.

Confirmando os pontos destacados acima, Zilberman (1998) afirma que poucos trabalhos na literatura sobre uso de drogas referem-se às mulheres e, quando o fazem, enfatizam que estas são mais doentes e mais difíceis de serem tratadas por terem menos motivação do que os homens. Ainda segundo a autora, a maioria dos estudos existentes é sobre mulheres alcoolistas e, quando abordam mulheres usuárias de outras drogas, os estudos destacam especialmente os aspectos gestacionais/obstétricos, enfatizando os riscos fetais decorrentes do consumo de drogas durante a gestação e a possibilidade de infecção pelo HIV.

Importa lembrar ainda que a fundamentação moral de grande parte dos dispositivos de atenção à saúde do usuário de drogas reforça o lugar das mulheres como representantes do privado, do cuidado e da maternidade, sendo o uso de drogas, que rompe com esses lugares idealizados, visto como duplamente condenável. Soma-se a isso o fato das mulheres historicamente terem sido colocadas como sujeitos dependentes – dos homens ou dos programas do Estado (Fraser, 2009) –, sendo os homens vistos como portadores de direitos e as mulheres como aquelas que “necessitam” de benefícios, o que faz com que os programas direcionados às mulheres tenham, em sua maioria, um caráter essencialmente assistencialista.

A discussão realizada acima nos fornece pontos de partida para o questionamento de práticas de atenção à saúde, direcionadas a mulheres com histórico de uso de drogas, que têm frequentemente colaborado para a manutenção de sua posição de inferiorização social. Cabe, contudo, lembrar que, para que uma relação de opressão possa ser reconhecida como tal,

deixando de ser algo justificável por uma suposta organização social necessária, é mister que “os atores sociais subordinados reconheçam na inferiorização social uma injustiça historicamente construída, tomando a ordem social como objeto de questionamento, reflexão e interpelação.” (Prado & Machado, 2008, p. 69). Os autores completam ainda que, nesse processo, “o exercício da desconstrução de significados cristalizados e rígidos, o enfrentamento político na arena pública e a configuração de uma identidade coletiva como um 'nós' são de elevada importância” (p. 69), o que aponta para a constituição de um debate político sobre a atenção à mulher usuária de drogas.

Esta argumentação, somada às contribuições do campo de estudos feminista, sugere que a inscrição da discussão sobre o uso de drogas no campo da política poderia fazer com que a experiência com drogas deixasse de ser falada exclusivamente pelos especialistas, passando a ser discutida no interior de sua própria produção, o que colaboraria para a ampliação do debate sobre uso de drogas por mulheres do campo meramente moral e pessoal para o campo político. Este deslocamento da discussão para a arena política promoveria uma fissura na gramática moral, caracterizadamente maniqueísta, que define os discursos sobre uso de drogas, estabelecendo, por sua vez, um debate pautado numa gramática política, na qual o que se discute não são categorias como “bom” *versus* “mau”, mas posições e interesses nomeados por sujeitos coletivos, que enunciam, em última instância, a oposição constitutiva do político: “nós” *versus* “eles”. (Mouffe, 2005). Desse modo, tornar-se-ia visível no campo da argumentação pública conflitos que derivam do político (Mouffe, 1996, 2005), como é o caso do fenômeno do uso de drogas.

Incorporar o deslocamento da discussão sobre o uso de drogas de um campo que se propõe terapêutico, mas que muitas vezes se faz atravessado por questões morais, para o registro do político é tarefa desafiadora, seja por lidarmos com uma problemática inscrita na ilegalidade, seja pela proposição de se dar voz a um grupo social até então tido como incapaz de elaborar sentidos e significados legítimos e positivos às suas experiências, caracterizadamente marginais. Assim, pensar estratégias e elaborar reflexões coletivas sobre a subalternidade da condição de “drogada” através da constituição de espaços de sociabilidade e participação política poderia, então, indicar uma proposta inovadora de abordagem à questão do uso de drogas em mulheres.

Escutar mulheres que usam drogas aparece, assim, como uma possibilidade de produção e articulação de narrativas que podem subverter o silenciamento sistemático no qual foram e permanecem inscritas. Spivak (1987) pautou esta questão há mais de duas décadas, ao se perguntar: “*Pode o subalterno falar?*”, questionamento que interroga se as condições de

opressão podem dar lugar a expressões políticas de fala, entendidas como a articulação de narrativas não capturadas pelos sentidos e compreensões dominantes. Esta pergunta, assim colocada, “faz alusão às oposições fala/silenciamento, igualdade/opressão, política/servidão, fundamentais para poder compreender as vicissitudes e as contradições desse processo difícil e penoso de emancipação, quando se luta para transformar as condições de opressão”. (Castro, L. R., 2011, p. 300). O que está posto, portanto, é a premência de que as próprias mulheres que usam drogas possam falar por si mesmas sobre as suas experiências e necessidades.

Tendo em vista as considerações feitas acima, assumimos como hipótese inicial da tese aqui apresentada que o uso de drogas por mulheres se constitui no interior de uma norma de gênero que estabelece contornos específicos a esta experiência. Assim, por um lado, o uso de drogas por mulheres inscrever-se-ia a partir de um registro de fragilidade, que historicamente atribuiu a elas um lugar de dependência e decorrente necessidade de proteção e vigilância sobre o seu corpo. Por outro lado, o uso de drogas por mulheres também se relacionaria a uma tentativa de deslocamento dos modos de reprodução das normas estabelecidas pela matriz heterossexual, a partir de práticas notadamente contraditórias às esperadas e por ela determinadas. Para investigar esta hipótese, seria necessário, contudo, romper os limites da produção de discursos sobre drogas feita pelos especialistas, para ir ao encontro da fala das próprias usuárias sobre suas experiências cotidianas e sobre a sua relação com as drogas. Foram, portanto, os contornos da problematização acima que definiram o caminho realizado nesta tese.

Desta forma, inicialmente, realizou-se uma revisão bibliográfica sistemática dos estudos sobre drogas produzidos no Brasil nos últimos 30 anos, com o objetivo de identificar o modo como são elaborados os discursos científicos sobre a experiência de mulheres com drogas. Este trabalho de revisão fez-se necessário para que pudéssemos confirmar o argumento apresentado acima, de que as práticas de saúde neste campo reproduzem e mantêm desigualdades de gênero, que têm como efeito o aprofundamento da condição de insuficiência e fragilidade das mulheres e sua suposta necessidade de proteção, o que historicamente vem justificando estratégias de controle e vigilância específicas sobre elas. Como resultado, a revisão de literatura revelou a predominância de discursos científicos sobre uso de drogas por mulheres articulados no interior de uma norma binária de gênero, que institui modos de vida e adoecimento específicos a homens e mulheres, o que confirmou o argumento de que a produção de hierarquias de gênero legitima concepções sexistas no modo como se organiza a atenção à saúde de usuários/as de drogas.

Diante dos resultados identificados na revisão, buscou-se, em um segundo momento

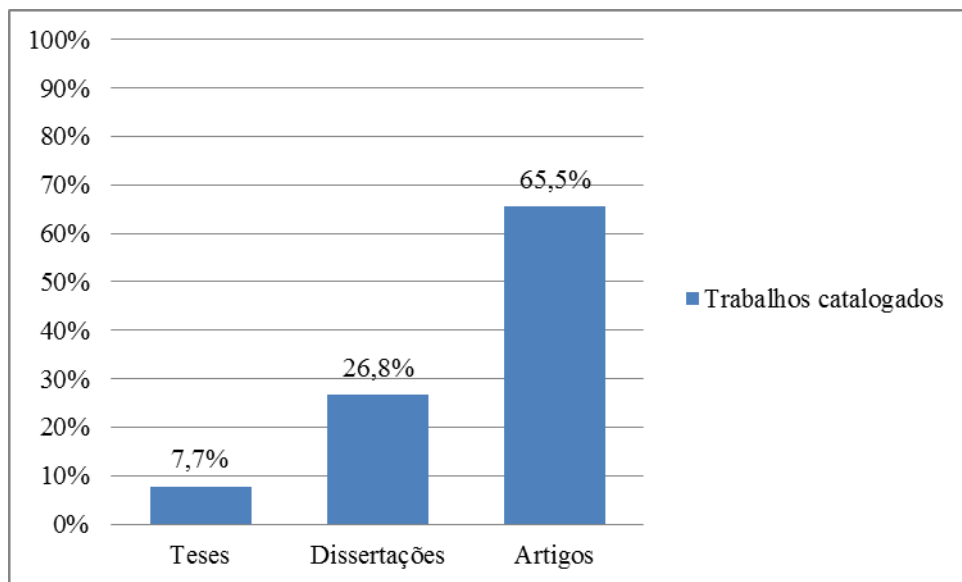
da tese, analisar teoricamente a constituição da própria norma de gênero heterossexual, bem como dos dispositivos de normalização, e seus efeitos na elaboração das práticas de saúde direcionadas às pessoas que usam drogas e, de modo particular, às mulheres usuárias de drogas. Para tanto, foram desenvolvidos os capítulos teóricos da tese, construídos em torno dos seguintes debates: *Corpo, gênero e sexualidade*; *Gênero, norma e poder*; e *Uso de drogas, redução de danos e autonomia do corpo*.

A partir daí, numa tentativa de avançar para além da fala dos atores tidos como produtores de saber legítimo sobre o tema, aqui, especificamente, os especialistas, pesquisadores e profissionais da área da saúde, buscou-se, em um terceiro momento da tese, escutar as próprias mulheres, como enunciadoras diretas da sua experiência. Para tanto, a partir de uma experiência de etnografia multissituada (Fischer, 2011) ou multilocal (Marcus, 2001), que objetivou investigar diferentes sujeitos, grupos e lugares interconectados entre si, com vistas à caracterização de processos amplos, globalmente distribuídos, que se processam localmente de formas diferentes, partimos de uma escuta de usuárias de drogas inseridas em um serviço público de saúde mental para, na sequência, imergirmos no cotidiano de três delas. Os procedimentos metodológicos adotados nestas etapas serão descritos detalhadamente mais à frente.

Ao final, a escuta das mulheres nos apontou alguns direcionamentos no campo da atenção à saúde de usuárias de drogas, especialmente no tocante à importância do vínculo e da relação de intimidade para uma atuação profissional que se pretende interessada no acompanhamento dos modos singulares de engajamento no mundo de usuárias de drogas, bem como no aprimoramento de suas estratégias de preservação no uso de drogas.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA: CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DAS PESQUISAS SOBRE MULHERES USUÁRIAS DE DROGAS<sup>2</sup>

Foi realizada revisão bibliográfica sistemática com o objetivo de analisar a categoria “gênero” nas pesquisas sobre mulheres usuárias de drogas publicadas no Brasil nos últimos 30 anos (entre 1984 e 2013). As buscas foram realizadas entre os meses de agosto e dezembro de 2013 e incluíram estudos em português, inglês e espanhol, realizados no Brasil e publicados em periódicos nacionais. Foram catalogados 142 trabalhos – 93 artigos (65,5%), 38 dissertações (26,8%) e 11 teses (7,7%).



**Gráfico 1: Trabalhos catalogados**  
**Fonte: Dados da pesquisa**

A definição do recorte cronológico das publicações – de 1984 a 2013 – se deu em decorrência de dois fatores principais: por um lado, o surgimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) na década de 1980 configurou um campo de pesquisas sobre o que à época era chamado de “grupos de risco”, que incluía, dentre outros extratos populacionais específicos, os usuários de drogas injetáveis. Por outro lado, também na década de 1980, sob a influência de psicanalistas brasileiros de formação lacaniana e das práticas clínicas desenvolvidas por Claude Olievenstein na França, emergia um campo de estudos

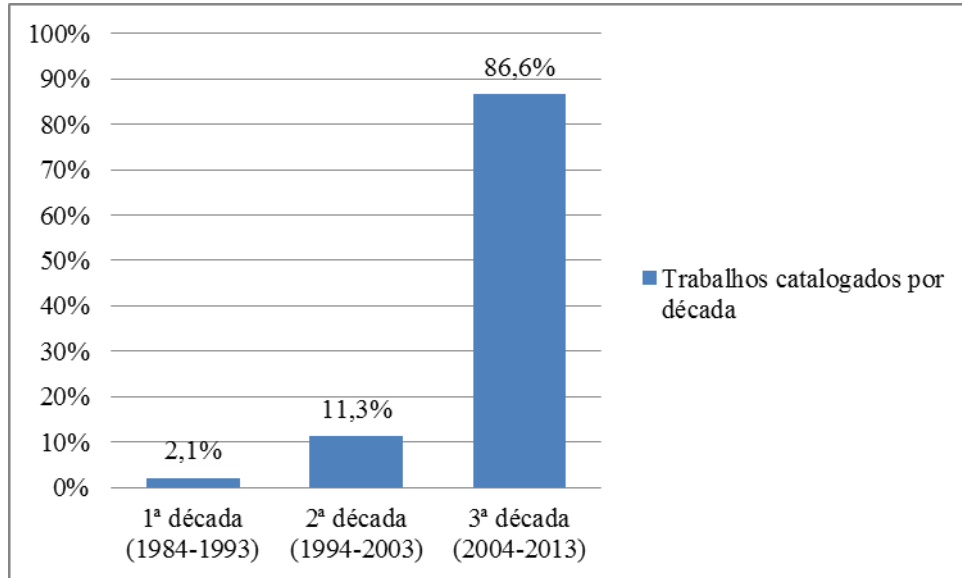
<sup>2</sup> Ao longo do desenvolvimento desta tese o termo “mulheres usuárias de drogas” foi questionado e substituído por “mulheres que usam drogas”, nomenclatura que emergiu das discussões teóricas realizadas e das conclusões provenientes da pesquisa de campo. Contudo, optamos por manter o termo “mulheres usuárias de drogas” neste capítulo, por ser esta a nomenclatura utilizada pela maioria dos autores dos estudos catalogados na revisão de literatura.

denominado *clínica da toxicomania*, que passou a definir grande parte da produção da área, a partir da discussão das estruturas clínicas e da dimensão do sujeito.

Inspirados por esses dois conjuntos de orientações, centros de tratamento e pesquisa ligados a universidades de diversos estados brasileiros, dentre eles, Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia e Minas Gerais, tornaram-se referência para os primeiros delineamentos de uma política sobre drogas no país. Podemos citar, dentre eles, o Centro de Estudos e Terapias do Abuso de Drogas (CETAD), em Salvador; O Núcleo de Estudos e Pesquisa em Atenção ao Uso de Drogas (NEPAD), no Rio de Janeiro; o Programa de Orientação e Assistência a Dependentes (PROAD), em São Paulo; e o Centro Mineiro de Toxicomanias (CMT) em Belo Horizonte.

Por fim, ainda sobre o recorte cronológico das publicações, cabe acrescentar que o movimento da reforma psiquiátrica na década de 1980 contribuiu de maneira decisiva para a estruturação das políticas públicas sobre drogas no âmbito do SUS, favorecendo o direcionamento dos financiamentos de pesquisa no campo. Sabe-se, contudo, sendo esta, inclusive, a compreensão do próprio governo federal brasileiro, que as pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas permaneceram sob o jugo de modelos moralizantes e restritivos de tratamento durante muito tempo após os primeiros movimentos da reforma psiquiátrica (Brasil, 2005, p. 40), o que produziu um atraso nas produções e práticas de cuidado neste campo. Somente em 2002, com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-ad), os usuários de drogas começaram a receber tratamento mais direcionado, em serviços ambulatoriais de atenção-dia, e as pesquisas no campo passaram a receber financiamento próprio.

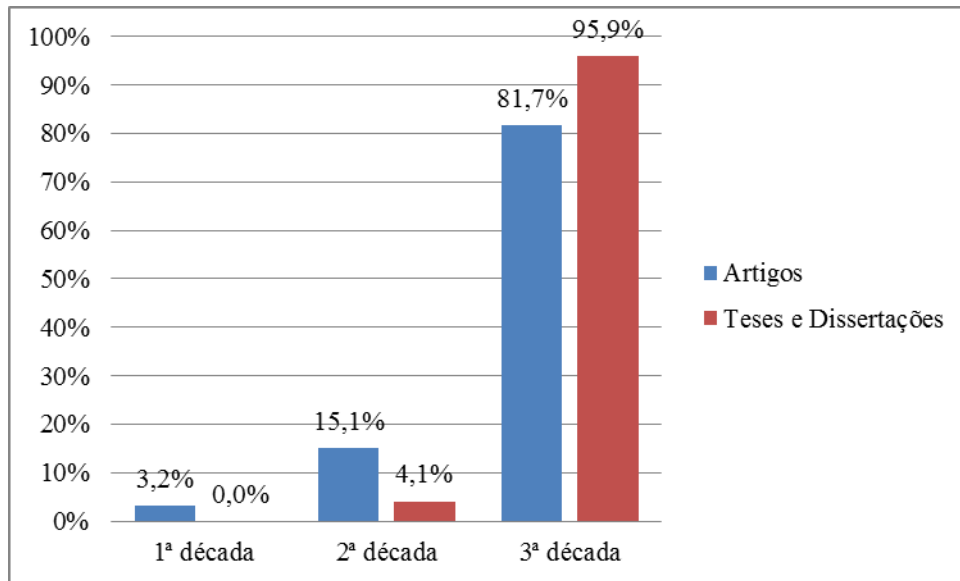
O período histórico analisado na revisão bibliográfica foi dividido em três décadas e os trabalhos catalogados foram assim agrupados: primeira década, de 1984 a 1993; segunda década, de 1994 a 2003; e terceira década, de 2004 a 2013. Dos 142 trabalhos analisados, somente 2,1% foram publicados na primeira década, tendo outros 11,3% sido publicados na segunda década. A maioria dos trabalhos (86,6%), portanto, foram publicadas na terceira década, que abrange os anos de 2004 a 2013.



**Gráfico 2: Trabalhos catalogados por década**

**Fonte: Dados da pesquisa**

Considerando somente os artigos catalogados, encontramos resultados muito semelhantes à análise geral das publicações: 3,2% deles foram publicados na primeira década e 15,1% na segunda. A maioria dos artigos (81,7%) também foi publicada na terceira década. No que diz respeito às teses e dissertações, não encontramos nenhum trabalho publicado na primeira década e somente 4,1% deles foram publicados na segunda. A maioria das teses e dissertações (95,9%) foram produzidas na terceira década, revelando um aumento significativo de pesquisas sobre drogas nos programas de pós-graduação no último período, que por sua vez, indica a migração dos estudos sobre droga da periferia para o centro dos interesses acadêmicos, especialmente no campo da saúde, como veremos adiante.



**Gráfico 3: Trabalhos catalogados por década, por tipo de publicação**  
**Fonte: Dados da pesquisa**

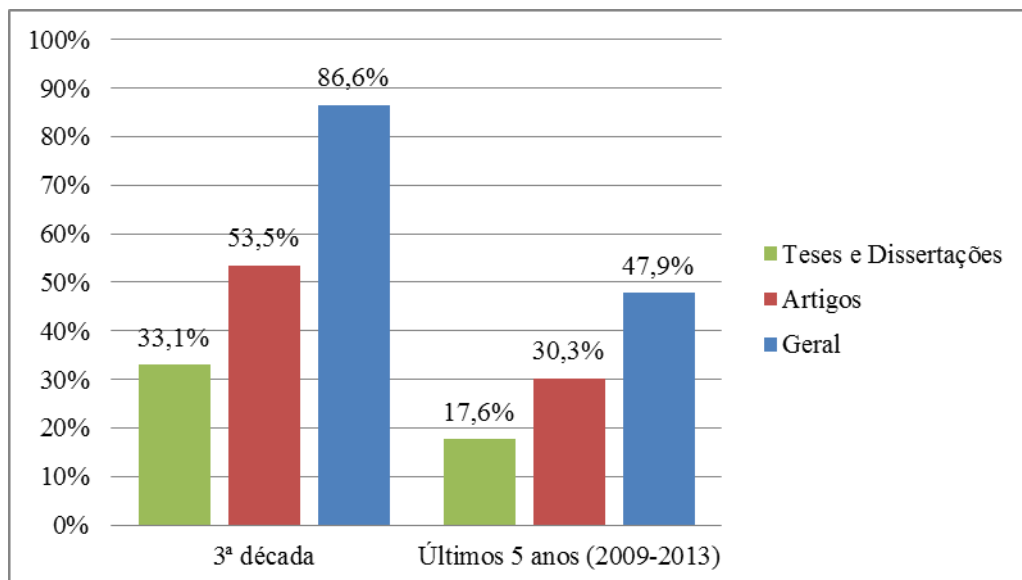
O aumento evidente das pesquisas sobre drogas na última década decorre da estruturação deste campo de estudos no Brasil. Nesse sentido, em termos históricos, o debate veemente sobre os direitos humanos ocorrido na década de 1980, que culminou na elaboração da Constituição de 1988, foi o pontapé inicial para o estabelecimento das políticas neste campo ao estabelecer a saúde como um direito fundamental à vida digna do ser humano. Assim, a universalidade do direito à saúde fez com que o usuário de drogas também fosse considerado um sujeito com direito a ser acolhido, vinculado e assistido em sua especificidade como qualquer outro cidadão. (Santos, Oliveira et al, 2012). Somente no ano de 2003, contudo, o Ministério da Saúde publicou o documento “*A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*” (Brasil, 2003), que passaria a fornecer a orientação principal para a política pública sobre drogas no Brasil. Desse modo, o aumento das produções científicas na última década analisada – 2004 a 2013 – parece relacionar-se diretamente ao estabelecimento da política do Ministério da Saúde de atenção ao usuário de drogas que, entre outras diretrizes, fomenta o desenvolvimento de pesquisas na área, através da “articulação com organismos internacionais e com governos estrangeiros, no sentido de desenvolver ações de cooperação técnica, científica, tecnológica e financeira.” (p. 28). Conforme o documento, a geração de conhecimento e informação deveria considerar

a interação sistemática entre as universidades, centros de pesquisa e o envolvimento de diversos serviços de saúde, educação e sociais na constituição de sistemas locais de inovação científica e tecnológica aplicada aos problemas derivados do uso de drogas, bem como a articulação com outros setores sociais nacionais e internacionais comprometidos com a produção de conhecimentos neste campo. (Brasil, 2003, p. 28-29).



Percebe-se, portanto, uma ampliação da discussão sobre a temática no contexto político e científico brasileiro, com o desenvolvimento de uma política pública sobre drogas e de pesquisas científicas na área.

Também na terceira década da revisão bibliográfica, uma nova diretriz do campo de atenção ao usuário de drogas foi decisiva para o aumento no número de produções científicas, o “*Plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas*”, instituído pelo Ministério da Saúde em 2010. O Plano incluiu em suas ações estruturantes o fomento à pesquisa e produção científica sobre o tema, com abertura de editais específicos, estabelecendo como diretriz a “realização de estudos e diagnóstico para o acúmulo de informações destinadas ao aperfeiçoamento das políticas públicas de prevenção do uso, tratamento e reinserção social do usuário e enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas.” (Brasil, 2010). Cabe observar que tais diretrizes refletem uma política predominantemente orientada para o controle e combate às drogas, sendo necessário considerar os efeitos dessa orientação na aprovação dos financiamentos. De toda forma, é notável o progresso no número de produções da área no final dos anos 2000, conforme mostra o gráfico abaixo:

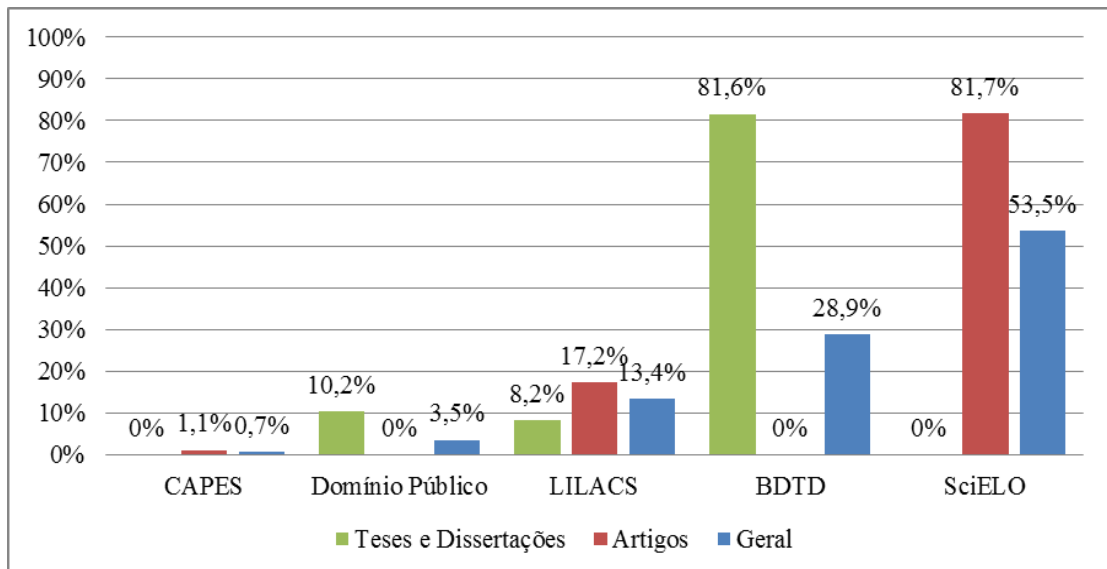


**Gráfico 4: Trabalhos catalogados – 3ª década e últimos 5 anos**  
**Fonte: Dados da pesquisa**

As buscas foram realizadas nas seguintes bases de dados: SciELO (Scientific Electronic Library Online), que disponibiliza materiais científicos de qualidade reconhecida pelo modelo de acesso aberto (Pan American Health Organization, 2013); BDTD (Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações), catálogo nacional de teses e dissertações (Instituto

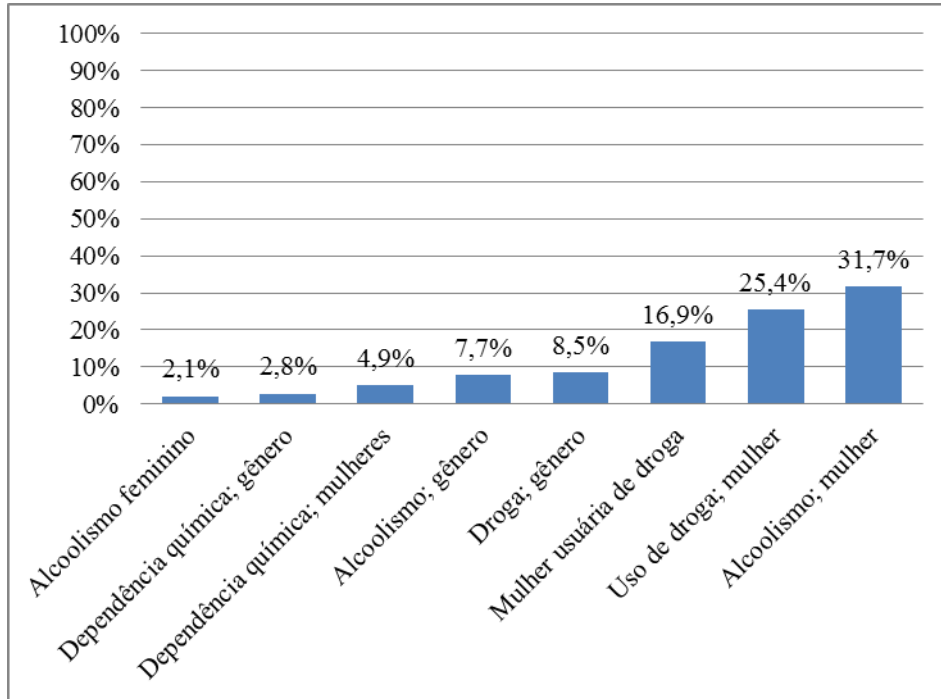
Brasileiro de Informações em Ciência e Tecnologia, 2014); LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), cuja ênfase está na divulgação de publicações no campo da saúde pública (Pan American Health Organization, 2013); Portal Domínio Público, que possibilita o acesso gratuito a obras literárias, artísticas e científicas que já estão em domínio público ou que possuem a divulgação autorizada (Domínio Público, 2014); e no Portal de Periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), biblioteca virtual que disponibiliza produções científicas de todo o mundo (Brasil, 2013).

Considerando somente os artigos, 81,7% dos trabalhos catalogados estavam hospedados no SciELO, a grande maioria das teses e dissertações, por sua vez, foram encontradas no BDTD (81,6%).



**Gráfico 5: Trabalhos catalogados – Geral, Artigos, Teses e Dissertações – Por base de dados**  
**Fonte: Dados da pesquisa**

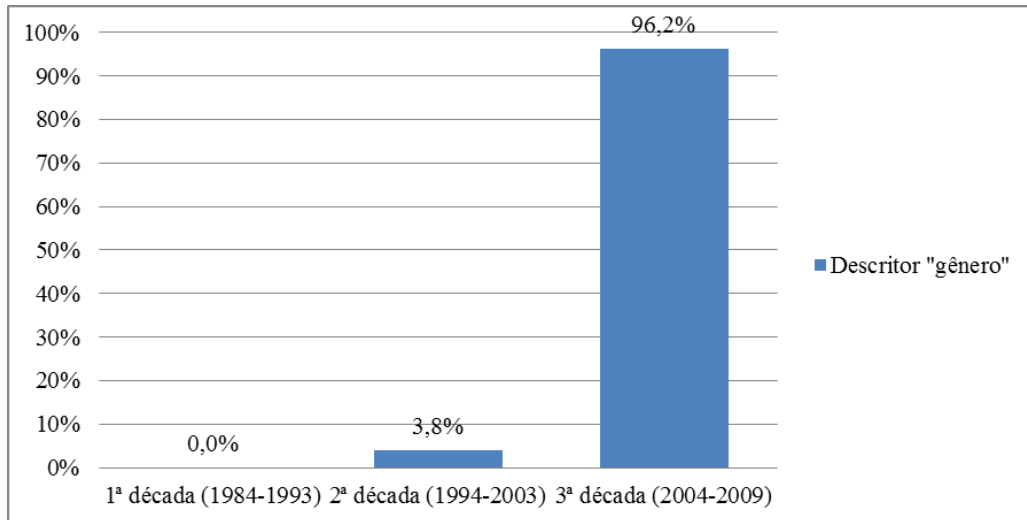
Foram utilizados os seguintes descritores como parâmetros de busca, apresentados por ordem decrescente de frequência: alcoolismo, mulher; uso de droga, mulher; mulher usuária de droga; alcoolismo, gênero; droga, gênero; dependência química, mulher; dependência química, gênero; alcoolismo feminino. O descritor “alcoolismo; mulher” foi encontrado na maioria das obras selecionadas, totalizando 31,7% dos resultados. Um número significativo de trabalhos também foi encontrado a partir dos descritores “uso de droga; mulher” (25,4%) e “mulher usuária de droga” (16,9%).



**Gráfico 6: Trabalhos catalogados por descritor**  
**Fonte: Dados da pesquisa**

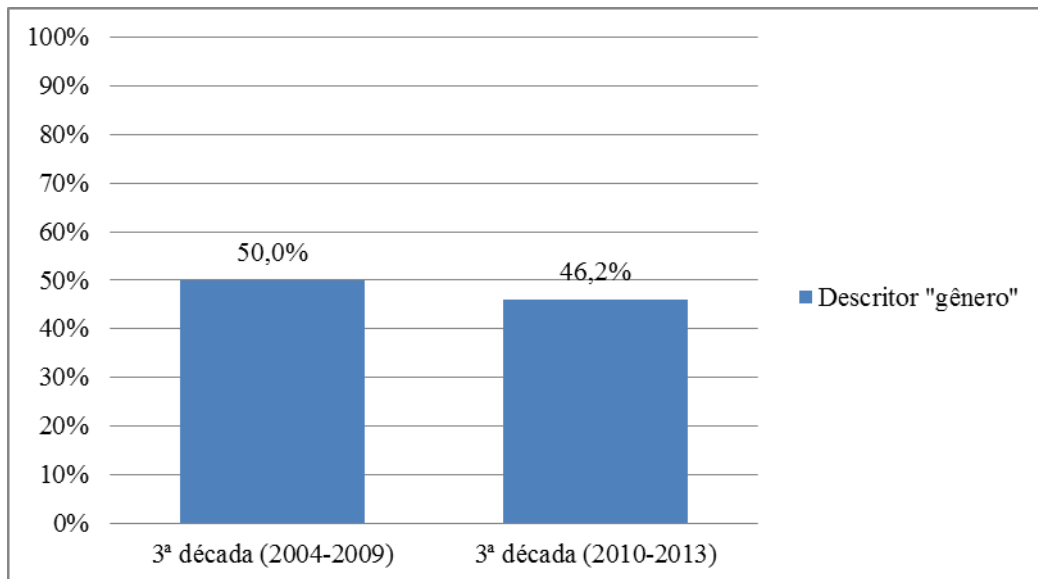
Entre os artigos, os descritores que apareceram com maior frequência foram “alcoolismo, mulher” (41,9%), “uso de droga, mulher” (22,6%) e “mulher usuária de droga” (18,3%). Entre as teses e dissertações, os descritores que apareceram com maior frequência foram “uso de droga; mulher” (30,6%), “droga, gênero” (20,4%) e “mulher usuária de droga” (14,3%).

Cabe assinalar que o descritor “gênero” não foi encontrado de forma significativa na análise geral dos trabalhos, aparecendo somente nas teses e dissertações. Pode-se depreender disso que os trabalhos catalogados não tomam a categoria gênero como articulador teórico, ficando a sua discussão reduzida aos aspectos diferenciais associados às categorias binárias homem-mulher, definidas pelo sexo genital biológico. Fazendo uma correlação entre o descritor gênero e a década da publicação dos trabalhos, identificamos que, mesmo entre as teses e dissertações, gênero foi encontrado somente em trabalhos muito recentes, tendo 96,2% deles sido publicados a partir do ano de 2004.



**Gráfico 7: Trabalhos catalogados pelo descritor “gênero”, por década**

Fonte: Dados da pesquisa



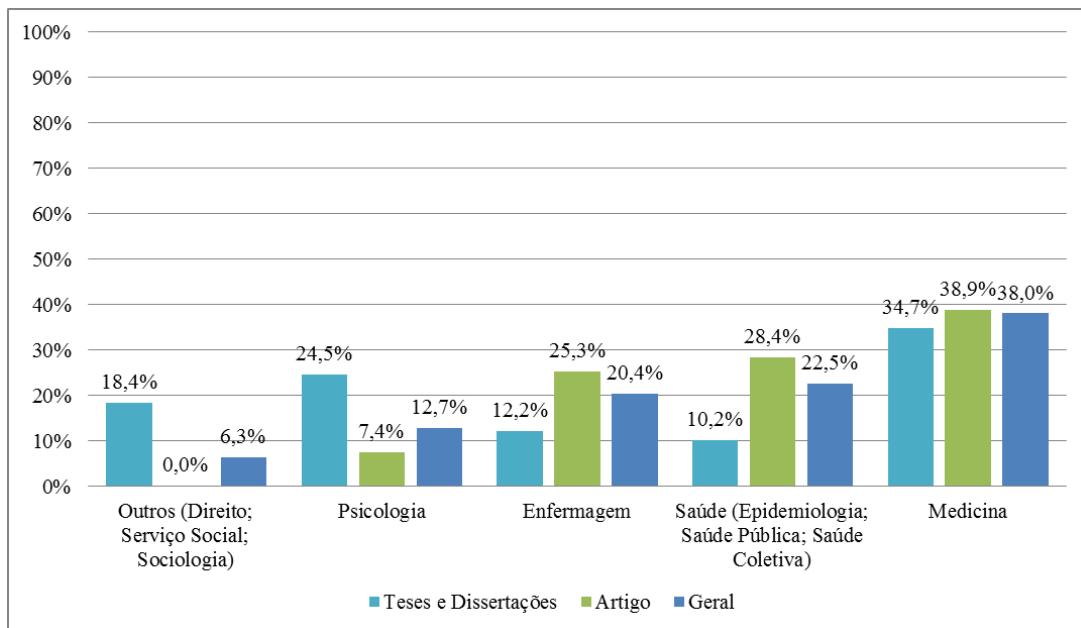
**Gráfico 8: Trabalhos catalogados na 3ª década, pelo descritor “gênero”**

Fonte: Dados da pesquisa

No que tange às áreas de conhecimento, os trabalhos catalogados encontram-se distribuídos da seguinte forma: Medicina, 38,0%; Saúde, 22,5%; Enfermagem, 20,4%, Psicologia, 12,7%. Outras áreas de conhecimento – Direito, Serviço Social e Sociologia – estiveram presentes em apenas 6,3% dos trabalhos.

Considerando somente os artigos, encontramos: Medicina, 38,9%; Saúde, 28,4%; Enfermagem, 25,3%; e Psicologia, 7,4%. E entre as teses e dissertações, foram encontrados os seguintes resultados: Medicina, 34,7%; Psicologia, 24,5%; Enfermagem, 12,2%; Saúde – Saúde Coletiva/ Saúde Pública, 10,2%; e Outros – Direito, Serviço Social e Sociologia, que

juntos somaram 18,4%.



**Gráfico 9: Trabalhos catalogados por área de conhecimento**  
**Fonte: Dados da pesquisa**

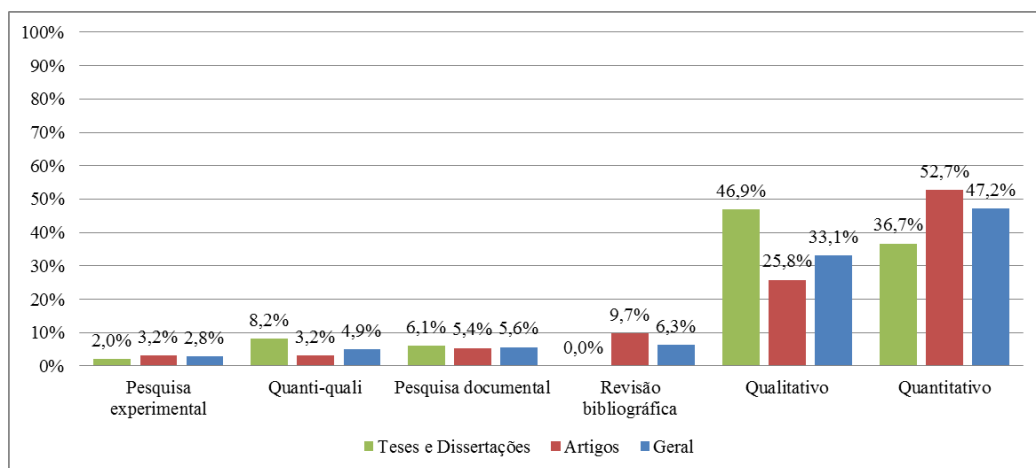
A grande produção na área da medicina e de outros campos da saúde reflete o modo como historicamente o debate sobre drogas esteve inscrito no campo da saúde, havendo poucas produções sobre uso de drogas por mulheres no campo das ciências humanas. Tal demarcação relaciona-se à prioridade dada na política científica brasileira aos estudos quantitativos e levantamentos estatísticos, havendo pouco interesse em estudos sobre os sujeitos usuários de drogas, a quem se nega qualquer saber sobre si mesmos. Desse modo, os estudos catalogados falam dos usuários, mas não apresentam a voz desses usuários. Nesse sentido, entre os trabalhos catalogados, apenas 8,5% deles abordaram as representações das mulheres sobre si mesmas, trabalhos estes que serão analisados mais adiante.

Também pode-se depreender da concentração de estudos na área da medicina a prioridade dada a um determinado modelo de discurso sobre drogas, o modelo médico, que estabelece o uso de drogas como doença, na análise da temática. Assim, grande número dos trabalhos catalogados são estudos de caracterização sócio-demográfica (35,9%), de natureza quantitativa (47,2%), voltados à discussão dos danos decorrentes do uso de drogas em mulheres (26,8%) e em seus filhos (9,9%).

Na última década, estudos da área da psicologia passaram a ser mais realizados, acompanhando o aumento das pesquisas qualitativas no campo dos estudos sobre drogas. A categoria gênero, no entanto, não foi central nesses estudos, sendo tomada em sua dimensão

analítica em poucos trabalhos.

No que se refere à caracterização dos estudos, os 142 trabalhos catalogados foram identificados como: estudos de campo quantitativo (47,2%); estudos de campo qualitativo (33,1%); revisões bibliográficas (6,3%); pesquisas documentais (5,6%); estudos de campo quantitativo-qualitativo (4,9%); e pesquisas experimentais (2,8%). Em relação aos artigos, 52,7% são estudos de campo quantitativo, 25,8% são estudos de campo qualitativo; 9,7% são revisões bibliográficas; 5,4% são pesquisas documentais; 3,2% são estudos de campo quantitativo-qualitativo; e 3,2% são pesquisas experimentais. No que diz respeito às teses e dissertações, 46,9% são estudos de campo qualitativo, sendo que todos eles foram realizados na 3ª década do levantamento, 36,7% são estudos de campo quantitativo, 8,2% estudos de campo quantitativo-qualitativo; 6,1% pesquisas documentais; e 2,0% pesquisas experimentais.



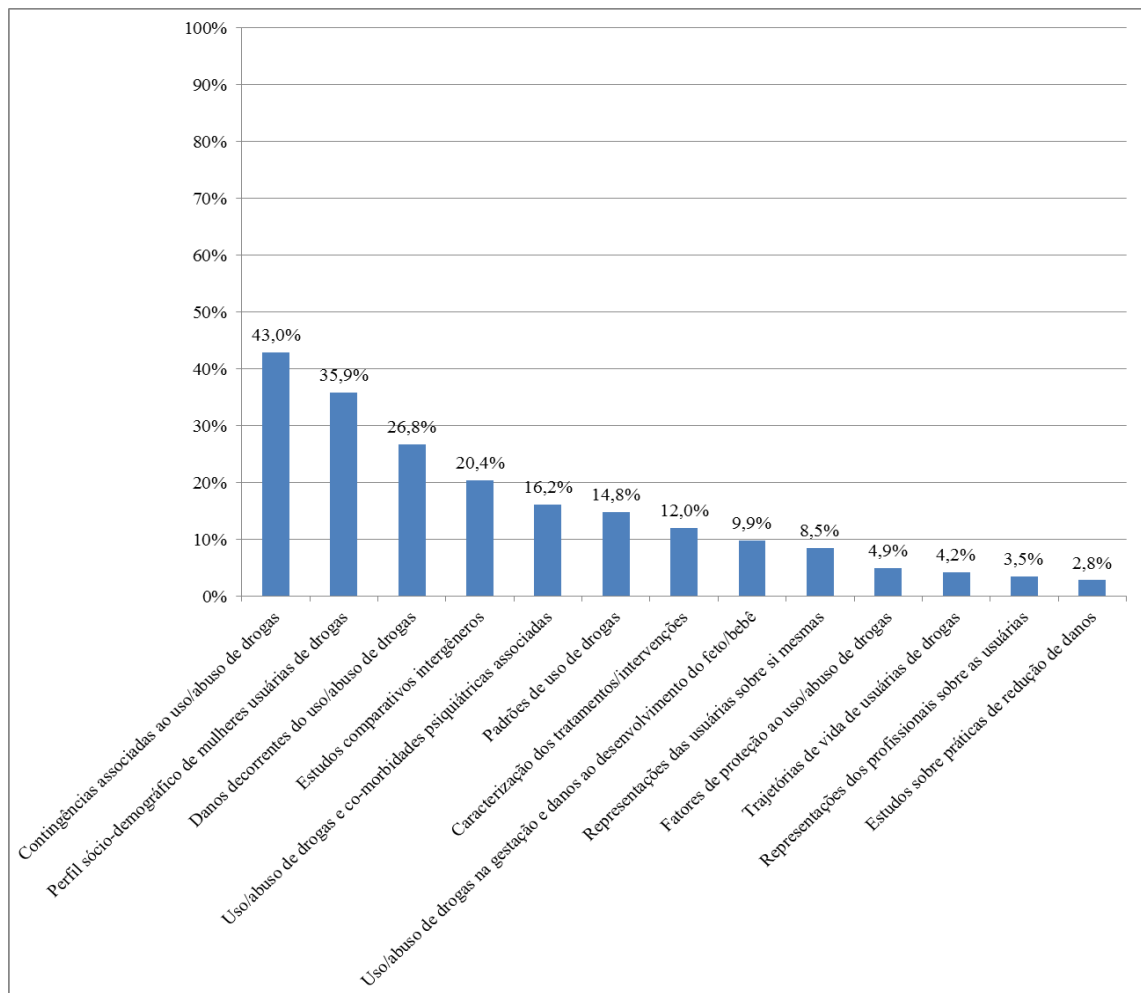
**Gráfico 10: Trabalhos catalogados por caracterização do estudo**  
**Fonte: Dados da pesquisa**

Os dados relativos à caracterização geral dos estudos catalogados na revisão bibliográfica indicaram que ao longo dos 30 anos analisados evidenciou-se um aumento progressivo nas produções de teses e dissertações, das produções no campo da psicologia, um aumento dos trabalhos qualitativos e da utilização do descritor “gênero”. A seguir, passaremos a uma discussão mais detida das categorias de análise identificadas.

## 2.1 Resultados e discussão das categorias de análise

Após a leitura e classificação dos 142 trabalhos catalogados, elegemos 14 categorias

de análise, apresentadas a seguir conforme a frequência com que apareceram nos estudos, em ordem decrescente: 1) Contingências associadas ao uso/abuso de drogas; 2) Perfil sócio-demográfico de mulheres usuárias de drogas; 3) Danos decorrentes do uso/abuso de drogas; 4) Estudos comparativos intergêneros; 5) Uso/abuso de drogas e co-morbidades psiquiátricas associadas; 6) Padrões de uso de drogas; 7) Caracterização dos tratamentos/intervenções; 8) Uso/abuso de drogas na gestação e danos ao desenvolvimento do feto/bebê; 9) Representações das usuárias sobre si mesmas; 10) Fatores de proteção ao uso/abuso de drogas; 11) Trajetórias de vida de usuárias de drogas; 12) Representações dos profissionais sobre as usuárias; 13) Estudos sobre práticas de redução de danos. A seguir passaremos à apresentação e discussão de cada uma dessas categorias.



**Gráfico 11: Categorias de análise**

**Fonte: Dados da pesquisa**

### **2.1.1 Contingências associadas ao uso/abuso de drogas**

As contingências associadas ao uso/abuso de drogas foram discutidas em 43% dos trabalhos catalogados, ou seja, em 61 artigos, teses e dissertações, sendo a principal preocupação identificada nos estudos da área. Entendemos aqui como contingência o resultado de articulações hegemônicas, as quais não estão garantidas por nenhuma lei histórica, conforme proposto por Laclau e Mouffe (2004). Nesse sentido, cabe esclarecer que nenhuma contingência será aqui tomada como uma totalidade estruturada, uma vez que se trata de uma formação discursiva, cuja fixação de elementos em momentos não é nunca completa.

Nos trabalhos catalogados as contingências associadas ao uso/abuso de drogas mais mencionadas foram: contexto familiar e/ou social precário e/ou violento, condições de trabalho extenuantes e/ou insalubres, desemprego e dificuldades financeiras.

#### **2.1.1.1 Contingências relativas ao contexto familiar**

Sobre o contexto familiar precário e/ou violento, os trabalhos sugerem que o início ou o acirramento do uso de drogas em mulheres é favorecido pelas seguintes condições: 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. (Brasil, V. R. 2012); Cavalcante, 2008; Cruz, 2012; Galera, Bernal-Roldán & O'Brien, 2005; Nóbrega & Oliveira, 2003; Paiva, 2010; Bernal-Roldán & Galera, 2005; Rozin & Zagonel, 2012; Souza, Lima & Santos, 2008; Zampieri, 2007). Os trabalhos analisados também identificaram como elementos constituintes de um contexto familiar precário dificuldades de comunicação, ausência de espaço para expressão de sentimentos, idéias e opiniões, falta de expressão de afeto e apoio, e de limites e regras claras. (Paiva, 2010; Rozin & Zagonel, 2012; Souza, Lima & Santos, 2008).

Vê-se que as situações apresentadas como constituintes de um contexto familiar precário relacionam-se à ausência de reconhecimento e solidariedade entre pares. No entanto, nos trabalhos analisados, as mulheres foram consideradas mais reativas a tais situações do que os homens (Guimarães et al, 2009; Nóbrega & Oliveira, 2003), o que supostamente as tornaria mais vulneráveis ao uso abusivo de drogas quando se encontram nesses contextos. Aqui cabe ressaltar que estabelecer a vida doméstica como lócus preferencial de realização pessoal das



mulheres é parte constituinte da norma de gênero heterossexual e produz modos diferenciados de conceber saúde e doença, e os limites entre o normal e o patológico, em homens e mulheres. Desse modo, ao atribuir a uma maior reatividade às precariedades do contexto familiar o uso abusivo de drogas em mulheres, atualiza-se o discurso hegemônico que exige uma resposta mais sensível das mulheres aos problemas vivenciados no contexto familiar. Como efeito, produz-se esse mesmo uso ou outras respostas patológicas consideradas inerentes à condição da mulher o que, entre outras coisas, realimenta seu lugar como público preferencial dos serviços de saúde e do consumo de substâncias legalizadas, como os benzodiazepínicos.

Nesse sentido, estudo realizado sobre dependência de ansiolíticos em mulheres que utilizam o serviço público de saúde de Natal, sugere que “na relação mulher-serviço de saúde é produzido um tipo de discurso naturalizado que subjuga a mulher, na medida em que não leva em conta os modos de existência particulares, as singularidades e a diversidade das maneiras de sentir e pensar de cada sujeito.” (Carvalho & Dimenstein, 2004, p. 121). Afirma-se com isso que o modelo hegemônico de atenção à saúde não abre espaço para a exploração de novas possibilidades existenciais para as mulheres, funcionando “como dispositivo de normatização social, de disciplinarização das atitudes e docilização das forças de ruptura.” (p. 121). Tal discussão confirma a análise aqui proposta, de que os próprios serviços de saúde participam da produção de um tipo específico de sofrimento feminino, que produz como efeito mulheres e homens não viris (Smigay, 2002) mais suscetíveis ao uso de drogas.

Quando a história de vida foi objeto de investigação, vários estudos apresentaram como fator de risco para o uso abusivo de drogas a exposição a traumas durante a infância e/ou adolescência, com destaque para os abusos sexuais, mais frequentes entre as mulheres do que entre os homens. (Cesar, 2006; Galera, Bernal-Roldán & O’Brien, 2005; Guimarães, 2009; Guimarães et al, 2009; Nascimento, 2011; Oliveira, J. B., 2007; Rozin & Zagonel, 2012; Tractenberg et al, 2012; Trigueiro & Labronici, 2011; Zampieri, 2007).

Nos estudos que abordaram a violência de gênero, o ato violento, quase sempre cometido pelo parceiro, foi identificado como precedido do uso de álcool ou outras drogas pelo agressor. (Oliveira, J. B., 2007; Silva, V. N., 2008; Trigueiro & Labronici, 2011). Aqui cabe ressaltar que historicamente a violência de gênero vem sendo tratada como um “efeito do desvario ou desrazão do agressor” (Smigay, 2002, p. 37), produzido, entre outras coisas, pelo uso de drogas. Este tipo de análise pressupõe que o ato violento acontece como uma resposta disfuncional provocada pelos efeitos das substâncias ingeridas e retira dos agressores a responsabilidade e intencionalidade dos seus atos, encobrindo as hierarquias de gênero

envolvidas na produção da violência de gênero. Ao contrário, ao assumirmos o debate sobre as relações de poder presentes no interior das relações de gênero, evidencia-se que a violência “não corresponde a um desvio, uma disfuncionalidade, [...]. Ao contrário, a violência é a norma se a pensamos imersa em uma cultura falocêntrica. É socialmente partilhada entre os membros dessa cultura e organiza as relações” (Smigay, 2002, p. 44), ou seja, ainda que mulheres sejam violentadas por homens que fazem uso de drogas, não são estas substâncias as responsáveis pela violência, mas as relações de poder que se constituem no interior das relações de gênero. Afinal, não são quaisquer membros da família que são violentados por homens usuários de drogas, ocupam prioritariamente esta posição mulheres, crianças e homens não viris:

A violência não atinge, igualmente, os membros de uma família. Nesse sistema, dizem as feministas, se aprende e sobretudo homens aprendem, técnicas e contextos apropriados onde se encoraja a violência. A violência não é resposta aprendida para resolver conflitos, como pretende a teoria da aprendizagem social. Aprende-se, sim, quem pode ser objeto de agressão. Não se aprende a ser violento, mas quem é desprezível e pode ser oprimido. Portanto, há uma socialização de gênero no interior de uma cultura ainda patriarcal, onde alguns – os homens que sustentam o modelo da “virilidade triunfante” e algumas mulheres, que também funcionam dentro dessa lógica, elas também opressoras – auferem prerrogativas e privilégios, impondo o submetimento de outras mulheres. São, pois, objetos de violência os não-viris, aqueles que recusam o modelo de masculinidade tradicional e os que optam por práticas homoeróticas: todos vítimas de homofobia. São mulheres que, consideradas sexo frágil, desqualificadas, são vítimas de sexismo – tanto por parte de homens quanto por parte de outras mulheres, que, acatando a lógica dominante na cultura, rivalizam com outras mulheres, desqualificam-nas, tratam-nas com desprezo ou visível submetimento. (Smigay, 2002, p. 43).

Alguns estudos também abordaram a questão do uso de drogas por mulheres como recurso de enfrentamento a situações de violência vivenciadas, sejam elas físicas, psicológicas e/ou sexuais. (Bittar, Nakano, 2011; Cesar, 2006; Cruz, 2012; Guimarães et al, 2009; Nascimento, 2011; Silva, V. N., 2008; Tractenberg et al, 2012). Nesse caso, o uso de drogas aparece como um tipo de “elixir”, utilizado como amortecedor dos efeitos de uma contínua exposição a situações de violência. No trabalho com grupo de mulheres, realizado por nós no contexto da pesquisa aqui em andamento, identificamos alguns relatos a esse respeito, que serão apresentados e discutidos posteriormente.

Ainda sobre as contingências relacionadas ao contexto familiar, alguns estudos apontaram que mulheres solteiras apresentam risco maior de consumirem drogas de forma abusiva (Almeida, Coutinho, Pepe, 1994; Costa, J. S. D. et al, 2004; Guimarães et al, 2010) e, na maioria dos estudos sobre gestantes usuárias de drogas, os autores apontaram como contingências associadas ao abuso dessas substâncias o fato das mulheres não se encontrarem coabitando com um companheiro (Moraes & Reichenheim 2007; Oliveira & Simões, 2007;

Souza, Santos & Oliveira, 2012), análises que evidenciam o caráter heteronormativo presente nos estudos categorizados, uma vez que associam o uso de drogas em mulheres à ausência de um parceiro do sexo masculino. Outro destaque notável sobre esse viés heteronormativo se revela na identificação de estudos que apontam que, em grande parte das vezes, a iniciação ao uso de drogas pelas mulheres se dá sob a influência de seus companheiros afetivos (Araújo, 2010; Guimarães, 2009; Kerr-correa et al, 2008; Nascimento, 2011; Nóbrega & Oliveira, 2003; Oliveira, J. B., 2007), tanto no que se refere ao primeiro contato com a droga quanto no que diz respeito à adoção do estilo de vida do parceiro afetivo.

O que parece se evidenciar nas duas análises realizadas é que tanto a ausência de parceria afetiva masculina quanto a presença dela são associadas ao uso abusivo de drogas em mulheres, atribuindo à figura do homem um papel decisivo na definição das escolhas e trajetórias de vida das mulheres. Ainda sobre esse viés, cabe mencionar que todos os estudos que levantaram essa questão abordaram exclusivamente relacionamentos heterossexuais (Araújo, 2010; Guimarães, 2009; Nascimento, 2011; Nóbrega & Oliveira, 2003; Oliveira, J. B., 2007). Dentre os estudos catalogados, somente um deles, que objetivou avaliar uma unidade de redução de danos em Santo André, São Paulo (Silva, S. M., 2008), fez referência à dinâmica dos relacionamentos afetivo-familiares de lésbicas ou travestis e transexuais, não tendo sido encontrada, nesse caso, o que confirma a análise acima realizada sobre o forte viés heteronormativo dos estudos catalogados, nenhuma associação direta entre uso de drogas pela parceria afetiva e início ou ampliação do uso de drogas dos sujeitos participantes da pesquisa.

### **2.1.1.2 Contingências relativas ao contexto social**

Na análise das contingências relativas ao contexto social, alguns estudos apontaram que residir em locais cujo acesso às drogas é facilitado, ou nos quais o consumo e o tráfico são condutas normativas, constitui fator de risco para o uso de drogas. (Aliane, Lourenço & Ronzani, 2006; Monteiro et al, 2011). Estudos apontaram ainda que a gravidade do uso de drogas na juventude decorre diretamente do envolvimento com a prática de atos criminosos. (Mauá & Baltieri, 2012). Quanto a esse ponto, a associação entre criminalidade, uso de drogas e violência tem sido utilizada frequentemente para justificar a guerra ao tráfico e o genocídio da juventude, especialmente da juventude negra. Para Zaluar (2000), a participação dos jovens, como agentes e vítimas da violência urbana, resulta de um quadro social onde se concentram baixa escolaridade, baixos salários, acesso a ofertas de trabalho informal-ilegal e deficiências nos processos e fluxos das instâncias judiciárias. Assim, associar uso de drogas e

prática de atos criminosos pode contribuir para a manutenção de um olhar estigmatizado sobre os usuários de drogas, e não evidencia o modo como as contingências do contexto social do usuário produzem usos mais ou menos prejudiciais de drogas.

Especialmente no que se refere às mulheres, cabe ainda assinalar que alguns estudos apontaram que, além de frequentemente iniciarem o uso na companhia dos seus parceiros afetivos é também com e por eles que se envolvem no tráfico de drogas e outras ações criminosas (Jacinto, 2011; Barcinski, 2009). Nesse sentido, gênero se torna uma categoria de análise fundamental para a compreensão da forma como as mulheres elaboram sua participação no tráfico de drogas. Para Barcinski (2009), “a opressão e a submissão aos homens caracterizam o envolvimento de mulheres na atividade, independente de tal envolvimento ter sido o resultado de uma decisão deliberada ou a consequência da relação amorosa com homens criminosos.” (p. 1851).

### **2.1.1.3 Contingências relativas aos contextos de trabalho**

No que se refere às condições de trabalho, nos estudos catalogados contingências associadas ao uso/abuso de drogas entre mulheres relacionaram-se especialmente às jornadas exaustivas, estresse no trabalho e desemprego. (Aliane, Lourenço & Ronzani, 2006; Beck, 2009; Esper et al, 2013; Guimarães et al, 2010; Martins, 2009; Monteiro et al, 2011; Nascimento, 2011; Oliveira, Nascimento & Paiva, 2007; Roldán & Galera, 2005; Souza, Lima & Santos, 2008; Zalaf & Fonseca, 2009). Nesse sentido, estudos apontam que a pobreza, o desemprego e o subemprego atingem especialmente as mulheres no Brasil, de modo que 51,6% dos pobres no país são mulheres e, entre os desempregados, 12,7% são mulheres enquanto apenas 8% são homens. (Marques et al, 2004; Melo, 2005; Nogueira, 2006). Esses dados se tornam ainda mais significativos quando verifica-se que um número crescente de mulheres pobres é responsável pelo sustento da família. Segundo dados da Pesquisa Mensal de Emprego (IBGE, 2014), em agosto de 2006 30% das trabalhadoras brasileiras eram chefes de família ou as principais responsáveis pelo domicílio. 62,9% delas eram mulheres com 40 anos ou mais de idade, 50,6% não tinham cônjuge e moravam com seus filhos. A pesquisa também mostrou que a inserção do grupo de mulheres chefes de família no mercado de trabalho através de atividades caracterizadas como informais (emprego sem carteira de trabalho assinada e trabalho por conta própria) foi maior que a observada para o total de mulheres ocupadas (29,8% e 29,1%, respectivamente). Destaca-se que 21,9% dessas mulheres eram trabalhadoras domésticas, enquanto a participação desta categoria ocupacional

no total da população feminina ocupada foi 18,0%. A pesquisa mostrou também que as mulheres chefes de família se submetiam a jornadas semanais mais longas (39,2 horas) que aquelas cumpridas pelas mulheres ocupadas (38,7 horas). No que se refere a seus rendimentos, 78,6% das trabalhadoras chefes de família recebiam menos de três salários mínimos.

Para Campos e Campos (2010), o forte crescimento da mão-de-obra feminina na década de 90, impulsionado pelo desemprego masculino e empobrecimento familiar, promoveu o aumento das atividades informais e uma mudança no padrão do desemprego no país. O aumento das mulheres no mercado de trabalho, 43,9% da população economicamente ativa conforme o Censo Demográfico Brasileiro de 2000, não superou os obstáculos de desigualdades, numa demonstração de que as mulheres assumiram postos de trabalhos miseráveis para sobreviver com sua família. Considerando-se ainda que a maior taxa de participação na ocupação das mulheres pobres (36%) e não pobres (11%) está na prestação de serviços (Melo, 2005), fica evidenciada a pobreza feminina, pois esta ocupação possui a pior remuneração dentre as atividades econômicas, além de estar mais susceptível às lógicas de precarização do trabalho.

Ainda no que se refere às relações de trabalho, estudo realizado por Fontaine (2006) sobre uso de drogas e trabalho constatou que pessoas que usam drogas e trabalham o fazem de duas formas específicas: reservando o uso para o tempo livre e privado, dissociado do universo profissional, ou fazendo o uso no próprio contexto de trabalho “como um suporte, uma ferramenta ou ainda como uma necessidade”. (p. 29). Nesse último caso, trata-se do uso da droga como uma espécie de “lubrificante” para um corpo visto como “um veículo, ao mesmo tempo portador da imagem social, transmissor de moléculas químicas destinadas a modificar o espírito, a consciência, produtor da força de trabalho e depositário dos riscos assumidos e dos danos sofridos durante toda a vida.” (p. 33). A droga é vista, então, como um “carburante” para um “corpo-máquina” que precisa ser reativado constantemente. Nesse sentido, os resultados da pesquisa realizada pela autora sugerem que o recurso às drogas em contextos laborais pode ser visto em algumas situações como uma solução eficaz para suportar as exigências impostas pelo trabalho, estando relacionado a três tipos de efeitos: a desinibição, a faculdade de alterar a noção do tempo e de promover um desligamento dos estímulos externos. (Fontaine, 2006).

Para Lima (2010), esse tipo de associação entre uso de drogas e trabalho configura uma relação de funcionalidade, analisada por ela em pesquisas sobre uso de álcool por categorias profissionais específicas: motoristas e cobradores de ônibus urbanos, trabalhadores

da construção civil, policiais militares e coletores de lixo. Nesses contextos laborais particulares, o uso de álcool é considerado um recurso que pode ser usado para

reduzir o sentimento de impotência diante de uma organização rígida de trabalho e onde a contabilidade psíquica do oferecido e do recebido (Le Guillant, 2006) quase sempre favorece o primeiro; para reduzir o sentimento de frustração acumulado durante toda a existência devido à falta de perspectiva de crescimento profissional e pessoal; para combater os efeitos da autoestima rebaixada devido ao não reconhecimento no trabalho; para obter uma satisfação compensatória, anestesiando o sofrimento psíquico e, ao mesmo tempo, evitando a tomada de consciência de uma situação penosa; para reduzir o medo ou os efeitos dos traumas decorrentes de situações de violência e da necessidade de cumprir tarefas que envolvam riscos. (Lima, 2010, p. 265-266).

Não obstante o uso de drogas possa servir como um recurso para o enfrentamento de certas situações relacionadas ao trabalho, seu consumo contínuo tende a causar prejuízos e a droga deixa de ser um meio para lidar com as dificuldades passando a ser um fim em si mesmo, o que a torna disfuncional. Nesse caso, novos problemas no próprio trabalho passam a ser vivenciados:

punições, transferências compulsórias, rebaixamento de função, imposição de tarefas menos interessantes ou o isolamento puro e simples do trabalhador. Tudo indica que, nesses casos, o uso continuado da substância acaba por torná-la disfuncional na medida em que, ao invés de se constituir como um auxílio ou uma ferramenta, ela passa a ser um empecilho para a realização das atividades. (Lima, 2010, p. 266).

Considerando a precarização do trabalho feminino apontada acima, as análises sobre uso de drogas e trabalho revelam a dimensão social de um problema quase sempre tratado de forma individualizada, sem ligação com as contingências que o cercam. Dessa forma, podemos vislumbrar contextos em que o uso de drogas por mulheres se constitui como o efeito de um conjunto de fatores relacionados à precarização do trabalho e às estratégias de enfrentamento desta mesma precarização. Na pesquisa de campo realizada nesta pesquisa de doutorado uma das participantes do grupo de mulheres relaciona o acirramento do seu uso de drogas ao não reconhecimento de seus esforços no trabalho, já que perdera a prioridade numa promoção para uma outra funcionária da empresa, iniciante e mais jovem. Para Dê (nome fictício), este “golpe” gerou frustração e decepção insuportáveis. A partir de então, identificou no álcool sua melhor companhia, mantendo-se enclausurada em seu quarto, estocando garrafas de cerveja embaixo da cama. Sua licença-médica por depressão estendia-se a cada perícia da medicina do trabalho e ela, agora inserida em um serviço de saúde mental, não desejava o retorno às suas atividades laborais.

### **2.1.2 Perfil sócio-demográfico de mulheres usuárias de drogas**

Dados sobre o perfil sócio-demográfico de mulheres usuárias de drogas foram encontrados em 51 artigos, teses e dissertações, o que equivale a 35,9% dos trabalhos catalogados. As descrições e análises que se seguem referem-se a esta categoria.

Pesquisas com usuários abusivos de álcool em tratamento apontaram que, quando comparadas aos homens, as mulheres iniciam o uso de álcool mais tardiamente e possuem menor nível educacional. (Elbreder, Silva & Laranjeira, 2010; Simão et al, 1996; Menezes, 2006; Simão et al, 2002.) Cabe ressaltar, contudo, que alguns estudos comparativos com estudantes de medicina (Kerr-correa et al, 1999) e do ensino técnico em enfermagem (Serradilha, Ruiz-Moreno & Seiffert, 2010) usuários de drogas indicaram que as mulheres iniciam o uso de tranqüilizantes, mais precocemente do que os homens.

#### **2.1.2.1 Pertencimento religioso**

Quando a religião foi um item pesquisado nos estudos, a maioria das mulheres usuárias de drogas se declarou católica, havendo em alguns trabalhos a identificação do espiritismo como prática religiosa predominante. (Borini et al, 2000; Neves, 2007; Zampieri, 2007.) Sobre a presença em maior número de mulheres católicas e espíritas, David e Caufield (2005) apontam que “as restrições morais ao uso do álcool pelas religiões e seitas protestantes, sobretudo as que se inserem no grupo denominado de neopentecostais, com grande penetração nos bairros periféricos urbanos brasileiros, são bastante conhecidas.” (p. 1151). As autoras indicam ainda que, sobretudo nas denominações religiosas cristãs de orientação pentecostal, há uma forte vigilância sobre os comportamentos considerados indesejáveis, especialmente aqueles que interferem negativamente na vida familiar tradicional, quais sejam, o comportamento sexual e o uso de drogas. Desse modo, há uma maior probabilidade, entre os de religião protestante, em tornarem-se abstêmios, valendo a constatação de que, com frequência, a exigência de conversão religiosa atinge prioritariamente a mulher, na família. Entre aqueles de religião católica e espírita o uso de álcool não só é mais aceito, como pode compor muitos dos seus rituais.

#### **2.1.2.2 Pertencimento étnico-racial**

Quando a raça/etnia foi considerada, em grande parte dos estudos as mulheres usuárias

de drogas pesquisadas se declararam brancas (Marcondes Filho et al, 2002; Moraes & Reichenheim, 2007; Neves, 2007; Pinheiro, Laprega & Furtado, 2005; Ribeiro, 2001; Zampieri, 2007). No entanto, resultados divergentes foram identificados na análise de amostras específicas. Nesse sentido, pesquisa com usuárias abusivas de álcool de baixa renda internadas consecutivamente em hospital psiquiátrico, indicou maior prevalência de alcoolismo entre mulheres pretas e pardas quando comparadas as taxas de distribuição por cor das pacientes do estudo com as respectivas taxas da população feminina da região pesquisada (município de Marília, estado de São Paulo). (Borini et al, 2000). Também nessa direção, dados sobre a composição por raça da população de um hospital psiquiátrico do Rio Grande do Sul – conforme relatórios dos anos 1886, 1897, 1899, 1907, 1913 e 1921 – revelaram que o número de mulheres pretas e pardas sempre superou o de homens, enquanto o de mulheres brancas sempre ficou abaixo deles:

Em 1896, por exemplo, enquanto o percentual de internos de cor “branca” distribuía-se em 68% de homens e 38% de mulheres, entre os internos de cor “preta” a distribuição era de 49% de homens para 51% de mulheres e, entre os de cor “parda”, 46% de homens e 54% de mulheres. Já em 1913, estas diferenças percentuais se acentuam: enquanto, entre os internos de cor “branca”, 55% são homens e 45% são mulheres, entre os de cor “preta” apenas 43% são homens e 57% são mulheres, distribuição quase igual à que ocorria entre os indivíduos considerados de cor “parda”: 44% de homens e 56% de mulheres. (Wadi, 2006, p. 76).

Para Wadi (2006), a análise desses dados confirma a posição absolutamente inferior das mulheres pretas e pardas na escala de internação manicomial, “o que quase sempre as levou a um destino trágico, a morte, não bastasse a própria tragédia do internamento como loucas.” (p. 76).

Do mesmo modo, pesquisa realizada com mulheres usuárias de drogas de um serviço de atenção primária à saúde, que objetivou analisar a relação entre violência (sexual, física e psicológica) perpetrada pelo parceiro íntimo contra a mulher e o uso de drogas, indicou que, em relação à raça/etnia, as mulheres pretas e pardas apresentavam frequência de episódios de violência superior ao perfil da população feminina geral. (Silva, V. N., 2008). A maior presença de mulheres negras em relação às mulheres brancas, tanto como pacientes psiquiátricas de baixa renda, quanto como usuárias do serviço público de saúde em situação de violência, é condizente com os dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) de 2013, que indicam que mulheres negras, jovens e pobres são as maiores vítimas da violência doméstica no Brasil. Esse estudo indicou que entre 2009 e 2011 o Brasil registrou 16,9 mil feminicídios, ou seja, “mortes de mulheres por conflito de gênero, especialmente em casos de agressão perpetrada por parceiros íntimos”, sendo que 61% dos óbitos registrados



foram de mulheres negras. (Garcia et al, 2014).

### **2.1.2.3 Perfil etário**

Quando a faixa etária foi considerada, entre as usuárias adolescentes, a maconha foi a primeira droga ilícita consumida, havendo maior prevalência de uso de benzodiazepínico na vida. (Giusti, 2004; Morihisa, 2006). Álcool, tabaco, inalantes e anfetaminas foram substâncias de uso prevalente entre as estudantes de ensino médio, cabendo ressaltar que o consumo de drogas foi maior entre estudantes de maior faixa etária e entre os que estudam no período noturno. (Sanceverino & Abreu, 2004).

Entre os estudos que tiveram na amostra mulheres entre 50 e 69 anos, a maioria das usuárias possuía baixa escolaridade, nível sócio-econômico baixo e vivia sem companheiro. (Almeida, Coutinho & Pepe, 1994; Moraes & Reichenheim 2007; Ribeiro, 2001). Esse dado corresponde ao que foi analisado anteriormente, quando dissemos que 62,9% das mulheres trabalhadoras brasileiras chefes de família tinham mais de 40 anos, 50,6% delas não tinham cônjuge e 21,9% estavam inseridas em trabalhos informais (IBGE, 2014), contingências associadas ao uso abusivo de drogas.

### **2.1.2.4 Estado civil**

Quando o estado civil foi considerado, alguns estudos indicaram que as mulheres usuárias de drogas eram casadas e tinham até três filhos. (Borini et al, 2000; Chaves & Souza, 1997; Esper et al, 2013; Menezes, 2006). Outros estudos apontaram que as mulheres eram, em sua maioria, solteiras/sem companheiro (Brasiliano & Hochgraf, 2006; Canazaro & Argimon, 2010; Elbreder et al, 2008; Elbreder, Silva & Laranjeira, 2010; Moraes & Reichenheim 2007; Pinheiro, Laprega & Furtado, 2005; Ribeiro, 2001; Souza et al, 2008; Zampieri, 2007), não havendo resultado conclusivo a esse respeito. Em nenhum estudo houve especificação acerca da orientação sexual das mulheres pesquisadas, sendo que somente um deles destacou que a maioria da amostra era composta por mulheres heterossexuais. (Brasiliano & Hochgraf, 2006). Tal padrão no modo de conceber as relações afetivas e parcerias sexuais na condução das pesquisas neste campo já foi identificado anteriormente nesta pesquisa e produz como efeito o aprofundamento da hegemonia heteronormativa, ao mesmo tempo em que é produzido por ela.

De modo geral, os estudos catalogados no trabalho de revisão possibilitaram a

identificação de um perfil sócio-demográfico das mulheres usuárias de drogas constituído por adultas, que se auto-declaram brancas, vivem sem companheiro e têm alguma prática religiosa, sendo o catolicismo e o espiritismo as orientações religiosas mencionadas com maior frequência.

### **2.1.3 Danos decorrentes do uso/abuso de drogas**

Entre os 142 trabalhos científicos catalogados, os danos decorrentes do uso/abuso de drogas foram discutidos em 38 artigos, teses e dissertações, o que corresponde a 26,8% dos trabalhos analisados. As descrições e análises que se seguem referem-se a esta categoria.

#### **2.1.3.1 Exposição à violência de gênero**

A violência de gênero foi identificada nos trabalhos catalogados como diretamente associada ao uso abusivo de drogas. Nesse sentido, estudo que analisou denúncias de violência familiar nas delegacias da mulher no município de São Paulo (Augusto, 2010) identificou que, na maioria das situações de violência, o agressor havia consumido álcool e/ou outra droga. A revisão bibliográfica também evidenciou que as vítimas da violência, seja ela sexual, física, psicológica ou patrimonial, eram quase sempre mulheres (Oliveira, J. B., 2007; Santos, N. J. S. et al, 2009; Souza, Lima & Santos, 2008; Trigueiro & Labronici, 2011). As explicações para a ocorrência da violência de gênero, contudo, se restringiram nos estudos à nomeação das mudanças neuroquímicas e alterações nas funções cognitivas decorrentes do uso de substâncias, que suscitariam comportamentos agressivos tanto nos agressores quanto nas vítimas (Almeida, Pasa & Scheffer, 2009). Assim, como já analisado anteriormente, não encontramos nos estudos catalogados nenhum tipo de discussão acerca das hierarquias de gênero e da posição de subalternidade atribuída à mulher, que institui e justifica a violência de gênero numa cultura heteronormativa.

#### **2.1.3.2 Envolvimento com o tráfico de drogas e outros crimes**

O envolvimento com o tráfico de drogas e outros crimes também foi mencionado nas pesquisas como dano decorrente do uso/abuso de drogas. Nos estudos sobre mulheres encarceradas, por exemplo, identificou-se que a maioria delas se encontrava presa devido ao uso e tráfico de drogas (Biella, 2007; Costa, G. de M. et al, 2012; Cruz, 2012; Giordani, 2000;

Mauá & Baltieri, 2012). Também em estudo cuja amostra foi composta por gestantes usuárias de crack, admitidas para desintoxicação numa unidade de internação psiquiátrica, foi identificado que comportamentos de risco para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), altas taxas de HIV e sífilis, elevado uso de outras drogas e envolvimento em atividades ilegais faziam parte do que foi chamado pelos autores de “estilo de vida caótico” das mulheres que participaram da pesquisa. (Costa G. de M. et al, 2012). Quanto a esse rótulo, cabe assinalar que mulheres gestantes usuárias de drogas são frequentemente duramente condenadas por colocarem em risco a vida e saúde do feto/bebê. Considerações específicas a esse respeito serão feitas mais adiante.

### **2.1.3.3 Infecções por doenças sexualmente transmissíveis**

Infecções por DST e AIDS também foram identificadas nos estudos como danos decorrentes do uso/abuso de drogas. Nesse sentido, alguns estudos (Costa G. de M. et al, 2012; Oliveira, Nascimento & Paiva, 2007; Santos, N. J. S. et al, 2009) indicaram que entre mulheres com diagnóstico de HIV/AIDS verificou-se frequência alta de uso de drogas e ocorrência de DST. Outro estudo apontou que mulheres HIV positivas tiveram a participação do parceiro sexual em sua iniciação com drogas injetáveis (Cintra et al, 2006). Também em estudo cuja amostra foi composta somente por mulheres, identificou-se que, independentemente do tipo de droga e modalidade de uso, o consumo de drogas e a convivência afetivo-sexual com outros usuários constituíam situações vulneráveis para a infecção pelo HIV (Oliveira, Nascimento & Paiva, 2007). Entre as mulheres encarceradas foi identificado que as mesmas mostravam conhecimento simples e às vezes ingênuo sobre sexualidade, sexo, DST/AIDS e drogas, não adotando práticas de autocuidado para lidar com comportamentos de risco, tendo ainda sido consideradas promíscuas e bissexuais (Giordani, 2000), como se esses dois fatos estivessem associados. Cabe ressaltar ainda que, de modo geral, os estudos que relataram envolvimento de mulheres com a prostituição, em que se tinha troca de sexo por droga, frequentemente incluíam a infecção por DST/AIDS como dano associado. (Cintra et al, 2006; Costa G. de M. et al, 2012; Giordani, 2000).

### **2.1.3.4 Co-morbidades clínicas**

Diversas doenças foram mencionadas nos trabalhos catalogados como danos decorrentes do uso/abuso de drogas, em especial: infecções, artrites, hipertensão arterial,

cirrose hepática e pancreatite crônica (Dantas, 1985; Lins et al, 2010). Também foi identificada a presença de níveis altos de alumínio sérico entre usuários de crack, no entanto, não foi possível associar de forma conclusiva a presença desses altos índices ao uso de latas de alumínio (Pechansky et al, 2007). Em um dos trabalhos catalogados foi registrada a presença de traumatismo dentário entre adolescentes que consumiam bebidas alcoólicas e substâncias ilícitas. O traumatismo dentário, contudo, não foi identificado como um dano direto do uso das substâncias (Jorge, 2010) mas, sim, como um efeito secundário, provocado por quedas, brigas e outros eventos.

#### **2.1.3.5 Danos à organização da vida pessoal/social**

Adolescentes de ambos os sexos apresentaram dificuldades no campo da memória autobiográfica, indicando possíveis alterações cognitivas e linguísticas (Oliveira, C. C. C., 2007) decorrentes do uso/abuso de drogas. Também foi marcante para esse público o impacto das drogas nos processos de socialização e busca de novos conhecimentos (Oliveira, C. C. C., 2007), associado à baixa qualidade de vida (Menezes, 2006) e atraso escolar (mais presentes entre adolescentes do sexo masculino), e ruptura de laços familiares, tentativas de suicídio e depressão (mais presentes entre o sexo feminino) (Giusti, 2004). Novamente, cabe aqui um apontamento, já feito anteriormente, sobre o fato de às mulheres ser mais freqüente a atribuição de danos relacionados ao âmbito familiar e subjetivo, enquanto que entre os homens os danos relacionam-se mais frequentemente ao comprometimento de atividades desenvolvidas no âmbito público. Tais análises parecem ser articuladas no interior de uma norma de gênero que institui modos de vida, produtividade e adocimento específicos a homens e mulheres. Desse modo, atribuindo sentidos fixos no interior de uma cadeia discursiva, hierarquias de gênero são produzidas e mantidas, produzindo inteligibilidade às análises e práticas profissionais do campo.

#### ***2.1.4 Estudos comparativos intergêneros***

Estudos comparativos intergêneros foram encontrados em 29 (20,4%) dos 142 trabalhos catalogados na revisão bibliográfica, constituindo uma categoria de análise bastante significativa para o trabalho em questão.

Revisão bibliográfica realizada por Fachini e Furtado (2012) identificou que a taxa de consumo de drogas é mais alta entre os homens (Fachini & Furtado, 2012), ainda que alguns

estudos tenham identificado uma diminuição desta diferença entre os sexos. (Oliveira, Nascimento & Paiva, 2007). Nesse sentido, evidenciou-se que o uso de medicamentos, mais especificamente benzodiazepínicos, estimulantes e orexígenos, já é predominante entre as mulheres e, em algumas comunidades específicas, o consumo de crack por mulheres, especialmente entre aquelas que se dedicam ao trabalho com o sexo, vem se expandindo, superando as taxas apresentadas pelos homens. (Oliveira, Nascimento & Paiva, 2007).

#### **2.1.4.1 Diferenças intergêneros em amostras de adolescentes**

Estudo realizado com adolescentes identificou que inalantes, maconha, tranqüilizantes e anfetaminas foram as substâncias mais consumidas por adolescentes de ambos os sexos, enquanto os sedativos foram mais consumidos pelas mulheres e a cocaína mais consumida pelos homens (Sanceverino, Abreu, 2004). Outro estudo realizado com amostra de adolescentes mostrou o tabagismo mais prevalente entre meninas e o consumo de bebidas alcoólicas maior entre meninos (Horta et al, 2007). Outros estudos, contudo, não encontraram diferenças significativas entre os gêneros quanto ao uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas (Malbergier, 2012), tendo sido ressaltado que o consumo dessas substâncias entre os/as adolescentes da amostra pesquisada acompanhou a tendência mundial no que se refere à equiparação do uso de drogas entre os gêneros (Malbergier, 2012).

Ainda sobre o uso de drogas entre adolescentes, estudo que objetivou analisar a relação entre uso de drogas e prática de atividade física identificou que os maiores índices de uso de quase todas as drogas foram encontrados em amostras masculinas, à exceção do uso de medicamentos ansiolíticos e sedativos, que foram identificados predominantemente entre as amostras femininas (Matos, 2010). Ao serem investigados os/as adolescentes usuários/as de drogas em situação de tratamento, também foi identificado, como em outros estudos, que as mulheres apresentavam maior uso de benzodiazepínicos<sup>3</sup> (Giusti, 2004).

Por fim, estudo que objetivou pesquisar sobre a rede de apoio social entre jovens usuários de drogas e em vulnerabilidade social ressaltou que as meninas relataram ter mais apoio e mais amizades na escola, enquanto os meninos apontaram que encontravam mais apoio na comunidade e entre amigos do bairro e da rua (Costa, 2009). Sobre o apoio para cessar o uso de drogas, as garotas relataram o apoio de pares, enquanto os garotos apontaram que tentaram parar sem a ajuda de outros (Costa, 2009). Novamente, evidencia-se nas

---

<sup>3</sup> Discussão acerca do uso de benzodiazepínicos como um dispositivo disciplinar será realizada mais adiante, quando da análise das narrativas das mulheres entrevistadas em nossa pesquisa de campo.

mulheres mais suporte no âmbito privado, na escola e entre pares, e nos homens, no âmbito público, com maior identificação com ideais de autossuficiência, produção resultante de padrões heteronormativos de conduta social.

#### **2.1.4.2 Diferenças intergêneros em amostras de estudantes universitários**

Quando a amostra foi composta por estudantes universitários, os homens apresentaram maior índice de uso problemático de álcool do que as mulheres (Fachini, 2009). Estes estudos também identificaram que os homens são mais propensos a se envolverem na utilização perigosa de esteróides anabólicos androgênicos do que as mulheres, e que estas, quando apresentam idade maior do que 34 anos, estão mais propensas a utilizarem e sem envolverem no uso perigoso de anfetaminas (Andrade et al, 2012). Outro estudo, sobre o uso de moderadores de apetite entre estudantes da área da saúde, também identificou que o consumo de anorexígenos foi prevalente nas mulheres, especialmente entre as estudantes de enfermagem e nutrição (Zubaran & Lazzaretti, 2013). A existência de um ideal estético que associa magreza à saúde pode ser uma das explicações para o alto consumo de anorexígenos entre as estudantes da área da saúde, acrescentado o fato de esta ser uma população com acesso facilitado a estes medicamentos.

#### **2.1.4.3 Diferenças intergêneros em amostras de usuários de serviços públicos de saúde**

Estudo realizado com uma amostra de pacientes de um serviço público de atenção à saúde de usuários de drogas identificou que, ao se analisar a carreira moral<sup>4</sup> de homens e mulheres alcoolistas e seus efeitos na construção das diferenças e semelhanças de gênero, o drama da mulher alcoolista integra a tensão entre questões de âmbito privado e consumo de álcool; já entre os homens alcoolistas, esse drama se apresenta como o conflito entre o consumo de álcool e a adequação a um perfil masculino associado à noção de homem provedor (Alzuguir, 2009). Tais concepções alinham-se aos padrões heteronormativos analisados anteriormente e trazem mais elementos para a composição de suas nuances no campo da saúde.

Resultado relevante também foi encontrado num estudo da década de 80 que objetivou

---

<sup>4</sup> Goffman (1988) define o conceito de carreira moral como o processo de ajustamento social do estigmatizado a partir de uma sequência padronizada de mudanças na concepção do seu eu, e aponta para a semelhança que existe na carreira moral das pessoas que possuem um mesmo estigma. Tal processo obedece a fases, possui variações e é afetado por diversos elementos.

analisar prontuários de pacientes internados no Hospital das Clínicas de Porto Alegre em busca de informações sobre o consumo de álcool e problemas a ele relacionados (Pechansky, Soilbelman & Gus, 1989). A análise dos prontuários identificou uma diferença relevante no que se refere à qualidade das informações relatadas, quando comparados os prontuários de mulheres e de homens: a maioria dos prontuários sem referência eram de mulheres e os que possuíam alguma referência, não traziam nenhum caso considerando uso problemático de álcool entre as mulheres. Quanto a isso, os autores apontaram que a falta de conhecimento e registro do uso de álcool no prontuário de mulheres resulta de um preconceito no modo como o tema é abordado na área da saúde, sendo o uso de substâncias ainda visto como algo eminentemente masculino.

Ainda sobre amostras de usuários do serviço público de saúde, os estudos apresentaram que as mulheres iniciam a ingestão de álcool tardiamente, quando comparadas aos homens, e têm instalação mais rápida do padrão de uso dependente (Simão et al 1996). Quanto ao padrão de abstinência, foram encontrados perfis semelhantes para homens e mulheres.

Outro estudo com amostra de usuários do serviço público de saúde apontou que o alcoolismo não faz distinção de sexo, idade e classe social (Marques, Mota & Filho, 2006). Esta conclusão, contudo, soa contraditória, se considerarmos as diferenças intergêneros identificadas nos estudos relatados anteriormente. No que se refere à classe social, especificamente, embora haja usuários de drogas em todos os estratos sócio-econômicos, o modo como sujeitos de classes distintas são afetados pelo uso que fazem de drogas é desigual. Nesse sentido, frequentemente, usuários de classes populares são marginalizados e sofrem as sanções advindas do dispositivo da criminalização<sup>5</sup>, 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. Além disso, gozam do privilégio de poderem acessar mais facilmente os serviços de saúde e da justiça, quando ocorrem excessos.

Especialmente entre os jovens de camadas populares, o uso de drogas encontra-se muitas vezes associado a condições de vulnerabilidade social, pobreza e violação de direitos, o que torna esta prática mais desagregadora do que em outros contextos. Desse modo, o uso abusivo de drogas muitas vezes se apresenta para esses jovens como a parte final de uma cadeia de outras negações cotidianas de direitos, como a falta de acesso à educação, cultura, lazer, saúde, etc. (Queiroz, Diniz & Nogueira, 2014, p. 06).

---

<sup>5</sup> Os dispositivos de criminalização e medicalização serão discutidos mais à frente, quando da discussão sobre uso de drogas, redução de danos e autonomia do corpo.

#### **2.1.4.4 Diferenças intergêneros relativas às co-morbidades psiquiátricas**

Estudos comparativos intergêneros que consideraram a presença de co-morbidades psiquiátricas identificaram que mulheres tabagistas graves apresentam mais sintomas de depressão, enquanto os homens apresentam mais sintomas de ansiedade (Castro et al, 2008). Nos estudos que analisam as tentativas de suicídio sob efeito de drogas, houve prevalência de mulheres (quando comparados os gêneros) e adolescentes (quando comparadas as faixas etárias) (Diehl & Laranjeira, 2009). Associando depressão e padrão de consumo de álcool segundo o gênero, estudos identificaram que a associação entre depressão e uso de álcool é diferente entre os gêneros (Prado et al, 2012). Entre os homens a depressão decorre mais frequentemente dos episódios de *binge drinking* e dos problemas derivados do próprio uso do álcool; entre as mulheres, a depressão decorre da convivência com companheiro com problemas relacionados ao uso de álcool (Prado et al, 2012). Nota-se a presença de sintomas depressivos em mulheres mais associada a aspectos relacionais e em homens aos efeitos inerentes ao uso da substância, o que novamente revela a atribuição de posições específicas a homens e mulheres, quais sejam, aquelas derivadas de uma inserção diferenciada nos domínios do público e do privado. Mais adiante, ao tratar das co-morbidades psiquiátricas associadas ao uso de drogas, voltaremos a essa discussão.

Nos estudos realizados com usuários de drogas injetáveis, foi identificado que as mulheres são frequentemente iniciadas por parceiros sexuais na obtenção da droga, seringa e no ato da injeção (Cintra et al, 2006). As mulheres que compuseram a amostra deste estudo relataram significativamente mais parcerias sexuais regulares, menos eventuais, maior uso de drogas injetáveis com parceiros e “troca” de sexo por drogas (Cintra et al, 2006). Entre os soropositivos da amostra, as mulheres apresentaram menor escolaridade, maior chance de contar com a participação de parceiro sexual na iniciação do uso de drogas injetáveis, além de relatarem de modo mais frequente o uso desse tipo de droga por seus parceiros sexuais (Cintra et al, 2006). Não houve associação relevante entre gênero e soropositividade nas amostras pesquisadas (De Boni & Pechansky, 2002).

#### **2.1.4.5 Diferenças intergêneros relativas à caracterização sócio-demográfica dos/as usuários/as**

No que se refere à caracterização sócio-demográfica, sobre padrão de uso dependente de álcool entre homens e mulheres, estudo sobre a população adulta do estado de São Paulo



identificou que o consumo abusivo entre os homens apresenta relação inversa à faixa etária e associação direta à menor escolaridade e ao tabagismo, ou seja, a proporção do consumo abusivo é maior em homens mais novos, com escolaridade até três anos de estudo, tabagistas ou ex-tabagistas (Guimarães et al, 2010). Entre as mulheres, por sua vez, o consumo abusivo de álcool relaciona-se diretamente à escolaridade e ao tabagismo, bem como a situações conjugais sem companheiros, ou seja, a porcentagem de consumo abusivo é maior entre mulheres sem companheiros, tabagistas e com 12 anos ou mais de estudo. (Guimarães et al, 2010). O mesmo estudo ainda ressaltou que a dependência de álcool entre os homens associa-se diretamente ao fato de não exercer atividade de trabalho. Cabe ressaltar que, neste estudo, esta mesma associação não esteve presente na análise dos dados relativos às mulheres.

Já em estudo com dependentes de álcool que procuraram tratamento em um centro especializado identificou-se que as mulheres, quando comparadas aos homens, encontravam-se mais desempregadas e sem companheiro, e apresentavam maior nível educacional. Além disso, iniciaram o consumo de álcool tardiamente, consumiram mais bebidas fermentadas, precisaram menos de programa de desintoxicação alcoólica ambulatorial, manifestaram menos co-morbidades psiquiátricas e utilizaram com menor frequência medicamentos coadjuvantes no decorrer do tratamento (Elbreder, Silva & Laranjeira, 2010). Um único estudo, contudo, indicou que menor nível de escolaridade foi encontrado entre as mulheres e a iniciação das mesmas se deu a partir dos maridos e/ou companheiros, enquanto a dos homens se deu através de amigos, conforme já apontado anteriormente. (Simão et al, 1996).

Resumindo, os estudos identificaram que o consumo abusivo de álcool entre os homens é maior entre os mais novos e com escolaridade baixa (até três anos de estudo) e, entre as mulheres, é maior entre aquelas sem companheiros e com 12 anos ou mais de estudo. Ressalta-se ainda que a dependência de álcool entre os homens e mulheres associa-se diretamente ao fato de não exercer atividade de trabalho. Tais constatações confirmam as análises realizadas acima, sobre as contingências associadas ao uso abusivo de drogas.

#### **2.1.4.6 Diferenças intergêneros de origem biológica**

Sobre as diferenças intergêneros de origem biológica, foram encontrados estudos que apontaram o “beber feminino” como algo mais danoso do que o “beber masculino” devido a algumas especificidades biológicas das mulheres. De acordo com esses estudos, o corpo da mulher absorve cerca de duas vezes mais a mesma dose de álcool ingerida pelo homem, uma vez que as mulheres têm maior quantidade de tecido adiposo, menor massa muscular, menor

volume de água corpóreo, menor quantidade de enzimas metabolizadoras do álcool, além de variações do metabolismo e flutuações hormonais próprias (Silva, M. G. B., 2012; Zampieri, 2007). Aqui, cabe ressaltar que grande parte da vigilância e tutela dirigidas às mulheres é justificada a partir desses argumentos biológicos, que as tornam sujeitos supostamente incapazes de autonomia sobre o próprio corpo.

### ***2.1.5 Uso/abuso de drogas e co-morbidades psiquiátricas associadas***

A associação entre uso/abuso de drogas e co-morbidades psiquiátricas foi discutida em 23 artigos, teses e dissertações, o que corresponde a 16,2% dos 142 trabalhos catalogados. As descrições e análises que se seguem referem-se a esta categoria.

Trabalho que teve como objetivo verificar as prevalências de transtorno mental auto-avaliado, bem como de uso de drogas entre estudantes universitários, identificou que, entre 1.290 estudantes, 58% possuíam algum tipo de transtorno mental auto-avaliado; 27% faziam uso de drogas e 24% faziam uso abusivo de álcool (Neves, 2007). O estudo também apontou que as mulheres relataram maior sofrimento mental subjetivo, bem como maiores dificuldades psicossociais (interpessoais e ambientais) auto-percebidas. Já os homens relataram maior uso abusivo de álcool, bem como maior envolvimento em comportamentos de risco, como beber e/ou usar drogas e ter relação sexual com parceiro(a) desconhecido(a), e beber e/ou usar drogas e dirigir (Neves, 2007). Novamente, evidencia-se o padrão heteronormativo de gênero, com as mulheres mais identificadas ao sofrimento subjetivo, derivado das relações interpessoais, e os homens às dificuldades resultantes do envolvimento em comportamentos de risco. Tal padrão será analisado mais adiante, ainda na discussão dessa categoria.

#### **2.1.5.1 Transtornos depressivos e tentativas de suicídio**

Estudo que buscou descrever as características clínicas de mulheres em tratamento em serviço psiquiátrico ambulatorial devido ao abuso de álcool a partir da análise de prontuários identificou a presença de co-morbidades psiquiátricas em 70,3% delas. Dentre as co-morbidades identificadas a depressão apareceu em 40,7% dos prontuários, seguida dos transtornos de personalidade (14,8%), transtornos de ansiedade (11,1%) e psicose (3,7%) (Esper et al, 2013). Outro estudo, que buscou investigar a relação entre o consumo de álcool e problemas emocionais entre gestantes, apontou que gestantes usuárias abusivas ou dependentes de álcool apresentavam maior intensidade de sofrimento emocional associado à

depressão e ansiedade (Pinheiro, Laprega, Furtado, 2005).

Estudos epidemiológicos que objetivaram descrever as tentativas de suicídio e o uso abusivo ou dependente de substâncias (Diehl & Laranjeira, 2009), e caracterizar as tentativas de suicídio entre adolescentes e substâncias utilizadas (Marcondes Filho et al, 2002), apresentaram que a maioria das tentativas de suicídio se deram mediante a ingestão de medicamentos (Diehl & Laranjeira, 2009; Marcondes Filho et al, 2002), praguicidas (Marcondes Filho et al, 2002) e uso de álcool e drogas ilícitas nas seis horas anteriores à tentativa (Diehl & Laranjeira, 2009). Dentre os casos analisados, 10% apresentaram dependência de substâncias (Diehl & Laranjeira, 2009) e 67% triagem positiva para depressão (Marcondes Filho et al, 2002). É relevante ressaltar que os dois estudos apresentaram a prevalência de tentativas de suicídio em mulheres.

Estudo sobre co-morbidades psiquiátricas presentes em adolescentes com transtornos por uso de drogas atendidos em um hospital universitário apontou que 24,1% dos jovens apresentavam depressão e 9,6% foram diagnosticados com transtorno de conduta, sendo que os meninos apresentaram prevalência maior que as meninas para esse transtorno. (Morihisa, 2006). Outro estudo com adolescentes usuários de drogas em tratamento, que teve como objetivo verificar diferenças entre os gêneros apresentou, a respeito das co-morbidades, os seguintes resultados: entre os adolescentes do sexo masculino houve o diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e transtorno de conduta (Giusti, 2004) e entre as adolescentes houve a prevalência de transtorno depressivo maior e tentativa de suicídio (Giusti, 2004).

Por fim, estudo que procurou verificar as características clínicas de mulheres encarceradas identificou um elevado número de relatos de problemas de saúde física e psicológica, com alta prevalência de sintomas depressivos e uso abusivo/dependência de álcool e drogas (Canazaro & Argimon, 2010). Cabe mencionar que as autoras ressaltaram que os sintomas depressivos e o envolvimento com as drogas foram desencadeados quando as mulheres ainda estavam em liberdade, não sendo decorrentes do encarceramento. (Canazaro & Argimon, 2010).

### **2.1.5.2 Transtornos de ansiedade**

Trabalho que buscou avaliar a associação entre sintomas de ansiedade e depressão entre mulheres e homens tabagistas e o seu grau de dependência à nicotina, identificou que, entre os homens, apenas os sintomas de ansiedade se associaram ao grau de dependência à

nicotina (Castro et al, 2008). Já entre as mulheres, tanto os sintomas de ansiedade como os de depressão estiveram associados com a gravidade da dependência à nicotina (Castro et al, 2008).

Sobre a dependência de ansiolíticos em mulheres, estudo realizado com mulheres usuárias de ansiolíticos de um serviço público de saúde de Natal apontou que a frequência da utilização desses medicamentos estava relacionada, para a maioria das mulheres da amostra, a algum tratamento já iniciado e que necessitava de acompanhamento clínico, como é o caso, por exemplo, do quadro de hipertensão (Carvalho & Dimenstein, 2004). O estudo ressalta ainda que os ansiolíticos aparecem como um importante recurso utilizado pelos médicos para o tratamento de quadros clínicos, sendo usado com bastante frequência com o intuito de controlar o estado emocional das mulheres<sup>6</sup>. (Carvalho & Dimenstein, 2004).

### **2.1.5.3 Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)**

Estudo que visou determinar a frequência de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) entre mulheres encarceradas e sua relação com o uso de drogas na prisão relatou que o TEPT estava presente em 40,3% das 134 mulheres avaliadas, sendo que todas elas também apresentavam algum grau de depressão (Quitete et al, 2012). Este estudo ainda apontou que mais da metade das mulheres da amostra (53%) relataram uso diário de drogas ilícitas na prisão (Quitete et al, 2012). Outro estudo, que também objetivou verificar a ocorrência de TEPT, agora em uma amostra de mulheres dependentes de crack, identificou que, dentre as 99 mulheres pesquisadas, 86,9% estiveram expostas a algum trauma, como ameaça à vida ou integridade física, agressão/abuso sexual, agressão/abuso físico, ser vítima de crime violento ou testemunhar evento traumático ocorrido com terceiros (Tractenberg et al, 2012), tendo sido identificado o TEPT em 15,1% das participantes. Ainda sobre TEPT em mulheres dependentes de crack, estudos apontam que os traumas ocorridos durante a infância e adolescência associam-se a um início de uso de drogas em idade mais precoce, quando comparado a traumas ocorridos em idade adulta (Tractenberg et al, 2012).

### **2.1.5.4 Transtornos alimentares**

Estudo com mulheres com transtornos alimentares dependentes de drogas identificou

---

<sup>6</sup> Voltaremos à discussão sobre o uso de ansiolíticos como dispositivo disciplinar mais adiante, quando da análise das narrativas das mulheres entrevistadas em nossa pesquisa de campo.

que as mesmas, quando comparadas a mulheres dependentes sem transtorno alimentar, tiveram problemas com drogas mais precocemente e apresentaram uso mais severo das substâncias (Brasiliano & Hochgraf, 2006).

Em resumo, os estudos que investigaram a associação entre uso/abuso de drogas e comorbidades psiquiátricas apontaram que, de modo geral, mulheres usuárias de drogas costumam apresentar de forma associada quadros de depressão, ansiedade e TEPT. Além disso, enquanto os homens relataram maior comportamento de risco decorrente do uso de drogas, as mulheres relataram maior sofrimento mental subjetivo e maiores dificuldades interpessoais e ambientais. Evidencia-se, assim, que às mulheres é dada uma posição fundamentada prioritariamente no campo do privado, dos fenômenos subjetivos, vinculados às relações interpessoais.

Tal posição reforça a norma de que cabe às mulheres a responsabilidade pelo cuidado dos outros como prática contrária ao cuidado de si, desse modo, parece haver a constituição de uma percepção de sofrimento subjetivo quando o domínio das práticas de cuidado do outro, especialmente no campo do privado, não encontram-se em ordem. Assim, a saúde dos filhos, sua boa educação, o progresso da família, a organização do lar, são questões assumidas como essenciais à vida da mulher. Foucault (2004a), ao analisar a ética do cuidado de si como prática de liberdade discute o modo como o cuidado de si, compreendido como o “conduzir-se bem”, passou de uma prática que, nos gregos, relacionava-se a praticar adequadamente a liberdade, ocupando-se de si mesmo e dominando em si os apetites, para se tornar algo “suspeito”:

Ocupar-se de si foi, a partir de um certo momento, denunciado como uma forma de amor a si mesmo, uma forma de egoísmo ou de interesse individual em contradição com o interesse que é necessário ter em relação aos outros ou com o necessário sacrifício de si mesmo. Tudo isso aconteceu durante o cristianismo, mas não diria que foi pura e simplesmente fruto do cristianismo. A questão é muito mais complexa, pois no cristianismo buscar sua salvação é também uma maneira de cuidar de si. Mas a salvação no cristianismo é realizada através da renúncia a si mesmo. Há um paradoxo no cuidado de si no cristianismo, mas este é um outro problema. (Foucault, 2004a, p. 268).

O que se quer problematizar aqui é a possibilidade do uso de drogas em mulheres relacionar-se diretamente ao distanciamento das mesmas desse padrão hegemônico de sucesso e adequação na esfera do feminino. Assim, se o cuidado do outro como padrão hegemônico falha, o uso de drogas parece assumir o lugar de um remédio para o fracasso vivido; por outro lado, de modo mais afirmativo, para que essa norma falhe, as drogas podem se constituir como facilitadoras de um processo de questionamento e ato político, dentro do que aqui denominamos como prática de liberdade. Para Foucault (2004a),

Já que, para os gregos, liberdade significa não-escravidão, o problema já é inteiramente político. Ele é político uma vez que a não-escravidão em relação aos outros é uma condição: um escravo não tem ética. A liberdade é, portanto, em si mesma política. Além disso, ela também tem um modelo político, uma vez que ser livre significa não ser escravo de si mesmo nem dos seus apetites, o que implica estabelecer consigo mesmo uma certa relação de domínio, de controle, chamada de *arché* – poder, comando. (Foucault, 2004a, p. 270).

Tratar-se-ia, assim, de uma prática refletida – ou ética – da liberdade. Para Foucault (2004a), a ética como prática racional da liberdade gira em torno de um imperativo fundamental: “cuida-te de ti mesmo”, que implica a assimilação das “verdades”:

Não é possível cuidar de si sem se conhecer. O cuidado de si é certamente o conhecimento de si – este é o lado socrático-platônico –, mas é também o conhecimento de um certo número de regras de conduta ou de princípios que são simultaneamente verdades e prescrições. Cuidar de si é se munir dessas verdades: nesse caso a ética se liga ao jogo da verdade. (Foucault, 2004a, p. 269).

Voltando às mulheres usuárias de drogas e à sua recorrente percepção de sofrimento subjetivo vinculado ao âmbito das relações interpessoais, poderíamos pensar como possibilidade de relativização dessa posição o que propõe a ética do cuidado de si como prática de liberdade, ato político que se dá através do conhecimento de si e que implica também em relações complexas com os outros, uma vez que esse *êthos* da liberdade é também uma maneira de cuidar dos outros. (Foucault, 2004a). Voltaremos a essa discussão mais adiante, nas considerações finais desta tese.

## **2.1.6 Padrões de uso de drogas**

O padrão de uso de drogas foi discutido em 21 artigos, teses e dissertações, o que corresponde a 14,8% dos 142 trabalhos catalogados. As descrições que se seguem referem-se a esta categoria.

### **2.1.6.1 Padrão de consumo entre usuárias de serviços de saúde**

Estudo que objetivou avaliar o padrão de consumo de álcool de usuários de um serviço de atenção primária à saúde a partir do instrumento de rastreamento AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)<sup>7</sup> identificou que 18,3% das 921 pessoas que compuseram a

---

<sup>7</sup> O AUDIT é um instrumento desenvolvido pela OMS para a identificação de transtornos pelo uso de álcool em cuidados primários. Sua importância clínica e para a pesquisa repousa no fato de que é capaz de identificar transtornos em estágios iniciais ou, ainda, o risco de desenvolver transtornos, sendo diferente de outros

amostra encontravam-se na faixa de uso de risco, 77,9% faziam uso de baixo risco ou eram abstêmios e 3,8% estavam na faixa que indicava dependência de álcool. De modo geral, os homens apresentaram comportamento de risco em maior frequência do que as mulheres, sendo este mais prevalente na faixa etária dos 38 aos 47 anos de idade. (Magnabosco, Formigoni &, Ronzani, 2007).

Trabalho que buscou conhecer a relação entre ingestão frequente de bebidas alcoólicas e aparecimento de sinais e sintomas de doenças orgânicas decorrentes do uso em mulheres tratadas no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto identificou que o tempo de ingestão de bebidas prévio ao aparecimento de pancreatite crônica era de  $15,92 \pm 7,15$  anos, para o aparecimento de cirrose hepática era de  $14,62 \pm 8,70$  anos, e para outras doenças era de  $13,24 \pm 9,58$  anos (Dantas, 1985). O autor ressaltou que, ao serem comparadas com homens da mesma população as mulheres apresentavam uma média de tempo de alcoolismo antes do aparecimento de cirrose hepática menor: homens (21,10 anos); mulheres (14,62 anos) (Dantas, 1985).

Estudo sobre caracterização do padrão de intoxicação de mulheres atendidas em um hospital por abuso de álcool identificou que os destilados eram a principal bebida utilizada pelas mulheres que participaram da amostra e que a ingestão de álcool era mais frequente no período noturno (Oliveira et al, 2012).

Estudo que objetivou identificar padrões de consumo de álcool entre 202 gestantes cadastradas num serviço de pré-natal na região sul do Brasil identificou que 3,9% delas relataram consumir mais de 56 gramas de álcool por semana e 2,5% relataram consumir mais de 29 gramas de álcool por semana (Gouvea, Souza, Haddad & Mello, 2010). Ressaltou-se ainda que, a partir do segundo trimestre, a maior parte das gestantes afirmou fazer pouco consumo de bebidas alcoólicas e muitas declararam não fazer mais uso após ter conhecimento da gravidez (Gouvea et al, 2010).

Outro trabalho que procurou verificar o padrão de consumo de álcool antes e durante a gravidez em 493 puérperas internadas em um hospital universitário através do AUDIT identificou que no trimestre que antecedeu o conhecimento da gravidez 67,1% das puérperas consumiram bebidas alcoólicas; 47,3% faziam uso de baixo risco, 14,8% uso de risco e 5,1% uso nocivo ou eram prováveis dependentes (Souza, Santos & Oliveira, 2012). No período de gravidez, foi identificado através do AUDIT que 23,1% das mulheres usaram bebida alcoólica

---

instrumentos como o CAGE, que, em geral identificam apenas transtornos mais graves. Estudos realizados no Brasil sugerem que a versão do AUDIT atualizada é internamente consistente e válida para uso clínico e para pesquisa na detecção de transtornos pelo uso de álcool na atenção primária no país. (Méndez, 1999; Moretti-Pires & Corradi-Webster, 2011; Santos. W. S. et al., 2012).

em algum momento após ter conhecimento da gravidez. O estudo também identificou que entre as gestantes que consumiram álcool, 43% relataram beber de 2 a 4 vezes por mês, 15,8% de 2 a 3 vezes por semana e 6,1% quase diariamente durante todo o período da gestação (Souza, Santos & Oliveira, 2012). No que se refere a quantidade de uso de álcool em uma ocasião típica, 8,8% gestantes afirmaram beber de 5 a 6 doses, 4,4% de 7 a 9 doses e 8,8% 10 ou mais doses, totalizando 22% de gestantes que relataram episódio de *binge drinking* ou abuso agudo de bebidas alcoólicas (5 ou mais doses em uma ocasião) (Souza, Santos & Oliveira, 2012). No momento da gravidez, 11,4% das gestantes afirmaram perceber que não conseguiam parar de beber uma vez que tivessem iniciado, sendo que para 3,5% delas isso ocorreu menos que mensalmente, para 3,5% mensalmente, para 2,6% semanalmente e para 1,8% quase diariamente (Souza, Santos & Oliveira, 2012). O estudo também revelou que 9,6% relataram que deixaram de fazer alguma atividade habitual durante a gravidez devido ao uso de álcool, e 7,1% afirmaram necessitar fazer uso da bebida alcoólica pela manhã para recuperar-se de uma bebedeira anterior (Souza, Santos & Oliveira, 2012).

Ainda sobre padrão de uso de drogas em gestantes, estudo que procurou caracterizar uma amostra de 85 gestantes dependentes de crack admitidas em uma unidade de internação psiquiátrica para desintoxicação relatou que em torno de 25% delas fumavam mais de 20 pedras de crack em um dia típico de consumo (Costa G. de M. et al, 2012). Além do crack, outras substâncias também eram utilizadas: tabaco (89,4%), álcool (63,5%) e maconha (51,8%) (Costa G. de M. et al, 2012).

#### **2.1.6.2 Padrão de consumo em populações de regiões metropolitanas**

Outro estudo, cujo objetivo foi avaliar a prevalência de tabagismo em uma área metropolitana da região sul do Brasil identificou, numa amostra de 1.091 indivíduos, que o hábito de fumar era mais freqüente entre os homens – os homens fumavam  $19,0 \pm 14,0$  cigarros por dia e as mulheres  $14,5 \pm 10,3$  –, em indivíduos com menor nível socioeconômico, usuários de bebidas alcoólicas e que se encontravam na faixa etária entre 30 e 39 anos (Moreira et al, 1995).

Estudo com usuários de drogas que buscaram auxílio em um serviço de teleatendimento identificou como drogas mais utilizadas o tabaco, a maconha, o álcool e a cocaína, sendo que o uso de tabaco foi semelhante para ambos os sexos. De modo geral, o estudo destacou que houve maior porcentagem de uso de álcool e drogas ilícitas entre os homens, representando mais de 60% dos usuários de cada uma dessas substâncias (Souza et



al, 2008). No que se refere ao tempo de uso das drogas, 68,5% dos usuários de tabaco, 67,8% de álcool, 49,8% de maconha e 35,2% de cocaína usavam a referida droga há mais de 5 anos, e 28,3% dos usuários de solventes relataram ter menos de 6 meses de uso (Souza et al, 2008). Em relação à via de administração, 48,8% dos usuários de cocaína a usavam na forma de pó, aspirada, e 45% a utilizavam de forma inalada ou fumada, caracterizando o consumo de "crack" (Souza et al, 2008).

### **2.1.6.3 Padrão de consumo entre estudantes universitárias**

Estudo que comparou o padrão de consumo de álcool e de outras drogas lícitas e ilícitas entre estudantes universitários nos anos de 1996 e 2001 identificou que, entre os homens, houve um considerável aumento, durante a vida, no uso de tabaco (de 44,8% para 50,9%), maconha (de 33,7% para 39,5%) e alucinógenos (de 6,6% para 14,1%) (Wagner et al, 2007). Em relação às mulheres, os autores ressaltaram que não houve diferença significativa no consumo de tranquilizantes ao longo da vida (Wagner et al, 2007). No que se refere ao consumo nos últimos 12 meses, foi observado para ambos os gêneros um aumento considerável no consumo de maconha (de 22,3% para 27,1% entre os homens e de 12,9% para 16,9% entre as mulheres), anfetaminas (de 1,9% para 5,0% entre os homens e de 3,4% para 5,6% entre as mulheres) e inalantes (de 9,8% para 15,7% entre os homens e de 5,4% para 10,6% entre as mulheres) (Wagner et al, 2007). O estudo salientou ainda que a maior diferença encontrada entre os gêneros foi observada no uso relatado nos últimos 30 dias, com considerável aumento no consumo de tabaco entre os homens (de 19,6% para 23,5%), maconha (de 15,8% para 20,5%), anfetaminas (de 1,1% para 3,2%) e inalantes (de 4,0% para 7,9%). Também foi ressaltado que o consumo de substâncias nos últimos 30 dias havia se apresentado estável para as mulheres entre os dois levantamentos realizados (nos anos de 1996 e 2001) (Wagner et al, 2007).

### **2.1.6.4 Padrão de consumo e violência doméstica**

Por fim, trabalho que teve o objetivo de analisar violência entre casais e abuso sexual associados ao padrão de consumo de álcool identificou entre os homens da amostra padrão de consumo de álcool moderado e pesado. Já entre as mulheres, de modo geral, o padrão de uso foi leve ou eram abstinentes (Oliveira, J. B., 2007). Este estudo ainda destacou que a violência doméstica relaciona-se diretamente ao padrão de consumo pesado de álcool, tanto em vítimas

quanto em agressores, dado já analisado anteriormente, na seção “*Contingências relativas ao contexto familiar associadas ao uso/abuso de drogas*” (Oliveira, J. B.,2007).

### **2.1.7 Caracterização dos tratamentos/intervenções**

Discussões sobre os tratamentos e intervenções direcionados a usuários de drogas foram identificados em 17 artigos, teses e dissertações, o que corresponde a 12,0% dos 142 trabalhos catalogados. As descrições e análises que se seguem referem-se a esta categoria.

#### **2.1.7.1 Contribuições dos tratamentos medicamentosos**

Estudo que visou identificar fatores associados ao abandono de tratamento por mulheres dependentes de álcool apontou que o fato de ter recebido atendimento com psiquiatra favoreceu a continuidade do tratamento e que o uso de medicamentos foi maior entre mulheres com “abandono gradual” (após o primeiro mês de tratamento). Já as mulheres com “abandono rápido” do tratamento (menos de um mês no tratamento), foram aquelas que utilizaram menos medicamentos e que não tiveram internação psiquiátrica prévia (Elbreder et al, 2008). Mesmo diante desses resultados, os autores apontam que o tratamento do alcoolismo não deve restringir-se à farmacologia, devendo estar associado a outras modalidades de intervenções terapêuticas, especialmente as intervenções breves e as terapias comportamentais (Elbreder et al, 2008).

#### **2.1.7.2 Contribuições dos grupos terapêuticos**

A utilização de grupo terapêutico no tratamento de mulheres que usam drogas foi a intervenção específica mais discutida nos trabalhos analisados. A utilização de grupo psicoterapêutico com orientação psicanalítica para o tratamento de mulheres dependentes foi discutida no trabalho de Venosa (2011), que ressaltou que tratar mulheres dependentes químicas em grupos homogêneos é favorável pois permite “tratá-las em um campo mais primário, no campo do que elas são – mulheres – preterindo o que veio lhes assolar secundariamente ao gênero – ou seja, a doença.” (Venosa, 2011, p. 63).

Por outro lado, trabalho que buscou conhecer as ações de um espaço terapêutico para mulheres alcoolistas de um serviço público de saúde mental na cidade do Rio de Janeiro apontou que as mulheres entrevistadas não consideravam necessária a existência de um grupo

exclusivo para elas (Barbosa, 2008). Para elas, o necessário era que houvesse acesso igualitário aos espaços oferecidos aos homens, como aumento do número de leitos femininos de internação no serviço terapêutico ambulatorial, já que estes correspondiam a um terço do número de leitos masculinos (Barbosa, 2008). Ainda assim, o estudo ressaltou que a criação do grupo de mulheres permitiu o trabalho com temas como gênero, preconceito, violência, maternidade, amizade, abandono, sexualidade, imagem, diferenças, hormônios, situação social e política, trabalho, exclusão, dentre outros temas do cotidiano das mulheres, até então não abordados ou abordados superficialmente nos espaços mistos (Barbosa, 2008).

Por fim, trabalho que procurou discutir o embasamento moral e sexista do modelo de tratamento em comunidades terapêuticas apresentou, através da experiência de um grupo de mulheres em CAPS-ad, a possibilidade de constituição de um espaço de politização da intimidade de mulheres que usam drogas, através da coletivização da experiência, do compartilhamento de saberes e da criação de vínculos de reciprocidade e de redes de solidariedade proporcionados pelo grupo (Prado & Queiroz, 2012). Os autores ressaltam que o trabalho realizado no grupo de mulheres se apresentou potente por suscitar o questionamento das posições de gênero, através da interpelação coletiva sobre as relações de subordinação e opressão às quais as mulheres estão submetidas e do reconhecimento dos lugares de fragilidade e insuficiência historicamente a elas atribuídos (Prado & Queiroz, 2012).

### ***2.1.8 Uso/abuso de drogas na gestação e danos ao desenvolvimento do feto/bebê***

Discussões sobre o uso/abuso de drogas na gestação e danos ao desenvolvimento do feto/bebê foram encontradas em 9,9% dos 142 trabalhos catalogados. As descrições e análises que se seguem referem-se a esta categoria.

#### **2.1.8.1 Danos associados à exposição à cocaína**

Estudo que buscou verificar a prevalência da exposição pré-natal à cocaína em uma amostra de recém-nascidos de um hospital universitário utilizando o método de entrevista e testagem meconial identificou uma taxa de 4,6% de RNs expostos à cocaína (Cunha et al, 2001). Os autores ressaltaram que “apesar de os efeitos da exposição pré-natal à cocaína não serem sempre catastróficos, eles existem, são graves e, na maioria das vezes, potencializados por outros fatores de risco de difícil modificação.” E completam, dizendo que “muitas

crianças ainda serão expostas antes que o problema social possa ser resolvido” (Cunha et al, 2001, p.372), identificando em fatores sociais determinantes significativos do uso de cocaína. Ao mesmo tempo, contudo, os autores identificaram o uso de drogas como uma doença, o que para eles acena para uma forma de superação das lógicas de criminalização do uso. Nesse sentido, afirmam: “É possível oferecer, a essas duplas mãe-bebê, a possibilidade de diagnóstico do problema, defini-lo e manejá-lo como doença, evitando a criminalização.” (Cunha et al, 2001, p.372).

Outro estudo, que teve como objetivo avaliar o neurocomportamento de recém-nascidos (RN) que foram expostos à cocaína, apresentou que comprimento, peso e perímetro encefálico nos RN expostos durante toda a gestação (grupo 3) foram expressivamente inferiores aos do grupo de RN que não haviam sido expostos à substância (grupo 1), bem como os do grupo de RN expostos somente durante parte da gestação (grupo 2) (Cunha, 2007). Os RN pertencentes ao grupo 3 foram menos amamentados ao seio de modo exclusivo quando comparados aos demais, manifestaram maiores taxas de internação em unidade de terapia intensiva neonatal e tiveram maior tempo de hospitalização do que os do grupo 2. Em relação ao exame neurocomportamental, os RN do grupo 3 e do grupo 2 demonstraram mais sinais de estresse ou de abstinência no sistema nervoso autônomo do que os RN do grupo 1. Os RN que foram expostos no decorrer de toda a gestação (grupo 3) exibiram piores escores na auto-regulação, na qualidade dos movimentos e no item hipotonia (Cunha, 2007). Também foi constatada maior frequência de sinais de estresse autônomo nos RN do grupo 3 do que nos outros dois grupos. O estudo ainda apontou que o consumo de cocaína ao longo de toda a gestação acarretou no aumento de complicações obstétricas, maiores taxas de internação hospitalar no decorrer da gestação e no período neonatal e diminuição do crescimento fetal (Cunha, 2007).

No que se refere aos achados da pesquisa relativos à amamentação exclusiva ao seio materno, a autora os analisa sob dois enfoques. Primeiro, chama atenção para o fato de que o desmame mais freqüente das mães é uma conseqüência tanto das complicações médicas da gestante e do RN como da proscrição da amamentação para evitar a continuidade da exposição. Depois, alerta para o fato de que 29% de RNs cuja exposição à cocaína aconteceu em toda a gestação foram amamentados ao seio, o que para a autora é preocupante, pois pode significar mais exposição à cocaína, agora através do leite materno (Cunha, 2007, p. 67). Aqui cabe mencionar que, em ambos os enfoques analíticos, todas as preocupações e cuidados são direcionados à saúde dos recém-nascidos, não sendo feitas considerações sobre o modo como as mulheres vivenciam o processo de amamentação, bem como sobre a experiência de

intersecção entre serem usuárias de cocaína e ao mesmo tempo mães.

### **2.1.8.2 Danos associados à exposição ao álcool**

Estudo que procurou investigar o consumo de álcool em gestantes cadastradas em serviço de assistência pré-natal na região sul do Brasil, identificou que 19,3% das mulheres havia feito uso nocivo de álcool no primeiro trimestre da gestação, oferecendo riscos ao feto, como por exemplo, o desenvolvimento da Síndrome Alcoólica Fetal (SAF)<sup>8</sup> (Gouvea et al, 2010). A partir do 2º trimestre, a maioria das mulheres referiu fazer pouco consumo de bebidas alcoólicas e muitas afirmaram não fazer mais uso após saber da gravidez.

Outro estudo, que teve como objetivo discutir as contingências associadas ao uso de álcool por gestantes cadastradas em um ambulatório de pré-natal de um hospital universitário da região sudeste do Brasil, apontou que 10% das gestantes tinham o hábito de consumir bebidas alcoólicas moderadamente, sendo o principal fator motivacional a presença em festas e comemorações, além de se sentirem felizes e descontraídas no momento do consumo (Oliveira & Simões, 2007). As autoras ressaltaram que o consumo de álcool pelas gestantes é feito na presença de companheiros, amigos e familiares, o que constitui um indicativo de que o uso moderado de bebidas alcoólicas por gestantes é socialmente aceito, devido ao caráter recreacional do uso do álcool (Oliveira & Simões, 2007). No que se refere aos efeitos do álcool no feto, metade das gestantes que tinham o hábito de consumir bebidas alcoólicas relataram acreditar que tal prática poderia afetar o feto de alguma maneira (Oliveira & Simões, 2007).

Também estudo que objetivou conhecer a prevalência de consumo de bebida alcoólica entre mães de lactantes com menos de seis meses de idade matriculados em programas de puericultura de unidades básicas de saúde de um município da região sudeste do Brasil encontrou prevalência de 11,1% de consumo de álcool entre as mães, sendo que destas, 80,3% estavam amamentando. A bebida ingerida, em todos os casos, foi a cerveja (Del Ciampo et al, 2009). Cabe ressaltar que a quantidade de álcool ingerida por 11% das participantes do estudo as classificava como consumidoras de baixo risco (<20 gramas/dia ou <140 gramas/semana), no entanto, os autores consideraram necessário avaliar todos os riscos inerentes a este

---

<sup>8</sup> A Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) é uma anomalia congênita, cuja etiologia tem sido atribuída ao potencial mutagênico do acetaldeído, à capacidade do etanol para alterar a membrana celular e interferir na síntese de proteínas e às alterações nos níveis de prostaglandinas, promovendo uma vasoconstrição e favorecendo, assim, um quadro de hipóxia crônica no ambiente uterino. A SAF é uma condição permanente e é identificada por características faciais anormais, deficiência do crescimento e problemas no Sistema Nervoso Central (SNC) (Gouvea et al, 2010).

consumo, diretamente relacionados à quantidade, velocidade de ingestão, capacidade metabólica da mãe e da criança, entre outros, uma vez que esses fatores podem elevar o potencial nocivo do álcool no organismo tanto da mãe quanto da criança. (Del Ciampo et al, 2009).

Estudo que analisou a associação entre abuso de álcool no decorrer da gestação e baixo peso da criança ao nascer, apontou que 2,1% das mulheres entrevistadas haviam feito uso abusivo de álcool durante a gestação e que, dentre elas, 26,3% tiveram filhos que apresentaram baixo peso ao nascer (Silva et al, 2011). Cabe ressaltar que os autores do estudo consideraram que o baixo percentual de abuso de álcool durante a gestação identificado no estudo (2,1% da amostra) seja decorrente das especificidades do instrumento de coleta de dados utilizado – CAGE<sup>9</sup> –, uma vez que o mesmo não considera baixas ingestões da substância. Os autores ainda ressaltaram a importância de também se identificar os padrões baixos de consumo de álcool na gestação, já que não são conhecidos os níveis seguros de uso nesse período. (Silva et al, 2011).

Trabalho que também teve como objetivo descrever o crescimento e o desenvolvimento de filhos de mulheres alcoolistas em tratamento em CAPS-ad e investigar manifestações de quadros de Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID) – especialmente os do espectro do autismo – em seus filhos identificou índices elevados de problemas de aprendizagem, agressividade e hiperatividade nas crianças da amostra (Souza, 2009). No entanto, foi ressaltado pela autora do estudo que, tendo em vista o consumo elevado de bebida alcoólica das mulheres durante a gestação, eram esperadas anomalias mais significativas do crescimento e desenvolvimento nas crianças. Com relação às investigações específicas sobre transtornos do espectro do autismo, não foram encontrados sinais ou sintomas do espectro do autismo entre as crianças que foram expostas ao álcool durante a gestação (Souza, 2009).

---

<sup>9</sup> O questionário CAGE é constituído por quatro questões referentes ao anagrama *cut-down, annoyed, guilty e eye-opener* (Alguma vez o/a senhor/a sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber? – *cut down*; As pessoas o/a aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica? – *annoyed*; O/a senhor/a se sente chateado/a consigo mesmo/a pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas? – *guilty*; Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? – *eye-opener*). Os pacientes devem responder afirmativa ou negativamente às quatro perguntas, sendo utilizado como ponto de corte o mínimo de duas respostas afirmativas sugerindo rastreamento positivo para abuso ou dependência de álcool. No Brasil, a validação do CAGE foi feita em 1983, quando foi encontrada uma sensibilidade de 88% e uma especificidade de 83% para a detecção de problemas relacionados ao uso abusivo de álcool. Estudo de 2001 também encontrou resultados sugestivos da utilidade do CAGE na detecção desses problemas. (Paz Filho, 2001).

### **2.1.8.3 Danos associados à exposição ao crack**

Levantamento bibliográfico realizado por Camargo e Martins (2013) no período de 1995 até 2012 indicou que a real extensão dos danos que o uso de crack por gestantes pode causar nos fetos é ainda desconhecida. Deslocamento prematuro da placenta, risco de parto prematuro e baixo peso ao nascer, e comprometimentos no desenvolvimento a longo prazo da criança foram mencionados, no entanto, esses efeitos foram considerados dependentes de vários fatores, como dose ingerida, tempo de consumo, idade gestacional e consumo de outras substâncias juntamente com o crack. Tendo em vista os resultados inconclusivos e a crescente penalização das gestantes usuárias de crack, os autores indicam a necessidade de realização de estudos longitudinais sobre o tema, que o abordem fora das lógicas exclusivas de criminalização e de doença, presentes nas análises correntes sobre o tema.

### ***2.1.9 Representações das usuárias sobre si mesmas***

Estudos que buscaram conhecer representações das usuárias sobre si mesmas, o uso de drogas e suas relações interpessoais foram encontrados em apenas 8,5% dos 142 trabalhos catalogados, o que reflete um baixo interesse dos pesquisadores da área pelas narrativas das usuárias sobre si mesmas e sua experiência com drogas, em detrimento dos estudos quantitativos, que visam traçar o seu perfil, estabelecer padrões de uso e estimar danos. Silenciar sujeitos abjetos<sup>10</sup> justifica-se no modelo científico clássico pela crença na autoridade dos especialistas, na maioria das vezes homens, brancos, autorizados a dizer a verdade sobre o outro. No entanto, aquilo que é estabelecido como não-humano e ininteligível em algum momento irrompe na cena pública e nessa interpelação ao que é inteligível a aparição do abjeto cria o problema político. Abaixo seguem algumas pesquisas nas quais as próprias usuárias elaboram um saber sobre si mesmas e suas trajetórias, fazendo emergir sua existência como sujeitos cujas falas interpelam as concepções hegemônicas sobre o uso de drogas.

#### **2.1.9.1 Representações sobre uso de álcool e normas de gênero**

Em um estudo sobre os fatores envolvidos na relação entre o uso de drogas e a

---

<sup>10</sup> Para Butler, o abjeto “relaciona-se a todo tipo de corpos cujas vidas não são consideradas ‘vidas’ e cuja materialidade é entendida como ‘não importante’.” (PRINS; MEIJER, 2002, p.161). Voltaremos à discussão desse conceito mais adiante, ao analisar as narrativas das mulheres entrevistadas em nossa pesquisa de campo.

violência no trabalho com uma amostra de mulheres de classes populares da cidade do Rio de Janeiro, as entrevistadas, na maioria dos casos usuárias de álcool, afirmaram que geralmente bebiam cerveja aos finais de semana como uma atividade de lazer, não atribuindo efeito negativo a essa prática. Para elas o álcool tinha efeito relaxante e seu uso tinha a finalidade de ajudar a descontrair no fim de semana, depois de uma árdua jornada de trabalho. Nesse sentido, para algumas mulheres entrevistadas, o uso de álcool não era considerado um problema em si, mas sim um mecanismo de lazer e relaxamento, principalmente quando associado à companhia do companheiro ou marido, sendo compreendido como uma opção e um direito (David & Caufield, 2005). Apesar de existirem mulheres tabagistas na amostra, o uso do cigarro não foi considerado por elas como associado ao trabalho, assim como o uso de drogas ilícitas, que não foi mencionado por nenhuma das entrevistadas (David & Caufield, 2005).

Em um trabalho que abordou gênero como uma categoria analítica e teve como objetivo compreender as representações de mulheres em tratamento em um centro de referência da cidade de São Paulo e os significados elaborados por elas sobre o uso de álcool foi identificado que as mulheres viam os efeitos do uso de álcool como algo que afetava diretamente a esfera doméstica, incidindo de forma particular sobre as relações de gênero vivenciadas dentro da família. Campos e Reis (2010) apontaram no estudo que as representações das mulheres usuárias de álcool sobre si mesmas gravitavam em torno de uma concepção de mulher “que não gosta de fazer nada” e que, portanto, não desempenha seu “papel social de mãe”, que deve cuidar dos seus filhos adequadamente. Para os autores, tais concepções traduziam

uma representação da mulher cujo lugar por excelência é a casa. Assim, apesar de algumas delas expressarem sinais de inconformismo em relação à suposta submissão da mulher nas relações familiares, o conjunto dos relatos enfatiza o sofrimento da mulher que não se reconhece como aquela que deve zelar pela ordem da casa e cuidar dos filhos. [...] Aqui, o uso do álcool é regido por uma lógica que remete às relações de gênero, vividas no interior da família, nas quais as relações sociais entre homens e mulheres são marcadas pela assimetria, hierarquia e pela desigualdade. (Campos & Reis, 2010, p. 05-06).

Vê-se assim, conforme os autores, que a complexidade das representações sobre o uso do álcool construídas pelas mulheres não pode ser abarcada por categorias médico-psiquiátricas, uma vez que, quando as mulheres falam que abusam do álcool, elas falam, sobretudo, dos conflitos e dissabores enfrentados no meio social em que vivem. Nesse sentido, as representações das mulheres sobre o uso do álcool indicaram



um sistema de acusações baseado em uma lógica regida pelas relações de gênero, nas quais se revelam os modos diferenciais do consumo de bebidas alcoólicas entre homens e mulheres, por meio do qual elas são identificadas como ‘mulheres que abusam do álcool’, isto é, mulheres que não cumprem suas obrigações sociais como ‘mães’, ‘donas de casa’ e ‘trabalhadoras’. (Campos & Reis, 2010, p. 10).

Da mesma forma, outro estudo, que buscou conhecer como as mulheres alcoolistas percebiam diferenças de gênero com relação ao alcoolismo dos homens, identificou que o preconceito é maior contra a mulher, uma vez que a imagem da mulher que bebe é avaliada negativamente de forma mais intensa, sendo vista como mulher ‘fácil’, ‘da vida’, como incapaz de cumprir os ‘papéis femininos’, ainda que trabalhe, enquanto o homem que bebe, mesmo quando sofre preconceito, é visto como ‘machão’, sendo mais aceito socialmente (Barbosa, 2008). As mulheres também mencionaram serem mais cobradas com relação a determinadas responsabilidades e que, por isso, o alcoolismo é visto como pior quando acontece com elas. Cabe ressaltar que, para Barbosa (2010), essa cobrança maior nem sempre é percebida pelas mulheres como resultado de preconceito de gênero, sendo vista como uma decorrência da maior gravidade do alcoolismo nelas, uma vez que ele as impede ou traz prejuízos ao cumprimento adequado de suas responsabilidades como mães e esposas. Nesse mesmo estudo as mulheres também apontaram algumas diferenças de gênero na determinação das motivações para beber, identificando a tristeza como uma motivação das mulheres que não é encontrada da mesma maneira entre os homens. (Barbosa, 2010).

Outro estudo realizado com mulheres diagnosticadas com alcoolismo, que objetivou compreender como elas interpretavam suas experiências e orientavam suas ações, identificou que tais mulheres tinham uma percepção negativa do alcoolismo feminino, alegando que se sentiam mais penalizadas do que os homens e atribuindo o consumo de álcool a acontecimentos significativos e a problemas psicossociais, estando o uso com bastante frequência associado a variações em seus estados afetivos. As mulheres também apontaram que se sentiam desacreditadas quando procuravam ajuda, em decorrência do modo como eram vistas pela sociedade – visão esta compartilhada por muitas delas –, que as via como promíscuas, com comportamento inadequado e divergente dos papéis tradicionalmente atribuídos a elas, como os de esposa e mãe (Silva, M. G. B., 2012).

### **2.1.9.2 Representações sobre uso de drogas e relações familiares**

Estudo que visou apresentar as percepções, atitudes e crenças sobre o papel maternal de mulheres que estavam fazendo ou haviam feito tratamento para dependência de álcool e/ou drogas, e que tinham filhos pequenos (até 5 anos de idade), identificou em suas narrativas

uma ausência de afeto no contexto familiar durante a infância, tendo sido destacado por uma das entrevistadas que este componente negativo havia sido herdado por ela de seu relacionamento com a sua mãe (Galera, Bernal Roldán & O'Brien, 2005). Por outro lado, uma outra entrevistada alegou um relacionamento positivo no ambiente familiar, vendo seus familiares como um apoio social quando necessário. A entrevistada que relatou vivências negativas relativas ao afeto familiar descreveu seu papel materno como excessivamente ocupado com a alimentação e o cuidado físico das filhas. A outra entrevistada incluiu brincar e sair com o filho como atividades importantes e destacou que o uso de drogas não prejudicou seu desempenho como mãe, o que surpreendeu as pesquisadoras (Galera, Bernal Roldán & O'Brien, 2005). É esse tipo de interpelação a uma dada inteligibilidade que consideramos acima produzir uma fissura em concepções hegemônicas sobre mulheres que usam drogas, já que as desloca dos lugares de insuficiência muitas vezes a elas atribuídos pelos profissionais de saúde e pesquisadores da área.

Outro estudo, que buscou investigar práticas de cuidado a mulheres alcoolistas no âmbito familiar, apontou que tais cuidados eram focados no atendimento às suas necessidades alimentícias, de sono, higiene e repouso, e encaminhamento para os serviços especializados em desintoxicação (Santos & Silva, 2012). Esses cuidados prestados pelos familiares, contudo, foram vistos pelas mulheres alcoolistas como ações de controle sobre sua vida e punição pela sua situação de dependência. Uma das mulheres entrevistadas revelou o que, para ela, seria relevante como prática de cuidado naquele momento: “Carinho, atenção, ser considerada como um ser humano, como normal (...) me considerarem um ser humano normal, dar um crédito de confiança, me dar aquele carinho.” (Santos & Silva, 2012, p. 368).

Por fim, sobre o modo como mulheres dependentes de drogas inseridas em um ambulatório universitário consideravam os determinantes da sua adesão ao tratamento (Ribeiro, D. V. de A., 2009), identificou-se como fatores decisivos para a adesão a preocupação com os filhos e a família, com a crítica de terceiros e com os prejuízos à saúde. A respeito dos fatores geradores de desmotivação e dificuldade de adesão, as mulheres mencionaram a mudança do profissional que as atendia, os grupos mistos ou pouco acolhedores e os sentimentos de desânimo ou solidão ao longo do tratamento. No que se refere ao significado simbólico da droga, as mulheres que participaram da pesquisa relataram que a mesma se apresentava como fonte de prazer e alívio do desprazer, o que gerava ambivalência frente ao desejo de interromper o uso (Ribeiro, D. V. de A., 2009).

### **2.1.10 Fatores de proteção ao uso/abuso de drogas**

Estudos sobre fatores de proteção ao uso/abuso de drogas foram pouco encontrados na revisão realizada, tendo sido citados em apenas 4,9% dos 142 trabalhos catalogados.

#### **2.1.10.1 Prioridade à vida doméstica e às relações familiares**

Estudo multicêntrico realizado em doze países da América Latina, dentre eles o Brasil, apontou que, devido à forte valorização cultural da masculinidade viril, o homem jovem torna-se mais predisposto à violência e ao uso, abuso e comercialização de drogas, especialmente se essas ações encontram-se associadas à identidade grupal e demonstração de poder. Já entre as mulheres, cujas relações se constituem mais frequentemente na cena doméstica, tais situações são menos valorizadas e, por isso, tornam-se menos frequentes ou visíveis. Este estudo apontou ainda que é na esfera das relações familiares que se consolidam, para as mulheres, os processos de expropriação e dominação, real ou simbólica (Faria, David & Rocha, 2011).

#### **2.1.10.2 Religiosidade / prática religiosa**

Este estudo também apresentou a importância da religiosidade como fator de proteção ao uso/abuso de drogas, em detrimento do pertencimento a uma religião específica, destacando-se o papel da religiosidade na mediação simbólica entre a vida cotidiana e a dimensão espiritual, que não é regida, necessariamente, pela institucionalidade das igrejas (Faria, David & Rocha, 2011). Destacou-se ainda que a prática religiosa possibilita o fortalecimento das mulheres frente às condições culturais de dominação, tanto na família quanto em outros espaços sociais. Nesse sentido, a prática religiosa seria importante para as mulheres por possibilitar às mesmas um pertencimento tanto espiritual quanto psicossocial, em função das redes que se tecem nos espaços de convivência religiosa (Faria, David & Rocha, 2011). Aqui cabe ressaltar que as autoras do estudo não consideraram o fato de também existir, nesses mesmos espaços de convivência, condições opressivas que mantêm as mulheres nos mesmos lugares de subalternidade e desigualdade em relação aos homens.

Nesse sentido, a identificação da prática religiosa como algo benéfico às mulheres revela o que David e Caufield (2005) apontam como uma forte vigilância sobre os comportamentos considerados indesejáveis nas mulheres, especialmente aqueles que

interferem negativamente na vida familiar tradicional, quais sejam, o comportamento sexual e o uso de drogas, valendo a constatação de que, com frequência, e conforme identificado no estudo acima, a exigência de conversão religiosa atinge somente a mulher, na família. Evidencia-se, assim, no estudo em questão, a articulação de elementos com vistas à manutenção da heteronormatividade, uma vez que somente das mulheres se espera desenvolvimento espiritual como fator de proteção ao uso de drogas e como elemento de enfrentamento ao uso/abuso de drogas do parceiro; e prática religiosa, como fator de socialização, em detrimento da existência de outros espaços, públicos, com esta função, como o trabalho, a escola, a política, as associações de bairro e movimentos sociais, etc.

Outro estudo que também investigou a religiosidade como fator de proteção, mas com uma amostra de estudantes, concluiu que os níveis de espiritualidade não podiam ser considerados como fator de proteção para o uso de drogas, por tal comportamento estar sob controle de diversas variáveis (Pillon et al, 2011). Entretanto, este estudo destaca que apesar de não poder ser reputada como um fator de proteção em todos os casos, a espiritualidade deve ser considerada na análise de sujeitos singulares em contextos específicos (Pillon et al, 2011).

#### **2.1.10.3 Práticas de cuidado com a saúde**

Estudo que procurou investigar a conduta tabagista e os fatores que promovem a mudança no comportamento de fumar apresentou que questões relacionadas à saúde foram as mais relevantes para a manutenção da decisão dos sujeitos de parar de fumar. Destacou-se ainda que a família foi vista como a principal fonte de suporte social, seguida do grupo de pares em tratamento. Não houve diferenças significativas nesses resultados em função do gênero dos participantes da pesquisa (Martins, 2009).

#### **2.1.10.4 Suporte familiar e social/comunitário**

Estudo que objetivou pesquisar a rede de apoio social entre jovens usuários de drogas e em vulnerabilidade social, apontou que entre os que tinham maior renda econômica houve maior apoio familiar e entre os de menor renda o apoio se deu através da comunidade (Costa, 2009). Aqui nota-se a importância das instituições sociais, através das políticas públicas de saúde, assistência social, educação, ou de projetos sociais e associações de bairro, no estabelecimento de uma rede de proteção e apoio a jovens usuários de drogas de classes

populares. Ressaltou-se ainda que as meninas relataram ter mais apoio e mais amizades na escola, enquanto os meninos apontaram que encontravam mais apoio na comunidade e nos amigos do bairro e da rua (Costa, 2009), o que se alinha às posições de gênero articuladas a partir da norma heterossexual, já analisadas anteriormente.

Já no que se refere à relação entre uso de drogas e nível de atividade física, estudo realizado com estudantes do ensino médio, com idades entre 14 e 21 anos, de uma escola pública, apontou que as atividades físicas não se constituíam, para a amostra pesquisada, como fator de proteção ao uso/abuso de drogas, estando este comportamento associado a contingências mais amplas (Matos, 2010), como visto anteriormente.

### ***2.1.11 Trajetórias de vida de usuárias de drogas***

Dentre os trabalhos analisados na revisão, foram encontrados seis estudos sobre a trajetória de vida de mulheres usuárias de drogas, o que corresponde a 4,2% dos artigos, dissertações e teses catalogados. As descrições que se seguem referem-se a esta categoria.

#### **2.1.11.1 Trajetórias marcadas pela fragilização dos vínculos familiares**

Estudo de Kuyava (2013), que procurou compreender o cotidiano de gestantes usuárias de crack, apresentou que as mulheres entrevistadas compreendiam o uso da droga como algo negativo, já que afetava o seu autocuidado, principalmente no que se referia à higiene, sono e alimentação. Para poder comprar e consumir a droga, as gestantes relataram que cometiam furtos, se prostituíam e/ou vendiam seus pertences. As entrevistadas também relataram que, ao descobrirem que estavam grávidas, tiveram a esperança de interromper o uso da droga, mas não conseguiram. Entretanto, a maioria diminuiu o uso, com o intuito de minimizar os prejuízos ao feto, além de também demonstrarem, de acordo com o estudo, preocupação com a gestação e com a saúde do bebê. O estudo também apresentou que as entrevistadas se afastavam de seus familiares para realizar o uso de crack, sendo que a maioria delas relatou se ausentar de casa durante dias, sem se comunicar com a família ou com o esposo (Kuyava, 2013).

Um dos estudos mostrou que as entrevistadas consideravam suas vidas estabilizadas anteriormente ao uso nocivo de álcool, sendo guiadas pelo trabalho, lazer e atividades sociais. Para elas, o trabalho se apresentava como uma oportunidade à participação social, ao desenvolvimento das condições de sobrevivência e à ascensão. (Nóbrega & Oliveira, 2005).

No que se refere aos comprometimentos sociais decorrentes do uso de álcool, as entrevistadas deram destaque especial às agressões verbais no contexto familiar, tanto na relação com os companheiros como com outros familiares. As entrevistadas deste estudo também relataram não terem recebido apoio de familiares e/ou amigos para procurarem tratamento, sendo que este aconteceu em razão do sofrimento causado pelas críticas recebidas. Ressalta-se ainda que, a partir do tratamento especializado, as mulheres puderam resgatar as perdas e passaram a conceber novas tentativas de recuperação anteriormente fracassadas. As autoras do estudo salientaram que o sentimento de acolhimento e respeito experimentado no início do tratamento indicou às mulheres a existência de um ambiente favorável não somente à sua entrada, sendo também determinante da sua adesão e permanência (Nóbrega & Oliveira, 2005).

Ainda sobre mulheres alcoolistas tendo como enfoque a história de vida, um estudo mostrou a influência familiar no primeiro contato com o álcool durante a infância. Já na fase adulta, o companheiro e conflitos emocionais foram apresentados como fatores que influenciaram o primeiro contato com o álcool. As autoras acrescentaram ainda que a intensificação do uso de bebida alcoólica pelas mulheres esteve quase sempre relacionada ao intuito de superar conflitos emocionais (Nóbrega & Oliveira, 2003).

#### **2.1.11.2 Trajetórias marcadas por uma relação ambivalente com as drogas**

Outro estudo com mulheres alcoolistas identificou que a trajetória de vida das mesmas era sofrida, tendo sido atravessada desde a infância pelo alcoolismo. As entrevistadas relataram o consumo de bebida como atenuante para as dificuldades diárias que consideravam difíceis de enfrentar (trabalho exaustivo, prostituição ou problemas familiares), entretanto, elas também relacionaram a bebida à diversão, lazer e interação social. Os autores apontaram que as entrevistadas priorizavam a bebida alcoólica em detrimento da responsabilidade com a casa e com os filhos e, mesmo relatando o uso compulsivo de álcool, elas não reconheciam viver um problema. (Monteiro et al, 2011). Nesse sentido, D. V. de A. Ribeiro, (2009), em estudo com mulheres dependentes de drogas em tratamento em um ambulatório universitário, também identificou que, pelo fato da droga se apresentar para as mulheres ao mesmo tempo como fonte de prazer e alívio do desprazer, havia grande ambivalência entre elas frente ao desejo de interromper o uso. Pode-se pensar, portanto, a partir desses resultados, que muitas vezes a manutenção do uso de drogas, ainda que abusivo, se dá tanto em função dos efeitos positivos extraídos da experiência com essas substâncias, quanto pela possibilidade de ruptura

com os lugares historicamente atribuídos às mulheres, como os de mãe e esposa, que o uso de drogas propicia.

Neste mesmo sentido, outro estudo, que procurou conhecer as histórias de mulheres que consumiam bebidas alcoólicas e que fizeram tratamento em um serviço ambulatorial, concluiu que um dos discursos recorrentes das mulheres sobre o uso de bebidas alcoólicas o considerava como um passo em direção à igualdade de gênero ou à sua emancipação. Desse modo, Corradi-Webster (2009) propõe a pergunta: “*A mulher ficaria dependente (de bebidas) ao lutar por ficar independente (de homens)?*”. Tal questão é fundamental para a discussão que realizamos nesta tese, uma vez que também identificamos no uso de drogas um ato de afirmação das mulheres para além das posições a ela determinadas em um sistema heteronormativo. Ao final, Corradi-Webster (2009) aponta o engajamento relacional como um dos elementos essenciais para o trabalho com mulheres que usam drogas, uma vez que através dele é possível estabelecer um espaço de construção dialógica de significados e possibilidades existenciais.

#### **2.1.12 Representações dos profissionais sobre as usuárias**

Dentre os 142 trabalhos catalogados, encontramos poucos estudos que abordassem as representações dos profissionais de saúde sobre as usuárias de drogas, sendo esta a terceira categoria com menor frequência encontrada, presente em apenas 3,5% dos artigos, teses e dissertações analisados. Esta é uma dimensão fundamental do trabalho aqui desenvolvido, por discutir o modo como uma determinada inteligibilidade sobre as mulheres que usam drogas é articulada pelos profissionais de saúde, daí a importância de ressaltarmos de maneira específica os poucos estudos encontrados no trabalho de revisão.

##### **2.1.12.1 Representações fundamentadas nos modelos moral e de doença**

Estudo que procurou investigar sobre o modo de atuação de profissionais que trabalham na atenção ao usuário de drogas em uma unidade pública de saúde revelou que, apesar dos profissionais reconhecerem de modos distintos que o uso de drogas é um problema que atinge a comunidade e gera repercussões para a saúde, não foi encontrada nenhuma prática profissional específica orientada para essa questão. (Oliveira, 2008; Oliveira, McCallum & Costa, 2010). O uso de drogas foi representado por esses profissionais como uma doença caracterizada pela dependência, o que sugere o predomínio de um

posicionamento profissional fundamentado na hegemonia do modelo biomédico. (Oliveira, 2008). O estudo indicou que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) produzem representações, pautadas na realidade vivenciada na comunidade, de que as drogas e o seu uso geram depressão, sofrimento e tristeza. A imagem que se tem do usuário de droga é estereotipada, homens e mulheres são vistos como dependentes, doentes, marginais e agressivos. No que se refere somente à mulher usuária de droga, esta é vista como abandonada, excluída, doente, influenciável, agressiva, violenta e causadora de desajustes familiares (Oliveira, 2008).

### **2.1.12.2 Representações fundamentadas na norma de gênero heterossexual**

Outro estudo sobre as representações sociais de ACS a respeito do uso de drogas também identificou que elas reproduzem estereótipos e preconceitos relacionados às drogas e seus usuários. (Oliveira, Mccallum & Costa, 2010). Os ACS conceberam a imagem da pessoa que usa drogas como sendo “do sexo masculino, jovem, negro, pobre, com baixo nível de escolaridade, desempregado, praticante de atos violentos e envolvido com a marginalidade.” (p. 615). O estudo também revelou que, para os ACS, o uso de drogas por mulheres se dá mediante a influência de seus companheiros sexuais ou afetivos, que quase sempre também são consumidores. Para as autoras do estudo, as representações dos ACS sobre os usuários de drogas geram construtos que concebem o homem como violento e forte e a mulher como excluída socialmente e submissa, o que torna difícil a compreensão de aspectos mais amplos da dinâmica social que têm contribuído para o aumento de consumo de drogas pelas mulheres.

Outro estudo, que buscou apreender as representações sociais de profissionais de saúde em relação ao uso de drogas a partir da perspectiva de gênero, identificou que, embora exista o reconhecimento de modificações no estilo de vida da população feminina, as representações sociais do consumo de drogas presentes nos discursos dos profissionais ainda são atravessadas por estereótipos que mantêm as mulheres submissas aos homens (Oliveira, Paiva & Valente, 2006).

### **1.1.12.3 Representações fundamentadas no senso comum religioso**

Quando se investigou a prática profissional de assistentes sociais frente a questões de gênero e religião em tratamentos voltados para pessoas usuárias de drogas (Bernardo, 2007), identificou-se que, em instituições que não utilizam serviços diferenciados para homens e



mulheres e que possuem vinculação religiosa, há uma ausência de sustentação teórica nas práticas desenvolvidas pelos profissionais no que tange à análise das normas de gênero e do modo como elementos presentes nas ideologias religiosas articulam saberes sobre os usuários. O estudo ainda ressaltou que os profissionais nesse campo problematizam pouco o seu próprio universo de atuação e, dessa forma, desconsideram os determinantes institucionais que permeiam suas práticas, sendo necessário, portanto, que tais profissionais desenvolvam um arcabouço técnico que promova a possibilidade de responder qualificadamente às demandas que emergem em seu contexto de trabalho.

#### **2.1.12.4 Representações construídas a partir das especificidades do contexto assistencial**

Por fim, estudo que investigou o contexto assistencial de profissionais de saúde e sua possível interferência na visibilidade do consumo feminino de drogas (Oliveira, Paiva & Valente, 2007) identificou que os profissionais elaboram representações específicas acerca das mulheres usuárias drogas, de acordo com o seu local de atuação (instituição ou rua). As autoras ressaltaram que diferenças na percepção da demanda, tipo de droga usada, papéis sociais desempenhados, influência do parceiro para o início e manutenção do uso e idade de início demonstram que o contexto assistencial tem influência na representação de profissionais de saúde sobre as usuárias de drogas, o que possivelmente interfere nas estratégias assistenciais implementadas. O estigma e a desaprovação do uso de drogas por mulheres contribuem para que elas busquem ocultar esta prática para se proteger das situações de discriminação, o que faz com que evitem se aproximar dos serviços de saúde especializados, aumentando a sua vulnerabilidade frente a diversos riscos e danos à saúde. São, portanto, as práticas assistenciais realizadas na rua as que oferecem maior possibilidade de trabalho, pela possibilidade de acesso às mulheres usuárias e escuta direta da realidade vivenciada por elas em seu cotidiano de uso<sup>11</sup>. As autoras ressaltaram ainda que não costuma ser prática comum a realização de discussões nas reuniões de equipe entre os profissionais que atuam na área externa e os profissionais que desenvolvem atividades terapêuticas na área interna das unidades de saúde sobre as realidades vivenciadas por cada equipe. O estudo concluiu, por fim, que a falta de integração entre as atividades e os profissionais de saúde dos dois contextos assistenciais se apresentou como fator decisivo para a invisibilidade das

---

<sup>11</sup> Mais adiante, ao analisar o trabalho de campo realizado nesta tese, voltaremos à discussão do modo como o contexto assistencial determina a produção de uma narrativa específica das mulheres sobre si mesmas, que se estabelece como efeito do discurso dos profissionais de saúde sobre elas.

mulheres usuárias de drogas (Oliveira, Paiva & Valente, 2007).

### **2.1.13 Estudos sobre práticas de redução de danos**

Entre os 142 artigos, teses e dissertações catalogados, apenas quatro trabalhos, ou seja, 2,8% da amostra total, contemplaram alguma discussão sobre práticas de redução de danos.

#### **2.1.13.1 Estudos sobre manejo dos riscos presentes no uso de crack**

Em um dos estudos catalogados, cujo objetivo foi descrever, a partir do olhar de usuários e ex-usuários, os riscos consequentes ao uso de crack e as estratégias utilizadas para reduzi-los ou evitá-los (Ribeiro, Sanchez & Nappo, 2010), foram identificados riscos relacionados predominantemente aos efeitos psíquicos do crack e à sua ilegalidade. Sobre as estratégias utilizadas para lidar com estes últimos, os usuários relataram que se atentavam ao lugar e às companhias de uso, bem como à postura que tomavam frente à polícia e ao traficante. Os riscos físicos quase não foram mencionados pelos usuários que participaram da pesquisa, tendo suas estratégias se concentrado no controle dos efeitos psíquicos do uso do crack, sobretudo através da associação do álcool e da maconha. Associar maconha ao crack apareceu entre os entrevistados como estratégia para a redução da fissura<sup>12</sup>, tanto através do uso mesclado (cigarro preparado com maconha e crack) quanto através do uso da maconha após o uso do crack. A utilização da maconha foi considerada pelos usuários como um meio de inibir os efeitos estimulantes do crack, principalmente a falta de apetite e a insônia. Para alguns entrevistados, o uso da maconha também tem a função de reduzir a fissura durante a abstinência do crack (Ribeiro, Sanchez & Nappo, 2010). Já a associação do álcool ao crack é feita com o objetivo de aliviar os sintomas paranoides transitórios, principalmente a agressividade e o medo. Alguns entrevistados também relataram o uso do álcool como estratégia para abrandar a fissura, destacando que o álcool tem um poder “calmante”. Entretanto, outros entrevistados apontaram experiências opostas, de aumento da fissura do crack após a associação com o álcool. (Ribeiro, Sanchez & Nappo, 2010).

Outro estudo, realizado com usuários igualmente distribuídos em relação ao gênero, com diversos níveis de escolaridade e poucos recursos financeiros, também buscou conhecer as estratégias utilizadas por eles para lidar com a fissura (Chaves, 2009). Foram nomeados

---

<sup>12</sup> Forte impulso para utilizar a substância, é considerada fator crítico para o desenvolvimento do uso compulsivo e dependente de drogas e para recaídas após período de abstinência. (Chaves et al., 2011).

três tipos de fissura: fissura provocada pelo próprio efeito do crack, fissura por abstinência da droga e fissura induzida por estímulos emocionais e ambientais. A fissura provocada pelo próprio efeito do crack foi considerada o principal fator mantenedor dos *binges*<sup>13</sup> de consumo, que foram os maiores responsáveis pelo rebaixamento de valores dos usuários, sujeitando-os a práticas arriscadas para a obtenção da droga. Os usuários entrevistados ainda relataram desenvolver estratégias para aliviar a fissura, e táticas farmacológicas e comportamentais para evitar o seu desencadeamento, como: comer, ter relação sexual, jogar futebol, trabalhar, evitar o contexto social de uso e usar drogas que causam sonolência. (Chaves, 2009).

### **2.1.13.2 Estudos de avaliação de programas de redução de danos**

Estudo que procurou investigar uma Unidade de Redução de Danos (URD) a partir do olhar dos sujeitos que são alcançados pelo programa identificou potencialidades e limitações presentes nesse dispositivo de atenção ao usuário de drogas (Silva, S. M., 2008). Dentre as potencialidades mencionadas pelos usuários que participaram da pesquisa, estão: melhoria no cuidado com a saúde e na utilização de preservativos; diminuição do uso de drogas; melhoria na busca e acesso aos serviços de saúde; redução do compartilhamento de material para uso de drogas; melhoria na habilidade de decidir. Além disso, a URD foi considerada um local humanizado, que possui um trabalho regular e contínuo, dando aos usuários uma sensação de segurança e de proteção. Também foi considerada positiva a atuação da URD na prevenção aos danos à saúde, tendo promovido mudanças amplas nos usuários, como a conscientização sobre os seus direitos sociais em geral e de saúde em particular, assim como a realização de ações com vistas a fazer valer esses direitos. Desse modo, os usuários se sentiram mais fortalecidos, buscando estudo, trabalho e moradia. Sobre as limitações presentes no trabalho da URD, os entrevistados destacaram a presença inconstante em algumas comunidades e ausência de acompanhamento psicológico dos usuários. Os entrevistados sugeriram como ações de melhoria a expansão das ações de RD para as unidades básicas de saúde, com vistas à redução dos recorrentes episódios de preconceito e negligência na atenção aos usuários de drogas. (Silva, S. M., 2008).

O último estudo sobre práticas de redução de danos catalogado, realizado em um espaço terapêutico para mulheres alcoolistas, identificou que o uso dos princípios de redução de danos nas atividades em grupo apresentou-se como uma alternativa eficaz em relação a práticas discriminatórias e estigmatizantes, indicando uma concepção de qualidade de vida

---

<sup>13</sup> O termo *binge* (em inglês: farra), pode ser traduzido nesse contexto como “consumo pesado da substância”.

como promoção de saúde, bem como aumentando a auto-estima das usuárias através da identificação e realização de novas práticas de cuidado de si. (Barbosa, 2008).

A revisão de literatura realizada, a partir da análise das treze categorias elencadas, resultou em compreensões abrangentes sobre o modo como os discursos científicos sobre uso de drogas por mulheres são articulados no interior de uma norma de gênero binária, que institui modos de vida e adoecimento específicos a homens e mulheres. Como efeito, vimos como hierarquias de gênero são produzidas no interior dessa norma, legitimando concepções sexistas no modo como se organiza a atenção à saúde de mulheres que usam drogas.

A seguir, passaremos aos capítulos teóricos da tese e à discussão sobre o modo como uma determinada norma de gênero se constitui e seus efeitos na elaboração das práticas de saúde direcionadas às pessoas que usam drogas.

### **3 CORPO, GÊNERO E SEXUALIDADE: DOS ESTUDOS FEMINISTAS AOS ESTUDOS DE GÊNERO**

O campo intelectual do qual emergem os contornos da discussão aqui proposta se define por duas inscrições indissociáveis: a primeira, que institui o campo de estudos acadêmicos sobre as mulheres e sobre as relações de sexo/gênero, e a segunda, derivada dos movimentos sociais feministas e de “liberação das mulheres” dos anos setenta. Deste modo, as incursões intelectuais e acadêmicas que buscam a inserção do feminismo como campo intelectual explicitam sua identidade em torno da capacidade de propor um pensamento crítico e inovador na área, caracterizado por tonalidades utópicas, cuja principal aspiração não é introduzir temáticas novas, mas perspectivas de análise e modos de interrogação críticos ao próprio modo dominante de produção de conhecimento, de caráter androcêntrico.

Assumimos aqui, então, junto com Machado (1994), o reconhecimento de um quadro de interrogações que estabelece como ponto de partida analítico “a originalidade das formas de reflexão sobre as experiências vividas e da reflexão teórica e política sobre os saberes científicos emergidas em um campo de movimento social” (p. 06). Nesse contexto podemos afirmar que o ponto de vista feminista introduz a questão do olhar da subjetividade dos dominados, de modo que as explicações naturalizantes sobre os processos de dominação dêem lugar à “interrogação sobre a subjetividade dominada frente ao efeito da dominação” (p. 17).

O desenvolvimento do conceito de gênero se justifica pela existência de uma classificação binária das pessoas entre fêmeas e machos e pelas circunstâncias sociais e psíquicas que rodeiam cada um desses grupos numa sociedade sexista. Segundo Joan Scott (1995), “gênero” foi utilizado primeiramente como conceito pelas feministas americanas, “que queriam insistir no caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo” (p.72), indicando então uma rejeição ao determinismo biológico implícito no uso de termos como “sexo” e “diferença sexual”. Foram muitas as abordagens utilizadas desde então pelos/as historiadores/as feministas na análise do gênero, contudo, tais abordagens podem ser resumidas em três principais posições teóricas. (Scott, 1995).

A primeira posição empenha-se em compreender a lógica do patriarcado, focando sua atenção nas origens da subordinação das mulheres, cuja explicação se encontra na necessidade de dominação das mulheres pelos homens, como forma de compensar a alienação dos mesmos frente ao processo reprodutivo. Tal dominação se dá, especialmente, através da objetificação sexual da mulher, que é vista como objeto de satisfação e reprodutora de herdeiros. Para Scott (1995), ainda que as teóricas do patriarcado tenham questionado a

desigualdade entre homens e mulheres de maneira importante, propõem uma análise baseada nas diferenças físicas, que são sempre de caráter universal e imutável, pressupondo um sentido coerente ou inerente ao corpo humano, isto é, fora de qualquer construção social ou cultural. Estaria imposta, então, nesta posição teórica, a a-historicidade do próprio gênero. Fortalecendo esta crítica às teóricas do patriarcado, Izquierdo (1998) aponta que “é o fato de ocupar certas posições – independentemente do sexo que se tenha – que define relações de subordinação e desigualdade social.” (p. 41, *tradução nossa*).

A segunda posição teórica de análise do gênero se situa no interior da tradição marxista e busca um compromisso com as críticas feministas. (Scott, 1995). Guiadas por uma abordagem histórica, há em todas as variações explicativas desta posição a exigência de uma fundamentação “material” para as desigualdades de gênero, o que faz com que a causalidade econômica torne-se sempre prioritária, estabelecendo que o patriarcado sempre se desenvolve e é alterado em função das relações de produção. Para Scott (1995), o problema enfrentado pelas marxistas “é o inverso daquele colocado pela teoria do patriarcado, pois, no interior do marxismo, o conceito de gênero foi, por muito tempo, tratado como um sub-produto de estruturas econômicas cambiantes; o gênero não tinha aí um *status* analítico independente e próprio.” (p.80).

A terceira posição, fundamentalmente dividida entre as teorias anglo-americanas das relações de objeto, cuja figura central é Nancy Chodorow, e o pós-estruturalismo francês, marcadamente influenciado nas teorias da linguagem de Jacques Lacan, inspira-se nas várias escolas de psicanálise para explicar a produção e a reprodução da identidade de gênero do sujeito. (Scott, 1995). Para os/as historiadores/as do gênero, a teoria das relações de objeto é limitada por seu literalismo, uma vez que baseia a produção da identidade de gênero em estruturas advindas da esfera da família e da experiência doméstica, deixando de relacionar o conceito de gênero a outros sistemas, sociais, econômicos, políticos ou de poder. Já para Lacan, é pela linguagem que se constitui a identidade generificada. Linguagem para os pós-estruturalistas não designa unicamente as palavras, mas sistemas de significação, ordens simbólicas, que antecedem o domínio real da fala, da leitura e da escrita. (Scott, 1995). “Como sistemas de significado, as identidades subjetivas são processos de diferenciação e de distinção, que exigem a supressão de ambiguidades e de elementos de oposição, a fim de assegurar (criar a ilusão de) uma coerência e (de) uma compreensão comum.” (p. 82).

Para Scott (1995), esta é uma abordagem instrutiva, pois problematiza as categorias de “homem” e “mulher”, ao sugerir que o masculino e o feminino não são características inerentes, mas constructos subjetivos (ou ficcionais), o que, por consequência, implica que o

sujeito se acha em um processo constante de construção. Scott (1995), no entanto, ainda se incomoda com o antagonismo sexual presente nessa teoria. Em suas palavras,

Temos necessidade de uma rejeição do caráter fixo e permanente da oposição binária, de uma historicização e de uma desconstrução genuínas dos termos da diferença sexual. [...] A história do pensamento feminista é uma história da recusa da construção hierárquica da relação entre masculino e feminino, em seus contextos específicos, e uma tentativa de reverter ou deslocar suas operações. (p. 84).

Tendências mais recentes nos estudos de gênero apontam para a desconstrução das distinções dicotômicas de gênero. Autoras como Judith Butler (2003) propõem que “tudo é gênero”, no sentido de que tudo é construído, afirmando nesse sentido que o gênero é corpóreo, já que a materialidade do corpo também está sujeita à construção. Para ela, não há motivo para pensarmos que os gêneros devam permanecer como dois, revelando que “a presunção de um sistema binário de gênero retém implicitamente a crença em uma relação mimética do gênero com o sexo.” (p. 08). Ao contrário disso, quando pensamos a posição de gênero como radicalmente independente do sexo, o gênero passa a ser um atributo que flui livremente, com a consequência de que o *masculino* e o *feminino* podem dizer respeito a corpos de qualquer sexo, isto é, tanto machos quanto fêmeos. (Izquierdo, 1998; Butler, 2003).

Nesse sentido, para Butler (2003), gênero “é a estilização repetida do corpo, um conjunto de atos repetidos no interior de uma estrutura reguladora altamente rígida, a qual se cristaliza no tempo para produzir a aparência de uma substância, de uma classe natural de ser.” (p. 59). Desse modo, ser *homem* ou ser *mulher* não constitui uma essência interior, mas o efeito de um conjunto de normas instituídas, mantidas e repetidas sobre o corpo que geram uma aparência de substância. Gênero, então, não é algo que *somos*, é algo que *fazemos*, um ato, ou, mais precisamente, uma sequência de atos, um verbo em vez de um substantivo, um “fazer” em vez de um “ser”. (Butler, 2003).

No entanto, para Butler (2001), “afirmar que as diferenças sexuais são indissociáveis de uma demarcação discursiva não é a mesma coisa que afirmar que o discurso causa a diferença sexual” (p. 153), de modo que “o gênero não deve ser meramente concebido como a inscrição cultural de significado num sexo previamente dado,” [...] tendo de designar também “o aparato mesmo de produção mediante o qual os próprios sexos são estabelecidos”. (Butler, 2003, p.25).

Uma investigação genealógica da constituição do sujeito supõe que sexo e gênero são *efeitos* – e não causas – de instituições, discursos e práticas; em outras palavras, nós, como sujeitos, não criamos ou causamos as instituições, os discursos e as práticas, mas eles nos criam ou causam, ao determinar nosso sexo, nossa sexualidade, nosso gênero. (Salih, 2012, p. 21).

Dessa forma, ao “desconstruir a aparência substantiva do gênero em seus atos constitutivos e localizar e explicar esses atos no interior dos quadros compulsórios estabelecidos pelas várias forças que policiam a sua aparência social” (Butler, 2003, p. 33), estabelece-se uma matriz sexual, entendida como um conjunto de normas que têm como finalidade produzir sujeitos coerentes no que diz respeito a gênero/sexo/desejo. (Toneli & Becker, 2011). Uma matriz sexual é instaurada, portanto, a partir de “leis que buscam estabelecer as linhas causais ou expressivas de conexão entre sexo biológico, gêneros constituídos culturalmente e a expressão ou efeito de ambos nas manifestações do desejo sexual nas práticas sexuais.” (Butler, 2003, p.72). Quando há uma centralidade na expectativa/demanda do desejo e da identidade no campo da heterossexualidade, como acontece em nossa cultura, configura-se a matriz de gênero heterossexual, que define, por sua vez a *heteronormatividade*, assegurada pela existência de dois sexos fixos e coerentes, os quais se opõem como todas as oposições binárias do pensamento ocidental: macho x fêmea, homem x mulher, masculino x feminino, pênis x vagina etc.

Para Butler (2006), contudo, não é possível reduzir o gênero à matriz heterossexual e seu argumento principal a favor disso são as formas diferentes assumidas pelo gênero nas sexualidades *queer*. Butler ainda defende que o binarismo de gênero “não pode dar-se como um fato fora do marco heterossexual, sendo em si mesmo internamente instável”, ressaltando que “as vidas dos transgêneros evidenciam a ruptura com qualquer linha de determinismo causal entre a sexualidade e o gênero.” (pp. 85-86, *tradução nossa*).

Desse modo, o binarismo sexo/gênero, presente na matriz heterossexual, não pode “ser localizado em uma natureza ‘pré-social’, que precederia a política. [...] O que conhecemos como sexo surge a partir do discurso científico (ele mesmo histórico e associado a interesses sociais e políticos), que estabeleceu o dualismo como um fato natural.” (Toneli & Becker, 2011, p. 6). Portanto, assim como o gênero,

“Sexo” é um ideal regulatório cuja materialização é imposta: esta materialização ocorre (ou deixa de ocorrer) através de certas práticas altamente reguladas. [...] Ele não é um simples fato ou a condição estática de um corpo, mas um processo pelo qual as normas regulatórias materializam o “sexo” e produzem essa materialização através de uma reiteração forçada destas normas. (Butler, 2001, p.154).

A manutenção da matriz heterossexual compulsória se dá pela repetição de atos, gestos e signos, do âmbito cultural, que reforçam a construção dos corpos masculinos e femininos tais como nós os vemos atualmente. Trata-se, para Butler (2003), de uma questão



de *performatividade*.

O conceito de performatividade passa, desse modo, a ser central no interior dos estudos de gênero, uma vez que afirma que “não há identidade de gênero por trás das expressões de gênero; a identidade é performativamente constituída pelas próprias expressões que supostamente são seus resultados.” (Butler, 2003, p. 25). Desse modo, o conceito de performatividade contesta a própria noção de sujeito. Nesse sentido, Butler enfatiza a importância de se fazer uma distinção entre os termos *performance* e *performatividade* e, numa entrevista a Beukje Prins e Irene Meijer em 1996, reforça que, enquanto *performance* supõe um sujeito preexistente, *performatividade* contesta a própria noção de sujeito:

Gostaria de sugerir também que a noção de sujeito carrega com ela uma duplicidade que é crucial enfatizar: o sujeito é aquele que se presume ser a pressuposição do agenciamento, [...] mas o sujeito é também aquele que está submetido a um conjunto de regras que o precedem. Este segundo sentido funciona a contrapelo da concepção humanista de um *self* autônomo ou de um ator humano firmemente enraizado. Na verdade, a palavra “ator” carrega uma ressonância teatral que seria muito difícil de ser adota em meu trabalho, devido à tendência de ler “performatividade” como um projeto goffmanesco de colocar uma máscara e escolher representar um papel. (Prins & Meijer, 2002, p. 167).

Nesse sentido, o desenvolvimento do conceito de performatividade em Butler sugere que o gênero demonstra ser performativo, ou seja, constituinte da identidade que pretende ser:

Não é que uma identidade “faça” o discurso ou a linguagem, mas é precisamente o contrário – a linguagem e o discurso é que “fazem” o gênero. Não existe um “eu” fora da linguagem, uma vez que a identidade é uma prática significante, e os sujeitos culturalmente inteligíveis são efeitos e não causas dos discursos que ocultam a sua atividade. É nesse sentido que a identidade de gênero é performativa. (Salih, 2012, p. 91).

Dois principais influências participam da elaboração do conceito de performatividade por Butler: a teoria dos atos de fala do filósofo da linguagem britânico John Langshaw Austin (1911-1960), desenvolvida no livro “*Como fazer coisas com as palavras*” (1955), e a desconstrução das ideias de Austin feita pelo filósofo francês Jacques Derrida (1930-2004), no ensaio “*Assinatura, acontecimento, contexto*” (1972).

Para Austin, os atos de linguagem performativos não afirmam nem negam nada, mas realizam um ato quando são pronunciados. A noção de ato performativo é, pois, indissociável das relações interlocutivas que os falantes estabelecem entre si. Desse modo, a teoria da performatividade linguística de Austin pressupõe que deve haver um longo processo reiterativo das palavras para tornar concreta a concepção das coisas. (Flores, 2007). Do mesmo modo, para Butler (2001), “na teoria do ato da fala, um ato performativo é aquela prática discursiva que efetua ou produz aquilo que ela nomeia.” (p. 167).

Numa reformulação crítica desta noção, Derrida deixa claro que não há no ato performativo uma vontade originadora, sendo este sempre derivativo:

Poderia um enunciado performativo ser bem-sucedido se sua formulação não repetisse um enunciado “codificado” ou iterável ou, em outras palavras, se [...] não fosse identificável como conforme a um modelo iterável, se ela não fosse, pois, identificável de alguma forma, como uma “citação”? (Derrida, 1988 como citado em Butler, 2001, p.167).

Butler apóia-se então nesta tese para afirmar que “a repetição possibilita a eficácia dos atos performativos que sustentam e reforçam as identidades hegemônicas.” (Bento, 2006, p. 04). De modo que a performatividade, para Butler (2010, p. 34, *tradução nossa*), “não é um ‘ato’ singular, porque sempre é a reiteração de uma norma ou um conjunto de normas e, na medida em que adquire a condição de ato no presente, oculta ou dissimula as convenções de que é uma repetição.”

São, no entanto, as repetições descontextualizadas do ‘contexto natural’ dos sexos, principalmente as que a autora considera enquanto ‘performatividades *queer*’, que possibilitam a emergência de práticas que interrompem a reprodução das normas de gênero. Portanto, mesmo considerando que o gênero é limitado pelas estruturas de poder no interior das quais está situado, Butler insiste sobre as possibilidades de proliferação e subversão que se abrem a partir dessas limitações. (Salih, 2012).

O fato de que essa reiteração seja necessária é um sinal de que a materialização não é nunca totalmente completa, que os corpos não se conformam, nunca, completamente, às normas pelas quais sua materialização é imposta. Na verdade, são as instabilidades, as possibilidades de rematerialização, abertas por esse processo, que marcam um domínio no qual a força da lei regulatória pode se voltar contra ela mesma para gerar rearticulações que colocam em questão a força hegemônica daquela mesma lei regulatória. (Butler, 2001, p. 154).

Nesta mesma direção, Chantal Mouffe (1993) afirma que para que possamos compreender adequadamente a variedade de relações sociais, as identidades essenciais devem ser questionadas, particularmente se mantivermos um compromisso político de caráter democrático radical. Do mesmo modo, um mesmo indivíduo, seja homem ou mulher, pode se encontrar situado em diferentes posições de gênero.

Também para Grosz (2000), não há corpo enquanto tal: “existem apenas corpos – masculinos, femininos, negros, pardos, brancos, grandes ou pequenos – e a gradação entre eles” (p. 78). O que importa questionar é o fato de em algumas culturas, a Ocidental, por exemplo, um determinado corpo – masculino, branco, jovem, saudável – assumir a função de modelo ou ideal de corpo “humano” para todos os outros tipos de corpo. Nesse caso, diz a

autora, “sua dominação deve ser solapada através da afirmação desafiadora de uma multiplicidade, um campo de diferenças, de outros tipos de corpos e subjetividades.” (p. 78).

Se o que está posto então em questão pelas autoras acima é o próprio conceito de identidade, as categorias *homem* e *mulher* não podem mais ser compreendidas em termos estáveis ou permanentes, o que abala a própria essência da teoria feminista, que, segundo Butler (2003), “deflagra os interesses e objetivos feministas e constitui o sujeito mesmo em nome de quem a representação política é almejada.” (p. 17). Butler (2003) aponta que há, então, tanto o equívoco das idéias “fundacionistas” que sustentam a noção de sujeito, quanto um problema político no fato do feminismo considerar que o termo *mulheres* (mesmo no plural) denota uma identidade comum.

O debate em torno do conceito de identidade nos estudos feministas contemporâneos é complexo e coloca em cena, de uma maneira nova, a questão da universalidade da identidade feminina e da opressão/dominação masculina. Butler (2003) salienta que a multiplicidade das interseções culturais, sociais e políticas que originam o “espectro concreto das mulheres” é rejeitada quando se adota a categoria mulheres a partir de uma dimensão marcada pelas noções de unidade e coerência, ainda que estas unidades absorvam a dimensão relacional.

Observa-se, portanto, uma incongruência entre os pressupostos nos quais se ancoram as formulações contemporâneas de gênero e aquelas que orientam o feminismo. Para Piscitelli (2002), entre as principais incongruências encontram-se “a noção de um sujeito racional e unificado capaz de agir de maneira consciente e coerente para a sua própria liberação e a conceitualização homogeneizante, até etnocêntrica, da categoria *mulheres*, na qual há uma tendência a minimizar ou apagar a diversidade.” (p. 17). Frente a isso, Butler (1998) argumenta que, “sem uma crítica radical da constituição do gênero a teoria feminista não pode avaliar o modo como a opressão estrutura as categorias ontológicas pelas quais o gênero é concebido.” (p. 311, *tradução nossa*). E propõe que a representação política das mulheres seja feita de tal maneira que não distorça nem coisifique o coletivo que a própria teoria quer emancipar. (Butler, 1998). “Minha única preocupação é que a diferença sexual não se torne uma coisificação que involuntariamente preserve uma restrição binária da identidade de gênero e um marco implicitamente heterossexual para a descrição do gênero, a identidade de gênero e a sexualidade.” (p. 314, *tradução nossa*).

Importa salientar, por fim, que uma importante limitação do feminismo como campo intelectual advém da sua herança ideológica com marcos sociais muito precisos, emergindo de reflexões propostas por mulheres escolarizadas, de camadas sociais médias e urbanizadas. Deste modo, para Sarti (2004), os estudos feministas contemporâneos admitem que “recursos

de ordem material e simbólica não são acessíveis a todas as mulheres, sobretudo na sociedade brasileira” (p. 44). E assim, ainda que o feminismo possa ser reconhecido como um movimento que produziu uma crítica às posições históricas de subalternidade da mulher, a possibilidade de identificação com suas bandeiras não se dá de forma generalizada, o que aponta para a relevância social e política de pensar os limites do feminismo em sua perspectiva universalista.

“As mulheres”, como objeto de estudo, não são evidentemente a totalidade de fêmeas humanas, mas uma construção que tem um alcance histórico e geográfico limitado àqueles países nos quais triunfou a revolução burguesa e com ela a aspiração à liberdade e à igualdade. (Izquierdo, 1998, p. 16, *tradução nossa*).

Por outro lado, fato inegável é a contribuição dos estudos feministas para a crítica aos pressupostos da ciência positivista e seus ideais de neutralidade e objetividade, e seus efeitos, especialmente no campo da política e da produção dos discursos e práticas profissionais. Para Neves e Nogueira (2005),

as abordagens positivistas da ciência, cujo legado se mantém visível nas práticas e metodologias de investigação científica atuais, ao encorajar a neutralidade e a isenção dos/as investigadores/as, face a todo o processo de pesquisa e de interpretação dos resultados dele provenientes, perpetuaram a visão do/a cientista alheado/a do seu objeto de conhecimento e de *costas voltadas* para a repercussão que a sua própria subjetividade causava no modo como lia e analisava os elementos observados. (p. 408).

O feminismo como campo intelectual questiona esta maneira clássica de fazer ciência a partir de uma interrogação permanente em torno da condição de produção e autoria dos saberes, propondo dessa forma uma crítica às próprias relações de poder no âmbito da produção científica e acadêmica, numa tentativa de compreensão e deslocamento de poderes constituídos. Tal movimento, nomeado como *reflexividade*, diz respeito ao conjunto de questões que se colocam quando se considera a relação existente entre o conteúdo de uma investigação e as ações dos investigadores. (Neves & Nogueira, 2005). Desse modo, a investigação feminista ilustra o sempre presente esforço de conscientização dos investigadores acerca do seu papel e envolvimento pessoal na investigação:

Uma espécie de auto-reflexão acerca de quem somos, de como as nossas identidades – como cidadãos/ãs ocidentais, como membros de determinados grupos étnicos ou religiosos, como seres *genderizados*, como feministas – interferem no nosso trabalho e de como, por outro lado, o nosso trabalho influencia todos estes aspectos do nosso *self*. (Neves & Nogueira, 2005, p. 410).

Outro princípio característico das epistemologias feministas é o reconhecimento da

intimidade como objeto de politização e de investigação sobre as vivências subjetivas. Para tanto, investe-se num conhecimento produzido não *sobre* as mulheres, mas *com* as mulheres, a partir de sua própria reflexão sobre as experiências vividas. Recorrer à experiência tem se mostrado uma estratégia teórico-metodológica habitual nas pesquisas em psicologia. Busca-se com isso o encontro com a “evidência” da experiência que, supostamente, poderia oferecer a “verdade” sobre os acontecimentos, afinal, “o que poderia ser mais verdadeiro do que o relato do próprio sujeito sobre o que ele ou ela vivenciou?” (Scott, 1999, p. 25). Para Scott, é, contudo, precisamente esse tipo de apelo à experiência como evidência incontestável e como um ponto originário de explicação – como um fundamento sobre o qual a análise se baseia – que enfraquece a sua utilização como conceito central nas metodologias feministas, uma vez que toma-se como evidentes as identidades daqueles/as cujas experiências estão sendo documentadas e, assim, naturalizam-se suas diferenças.

Questões acerca da natureza construída da experiência, acerca de como os sujeitos são, desde o início, constituídos de maneiras diferentes, acerca de como a visão de um sujeito é estruturada – acerca da linguagem (ou discurso) e história – são postas de lado. A evidência da experiência, então, torna-se evidência do fato da diferença, ao invés de uma maneira de explorar como se estabelece a diferença, como ela opera, como e de que forma ela constitui sujeitos que vêem e agem no mundo. (Scott, 1999, p. 26).

Em conformidade com esta crítica do campo feminista, trata-se, então, no estudo da experiência de mulheres que usam drogas, sujeitos da tese aqui em questão, da investigação dos processos históricos que, através do discurso, as posicionaram como sujeitos e produziram suas experiências. Desse modo, nas palavras de Scott (1999), não são os sujeitos que têm a experiência; os sujeitos são constituídos através da experiência. A experiência, de acordo com essa definição, torna-se, portanto, não a origem de todas as explicações, não a evidência que fundamenta o conhecimento por si só, mas sim aquilo que se busca explicar, aquilo sobre o que se produz conhecimento. Pensar a experiência dessa forma é historicizá-la, assim como as identidades que ela produz. (Scott, 1999).

É, portanto, a partir do quadro de questões postas pelos estudos feministas e de gênero apresentado acima, que buscamos nesta tese compor um saber sobre os efeitos da norma de gênero heterossexual na elaboração das práticas de saúde direcionadas às pessoas que usam drogas. Para tanto, no próximo capítulo, ampliando a discussão aqui iniciada, abordaremos as relações entre norma de gênero heterossexual, produção de hierarquias e violência de gênero.

#### 4 GÊNERO, NORMA E PODER

Compreender como práticas de saúde direcionadas a mulheres que usam drogas reproduzem hierarquias de gênero, como aponta a hipótese aqui apresentada, requer a discussão do conceito de norma e, mais especificamente, do conceito de norma de gênero heterossexual.

Etimologicamente o termo [“norma”] sugere a figura do “esquadro” – aquilo que não se inclina nem para a direita, nem para a esquerda, que se conserva no centro, a meio termo – derivando daí dois sentidos: designando o que é conforme aquilo que deve ser, e representando a moda e a média de uma amostragem. (Prado & Trisotto, 2007, p. 9).

Segundo Korpi (2009), o conceito de “norma” é sinônimo dos conceitos de padrão, modelo e tipo sendo, por exemplo, usado para descrever alguém que é “característico” ou “fiel a um tipo”. Para a autora, “norma” também é usado em referência às maneiras de se comportar, sentir e pensar compartilhadas por um grupo, sendo os membros desviantes acoitados por vários tipos de persuasão, pressão e sanção, exercidas de forma a adaptá-los aos padrões convencionados.

Uma norma se estabelece por um exercício de poder e sua análise caracterizou toda a obra de Michel Foucault, filósofo francês cujo pensamento influenciou de modo decisivo as ciências humanas contemporâneas (Sousa & Meneses, 2010). Foucault se debruçou sobre a análise das formas pelas quais se organizam as modalidades históricas de exercício do poder, privilegiando a descrição dos seus mecanismos e modo de funcionamento.

Foucault analisa que foi a destituição do saber do soberano que possibilitou a emergência da norma, já que desta forma o poder deixava de ser centralizado em uma única figura, passando a disseminar-se na sociedade e nas instituições e criando as condições para a emergência de um poder disciplinar: “no lugar desse poder decapitado e descoroadado se instala um poder anônimo múltiplo, pálido, sem cor, que é no fundo o poder que chamarei de disciplina.” (Foucault, 2006b, p. 28). O deslocamento do poder soberano para o corpo social faz com que ele seja exercitado na forma de micropoderes ou de uma micropolítica, cujo objetivo é o adestramento e a docilização dos corpos. Surge, então, a partir da segunda metade do século XVIII, o poder disciplinar. (Foucault, 1987).

Inicialmente, portanto, a noção de norma esteve ligada à de *disciplina*, cujo código é o da normalização, não se referindo ao horizonte teórico da lei e do direito, mas àquele das ciências humanas e do saber clínico. (Foucault, 1979). Esta primeira concepção de norma em

Foucault, a normalização disciplinar, “demarca espaços a serem ocupados, controla o tempo em que os indivíduos realizam suas atividades, estabelece sequências e ordenações dessas atividades em função de objetivos precisos, conduzindo ao adestramento e ao controle permanentes.” (Fonseca, 2009, p. 3). Sua descrição teve como referência principal os corpos dos indivíduos localizados no interior de espaços institucionais precisos, como o asilo psiquiátrico, o hospital, a fábrica, a prisão. (Foucault, 1987). A norma sugere, então, uma ideia reguladora, de caráter sutil, mais moral que científica, responsável pela comparação dos indivíduos a partir de uma demarcação de “desvios”, legitimada por conhecimentos supostamente científicos, que não apenas inclui ou exclui os sujeitos numa faixa de normalidade construída, como também reconduz ao centro os desviantes. (Prado & Trisotto, 2007).

Em um segundo momento, a analítica do poder em Foucault incorpora o estudo de mecanismos de normalização que terão como ponto de fixação privilegiado a vida biológica, naquilo que ela comporta de regularidades e variáveis perceptíveis no corpo coletivo das populações. (Fonseca, 2009). É assim que o conceito de norma encontra-se com o de *biopolítica*:

O termo “biopolítica” designa a maneira pela qual o poder se encaminha para a transformação, entre o fim do século XVIII e o início do século XIX, a fim de governar não só os indivíduos por meio de uma série de procedimentos disciplinares, mas também o conjunto dos seres vivos que compõem a população: a biopolítica – por meio dos biopoderes locais – se ocupará, portanto, da gestão da saúde, da higiene, da alimentação, da sexualidade, da natalidade etc., na medida em que tais gestões se tornaram apostas políticas. (Revel, 2011, p. 24).

A norma representa agora o critério para as diferentes racionalidades políticas e os diversos procedimentos técnicos pelos quais se dará o seu governo, tendo em vista as diversas normalidades diferenciais inerentes aos fenômenos da vida biológica. (Foucault, 2008). Nesse sentido, Foucault denomina ‘artes de governar’ ou ‘governamentabilidades’ o conjunto das racionalidades políticas e dos procedimentos técnicos pelos quais se dá o governo da vida. (Fonseca, 2009). Trata-se, portanto, da normalização biopolítica, que representa, “essa grande ‘medicina social’ que se aplica à população com o propósito de governar sua vida: a vida faz, daí em diante, parte do campo do poder.” (Revel, 2011, p. 25).

Enquanto o poder disciplinar possui como característica a transformação dos corpos em máquinas dóceis, o biopoder atua também sobre os corpos, mas como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e as mortes, a longevidade, a fecundidade, o estado de saúde e a incidência de doenças, com todas as condições que podem

fazê-los variar. (Foucault, 1988). Nesse sentido, cabe pensar na pesquisa aqui apresentada as práticas de governo da vida presentes na regulação dos corpos de mulheres que usam drogas, lembrando que em nossa hipótese tal regulação se dá como efeito das normas estabelecidas pela matriz heterossexual.

Para Revel (2011), o conceito de biopolítica é fundamental para a reformulação ética da relação com o político, representando o momento da passagem da política à ética, tema que caracteriza as últimas análises de Foucault. Tal referência à ética diz respeito à consideração de que se o poder abrangeu a vida, também a vida é um poder, desse modo, pode-se “localizar na própria vida – isto é, certamente no trabalho e na linguagem, mas também nos corpos, nos afetos, nos desejos e na sexualidade – o local de emergência de um contrapoder, o local de uma produção de subjetividade que se daria como momento de ‘desassujeitamento’.” (p. 25).

Vimos então que as sociedades modernas desenvolveram uma poderosa tecnologia política de produção de indivíduos, através da aplicação de procedimentos disciplinares que estabelecem uma “ortopedia da subjetividade.” (Foucault, 1987). Faz isso

separando, individualizando, marcando e identificando os sujeitos, comparando-os e classificando-os entre si, remetendo-os a uma média construída para o seu grupo, demarcando limites e fronteiras, incluindo, excluindo, marcando e corrigindo os desvios, reconduzindo, ainda, à norma [...]. Tal tecnologia encontra-se no cruzamento ou na articulação de dispositivos de identificação, sexualização e normalização social, que produzem indivíduos identificados como normais ou anormais. (Prado & Trisotto, 2007, p.11).

Desse modo, o poder, para Foucault, na sua forma moderna, se exerce em um domínio que não é o da lei, e sim o da norma e não simplesmente reprime uma individualidade ou uma natureza já dada, mas, positivamente, a constitui, a forma. (Castro, E., 2009). Assim, “quando Foucault afirma que a disciplina “produz” indivíduos, não só quer dizer que o discurso disciplinar os dirige e os utiliza, mas também que ativamente os constitui.” (Butler, 2006, p. 80, *tradução nossa*<sup>14</sup>).

Também nos estudos de gênero de Judith Butler, norma refere-se à norma social e diz respeito à performance ou à atuação dos sujeitos na realidade social. (Korpi, 2009). Ao contrário das normas legais, as normas sociais podem operar sem estarem inscritas num texto legal ou serem enunciadas verbalmente. Para Butler (2006), a norma, nesses termos, apresenta-se de forma bastante volátil, sendo difícil enunciá-la num formato propositivo. São por isso, difíceis de ler, sendo os efeitos que produzem a forma mais clara mediante a qual

---

<sup>14</sup> Tradução livre do original: “*Cuando Foucault afirma que la disciplina «produce» individuos, no sólo quiere decir que el discurso disciplinario los dirige y los utiliza, sino también que activamente los constituye.*” (Butler, 2006, p. 80).



podem ser discernidas. (Butler, 2006).

A partir do aporte teórico aqui exposto, discutimos como a norma é mantida e justificada por regulações disciplinares necessárias à produção de “indivíduos normais” e por uma série de biopoderes aplicados aos indivíduos em sua existência singular e às populações segundo o princípio da economia e da gestão política. (Revel, 2011). Consideramos aqui, então, que pensar a gênese e os efeitos das hierarquias de gênero nas práticas de saúde direcionadas a mulheres que usam drogas requer a incorporação das dinâmicas de poder no interior das relações de gênero como analisador fundamental.

Sobre isso, Butler (2006) indica que a norma rege a inteligibilidade cultural, permitindo que certos tipos de práticas e ações sejam reconhecidas, impondo uma rede de legitimidade sobre o social e definindo os parâmetros do que aparecerá e do que não aparecerá em sua esfera. Afirma, assim, que as condições de inteligibilidade são constituídas a partir de normas de reconhecimento socialmente articuladas.

Desse modo, para Butler (2006), afirmar que gênero é uma norma não é unicamente o mesmo que dizer que existem visões normativas da feminilidade e da masculinidade, ainda que essas normativas claramente existam. Gênero, assim, não é exatamente aquilo que alguém “é” ou que alguém “tem”. Trata-se, antes, do aparato através do qual tem lugar a própria produção e normalização do masculino e do feminino numa coerência binária contingencial. É desse modo que um discurso restritivo de gênero, que insiste no binarismo homem/mulher como forma exclusiva de entendimento do campo de gênero, “performa” uma operação reguladora de poder, que naturaliza o caso hegemônico e reduz a possibilidade de pensar em sua alteração.

Uma regulação é aquilo que *regulariza*, mas também, seguindo Foucault, uma maneira de *disciplinar* e *vigiar* dentro das formas modernas do poder; uma regulação não se limita a constringer e negar e, portanto, não é uma mera forma jurídica de poder. Na medida em que as regulações operam através das normas, se convertem em momentos-chave nos quais se reconstitui a idealidade da norma; sua historicidade e sua vulnerabilidade ficam temporariamente fora de cena. (Butler, 2006, p. 87, *tradução nossa*<sup>15</sup>).

Para a tese aqui em questão, importa o apontamento de Butler (2006) de que as pessoas são reguladas pelo gênero e que este tipo de regulamentação funciona como uma condição de inteligibilidade cultural para todos. Desse modo, se gênero é uma norma, ao

---

<sup>15</sup> Tradução livre do original: “*Un reglamento es aquello que regulariza, pero también, siguiendo a Foucault, un modo de disciplinar y vigilar dentro de las formas modernas del poder; un reglamento no se limita a constringir y negar y, por lo tanto, no es una mera forma jurídica de poder. En la medida en que los reglamentos operan a través de las normas, se convierten en momentos clave en los cuales se reconstituye la idealidad de la norma; su historicidad y su vulnerabilidad quedan temporalmente fuera de escena.*” (Butler, 2006, p. 87).

mesmo tempo em que aparece independentemente das práticas que rege, sua idealidade é um efeito daquelas mesmas práticas (Butler, 2006). “Isto não só sugere que a relação entre as práticas e as idealizações sob as quais se formam é contingente, mas também que esta mesma idealização pode ser posta em questão e em crise, se submetida a uma desidealização e à desposseção.” (Butler, 2006, p. 78, *tradução nossa*<sup>16</sup>).

Pensar o “fora da norma”, contudo, constitui tarefa paradoxal, já que, se a norma dá inteligibilidade e normaliza o campo social, então, estar “fora da norma” significaria, ainda, estar definido em relação a ela. Desse modo, para Butler (2006), desviar-se da norma de gênero nada mais seria do que produzir exemplos aberrantes que os poderes reguladores (médico, psiquiátrico e legal, entre outros) podem rapidamente explorar com o fim de reforçar as razões fundamentais para a continuidade de seu próprio zelo regulatório.

Cabe ainda assinalar, por fim, que a norma de gênero, aqui, especificamente, a norma de gênero heterossexual, incorpora o exercício da violência em seu funcionamento, tornando-se por vezes violenta em si mesma. Conforme Toneli e Becker (2011, p.7) assinalam, “por violência normativa não se entende um certo tipo de violência que se torna a norma, mas sim a violência das normas.” São, então, as próprias normas de gênero que exercem violência sobre os corpos que as violam. Trata-se de uma “violência fundamental, produzida pela construção mesma do discurso e pela circulação das práticas discursivas”, que tanto autoriza a violência física típica rotineira, quanto, simultaneamente, apaga essa violência de nossa apreensão. Nas palavras de Toneli e Becker (2011), “a violência normativa é primária em um duplo sentido: ela permite a ocorrência da violência secundária que então consideramos como típica, e serve para apagar essa última. Ou seja, a violência normativa exercida ‘antes’ da violência cotidiana/rotineira invisibiliza-a, torna-a inexistente.” (p. 7).

Tendo feito esta incursão sobre o conceito de norma e assumido o pressuposto de vivermos sob uma norma de gênero heterossexual, ou seja, sob a égide da heteronormatividade, que se estabelece pela e na violência, através da repetição de atos no interior de uma estrutura reguladora altamente rígida, produtora de uma aparência de naturalidade (Butler, 2003), passemos agora a um campo específico de normalização sobre os corpos – aqui, especificamente sobre os corpos de mulheres –, qual seja, o campo do uso de drogas.

---

<sup>16</sup> Tradução livre do original: “*Esto no sólo sugiere que la relación entre las prácticas y las idealizaciones bajo las cuales trabaja es contingente, sino también que la misma idealización puede ser puesta en cuestión y en crisis, someténdola potencialmente a una desidealización y a la desposesión.*” (Butler, 2006, p. 78).

## 5 USO DE DROGAS, REDUÇÃO DE DANOS E AUTONOMIA DO CORPO

### 5.1 A emergência do paradigma proibicionista e sua influência na constituição das intervenções direcionadas às pessoas que usam drogas

O uso de drogas faz parte da história humana. Em todas as sociedades e épocas existe registro da utilização de drogas, de diversas formas e com as mais diferentes finalidades: em rituais, atos sagrados, práticas curativas ou mesmo por razões recreativas e lúdicas. (Escohotado, 2005). A emergência do “problema das drogas”, contudo, é recente em termos históricos, sendo somente no século XX que o uso de drogas se torna uma preocupação social. Foi há aproximadamente 100 anos que as resoluções da *Primeira Conferência Internacional do Ópio*, realizada em Haia, em 1912, inaugurou o paradigma orientador das concepções gerais sobre drogas que vigoraria até os dias atuais, o paradigma proibicionista. (Fiore, 2012). Um dos marcos da consolidação deste paradigma foi a *Convenção Única sobre Entorpecentes*, coordenada pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1961. Patrocinada e sediada pelos Estados Unidos da América (EUA), implantou globalmente o paradigma proibicionista no seu formato atual, estabelecendo uma “luta contra o flagelo das drogas” e punindo quem as produzisse, vendesse ou consumisse. (Fiore, 2012).

Antônio Escohotado (2005), em sua obra *“História general de las drogas”*, conta que no Antigo Regime a presença de álcool e derivados de ópio em composições medicamentosas e tônicos alimentares era altamente disseminada. Este período, conhecido pelo que o autor chama de liberalismo farmacológico, foi marcado por grandes avanços da química farmacêutica, com a descoberta de novas drogas e sua difusão em diversos produtos. Uma reação antiliberal a esse estado de coisas tem início, contudo, ao final do século XVIII, que passa a estabelecer controles específicos para a produção, comercialização, prescrição e uso de drogas. Segundo Escohotado (2005, pp. 493-494), cinco principais fatores podem ser considerados decisivos para o estabelecimento desta reação antiliberal: o ressurgimento do elemento religioso tradicional no mundo anglo-saxão; as tensões sociais produzidas pelo rápido processo de proletarização e industrialização, combinado com o surgimento de grandes concentrações urbanas; a evolução do empreendimento médico-terapêutico, que herdava competências trazidas do empreendimento eclesiástico; a expansão da burocracia administrativa, marcada pela transição do Estado teocrático ao médico-terapêutico, que passa a assumir funções e serviços antes confiados à sociedade civil, como a assistência aos pobres, loucos, órfãos e alcóolicos; e, por último, a guerra do ópio, promovida pela Inglaterra contra a

China, que cria uma importante coleção de estereótipos e define novas pautas coloniais. A soma desses elementos caracterizou a mudança de status das drogas, passando de produtos de consumo incentivado a produtos proibidos. Segundo Escohotado (2005), de modo geral, o estabelecimento da proibição atendeu interesses econômicos e de legitimação social de uma classe médica organizada que assumia um maior poder junto ao Estado e uma função reformadora e moralizadora da sociedade.

Fiore (2012) também sintetiza esse cenário apresentando as principais motivações históricas que contribuíram para o fortalecimento e manutenção do empreendimento proibicionista em todo o mundo: “a radicalização política do puritanismo norte-americano, o interesse da nascente indústria médico-farmacêutica pela monopolização da produção de drogas, os novos conflitos geopolíticos do século XX e o clamor das elites assustadas com a desordem urbana.” (p. 09). Por fim, complementando o quadro, para Becker (2008), a legitimidade da proibição do uso de drogas foi garantida por três valores: a defesa do autocontrole, a desaprovação da busca do êxtase como fim em si e o humanitarismo dos então reformadores.

Ainda que seja reconhecida a importância do pioneirismo dos EUA na universalização do paradigma proibicionista, foram as convergências locais que garantiram que ele se tornasse uma realidade global. Nesse sentido, Valença (2010) aponta que a estigmatização das drogas e particularmente da maconha no Brasil seguiu o modelo racializado empregado nos EUA durante o século XIX. Segundo Adiala (2011),

o início da repressão à maconha no Brasil coincidiu com a repressão aos grupos marginalizados, negros e migrantes que ocuparam as encostas dos morros do Rio de Janeiro, e acabou por justificar a repressão policial contra essa população. Esta repressão esteve relacionada ao discurso médico eugenista da época e às propostas de controle racial. (p. 25)

Desse modo, no Brasil, a proibição da maconha, droga historicamente estigmatizada por estar diretamente associada às manifestações culturais da população negra, foi oficializada em 1932, cinco anos antes do mesmo ocorrer nos EUA. (Fiore, 2012).

O proibicionismo passou, então, a regular a compreensão contemporânea sobre o uso de drogas, estando focado de modo especial em um grupo específico de substâncias. Sobre isso, cabe lembrar que o conceito farmacológico de droga é bastante amplo, conforme sugere a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS): “substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas produzindo alterações em seu funcionamento.” (OMS, como citado em Brasil, 2012). Também conforme

Simões (2008), tecnicamente, o termo “droga” serve para designar amplamente qualquer substância que, por contraste ao “alimento” não é assimilada imediatamente como meio de renovação e conservação pelo organismo, e que desencadeia no corpo reações tanto somáticas quanto psíquicas, de intensidade variável, mesmo quando absorvida em quantidades reduzidas. Se estas substâncias modificam o estado de consciência, de humor ou o sentimento das pessoas passam a ser designadas como “substâncias psicoativas”. No entanto, não obstante a grande amplitude conceitual apresentada, o termo “droga” historicamente vem sendo utilizado para referenciar especialmente três tipos de substâncias e/ou plantas, eleitas como alvos privilegiados do paradigma proibicionista: papoula/ópio/heroína, coca/cocaína/crack e cannabis/maconha/haxixe. (Fiore, 2012). Foi, portanto, a esse conjunto de substâncias que o termo “droga” passou a ser aplicado, integrando a linguagem comum e definindo os contornos de práticas sociais e de saúde.

Vê-se com isso que os desdobramentos do proibicionismo foram muito além das convenções e legislações nacionais:

O proibicionismo modulou o entendimento contemporâneo de substâncias psicoativas quando estabeleceu os limites arbitrários para usos de drogas legais/positivas e ilegais/negativas. Entre outras consequências, a própria produção científica terminou entrincheirada, na maior parte das vezes, do lado “certo” da batalha, ou seja, na luta *contra* as drogas. (Fiore, 2012, p. 09, *grifo nosso*).

Nesse sentido, segundo Escotado (2005), foram estabelecidas – ainda no começo dos anos sessenta – as primeiras propostas de tratamento do usuário de drogas proibidas, o que já exigia que o mesmo fosse concebido como doente e criminoso. Estavam, desta maneira, postas as bases para uma colaboração entre os poderes repressivos e a ciência social em sentido amplo, entendendo-se que com ajuda de psicólogos, sociólogos, antropólogos, assistentes sociais, economistas, estatísticos e outros profissionais seria possível compreender e prevenir o uso de substâncias ilícitas.

Assim, o discurso dominante sobre as drogas na sua busca de abstinência vem sendo contado e repetido. Modificou-se em aparência, modernizou-se para continuar sendo o mesmo. O perigo da experiência que se generaliza sugere a necessidade de campanhas, nas quais o medo, o terror, é considerado fator fundamental de proteção individual e coletiva. O procedimento do comentário busca o controle do aleatório, nega a autonomia, considerada um risco, prevenido pela repetição de palavras de ordem que, na sua estreiteza, não ensinam o sujeito a avaliar os riscos e a deliberar. (Acselrad, 2000, pp. 163-164).

Desse modo, a atuação profissional direcionada ao usuário de drogas foi construída a partir de uma visão de sujeito marcada pelas noções de periculosidade, doença e desvio social. Sobre isso, Gilberto Velho (1987), em seu estudo clássico sobre duas categorias de acusação

na cultura brasileira – *subversivo e drogado* –, mostrou como a visão sobre os usuários de drogas avançou da noção de desvio para uma trama mais complexa de representações notadamente marcadas por discursos predominantemente morais.

Nesse sentido, uma pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo, em parceria com a Fundação Rosa Luxemburgo Stiftung, em 2009, sobre “*Diversidade sexual e homofobia no Brasil – Intolerância e respeito às diferenças sexuais*”, levantou dados relevantes sobre as representações predominantes acerca dos usuários de drogas, ao avaliar o grau de aversão a grupos sociais vítimas de intolerância. Foram realizadas 2014 entrevistas com moradores (população urbana adulta) de 150 municípios (pequenos, médios e grandes) distribuídos nas cinco macro-regiões do país. Ao serem perguntados sobre “que tipo de pessoa você acha estranho, não gosta de ver ou de encontrar”, os usuários de drogas ocuparam o primeiro lugar no ranking de estranhamento/rejeição. Também, ao avaliar o grau de repulsa/ódio/antipatia dos entrevistados a grupos de pessoas desconhecidas, os resultados mostraram novamente os usuários de drogas como grupo com maior grau de aversão/intolerância, perdendo somente para “gente que não acredita em Deus”, e estando à frente de outros grupos sociais vítimas de intolerância, dentre eles, ex-presidiários, gays/lésbicas, prostitutas/garotos de programa, travestis, gente com AIDS, mendigos e moradores de rua. (Fundação Perseu Abramo, 2009).

Maria Lúcia Karam (2000), juíza auditora da Justiça Militar da União, membro do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais e da Associação Juízes para a Democracia, argumenta que sentimentos de medo e insegurança gerados por visões como estas, somados ao mistério e fantasia que cercam o tema das drogas qualificadas de ilícitas, as apressadas e muitas vezes falsas informações associadas às ameaças do fenômeno conhecido como criminalidade organizada, e o superdimensionamento das eventuais repercussões negativas da disseminação da oferta e demanda de/por drogas, provocam a busca dos rigores da repressão, da maior intervenção do sistema penal, como alternativa, segundo a autora, tão palpável quanto irreal de solução. (p. 151).

Nesse cenário, é construído um modelo de prevenção e intervenção junto aos usuários de drogas ilícitas que toma emprestadas características próprias do tratamento de doenças infecciosas:

A noção da droga como um produto-vetor que invade o sujeito-paciente, em um ambiente favorável à sua multiplicação – oferta poderosa, banalização do consumo – afirma a noção de sujeitos frágeis, dando origem às campanhas de “vacinação” que seguem o mesmo princípio de “tentar proteger indivíduos indefesos”, ajudá-los a resistir. Como nem todos conseguem resistir, as campanhas se valem das metáforas militares, sugerindo um clima de “guerra nas estrelas”, facilitador da imposição

autoritária de medidas preventivas repressivas, consideradas vitais à preservação da saúde, à tranquilidade dos lares, à produção, à segurança pública [...]. Essa linguagem ajuda a construir uma imagem negativa da própria condição de existência do usuário como alguém que ameaça a tranquilidade coletiva. (Acselrad, 2000, p.165).

Na tentativa de impedir ou suspender o uso drogas as intervenções se tornaram, então, prioritariamente baseadas nos modelos jurídico-moral e de doença, nos quais o usuário é considerado vulnerável e vítima passiva de um contexto permissivo e desagregador, ou de uma doença incurável, nomeada como “dependência química”. Nessa conjuntura, como os efeitos do uso de drogas são considerados sempre trágicos, as intervenções têm caráter diretivo, sendo a vontade do sujeito, fundamental num processo de educação democrática, considerada um obstáculo a ser transposto. Desse modo, tornaram-se raros os programas direcionados ao usuário de drogas que levavam em conta suas diferentes formas de uso: experimental, ocasional, habitual, dependente – esta última, sem dúvida, de manejo complexo. Além disso, costuma ser significativa a atribuição individualizada de responsabilidades e muito raramente promove-se uma discussão sobre a influência do nosso modelo de sociedade no uso abusivo de drogas. As bases estruturais da sociedade, nas quais se localizam os determinantes do processo saúde-doença, têm sido pouco consideradas, havendo uma ênfase excessiva no esforço individual de adesão a escolhas saudáveis como o foco das ações preventivas.

O panorama traçado acima nos possibilita discernir os contornos de um modelo de atenção à saúde de usuários de drogas, que se instituiu no interior do paradigma proibicionista e predominou até o início do século XXI, fundamentado prioritariamente no discurso jurídico-moral, que estabelece modos de vida tidos como corretos e dignos de manutenção, pautados numa visão dicotômica que define os limites entre normalidade anormalidade. Esse modelo de atenção estabelece como critério de saúde e, por conseqüência, de “cura” da chamada dependência química, a abstinência de quaisquer drogas, associada a uma mudança comportamental com vistas à adoção de um “estilo de vida saudável”. Nele, qualquer retomada do uso de drogas é vista como um fracasso, promovendo a necessidade de retorno dos sujeitos ao tratamento, o que, não raro, leva a um ciclo de reinternações. Além disso, não são discutidas estratégias de redução de danos, nem considerados válidos arranjos pessoais construídos pelo próprio sujeito para lidar com seu uso de drogas.

## 5.2 O paradigma da redução de danos: do direito à saúde do usuário de drogas aos movimentos antiproibicionistas

Na contramão das ideias proibicionistas, temos visto emergir as condições para o surgimento de uma outra concepção sobre uso de drogas, pautada pelas propostas do paradigma da redução de danos e pelos princípios da educação para a autonomia. Estes princípios envolvem, de modo geral, tratamento igual a drogas lícitas e ilícitas, não imposição da abstinência como única meta aceitável, avaliação e consideração dos riscos reais decorrentes do uso de drogas, e compreensão ampliada das fragilidades individuais e coletivas presentes. Pensar numa intervenção que seja promotora de uma efetiva redução dos danos eventualmente decorrentes da produção, distribuição e consumo de drogas requer, ainda, o afastamento da enganosa aposta numa intervenção salvadora do sistema penal, forma de controle que pouco colabora para uma relação com as drogas mais autônoma e responsável.

Segundo Marlatt (1999), antes de se tornar um conceito e uma estratégia científica a redução de danos deu-se enquanto movimento político. Por volta dos anos 70, na Holanda, vinha sendo estruturada uma política nacional tolerante às drogas. Especificamente no ano de 1972, antes mesmo da emergência da epidemia de AIDS, houve a publicação de um documento pelo Comitê de Narcóticos, no qual ficou concluído que “as premissas básicas de uma política de drogas deveriam ser congruentes com a extensão dos riscos envolvidos no uso das mesmas” (Marlatt, 1999, p. 31), o que convergia para a aplicação de intervenções via redução de danos. Tal política, segundo Reale (1997), refletia o princípio implícito de que o que deveria estar no centro das ações neste campo não era mais a erradicação do uso da droga, mas a minimização do seu dano.

Concomitantemente a este processo de desenvolvimento e implementação de uma política holandesa tolerante às drogas, no início dos anos de 1980, neste mesmo país, um grupo de usuários preocupados com o aumento do número de casos de hepatite e com a possibilidade de limitação no acesso a agulhas e seringas, organizou-se no sentido de obter, através da troca, equipamentos estéreis. A partir de então, através da auto-organização destes usuários numa espécie de “sindicato para usuários de drogas pesadas”, chamado *Junkiebond* (Liga de Dependentes) (Marlatt, 1999), houve um impulso para a geração de novas organizações de usuários de drogas locais, o que culminou na viabilização de propostas de redução de danos em conjunto com o estado holandês. O ponto de partida da *Junkiebond* era zelar pelos interesses dos usuários de drogas, sendo que o mais importante era combater a sua deterioração. A participação dos usuários associados à *Junkiebond* levou à implantação do



primeiro programa de troca de seringas em Amsterdã, em 1984.

Enquanto isso, em Liverpool, Inglaterra, as estratégias de redução de danos como prática de saúde pública instituída encontravam sustentação. Segundo Marlatt (1999), a partir de 1985, os dependentes passaram a dispor de uma grande variedade de serviços, incluindo: troca de seringas e educação em sua comunidade; prescrição de drogas como heroína e cocaína; serviços de aconselhamento, emprego e moradia; tratamento para a dependência, incluindo internação para desintoxicação. É relevante assinalar que somente cerca de 10% dos usuários interessavam-se por um tratamento cuja meta fosse “livrar-se” do uso de drogas (Marlatt, 1999).

Segundo Reale (1997), o reconhecimento das intervenções sustentadas na redução de danos como básicas e diretivas deu-se, no contexto inglês, por intermédio de fatores intimamente vinculados à emergência da epidemia de AIDS. Para esta autora, percebe-se, claramente, uma diferença ideológica entre os dois movimentos pioneiros em redução de danos, ou seja, o modelo de Liverpool, Inglaterra, o qual se estrutura a partir de justificativas que legitimam a necessidade de intervenções alternativas e eficazes no âmbito da saúde pública, e o modelo holandês, que se funda numa articulação social entre organizações governamentais e um grupo específico da sociedade civil organizada, o que dá a este um cunho muito mais político e ao de Liverpool, um cunho mais científico.

O marco deflagrador do movimento de redução de danos em âmbito internacional foi, em 1990, a *I Conferência Internacional de Redução de Danos*, ocorrida em Liverpool, cuja principal preocupação foi promover a divulgação da proposta e a articulação de apoios e parcerias. A partir desta primeira conferência internacional decidiu-se por encontrar meios cada vez mais efetivos para a pulverização da redução de danos no mundo buscando seu paulatino reconhecimento. Para tanto, a partir da *III Conferência*, ocorrida em 1992, ganhou importância a necessidade de se obter reconhecimento científico das práticas e saberes inerentes à proposta e, assim, a busca de enquadramento científico das estratégias de redução de danos passou a ser o objetivo central do movimento (Reale, 1997). Pode-se dizer que o seu principal desdobramento foi o desenvolvimento de programas de redução de danos na maioria dos países considerados desenvolvidos.

A primeira iniciativa de criação de um Programa de Troca de Seringas (PTS) no Brasil se deu em Santos, em 1989, pela Secretaria Municipal de Saúde. Esta iniciativa correspondia à intenção de implantação de uma série de estratégias de redução de danos voltadas aos usuários de drogas injetáveis na cidade de Santos uma vez que, nesta época, os índices de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) entre os Usuários de Drogas

Injetáveis (UDI) eram os maiores registrados no país, tendo atingido 59% em 1992 e 65% em 1993 (Reale, 1997). Contudo, restrições legais foram impostas pelas autoridades judiciais locais, o que fez com que o programa deixasse de fazer troca de seringas, mantendo, não obstante, as demais ações de prevenção do HIV, especialmente entre usuários de drogas injetáveis (ao invés de troca de seringas, passou a ser feita a lavagem de seringas com hipoclorito de sódio).

O primeiro PTS, oficialmente financiado pelo Ministério da Saúde, foi o *Projeto de redução de danos entre usuários de drogas injetáveis*, implementado em Salvador, em abril de 1995. Este programa, diferentemente do de Santos, não teve problemas com a justiça local, graças a um conjunto de articulações que são específicas de cada realidade geo-política-social. No caso de Salvador, acredita-se que a boa aceitação das autoridades locais deu-se, principalmente, pelo fato do programa estar associado a uma instituição universitária de tratamento da dependência e prevenção do uso de drogas, sendo um dos centros de referência nacional no assunto – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (CETAD/UFBA). Este projeto mostrou à imprensa e à sociedade que o trabalho com redução de danos pode trazer resultados positivos, dando credibilidade para a implantação de programas em outros estados do Brasil (Reale, 1997). Atualmente, a redução de danos constitui a abordagem preventiva oficial pela qual a epidemia de AIDS vem sendo enfrentada no Brasil (Brasil, 1996).

Importa lembrar que a redução de danos não é apenas uma alternativa à abstinência no tratamento do uso problemático de drogas, antes, trata do manejo seguro de uma ampla gama de comportamentos de alto risco e dos danos associados a eles. O importante na redução de danos não é se determinado comportamento é bom ou ruim, certo ou errado, mas se é seguro ou inseguro. (Marlatt, 1999). Em síntese, adotar condutas de redução de danos pressupõe que suportemos a idéia de vivermos fora do campo dos ideais, encontrando formas alternativas de diminuir os prejuízos que podem ser gerados a partir de um determinado comportamento.

Em 1996, foi fundada a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), com a função de capacitar e articular Programas de Redução de Danos (PRDs) em todo o Brasil. Foram, então, criadas diversas Organizações Não-Governamentais (ONGs) a partir da mobilização de redutores de danos e usuários de drogas, o que promoveu maior autonomia na gestão das políticas locais. Conforme Passos e Souza (2011),

Por serem, inicialmente, aparelhos estatais, os PRDs encontravam-se inseridos num contexto institucional que impunha obstáculos à nascente militância dos redutores de danos e usuários de drogas. A militância política forçou a criação de espaços de gestão “exteriores” ao próprio Estado, como as

associações, nas quais os usuários de drogas viam a possibilidade de não serem identificados a doentes ou criminosos. [...] Redutores de danos, travestis, usuários de drogas, profissionais de saúde, pessoas vivendo com HIV, estudantes e pesquisadores criaram uma gestão democrática através de redes abertas de interação e cooperação. (p. 159).

Desse modo, enquanto algumas associações foram fundadas por redutores de danos que trabalhavam em PRDs e passaram a se organizar politicamente, outras se constituíram a partir da organização de usuários de drogas que lutavam mais especificamente pela descriminalização das drogas, numa proposta antiproibicionista.

Em “*A invenção do presente*”, Melucci (2001) diz que “os movimentos são um sinal [...] são a mensagem daquilo que está nascendo” (p. 21) Dessa forma, eles vêm indicar uma transformação na lógica e nos processos que guiam as sociedades complexas, anunciando aquilo que está se formando “sem que ainda disso esteja clara a direção e lúcida a consciência”. Para ele, “os movimentos contemporâneos anunciam a mudança possível, não para um futuro distante, mas para o presente da nossa vida” (p. 21). Podemos entender a partir disso o lugar ocupado pelos movimentos dos usuários de drogas, seja na Holanda, seja nas ONGs de redução de danos, qual seja, o de anunciadores de uma nova forma de pensar o uso de drogas, inaugurando uma nova abordagem, alternativa aos modelos tradicionais fundamentados na abstinência.

Na América Latina, um novo movimento de usuários começou a ser articulado em 2012, a Rede Latino-Americana de Pessoas que Usam Drogas (LANPUD), que, com o apoio da Rede Internacional de Pessoas que Usam Drogas (INPUD), do Centro Brasileiro de Política de Drogas – Psicotropicus, da Associação Brasileira de Estudos Sociais do Uso de Psicoativos (ABESUP) e do CETAD/UFBA, realizou no mesmo ano, em Salvador, sua reunião inaugural. Segundo os organizadores, “a necessidade de se estabelecer uma rede como esta deriva do fato de que nenhum grupo de pessoas oprimidas jamais alcançou libertação sem o envolvimento daqueles diretamente afetados por esta opressão.” (LANPUD, 2012). Os ativistas internacionais usuários de drogas já haviam se pronunciado de forma organizada no ano de 2006, quando, em Vancouver, no Canadá, explicitaram na declaração “*Por que o mundo precisa de uma rede internacional de ativistas que usam drogas*” seus princípios e reivindicações:

Somos usuários de drogas de todas as partes. Somos pessoas que foram marginalizadas e discriminadas, mortas, prejudicadas sem necessidade, colocadas na prisão, descritas como pessoas do mal, estereotipadas como perigosas e desnecessárias. Chegou agora a hora de erguermos nossas vozes como cidadãos, estabelecer nossos direitos e reivindicar o direito de sermos nossos próprios porta-vozes [...] por meio de ações coletivas, lutaremos para mudar a legislação local, nacional, regional e internacional sobre drogas e formular uma política de base científica que respeite a dignidade e os

direitos humanos, em vez de uma política de drogas alimentada por moralismos, estereótipos e mentiras. (Os ativistas, 2006).

É justamente esta elaboração cotidiana de significados alternativos da conduta individual e coletiva que caracteriza a atividade principal das redes de movimentos contemporâneos. Segundo Melucci (1999), estes movimentos têm como função principal revelar o que o sistema social não diz de si mesmo. “Os movimentos declaram que a estrutura que o poder propõe como solução dos problemas, não só não é a única solução possível, mas esconde interesses específicos e um núcleo de poder arbitrário e de opressão” (p. 64, *tradução nossa*). O anúncio que os movimentos sociais nascidos no interior do paradigma da redução de danos fazem, então, é o da possibilidade de haver outras estratégias de abordagem ao uso de drogas que não aquela fundamentada exclusivamente na repressão, exclusão e associação imediata a problemas médicos.

### **5.3 Política pública sobre drogas no Brasil: dispositivos de criminalização e medicalização e possibilidades de construção de intervenções singulares e cidadãs**

A questão das drogas não se funda apenas sob normas repressivas, sendo também produzida por um conjunto de saberes positivos que fundam sua própria existência como uma questão contemporânea. Fiore (2002) utiliza o conceito de *dispositivo*, desenvolvido por Foucault (1988), para dizer que não há a materialização de um saber soberano nas instituições de controle, mas a existência de um conjunto de saberes constituídos através de práticas discursivas regidas por um dispositivo composto por dois elementos principais: a *medicalização* e a *criminalização*. (Fiore, 2002). Estas duas concepções participam do dispositivo simultaneamente, orientando a produção de saberes e o debate público sobre drogas.

O termo “dispositivo” surge em Foucault na década de 1970 e designa inicialmente “operadores materiais do poder, isto é, técnicas, estratégias e formas de assujeitar desenvolvidas pelo poder.” (Revel, 2011, p. 43). A utilização da noção de “dispositivos” – de poder, de saber, disciplinares, de sexualidade – foi engendrada a partir de uma escolha metodológica de Foucault, qual seja, a de não tratar do edifício jurídico da soberania, em torno dos aparelhos do Estado e das ideologias que o acompanham, mas dos seus mecanismos de dominação. (Foucault, 1979).

Nesse sentido, Foucault (2010) distingue o pensamento médico do pensamento jurídico, esclarecendo seu modo de funcionamento:

Por pensamento médico entendo uma maneira de perceber as coisas que se organiza em torno da norma, quer dizer, que tenta dividir o que é normal do que é anormal, que não é, justamente, o lícito e o ilícito; o pensamento jurídico distingue o lícito e o ilícito, o pensamento médico distingue o normal e o anormal; ele se dá, ele procura, também, dar-se os meios de correção que não são, exatamente, os meios de punição, mas meios de transformação do indivíduo, toda uma tecnologia do comportamento do ser humano, que está ligada a isso... (p. 160-161).

Mais tarde, o termo “dispositivo” recebe uma acepção mais precisa, constituindo-se como objeto de uma teorização completa em que a expressão “dispositivo da sexualidade” é central. Um dispositivo passa a ser conceituado então como:

um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma: o dito e o não-dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos. (Foucault, 1979, p. 244).

Para Castro (2009), a noção foucaultiana de dispositivo refere-se a “uma formação que, em um momento dado, teve por função responder a uma urgência. O dispositivo tem, assim, uma função estratégica” (Castro, E., 2009, p.124), e é este imperativo estratégico que serve como matriz para a composição dos elementos de medicalização e criminalização presentes na sua constituição. Dentre seus engendramentos, encontra-se a disseminação de suas categorias e conceitos pelo senso comum, o que faz com que haja uma convocação a uma participação compulsória da sociedade em busca de uma determinada noção do bem e da saúde comuns (Fiore, 2002). Nesse sentido, no intuito de

resguardar um distanciamento dos diversos aspectos que compõem a complexa problemática do corpo, do prazer e da normalidade, e com o pretensão objetivo de defender interesses superiores da humanidade, os discursos e pressupostos médicos foram levados ao encontro da moral e, principalmente, da bio-política. (Fiore, 2002, p. 24).

Encontra-se, desse modo, todo um aparato médico e social de controle dos corpos com vistas à produção de uma determinada noção de saúde e bem-estar conquistada às custas de uma ortopedia social: trata-se, por um lado, de constituir *populações* nas quais inserir os indivíduos – através do gerenciamento da sociedade em função de modelos normativos globais –; e, por outro lado, trata-se também de instalar um sistema de individualização que se destine a modelar cada indivíduo e a gerenciar sua existência, o que promove o duplo aspecto do controle social (governo das populações e governo pela individualização) e o inscreve como um mecanismo de aplicação do poder diferente da disciplina, uma vez que incorpora

todo um conjunto de técnicas de governamentalidade. (Revel, 2011, p. 28). Nas palavras de Foucault (2004): “Eu chamo de *governamentalidade* o encontro entre as técnicas de dominação exercidas sobre os outros e as técnicas [de governo] de si.” (p. 214).

São tais técnicas de governamentalidade que permeiam a relação dos sujeitos com as drogas, definindo, a partir dos dispositivos de medicalização e criminalização, possibilidades e interdições. Cabe ressaltar, contudo, que as tentativas de normalização através da disciplina e da regulação, ainda que tenham alcançado uma extensão notável, nem por isso são estáveis em sua hegemonia, tendo de enfrentar movimentos de luta e questionamento. (Castro, E., 2009).

O controle das drogas se articula na confluência entre dois eixos da biopolítica: a tecnologia política da vida que investe nas disciplinas do corpo, na regulação das condutas individuais, e a que se preocupa com a regulação das populações. Corpos úteis e descartáveis, “produzidos” pelas táticas de governamentalidade podem, contudo, reclamar a posse de si. Saber que temos corpo e que ele nos pertence suscita a insubmissão; a reivindicação da posse e da decisão sobre ele são afrontas contumazes à medicalização da vida [...]. (Rodrigues, 2004, p. 322).

Os movimentos de usuários erigidos em torno das reivindicações e propostas de redução de danos exemplificam o modo como relações de força mobilizadas historicamente a partir dos dispositivos de medicalização e criminalização podem ser questionadas. Desse modo, ao colocar em cena uma diversidade de possibilidades de uso de drogas sem que os usuários sejam necessariamente identificados aos estereótipos de criminoso e doente, promove-se um deslocamento nas concepções hegemônicas sobre drogas. Fala-se, então, de

“pessoas que usam drogas e não precisam de tratamento, pessoas que não querem parar de usar drogas e não querem ser tratadas, pessoas que querem diminuir o uso sem necessariamente parar de usar drogas. [...] É dentro deste eixo de problematização e produção de verdades sobre o corpo e sobre o prazer que a redução de danos abre um novo campo de possibilidades clínicas, políticas e existenciais. (Passos & Souza, 2011, p. 157-158).

Em 2003, a política do Ministério da Saúde de *Atenção Integral ao Usuário de Alcool e outras Drogas* elegeu a redução de danos como estratégia de saúde pública, por meio da qual foi incentivada a criação e sistematização de intervenções junto às pessoas que usam drogas com o objetivo de estruturar e fortalecer a rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais, com ênfase na reinserção social dos usuários e calcada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada. (Brasil, 2003). Pela primeira vez, em âmbito governamental, as ações de redução de danos foram assumidas como relevantes intervenções de saúde pública, para ampliar o acesso e as ações dirigidas a uma população historicamente desassistida de contato

com o sistema de saúde. A política de *Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas* foi um importante marco institucional para a redução de danos, pois fez com ela migrasse do campo exclusivo das políticas de DST/AIDS para se tornar uma importante diretriz na constituição dos CAPS-ad<sup>17</sup>. (Passos & Souza, 2011).

A visibilidade conquistada pelos modelos de cuidado de base comunitária às pessoas que usam drogas, que se originam e se movimentam fora do espectro hospitalocêntrico ou da abstinência como única alternativa de encontrar qualidade de vida, coloca em debate questões fundamentais, como: liberdade de escolha; responsabilidade individual, familiar e social; direito do usuário à universalidade e integralidade de ações e dever do Estado de criar condições para o exercício do autocuidado; articulação de redes sociais de apoio e sua conexão com as redes informais dos usuários, dentre outras. (Brasil, 2003). Adotar condutas de redução de danos na atenção ao usuário de drogas pressupõe, ainda, a aceitação de que as práticas de alteração de consciência pela via da intoxicação são intrínsecas à experimentação com a consciência humana podendo, algumas vezes, resultar em problemas de saúde e na consequente necessidade de intervenções especializadas.

Na visão de Soares (2007), a educação para a autonomia, associada aos pressupostos da redução de danos e da saúde coletiva, propõe, portanto, uma abordagem não-alarmista, humanizadora e não-culpabilizadora do usuário. Esta visão rejeita a infantilização e vitimização dos usuários, considerando-os como sujeitos políticos, capazes de compreender sua realidade e construir respostas singulares, diferentes daquelas formatadas pelos padrões dominantes; e encoraja nos usuários a compreensão da determinação histórica dos processos coletivos de produção de estados de saúde-doença, com vistas ao reconhecimento das raízes dos problemas de saúde que os acometem, dentre eles, o uso abusivo de drogas. Trata-se, assim, de “instrumentalizar os grupos e as classes sociais para compreender os determinantes do processo saúde-doença, bem como o movimento social no processo de interpelação do Estado por melhores condições de trabalho e vida e por alocação adequada de serviços de saúde.” (Soares, 2007, p. 137).

Para Gilberta Acselrad (2000), a perspectiva da educação para a autonomia é construída na contramão do controle dos sujeitos. Ao contrário, esclarece os diferentes tipos de uso de drogas e os possíveis efeitos que tais usos engendram. Os usos habituais e, por vezes, dependentes, são percebidos como riscos, sem dúvida, e colocam a urgência de

---

<sup>17</sup> Os Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-ad), dispositivos ambulatoriais, de base territorial, que oferecem assistência especializada a usuários de drogas no âmbito do SUS, serão melhor discutidos mais à frente, por ocasião da apresentação da nossa pesquisa de campo.

atenção, de acompanhamento psicossocial, em oposição à exclusiva medida de medicalização e/ou controle policial do problema. A educação sobre drogas, nesta perspectiva, não tem a pretensão de impedir a própria experiência do uso (como defende a maioria dos discursos pautados na lógica da *prevenção*) e também coloca limites à ação do profissional de saúde, assistência social ou educação, já que estes profissionais não dão conta sozinhos de compreender e elaborar formas de lidar com a relação sofrimento/prazer representada pelo uso de drogas.

Entendendo que a convivência com o risco implica a construção de fatores protetores da qualidade de vida, esta reflexão permite o que é fundamental: perceber que a sociedade brasileira vive outros problemas muito mais sérios e que organizam um mal-estar no mundo – desigualdade social, desemprego estrutural, discriminações – questões que precisam ser pensadas. (Acselrad, 2000, p. 167).

Assim, aposta-se na consciência crítica, na responsabilidade de cada um diante de si mesmo e do outro, como alternativa às intervenções autoritárias e repressoras, que pretendem erradicar uma prática que tem raízes na história pessoal e social. (Acselrad, 2000). Trata-se, portanto, de construir junto com o usuário intervenções singulares com vistas ao desenvolvimento de práticas de autocuidado e à elaboração de estratégias de preservação no uso de drogas (Silva, 2000).

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (Brasil, 2003).

Para finalizar, cabe lembrar que informações realistas sobre o uso de drogas devem ser disponibilizadas amplamente, mas, mais importante do que as informações sobre os produtos em si, a educação sobre drogas deve promover o debate sobre valores sociais e políticos, sobre as relações entre os sujeitos, e sobre o direito a dispor de seu próprio corpo.

Tendo apresentado as discussões do campo de estudos sobre drogas e gênero, elaboradas pelos legítimos representantes do saber científico sobre esses temas, buscaremos no próximo capítulo explicitar o modo como foram construídos os procedimentos metodológicos do trabalho de campo realizado nesta tese, tendo em vista a proposta de escutarmos as mulheres como enunciadoras diretas da sua própria experiência com as drogas.



## 6 METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos propostos nesta terceira fase da pesquisa, adotamos como proposta metodológica a etnografia multilocal (Marcus, 2001) ou multissituada (Fischer, 2011), que propõe um deslocamento da investigação sobre situações locais, própria das pesquisas etnográficas convencionais, buscando examinar a circulação de significados, objetos e identidades culturais em espaços difusos. Desse modo, diferentemente da etnografia clássica, que se ocupa de uma descrição densa (Geertz, 1978) de um único grupo, feita após um longo período de imersão em campo, a etnografia multissituada ou multilocal propõe a investigação de diferentes grupos e/ou lugares interconectados entre si, pensando nas relações por eles estabelecidas a partir de dinâmicas que ultrapassam a sua existência em um mesmo e único local. (Marcus, 2001; Fischer, 2011).

Em função dessas características, a descrição de cada grupo e local analisado, bem como a imersão realizada pelo pesquisador em cada um deles, é menor nas etnografias desse tipo e o aprofundamento da análise volta-se mais para o quadro composto pelas relações encontradas ao longo dos deslocamentos efetuados. A etnografia multissituada requer, então, “uma mistura estratégica de modalidades etnográficas rasas e densas para caracterizar processos amplos, globalmente distribuídos, que se processam localmente de formas diferentes.” (Fischer, 2011, p. 201).

Para Marcus (2001), o pesquisador deve seguir as cadeias, trajetórias e fios que fazem parte de um fenômeno específico e tratar de fazer conjunções ou justaposições de situações estabelecendo uma conexão ou associação entre elas. Isto não significa que todos os locais precisem ser tratados com as mesmas técnicas de trabalho de campo e com a mesma intensidade, sendo a etnografia multissituada o produto de bases de conhecimento de várias intensidades e qualidades.

Assim, em nosso trabalho de campo, partimos da escuta de usuárias de drogas inseridas em um serviço público de saúde mental para, na sequência, imergirmos no cotidiano de três delas, “seguindo-as” pelos espaços por onde circulavam, quais sejam, abrigo, escola, centro de saúde, além de suas próprias casas e ruas circunvizinhas.

Marcus (2001) indica várias formas de se fazer uma etnografia multilocal. Em nosso trabalho adotamos os esquemas nomeados pelo autor como “*seguir as pessoas*”, para caracterizar a proposta de composição das trajetórias das mulheres, e “*seguir as tramas*”, para evidenciar a compreensão do modo como suas experiências foram sendo produzidas por processos históricos que as situaram como sujeitos no interior de um determinado discurso.

“Seguir as pessoas” é, para Marcus (2001, p. 118) a maneira mais óbvia e convencional de materializar uma etnografia multilocal. Trata-se de seguir e permanecer com os movimentos de um grupo particular de sujeitos iniciais, passando por múltiplos lugares, de modo a conhecer o que se encontra fora do seu cenário de origem, o que permite ao pesquisador analisar o que ocorre com os sujeitos em lugares diversos. “Seguir as tramas, histórias ou biografias” é também uma rica fonte de conexões, associações e relações acerca dos objetos de estudo multilocais. Para Marcus (2001), tramas e histórias de vida narradas individualmente podem revelar associações inesperadas entre lugares e contextos sociais, sendo guias potenciais na realização de observações e análises etnográficas que, de outra forma, permaneceriam invisíveis.

Marcus (2001) também analisa o engajamento do pesquisador em uma etnografia multilocal, apontando que

Ao realizar uma investigação multilocal, [o pesquisador] encontra-se às voltas com todo tipo de compromissos pessoais contraditórios. Estes conflitos se resolvem, talvez de maneira ambivalente, não ao se refugiar no papel de antropólogo acadêmico distanciado, mas sendo uma espécie de etnógrafo ativista, renegociando identidades em diferentes lugares enquanto aprende-se mais sobre eles. (p. 123, *tradução nossa*).

Evidencia-se, dessa forma, o caráter ético-político da investigação etnográfica multilocal que, ao exigir do pesquisador um movimento entre lugares e níveis sociais distintos, impregna a investigação de um caráter ativista. Nas palavras de Marcus (2001): “falo de um ativismo muito específico e circunstancial às condições postas pela investigação multilocal. Trata-se de colocar em prática o *slogan* feminista de que a política é algo pessoal.” (p. 123, *tradução nossa*).

Na etnografia multissituada aqui realizada seguimos pessoas e tramas por múltiplos lugares, tendo como fio condutor inicial dos deslocamentos as participantes de um grupo de mulheres realizado em um serviço público de atenção a usuários de drogas. Como método de coleta de dados nos encontros com as mulheres, tanto quando estávamos no grupo de mulheres quanto depois, quando fui ao encontro delas em outros espaços da cidade, foi utilizada a técnica de entrevista narrativa (Schutze, 1992), cujo objetivo principal é reconstruir a dinâmica interação entre processos biográficos individuais e mecanismos coletivos. Tal escolha metodológica se deu por considerarmos que a forma narrativa apresenta uma estrutura que permite às pessoas conferir sentido às experiências pessoais e coletivas, constituindo a idéia que fazem sobre si mesmas ao longo da vida, ordenando o vivido, organizando a memória do passado, e orientando a consciência do narrador e sua ação futura. (Brandão &

Germano, 2009).

Segundo Brockmeier e Harré (2003, p. 526), a origem do interesse pela narrativa nas ciências humanas está relacionada à descoberta, na década de 80, de que as histórias, tanto orais quanto escritas, constituem um “parâmetro linguístico, psicológico, cultural e filosófico fundamental para a nossa tentativa de explicar a natureza e as condições de nossa existência”. É, sobretudo, através da narrativa que compreendemos os contextos mais complexos da experiência humana “e a forma como organizamos nossas memórias, intenções, histórias de vida e os ideais de nosso *self*, ou nossas ‘identidades pessoais’”. Do mesmo modo, para Lopes de Oliveira (2006), “o senso de identidade se expressa na forma de histórias – vividas, contadas, recontadas e intersubjetivamente transformadas. Esse caráter “historiado” da identidade permitiria referir-nos a ela como identidade narrativa.” (p. 431).

Também Jovchelovitch e Bauer (2011, p.91) apontam que o renovado interesse pelo estudo das narrativas nos últimos anos decorre da crescente consciência do papel que o contar histórias desempenha na conformação de fenômenos sociais. “Através da narrativa, as pessoas lembram o que aconteceu, colocam a experiência em uma sequência, encontram possíveis explicações para isso e jogam com a cadeia de acontecimentos que constroem a vida individual e social.”

Ainda sobre a escolha metodológica pelas entrevistas narrativas, cabe lembrar que a chamada transformação ou virada discursiva e narrativa, na Psicologia e nas outras ciências humanas, deve ser vista, como sugerem Brockmeier e Harré (2003, p. 525), como “parte de transformações tectônicas mais amplas em nossa arquitetura cultural do conhecimento, que se seguiram à crise do conhecimento (episteme) moderno”. O movimento conhecido como a guinada linguística em Filosofia se deu na segunda metade do século XX, sob a influência de filósofos da linguagem ordinária, tais como Gadamer, Ricoeur e Wittgenstein. (Lopes de Oliveira, 2006). Assim, como resultado das críticas à filosofia positivista, investigações interpretativas que se concentram nas formas de vida social, discursiva e cultural passaram a ser valorizadas, em detrimento da busca por leis do comportamento humano. (Brockmeier & Harré, 2003).

Na Psicologia, a tendência epistemológica em gênese se constituiu através de uma trama teórico-conceitual que incorporou ainda as reflexões proporcionadas pelo pós-estruturalismo e pelo construcionismo social, assim como pelos estudos feministas e pelo debate contemporâneo proposto pela psicologia histórico-cultural. (Lopes de Oliveira, 2006). Nesse contexto, a psicologia social, atenta ao papel constitutivo da linguagem na interpretação e recriação da realidade social, passou à investigação privilegiada das práticas de produção de

sentido, a partir de pesquisas de matriz interpretativo e não objetivista. (Brandão & Germano, 2009).

Assim, a psicologia narrativista também se interessou em acessar os *sentidos* da ação, isto é, as intenções (crenças, compromissos, desejos, razões, motivos, valores, teorias) presentes em variados tipos de narrativas, incluindo histórias factuais, mitos, romances, filmes, autobiografias, conversações e outros relatos que envolvem uma sequência de ações e experiências de atores movidos por estados mentais diversos. (Germano & Silva Serpa, 2008)

A redescoberta das histórias ou relatos de vida se insere, portanto, no movimento mais geral de descoberta das “redações do eu”:

de fato, as biografias e autobiografias nunca foram tão populares. [...] Resta, assim, descobrir o caminho que, para os sociólogos, poderia levar das redações do “eu” às redações do “si” (Mead, 1934), pois, por mais individuais que sejam os relatos, correspondências ou diários íntimos, estes discursos dão acesso a uma prática que é também social. (Houle, 2010, p. 319).

A narrativa aparece, então, como um modelo geral promissor de compreensão dos fenômenos psicossociais por “acessar o modo como as pessoas tornam inteligível seu mundo social (inclusive a si mesmas).” (Brandão & Germano, 2009, p.06). Desse modo, é possível acessar, através da técnica da narrativa, a experiência dos indivíduos e seus esquemas interpretativos relativos à vida cotidiana, interessando-nos aqui de perto a trajetória de mulheres que usam drogas.

Considerando que o modelo de pensamento utilizado na maior parte das situações da vida é do tipo narrativo e não paradigmático ou lógico (Bruner, 1997), recorremos a histórias “para organizar de modo verossímil o fluxo caótico de elementos que fazem a nossa experiência social, histórica e cultural” (Brandão & Germano, 2009, p. 06). A narrativa deve ser pensada, desse modo, não só como o produto de uma narração, cuja estrutura geralmente é formada por uma sequência temporal com começo, meio e fim, mas também como um princípio organizador do pensamento e da ação. Desse modo, é por meio da elaboração de enredos, que fornecem “articulação e mínima coerência aos muitos episódios testemunhados e protagonizados pelos atores sociais” (Brandão & Germano, 2009, p. 06), que os seres humanos lidam com a passagem do tempo.

Aqui é importante mencionar que a função narrativa confere à condição humana dinamismo e plasticidade, evidenciando a qualidade de abertura presente na mente discursiva. Desse modo, “mesmo quando se trata de dar forma à experiência de si (*self*), a narrativa impõe sua estrutura: quem eu sou é largamente dependente da forma de enredo que eu

construo e do contexto discursivo específico em que se dá a comunicação.” (Brandão & Germano, 2009, p. 02).

Práticas discursivas podem ser compreendidas, então, como as diferentes maneiras pelas quais as pessoas, através do discurso, produzem realidades psicológicas e sociais. (Pinheiro, 1999). “Atribuir sentido à própria vida mediante narração é, justamente, criar discursivamente essa realidade, reivindicando certa imagem de si e provocando um conjunto de efeitos sobre si e sobre os outros com quem se convive.” (Brandão & Germano, 2009, p. 07). Importa dizer ainda que, na perspectiva discursiva, o passado efetivo de uma pessoa não é exatamente o que aconteceu a ela, mas qual fragmento é destacado em sua narrativa, como ele foi interpretado e reinterpretado, contado e recontado. (Bruner, 1994).

O narrar passa a ser visto, assim, como “ato de emergência, por oposição à linguagem como janela para a mente e à narração como ato de revelação de uma subjetividade preexistente.” (Lopes de Oliveira, 2006, p. 431). Também para Germano e Silva Serpa (2008), as concepções discursivas do *self* rejeitam a idéia de que ele exista previamente à sua enunciação. Nessa perspectiva, a linguagem não seria simplesmente uma forma de representar o si mesmo contido na mente, mas seria o meio pelo qual alguém se constrói reflexivamente como objeto. Desse modo,

a cultura, com seu acervo de narrativas, fornece elementos para que o indivíduo se constitua reflexivamente (respondendo à questão: “quem sou eu?”) e dê sentido às outras pessoas e ao mundo. Diferentemente do raciocínio lógico ou “paradigmático” das ciências, o raciocínio narrativo não almeja uma (suposta) verdade histórica ou factual, mas a “verdade narrativa” que uma pessoa ou grupo concebe mediante a organização dos eventos da vida em uma intriga compreensível ou verossímil.” (Germano & Silva Serpa, 2008, p. 13).

Segundo Bruner (1997, p.99), a heterogeneidade dos mundos sociais e da experiência temporal pode ser evidenciada no pensamento e no texto narrativo e, uma vez assumida a visão narrativa, pode-se indagar: “por que uma história é contada e não outra?”. É nesse ponto que as hierarquias políticas e sociais se fazem presentes, estabelecendo quais devem ser as concepções “oficiais” do si-mesmo.

Nesse sentido, “os críticos feministas escreveram copiosamente nos últimos anos sobre o modo pelo qual a autobiografia das mulheres foi marginalizada pela adoção de um cânone absolutamente masculino de escrita autobiográfica.” (Bruner, 1997, p. 99). A epistemologia feminista denuncia, assim, a maneira como as concepções e práticas hegemônicas de produção do conhecimento sistematicamente desconsideraram as mulheres e outros grupos socialmente discriminados. (Harding, 1987).

As teorias assim produzidas não só desconsideram as mulheres como sujeitos de conhecimento e como agentes nos fenômenos sociais, mas também invisibilizam as atividades e os interesses das mesmas e as relações de poder desiguais que elas vivenciam, além de produzirem conhecimento (ciência e tecnologia) que não atende às reais necessidades das pessoas em situações de subordinação na sociedade ou que acentua as desigualdades. (Vargas, R. B. A., 2012, p. 33-34).

Sobre isso, Longino (1987) lembra que as considerações políticas constituem forças relevantes na produção científica, capazes de moldar o raciocínio dedutivo e o conteúdo do conhecimento produzido. Desse modo, comprometer-se com uma ciência feminista requer a ruptura com a ideia de uma ciência neutra, assumindo as posições políticas presentes em nossas escolhas metodológicas. Decorre disso também a necessidade de estarmos atentos ao fato de que não há um determinado método que por si só garanta a expressão de uma suposta “natureza da mulher”. Nesse sentido, Haraway (2009) salienta que:

Depois do reconhecimento, arduamente conquistado, de que o gênero, a raça e a classe são social e historicamente constituídos, esses elementos não podem mais formar a base da crença em uma unidade “essencial”. Não existe nada no fato de ser “mulher” que naturalmente una as mulheres. Não existe nem mesmo uma tal situação – “ser” mulher. Trata-se, ela própria, de uma categoria altamente complexa, construída por meio de discursos científicos sexuais e de outras práticas sociais questionáveis. (p. 47).

Desse modo, tendo em vista as questões metodológicas apresentadas e considerando a nossa inscrição no campo epistemológico feminista, nesta pesquisa privilegiaremos as narrativas de mulheres sobre suas trajetórias de vida e uso de drogas, escolha que reflete uma posição política de fazer emergir a fala de mulheres usuárias sobre si mesmas. Tal escolha, mais do que intentar significar uma metodologia específica capaz de revelar a “natureza” do que se passa com as mulheres, justifica-se por refletir uma das idéias centrais da epistemologia feminista, que é a de que o sujeito do conhecimento é um sujeito *situado*, isto é, um sujeito que tem uma perspectiva própria daquilo que conhece, de si mesmo e dos outros sujeitos cognoscentes (Vargas, R. B. A., 2012). Trata-se, portanto, da adoção de princípios e práticas de pesquisa capazes de proporcionar um espaço de fala a sujeitos subalternizados, historicamente silenciados por práticas científicas objetivistas. Uma escuta posicionada (Haraway, 2009) da fala das mulheres usuárias, assim, requer metodologias que possibilitem a imersão em situações de pesquisa que não excluam as tensões, ressonâncias, transformações, resistências e cumplicidades:

Estou argumentando a favor de políticas e epistemologias de alocação, posicionamento e situação nas quais parcialidade e não universalidade é a condição de ser ouvido nas propostas a fazer de conhecimento racional. São propostas a respeito da vida das pessoas; a visão desde um corpo, sempre

um corpo complexo, contraditório, estruturante e estruturado, versus a visão de cima, de lugar nenhum, do simplismo. (Haraway, 2009, p. 30).

Tendo apresentado nossos fundamentos epistemológicos e metodológicos, no próximo capítulo faremos a apresentação dos procedimentos adotados em cada uma das etapas da etnografia multilocal realizada e a descrição e análise detalhadas do trabalho de campo executado nesta pesquisa.

## 7 UMA EXPERIÊNCIA DE ETNOGRAFIA MULTILOCAL / MULTISSITUADA: SEGUINDO PESSOAS, TRAMAS E HISTÓRIAS

Lembro-me bem de quando comecei a me interessar por cenas de uso de drogas. Na região central de Belo Horizonte, no início dos anos 1990, era comum ver nas calçadas pessoas cheirando thinner ou cola de sapateiro. Tais cenas me causavam uma impressão muito forte e eu me fixava demoradamente nelas. Afinal, do que se tratava? Que experiência estava se produzindo naqueles corpos? Desde então, o conhecimento sobre a relação dos sujeitos com as drogas passou a ser um campo de interesse central para mim. Algo naquelas cenas de quase 25 anos atrás me mobilizava fisicamente, mesmo que eu própria não estivesse, como meus sujeitos de interesse, sob efeito de alguma droga. Certamente, contudo, eu estava sob efeitos de outra ordem: de uma experiência de autonomia que se fazia com o corpo; e de uma fissura com um exterior constitutivo do sujeito que, ao mesmo tempo que produzia uma diferença radical, buscava reconhecimento. Afinal, tratava-se de uma aparição pública de um particular que só existia como tal em oposição a outros particulares; tratava-se de um acontecimento que se constituía na relação com outros acontecimentos, dentre eles, a minha perplexidade e interesse por essa experiência. Foi como um efeito dessa perplexidade que a minha curiosidade acadêmica se estabeleceu, desde então.

Esta pesquisa de doutorado começou, portanto, muito antes da minha primeira entrada oficial em campo, não só no que indiquei acima como o efeito de um acontecimento nomeado “uso de drogas” em mim, mas também por fazer parte, eu mesma, junto com outros profissionais de saúde, da construção de um olhar particular sobre o usuário de drogas. Tal olhar orientou a elaboração sistemática de intervenções no campo da atenção ao usuário de drogas cujo efeito foi a produção mesma desse usuário. Desse modo, a partir da reiteração de atos, o “usuário de drogas” foi adquirindo materialidade e *status* de substância, consolidando a sua construção tal como o percebemos hoje. Evidencia-se, assim, um ponto de discussão central nesta pesquisa, qual seja, que o sujeito usuário de drogas está submetido a um conjunto de regras que o precedem.

Foi assim que, durante os anos em que supervisionei grupos de estágio obrigatório do curso de Psicologia em serviços de atenção ao usuário de drogas, foi sendo produzido um “usuário”, efeito de intervenções que diziam a ele *o que/quem* ele era, *por que* era como era e *como deveria* ser. Dessa forma, os sujeitos deixavam de existir em sua diferença, passando a ter, a partir do processo articulatório da prática profissional, um sentido fixo, que os inseria em uma cadeia discursiva.



Desse modo, foi sendo elaborado nos serviços de atenção ao usuário de drogas um determinado discurso sobre o usuário que, por sua vez, produziu inteligibilidade às práticas profissionais. No entanto, como o discurso é uma totalidade que foi articulada, é também fixação temporária de atos, por isso falha. E por funcionar como um eixo que está sempre em risco, tal fixação pode ser transformada por outras práticas a todo o momento, já que carece de uma estrutura preexistente. É, portanto, a partir das falhas presentes nas fixações articuladas que podemos buscar a elaboração de outras inteligibilidades. Aqui, tais inteligibilidades podem se inserir no jogo articulatório a partir, fundamentalmente, da entrada de um elemento crucial: o próprio sujeito usuário de drogas. De certo modo, quando eu via jovens cheirando cola de sapateiro no mesmo ônibus em que eu voltava da Universidade, no início dos anos 1990, esse “novo” ou “estranho” elemento já estava sendo posto em cena. E se já me incomodava naquele momento, é porque já fazia um furo num discurso hegemônico que articulava as minhas categorias previamente estabelecidas de saúde e doença.

O discurso hegemônico se estabelece através de uma relação de poder de uns sobre os outros, que é necessário é dizer, se dá por consentimentos. Tal relação de poder, na discussão aqui apresentada, ocorre entre aqueles que legitimam as experiências de sobriedade, saúde e produtividade e aqueles que representam uma fissura no modo como entendemos cada uma dessas experiências. É importante dizer, contudo, que também essa fissura se dá dentro do discurso hegemônico. Nesse sentido, dizer que há uma norma fundamentada nos dispositivos de medicalização e criminalização no que tange ao modo como se articula o discurso sobre o uso de drogas; e dizer que esta norma é hegemônica não é, por fim, dizer que ela venceu, mas que ela *convenceu*, uma vez que ela se funda e se mantém por meio de consentimentos.

Assim, como a hegemonia está continuamente se sustentando sob o risco de falhar, produz articulação das diferenças, incorporando-as de modo que elas não interpelem a própria norma hegemônica. Faz isso destinando identidades para as diferenças. Desse modo não se criam ameaças à norma hegemônica, uma vez que a melhor forma de criar uma regulação sobre o outro é atribuir a ele um lugar de “ser”, ou seja, uma prescrição. No campo da saúde mental o “louco” pode ser visto como um exemplo de nomeação e regulação de uma diferença a partir da criação de uma identidade e da atribuição de um lugar social para ela. No que tange ao usuário de drogas, esse processo ainda está em construção. Por hora, a noção de “doente” tem vencido como categoria atribuidora de identidade e pertencimento, inclusive no âmbito da política pública sobre drogas. E é no interior dessa política que o usuário avança em reconhecimento e na conquista de direitos, ainda que quase exclusivamente do direito à saúde. Um exemplo disso são as experiências de programas de redução de danos, que fornecem

dosagem diária de metadona a dependentes de heroína: tal reconhecimento no campo do direito à saúde só é possível sob a nomeação do usuário como doente.

De todo modo, o reconhecimento no interior da norma hegemônica, ainda que como abjeto, elemento irreal e não-humano, faz com que o usuário de drogas interpele o que é inteligível ao se apresentar em sua existência, inaugurando um problema político. Trata-se de uma aparição que denuncia os limites do dominante. Assim, nessa pesquisa, buscamos, por um lado, evidenciar o processo de construção do usuário de drogas a partir do discurso científico e profissional e, por outro, dar voz a esses sujeitos em sua diferença, ou seja, na condição própria da experiência constitutiva da sua posição subjetiva. O que segue abaixo é, portanto, o relato do meu encontro com essa diferença, uma diferença com uma inscrição de gênero, decorrente da constatação, a partir da revisão de literatura realizada, de que hierarquias de gênero legitimam concepções sexistas no modo como se organiza a atenção à saúde de usuários/as de drogas.

### **7.1 Experiências e narrativas no CAPS-ad: discurso articulado por elementos do campo da saúde**

Meu primeiro movimento em direção às mulheres que usam drogas se constituiu na realização de encontros com um grupo de mulheres que freqüentavam a permanência-dia de um CAPS-ad de Belo Horizonte. Minha escolha por esse serviço de saúde resultou da soma de alguns fatores. Primeiramente, este era um serviço com o qual a Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas) estava iniciando um convênio de estágio, decorrente da abertura proporcionada pelo PET-Saúde Mental<sup>18</sup>, programa de formação para o trabalho em saúde, do Governo Federal, do qual eu era tutora acadêmica. Essa abertura permitiu que eu obtivesse autorização e, mais do que isso, a confiança da instituição para o desenvolvimento da intervenção. Além disso, o fato de ainda estar em fase inicial de inserção nesse serviço me conferia o anonimato necessário para um contato inicial com as mulheres em tratamento carregado o mínimo possível de projeções, tanto minhas quanto delas.

Aqui, cabe mencionar que todo o trabalho de campo desta tese, da realização do grupo de mulheres ao acompanhamento das mesmas por outros espaços por onde circulavam, proposta de etnografia multilocal descrita no capítulo anterior, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CEP-UFMG), tendo o

---

<sup>18</sup> Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde Saúde Mental/Crack), parceria entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD).

projeto de pesquisa sido registrado na Plataforma Brasil sob o número CAAE: 21135213.0.0000.5149.

O CAPS-ad é um serviço 24 horas, que oferece tratamento ambulatorial, em meio aberto, com plano terapêutico individualizado, de acordo com as necessidades avaliadas para cada indivíduo. Fornece atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de drogas, durante todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. Conforme as políticas públicas de saúde vigentes, o CAPS-ad utiliza a estratégia de redução de danos, não sendo exigida abstinência para inserção no tratamento. Procura adequar a oferta de serviços às necessidades dos usuários, recorrendo a tecnologias de baixa exigência, tais como: adaptação dos horários às especificidades de cada usuário, acolhimento de usuários mesmo sob o efeito de substâncias, dispensação de insumos de proteção à saúde (agulhas e seringas limpas, preservativos, etc), dentre outras. Conforme a necessidade, além da Permanência-Dia (PD) também pode ser ofertada a utilização de leitos de Hospitalidade Noturna (HN) como opção terapêutica, havendo ainda assistência aos familiares dos usuários, com orientação e apoio especializados. (Brasil, 2012b).

O CAPS-ad cenário da minha pesquisa de campo encontrava-se numa região residencial da cidade de Belo Horizonte, em uma rua arborizada com calçamento de paralelepípedos. Ao adentrar o portão externo, via-se ao fundo uma casa grande, com uma extensa área na frente, composta por quadra, piscina e áreas de convivência sombreadas por grandes mangueiras. Embaixo de uma delas, na lateral esquerda, uma mesa de cimento pintada, com bancos ao redor, era o espaço mais disputado pelos profissionais para o desenvolvimento dos trabalhos em grupo com os usuários, dado o conforto proporcionado pela sombra das árvores. Do lado oposto, na lateral direita, a piscina era utilizada para hidroginástica dos usuários, sempre acompanhados de um profissional especializado. Atrás do muro baixo que cercava a piscina, uma outra área à sombra das árvores era, por sua vez, eleita pelos usuários como local preferencial para conversas e outras trocas: alguns dormiam deitados em cima de papelões; outros, sentados no chão ou nos degraus de uma pequena escada, conversavam, riam alto, brincavam entre eles e fumavam. Na área central em frente à casa, várias cadeiras ligadas umas às outras lembravam uma recepção de centro de saúde. Nessas cadeiras alguns usuários dormiam sentados. Ao contrário do clima descontraído da área ao lado da piscina, nas cadeiras os usuários encontravam-se mais contidos e conversavam pouco entre eles. Havia também usuários que perambulavam pela área externa dizendo coisas incompreensíveis. Alguns deles, além de terem problemas com o uso de drogas, eram pessoas

com algum transtorno mental<sup>19</sup>.

De frente para a casa, à esquerda, a entrada para a sala de plantão marcava o espaço dos técnicos de referência. O movimento de chegada e saída dos técnicos era acompanhado pelos usuários. Dentro da casa, de um lado, três consultórios, sala de plantão e sala da gerência, copa com uma mesa grande para refeições dos usuários, cozinha, também com uma mesa para refeições, e sala de televisão, onde muitos usuários assistiam filmes ou dormiam. Do outro lado, recepção, farmácia, sala da enfermagem, leitos e banheiros dos usuários. Tudo muito movimentado, com circulação livre de usuários por todos os espaços. Algumas restrições, contudo, eram claras: apesar da sala dos técnicos permanecer com as portas abertas, esse não era um espaço com entrada facilitada aos usuários. Ainda assim, alguns se aproximavam e apresentavam suas demandas.

Minha experiência anterior com serviços de atenção a usuários de drogas havia sido em instituições de caráter total e eu me sentia muito bem agora, por estar em um serviço aberto. Interessava-me especialmente pela ausência de vigilância dentro do CAPS-ad, o que possibilitava, inclusive, alguns episódios de uso de drogas lá dentro. Quando isso acontecia, havia toda uma mobilização do serviço em torno do fato: um usuário que denunciava o “delito” aos técnicos, uma convocação extraordinária de uma “Assembléia de Usuários” e muito assunto para as tardes embaixo das mangueiras.

Foram realizados 21 encontros do grupo de mulheres, durante nove meses, no período de setembro de 2011 a junho de 2012, do qual participaram 23 mulheres e duas travestis. Os encontros do grupo tiveram como foco privilegiado as narrativas das mulheres sobre si mesmas, num processo de produção de sentidos de caráter coletivo e interativo. Conforme Spink e Medrado (2004, p.42), “a produção de sentidos não é uma atividade cognitiva intra-individual, nem pura e simples reprodução de modelos predeterminados. Ela é uma prática social, dialógica.” Tal processo fez emergir no grupo a possibilidade de (re)construção de discursos historicamente desqualificados e invisibilizados pela lógica hegemônica androcêntrica presente nos pressupostos e nas práticas científicas. Nesse sentido, buscou-se “lançar luzes sobre práticas sexistas não percebidas, aceitas como naturais/normais; sobre a

---

<sup>19</sup>Certa vez, quando fui à sala da enfermagem identificar quais mulheres encontravam-se no serviço naquele dia, vi uma mulher comendo um folha de caderno, sentada na calçada em frente, logo abaixo da área da piscina. Fiquei sabendo pelas técnicas de enfermagem que ela era cega e esquizofrênica. Perguntei sobre o comportamento de comer papel e a técnica me respondeu que ela dizia fazer isso para se acalmar. Um outro dia, um usuário se aproximou de mim tentando me dizer algo, apontando para a sua calça. Por mais que eu tentasse, não conseguia entender o que ele falava e pedi que me seguisse. Fui até a sala da enfermagem e solicitei a uma das técnicas que me ajudasse a entender o pedido do usuário. Ela me disse imediatamente que o que ele queria era um cinto para a sua calça. Surpresa, quis saber como ela havia entendido o que ele estava dizendo e fiquei sabendo que esse era um pedido recorrente desse usuário.

‘cegueira de gênero’ das políticas e das instituições, que tendem a excluir, ignorar, invisibilizar e/ou silenciar as mulheres, gerando uma ordem social desigual e discriminatória.” (Vargas, R. B. A., 2012, p.5-6).

Alternativas metodológicas como a que o grupo de mulheres coloca, possibilitam, conforme Saffioti (1991, p.150), que os sujeitos reflitam sobre “a permanente interação entre a maneira pela qual entendem o mundo e quem elas são enquanto pessoas historicamente situadas.” Desta maneira, como visto na discussão realizada no capítulo anterior, um esforço metodológico para a produção de conhecimentos que possam se constituir como alternativa à ciência androcêntrica caracteriza-se, entre outras coisas, por um desafio constante à objetividade, concebida como separada da subjetividade, e pela negação do caráter não científico da experiência.

Assim, através da constituição do que aqui denominamos como *grupo dispositivo* (Barros, 2007), foram compartilhadas histórias de vida cujas experiências de violência emergiram tecendo um pano de fundo para sentidos comuns elaborados pelas participantes sobre suas trajetórias. Ao mesmo tempo, o compartilhamento de suas histórias no grupo também permitiu às mulheres a coletivização da experiência e a desconstrução de explicações individualizantes para o uso de drogas.

Nesse sentido, cabe dizer que os grupos dispositivos têm o potencial de se constituírem como uma via de emergência do político, uma vez que forçam processos de desindividualização, privilegiando a dimensão coletiva da experiência (Barros, 2007). Importa acentuar, contudo, que, ainda que o grupo dispositivo guarde uma potência virtualmente libertária, esta não é garantida de antemão, podendo-se recair em práticas de sujeição. Pode-se dizer, portanto, que a construção do conhecimento e da mudança só é possível a partir da (re)construção dos próprios agentes envolvidos, pesquisadores e pesquisados. E foi assim que, por meio da interpelação coletiva sobre as relações de subordinação e opressão às quais estavam submetidas e do reconhecimento dos lugares de fragilidade e insuficiência historicamente a elas atribuídos, o grupo potencializou nas mulheres participantes o questionamento da sua condição de gênero.

Rocha e Aguiar (2003) apontam, contudo, a importância de nos atentarmos ao fato de que as múltiplas determinações das posições de sujeito presentes no grupo impedem o que poderia ser nomeado como um estado privilegiado de interação no qual se pudesse levar o outro a ser “conscientizado”. Faz mais sentido, portanto, “falar num confronto de diferentes subjetividades, o que concederia uma importância maior à construção de espaços públicos de discussão e debate onde essas diferentes subjetividades tivessem a oportunidade de se

defrontarem.” (Silva, T. T., 1993, p.130).

Sobre isso, a visão descentralizada e multi-dimensionada de sujeito como entidade dinâmica e mutante, situada em um contexto em transformação constante, mostra-se fundamental, sendo apresentada por Braidotti (2002) a partir do conceito de *subjetividade nômade*:

Este sujeito também pode ser descrito como pós-moderno/industrial/colonial, dependendo de seu lugar. Esses lugares diferem e essas diferenças têm importância. Enquanto eixos de diferenciação como classe, raça, etnia, gênero, idade, e outros interagem uns com os outros na constituição da subjetividade, a noção de nomadismo se refere à ocorrência simultânea de muitos deles de uma vez. Subjetividade nômade tem a ver com a simultaneidade de identidades complexas e multi-dimensionadas. Falar como uma feminista acarreta o reconhecimento da prioridade do gênero, em estruturar essas relações complexas. O sujeito nômade é um mito, ou ficção política, que me permite pensar sobre e mover-me através de categorias estabelecidas e níveis de experiência. (p. 30).

É assim que assumimos nesse trabalho a importância de se ter em conta a particular localização de cada mulher, tal como proposto por Rich (2002) no ensaio “*Notas para uma política da localização*”, buscando conjugar, a um só tempo, “uma certa ideia mais ou menos universal sobre aquilo que nos une enquanto mulheres e uma ideia individualizada do que é ser mulher, numa geopolítica específica, num determinado espaço socioeconômico.” (Pereira, 2009, p. 74).

Cabe ainda mencionar que a perspectiva feminista mostrou-se fértil para o desenvolvimento do trabalho aqui apresentado por possibilitar a ampliação da perspectiva crítica das mulheres, atenta às intencionalidades que subjazem às práticas e discursos sociais. Por fim, tendo em vista os pressupostos do feminismo como campo intelectual e sua tentativa de compreensão e deslocamento dos poderes científicos e acadêmicos constituídos, assumimos aqui uma ruptura com a idéia de neutralidade científica, fundamentando nosso trabalho na noção de saber situado, que define um olhar abertamente interessado sobre o objeto de pesquisa. Conforme Foucault (1999, p. 13), trata-se de “fazer que intervenham saberes locais [...] contra a instância teórica unitária que pretenderia filtrá-los, hierarquizá-los, ordená-los em nome de um conhecimento verdadeiro, em nome dos direitos de uma ciência que seria possuída por alguns.” É assim que a perspectiva feminista

introduz e exige a construção do objeto a partir de um olhar situado. [...] Como o feminino na cultura científica tradicional jamais foi constituído como o paradigma do neutro, o sujeito que se diz metodologicamente feminino e/ou feminista jamais passará por uma fala neutra, não podendo repetir o feito da visão masculina que propicia o contínuo deslizamento entre o masculino e o neutro. (Machado, 1994, p. 22).

É, portanto, a partir do referencial teórico-metodológico do campo de estudos feministas que as experiências das mulheres com o uso de drogas, compartilhadas nos encontros do grupo realizado, serão analisadas nesta pesquisa.

Dos encontros do grupo de mulheres no CAPS-ad emergiram dois grandes grupos de narrativas: a) Narrativas de experiências de impotência e submetimento, efeito de violências produzidas pela assimilação da norma de gênero heterossexual, nas quais o uso de drogas aparecia grande parte das vezes como um “remédio” para o sofrimento ou como uma decorrência dele; b) Narrativas de questionamento da norma de gênero heterossexual, nas quais o uso de drogas aparecia como uma possibilidade de fissura ou tentativa de subversão desta mesma norma. Assim, nos dois grupos de narrativas identificados, as situações comumente descritas pelas usuárias como tipicamente associadas ao uso de drogas reproduziam desigualdades de gênero sustentadas por prescrições que atribuíam às mulheres uma condição de insuficiência e fragilidade. Exemplos disso foram suas justificativas para o uso de drogas, fundamentadas nas noções de descontrole emocional, saúde mental debilitada, frustração afetiva, etc. Assim, só muito pontualmente apareceram narrativas de uso de drogas associadas à experimentação com o corpo ou à recreação, justificativas comumente citadas por homens usuários. Importa lembrar que, como vimos na introdução desta tese, o próprio conhecimento médico se construiu, em grande medida, a partir de um pressuposto de fragilidade do corpo da mulher (Victoria & Knauth, 2004), o que estabeleceu práticas corporais específicas a elas, quase sempre convencionadas a espaços sociais regidos pela proteção e pelo controle.

Nesse sentido, cabe dizer ainda que estar inserida em um serviço de saúde trouxe implicações decisivas à minha tentativa de ouvir as mulheres usuárias. O fato de estarem submetidas a um tratamento, mesmo que em um serviço aberto pautado no paradigma da redução de danos, já as caracterizava como pessoas sob tutela institucional decorrente de uma dada caracterização de uso “problemático” de drogas. Assim, não era simplesmente o fato de estarem inseridas em uma instituição com regras específicas que limitava a sua possibilidade de fala, mas todo o aparato médico de controle dos corpos e modos de vida que ditava os contornos possíveis para as experiências também limitava minha possibilidade de escuta dessas mesmas experiências. Daí que, mesmo tendo ido ao encontro das usuárias, suas narrativas, produzidas dentro desse espaço específico, eram produto de um discurso sobre elas elaborado pelo campo da saúde, que instituía a própria materialização daquelas mulheres como usuárias de drogas.

Enfim, tendo feito essas observações iniciais sobre as características e limites desse

campo, apresento a seguir minha experiência com o grupo de mulheres do CAPS-ad.

No primeiro dia em que fui ao CAPS-ad, no final do mês de setembro de 2011, fui recebida pela gerente, com quem acertei os últimos detalhes da minha proposta de realização de um grupo de mulheres. Conversamos em sua sala e depois ela me levou até uma profissional da equipe de enfermagem que me ajudou a identificar quais mulheres encontravam-se no serviço naquela tarde. Após anotar os nomes, a técnica de enfermagem me acompanhou até a área externa e me mostrou onde as mulheres se encontravam. Nesse dia havia cinco mulheres no CAPS-ad. Eram 13:30h e os usuários começavam a se movimentar após o período de descanso depois do almoço. Amália<sup>20</sup> estava sentada sozinha à sombra das mangueiras, na área atrás da piscina. Suzane, aos bocejos, descia do segundo andar da casa, local utilizado para a realização das reuniões semanais da equipe técnica e no qual muitos usuários dormiam depois do almoço. Isaura conversava animadamente com outros usuários ao redor da mesa de cimento. A cada uma delas eu me apresentei como professora da PUC Minas e fiz o convite para participação num grupo de mulheres.

Além de Amália, Suzane e Isaura, que aceitaram o meu convite e se dirigiram, encabeçadas por Isaura, até a sala onde faríamos o grupo, havia outras duas mulheres no serviço naquele dia. Uma, no leito, não poderia participar. A outra, que se preparava para iniciar uma oficina de artesanato, disse não querer compor o grupo naquele dia, mas que participaria na próxima semana. Já na sala, arrumamos nossas cadeiras em círculo e falei novamente com as três juntas que aquele seria um espaço semanal de encontros de mulheres, para tratarmos de assuntos que nos diziam respeito. Começamos.

### **7.1.1 Suzane: “A gente não vale nada.”**

Suzane foi a primeira a falar. A primeira coisa que disse foi que gostaria de saber qual medicamento estava tomando, pois ninguém tinha dito isso ainda e ela precisava saber se já havia sido prescrita uma medicação para ansiedade. Sua aparência ruim contrastava com sua fala bem articulada e com seu ótimo domínio da língua portuguesa. O ensino fundamental completo e suas experiências de vida permitiram que ela dominasse os códigos lingüísticos de maneira suficiente para que conseguisse sustentar com firmeza seus posicionamentos como usuária atenta aos seus direitos e estabelecer uma relação com os profissionais das instituições de saúde mental pelas quais passara sempre provocativa. Por outro lado, Suzane externava uma certa instabilidade emocional e fragilidade física. A esse respeito, dizia que estava sendo

---

<sup>20</sup> Todos os nomes das mulheres e outros sujeitos que participaram do trabalho de campo desta tese são fictícios.



muito difícil lidar com a “*fissura*” do crack no CAPS-ad, já que lá a droga sempre estava presente, de forma concreta ou simbólica, o que a fazia desejar se internar em um serviço fechado. Nesse primeiro dia no grupo, Suzane entrou e saiu da sala várias vezes. Numa delas, voltou com “*bafo de cachaça*”, o que foi imediatamente denunciado, sob críticas e desdém, pelas outras participantes do grupo. Na semana seguinte, quando a abordei para convidá-la a participar da atividade novamente, ela disse não se lembrar de mim, nem do grupo. Após novamente apresentar a ela a proposta, ela disse gostar da ideia e me acompanhou até a sala onde nos reuniríamos.

Usuária regular de crack, Suzane começou a usar drogas para esquecer os problemas e preencher o vazio. Identificava como sua maior dificuldade em relação ao uso de drogas a ansiedade que sentia pela próxima dose e o sentimento de culpa que advinha após o uso. Queixava-se de não ter com quem conversar sobre isso e dizia que ao menos no CAPS-ad encontrava outras pessoas em situação semelhante. “*Lá fora a gente é pária, bandido, noiado.*”. Quando a perguntei sobre como se sentia ao ser vista dessa forma, respondeu: “*A gente não vale nada.*”.

Mesmo identificando o CAPS-ad como um espaço onde se sentia mais aceita, Suzane reconhecia os limites que sua condição de usuária estabelecia à sua existência como sujeito dentro da instituição: “*Aqui é como um hotel. A gente vem, come, toma banho se quiser, lava uma roupa... Mas a gente não conversa com ninguém. Só com outros 'viciados'.*” Na fala de Suzane, a sua condição de abjeto, corpo “não importante” (Prins & Meijer, 2002), se evidenciava, instituindo sua existência como um ser sem fala ou cuja fala somente se dirigia a outros abjetos. Suzane sequer conseguia saber quais medicamentos lhe foram prescritos, muito menos poderia participar da definição dessa prescrição, como expressou que gostaria quando disse que precisava de uma medicação para ansiedade. Se anteriormente Suzane havia falado que fora do serviço de saúde ela “*não valia nada*”, agora essa desqualificação se generalizava para o interior da própria instituição. Desse modo, se como usuária do serviço especializado ela se encontrava na posição de sujeito com direito à saúde e cuidados assistenciais, isso se dava somente a partir do seu reconhecimento como “doente”, e não como sujeito capaz de elaborar um saber sobre si mesmo e sua relação com as drogas.

A partir do dispositivo de medicalização (Fiore, 2002), portanto, o usuário se insere nos serviços de saúde como objeto de uma intervenção fundamentada na normalização biopolítica (Foucault, 2008), que se ocupará, por sua vez, da gestão da sua saúde e do seu corpo. Tendo em vista que os sujeitos aqui em questão são mulheres que usam drogas, nessa normalização evidenciam-se controles exercidos de modo especial sobre os cuidados com a

higiene e preservação da saúde reprodutiva (Revel, 2011; Santos & Silva, 2012). Suzane não aceitava essas prescrições de forma passiva e elaborava modos de resistir a elas. Um exemplo disso eram os banhos forjados, descritos mais adiante, quando havia muita insistência por parte dos técnicos para que assim que ela se limpasse.

Suzane era uma mulher de 48 anos, magra, com expressão facial marcante. Seus olhos e boca apresentavam secreções, sua roupa encontrava-se sempre suja, assim como seus cabelos e mãos. Um odor de urina e fezes exalava de seu corpo. Tinha dois filhos adultos, de pais diferentes, com os quais não mantinha nenhum contato. Antes de se tornar dependente de crack, vivia graças ao Programa Bolsa-Família que, junto com o artesanato de pano de prato, foi o que a possibilitou criar os filhos. Suzane participou de quatro encontros do grupo de mulheres e em todos eles expressou de forma bastante contundente a penúria e solidão em que vivia. Seu lamento era quase sempre ruidoso e invasivo, como se quisesse que todas nós sentíssemos um pouco da sua miséria e solidão. Suzane queria ser ouvida em seu drama pessoal e apresentava essa demanda de forma intensa. Dizia sentir falta de um toque, de um carinho, de alguém que passasse a mão em sua cabeça e dissesse: *“Vai ficar tudo bem.”* Contava que fora sozinha a vida inteira e que sentia falta de ter compartilhado a vida com alguém. Gostaria de se sentir cuidada, *“paparicada”*. Nunca viveu um amor e não acreditava que iria vivê-lo. Na revisão de literatura realizada identificamos que essa demanda por carinho e atenção é freqüente entre mulheres que usam drogas (Santos & Silva, 2012), uma vez que a maioria das práticas de cuidado a elas direcionadas no âmbito familiar são focadas no atendimento às suas necessidades alimentícias, de sono, higiene e repouso, e encaminhamento para os serviços especializados em desintoxicação, práticas vistas pelas mulheres como ações de controle sobre sua vida e punição pela sua situação de dependência. (Santos & Silva, 2012).

Suzane utilizava seu histórico de carências para justificar sua adesão ao uso regular de crack como modo de vida, dizendo que já havia sofrido muito e que agora *“usar droga”* era a única coisa que queria. Ao contrário das outras mulheres do grupo, dizia que não lutava para ficar sem usar drogas. Dizia que fumava crack todos os dias quando saía do CAPS-ad e não pretendia parar de fazer isso. Tinha vontade de *“morrer usando”* e seu plano era ir para algum lugar onde não incomodasse ninguém, pois assim poderia *“ficar usando a minha droga sem problemas”*. A certa altura, disse que só não fazia isso porque tinha *“fobia”* (sic) de perder os filhos. Voltou atrás logo depois e acrescentou: *“No momento que eu estou drogada, não me importo com nada, nem com eles.”*

Contou que estava muito cansada do cuidado com os filhos, que já eram adultos, e que

os havia chamado para uma conversa na última semana porque eles estavam controlando muito sua vida. Dissera a eles: *“Deixa eu viver minha vida!”*, o que significava deixá-la livre de responsabilidades em torno deles. *“Se eu tiver que cuidar só de mim, eu me viro. O que não aguento mais é filho na barra da minha saia.”*. Também era enfática ao nos dizer isso no grupo, diante de exclamações perplexas das outras participantes, mais afeitas ao discurso hegemônico de sobriedade, maternagem e saúde. Suzane dizia que estava cansada de batalhar, que lutara a vida inteira pelo bem estar dos filhos e que agora queria *“viver sossegada”*.

De forma muito lúcida, Suzane dizia que fazer esta escolha era assumir *“viver na corda bamba”*, pois nunca sabia como seria o dia de amanhã. Reconhecia na conversão religiosa uma saída possível para muitos, no entanto, esta não seria uma saída possível para ela, pois *“odiava”* igreja. Nesse sentido, não suportava mais ouvir os crentes dizendo que ela tinha que *“entregar a vida a Jesus”*. Um de seus filhos era crente, *“desses que andam com um terço no pescoço”* e pegava muito no seu pé. Suzane dizia amar os filhos mais do que tudo na vida, mas que já não dava mais para viver preocupada com eles: *“Já ralei demais, agora quero ficar tranquila.”*.

Essa afirmação de uma existência para além da *“mulher-mãe”* é repetida por Suzane ao longo de todos os encontros do grupo. Considerando o valor atribuído socialmente a essa categoria, torna-se compreensível o espanto das outras mulheres do grupo diante da posição tomada por ela. Também na revisão de literatura vimos, com Campos e Reis (2010), que estudos sobre as representações de mulheres que usam drogas sobre si mesmas gravitam em torno de uma concepção da mulher usuária como aquela que *“não gosta de fazer nada”* e que, portanto, não desempenha seu papel social de mãe, que deve cuidar da casa, marido e filhos, adequadamente. Os autores enfatizam ainda que, apesar de algumas mulheres expressarem sinais de inconformismo em relação à sua submissão nas relações familiares, o que o conjunto dos seus relatos enfatiza é o sofrimento daquelas que não se reconhecem no papel de mães zelosas, o que revela as desigualdades e hierarquias presentes no modo como as relações de gênero são vividas no interior da família. (Campos & Reis, 2010).

Assim, Suzane representava a aparição, no interior de uma instituição de saúde, de um elemento desestabilizador do discurso hegemônico sobre a posição da mulher no interior da família, causando efeitos em todo o grupo, a maioria de resistência. No entanto, alguns pontos de identificação, reconhecimento e solidariedade provocaram nas mulheres do grupo o questionamento de suas posições de subordinação.

Suzane também acendia outros pavios de subversão no grupo. Como corpo que interpela a norma, provocou, entre outras coisas, uma fissura no discurso do produtivismo e

da recompensa cristã a quem se dedica ao trabalho honesto, professado pelas outras participantes. Nesse sentido, quando outras mulheres diziam da importância de se dedicarem ao trabalho e às suas conquistas materiais como fator de motivação para se manterem abstinentes, Suzane se lembrava da época em que batalhou pela casa própria como época de sobriedade, fazendo questão de pontuar, no entanto, que este fora um período de muita dificuldade, não identificando satisfação nesta batalha, apenas sobrecarga e opressão. Suzane com sua fala explicita a precariedade presente na inscrição das mulheres brasileiras no mercado de trabalho e acesso à renda, evidenciada nos dados que indicam que a pobreza, o desemprego e o subemprego atingem especialmente as mulheres no Brasil, de modo que 51,6% dos pobres no país são mulheres e, entre os desempregados, 12,7% são mulheres enquanto apenas 8% são homens. (Marques et al, 2004; Melo, 2005; Nogueira, 2006). Considerando-se ainda que a maior taxa de ocupação das mulheres pobres (36%) e não pobres (11%) está na prestação de serviços (Melo, 2005), fica evidenciada a pobreza feminina, uma vez que esta é a ocupação com pior remuneração dentre as atividades econômicas, além de estar mais susceptível às lógicas de precarização do trabalho.

Para Suzane, o fato de não ter dinheiro para manter o seu “*vício*” (sic) era o grande problema presente no seu modo de vida, pois isso fazia com que tivesse que se “*humilhar para conseguir a droga*”. Quando eu quis saber mais sobre essa humilhação, ela se referiu ao fato de ter que pedir dinheiro e ouvir de muitos que era “*vagabunda*” e que “*não valia nada*”. Por outro lado, Suzane dizia que o fato de ser mulher fazia com que ela tivesse alguma facilidade para conseguir droga de graça – “*Eu me benefico muito do fato de ser mulher*” –, pois, quando se dava “*um trato*”, ficava mais fácil encontrar parceiros de uso dispostos a compartilhar a droga. Nesse sentido, Suzane chamava atenção para o fato do CAPS-ad possibilitar às mulheres que se cuidassem, já que, além do banho, conseguiam roupas, maquiagem, faziam as unhas e sobrancelhas, etc. Aqui interessa dizer que havia nesta fala de Suzane uma clara torção na finalidade do “Dia da Beleza”, proposto pelo serviço de saúde como um mecanismo de controle e produção de corpos femininos adequados à norma heterossexual. Quando Suzane utiliza o “Dia da Beleza” para se apropriar dos produtos que lhe interessam e não para ocupar a posição de boa esposa e boa mãe, ela interpela com seu corpo a norma hegemônica apresentando sua demanda por cuidados numa posição singular.

Suzane gabava-se de nunca ter roubado para usar droga. Para conseguir dinheiro, vendia tudo que tinha em casa e pedia nas ruas. A mendicância era para ela uma atividade inserida de forma organizada em seu cotidiano: saía todos os dias de manhã para “*manguear*”, expressão utilizada por ela para a atividade de conseguir dinheiro para comprar

crack. Suzane explicou às mulheres do grupo que a primeira quinzena era o melhor período do mês para mangupear, já que as pessoas ainda não haviam gastado todo o seu salário. Pedia dinheiro inventando histórias trágicas, ricas em detalhes, quase sempre envolvendo doenças graves. Tinha receitas médicas adquiridas de forma lícita e ilícita em serviços de saúde (tendo falsificado receitas no próprio CAPS-ad, inclusive, utilizando receituário e carimbo médico), o que sempre ajudava a dar mais veracidade a seus relatos. Houve risos no grupo quando Suzane contou que as pessoas se emocionavam com suas histórias, acreditavam nela, davam dinheiro e, se não davam, a abraçavam, se compadeciam e até choravam com ela.

Suzane estava sempre suja e malcheirosa nos nossos encontros. Contou que já havia ficado 15 dias sem tomar banho e generalizava que a falta de preocupação com a higiene era uma característica típica dos usuários de crack, já que não havia neles nenhuma disposição para atividades de preservação física. No CAPS-ad frequentemente pediam que ela tomasse banho. Ela então entrava no banheiro, ligava o chuveiro e ficava sentada no bidê aguardando o tempo passar. Depois, passava a mão molhada nos cabelos e saía. Suzane sabia que não enganava ninguém, mas recusava-se a tomar banho, pois ninguém estava a esperar por ela em casa, ninguém iria cheirá-la, então, não havia necessidade de ficar limpa. As outras participantes do grupo se incomodavam com esse discurso. Uma delas se posicionou: *“Tomar banho significa também que ainda não desistimos de nós. Que ainda temos algum valor.”* Essa foi uma discussão importante para o grupo: afinal, se era através do corpo que a nossa vida se materializava, cuidar dele significava, então, um investimento na vida. Mas, ficava a pergunta, de que modo investir na vida? Nesse ponto as experiências das mulheres do grupo eram díspares. Suzane queria ficar livre das amarras que a impediam de usar drogas sossegadamente. Esse era seu investimento na vida. Nesse sentido, não tomar banho talvez ocupasse uma função essencial nesse projeto: impedir que as pessoas se aproximassem dela para atrapalhar seus planos. Todas nós, participantes do grupo, sentimos isso na pele, pois Suzane exalava um odor que gerava em nós um freqüente comportamento de evitação<sup>21</sup>.

Não obstante, Suzane apresentava um forte desejo de amor e proximidade. Ela contou no grupo o quanto era bom quando esteve em tratamento em um outro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), pois a psicóloga de lá a abraçava e isso a fazia se sentir bem. No CAPS-ad Suzane dizia sentir falta de carinho e atenção. Para ela, *“A solidão é o maior problema para um dependente químico”*. Novamente, seu relato é intenso, lágrimas jorram

---

<sup>21</sup>Algun tempo depois, quando fui até a casa de Elaine para tentar um contato com ela fora do CAPS-ad, me vi novamente nesse movimento de evitação quando, ao me aproximar de um quartinho que servia como sua casa, me senti imobilizada e com dificuldades de continuar seguindo em frente em função do forte odor de fezes que emanava de lá.

abundantemente e sua miséria se agiganta. Suzane era a estrela principal do grupo e nesses momentos éramos uma platéia atônita com a dramaticidade do seu enredo. Evidenciavam-se em sua fala as tramas do conflito vivido por ela: de um lado o desejo de afirmação de um modo de vida como usuária de crack. De outro, o isolamento decorrente desse modo de vida gerando sentimentos de solidão e abandono.

Certo dia, Suzane confessou ao grupo algo que a incomodava: nunca era a mesma, a cada dia era uma pessoa diferente. Nunca sabia o que fazer a cada manhã, quando saía para maguear. Certa vez, foi diagnosticada por um psiquiatra como bipolar e para ela isso justificava sua instabilidade e intensidade. No momento, o que havia de mais estável em sua vida era o CAPS-ad, lá havia a possibilidade de conversar com profissionais, o que para ela sempre acrescentava ao seu repertório de conhecimentos, que seriam utilizados lá fora, em sua luta por sobrevivência. Não ter acesso a esses profissionais, só a outros “viciados”, era algo que a desagradava, já que, ao seu modo de ver, os outros usuários acrescentavam pouco à sua experiência, por serem muito semelhantes a ela. Em sua fala, Suzane apresentava-se em sua condição de abertura e construção, cuja identidade era performativamente constituída pelas experiências vividas no seu cotidiano. (Butler, 2003). Via no CAPS-ad um local privilegiado de constituição identitária pelos efeitos causados pela experiência de contato com outras identidades, diferentes da dela, por isso a importância da convivência com os profissionais. Estes, por sua vez, mantinham distância e patologizavam sua existência como sujeito em construção pela via da nomeação nosológica: Suzane possuía transtorno bipolar e era como doente mental que era alçada a algum lugar de reconhecimento. Com efeito, era justamente sua instabilidade e as possibilidades de rematerialização abertas por sua condição de sujeito em construção que provocava uma fissura na força da lei regulatória institucional, gerando a necessidade de rearticulações que colocavam em questão sua hegemonia. (Butler, 2001).

Estava um dia muito frio quando cheguei ao CAPS-ad para mais uma tarde de trabalho com o grupo de mulheres. Os usuários do CAPS-ad estavam todos encolhidos pelos espaços comuns e havia mais mulheres nesse dia do que em todos os outros. Circulei pelo serviço convidando as mulheres presentes para participarem do grupo e não vi Suzane. Perguntei a uma auxiliar de enfermagem se ela havia faltado e fui informada de que ela encontrava-se no leito da enfermaria. Fiquei apreensiva, me perguntando o que teria acontecido. Fui até a enfermaria e a encontrei deitada embaixo de um cobertor. Falei com ela, perguntei se estava me ouvindo e se me reconhecia. Ela disse que sim, que queria participar do grupo, mas que “*não estava aguentando*” naquela tarde. “*É a crise de abstinência.*” Disse a ela que estaria esperando por ela, caso sentisse que poderia participar. Acariciei seu rosto, e ela sorriu. Ao

final do grupo, naquela tarde, após despedir-me de todas as participantes, fui até a enfermaria ver Suzane, que estava dormindo. Me aproximei do seu rosto e pronunciei o seu nome. Ela se moveu, mas não abriu os olhos. Eu disse que já havíamos terminado e que eu estava indo embora. Ela sorriu, abriu os olhos e disse “*Tchau.*” Esta foi a última vez que vi Suzane. Ela não voltou ao CAPS-ad no dia seguinte e ninguém mais teve notícias suas.

Quando iniciei a segunda etapa da pesquisa de campo<sup>22</sup>, fora do CAPS-ad, eu tinha grandes expectativas de voltar a me encontrar com Suzane, sendo a primeira pessoa que pensei em procurar. Crítica, autêntica, “*viradora*”. Gostei de Suzane desde o nosso primeiro encontro. Esta, no entanto, não era a mesma visão que os técnicos do CAPS-ad tinham a respeito dela, considerada por eles dissimulada, não aderente e “*barraqueira*”. Sobre essas representações, lembrava-me bem do tumulto que ela causara no CAPS-ad por querer saber o nome dos medicamentos que lhe haviam sido prescritos. Com efeito, o que para os técnicos era nomeado como “*barraco*”, eu via como uma interpelação às inteligibilidades instituídas no serviço. Ao se apresentar em sua existência sempre mutante e enunciar um saber sobre si mesma Suzane materializava aquilo que de algum modo escapava aos dispositivos de normalização (Foucault, 1979), explicitando com seu corpo algo que nunca se conformava completamente às normas. (Butler, 2001). Assim, com seu corpo “*não-humano*” e desprezível impunha sua presença e recusava saberes pré-concebidos e generalizantes sobre sua condição. Suzane era, assim, a representação da diferença que desarticula o serviço e que eu buscava conhecer quando iniciei minha pesquisa de campo.

Na segunda etapa da pesquisa de campo<sup>23</sup> eu tive como proposta ir ao encontro de algumas mulheres que freqüentaram o grupo de mulheres do CAPS-ad, em suas casas e/ou em outros espaços por onde circulavam. Selecionei as mulheres com as quais tentaria contato nesta etapa considerando o fato de serem usuárias de crack e terem participado de pelo menos dois encontros do grupo. Assim, quase um ano depois de ver Suzane pela última vez, no final do mês de abril de 2013, tentei falar novamente com ela. Liguei nos três números de telefone que constavam em seu prontuário. Um deles era do seu filho. Não tive sucesso: o número de telefone fixo era de um estabelecimento comercial e ninguém nunca tinha ouvido falar dele. O número de celular não atendia. Liguei então para o terceiro número, do seu irmão. Atendeu um rapaz, sobrinho de Suzane. Apresentei-me e falei sobre a pesquisa. Perguntei se Suzane morava próximo a ele, ele respondeu que sim. Perguntei se ela se encontraria em casa nos

---

<sup>22</sup>Os procedimentos relacionados a esta segunda etapa da pesquisa de campo serão apresentados em pormenores mais adiante.

<sup>23</sup> A apresentação dos objetivos, justificativa e procedimentos metodológicos relativos à segunda etapa da pesquisa de campo será feita mais adiante, na seção 6.2.

próximos dias, ele disse que sim, que a tinha visto por lá. Confirmei o endereço. No outro dia, liguei novamente, para tentar marcar um horário para visitá-la. Atendeu a cunhada de Suzane, disse que Suzane era sua vizinha, sim, que não era preciso marcar, que era “*só chegar*”. Perguntei se eu a encontraria por lá à tarde, ela disse que não, que era melhor que eu fosse pela manhã. “*À tarde ela sai.*” Fiquei pensando para onde.

Ir ao encontro de Suzane não foi difícil, pois eu já conhecia a região onde ela morava, na zona norte de Belo Horizonte. Ainda assim, saí de casa apreensiva, pensando em como seria recepcionada por ela, menos amistosa que outras mulheres do grupo com quem eu tentaria falar fora do CAPS-ad. Também me deixava desconfortável o fato de não ter feito um agendamento prévio da visita, seguindo o que me fora sugerido por sua cunhada. Cheguei à rua de Suzane. No número indicado no prontuário havia uma placa: “*Vende-se chup-chup*”. Um muro pintado, com um portão bem conservado. Ao me dirigir ao portão, uma mulher se aproximou perguntando-me se eu estava procurando a “*Soninha*” (cunhada de Suzane com quem eu havia falado por telefone). Respondi que não, que estava procurando a Suzane. A mulher fez uma careta e sorriu, ironicamente. Ela chamou por Sônia ao portão, que logo atendeu, surpreendendo-se com a minha presença. Eu me apresentei e relembrei a conversa que tivemos ao telefone. Ela se lembrou de mim, mas isso não alterou a sua expressão de insatisfação com a visita. Perguntei por Suzane e ela me esclareceu que ela morava ao lado. Só então enxerguei o portão à minha esquerda, encostado por dois tijolos, sujo e estragado, bem diferente do portão ao qual eu havia me dirigido primeiramente. Perguntei se Suzane estava em casa e Sônia respondeu que não sabia, mas que iria verificar para mim.

Enquanto isso, a outra mulher que acompanhava nossa conversa disse que Suzane “*não tinha jeito*”, que era bom eu “*tomar cuidado com ela*”, que ela “*não queria nada da vida*”. Perguntou se eu era assistente social e disse que não queria me desanimar, mas que ninguém nunca havia conseguido “*dar jeito nela*” e que achava que eu também não iria conseguir. Contou ainda que fora casada com o irmão de Suzane e que ele também era usuário de crack. Disse que ela não conseguira “*dar jeito nele*” também. Respondi a ela que eu não era assistente social e que não queria “*dar um jeito*” em Suzane. Esclareci que eu era psicóloga, pesquisadora da UFMG e que estava fazendo uma pesquisa com mulheres que usam drogas. Notava-se na interpelação da vizinha a tentativa de estabelecer o lugar de Suzane como sujeito inviável, com quem nenhum laço era possível. Evidenciava-se também que a relação anunciada como possível era de tutela e correção, o que representava a prevalência do dispositivo de normalização (Foucault, 1979), já encontrado no contexto institucional, também no contexto familiar e comunitário.



Nesse ínterim, Sônia abriu o portão da casa de Suzane e nós duas entramos por ele. Notei que havia uma obra em construção nos fundos do lote e muito mato no trecho que ia do portão até lá. Sônia aproximou-se e chamou: “*Laninha! Ô Laninha!*” Continuou chamando diversas vezes por ela, sem nenhum retorno. Disse então que ela já deveria ter saído e que se estivesse lá já teria respondido, a não ser que tivesse escutado o movimento e resolvesse se esconder para não nos receber. Perguntei se o melhor horário para encontrá-la era pela manhã mesmo e ela respondeu que sim, mas que eu deveria ir mais cedo. “*Ela sai todas as manhãs?*”, perguntei. Sônia me respondeu: “*Todo dia ela sai pra arranjar pedra.*” Lembrei-me, então, de Suzane dizendo no grupo de mulheres que saía todos os dias para “*manguear*”. Lembrei-me dela dizer que criou os filhos assim e que agora era assim que conseguia dinheiro para comprar droga. Combinei, então, com Sônia de voltar na próxima semana, mais cedo. Perguntei se ela poderia dizer à Suzane que eu estive lá e que eu voltaria na próxima semana. Ela disse que poderia “*até*” fazer isso por mim, mas que Suzane “*não combinava nada com ninguém*” e que eu deveria ir “*de supetão*”. Agradei então a atenção e despedi-me.

Apesar da precariedade da casa de Suzane, a minha primeira impressão fora de que ela vivia uma condição geral favorável. Morava numa rua em uma região urbanizada, próxima da sua família que, se não a apoiava, ao menos não impedia a sua permanência ali. Como os profissionais do CAPS-ad, a família também só reconhecia Suzane como abjeto (Prins & Meijer, 2002): alucinada, intratável, incorrigível. Mas Suzane resistia: entrincheirada em sua casa, conseguia manter seu modo de vida através de uma rotina de trabalho “*no mangue*” que organizara para conseguir comprar suas doses diárias de crack. Quando participou do grupo de mulheres no CAPS-ad, ela havia dito que não tinha a menor intenção de parar de usar drogas e que apenas gostaria de viver em paz, sem perturbar ninguém, nem ser perturbada. Ao sair da sua casa, naquele dia, fiquei pensando se, de algum modo, ela não teria conseguido isso.

O propósito de *ser* usuário de drogas não era exclusividade de Suzane. Malheiro (2013), em pesquisa sobre o universo de consumo de crack no Centro Histórico de Salvador, aponta que, mesmo com trajetórias de vida sofridas, muitos usuários conseguiam administrar seu consumo de drogas e refletir sobre as adversidades existentes em seu território. A autora estudou usuários que possuíam uma longa trajetória de consumo da substância, observando os controles sociais informais que emergiam da gestão do uso. Identificou que a socialização do uso, desde a sua aquisição, em espaços privados; a manutenção das atividades de trabalho, importantes inclusive para a manutenção do estilo de vida; e a utilização da maconha para garantir o apetite e o sono eram mecanismos decisivos para que os usuários conseguissem

manter uma trajetória de uso a longo prazo. Os usuários também identificaram que o que nomeavam como “passagem para a vida adulta” configurava-se como um momento de abertura de um processo de reflexividade com vistas ao uso mais seguro e consciente da substância, o que incluía o estabelecimento de horários, lugares e companhias específicas para o consumo. Suzane parecia ter estabelecido um modo de vida próprio como usuária de crack e eu gostaria muito de ouvi-la falar sobre ele. Faria ainda uma nova tentativa de encontro com ela.

Na semana seguinte, portanto, estava de volta à casa de Suzane. Cheguei e bati em seu portão algumas vezes. Como não obtive resposta, bati no portão de Sônia, sua cunhada. Ela me atendeu com um sorriso discreto desta vez. Cumprimentei-a e perguntei se ela tivera a oportunidade de conversar com Suzane sobre minha visita. Ela respondeu que não. Perguntei se ela sabia se Suzane estava em casa e ela respondeu que não e que, se eu quisesse, poderia entrar lá e verificar. Agradei e voltei para o portão ao lado. Ao entrar, observei novamente a quantidade enorme de mato em frente a uma obra com ares de abandonada. Nela, avistava-se primeiro um quarto com portas e janelas fechadas, seguido de um cômodo vazio, sem portas nem janelas. Nele havia apenas um pano sujo no chão, que parecia um dia ter sido um cobertor. Olhei para trás e perguntei Sônia, que me observava do portão, se era ali a casa de Suzane. Ela respondeu que não, que eu deveria continuar até o final do lote e virar à direita depois da construção. Continuei, seguindo por um caminho no meio do mato, que ia ficando cada vez mais fechado. Seguia procurando os melhores lugares para pisar, já que havia muita umidade e sujeira à vista. Cheguei ao final e virei à direita, conforme a orientação de Sônia. Um cheiro forte de fezes me fez levar a mão ao nariz e estancar. Pensei em recuar e voltei ao caminho já feito para respirar um pouco. Ficava um pouco atordoada, mas precisava conseguir avançar. Segui então novamente em frente. Verifiquei que estava numa pequena área nos fundos do lote. À minha direita, avistei um pequeno cômodo com a porta aberta. Nele havia um vaso sanitário muito sujo, que explicou um pouco do forte odor de fezes que eu sentia. Não havia indícios de água para descarga, parecendo que o vaso apenas escondia uma fossa. Na porta muito suja estava escrito a carvão: “*Cagatório*”. Seguindo mais à frente, uma porta fechada guardava a entrada de um cômodo. Lá era a casa de Suzane. Chamei por ela algumas vezes, sem resposta. O cheiro do lugar me deixava nauseada, mas ainda consegui permanecer um pouco mais. Aproximei-me da porta fechada e chamei-a novamente. Nenhuma resposta. Abaixei-me um pouco e olhei por um buraco na porta, avistando um móvel que me pareceu ser uma cômoda e uma cama com uma coberta escura. Pelo que consegui vislumbrar, à exceção destes dois móveis vistos, não havia mais nada no quarto. Dei meia volta e retornei

rapidamente pelo caminho que havia feito anteriormente. Ao sair pelo portão, lembrei-me do mau cheiro de Suzane no grupo e das suas justificativas para não tomar banho: ninguém estava a esperar por ela, ninguém iria cheirá-la. Para que se importar? Lembrei-me do quanto ela falara de sentir-se só e do desejo de ser amada, que se misturavam ao desejo de ser livre para viver *com* o crack. Gostaria de ter tido a oportunidade de ouvir Suzane falar mais sobre seu modo de vida e de como ela avaliava sua condição de moradia, que aos meus restritos e limitados olhos, parecera tão degradante.

De volta à rua, bati novamente no portão de Sônia. Perguntei se ela poderia conversar uns poucos minutos comigo. Esclareci novamente sobre a pesquisa e perguntei sobre Suzane. Sônia disse que já há muitos anos Suzane havia feito a escolha por “*viver fumando pedra*” e que para isso utilizava estratégias diversas. Quando tinha consulta no centro de saúde, por exemplo, costumava comer duas colheres de sal para ser diagnosticada como hipertensa e conseguir receitas e medicamentos para utilizar nas “*correrias*”. Contou que Suzane inventava muitas histórias e que tinha até uma receita de medicamentos para um suposto câncer, que era utilizada para pedir dinheiro nas ruas. Quando conseguia o valor necessário, comprava a droga e usava até acabar e ter que sair novamente. Sônia contou que a casa de Suzane, que eu conhecera, já havia sido toda “*montada*”, mas que ela vendera tudo para usar crack, inclusive portas, janelas e pisos. Contou que quase sempre ela usava a droga sozinha, mas que às vezes outros usuários iam até sua casa e faziam uso coletivamente. Disse que Suzane nunca trabalhou, sempre vivera de benefícios do governo e esmolas. Na opinião de Sônia, Suzane era uma pessoa feliz, pois fazia “*o que queria da vida*”. Contou que de vez em quando, “*quando bate a deprê*”, Suzane aparecia em seu portão chorando e pedindo ajuda, mas que ela e seu marido não ajudavam mais, pois não concordavam com seu modo de vida. Disse ainda que toda a vizinhança conhecia Suzane, mas que “*ninguém se importa com ela*”. Ainda assim, alguns costumavam dar ajudas esporádicas, através da doação de roupas e alimentos. Sônia disse que Suzane não incomodava os vizinhos com roubos ou agressões físicas, por exemplo, mas costumava ofendê-los com xingamentos e injúrias quando eles fechavam a porta para ela ou se recusavam a dar o que ela pedia. Por fim, Sônia falou que estava muito cansada de Suzane, que ela e o marido já haviam tentado de tudo. Repetiu que Suzane “*não queria nada da vida, só usar droga mesmo.*” Por fim, disse que já há algum tempo havia entendido que Suzane não tinha problemas com a sua escolha e que aprendera a não ligar para isso também. Agradei pela conversa e me despedi.

Voltei para casa impactada pela visita à casa de Suzane. Infelizmente, não pude ouvi-la falar de sua existência como usuária de crack, apenas tive acesso ao que sua existência

provocava em Sônia, e em mim mesma. Suzane nos interpelava em sua diferença, desestabilizando sentidos fixos e indicando possibilidades de existência que escapavam aos ideais de normalização, adequação e produtividade hegemônicos. Assim, a escolha de Suzane, de “*viver fumando pedra*”, atingia diretamente sua família e vizinhança, uma vez que ela era membro atuante em sua comunidade, conhecida por seus golpes e eventuais “barracos”. Novamente, como no CAPS-ad, Suzane interpelava a todos com sua vida desprezível, que não se restringia a ficar escondida num quatinho imundo nos fundos de um lote abandonado, fazendo-se também presente em sua circulação errante pelo “*mangue*”. Eu também não escapei à sua existência e, em mim, produzia-se como efeito um movimento pendular, que ia do horror ao fascínio por uma experiência radicalmente nova, que eu começava a reconhecer como da ordem de uma possibilidade não admitida até então.

Quanto à Sônia, ela me pareceu uma mulher bastante popular na vizinhança. Durante todo o tempo em que conversamos na calçada, alguns/mas vizinhos/as passaram por nós dizendo a ela que pagariam suas dívidas em breve. Estávamos no início do mês, hora das pessoas fazerem os pagamentos das compras de Avon, Natura e outros produtos que ela vendia, indicados numa placa no muro da sua casa, que ficava ao lado da outra placa, com a inscrição: “*Vende-se chup-chup*”, que eu vira no primeiro dia em que estive lá.

### **7.1.2 Isaura: “A gente continua vivo na cidade.”**

Isaura era uma mulher de 57 anos, dependente de álcool, que durante um período da juventude também fora usuária regular de anticolinérgicos<sup>24</sup>. No grupo de mulheres dizia que sua história era uma história comum, igual a de todos os outros usuários que se encontravam no CAPS-ad. Já havia passado por diversas internações, em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, por encaminhamento da família (por quem era considerada

---

<sup>24</sup> “Os anticolinérgicos, tanto de origem vegetal (datura, lírio, zabumba, trombeta, saia-branca) como os sintetizados em laboratório (Artane®, Akineton®, Bentyl®), atuam principalmente produzindo delírios e alucinações. Esses delírios e alucinações dependem bastante da personalidade do indivíduo e de sua condição, assim, nas descrições de usuários dessas substâncias, encontram-se relatos de visões de santos, animais, estrelas, fantasmas, entre outras imagens. Os efeitos são bastante intensos, podendo demorar de dois a três dias. Apesar disso, o uso de medicamentos anticolinérgicos (com controle médico) é muito eficaz no tratamento de várias doenças, como Síndrome de Parkinson e diarreia. O abuso dessas substâncias é relativamente comum no Brasil. O Artane® chega a ser a terceira droga mais usada entre crianças em situação de rua de algumas capitais no Nordeste (depois dos inalantes e da maconha). Nas demais regiões, o uso de anticolinérgicos é bem menos freqüente. Essas drogas não desenvolvem tolerância no organismo e não há descrição de síndrome de abstinência, ou seja, quando a pessoa pára de usar abruptamente essas substâncias, não apresenta reações desagradáveis.” Extraído de: Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), Ministério da Justiça, Governo Federal. Recuperado em 16 de fevereiro de 2014, de [http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id\\_conteudo=11298&rastrro=INFORMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS%2FTipos+de+drogas/Anticolin%C3%A9rgicos](http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11298&rastrro=INFORMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS%2FTipos+de+drogas/Anticolin%C3%A9rgicos)

esquizofrênica) ou por demanda própria, “*quando ainda achava que algo ou alguém daria conta de fazer o que eu tenho que fazer por mim mesma.*”

Isaura contara no grupo que sempre fora “*moleca*”, o que significava dizer que se posicionava de forma divergente à norma de gênero heterossexual, constituindo-se como um problema para os seus pais, que buscavam meios de adequá-la aos padrões hegemônicos. Contou ainda que num período de férias escolares quando criança fora mandada para a casa da avó para “*aprender a ser uma menina*”. Tal aprendizado consistia em usar roupas femininas – vestidos, meias até o joelho e cabelo amarrado em maria-chiquinha – e adotar comportamentos adequados a uma “*mocinha*”: falar baixo, não correr nem ficar suada e brincar de boneca. Aqui, através da repetição de atos, Isaura era convocada a expressar-se com um corpo constituído a partir da norma de gênero heterossexual. Desse modo, a partir de um conjunto de normas instituídas, mantidas e repetidas sobre seu corpo, ela se tornaria uma menina, como o próprio efeito desses atos. Como assinalado por Butler (2003), ser *mulher* não se constituiria, portanto, como uma *essência*, mas como um *ato*, ou, mais precisamente, uma sequência de atos, um verbo em vez de um substantivo, um “fazer” em vez de um “ser”.

Isaura, no entanto, sempre gostara de brincar de pega-pega, bolinha de gude e estilingue, e de usar short e camiseta, mais adequados às brincadeiras na rua. Tais preferências também marcaram atos de resistência e não conformidade em seu corpo, efeito de tais subversões. Com isso, se ao final das férias, de volta a Belo Horizonte, Isaura estava “*toda correta*”, longe da avó sua nova posição não perdurava e, em menos de uma semana, já havia “*voltado a ser o que era*”. O período de disciplinamento com a avó não produzia o efeito desejado pela família, ao contrário, fazia com que Isaura se tornasse ainda mais rebelde e afeita a comportamentos considerados masculinos, em represália. Beber e usar drogas aparecera algum tempo depois, na adolescência, como modo de afirmação pessoal e ruptura com as tentativas de controle, às vezes disfarçadas de proteção, que Isaura vivenciava em sua família.

A trajetória de vida de Isaura incluía fugas de casa, uma temporada vivendo em uma comunidade hippie na Bahia e muita oposição ao modo de vida a ela designado pela família, composta por membros bem situados social e economicamente, à sua exceção. Na juventude, vivera “*uma grande história de amor*” e foi nesta ocasião que fugira para a Bahia com o namorado hippie. Sua família mandou a polícia atrás deles e, assim que encontrada, Isaura foi trazida de volta a Belo Horizonte e encaminhada para um centro de atenção em psiquiatria. Nesta época fazia uso intenso de Artane e as alucinações provocadas por essas substâncias, somadas à fuga de casa, compuseram o quadro necessário para que fosse diagnosticada como

esquizofrênica, o que iniciou seu histórico de internações psiquiátricas. Aos 19 anos, num intervalo entre essas internações, tentou suicídio ingerindo medicamentos. Ficou 42 dias em coma. Os relatos de Isaura causaram indignação no grupo: o diagnóstico de esquizofrenia e a internação em hospital psiquiátrico também faziam parte da trajetória de outras mulheres e, em quase todos os casos, estavam associados a experiências de violência familiar e institucional.

De classe média-alta, Isaura fez faculdade de jornalismo, mas não chegou a se formar. Era uma liderança entre os usuários do CAPS-ad, sempre procurada pelos mesmos como intermediadora das suas demandas junto à equipe de profissionais. Também se apresentava como disciplinadora e conselheira junto aos usuários e sua autoridade decorria, em grande medida, das inúmeras internações a que fora submetida. Isaura falava com propriedade sobre todas essas experiências e tinha um posicionamento explícito de defesa dos serviços de caráter aberto como o CAPS-ad. Muitas vezes, contudo, se lembrava com saudades do conforto da proteção sentida nas comunidades terapêuticas, tendo, inclusive sido monitora em uma delas. No entanto, mesmo reconhecendo os desafios do serviço aberto, *“onde não tem ninguém tomando conta da sua vida”*, Isaura acreditava na importância da autonomia do sujeito no seu processo de tratamento e via no CAPS-ad *“o único espaço onde um usuário poderia conseguir assumir a responsabilidade sobre sua própria vida”*, com todos os custos advindos disso. Dizia que todos sabiam que muitos usuários iam ao CAPS-ad somente para conseguir vale-transporte para trocar por droga, para dormir ou para comer. Mas acreditava que mesmo essas pessoas se beneficiavam do fato de estarem em um serviço de saúde onde eram *“respeitadas como seres humanos”*. Para Isaura, o CAPS-ad era *“mal visto”* pela sociedade porque não *“escondia”* os usuários, como faziam as comunidades terapêuticas e os hospitais psiquiátricos: *“A gente continua vivo na cidade.”*

Isaura foi uma das poucas mulheres que participou do grupo durante todo o período em que ele aconteceu. De maneira intermitente, ela esteve em 11 dos 21 encontros realizados ao longo dos nove meses em que conduzi o grupo. Quando apresentei a proposta de discutirmos questões relacionadas às peculiaridades de ser mulher usuária de drogas, Isaura ficou muito entusiasmada. Disse que há algum tempo vinha pensando em fazer um jornalzinho com a voz dos usuários de drogas, para que pudessem *“dizer por nós mesmos tudo o que passamos”*. Este movimento de se fazer ouvir já se mostrava como uma marca na trajetória de Isaura, antes, na afirmação de um modo de vida particular contrário às regulações familiares, e agora, na tentativa de se fazer visível e audível, junto com os outros usuários do CAPS-ad, como sujeitos viáveis e *“vivos na cidade.”* Tal movimento levou Isaura ao

encontro da Associação dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental de Minas Gerais (ASUSSAM) tornando-se também, posteriormente, representante dos usuários de drogas na Comissão de Prevenção e Combate ao Uso de Crack e Outras Drogas, da Assembléia Legislativa de Minas Gerais.

O período em que Isaura participou do grupo coincidiu com o seu processo de transição de moradia, em que sairia do abrigo onde estava residindo há um ano para um barracão, alugado com a ajuda financeira de uma irmã. Morar no abrigo fora a forma encontrada por Isaura para constituir um espaço próprio, longe da tutela da sua família, para quem sempre fora considerada doente e fracassada. Durante o período em que morou no abrigo freqüentava a permanência-dia do CAPS-ad diariamente. Junto com sua técnica de referência, Isaura assumiu que, após a mudança para o barracão, permaneceria apenas em acompanhamento ambulatorial, semanalmente.

Sua transição do abrigo para o barracão aconteceu em meio a alguns episódios agudos de uso de álcool, depois dos quais Isaura permanecia algumas semanas sem participar do grupo. Após o primeiro deles, encontrei Isaura deitada com o rosto escondido entre os braços na mesa da sala de televisão do CAPS-ad. Me aproximei para convidá-la para participar do grupo e ela me disse que não estava bem e que eu não deveria insistir, pois não iria naquele dia. Fiquei sabendo pelas outras mulheres do grupo que ela havia chegado muito machucada no CAPS-ad naquela manhã. Na semana seguinte, vi o rosto de Isaura. Mais magra, estava com pontos na testa e sem alguns dentes. Quando me viu, disse que estava melhorando, mas que ainda não participaria do grupo. Contou que havia tido uma *“recaída”*, mas que ficaria bem. Falei com ela sobre o projeto do jornal, que poderíamos voltar a conversar sobre ele. Ela sorriu e disse que continuava animada. Na semana seguinte estava de volta ao grupo.

Após o segundo episódio de uso, Isaura chegou ao CAPS-ad trazida pelo SAMU (Serviço de Atendimento Médico de Urgência). Estava muito machucada novamente. Quando cheguei ao CAPS-ad a médica plantonista me disse que Isaura estava tomando soro no leito e que seria encaminhada à Unidade de Pronto-Atendimento (UPA). Perguntou se eu gostaria de vê-la antes da transferência. Encontrei Isaura deitada no leito, com os olhos roxos e muito inchados. Quando me viu se virou, envergonhada. Disse a ela que gostaria de vê-la no grupo na próxima semana. *“Dessa vez não vou conseguir sobreviver”*, ela respondeu. Na semana seguinte, Isaura estava de volta. Novamente sem os dentes, encontrava-se malcheirosa e ainda bastante inchada. Não falou nada durante o encontro do grupo e em nenhum momento dirigiu seu olhar a mim. Ao final, disse que já havia falado tudo que tinha para falar para a sua técnica de referência. Algumas semanas depois, Isaura me procurou quando eu cheguei ao

CAPS-ad. Disse que havia descoberto que estava “*recaindo*” para continuar vinculada ao serviço. Não estava se sentindo segura para começar uma vida fora do abrigo e do CAPS-ad e por isso buscava retardar o seu processo de redução dos dias em permanência-dia. Isaura havia passado grande parte da sua vida em instituições de tratamento, ainda que como monitora, num lugar diferenciado dos demais usuários. Nesse sentido, a intervenção da sua técnica de referência havia sido decisiva, pois sustentara a sua transição, mesmo diante dos episódios de uso: “*A ideia é sair das instituições e não permanecer nelas.*”

Na semana seguinte, cheguei ao CAPS-ad e encontrei Isaura fazendo tranças no cabelo de outra usuária. Ela me pareceu feliz. No grupo, contou que passou seu primeiro final de semana fora da permanência-dia e que correu tudo bem. Falou dos seus planos de fazer cursos (de cerâmica e percussão) e retomar a sua vida fora das instituições aos poucos. Pretendia permanecer alguns dias na permanência-dia, entre eles a terça-feira, para participar do grupo de mulheres e levar adiante a ideia do jornal dos usuários. Para a primeira edição, gostaria de falar de uso de drogas e violência doméstica.

Sair da posição de usuária da saúde mental estava sendo uma articulação nova na trajetória de Isaura que parecia começar a encontrar lugar na associação ao movimento social dos usuários da saúde mental – ASUSSAM – e na militância política. Desse modo, a entrada de outros elementos no jogo articulatório que estabelecia as prescrições sobre Isaura promoveu o deslocamento dos sentidos fixos a ela atribuídos. Se, como efeito de regras que a precediam, através da repetição de atos, constituíra-se como louca e usuária de drogas, agora, a partir de outras nomeações, Isaura experimentava executar outros atos, torcendo inteligibilidades hegemônicas e fazendo emergir lugares novos à sua existência. Assim, a partir de intervenções que a diziam *quem* ela era, *por que* era como era e *como deveria* ser, processo articulatório da prática profissional, foram estabelecidos outros sentidos possíveis para a sua existência, que a inseriram em uma cadeia discursiva cujos elementos de nomeação não se restringiam a ser “esquizofrênica” ou “alcoolista”. Uma nova nomeação emergira: Isaura era agora “militante”.

Assim, foi nesse período de transição que Isaura iniciou sua atuação na militância no campo da política sobre drogas em Belo Horizonte, pela defesa do serviço aberto e contra as internações compulsórias. Ao final do período em que estivemos juntas no grupo de mulheres, Isaura já era participante ativa das reuniões da *Comissão de Álcool e Drogas da Assembléia Legislativa* como representante dos usuários. Ainda administrava episódios de uso de álcool mais ou menos danosos, mas sempre curtos. Em uma das suas últimas participações no grupo disse: “*Bebi, mas não cai.*” Nessa ocasião, disse que poderia tentar criar justificativas mais ou



menos convincentes para ter bebido novamente, mas a verdade era que havia bebido “*porque estava com vontade. Com vontade!*” No grupo, conversamos sobre o fato de se ter de conviver com essa vontade que vai e vem e que precisa ser assumida como verdade para cada uma delas. Nesse último episódio de uso, Isaura bebeu, se envolveu em uma briga de rua, caiu e se machucou. Chegou ao CAPS-ad novamente levada pelo SAMU. Após se recuperar, retomou os seus projetos. Isaura parecia ter razão: bebeu, mas não caiu.

A última vez que Isaura participou do grupo de mulheres estava com um machucado na testa, que ela negou ter sido provocado por queda decorrente de uso de álcool. Estava tranqüila. Contou no grupo que estava freqüentando a permanência-dia às terças, sábados e domingos. “*Nos outros dias, cuidado da minha vida*”. Contou que havia dado uma entrevista para a televisão sobre o CAPS-ad e que estava participando da organização de um fórum sobre uso de drogas para as famílias dos usuários, que aconteceria no mês seguinte. Sobre sua militância, contou que havia escrito uma carta<sup>25</sup> em resposta ao posicionamento de um deputado federal que estava fazendo a defesa das comunidades terapêuticas, relatando suas experiências nessas instituições, como usuária e monitora. Ela faria a leitura pública desta carta na próxima reunião da Comissão na Assembléia Legislativa, o que de fato ocorreu. Contou que os encontros de usuários da ASUSSAM estavam sendo muito importantes e que ela estava “*conhecendo muita gente interessante*” vivendo com seus problemas fora das instituições. Isaura também estava experimentando cuidar de si com os recursos que tinha disponíveis: morava em seu barracão, freqüentava o CAPS-ad e participava de oficinas de percussão do Grupo do Beco<sup>26</sup>, além do envolvimento com a militância política.

Encontrei Isaura ainda uma última vez no CAPS-ad. Ela estava feliz porque havia “*arranjado um emprego*”: agora era membro ativo da “Rede CERSão e Veredas”, coletivo de saúde mental composto por usuários e ex-usuários dos CAPS de Belo Horizonte. Depois de um ano e 10 dias no CAPS-ad, Isaura iniciava o seu percurso para a alta.

### **7.1.3 Marlene: “Sempre fiquei meio de homem.”**

Com 25 anos, Marlene apresentou-se no grupo como uma mulher forte e segura.

<sup>25</sup> A transcrição literal dessa carta encontra-se no ANEXO A.

<sup>26</sup> O Grupo do Beco, sediado no Aglomerado Santa Lúcia, uma das Maiores favelas de Belo Horizonte, desde 1995 desenvolve, através da arte do teatro, um trabalho que alia a busca de qualidade e a transformação social. Atualmente composto por sete jovens moradores do Aglomerado – 3 atrizes, 2 atores, 2 produtoras –, vem construindo, desde sua fundação, um trabalho baseado nas referências da cultura local em diálogo com outras, eruditas, com o intuito de ampliar as possibilidades de expressão dos moradores daquela comunidade. Seu esforço é o de fazer com que o teatro, atividade popular em sua origem, mas elitizada em nossos tempos, volte a ser acessível ao povo. Recuperado em 26 de dezembro, de <http://grupodobeco.blogspot.com.br/>

Contou que após completar o ensino médio sua aspiração era prestar concurso público para a Marinha. Nessa época, contudo, começou a namorar um traficante, o que provocou uma mudança em seus planos, já que passara a trabalhar com ele no tráfico de drogas. Após uma denúncia, seu namorado foi preso e ela assumiu a “boca”, já que precisaria de dinheiro para conseguir livrá-lo da prisão. Marlene conta que engordou muito nessa época, chegando a pesar 130 kg, e começou a fumar crack “*para emagrecer*”. Até então, era usuária apenas de maconha, o que não lhe causava prejuízos. Após dois anos, seu namorado saiu da prisão e reassumiu a boca. Os dois permaneceram juntos mais alguns meses e depois se separaram. Para Marlene, sua vida, a partir daí, perdera “*o fio*”: dependente de crack, não conseguiu retomar os planos que um dia tivera de prestar concurso público. Passou então a fazer “bicos” para viver e manter o uso de crack. Por ter uma compleição física vigorosa e preferir serviços que exigiam o uso da força, trabalhava especialmente fazendo faxina em obras e descarregando mercadorias em mercearias.

Ao tratarmos de aspectos relativos às desigualdades de gênero no grupo, Marlene dizia que nunca soube diferenciar *ser mulher* de *ser homem*, fraturando a dicotomia de gênero presente na fala das outras mulheres do grupo. Para Marlene, a identidade de gênero era um atributo fluido, nesse sentido, dizia: “*Eu sou os dois – homem e mulher.*” Como efeito dessa posição *entre* os gêneros Marlene, assim como Isaura, também fora submetida a tentativas de torná-la “*mais feminina*”, ou seja, alinhada às posições de gênero construídas a partir da norma heterossexual. Desse modo, em suas experiências de disciplinamento do corpo para “*ser como as mulheres*” ela deveria, entre outras exigências, “*gostar de cuidar da casa, andar bem arrumada e bonita*”, coisas com as quais nunca se identificou. “*Mulher é muito cheia de frescura. Prefiro os homens e a companhia dos homens.*” Para Marlene, as “*coisas que os homens gostam – futebol, fliperama, baralho, droga*” – eram sempre mais interessantes e familiares: “*Sempre fiquei meio de homem.*” Aqui nota-se que as articulações feitas inicialmente por Marlene, indicativas de uma fluidez entre os gêneros, tendiam na verdade a uma fixação em um dos pólos, o que reestabelecia o binarismo de gênero, agora revelado em seu caráter misógino, conforme a hierarquia de valores anunciada por ela.

“*Ficar meio de homem*” também parecia se constituir para Marlene como um modo de acessar privilégios, pois ser considerada masculina ou “*Maria-Homem*” era uma forma de relacionar-se igualitariamente com os outros homens com os quais convivia, especialmente nos territórios de uso de drogas. Nesse sentido, dizia que ser mulher usuária de crack era mais difícil do que ser homem, uma vez que as pessoas se aproveitavam da condição de fragilidade da mulher dependente de drogas para propor trocas sexuais. Marlene, por sua vez, nunca

pagou por droga com sexo: *“Existe mulher noiada e mulher que fuma pedra.”* Ela não era noiada, não fazia “qualquer coisa” para obter a droga.

Marlene participou de três encontros do grupo de mulheres e as questões relacionadas à sua identidade de gênero estiveram no centro das suas reflexões em todos eles. Assim, num dos encontros, contou que quando engravidou da sua filha ficara feliz porque isso possibilitara que ela se afirmasse como mulher. Não era “Maria-Homem”, pois fora capaz de gerar um filho. À época dos encontros do grupo no CAPS-ad a filha de Marlene estava com quatro anos de idade e era criada desde que nasceu pela avó. Para Marlene, ficar com sua mãe era a melhor opção para sua filha, pois assim poderia crescer em *“um lar mais saudável”*. Considerava suficiente para o seu exercício da maternidade saber que a filha estava bem e vê-la duas ou três vezes ao ano. Marlene morava com o pai, um irmão, um amigo *“que acha que é meu namorado”* e uma série de outros moradores itinerantes, que entravam e saíam de sua casa, todos usuários de crack. Sua casa era um ponto de encontro e uso de drogas e mesmo que de forma um pouco precária, existiam algumas regras de convivência, especialmente no que se referia à limpeza e respeito aos limites uns dos outros. Era proibido, por exemplo, deixar sujeira na cozinha e fazer sexo emitindo sons altos. Marlene era a principal guardiã dessas regras, mantidas às custas de muita briga e confusão: *“a gente vive em um ambiente pequeno, tem que ter um mínimo de organização, senão, ninguém aguenta.”*

Marlene resolveu procurar o CAPS-ad porque queria *“tentar uma outra vida”*. Mesmo usando crack quase todos os dias, freqüentava o serviço assiduamente. Queria estabelecer metas possíveis, mas ainda não sabia como. Considerava seu ambiente familiar bastante desanimador, mas a animava o fato do seu irmão também ter começado a freqüentar o CAPS-ad. *“Quem sabe não conseguimos algo juntos?”*, ela pensava. Para Marlene, o uso de crack a ajudava a conviver com o sentimento de vazio que sentia. Começou como curiosidade, mas hoje era alívio para uma vida considerada perdida. Na última vez em que esteve no grupo, Marlene estava com o olho roxo. Contou que havia fumado crack na noite anterior e apanhado de outro usuário na frente da sua família. Esta não era uma situação nova para ela, que já havia sido espancada várias vezes, por policiais, pelo pai, irmão, outros usuários. *“Já apanhei muito nessa vida.”* Ainda que mais cabisbaixa do que de costume, Marlene não se deixava esmorecer. Altiva, afirmava sua virilidade como um trunfo a ser exibido: *“Esse é um problema de viver com os homens. Tudo se resolve no braço. Apanhei, mas bati também.”*

Aqui cabe apontar que na revisão de literatura realizada os estudos que abordaram a violência contra a mulher identificaram que o ato violento, quase sempre cometido pelo parceiro íntimo ou por outros homens da sua convivência familiar, é, na maioria das vezes,

precedido do uso de drogas pelo agressor. (Oliveira, J. B., 2007; Silva, V. N., 2008; Trigueiro & Labronici, 2011). No entanto, nesses estudos a violência é quase sempre tratada como um “efeito do desvario ou desrazão do agressor” (Smigay, 2002, p. 37), produzido pelo efeito das drogas. Este tipo de análise retira dos agressores a responsabilidade e intencionalidade dos seus atos, encobrindo as hierarquias de gênero envolvidas na produção da violência de gênero, além de desconsiderar as relações de poder que se constituem no interior dessas relações. Marlene conhecia bem as hierarquias de gênero e mesmo transitando *entre* os gêneros não se livrava de sua posição de subalternidade.

Quando iniciei a segunda etapa do meu trabalho de campo, descrita a seguir, Marlene era uma das mulheres que estava na lista de quem eu procuraria. Os números de telefone informados em seu prontuário no CAPS-ad eram da sua madrinha, para quem eu liguei por duas vezes e conversei por telefone. Muito atenciosa, ela me dissera que autorizara Marlene a informar o número do seu telefone sempre que precisasse, pois não podia fazer mais nada por ela. Dissera ainda que Marlene havia se mudado para uma cidade da Região Metropolitana de Belo Horizonte e que já há algum tempo não sabia dela. Deixei meus contatos e pedi que ela me ligasse se Marlene aparecesse por lá. Desde então, nunca mais tive notícias suas.

## **7.2 Desestruturando narrativas: tentativas de borrar trajetórias institucionalizadas**

A segunda etapa da minha pesquisa de campo fora definida a partir da compreensão de que havia no interior da instituição uma produção de narrativas que se estabelecia como efeito do discurso dos profissionais de saúde sobre as mulheres. Desse modo, numa tentativa de ouvir as usuárias de drogas em sua diferença, nesta segunda etapa da pesquisa eu iria “pra rua”, tentar captar nuances de seus discursos que não podiam ser percebidas nas narrativas produzidas no grupo realizado no CAPS-ad. A tentativa de ir ao encontro das mulheres em outros espaços, contudo, revelou-se mais complexa do que o previsto, devido a um fator fundamental: de algum modo, todas aquelas mulheres encontravam-se sob alguma tutela institucional, especialmente nos campos da saúde e assistência social. Suas trajetórias indicavam uma peregrinação por serviços de saúde – passando por centros de saúde, UPA, CAPS, hospitais, etc – e por equipamentos da assistência social, como Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) e abrigos transitórios. A essas instituições apresentavam demandas diversas: realização de exames, acesso a medicamentos, consulta com especialistas, atendimentos de urgência e tratamento de doenças crônicas. Na assistência social, buscavam acessar

benefícios, com o auxílio-doença e bolsa-família, abrigo transitório ou aluguel social, além de buscar informações sobre retirada de documentos e encaminhamento a empregos, entre outros. A tentativa de ouvir uma narrativa que não fosse efeito das instituições parecia se apresentar, portanto, como algo irrealizável. No entanto, acreditávamos que algumas nuances poderiam ser exploradas ao expandir o território de produção de discursos das mulheres usuárias. Assim, demos início à tentativa de “borrar” as narrativas institucionalizadas, trazendo para a cena elementos de fala que, além de serem inevitavelmente atravessados por instituições, também provocavam fissuras nos discursos produzidos por elas. Foi inspirada por essa tentativa que iniciei a segunda etapa da pesquisa de campo, agora não mais buscando estar “fora” das instituições, mas “circulando” por elas.

A etnografia multilocal ou multissituada aparecera então como estratégia metodológica capaz de possibilitar o acesso às trajetórias e fios que constituíam a circulação das mulheres usuárias por esses diversos espaços. Assim, através da ação de “seguir” as tramas e histórias de vida das mulheres, narradas individualmente, poderia ser possível revelar o que ocorria com esses sujeitos tomados coletivamente, através da associação entre lugares e contextos sociais diversos.

A escolha da técnica da entrevista narrativa como método de coleta de dados justificou-se por acreditarmos que o relato autobiográfico das mulheres sobre suas trajetórias poderia fornecer narrativas capazes de, conforme proposto por Scott (1999), elucidar os processos históricos que, através do discurso, as posicionaram como sujeitos e produziram suas experiências. Dessa forma, cabe ressaltar que, mais do que acessar as experiências das mulheres que usam drogas, buscou-se através dos relatos autobiográficos identificar o modo como essas mesmas mulheres foram constituídas por suas experiências.

Autobiografias são histórias que contamos sobre nossas vidas (Bruner, 1994), desse modo, a escolha da entrevista narrativa como técnica também se justifica por seu poder de gerar histórias e não respostas isoladas a um conjunto de perguntas do entrevistador, como usualmente ocorre em entrevistas. (Brandão & Germano, 2009). Para Josso (2006), adotar os relatos de história de vida como metodologia fundamenta-se em dois paradigmas, “o paradigma de um conhecimento fundamentado sobre uma subjetividade explicitada e o paradigma de um conhecimento experiencial, que valoriza a reflexividade produzida a partir de vivências singulares. (p. 21).

Tais paradigmas aproximam-se dos pressupostos das metodologias feministas, que consideram a fala das mulheres sobre si mesmas essencial para qualquer produção de conhecimento que se queira crítica ao padrão androcêntrico de ciência. Como já discutido em

nosso capítulo metodológico,

o androcentrismo tem contribuído para a produção de teorias sobre as mulheres que as (nos) representam como seres inferiores, desviantes ou só importantes no que tange aos interesses masculinos, tal como acontece com as teorias de fenômenos sociais que tornam as atividades e interesses femininos menores e obscurecem as relações de poder entre os sexos. (Sardenberg, 2001, p. 09-10).

Buscamos, portanto, ao seguir algumas mulheres que haviam participado do grupo realizado no CAPS-ad em seus espaços cotidianos, ir ao encontro das vozes sempre plurais e inacabadas de sujeitos subalternizados, historicamente silenciados por práticas científicas objetivistas. Acreditávamos que assim, acessadas em sua diferença, tais mulheres poderiam causar uma fissura nos saberes hegemonicamente constituídos sobre elas, revelando, através da experiência constitutiva da sua posição subjetiva, outras inteligibilidades possíveis para a sua experiência como usuárias de drogas.

Assim, para dar início à segunda etapa da pesquisa de campo, uma primeira providência era necessária: obter a autorização da gerente do CAPS-ad para acessar os prontuários e anotar endereços e telefones das mulheres que haviam participado do grupo conduzido por mim cerca de um ano antes. Consegui, desse modo, localizar algumas mulheres que se encaixavam no perfil que eu procurava: usuárias de crack que haviam participado de pelo menos dois encontros do grupo de mulheres. Escolhi dentre as mulheres que atendiam esses critérios aquelas das quais eu me lembrava mais: Suzane, Marlene, Cleide e Célia. Das quatro, Cleide era a única que, entre idas e vindas, ainda se mantinha vinculada ao CAPS-ad. No dia em que fui ler os prontuários, ela estava no serviço. Fui ao encontro dela e perguntei se ela se lembrava de mim. *“Do grupo de mulheres? Ah, sim, lembro, sim.”* Falei com ela que eu estava visitando algumas mulheres que haviam passado pelo grupo e que havia ficado sabendo pelo seu técnico de referência que ela estava morando em um abrigo. Perguntei, então, se poderia ir até lá visitá-la. Ela achou estranha a minha pergunta: *“Pode, ué!... Mas só estou lá de segunda a sexta durante o dia, pois aos finais de semana venho pra cá e à noite eu estudo.”* Combinamos, então, que iria visitá-la na próxima terça-feira. Começaria, portanto, meu trabalho de campo fora do CAPS-ad visitando Cleide em uma outra instituição, um abrigo para moradores de rua e migrantes. Mais tarde, quando eu estava saindo do serviço, encontrei Cleide também de saída com um grupo de usuários acompanhado por um redutor de danos para uma ida ao cinema. Quando ela passou por mim perguntou: *“É terça, né!”* E eu confirmei: *“Sim. É terça.”*

### 7.2.1 Cleide: “Tô aí vivendo.”

Cleide era uma jovem de 23 anos, risonha e descontraída. A primeira vez que nos encontramos no CAPS-ad estava recém-operada de uma cirurgia na perna, resultado de um atropelamento no anel rodoviário que lhe causara fratura exposta do fêmur. Mesmo machucada, mancando e cheia de cicatrizes das quedas e acidentes que sofrera, era uma mulher bonita, que chamava atenção, conquistando muitos usuários do serviço. Morava na ocasião com seu companheiro, usuário de crack como ela, e trabalhava como catadora de papel. Quando convidada para participar do grupo, perguntou se conversaríamos sobre violência contra a mulher e logo disse que não poderia “deixar” seu companheiro, pois se fizesse isso ele a mataria. Cleide participou do grupo com interesse, mas se implicou pouco, limitando-se a rir das narrativas das outras usuárias. Pareceu-me pouco preocupada com sua condição de usuária de drogas, vendo o seu problema na perna e as seqüelas que teria como suas principais questões. Mesmo tendo participado de apenas dois encontros do grupo, Cleide entrou na lista das mulheres com as quais eu faria contato na segunda etapa da pesquisa de campo, pois cumpria os critérios estabelecidos: ter participado de pelo menos dois encontros e ser usuária de crack. Assim, no período de março a novembro de 2013 tive mais quatro encontros com ela: um no abrigo onde estava morando, um na escola onde estudava e outros dois novamente no CAPS-ad. Estas instituições configuraram, assim, o circuito por onde eu me deslocaria para “seguir” Cleide e sua trajetória no mapa da etnografia multilocal em curso.

Cleide fora, dessa forma, a primeira mulher com quem estive na segunda etapa da pesquisa de campo. O fato de começar esta nova etapa numa instituição veio a calhar, pois diminuiu um pouco a sensação de deriva provocada pela proposta de escutar as vozes de mulheres que usam drogas sem uma estruturação prévia. Eu tinha como ponto de partida o interesse em conhecer a experiência cotidiana de mulheres com trajetória de uso de drogas, mas o modo de fazer isso não estava dado previamente, seria construído na interlocução entre nós. O núcleo central do método era, então, a dimensão do contar e da narrativa, não existindo a pretensão de demonstrar leis, de buscar provas empíricas para minhas hipóteses teóricas ou causas últimas para os fatos em análise. (Barros & Silva, 2002). Acessar a realidade das minhas narradoras não seria, de modo algum, tarefa fácil e, enquanto me dirigia ao abrigo onde Cleide morava, buscava me despir das muitas opiniões prévias que eu tinha sobre ela, na tentativa de poder estabelecer uma relação, nas palavras de Zygoris (2002, p. 29) *inérita* com ela, “uma nova composição feita das singularidades em presença”, a partir do que se apresentasse *para e entre* nós.

A região onde o abrigo se localizava era conhecida por mim. Ficava na fronteira de uma das muitas favelas que margeiam o anel rodoviário de Belo Horizonte. Também não seria a primeira vez que eu estaria em um abrigo para migrantes e pessoas em situação de rua. Havia visitado um albergue no centro da cidade recentemente, para acordos sobre a formalização de um convênio de estágio com a PUC Minas São Gabriel. Apesar disso, minha primeira impressão quando cheguei ao abrigo onde encontraria Cleide foi muito diferente da que eu havia tido anteriormente. Em frente à instituição não havia a fila de pessoas aguardando o horário de abertura, como no albergue anteriormente visitado. Na verdade, vi poucas pessoas durante o tempo em que permaneci lá. Fiquei me perguntando se a localização do abrigo – longe do centro da cidade – o tornava um local menos procurado pelas pessoas em situação de rua, mas não obtive respostas em relação a isso.

Somente quando cheguei em frente ao portão do abrigo me dei conta de que talvez eu tivesse que ter pedido uma permissão antecipada para visitar Cleide, afinal, estava numa instituição e desconhecia suas regras. Consciente da possibilidade de ter que voltar outro dia, após agendamento prévio, dirigi-me a um guarda municipal que se encontrava na porta e disse a ele: *“Oi, boa tarde, eu vim visitar uma moradora, a Cleide.”* Ele pediu que eu aguardasse e chamou uma funcionária do abrigo, que me perguntou quem eu era e de onde vinha. Respondi que havia conhecido Cleide no CAPS-ad, que ela havia participado de um grupo de mulheres conduzido por mim, e que agora eu estava fazendo algumas entrevistas de pesquisa com mulheres que participaram daquele grupo. A monitora sorriu pra mim e abriu o portão para que eu entrasse. Um outro funcionário do abrigo foi chamar Cleide, que demorou um pouco para aparecer. Depois, fiquei sabendo que ela tinha ido escovar os dentes para se encontrar comigo, o que me surpreendeu, contrariando os meus preconceitos sobre usuários de drogas e suas práticas de cuidado de si. Quando Cleide chegou à recepção para me encontrar eu a recebi com um abraço, o que provocou nela um visível estranhamento. Ela sorriu. Perguntei se estava se lembrando de que eu iria lá naquele dia. Ela disse que no dia anterior havia pensado sobre isso: *“Será que é hoje que ela disse que vinha? Será que ela vem?”* Mas, confessou, achou que eu não iria. Perguntei por que e ela disse que nunca tinha recebido uma visita.

Nesse ínterim, a assistente social do abrigo veio ao nosso encontro: queria me conhecer e saber mais sobre a minha visita. Fomos então, eu, Cleide e a assistente social, para uma sala. Lá nos encontramos com a psicóloga que coordenava o abrigo e eu contei a elas sobre o grupo de mulheres, a minha pesquisa e a proposta de reencontrar algumas delas fora da instituição de tratamento. As duas profissionais elogiaram a iniciativa e disseram que, após



oito meses de abrigamento, Cleide havia ingressado na EJA<sup>27</sup>, o que para elas significava um movimento muito favorável em seu processo de desinstitucionalização. Cleide permaneceu todo o tempo calada, não se manifestando diante do que as técnicas diziam a seu respeito. Feitas as apresentações e tendo recebido a aprovação para a realização do trabalho, a assistente social me ofereceu uma sala para que eu pudesse conversar com Cleide. Agradei a atenção, mas recusei a sala, dizendo que preferia conversar com ela em um outro espaço do abrigo. Naquele momento, recusar o uso da sala representava uma tentativa de nos colocar, de algum modo, “fora” da instituição, mesmo estando dentro dela. Acreditava que essa postura permitiria o meu deslocamento em relação à posição das técnicas do abrigo, que articulavam discursos *sobre* Cleide, em direção à possibilidade de constituirmos um encontro onde ela pudesse assumir a posição de autora principal de suas narrativas.

Cleide me conduziu então por alguns corredores do abrigo até um banco numa área descoberta, que dava acesso a um pátio interno em obras. Perto de nós havia alguns operários trabalhando e durante o tempo em que permanecemos conversando (mais ou menos uma hora), passaram por nós algumas mulheres que também se encontravam acolhidas no abrigo. Dentre elas, chamou minha atenção uma mulher com duas crianças, que pareciam ter em torno de cinco anos de idade. A menina havia acabado de tomar banho e a mulher, que logo fiquei sabendo que era a sua mãe, penteava seu cabelo perto de nós. Muito sonolenta, assim que terminou o penteado a menina se deitou no banco em que estávamos e dormiu com a cabeça no colo de Cleide. Chamou minha atenção o seu sono e o fato dela não falar nenhuma palavra compreensível. Também fiquei me perguntando por que ela e o irmão não estavam na escola naquela tarde. Ao final, numa breve interlocução com a mãe, fiquei sabendo que as crianças estavam aguardando vaga na creche e que ela estava prestes a conseguir alugar um barracão para poder sair do abrigo.

A minha conversa com Cleide começou com ela contando que já havia morado naquele mesmo abrigo em sua infância, quando migrou com seus pais do norte de Minas para Belo Horizonte. Na ocasião do nosso encontro Cleide estava a dois meses de completar 25 anos. Relembrou o período em que vivera no abrigo dizendo o quanto ele fora importante para

---

<sup>27</sup>A Educação de Jovens e Adultos (EJA) visa atender jovens e adultos que não tiveram oportunidades de estudos na idade própria e desejam completar a Educação Básica – Ensino Fundamental e Médio. Os cursos presenciais da EJA são oferecidos nas Escolas Estaduais e têm a seguinte organização: Curso Presencial dos Anos Finais do Ensino Fundamental: duração de 02 (dois) anos letivos, organizado em 04 (quatro) períodos semestrais. Curso Presencial do Ensino Médio: duração de 01 (um) ano e meio, organizado em 03 (três) períodos semestrais. A idade mínima para matrícula em cursos de Ensino Fundamental e Médio é de 15 (quinze) e 18 (dezoito) anos respectivamente, de acordo com a Resolução SEE/MG nº 2197, de 26 de outubro de 2012. Recuperado em 4 de março de 2014, de <http://www.mg.gov.br/governomg/portal/v/governomg/cidadao/educacao/5214-ensino-medio/57389-educacao-de-jovens-e-adultos-eja-presencial/0/5140>

os seus pais na época da migração. Depois de um tempo morando por lá, seu pai participou da invasão de um terreno no bairro São Francisco, onde construiu um barraco que foi a casa da sua família durante 19 anos. Agora seu pai já era falecido e sua mãe havia ido “*embora para algum lugar*”, que ela não sabia onde era, pois a mãe não lhe deixara o endereço, por estar cansada da sua “*falta de jeito*”. Às vezes sua mãe ligava pra ela no CAPS-ad, mas se recusava a dizer onde estava morando, para que Cleide não a procurasse. Perguntei como ela se sentia diante dessa recusa e ela respondeu que não se importava, pois “*já não dava mesmo pra viver com minha família, minha vida é muito louca*”. Cleide compreendia a atitude da mãe e se referia a ela como uma pessoa muito boa que, entre outras coisas, não a abandonara quando ela “*passou necessidade*” ao lado de quem agora ela nomeava como seu ex-companheiro.

Pedi a Cleide que me contasse mais sobre sua vida, desde que chegara a Belo Horizonte com sua família. Se eu buscava linearidade, encontrei uma miríade de lembranças, entre as quais ela não estabelecia nenhum nexos causal. Assim, a partir de alguns acontecimentos marcantes, tomados como elementos iniciais, me via diante da possibilidade de composição de uma narrativa que, contudo, só se tornaria possível no bojo de uma relação estabelecida por meio da existência de um vínculo de confiança e interesse mútuo entre nós. Tal relação, por sua vez, não estava posta inicialmente e nem dava mostras de que assim seria estabelecida. Desse modo, ao ser interpelada por mim a produzir sentidos para a sua trajetória, Cleide demonstrava pouco interesse pela sua condição histórica, apenas distinguindo como “sua vida” uma sucessão de acontecimentos, para ela arbitrários. Dessa maneira, ao longo desse e dos outros três encontros que tivemos, Cleide apresentou uma narrativa fragmentada, num fluxo semelhante a uma associação livre que, ao se contar, e somente por isso, ganhava materialidade e sentido.

A narrativa de Cleide iniciou-se, assim, com suas recordações sobre a sua infância no abrigo. Enquanto tentava se lembrar de quantos irmãos tinha, contudo, um novo pensamento a atravessara e ela passou a falar sobre o namoro atual com um usuário do CAPS-ad, que também estava acolhido naquele mesmo abrigo. Cleide se dizia aborrecida por ele ter largado mais um trabalho, o que para ela significava pouco investimento no relacionamento: “*Ele não dá conta de nada, só pensa na pedra*”. Ao falar sobre isso, Cleide se mostrou desapontada ao dizer que ele queria “*pegá-la*” no cinema na semana anterior, mas que “*não dava conta*” de arranjar dinheiro para irem a um motel, pois gastava tudo com crack. O sentimento de frustração que havia se evidenciado, contudo, se desfez logo depois, quando Cleide riu alto e despreocupadamente ao relatar em detalhes a reação incomodada das outras pessoas aos “*amassos*” que deram no cinema. Foi nesse momento que a criança também acolhida no

abrigo, que se encontrava com a mãe perto do banco no qual estávamos sentadas, veio em nossa direção e se deitou no colo de Cleide. Ela, então, passou a outro assunto, contando que havia “*perdido*” um filho quando estava com quatro meses e quinze dias de gestação. Foi enfática ao dizer que não usava crack naquela época, sendo somente usuária de maconha. Cleide não voltou a engravidar depois disso e disse que sempre se prevenia, usando camisinha. Novamente, riu muito ao contar que tinha relações sexuais com o namorado, a quem se referia como “*ficante*”, no CAPS-ad, “*mas a gente sempre usa camisinha*”. Foi também de forma descontraída e jocosa que Cleide contou que havia recebido uma advertência recentemente, por ter entrado no CAPS-ad fora do horário de atendimento, pulando o muro à noite para tomar banho de piscina com o “*ficante*”. Nesse momento, suas risadas interromperam a sua fala e contagiaram as outras mulheres que circulavam pelo corredor onde estávamos. Não havia nenhum indício de culpa ou sentimento de inadequação no relato de Cleide. Ao contrário, do relato de suas experiências, especialmente as de caráter sexual, distinguia-se um discurso sobre a sexualidade que parecia se constituir como aquilo que Foucault (1996) nomeou como “uma relação entre o que fazemos, o que estamos obrigados a fazer, o que nos está permitido fazer, o que nos está proibido fazer no campo da sexualidade; e o que está proibido, permitido, ou é obrigatório dizer sobre nosso comportamento sexual.” (p. 91, grifo nosso). Desse modo, Cleide interpelava com suas práticas sexuais e, ainda, com suas narrativas sobre essas práticas, as normas de gênero expressas no serviço de saúde ao evidenciar a sua existência como sujeito sexualizado. Assim, oscilava entre a produção de uma narrativa tradicional hegemônica, ao se apresentar como alguém que buscava uma parceria amorosa no campo da norma heterossexual, perceptível nas expectativas de provimento depositadas no namorado; e uma narrativa das margens, ao subverter processos de regulação impostos pelo policiamento público da sexualidade.

Retomamos a conversa com Cleide dizendo que precisava voltar ao médico para avaliar a situação da sua perna. No grupo de mulheres do CAPS-ad um ano antes, lembro-me de que ela estava recém-operada e que ainda sentia muitas dores. Cleide contou novamente que fora atropelada por um caminhão no anel rodoviário, na altura da avenida Cristiano Machado. O motorista fugiu, mas alguns transeuntes a ajudaram. Cleide estava “*muito doída*”, pois havia fumado muito crack, e “*bolada*”, com raiva do ex-companheiro, por isso saíra “*louca*” pela rua e fora atropelada.

Ao falar sobre o ex-companheiro, Cleide contou que a relação com ele sempre fora difícil. Eles se conheciam desde criança, mas só começaram a namorar depois que saíram da prisão. Ter sido presa parecia ser para Cleide um acontecimento com a mesma relevância de

ter sido advertida no CAPS-ad. Nenhuma ênfase diferenciada fora dada a este fato e ele era tratado como mais um dos elementos que compunham o tecido da sua história, sem ligação com fatos ocorridos antes ou depois dele. Cleide explicou que seu ex-companheiro havia sido preso por tráfico (na ocasião era traficante, mas não era usuário) e ela por ter se envolvido em um assalto à mão armada executado pelo seu irmão. O assalto não fora premeditado. Ela e o irmão estavam viajando de ônibus para uma cidade da região metropolitana de Belo Horizonte quando “*de repente, deu a doida nele*” e ele resolveu fazer o assalto. No ônibus havia dois policiais à paisana: seu irmão fora rendido e Cleide, considerada sua comparsa, também fora detida, permanecendo quatro meses presa. “*Paguei o flagrante, depois um defensor público pediu minha liberdade*”: aqui nota-se a presença contundente das instituições públicas na constituição da sua trajetória pessoal, tanto na definição da sua pena de privação de liberdade, mesmo quando inocente, quanto na sua remissão.

Quando perguntei como tinha sido o tempo em que ficara presa, ela respondeu com um tom de voz mais baixo do que o habitual: “*Ficar presa é ruim, né, não é bom, não*”. Cleide dividiu a cela durante os quatro meses de prisão somente com uma outra mulher – “*Gente boa*” – e elas só saíam de lá para poucos minutos diários de banho de sol e para as refeições. Para Cleide, a amizade que construíra com a sua companheira de cela fez com que os dias de reclusão fossem mais amenos. Cabe dizer que relações íntimas entre mulheres encarceradas são frequentemente relatadas na literatura específica da área e indicam tanto a possibilidade de envolvimento afetivo e sexual entre elas, quanto o desenvolvimento de relações de solidariedade, cuidado e proteção. (Frinhani & Souza, 2005; Guedes, 2006).

Foi, então, quando saiu da prisão, que Cleide começou a namorar o ex-companheiro. Até essa época ela ainda não era usuária regular de crack. Já havia, contudo, conhecido a “*pedra*” quando, na adolescência, um rapaz com quem estava “*ficando*” a “*aplicou*”. Para Cleide sua primeira experiência com um usuário de crack foi bem diferente do que poderia imaginar. “*Ele não parecia que usava, não era noiado, nem chupado (magricelo)*.” Cleide contou que fora para a casa do rapaz e que estava “*muito tonta*”, pois havia bebido muito. Ele então disse que se ela fumasse crack a tonteira passaria. Ela fumou: “*A tonteira passou... e começou a nóia*.” Cleide riu ao se lembrar dessa história e concluiu: “*Eu sou muito louca*.”

Voltando a falar sobre o seu ex-companheiro, Cleide contou que quando eles saíram da cadeia foram morar numa favela perto da casa da mãe dele. Um dia, quando estava em casa “*sem fazer nada*”, Cleide resolveu, “*do nada*”, ir até uma boca próxima e comprar crack. Não era usuária habitual, apenas buscava “*algo para fazer*”, já que o marido saía para trabalhar e ela, como quase todos os outros dias, se sentira entediada. O uso de drogas como

forma de enfrentamento ao tédio também apareceu na trajetória de Célia, uma das outras mulheres que acompanhei fora do CAPS-ad. Em conformidade com suas experiências, estudos realizados com adolescentes apontaram que quanto maior a propensão ao tédio, maior a probabilidade de engajamento em comportamentos de risco, entre eles o uso abusivo de drogas (Pinto, 2012). Aqui vale a pena mencionar alguns autores que se detiveram sobre a compreensão da experiência do tédio e que podem fornecer contribuições relevantes para a nossa discussão. Albert Camus, por exemplo, considera o tédio como um elemento mobilizador ao invés de paralisador, por impor exigências ao indivíduo, tanto de construção de sentido para seu existir, como de identificação da sua ausência em atos automatizados. (Morales, 2012). O filósofo Emil Cioran também aponta nesta direção. Para ele, foi o tédio que lhe fez ver o reino do essencial, o que significa dizer que “a falta aguda de gosto e de interesse revela a imprescindível e insubstituível necessidade humana de engajamento em ações com sentido.” (Morales, 2012, p. 125). Assim, ao sair para comprar crack, Cleide de alguma forma explicitava o vazio de uma existência sem sentido e mobilizava-se em busca de algo que poderia constituí-lo.

Bertrand Russell também discutiu o fenômeno do tédio, sob outro enfoque. Para ele, uma das principais ocupações de uma geração deve ser

organizar a vida coletiva de tal modo que seus descendentes possam adquirir disposições permanentes para haver-se com a monotonia. É imprescindível à existência humana a aprendizagem de suportar a rotina que a vida exige. A ausência desse treinamento desenvolve outras disposições: a indiferenciação, a veleidade e a busca da excitação. Elas são expressões da inabilidade de um coletivo em experimentar e viver a inescapável situação de tédio. [...] A busca de excitação é o movimento para gerar algo súbito no cotidiano e, com isso, fazer cessar uma monotonia. Para Russell (1930, p. 20), “o oposto de tédio, numa palavra, não é prazer, mas a excitação”. (Morales, 2012, p. 125-126).

Assim, os autores colocam em discussão a permanente tensão entre diferentes e, em muito, divergentes modos de engajamento com o mundo, pautados na consideração da vida ora em sua *extensão* ora em sua *intensidade*. (Vargas, E. V., 2008). Engajar-se visando a extensão, a vida longa e saudável, ou visando a intensidade, a opção pela excitação e pelo êxtase? Questão sem solução e atravessada por posições subjetivas e condições concretas de vida. Por fim, sobre a opção pela intensidade, Honoré de Balzac, em 1838, já alertava para o fato de que “levar ao máximo uma possibilidade de prazer reduz drasticamente a possibilidade de vivê-lo mais vezes”. (Morales, 2012, p. 127). Este roçar o ilusório, a estupidez e a morte (Vargas, E. V., 2008) passaria, a partir de então, a ser uma experiência central na trajetória de Cleide.

Sentindo-se entediada, Cleide fora, então, à boca comprar crack e voltara para fazer

uso em casa. No entanto, mal havia começado a fumar quando o seu ex-companheiro chegou do trabalho, flagrando-a *“com a boca no cachimbo”*. A reação dele fora surpreendente: após repreendê-la de forma áspera, disse: *“Você quer fumar essa porcaria? Então peraí, que você vai ter muito o que fumar.”* Dizendo isso, ele voltou à boca e comprou mais R\$ 50,00 em pedra. Ao chegar em casa *“esfregou o crack na minha cara”* e começou a fumar, junto com ela. Desse dia em diante, Cleide e o ex-companheiro passaram a usar crack regularmente e ele viria a acusá-la de tê-lo tornado dependente desde então. Na ocasião do nosso encontro ele estava preso novamente, desta vez por ter violado um impedimento da Lei Maria da Penha e se aproximado de uma ex-mulher. Dessa aproximação a ex-mulher saíra com cinco dentes quebrados. Cleide também apanhava frequentemente do ex-companheiro e dizia estar mais tranqüila pelo fato dele estar preso, pois sabia que quando ele fosse solto iria atrás dela novamente.

Cleide tinha alguns projetos em andamento: iniciar a fisioterapia para recuperar os movimentos da perna, cadastrar-se em um programa de recolocação profissional para deficientes e acidentados de trânsito, formar-se no ensino médio, e continuar frequentando o CAPS-ad nos finais de semana. Disse que era sempre mais difícil ficar sem usar drogas aos finais de semana e que costumava sair do abrigo para *“dar um rolê”* quando ficava com muita vontade de beber. *“O problema é que quando bebo, dá vontade de fumar, aí tem que cair pra Pedreira ou para o centro da cidade.”* Da última vez que fizera isso (há quatro dias), se envolvera em uma briga com uma outra mulher, o que a deixara cheia de arranhões no rosto e nos braços. Ao falar sobre a briga, Cleide riu novamente, depois ficou séria e silenciou-se pela primeira vez naquela tarde. Ainda com o olhar perdido disse: *“Crack não tem nada de bom, é só desespero.”*

Já havia quase duas horas que eu chegara ao abrigo e era hora de encerrar a visita. Digo a Cleide que gostaria de voltar a vê-la e pergunto se ela me receberia novamente no abrigo ou em algum outro espaço, ao que ela responde: *“Á ser bom se você me levasse no EJA, porque aquele morrão de lá é dureza.”* Combino, então, de pegá-la na próxima semana no abrigo para irmos juntas à escola onde ela estava cursando a EJA. Despedimo-nos com um abraço.

Na semana seguinte, como combinado, liguei logo cedo para o abrigo confirmando minha ida com Cleide à escola. A caminho de lá eu novamente me senti apreensiva. Várias perguntas me inquietavam: Como seria estar com Cleide à noite? Como seria "subir" o morro para chegarmos à escola? Como estaria o movimento do abrigo à noite? E se alguém me assaltasse? A escola ficaria numa área dentro ou fora da favela? Enfim, muitos preconceitos

sobre a periferia rondavam minha cabeça e me deixavam com medo. Foi em meio a essas questões que estacionei meu carro em frente ao abrigo. Como da outra vez, um guarda municipal na portaria me recebeu. Após me apresentar, a funcionária da recepção disse que Cleide já estava me esperando. Ela apareceu então na recepção do abrigo de banho tomado e cabelo arrumado. Faltavam apenas dez minutos para as 19:00 e ela estava apressada. Passou por mim sem me olhar. Voltei então a pensar em como eu acharia o caminho para a escola e perguntei para as pessoas da recepção como chegar lá. Ninguém conseguia me dar uma informação consistente. Pensei e disse em voz alta – "*A Cleide me ensina!*" – mesmo apreensiva sobre como chegaríamos lá. Entramos no carro e ela passou a ditar as orientações do trajeto com tranquilidade e segurança. Fiquei com vergonha do meu preconceito.

A caminho da escola Cleide revelou-se de uma maneira nova para mim: uma jovem bem articulada e educada. Seu caderno, de muitas páginas, estava bem cuidado, o que me fez pensar que havia de fato um investimento dela na EJA. Perguntou-me se eu não iria mais voltar ao CAPS-ad e disse que, se eu quisesse, poderíamos nos encontrar lá na próxima semana. Disse que ficara preocupada sem saber se eu iria levá-la à escola e que estava muito ansiosa nos últimos dias porque sua medicação havia acabado. No sábado teria consulta com o médico do CAPS-ad e pediria a ele uma nova prescrição de ansiolítico. O uso de ansiolíticos entre usuários de drogas em abstinência é recorrente e em alguns casos a sua manutenção é essencial durante os primeiros meses de suspensão do uso. (Elbreder et al, 2008). No entanto, algumas vezes o uso de ansiolíticos transcende o período de abstinência e passa a ser peça fundamental no modo de vida dos usuários, cumprindo uma função em alguns pontos semelhante à da droga de abuso. Perguntei sobre o namoro e Cleide disse que o "*ficante*" não queria nada mesmo com ela e que só sabia chamá-la para fumar pedra. Ele havia prometido a ela que alugaria um barraco pra morarem juntos, mas agora ela não queria mais, pois estava bem no abrigo e não queria trocar o que conquistara lá por uma aventura. "*Ele é doido.*" Chegamos e o portão da escola estava fechado. "*Ainda não tocou o sinal.*" Descemos do carro e ficamos esperando na porta, junto com outros alunos que já estavam chegando para a aula. Eram jovens falantes e bonitos. Na esquina, alguns rapazes fumavam maconha e conversavam tranquilamente. Ninguém notou a minha presença. Cleide foi comigo até a esquina para me ensinar o caminho de volta para o abrigo. Quando voltamos o portão já estava aberto e não havia mais ninguém na porta. "*Já tocou o sinal. Vou entrar.*" "*Até a próxima semana.*" "*Até.*"

Chovia muito na semana seguinte e, enquanto me dirigia ao CAPS-ad, fiquei pensando em como usuários e profissionais estariam se acomodando com tanta chuva. Quando cheguei, os usuários estavam tomando café na mesa do refeitório. Cumprimentei Cleide e ela pediu que

eu esperasse até que terminasse o café. Sentou-se à mesa com os outros usuários, ao lado do seu namorado/“*ficante*”. Quando terminou nos sentamos em duas cadeiras da área externa. Elas estavam molhadas por causa da chuva, mas nos sentamos nelas assim mesmo. “*Senta na pontinha que dá.*”, conselho de Cleide. Não dava, minha calça ficou ensopada. Cleide estava estranha naquela tarde. Com o olhar difuso, meio lentificada. Também me pareceu triste. Diferente dos dias em que nos encontramos no abrigo. Perguntei estava bem e ela me respondeu que sim. Que havia falado com o médico e estava se sentindo melhor, pois ele havia prescrito a medicação para ansiedade que ela necessitava. Fiquei pensando que talvez isso explicasse um pouco da lentificação de Cleide naquela tarde. Mas eu estava certa de que havia outros motivos.

Cleide falou sobre sua vontade de sair do abrigo, por querer “*ter seu canto*”. Para tanto, já havia falado com o seu técnico de referência sobre como fazer o cadastro no serviço de recolocação profissional que encaminhava pessoas acidentadas para postos de trabalho, pois via nisso a chance de conseguir construir possibilidades reais de saída do abrigo. Contou que o namorado/“*ficante*” havia oferecido crack pra ela e que ela havia recusado, mesmo sob efeito de álcool. Disse que estava decidida a mudar, que não queria mais “*essa vida*”, queria trabalhar, ter sua casa e levar uma vida mais tranquila. Não queria ser uma usuária de drogas idosa, como os “*velhos*” que via na Pedreira. Quando se lembrava deles, achava triste e engraçado ao mesmo tempo, mas não queria isso pra ela.

Quando encerramos a nossa conversa, combinamos de nos encontrarmos daí a três semanas, pois, nesse ínterim, eu visitaria outras mulheres que também faziam parte da pesquisa. Falei que eu iria procurá-la no abrigo ou no CAPS-ad, já que ela ainda não tinha endereço próprio nem telefone. Eu disse que também gostaria de poder me encontrar com ela em outros espaços, não institucionalizados, e ela me respondeu, realisticamente, que enquanto estivesse no abrigo não poderia ficar “*entrando e saindo a qualquer hora*” e que, por isso, não teríamos muita opção. Antes de me despedir, retomei com ela o enquadre das nossas conversas, que estava buscando me encontrar com mulheres que participaram do grupo de mulheres do CAPS-ad para conhecer o cotidiano delas fora do serviço de saúde. Nos despedimos com um abraço e ela disse que seria bom mesmo fazermos um intervalo em nossos encontros pois assim poderiam acontecer mais coisas em sua vida. Fiquei me perguntando, ao me dirigir à saída, a que tipo de coisas ela estava se referindo.

A minha impressão sobre nossos encontros, que se fortalecera nesse último, era de que Cleide tentava “*fazer bonito*” para mim o tempo todo, sempre me respondendo dentro do socialmente esperado. Não senti sinceridade nesse último contato e isso me incomodou. O



que, da minha parte, poderia ter produzido esse distanciamento? Como hipótese, pensei que Cleide havia se sentido importante com a minha visita ao abrigo e com a carona para a escola onde cursava a EJA. No CAPS-ad, contudo, as coisas eram diferentes, uma vez que a minha visita não era algo raro ou visto como importante. Além disso, lá eu era reconhecida como profissional de saúde, o que poderia ter atravessado decisivamente a nossa relação, ainda em frágil construção. Achei Cleide visivelmente debilitada, mas ela pareceu insistir o tempo todo em me mostrar que estava empenhada em seus projetos, que estava bem, que era “*uma mulher séria*”, que “*tinha jeito*”, que podia arrumar um emprego, trabalhar. Nada disso era necessariamente falso e talvez, de fato, ela visse em mim uma oportunidade de mostrar seu valor o que, sem dúvida, tinha um sentido importante.

Assim, ao longo dos nossos encontros, Cleide parecia oscilar entre uma posição de recusa à patologização do seu uso de crack, o que gerava sua baixa adesão às intervenções no campo da saúde, exceto no que dizia respeito ao tratamento das seqüelas do seu acidente; e a aposta na possibilidade de obter da parceria comigo algum tipo de benefício ou privilégio. Em concordância com esta última posição, cabe mencionar que no campo da assistência social Cleide assumia suas demandas como direito. Nesse campo, sim, havia adesão e busca de reconhecimento: como cidadã em busca de seus documentos, de um aluguel social, de um encaminhamento para recolocação profissional. De todo modo, nossa relação não se estabeleceu sob um vínculo de intimidade e confiança e, por isso, não pude conhecer de forma profunda sua história, suas motivações, seus desejos, suas verdades.

Quando completaram três semanas que eu não via Cleide, voltei a procurá-la. Liguei para o abrigo para tentar marcar um horário para nos vermos e tive a notícia de que ela não se encontrava lá há mais de uma semana. A pessoa com quem falei me informou que ela conseguira agendar uma nova cirurgia para a sua perna e que deveria estar internada para este procedimento. Disse ainda que a assistente social do abrigo poderia ter notícias mais detalhadas e me informou seu telefone. Mais tarde, liguei para a assistente social, que confirmou as informações sobre o agendamento da cirurgia. Completou dizendo que, nesse ínterim, sua família fizera contato e resolvera acolhê-la novamente, já que ela se encontrava agora em abstinência do crack. Cleide, então, fora embora do abrigo acompanhada da sua irmã, mas não informara seu novo endereço. Liguei para o CAPS-ad na tentativa de conseguir seu novo endereço e falei com o psicólogo, técnico de referência de Cleide, que me informou que ela não estava frequentando o CAPS-ad há algumas semanas e que tivera notícias dela pelo seu namorado. Ele confirmou as notícias anteriores e me assegurou que me ligaria caso Cleide aparecesse no CAPS-ad. Dois dias depois, recebo seu telefonema. Cleide estava no

CAPS-ad, falou comigo por telefone e repetiu o que eu já havia ficado sabendo no abrigo e na conversa com o seu técnico de referência. Tentei marcar um horário para vê-la no CAPS-ad, mas ela disse que não sabia se voltaria lá por aqueles dias, pois estava aguardando a internação para a cirurgia a qualquer momento. Solicitei que me informasse seu endereço ou telefone para que eu pudesse fazer contato, mas ela se negou, dizendo não ter telefone e não saber ainda onde iria morar. Deixei, então, meus números com ela e pedi que ela me ligasse, a cobrar, para que pudéssemos nos encontrar no CAPS-ad ou no hospital onde ficaria internada. Ao longo dos sete meses seguintes tentei contactar Cleide, sem sucesso. Liguei diversas vezes no CAPS-ad, no CAPS referência do bairro onde sua mãe morava, no abrigo. Cleide sumira. Infelizmente, por falta de manejo vincular adequado, perdi o contato com ela.

A primeira notícia que tive de Cleide, depois de muito tempo, foi através de estagiárias que estavam na condução do grupo de mulheres no CAPS-ad e eram supervisionadas por mim. Numa supervisão, elas mencionaram a presença uma pessoa nova no grupo, “Cleide”, que havia “recaído” e estava de volta ao serviço. Fiquei sabendo também por elas que o ex-companheiro de Cleide havia saído da prisão e que ela pretendia ir morar com ele novamente, mas que até o momento estava morando com uma amiga. Fiquei pensando em como teria sido esse reencontro com o ex-companheiro, considerando o histórico de violência durante o tempo em que vivera com ela. Pedi então às estagiárias para dizerem a ela que eu iria vê-la no CAPS-ad na próxima semana. Liguei para o seu técnico de referência, que me confirmou que Cleide tinha voltado a frequentar o serviço, e o informei sobre o nosso encontro na próxima semana. Na supervisão seguinte as estagiárias me disseram que Cleide havia se lembrado de mim, dizendo que eu era “*a professora que fazia muitas perguntas*” pra ela, o que já indicava o modo assimétrico como a nossa relação havia se estabelecido. Afinal, se eu era sua professora, deveria esperar dela acertos e correções. Talvez por isso nossa relação não tenha se constituído sob um vínculo de confiança e intimidade, e sim, sob a necessidade de produção de respostas alinhadas ao socialmente esperado.

No dia seguinte fui ao CAPS-ad à procura de Cleide. Ela estava conversando com outros dois usuários do serviço na área ao lado da piscina. Eu acenei e disse “*Oi*” e ela me reconheceu, vindo em minha direção. Nos abraçamos e eu a convidei para conversarmos um pouco. Cleide sugeriu um degrau de escada abrigado do sol pela sombra das mangueiras e lá nos sentamos. Mesmo muito magra e exibindo um olho roxo, ainda conservava sua beleza, sendo alvo dos olhares de vários usuários do serviço. Ainda de riso fácil e despreocupado, Cleide respondia aos gracejos dos colegas com despojamento. Perguntei a ela por onde andara desde a última vez que nos vimos. Ela me contou que saíra do abrigo para fazer uma cirurgia

na perna e que depois disso ficara um tempo na casa da sua mãe, o que não durou muito, por não se dar bem com seu padrasto. Há pouco mais de um mês seu (novamente) marido saíra da cadeia e eles haviam voltado a ficar juntos. No momento, ela estava morando na casa de uma senhora, uma amiga que dava suporte material para ela, mas tinha planos de ir morar com o marido assim que ele conseguisse arrumar um lugar para os dois. Por enquanto, ficava com ele na rua mesmo, no local onde ele trabalhava como guardador de carros. Ao retomar a rotina de viver na rua, ela voltou a beber muito e ele a fumar crack.

Cleide contou entre risos que todo mundo no CAPS-ad estava dizendo que o seu olho roxo era resultado de um soco dele, mas que na verdade era *“resto de briga de bar com outra mulher mesmo”*. Disse que o marido ficara um ano e três meses preso por ter quebrado os dentes de uma ex-mulher, mas que nunca fora violento com ela, que ele era muito bom pra ela e só ficava nervoso quando ela *“aprontava”*. Perguntei o que era considerado *“aprontar”* para ele e ela mencionou o ato de conversar com outros homens ou enfrentá-lo, o que revelava a presença de violência de gênero, que se não era declarada como tal agora, já havia sido assumida por Cleide em nossas conversas anteriores.

Perguntei a ela quais eram seus planos no momento e ela disse que estava tentando novamente retirar seus documentos, mas que no dia agendado pela assistente social ela não tinha conseguido ir ao CAPS-ad por ter *“chapado”* com o marido na noite anterior. Cleide suspirou. Disse que estava tudo indo bem no período em que estivera no abrigo: estava estudando e com uma entrevista de emprego agendada. Quando o médico marcou sua nova cirurgia, contudo, sua vida *“bagunçou de novo”*. Conversamos sobre a possibilidade de ela voltar a acessar as redes articuladas anteriormente e sobre a importância do CAPS-ad como uma referência nesse momento, mas Cleide não se mostrou entusiasmada com a ideia de recomeçar todo o processo.

Ao final da nossa conversa, perguntei como ela estava se sentindo e ela disse de forma descontrainda que estava tudo normal, nem bom, nem ruim. *“Tô aí vivendo.”* Contou que o marido cuidava dela na rua, arrumando comida, cobertores e papelão pra ela se deitar. Disse gostar dele por tudo que fazia por ela e também por ser um homem carinhoso e fioso. Sobre sua vida sexual, disse que agora não estava mais prevenindo gravidez, com o antigo namorado do CAPS-ad ela prevenia, mas agora não, *“porque esse é o meu marido.”* Perguntei a ela se poderíamos continuar nossa conversa em outro dia, se eu poderia voltar a procurá-la no CAPS-ad e ela disse que sim e que se ela sumisse de novo eu a encontraria nas proximidades do hospital onde o marido guardava carros. Em nossa despedida Cleide disse que, no momento, o que mais queria era que o marido conseguisse um lugar para os dois poderem

morar. No mais, era “*seguir por aí... vivendo.*” Nos abraçamos. Esta foi a última que estive com Cleide. Como já anunciado, ela sumira novamente sem deixar rastros. Havia a possibilidade de procurar por ela nas ruas da região indicada, mas nosso vínculo não me qualificava como parceira autorizada a tanto.

Cleide seguiria vivendo os desafios cotidianos, de forma por muitos nomeada como irrefletida; para ela, de forma leve e alegre. Conseguira percorrer anteriormente os percursos institucionais que poderiam lhe auferir uma inscrição social adaptada aos padrões de normalização hegemônicos. No momento, contudo, não estava mobilizada a refazer todo o processo. Por ora, conseguir acessar os benefícios mínimos assegurados à sua condição de pessoa que faz da rua a sua morada era o foco dos seus interesses. A companhia do marido significava muito, pois representava proteção e segurança. As instituições, CAPS-ad, centro de saúde, abrigo e outros dispositivos da assistência social, eram acessados quando necessário, mas as possibilidades de adesão e continuidade às propostas e intervenções institucionais eram sempre ditadas por Cleide, que em sua errância e “resistência”, mantinha viva a recusa a quaisquer tentativas de disciplinarização do seu corpo e da sua vida.

### ***7.2.2 Célia: “Eu tô com uma colega, uma psicóloga que vai lá em casa... e eu tô me sentindo tão bem!...”***

Célia participou de apenas dois encontros do grupo de mulheres. Estava muito magra e havia iniciado o tratamento no CAPS-ad há poucos dias quando aceitou o convite para nos contar um pouco da sua história. Tinha 42 anos e iniciara o uso de crack há cinco com uma vizinha, que ia fumar escondido do marido no banheiro da casa de Célia. Um dia, perguntou se ela queria experimentar. “*Vem experimentar a vida.*” Célia experimentou e disse ter ficado sem saber por que as pessoas falavam tanto do crack, já que não havia sentido “*nada de mais*”. Contou, então, que usou mais uma vez com a vizinha e que, na terceira vez, já dera a ela dinheiro para que lhe trouxesse uma pedra para fumar sozinha. A história de Célia com uso de drogas, contudo, não começara com o crack, pois ela já havia sido usuária de álcool quando mais jovem. Célia contou que ela e o marido bebiam muito quando seu filho era criança. Disse que começara a beber para acompanhá-lo e que, com o passar do tempo, se tornara dependente.

No grupo, Célia relatou um episódio marcante em sua vida, datado desta época, que tocou todas as mulheres presentes. A vida com um marido violento e alcoolista não era fácil. Um dia, ele estava fazendo churrasco e a linguça que estava assando fora deixada sozinha por

alguns minutos na churrasqueira. Quando retornou, o cachorro do filho havia derrubado a churrasqueira e comido a linguiça. Célia contou que em represália o marido espancou o cachorro na frente do filho, até levá-lo praticamente à morte. Seu filho ficou inconsolável e Célia sentiu-se impotente diante do seu sofrimento. Passados poucos dias, Célia machucara a mão em um acidente doméstico e seu marido se recusou a acompanhá-la até o pronto-socorro. Ao voltar, com a mão enfaixada, sentindo-se solitária e perdida, resolveu parar em um bar para beber alguma coisa e lá foi abordada por um homem, que lhe ofereceu cerveja e perguntou: “*Você quer dar uma volta ao mundo comigo?*” Célia respondeu que sim e eles saíram numa viagem para a Bahia que durou três meses. Durante esse tempo, não deu nenhuma notícia à sua família até descobrir que estava na lista de pessoas desaparecidas, o que a faz retornar para casa. Em casa, sua família colocou a culpa de seu sumiço em seu marido e ele terminou por aceitá-la de volta.

O relato de Célia inspirou as mulheres do grupo. Uma delas, de 54 anos, emocionada, disse que naquele instante havia, pela primeira vez na vida, entendido porque bebia. Bebia por causa do marido. Bebia para acompanhá-lo, para aguentá-lo, bebia porque ele bebia, bebia para participar das coisas dele, bebia por causa dele. A história de Célia também me inspirou. Achei particularmente significativo o fato dela ter aceitado o convite de um estranho para “sair pelo mundo”, abandonando a situação de opressão vivida. Convite feito e aceito numa mesa de bar, espaço público, predominantemente masculino.

Na semana seguinte, quando retornou ao grupo, Célia disse que estava se sentindo melhor após alguns dias no CAPS-ad. Antes, se sentia desvalorizada. Agora, sentia que existia, que era vista pelas pessoas. Célia foi uma das mulheres que eu acompanhei na segunda etapa da pesquisa de campo. Ao longo de oito meses, de abril a dezembro de 2013, eu a visitei sete vezes em sua casa. Ela foi a única participante da pesquisa que me concedeu entrevistas gravadas, que somaram três horas e meia de registro de áudio. Todo o material gravado foi transcrito e as cópias de áudio serão destruídas após decorridos dois anos da publicação dos resultados. Cabe mencionar ainda que os cuidados éticos incluíram também a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), que compôs o material aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG, onde esta pesquisa foi registrada sob o número CAAE: 21135213.0.0000.5149.

Ao contrário de outras usuárias, Célia nunca me causara medo. Talvez por isso, ir ao seu encontro na segunda etapa da pesquisa de campo me pareceu, inicialmente, tarefa simples. Nunca havia ouvido falar no bairro Xodó Marize e não consegui encontrar no mapa o endereço que constava em seu prontuário no CAPS-ad. Quando fiz contato telefônico, Célia

disse se lembrar de mim, mas foi reticente quanto a nos encontrarmos. Disse que seu marido bebia muito e que não gostava de visitas. Depois, me contou que usara este argumento porque achava que eu era Testemunha de Jeová e que a minha visita tinha caráter religioso. A desconfiança de Célia não me causou estranheza, uma vez que campanhas evangelizadoras são, de fato, comuns em regiões periféricas. Mesmo hesitante, Célia agendou um encontro comigo. Sugeri que conversássemos em outro lugar, se ela achasse mais conveniente que eu não fosse à sua casa para não perturbar seu marido, ao que ela foi enfaticamente contra. Confirmei o nome da sua rua e ela me passou um outro nome, diferente daquele que constava no prontuário. Este novo endereço eu encontrei no mapa.

Durante o fim de semana entre o meu telefonema para Célia e a data marcada para a visita me deparei várias vezes com fantasias antecipatórias sobre nosso encontro. Voltei a sentir o medo que sentira quando da minha ida com Cleide à escola onde ela cursava a EJA. Medo da periferia e de uma suposta violência presente naquele contexto. E medo do marido de Célia. No dia da visita, quando liguei para confirmar a minha ida, Célia me disse que não poderia mais me receber naquele dia, pois se lembrara que tinha uma consulta agendada no centro de saúde. Célia fazia controle da diabetes e precisava buscar tiras reagentes para a medição da glicemia. Perguntei se eu poderia acompanhá-la até o centro de saúde e ela me disse que não era necessário. Disse ainda que sua casa estava muito bagunçada e que, por isso, preferia que eu fosse até lá outro dia. Perguntei então se eu poderia ir na próxima semana. Após pensar um pouco, ela me respondeu que sim e pediu meu telefone, pois gostaria de poder me contactar se precisasse.

Várias coisas me surpreenderam nesse contato. O fato de Célia ter falado o meu nome logo que atendeu ao telefone e estar à espera do meu telefonema ou da minha chegada indicou que o nosso contato telefônico na semana anterior tinha sido significativo para ela. Não sei dizer se ela realmente tinha consulta no centro de saúde ou se somente não queria me receber naquele dia por sua casa “estar bagunçada”. De todo modo, vi em sua atitude de me dizer que não estaria em casa e de pedir meu telefone para poder fazer contato quando precisasse uma civilidade que, mais uma vez, colocou em evidência meus preconceitos contra pessoas usuárias de drogas moradoras de regiões periféricas. E de algum modo achei também que, ao indicar sua ida ao centro de saúde para o acompanhamento da diabetes, Célia demonstrou uma prática de autocuidado geralmente vista como inexistente entre usuários de crack.

Na segunda-feira seguinte, dia 29 de abril de 2013, fui ao seu encontro, desta vez sem ligar com antecedência, pois não queria correr o risco de mais um cancelamento. Cheguei com facilidade à sua casa. Atravessei a ponte que divide o Jardim Guanabara do Xodó Marize

atenta aos detalhes deste novo universo. Tudo muito menos amedrontador do que em minha fantasia. Pessoas andando pela rua, crianças, uma obra em construção, um movimento curioso de alguns jovens na esquina, que olhavam para o carro como se quisessem saber quem eu era. Toquei a campainha ao lado do portão da casa de Célia, mas não ouvi nenhum som. O portão da casa ao lado se abriu, tratava-se de uma creche. Apresentei-me e a pessoa que me atendeu chamou Célia por cima do muro que separava as duas casas. Poucos instantes depois, Célia apareceu no portão. *“Oi Isabele! Estava aqui tentando encontrar seu telefone, para saber se você viria mesmo! Até falei com minha sobrinha que eu precisava passar um pano na casa, porque você ia chegar.”* Entrei para a parte de dentro do portão. Uma casa em obras, grande, com poucos móveis. Ao fundo, uma pequena área de serviço e uma cozinha, onde nos sentamos em duas cadeiras, ao lado de uma mesa. Tudo havia sido lavado recentemente. Achei muito significativo o fato de Célia me esperar com a casa arrumada e, novamente, vi nessa atitude um importante indicativo de autocuidado e abertura ao vínculo.

Célia se lembrava da época dos encontros do grupo de mulheres no CAPS-ad e me disse que estava bem melhor agora: *“Parecia que o mundo tinha se fechado à minha volta”*. Contou que já há alguns meses não ia ao CAPS-ad e que agora fazia seu acompanhamento no centro de saúde. Lá, fazia controle de diabetes e buscava medicamentos psiquiátricos para o tratamento do uso de crack, prescritos desde a época em que freqüentou a permanência-dia no CAPS-ad. Tal fato não se configurava como uma exceção, sendo prática comum que usuários de serviços de saúde consultem uma primeira vez com o psiquiatra e depois continuem o tratamento psiquiátrico com outros médicos que estejam mais acessíveis nas comunidades e nos serviços de saúde.

Célia contou que sua medicação, tal como estava prescrita, a deixava prostrada e a saída encontrada por ela para lidar com esse fato era alterar a prescrição por conta própria, quando considerava necessário. Aqui cabe ressaltar que a freqüente prescrição de ansiolíticos e antidepressivos para mulheres costuma ser motivada por razões complexas:

Dentre elas, autores apontam para a influência da propaganda da indústria farmacêutica, que promove os medicamentos como solução para os estresses e os conflitos próprios do papel da mulher, descrevendo a depressão como um distúrbio mental feminino (Matroiani et al, 2008); as dificuldades do médico para lidar com os problemas socioafetivos das mulheres, não vendo alternativas a não ser medicalizá-los (Whyte et al, 2002); a maneira que as mulheres manipulam seus problemas de modo a receberem receitas dos medicamentos que desejam (Whyte et al, 2002).” (Diehl, Manzini & Becker, 2010, p. 345).

Diehl, Manzini e Becker (2010) observam ainda que, para além das questões apontadas acima, o papel social, as dificuldades econômicas, as condições de trabalho e as

desigualdades a que as mulheres estão submetidas dão a elas uma imagem de fragilidade e submissão que comumente justifica o uso de medicação ansiolítica e antidepressiva. Cabe ressaltar que, ainda que a medicação constitua importante mecanismo de controle dos corpos das mulheres, seu manejo também pode se constituir como um ato de autonomia. Nesse sentido, Whyte e colaboradores (2002), em um estudo com usuárias holandesas de benzodiazepínicos, identificaram o papel ambíguo dos medicamentos na vida das mulheres: de um lado, aumentam a dependência de consultas e são objetos de controle médico; de outro, são importantes recursos de poder, uma vez que dão às usuárias controle sobre suas vidas. Para os autores, “nas interações entre mulheres com problemas de saúde mental e tranqüilizantes, pode ser dito que mulheres e medicamentos têm agência”. (Whyte et al 2002, p. 61). Para Célia, o manejo que fazia da sua medicação configurava-se como um exercício de autonomia que lhe permitia sentir-se mais ou menos disposta, estando também relacionado aos seus recentes episódios de uso de crack, uma vez que os mesmos aconteceram nos períodos em que ela se encontrava menos medicada e, portanto, mais ativa. Voltaremos a esse ponto mais à frente.

Nesse sentido, Célia mencionou um episódio de uso recente, ao qual não atribuiu nenhum fator desencadeante de especial relevância, exceto o fato de estar a alguns dias sem tomar seus medicamentos e sentir vontade de *“dar uma fumadinha pra ver o que acontecia”*. Célia esclareceu que quis ver o que aconteceria se deixasse de tomar seus medicamentos, se eram eles que a impediam de continuar fumando crack. De certa forma, preparou um teste para si mesma e comprovou que, de fato, precisava da medicação para agüentar a ansiedade. Célia não queria mais repetir esses testes. Contou que quando abusava de bebidas alcólicas, *“bebia até cair no chão”* e que depois tomara *“antipatia”* do álcool. Agora, com o crack, estava acontecendo a mesma coisa, estava *“tomando antipatia”*.

Sobre o seu cotidiano, Célia contou que via televisão e cuidava da casa. Só saía de casa para ir ao centro de saúde ou fazer alguma compra. Não trabalhava há muitos anos, desde que seu filho fora diagnosticado como esquizofrênico, aos 15 anos. Agora ele estava com 23 anos e estabilizado. O marido trabalhava como servente de pedreiro, mas faltava muito ao serviço, pois bebia em demasia. Sobre como obtinha dinheiro para fazer uso de crack, Célia disse: *“Vou te dizer uma coisa, para usar droga, você não precisa de dinheiro, não. Sempre aparece alguém para te dar...”*.

O nosso encontro já se aproximava do fim. Célia me ofereceu um suco e disse que sentia muita sede por causa dos remédios. Parecia se sentir honrada com a minha presença em sua casa. Não queria que eu a visse *“apenas”* como uma usuária de crack e lembrava com



pesar o quanto se sentia mal quando a viam como uma “*noiada*”. Para ela não havia “*nada mais feio do que ser chamado de noiado*”. “*Não tem nada mais feio.*”, repetiu algumas vezes. Perguntei a ela se havia alguma consulta marcada no centro de saúde por aqueles dias. Ela pegou o remédio para diabetes e leu na caixa: dia 13 de maio. Perguntei se eu poderia ir com ela à consulta e ela disse que sim. Nos despedimos na hora que sua irmã estava chegando em sua casa. “*Esta é Isabele, minha psicóloga.*” A irmã não se mostrou interessada. Ao sair, vi uma jovem dentro de um quarto da sua casa. Uma moça bonita e sorridente. Célia disse que ela era sua sobrinha e ia à sua casa usar o computador e acessar a internet. Fiquei surpreendida. Célia estimulava os estudos da sobrinha, pois acreditava que se ela não estudasse, ficaria igual a ela: sem trabalho e sem futuro. Despedi-me e fiz o caminho de volta até onde havia estacionado o carro.

A condição social de Célia foi evidenciada de maneira especial nessa primeira visita: pobreza, trabalho precário, acesso deficitário à educação e saúde, mobilidade reduzida. No cenário onde vive, em meio a um excesso de carências, a droga é compartilhada em redes de solidariedade, assim como uma xícara de açúcar ou uma peça de roupa doada. Lembrei-me de Cleide, uma outra usuária do CAPS-ad, que dizia: “*O problema é que vicia muito rápido*”. Aqui, o uso de drogas como forma de automedicação aparecia como alternativa possível frente às mazelas vividas. Esta questão se tornava ainda mais complexa quando somada à sempre presente possibilidade de instalação da dependência. A busca de intensidade, já que não era possível viver a vida em extensão, seria, como nos aponta E. V. Vargas (2008, p.56), um modo singular de engajamento com o mundo nesse contexto: “*Pois, que essas sejam experiências que constantemente roçam o ilusório, o alucinatório, a estupidez, a miséria e a morte, e que, desse roçar, possam, embora isso nem sempre ocorra, extrair uma potência afirmativa, sua embriaguez, seu êxtase.*”.

O uso de drogas como metáfora de automedicação representa ainda uma possibilidade de se assumir autonomamente o cuidado de si, o que também coloca em questão a moralidade presente no cuidado feito por outros, sejam eles profissionais ou familiares. Nesse sentido,

Medicamentos são coisas. [...] como coisas, os medicamentos têm implicações para as relações sociais. Eles permitem a terapia ser separada das relações sociais, nas quais ela estaria envolvida de outras formas. [...] Os fármacos quebram a hegemonia dos profissionais e habilitam as pessoas a ajudarem a si mesmas. Os medicamentos, portanto, têm um poder “libertador” [...] Os períodos de enfermidade são ocasiões de dependência e controle social. Ao explicar e tratar a enfermidade, ideias de obrigação e moralidade são frequentemente mobilizadas, como incontáveis etnógrafos têm mostrado. Encontros familiares, confissões, sacrifícios, rituais de exorcismo e preces coletivas são exemplos de terapias embutidas em relacionamentos de parentesco e comunidade (Mullings, 1984). Para esses tipos de terapias, os medicamentos são uma alternativa, um tratamento que pode ser conduzido de modo privado e focado no corpo individual (Whyte, 1988). O controle social exercido por especialistas

terapêuticos, do caçador de bruxas ao psiquiatra, do sacerdote ancestral ao médico da família, pode ser evitado, assim como a influência de parentes idosos, vizinhos, líderes religiosos e outros pode ser muito reduzida, já que o indivíduo pode conseguir contornar a interferência dessas pessoas ao fazer um uso privado de medicamentos. (Van Der Geest & Whyte, 2011, p.458-461).

Por fim, junto com ou para além da automedicação, outras saídas também eram elaboradas por Célia. Em sua honrada existência, elaborava atos políticos singulares: diante do adoecimento do seu filho, por exemplo, acionou os serviços de saúde e assistência social. Há nessa mobilização um sujeito político em ato, que em sua existência como usuária de drogas encontra reconhecimento e possibilidade de voz, sempre disputada, sempre às voltas com uma possível desqualificação, mas presente, viva e honesta.

Quando liguei, quinze dias depois, para confirmar o horário em que passaria em sua casa para irmos ao centro de saúde, Célia (que, novamente, já sabia que era eu do outro lado) me informou que os profissionais de saúde estavam em greve e que teríamos que adiar o nosso encontro. Depois, sugeriu que pegaria meus números de telefone e que me ligaria assim que tivesse notícias do fim da greve. Passei a ela os números e disse que ela poderia me ligar a cobrar se precisasse. Ela agradeceu, mas dispensou: “Não precisa.” Pouco mais de uma hora depois, Célia me ligou dizendo que havia entrado em contato com o centro de saúde e descoberto que os medicamentos continuavam sendo distribuídos, consultas é que estavam suspensas. Combinamos então de ir ainda naquela tarde buscar os medicamentos. Nos despedimos e 40 minutos depois eu já me encontrava na pequena ponte que de acesso ao Xodó Marize. De longe avistei Célia, que já estava pronta, me esperando na esquina. Célia estava bonita: com o cabelo arrumado, chinelos havaianas novos, roupas limpas. Entrou no carro e me mostrou o caminho até o centro de saúde. (Confesso que em um determinado momento, quando entramos por uma rua estreita, senti medo novamente. Estaríamos de fato indo para o centro de saúde? A desconfiança ainda ditava o tom da nossa relação. Senti-me frustrada comigo mesma.)

Chegamos a um centro de saúde que ocupava uma área extensa, era bem equipado e estava vazio. Célia se dirigiu à pessoa que estava no atendimento e depois me apresentou: “*Esta aqui é a minha psicóloga.*” A profissional nos orientou que aguardássemos em um dos consultórios. Logo, uma enfermeira entrou na sala com o kit para diabéticos, composto por fitinhas e seringas, para medição da glicemia e aplicação de insulina, respectivamente. Célia disse à enfermeira que seu aparelho não estava funcionando direito. A profissional examinou o aparelho e disse que o problema era que ele estava sem bateria. Perguntei se a bateria também era fornecida no centro de saúde e a enfermeira disse que não, que deveria ser

adquirida em alguma farmácia. Célia disse para mim que isso não era um problema e que pediria ao marido para comprar uma bateria nova. Célia ainda perguntou à enfermeira se poderia pegar os seus medicamentos e os do seu filho, que também já haviam acabado. A profissional perguntou se as receitas estavam dentro da validade. Após verificá-las, disse que só seria possível entregar os medicamentos do filho, pois a receita de Célia estava vencida, sendo necessário que ela agendasse uma consulta médica para obter uma nova prescrição. Fomos encaminhadas para um corredor cheio de cadeiras, onde deveríamos aguardar a entrega da medicação do filho de Célia. Enquanto esperávamos, conversamos.

Achei importante retomar com Célia o objetivo da pesquisa – conhecer o cotidiano de mulheres que usam drogas, seus desafios, etc –, pois ficara incomodada com o título atribuído a mim por ela – primeiro frente à sua irmã, depois, frente à atendente do centro de saúde –: sua *psicóloga*. Esperava com a retomada dos objetivos da pesquisa definir melhor os contornos da nossa interação. Mais tarde viria a compreender que o *status* da nossa relação não se estabelecia por meio de um contrato escrito e assinado (que de fato se deu, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), mas a partir de uma dinâmica relacional que nos envolvia como mulheres num vínculo de intimidade e cumplicidade. Talvez ainda não estivesse suficientemente claro para mim naquele momento a especificidade do vínculo que se produzia desde então. Não se tratava, por certo, de uma relação com vistas a uma mera coleta de dados de pesquisa, sendo possível já nesse momento vislumbrar o que Barros e Silva (2002, p. 138) apontam sobre o trabalho com histórias de vida: “recolher histórias de vida é uma relação, não uma simples tomada de informações sobre o outro; e estabelecer uma relação se faz notadamente em todo um processo em que vínculos recíprocos de confiança e afinidades irão se formar com o tempo.” Nesse sentido, ainda conforme as autoras, a composição da história de uma vida não decorre de uma sucessão de entrevistas com um informante, mas, sim, “de um encontro único do pesquisador com uma pessoa que aceita confiar-se a ele” (p. 138). Tal relação começava a se constituir entre nós e tornava-se uma possibilidade em função do fato de que a reflexão que ali se colocava de algum modo dizia respeito a nós duas, pesquisadora e entrevistada, situadas naquele momento no mesmo nível, “em pé de igualdade”. Instaurava-se, assim, “uma relação significativa, uma autêntica interação”. (Ferraroti, 2011, p. 97).

Naquela tarde conheci um pouco mais do cotidiano de Célia, muito mais comum do que eu poderia imaginar: da assinatura da internet banda larga, ao uso do celular e às compras no supermercado, Célia me revelava um padrão de consumo distante do que se poderia nomear como precário. As despesas cotidianas eram custeadas pelo salário do marido

(pedreiro, no momento fichado em uma construtora), do filho, que trabalhava numa oficina de conserto de bicicletas, e do benefício da LOAS (Benefício de Assistência Social ao Idoso e ao Deficiente), que Célia acessara em função da esquizofrenia do filho.

Enquanto aguardávamos, Célia também falou da importância de cuidar da saúde e mencionou o quanto o uso de álcool e crack foi prejudicial a ela. Contou que começou bebendo cerveja, depois, passou à caipirinha, bebidas quentes e, quando se deu conta, já estava dependente de cachaça. Célia sempre bebeu sozinha, em casa. Perguntei o que aconteceu para que ela interrompesse o uso de álcool e ela contou que parara de beber após passar por duas internações hospitalares decorrentes de uma pancreatite que quase a matou. Decidiu parar de beber, porque tivera medo de morrer, e assim o fez. Por isso, acreditava que agora conseguiria parar de fumar crack: estava decidida.

A enfermeira retornou com os medicamentos. Célia os recebeu, agradeceu e nos despedimos das profissionais, dirigindo-nos à saída. Na volta pra casa, Célia mostrou-se feliz por ter conseguido os remédios do filho e seu kit para o controle da diabetes. Mencionou o quanto fora importante para ela ir até o centro de saúde. Disse que poderia ter ficado esperando a greve terminar e ficara feliz por ter conseguido se antecipar. Sorriu para mim e me agradeceu, disse que eu a ajudara muito.

Chegamos à entrada da rua da sua casa e parei ali mesmo, para facilitar meu retorno. Ficamos conversando no carro ainda durante algum tempo. Célia me contou que ficara intrigada com o meu primeiro telefonema e se perguntando o que me faria querer ir à sua casa. Rimos quando nos lembramos de que ela achara que eu era de alguma igreja. Disse a ela que eu não estava lá para levá-la para a igreja, nem para um tratamento. Aproveitei para lembrá-la, mais uma vez, do meu trabalho de pesquisa. Perguntei se ela aceitaria me conceder algumas entrevistas gravadas sobre a sua história de vida, quando conversaríamos sobre sua infância, juventude, até os dias atuais. Ela respondeu afirmativamente. Célia disse, então, que desde que eu estivera lá, há 15 dias atrás, ela não usava crack. Esta foi uma informação nova, pois ela não havia me falado que ainda mantinha um uso regular. Comecei a perceber algo de muito importante sendo produzido naquela interação. Perguntei se ela estava gostando dos nossos encontros e, com um olhar perdido, Célia disse: *“Quando você usa esses negócio parece que até os cachorro da rua te rejeita.”* Disse que contou pra sua mãe, de 84 anos, que estava *“flutuando”*, pois já estava há duas semanas sem fumar crack. *“Antes era só peso.”* Perguntei se no primeiro dia que havíamos marcado, quando ela me disse ao telefone que era melhor que eu não fosse à sua casa naquele dia, era porque ela realmente tinha uma consulta no centro de saúde. Célia respondeu que não. Ela não queria que eu fosse naquele dia porque

havia fumado crack. Era segunda-feira, o marido havia saído para trabalhar e finalmente ela tinha conseguido fumar. Por isso não quis que eu fosse naquele dia, não queria me receber sob efeito do crack. Disse a ela que não estava lá para controlá-la, nem para julgá-la. Ela sorriu. Disse novamente que ficou feliz por ter conseguido ir ao centro de saúde. Que se fosse em outros tempos, teria pensado: *“Ah, se o meu filho tiver uma crise, levo ele no CAPS”* e que dessa vez conseguiu se antecipar. Ter se movimentado a deixou feliz. Eu disse a Célia que voltaríamos a nos encontrar nas próximas semanas, para as entrevistas de história de vida e nos despedimos com um abraço. Célia disse: *“Isabele, você sempre será muito bem recebida em minha casa, saiba disso.”* Agradei e disse que sua abertura à minha presença me deixava feliz.

Um mês e meio depois, dia 28 de junho de 2013, liguei para Célia para marcar uma primeira entrevista gravada. Ela me atendeu e diz, animada: *“Isabele, sumida! Achei que você tinha desistido de mim!”* Rimos juntas ao telefone e marcamos um novo encontro. No dia marcado, Célia me ligou dizendo que precisaria ir ao banco e que por isso não poderia me receber. Perguntou se eu poderia ir com ela até o banco e eu respondi que desta vez não poderia acompanhá-la. Vi em seu pedido uma verificação sobre o quanto seria possível realmente contar comigo e me preocupou o quanto aquela recusa afetaria nosso vínculo. Confirmamos nosso encontro para o dia seguinte.

Quando voltei à casa de Célia minha percepção sobre tudo havia mudado. Desde a distância, o caminho, o bairro Xodó Marize, a rua, os vizinhos. Tudo. Só a casa de Célia me pareceu igual. Tudo muito arrumado e limpo, dentro do possível. Em cima da geladeira uma batedeira muito suja e um cheiro de leite azedo, que eu já havia sentido da outra vez. Um cheiro enjoativo e muito marcante. Novamente, nos sentamos nas duas cadeiras ao redor da mesa da cozinha. Célia disse que estava muito bem e que não usava droga desde meados de abril. Contou que o filho e o marido estavam felizes com ela. Disse que os dois e a sua mãe sempre foram muito importantes para ela, sempre a criticaram, mas nunca a abandonaram. Célia contou que a vida que estava levando iria acabar por matá-la. Disse que já acordava pensando em como iria fazer para arranjar R\$ 10,00. Ficou *expert* em negociatas com dinheiro. Pedia emprestado aos vizinhos e sempre os pagava, por isso, tinha sempre crédito. Pedia dinheiro ao marido para fazer compras e economizava para sobrar dinheiro para o crack. Assim, se comprava R\$20,00 de carne, dizia que tinha custado R\$40,00, para poder ficar com o troco. Do mesmo modo, pedia dinheiro para “arrumar” o cabelo, mas a cabeleireira fazia a escova de graça pra ela. Assim, conseguia o dinheiro necessário para a manutenção do uso de crack. Após um tempo, quando o marido descobriu que era usuária,

começou a exigir a nota fiscal de tudo que ela comprava, o que a deixava muito constrangida. Outras vezes, pedia abertamente ao marido dinheiro para o crack. Chorando, ameaçava “*sair pelo mundo*” se ele não desse o dinheiro ou dizia que morreria se não usasse.

Após essa conversa inicial passei às explicações sobre a entrevista gravada. Li o termo de consentimento e tirei suas dúvidas. Conversamos sobre o uso do gravador, perguntei se ela se sentiria constrangida se a entrevista fosse gravada e ela respondeu que não. Começamos, então.

### **7.2.2.1 Uma infância de pobreza, doenças e constrangimentos**

Célia era uma mulher de 44 anos. Tinha um irmão gêmeo e os dois eram os filhos mais novos de 12 irmãos. Desses, apenas 07 ainda estavam vivos, tendo 03 irmãos falecidos por problemas decorrentes do alcoolismo e outros dois em função de doenças não identificadas: “*adoeceram e morreram*”. Célia morou no Xodó Marize desde que nascera e sua infância fora marcada pela pobreza e pela doença. Além da morte precoce do pai e de irmãos, Célia também fora uma criança doente, o que deixara marcas profundas em suas memórias e em sua auto-imagem:

Eu sou viva hoje porque eu agradeço a Deus, milagre de Deus. Porque quando eu nasci é... minha mãe me disse que eu tava... me colocou num quartinho lá, minhas vizinha me colocou num quartinho. As companheira dela ficou na sala é... rezando... Na época eles falavam assim é, rezar, né... Hoje eles não falam rezar, mais é rezar. Aí eles tavam rezando pra mim poder sobreviver porque eu não mexia nem nada, tinha poucos dias de vida, meu irmão gêmeo já tava fortinho. Eu não mexia e nem nada, nem comia, nem tomava nada, nada, nada. Aí não conseguia... não tinha força pra mamar nos peitos da mamãe, por isso que eu falo... Um dia eu mais meu marido a gente tava discutindo aí eu falei, “pois é, quando eu nasci, nasci sofrendo e parece que vou morrer sofrendo porque tudo o que eu já passei... e hoje em dia tem que ficar passando raiva, sofrendo raiva assim por causa de briga e ter que tomar esses remédios fortes.” Aí eu tava é... explicando pra ele é... que ele tem que parar de beber pra poder é... porque toda a pessoa que bebe, por mais que não chateia, acaba chateando, Isabel. [...] Comentando sobre isso com as colegas minhas, eu falei “pois é, mior que eu não devia ter nem vivido não, porque... minha mãe devia ter deixado eu morrer porque hoje em dia, porque o que eu já passei nessa minha vida, o que eu tô passando e nem sei se eu vou ter que passar por mais coisas ainda...” Minha mãe... minha mãe... sabe o conta-gota, aquele negócio de contar gotinha? **Sei.** Aquilo ali era duas gotinhas que ela contava na minha boca, não sei de quanto em quanto tempo. **De leite?** É. É. Duas gotinhas. Aí com muito custo minha mãe disse que aí eu dei uma mexidinha. Mais as, as colegas dela... falou assim que ela já tava me dando eu por morta, tava me dando eu por morta já, aí eu consegui escapar. Mais eu toda vida eu fui muito fraquinha. Eu toda vida eu fui muito ruinzinha de saúde, sabe. [...] **E aí sua mãe foi pondo essas gotinhas lá na sua boca até você começar a reagir?** Até eu começar a reagir. Até pouco tempo ela tava lembrando disso aqui em casa. Aí até eu começar a reagir. Aí eu ia reagindo, reagindo... Aí passado muito tempo... eu tinha mais ou menos o que, acho que na faixa assim, de... Eu bem me lembro como se fosse hoje... ah, eu era novinha, eu era criança ainda, a minha mãe é... Ela trabalhava, fazia um tal de quitanda pra poder vender. Minha mãe fazia era bolinho, biscoitinho pra poder vender. E ela tinha umas colegas praqueles lado de lá que elas achava eu e meu irmão bonitinho, eu e meu irmão por nós ser é... gêmeos. E teve uma vez que eu escutei uma das minhas, das minhas... das colegas da minha mãe falando com minha mãe desse jeito assim é... “Eles são muito bonitinho, né, Dona Mirtes, eles é uma gracinha mais eu vou falar com a senhora viu, um nunca

que escapa. Um morre.” E eu escutei isso aqui Isabel, pra mim escutar aquilo ali... Nossa, eu já passei por cada uma. Contando vira até história desse jeito... E aí ela falou assim que era um e esse um eu imaginei que era eu. E eu fiquei com aquilo na minha cabeça, menina, e eu... que qualquer coisa me deixa comovida sabe como? E eu sou muito sentimental. Fiquei comovida demais sabe... **Como é que você se sentiu, Célia?** Com medo de não vingar... eu falei assim, nossa mãe sou eu que vou morrer. É eu que vou morrer... Que ele é mais forte. Eu sou... Eu sou mais fraquinha, o Everaldo é mais fortinho. Ai, ai, ai, mãe do céu e agora o que é que eu vou fazer, eu vou sentir muita dor. Quando eu morrer eu vou sentir muita dor. Aí minha mãe custou, menina, pra enfiar na minha cabeça, “Minha filha, não vai morrer, não, Deus é maior. Olha aqui, olha... Outra coisa de morrer... se morrer... não, não vai morrer, não, né. Mas não preocupa não, porque é igual andar de bicicleta, menino de bicicleta não sente dor, não. Cabô, cabô...” Nó, mãe, mais eu vou sentir muita dor, não vou aguentar aquele tanto de terra assim em cima de mim... **E sua mãe falava isso, que morrer era igual andar de bicicleta?** Aí ela... E ela “é igual bicicleta”... E aí ela falava muita coisa e aquela conversa não me enfiava. “Deus me livre. Foi Deus que deu vocês pra mim, vocês vão viver muitos anos ainda. Muitos anos. Muitos e muitos anos.” Aí tem hora que eu fico lá pensando, minha mãe ela tem é... oitenta e quatro anos, aí eu fico pensando, né, engraçado, né... Bem que minha mãe falou que eu ia escapar mesmo. Já tô beirando cinquenta anos. **Pois é...** É... engraçado, mais já passei... ô Isabel, eu já passei por cada situação, menina. Cada coisa, igual esse tipo de coisa aí... Tanta coisa na minha vida! Nosso Deus...

O sentimento de fragilidade e o medo da morte articulam elementos essenciais da identidade de Célia. Somados à falta de acesso às políticas públicas de saúde, assistência social, moradia, educação e trabalho, tem-se um quadro de desproteção social e vulnerabilidade, marcante desde a infância. Nesse sentido, sobre as especificidades dessa fase, Célia narra poucas memórias de natureza lúdica:

Nós não tinha. Igual minha mãe, minha mãe. Igual eu te falo... Assim, é... Nunca teve assim, é... brincadeira, não, porque a mãe nunca teve condições de dar a gente um brinquedo. Aí nós brincava, assim, era de boneca. Minha mãe tinha é... uma plantação de milho, aí nós brincava era de plantação de milho. Nós brincava de boneca de milho e tinha também aquelas bonequinhas que ah... Hoje em dia é tão difícil ver que tem muitos anos que eu não vejo. É umas bonequinhas de plástico, barrigudinha e peladinha. Eu não sei se você já viu... **Ah, eu acho que eu sei qual que é essa bonequinha. É barrigudinha. É barrigudinha.** Isso, isso. Aí a gente brincava de fazer roupinhas praquelas bonequinhas, pegava retalhos da minha mãe. Aí nós brincava com aquilo... e as bonequinhas... **E como é que eram as histórias nas brincadeiras?** Ah, a gente brincava muito. A gente brincava de, de... a noite a gente brincava de, de pique-esconde, de passa-anel na época. Ficava esquentando fogo. Era num lote lá em cima. **E vocês passeavam quando eram criança?** Nós passeava ali, quando nós passeava, era ali no São Benedito. Que tinha uma tia nossa morando lá. Aí depois disso, que meu pai morreu, ninguém ficou passeando, ninguém passou lá mais.

A separação entre brincadeira e trabalho aparece de forma tênue: as crianças brincavam de plantação de milho, trabalho da mãe que, de algum modo, os envolvia. A boneca de milho era um escape possível, mas não há lembranças relacionadas aos temas e conteúdo simbólico das brincadeiras com as bonecas. A presença marcante da dimensão do trabalho na sua infância também aparece quando pergunto a Célia qual era a primeira coisa da qual se lembrava, qual era a sua lembrança mais antiga:

A primeira lembrança... A primeira lembrança, eu lembro que era assim. No serviço lá da minha casa, e era dividido. Eu fazia uma parte e essa minha irmã, que é viva até hoje, fazia a outra

parte. Mais essa minha irmã não gostava de lavar vazia e eu gostava de arrumar casa. Ela queria arrumar a casa e eu lavar vazia. Só que eu não gostava de lavar vazia também, só que minha mãe não preferia que eu lavava vazia porque eu era muito fraquinha e eu não dava conta de lavar as panelas que era pesado pra mim. E aí ela deixava a casa pra mim. Porque a casa era só dobrar cobertas e varrer a casa e pronto. O chão lá era chão duro, chão de, de, de piso. Aí eu achava muita graça nela é porque ela lavava as vazias e tudo, mais ela fazia pirraça. Ela pegava os garfos da minha mãe e as colher e jogava tudo no lote lá embaixo, porque o lote era muito grande. Quando a minha mãe cismava de capinar, ela achava aquele monte de garfo e colher lá. Aí ela perguntava quem tinha jogado. E ela sabia que era minha irmã, aí eu pegava e contava pra minha mãe. Aí minha mãe ia, passava e dava nela um côro. E meu outro irmão, também que é vivo até hoje, é... ficava rindo da cara dela, e aí a gente ficava morrendo de rir dela. **Você tinha quantos anos nessa época?** Eu tinha uns, ah, uns dez anos mais ou menos... Tinha uns dez anos, na faixa de uns dez anos. **Então de vez em quando sua mãe dava um côro em vocês?** É. É muito difícil porque assim, dava umas puxadas de orelha mais assim, mais era muito difícil... Quem apanhava mais era a minha irmã. É. Eu quase não apanhava não, porque eu não tive saúde não.

A primeira lembrança de Célia é memória do trabalho doméstico, atribuído a ela e à irmã. O irmão aparece rindo do castigo dado à irmã rebelde, mas ele não participa da divisão das tarefas domésticas. A ele era designada a tarefa de vender na rua as quitandas feitas pela mãe. Dessa forma, legitimava-se a divisão sexual do trabalho, que atribuía às mulheres funções próprias do mundo privado e ao homem, as funções públicas. Com as quitandas, a mãe de Célia ajudava na manutenção da família:

Porque na época, Isabel, a minha mãe fazia bolinho, fazia biscoito. Aqueles biscoitão frito, ela fazia aquilo e dava pro meu irmão mais velho vender. Então aquilo ali já dava pra ajudar na renda. Ela plantava no lote do vizinho, porque ela cuidava do lote do vizinho. Ali ela plantava mandioca, é... batata doce, cará... É... É época de milho plantava mandioca, mandioca também. E também naquele tempo não precisava de comprar pão. Porque aquilo ali ela cozinhava pra gente, já dava. O meu pai recebia por mês e... fazia uma compra de arroz, feijão e óleo. Essas coisas grossas. Isso. As outras coisas assim a gente comia, assim, igual doce, queijo, assim, era muito raro. Era uma vez no mês que meu pai podia comprar. Comprava uma goiabada, sabe essas goiabadas baratas? **Sei.** Daquelas goiabadas que a gente ficava tudo satisfeito. Porque a gente não tinha condições mesmo. E frango, a gente, carne, esses trem assim, a gente comia era uma vez no domingo e carne era assim, era raro comer um pedaço de carne, era muito raro, sabe como? A gente foi levando e a gente foi levando assim, foi levando, levando...

A sobrevivência era a tarefa principal da família e envolvia a todos. Nenhum tipo de investimento “supérfluo” era possível. Também o acesso à escola teve de ser dispensado para o ingresso dos filhos no mundo do trabalho e é com pesar que Célia conta que ela e os irmãos freqüentaram a escola, mas nenhum deles concluíra o ensino fundamental, fato percebido por ela como uma grande desvantagem:

Estudava, aí um pegou e começou a trabalhar, foram saindo da escola também. Não gostava muito de estudar. Mais não tem nenhum dos irmãos que formaram não, todos eles foram até assim... Nenhum deles foram até mais do que a da sétima série. Nenhum... Não teve nenhum, que dói até, isso... Eu fui até a quarta série. Passei pra quarta série e parei... Mas sei ler e escrever... Sei fazer conta. [...] Mais agora faz falta, né... Que hoje em dia pra trabalhar, até pra varrer rua cê tem que tá, é... ter o diploma na mão.



O pai de Célia trabalhava “quebrando pedras” e morreu de infarto, aos 53 anos. A mãe tornou-se a única responsável pela família, assumindo todas as despesas com a pensão que passara a receber do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), por isso “achou por bem” que os filhos, a partir de então, começassem a trabalhar. Foi assim que, aos 10 anos de idade, Célia saiu da escola e começou a trabalhar como babá. Além da necessidade de ajudar em casa, o abandono escolar também decorreu do fato de Célia ter “*tomado birra da escola*”, em decorrência de episódios de violência física e moral cometidas por uma de suas professoras:

Eu não gostava porque todas professoras minhas, todas não, algumas professoras minhas parecia que tinha raiva de mim. Tinha uma professora minha que ela era terrivelmente terrível. Todo dia ela puxava minha orelha. Agora, hoje em dia, que ninguém pode nem encostar, né... Mais antigamente!... Todo dia a minha orelha, Isabel, ficava tuc, tuc, tuc... De tanto que ela puxava minha orelha. E depois da aula, ela morava perto do colégio ali, ela ainda fazia eu ir pra casa dela e ficar uma hora estudando. Eu ficava estudando uma hora na casa dela, sem um gole de água, sem almoço, sem nada... Aí eu tinha que ir embora pra minha casa pra mim almoçar. **E você falava sobre isso pra alguém?** Eu era muito humilde, né... Coitadinha de mim, coitadinha, né, assim... Quando a gente é assim mais pobrezinho, aceita qualquer coisa, né. Eu não contava pra ninguém. Eu não tinha noção que eu poderia contar aquilo ali, por exemplo, pra minha mãe, né, ou se não assim pra uma pessoa, assim, de autoridade. **E por que você acha que ela fazia isso?** Eu acho que ela fazia isso de covardia comigo. Porque meu irmão, nós somos gêmeos, meu irmão ela soltava, ela deixava ir embora. E eu ficava. É.

Para Célia, a professora sabia que podia submetê-la e que o mesmo não poderia ser feito com o seu irmão, por isso a mantinha sob seus castigos. Aqui a condição de subalternidade e subordinação a posicionava como alvo privilegiado da violência. Esta, contudo, não seria a única faceta da violência sofrida por Célia. Quando tinha 12 anos, era babá de uma criança em uma “casa de família” e passou por um grande “constrangimento”, termo utilizado por ela para nomear os episódios de violência de gênero vivenciados.

Nossa Isabel, mais eu passei uma, menina, que de vez em quando, não sei, mulher passa um pedaço, sabe essas coisas que eles falam que somem da cabeça? Mais da minha cabeça não sumiu nada. Nunca sumiu. Aí o quê que acontece, eu nunca contei isso nem pra minha mãe e nem pra ninguém, nunca, nunca comentei isso pra ninguém o que eu tô comentando pra você agora. Eu comentei isso com uma irmã minha, que ela já faleceu. Comentei pra ela porque tava com aquilo guardado dentro de mim. Aí o quê que aconteceu, quando tinha mais ou menos uns seis meses que eu tava lá, morando com essa mulher lá, quando eu acordei de madrugada, eu acordei, sabe quando você tá dormindo que você tá tendo a impressão de que tem alguém te vigiando? Aí eu acordei quando, quando eu abri os olhos assim ele já tava sentado na beira da minha cama e tinha um monte de... Na época tava saindo as notas de... de... aquelas notas de, de dez real nova. Né dessas nova agora, não, dessas novas primeira, tava começando a sair. Aí quando eu acordei tava aquele monte de aviãozinho em cima de mim de nota. Acordei assustada, assim. E aí quando eu olhei, assim, pra mim, assim, é, ele tinha cortado.... Eu dormia, assim, com a blusa do uniforme pra não ter que vestir. É, eu tinha essa mania, aí quando amanhecia atrasada. Aí quando eu olhei assim a minha blusa de uniforme tava toda, ele tinha cortado com tesoura. Aí eu percebi assim uma coisa estranha, mais parece que eu estou sem calcinha, aí que eu levei a mão assim, aí ele tinha cortado a minha calcinha dos dois lados. De um lado e do outro assim também. Aí fiquei assim toda com medo, assim, aí já comecei a chorar e dei um grito, assim. Aí ele falou assim “não, tô brincando com você, tô brincando com você, tô brincando com você”. Eu falei assim, mais

é... a gente chama assim, é, Renata<sup>28</sup>. Falei assim “mais cadê a Renata, cadê a Renata” e comecei a gritar. Aí eu gritei ela e ela veio do quarto dela. “Gente, o quê é que tá acontecendo?” Eu falei assim “eu não sei o quê que tá acontecendo não, olha aqui o quê que ele fez aqui. Olha, cortou minha blusa e colocou esse monte de dinheiro em cima de mim”. Aí ela chorou demais, aí ela me pôs pra dormir lá na cama dela. Quando acabou de amanhecer o dia nós foi pra casa da mãe dela. Aí a mãe dela perguntou se tinha acontecido alguma coisa comigo e eu disse que não tinha acontecido mais se tivesse demorado muito talvez tivesse acontecido. Ele não chegou a fazer nada, nada, nada. Não deu tempo. Eu passei um aperto muito grande, aí eu tomei medo, birra, birra, medo. A sogra dele, desse homem, virou pra mim e falou assim “a gente podia ir na delegacia dar uma queixa dele, depois ele ia preso”. Aí como eu era muito novinha, eu era muito boba, tinha muito medo, aí eu peguei e falei assim, deixa pra lá, deixa pra lá. Desse dia pra cá eu nunca mais eu vi ele nem comuniquei, nem vi comentário. Também não contei pro meu irmão até hoje. Meu irmão vai morrer sem saber disso porque eu acho que se meu irmão souber disso ia até atrás dele porque foi meu irmão que me colocou na casa dele. **E como é que você se sentiu, Célia?** Nó, eu me senti humilhada demais da conta, nossa, me senti muito triste. Parecia que o mundo tinha acabado. Tinha caído em cima de mim. Nossa... ah... não tem nem como explicar, sabe, foi muito assim... Muito chatoso pra mim. Fiquei muito chatiada. Muito. Muito. Mais depois disso nunca mais eu vi ele, nunca mais, nunca mais. E nunca mais também ele veio na casa do meu irmão, nunca mais, nunca mais. Nunca mais ele apareceu. E eu sempre tive vontade de contar pra minha mãe ou se não pro meu irmão. Mais nunca tive coragem, não, com medo da reação dele, do que ele pudesse fazer. A única pessoa que ficou sabendo foi minha irmã, que mesmo assim ela já morreu também, cabô.

Dessa vez, Célia é constrangida em sua integridade física: tem seu quarto invadido e seu corpo violado. A possibilidade de uma denúncia é apresentada a ela, mas, como no episódio envolvendo sua professora, ela não reconhecia a opressão vivida como parte de uma relação de poder passível de questionamento. Conseguira proteção no momento da violência e isso naquele momento lhe parecera suficiente. Contudo, a identificação com a posição inferiorizada, de mulher, negra e pobre, reforçava as lógicas de subordinação e legitimava a violência vivida.

O medo e o sentimento de exposição a violações voltariam ainda em outros relatos, compondo narrativas sobre a sua infância carregadas de fragilidades. Desde a assimilação de uma posição de inferioridade até a falta de acesso a políticas públicas de proteção, as experiências narradas por Célia retratam sua inscrição no universo da subalternidade e da abjeção, sendo portadora, portanto, de um corpo violentável. Experiências nomeadas por ela como “constrangimentos”, termo que metaforiza outras nomeações, não reconhecidas, revelavam violências reais, marcadas pelo abuso sexual e pelo assédio moral. Foi assim que, entre 14 e 15 anos, quando ainda trabalhava em “casa de família”, Célia passara por outro acontecimento significativo, narrado da seguinte maneira:

E depois... E depois aconteceu um outro constrangimento também, que Deus me perdoa, eu falei “meu Deus do céu”. Eu fui trabalhar na casa de uma senhora lá no bairro... Isso eu já tava com, quer ver, quatorze pra quinze anos. Lá no bairro Gutierrez. Eu vinha em casa de quinze em quinze dias, na casa da minha mãe. Quinze em quinze dias, quinze em quinze dias. Aí eu comecei namorar com esse meu marido e aí final de semana que eu não vinha ele ia lá. A gente namorava lá. Aí quê que acontecia,

<sup>28</sup> Como já indicado anteriormente, todos os nomes mencionados na tese são fictícios, para garantia do anonimato.

eu peguei, tinha, tinha, já tinha meu quartinho separado. No eu ter meu quartinho separado, a dona tinha um filho, que esse filho dela já era mais de idade. Ele já devia ter assim, ã... ã... tinha acho que uns cinquenta anos. Mais ou menos uns cinquenta anos. Eu lembro que eu tinha catorze pra quinze anos e ele já tinha filho com dezenove pra vinte anos e já tinha neto. Então ele já tinha uns cinquenta anos, né... Aí todo dia ele me pedia pra lavar a roupa pra ele, lavar as bermudas dele, aí ele me dava um dinheiro, aí ele me dava esse dinheiro, beleza. Aí teve uma vez que ele ficou falando assim, “a gente podia dar uma saída, a gente podia dar uma saída”. Aí eu falava assim “ah, nem, não tenho coragem de sair assim, não, de jeito nenhum”. Aí eu comecei a ficar com medo dele. Só que eu nunca ficava com ele sozinha porque a mãe dele, essa velha que eu morava com ela, ela não saía de casa pra nada. **E ele morava lá também?** Ele vinha, aí passava final de semana, porque ele morava em São Paulo. Ele era casado e morava lá em São Paulo. Aí ele ficava mexendo comigo, né, me oferecendo dinheiro, mostrando dinheiro. Achando que eu era interesseira e queria algum dinheiro. Só que eu tinha era muito medo. Aí quê que aconteceu, teve uma vez que teve um aniversário na casa de um neto dessa senhora. Ela me chamou pra poder ir, eu fui porque eu dormia lá mesmo, morava lá mesmo, eu não podia ficar lá sozinha, eu fui. Pra ir, beleza, quando que nós voltamos, já devia ser umas onze horas da noite, que eu fui lá no meu quarto pra poder abrir meu quarto, o meu quarto tava aberto. O quarto tava aberto e sem a chave. Aí mais eu caeci essa chave e não achava a chave e ele tava acordado porque ele tinha chegado e aí ele amontoava pra cá, olhava pra minha cara, aí ele foi lá e falou assim “deixa a porta aberta, deixa a porta aberta”. Aí... Eu deixar a porta aberta? Eu vou deixar essa porta é trancada, cadê a chave, cadê a chave da porta. E ele falou “mais eu não peguei a chave, não”. E ele tinha pegado essa chave. Ele pegou essa chave, essa chave, pra mim não trancar a porta, porque a véia mais o véio, eles eram muito velhinho, eles já morreram já, eles eram muito velhinho, dormiam... E o apartamento é grande então eu ficava lá nos fundos e pra lá eles dormiam com a porta fechada então não iam escutar nada, né... Meu quarto era assim tipo virado pra rua. Ali no Gutierrez, lá naquele alto. Aí eu peguei, quando eu vi que ele... que eu percebi que ele não ia me devolver a chave, aí eu falei, nossa mais não vai ter jeito de eu dormir aqui sem essa chave aqui por nada. Aí eu olhei lá pra baixo, assim, cê quer saber de uma coisa, vou pular lá embaixo porque assim não vai acontecer nada comigo. Ah, Isabel, mais me deu um medo, menina, tão grande... Pode ser que vai acontecer alguma coisa comigo agora, eu peguei e passei a mão no meu colchãozinho, cheguei lá o véio mais a véia já tava lá dormindo já, acordei ele e ela. Ô Dona Regina, ô Dona Regina, acorda. “O quê que foi Célia? O quê que foi Célia?” Olha, eu vou dormir aqui porque eu não vou dormir lá não, eu não vou dormir no quartinho não porque a chave do quarto sumiu. Chave não tem perna não. Então ele pegou. E ela dana a gritar assim “Augusto, Augusto, pra você vê, Augusto, a chave do quarto dela que sumiu. Que isso que fizeram?” Ô mais nós caçamos, caçamos e não achamos. Ah, eu sei que foi ele que pegou. Foi o filho do senhor que pegou. Ele tá assim: “Eu não peguei nada não, Célia, eu nem mexi, eu nem mexi”. Pois é, mais a chave não sai da porta, ninguém tira ela não. Aí ele viu que eu fiquei... Passei apertada e comecei a chorar e falei que ia dormir no quarto dos dois, do pai dele mais a mãe dele, aí ele passou apertado demais. Aí ele pegou e jogou a chave lá debaixo da cama. Aí eu vim e tô assim... E tô caçando, tô caçando. Tô assim, ah não, a chave tava aqui, tava aqui, aí ele chegou na porta e falou “ô a chave lá debaixo”. Aí ele tinha jogado a chave lá debaixo. Aí eu tranquei a porta e mesmo tendo trancado a porta, mesmo com a porta trancada eu não dormi a noite com medo e ainda coloquei um guarda-roupa velhinho lá que eu tinha lá atrás da porta, e quando foi daí a dois dias eu ó, casquei fora. Eu falei nem que eu vou ficar aqui, nem. Eu não fico com a senhora por nada nesse mundo, aí contei pro meu marido, que nós tava namorando, contei o quê que tinha acontecido, aí ele falou assim “Nó, mais ele é doido”. Por pouco tinha acontecido alguma coisa ruim comigo lá... Eu passei o maior aperto e ele é... Me oferecia dinheiro, sabe. Ficava falando que se eu quisesse ele ia me dar uma vida boa... Mais não era nada não sô, quem é que ia querer alguma coisa com uma pobre coitada? **Célia, você percebe que nas duas situações que você me contou, você buscou ajuda? Na primeira, você gritou, chamando a mulher do cara e dessa vez você foi atrás da mãe do sujeito.** Fui, fui. Foi, foi, foi... É porque senão eu teria sido violentada duas vezes. Mais nova e um pouquinho mais velha. Minha situação, aí minha situação hoje seria até mais pior porque... Às vezes eu fico vendo na televisão e eu acho um absurdo um homem que estupra menina de dez, cinco, seis anos. E uma mulher já mais de idade. Eu fico imaginando o constrangimento que aquela pobre coitada tem de fazer o trem sem vontade, à força, que chatiação. Aquilo ali não deve sair da mente, da cabeça de uma mulher nunca. Porque o que eu passei não foi estupro mais foi tentativa de estupro e eu não consigo, não saí da minha cabeça. E olha que era nova, já era pra ter sumido isso da minha cabeça há muito tempo, né. Igual eu vejo aí ó, é... Homem que pega mulher, pega menina, né, mocinha, né... Doze, onze anos, dois homens, três homens. A pobre da pessoa ainda consegue sobreviver, viver. Vive mais vive naquela, naquele dilema, assim, né... Com muito medo pra tudo, tem medo de tudo. Pra tudo. Não sai na rua, não conversa. Entra aquele trauma na cabeça daquela pobre coitada que a vida dela se destrói assim. O ser humano destrói a vida do outro assim do nada, né. Do nada não, porque... do nada,

porque pra isso existe, né, Isabel, mulheres aí... pra poder dar jeito pra eles aí, né... É de graça. Tem mulher que tá aí, dando aí, dando aí, é de graça aí, né mesmo? E tem barato aí na zona aí... Na rua aí... Dez, vinte reais, qualquer homem pega uma mulher aí, né. **E o que é que você acha que faz os homens fazerem isso, se têm mulheres que dão de graça?** Eu acho Isabel... Eu acho que, do meu ponto de vista, que eu penso. Às vezes eu fico olhando esse tipo de homem assim que a gente vê na rua, né, nesse mundo agora a gente vê muito homem sem vergonha, muito homem assim, que te olha assim, com aquele olhar de, de... Aquela olhar assim de... de... de... Coisa. Eu acho assim... No meu modo de pensar eu penso o seguinte, que esses homens é... não é doença nem nada não, esses homens... Isso tudo é covardia. Eles gostam de ver a pobre da mulher sofrer, mulher ou criança. Eu penso assim. É. É isso, eu acho assim, se ele arrumar uma mulher, ah, vamos ficar juntos, beleza, pra eles não é a mesma graça. Eles gostam da covardia, de ver aquela mulher sofrendo, aquela criança gritando por socorro e não ter ninguém pra poder ajudar ela. Eu acho que o prazer dele é mais de ver aquela mulher gritando de dor, de sofrimento, de, de... de tristeza, de agonia. Pra eles é mais vantajoso do que se fosse com uma mulher mais liberal. Eu acho, não sei, né, cada um tem um modo de pensar, eu penso assim Isabel.

Neste segundo constrangimento vivido por Célia, alguns elementos se articulam na composição de um cenário de violência de gênero: violação de privacidade, intimidação, tentativa de suborno, com a oferta de dinheiro em troca de aceitação e silêncio. Célia nomeia o que o olhar do homem revela: naquele momento ela nada mais é do que *Coisa*, objeto passível de violação. A sua posição inferiorizada também se afirma na penosa constatação: *“Quem é que ia querer alguma coisa com uma pobre coitada?”*. Não há ingenuidade, qualquer tentativa de aproximação num contexto de desigualdade estaria motivada por um exercício de poder, nunca pela possibilidade de construção relacional igualitária. Por fim, retomando Smigay (2002), numa sociedade heteronormativa a violência de gênero não se apresenta como exceção, mas como norma e, nesse ponto, Célia reconhece o sofrimento de todas as crianças e mulheres que vivenciam cotidianamente a possibilidade de serem acoçadas pela violência sexual. Aqui há igualdade: nessa posição, todas se encontram.

Ainda sobre a insegurança provocada pelo sentimento de exposição a violações e ausência de proteção, Célia revela a presença constante de um medo despertado em sua infância: *“Eu tinha e sempre tenho medo de algum homem me pegar eu a força. Sem a minha... Sem a minha vontade, sabe como? Sem a minha liberdade. Sempre tive e tenho esse medo. Sempre tive... Sempre tive.”* Para ela, esse medo iniciara a partir de um acontecimento específico e a acompanhara por toda vida:

Sempre tive. Tive porque quando eu tinha... Quando eu tinha... Quer vê... ah, eu não tinha doze anos ainda não, Isabel. Eu não tinha doze anos ainda não. Eu era mais nova. Eu tenho um sobrinho que já morreu já também, que essa minha irmã que eu contei pra ela essa história do que aconteceu, ela chamava, ela chamava Consuelo. E ali no Jaqueline, lá era tudo mato. E ali tinha um caminhozinho que a gente passava bem no caminho. Um caminhozinho pequeno, de um lado mato e do outro lado mato também. E essa minha irmã tinha um... meu sobrinho, meu sobrinho, nenenzinho. E ela tinha uma amiga que morava, morava não, mora lá nesse Jaqueline. E quase todo final de semana ela gostava que a gente ficava... que a minha irmã ia pra lá pra ficar bebendo com ela, e a minha irmã bebia. E eu gostava de ficar na casa da minha irmã porque quando a minha irmã nasceu a minha mãe falou que essa minha irmã que morreu, que tomava conta de mim e essa outra que morreu também, que tomava conta

do meu irmão. Um pra um, um pra outra que tomava conta e eu fiquei garradinha com essa outra irmã, que pra onde ela ia eu ia também. Aí ela não era casada nem nada, aí ela engravidou, teve o neném e tudo. **E nessa época você bebia com sua irmã?** Não. Não... Nunca bebi com ela não. Na época eu não bebia não. Na época eu não bebia... Eu fui começar a beber quando eu conheci o Emerson, meu marido. Aí quê que acontece, nós fomos pra lá num final de semana. Num domingo de tarde. Quando... De tarde não, de manhã. Quando nós viemos embora aí nós falamos que ia vim embora, aí a colega dela virou pra ela e falou assim, “ô Consuelo, é... Por que que ocês num dorme aí e amanhã vocês vai embora?” E nessa época eu estudava ainda, eu tava no 1º ano. “Vocês não vai embora amanhã, porque, porque já tá de noite”. Aí a minha irmã falou assim, “não Lúcia, eu tenho que ir porque se não a minha mãe vai brigar comigo, vai brigar demais comigo porque a Célia amanhã tem aula cedo e ela tá com nota muito ruim, ela tem que ir pra escola”. E eu queria dormi lá nesse dia, com medo de vir embora... Só que ela tava de fogo, mais não tava totalmente de fogo. Ela tava ciente de tudo. Aí ela veio com o nenenzinho, nós viemos embora eram dez e tanta. Nós viemos com o nenenzinho, nós viemos com o nenenzinho dela no colo. E eu vim segurando o braço dela. Aí quando nós passamos perto de uma árvore, uma arvrna grande que lá tinha, já cortaram ela já, de noite, lá no lugar lá tava claro... Nós vimos um homem em cima da passarela. Aí o homem tava com um jornal assim, aí de longe assim falei, uai, mais engraçado uma hora dessa de noite e o homem lendo jornal ou revista. Aí ela falou assim “uai, Célia, mais não é que é mesmo”. Aí eu apertei o braço dela, segurei o braço dela assim e ela ficou segurando o neném, que era o Mauricinho, que já morreu... Aí foi que nós passamos assim perto dele assim, que eu dei uma olhadinha pra trás assim, eu dei uma olhadinha dispistada pra trás, aí eu falei assim, ele vem atrás de nós. Aí nós apertou o pé e ele apertou. Aí ela falou assim “vamos afastar pra ele passar assim no caminho”, aí a gente pegou e afastou pro mato, nós andando depressa. Aí nós pegou e assim e afastou o pé e ele passou. Aí ele pegou e conseguiu alcançar nós. Só que ele achava, a minha sorte minha por quarta, por terceira vez, né. A minha sorte minha que na época eu usava o cabelo muito curtinho porque na época a gente tinha muito piolho né... por causa da escola. Então minha mãe cortava, mandava ele bem curtinho e aí ele tava bem curtinho. Meu cabelo era muito ruinzinho então ficava todo aneladinho e eu tava com uma blusa de tipo assim, só que porém assim e compridinha azul. Aquelas calças que tem aqueles coisinha assim branco e azul, é de malha branca é... Como é que fala é... Como é que chama é... Adidas. Eu tava com uma calça daquelas, então quem olhava, quem olhava de longe ou de frente achava que aquilo ali era um homenzinho. Que se aquele cara achasse que eu era uma mulher, uma menina, ele tinha me pegado e eu tinha se ferrado porque lá embaixo tinha uma barranceira. Porque ele foi na minha irmã, pegô minha irmã pelo pescoço e minha irmã com o neném no colo. E aí eu tava com uma sacolinha eu comecei a bater na cara dele. Sai pra lá, sai pra lá... E gritar e gritar e gritar e chorar, aí nesse meio instante ela fingiu que enfiou a mão na calça assim e falou assim, “Segura, segura o neném aqui. Segura o nenenzinho aqui, segura aqui, segura o Mauricinho aqui.” Aí eu fui e peguei. Aí ela fingiu que enfiou a mão na calça assim, aí eu peguei e aí ele correu praquele mato afora ali, ó. Aí eu peguei e descí até aqui embaixo gritando ai, ladrão, ladrão, olha o tarado, o tarado, o tarado... E aí tava passando um casal, dois casais lá... aí nós falamos o tarado pegou a minha irmã. Aí eu tomei medo. Eu tomei medo de homem, sabe como? Eu tomei medo assim. Olha pra você vê, aí eu tomei assim.... Quem é que não toma?

Célia vivera então uma infância marcada por episódios de violência, pelo medo e pela vulnerabilidade. Para ela, uma infância inexistente, sem lembranças boas e com poucos registros. Assim, Célia retratou sua vida quando criança:

**Célia, você me falou de algumas lembranças tristes da sua infância, né... E uma lembrança feliz da sua infância?** Ô Isabel, pra ser sincero assim pra te falar, eu não tenho não. Eu não tô lembrando não. Eu não tenho lembrança feliz não. Eu não tô lembrada não. Só que do meu aniversário, mais foi muito pouco, porque... é... porque meu pai fez muito pouco aniversário pra nós. Mais eu e meu irmão como a gente é gêmeos e é... somos da noite de São João, aí, é... todo ano fazia fogueira pra nós, fogueira e minha mãe fazia canjica. Essas coisas gostosas assim. Fazia fogueira. Só isso. Eu não tenho mais lembranças assim de... Minha infância eu vivi ela muito pouco Isabel. Eu, tipo assim, pra falar que eu tive infância, infância, tive não. Eu fiquei adulta rápido. Eu era criança mais já era criança adulta já. Não é igual essas meninas hoje que já tem tudo aí do bão e do melhor, né... E ainda recrama. Faz mal criação. Eu tenho uma sobrinha aí que a mãe dá de tudo e não dá um pingão de valor. Entendeu? E antigamente não. Antigamente, nossa. Antigamente quando eu ganhava um

chinelo havaiana é... Pra mim era aquela alegria. Hoje em dia tem chinelo de marca e tudo aí, e ainda tão recramano da vida, né. Eu não lembro que eu tive assim uma infância pra dizer que é boa, boa, não é não... **Entendi... E você tem alguma fotografia de quando você era criança?** Eu tenho uma só, mais não tá comigo não. Ela tá com a minha vizinha. A minha vizinha pegou ela pra nunca mais devolver, minha e do meu irmão, nunca mais, já pedi ela, mais... já implorei ela pra que desse, mais não tenho nenhuma fotografia, nenhuma, nenhuma, nenhuma.

Naquela tarde, Célia falou sobre sua infância, sobre sua saúde frágil e as violações vividas. Comoveu-se ao contar sobre o medo de morrer quando menina e me comoveu ao dizer que não tinha nenhuma lembrança boa da infância. Quando terminamos, fui ver quatro fotos que estavam expostas no móvel da sua cozinha. Em todas Célia estava sorrindo. Na primeira (de trás pra frente) estava alimentando um bebê branco, do qual havia sido babá. Na segunda, estava com uma sobrinha, numa festa de ano novo em sua casa. A terceira foto era do filho, um rapaz bonito e forte, tocando violão. Na quarta fotografia, Célia estava com seu marido. Um homem branco, sem camisa, com pêlos brancos no peito. Ela falou: “*Viu como o meu homem é feio?*” Eu não aproveitei, deveria ter perguntado o que era feio nele... Na saída, Célia me deu couve e cebolinha (que ela havia pegado na vizinha) e chuchu (da rama do seu quintal). Fiquei feliz com os presentes. Nos despedimos e marcamos de continuar na próxima semana.

No dia agendado, Célia me ligou dizendo que seu marido estava em casa e que por isso ela preferia que remarcássemos a minha visita, já que a presença do marido tiraria a nossa liberdade. O reconhecimento dos nossos encontros como momentos privados e o seu movimento de preservação desse espaço foram indicativos de que uma relação significativa se estabelecera entre nós. Nela, não havia espaço para o marido. Tratava-se de uma relação íntima, entre duas mulheres. Sobre isso, um dos princípios característicos das epistemologias feministas é o reconhecimento da intimidade como objeto de politização e de investigação sobre as vivências subjetivas. Assim, trata-se elaborar conhecimento não *sobre* as mulheres, mas *com* as mulheres, a partir de sua própria reflexão sobre as experiências vividas, compreendidas em sua historicidade e produção de identidades. (Scott, 1999). Assim, juntas, Célia e eu buscávamos construir sua trajetória, através do questionamento das relações possíveis entre os acontecimentos que compunham sua história, antes elementos isolados e desarticulados.

Quase um mês depois, voltei ao Xodó Marize. Novamente, me senti acolhida naquela rua que um dia me assustara tanto. Célia me recebeu sorridente. Estava bonita, cheirosa, bem cuidada. Sua casa estava limpa, até mesmo a bateadeira que eu vira em cima da geladeira da última vez, toda grudada, dessa vez estava limpa, brilhando. Em cima da mesa, bananas,

granola, uma abóbora, ovos, adoçante. Não havia mais o cheiro enjoativo de leite que eu sentira das outras vezes. Célia me disse ainda no portão que havia ligado na minha casa para saber se eu havia tentado falar com ela, pois ela dera uma saída rápida para comprar ovos para fazer um bolo para comermos depois da entrevista. Fiquei impressionada com a potência do nosso vínculo. Neste encontro, conversaríamos sobre sua juventude.

### **7.2.2.2 Experimentações juvenis e ensaios de autonomia**

Sobre a transição entre a infância e a juventude, Célia falou da importância dada pelas meninas da sua idade à menstruação, já que, a partir dela, ficavam mais “*corpudinhas*” e podiam “*arrumar*” namorados. Célia ficou menstruada aos 13 anos e este foi um acontecimento muito comemorado por ela:

Aí né, Isabel, quando veio a primeira vez eu fiquei toda satisfeita. Conteí os quatro cantos do mundo achando que era a coisa mais interessante. (Risos) Conteí pras minhas colegas como é que era. Tinha uma que ficou até com raiva de mim, você acredita? É, pois é. Eu falei, mais que engraçado, que bobêra, gente. Eu fiquei toda metida, toda. Me achando a toda, toda. (Risos) **Então, pra vocês, ficar menstruada era uma vantagem.** Pra mim, nossa, era aquela vantagem. Meu Deus... **E o quê que significava ficar menstruada? Pra vocês?** Pra mim, pra nós, assim, nós achava que era, assim, que já era adulta. Então tudo podia, né, podia passear sozinha. Já podia caçar namoradinho. Então, na nossa, na nossa... no nosso modo de dizer, quem ficava menstruada... a menina que ficava menstruada arrumava namoradinho mais rápido. Entendi. Agora não sei por qual motivo. É? Mas por que será, hein? Não tem nada a ver uma coisa com a outra... Quem ficava menstruada arrumava namorado mais rápido do que quem ainda não tinha menstruado... Por que será? Eu não sei. Eu acho que é porque ela ficava mais corpudinha, né. E eu toda vida fui magrinha. E tinha umas que era mais cheinha. Eu toda vida fui... ah... quando eu ficar menstruada então eu vou ficar mais corpudinha. Eu vou virar mocinha mesmo. Só que toda vida eu fui miudinha, toda vida, toda vida.

Célia conta sobre o seu primeiro namorado, um rapaz por quem ela fora apaixonada antes de se casar com o seu marido. Novamente, identifica-se em sua narrativa a precariedade do seu contexto de origem, ainda assim, aspectos comuns das vivências juvenis estão presentes em suas memórias, como as saídas em grupo e paqueras.

E eu ia pra rua e me pentiava toda, me perfumava. Roubava uns perfumes das minhas irmãs, dos meus irmãos. E num dia eu tava com cheirinho de perfume de homem, no outro dia, eu tava... (Risos) Teve uma vez Isabel, você não sabe o quê que aconteceu, menina. (Risos) Antigamente na casa da minha mãe era assim, a cama lá era aquelas camas feita de pau, sabe como? A gente era muito pobrezinho e os colchão era colchão de capim. E aí tinha muito cachorro então dava muita pulga. (Risos) Ah, Isabel, se eu te contar... nó, se eu te contar... (Risos) Quê que um namorado faz. A minha mãe quase chorou de tanto rir. Aí minha mãe pegou, você já ouviu falar num tal de... como é que chama, gente... um tal de querosene? Então. Minha mãe pegou um vidro de desodorante e encheu de querosene... (Risos) Encheu de querosene junto com baygon, né, aquele trem fedorento. **Pra matar as pulgas?** É, pra poder espirrar nos colchão. E colocou em cima do guarda-roupas. (Risos) Ah, Isabel, eu fui, trabalhei uns dois dias, no final de semana, ah, que nós vamos pra pracinha e as meninas combinando... que nós vamos pra pracinha, vamos pra pracinha. Que nós vamos pra pracinha pra nós vê

os meninos. E aquela coisa toda. (Risos) E eu como sempre, coitadinha, sempre atrás de um perfuminho. E eu como sempre era a mais pobrezinha. Aquele orgulho danado de querer, mas não pedir às colegas, né... Aí eu mesma caçava os perfume dos meninos, não achava, caçava da minha mãe, não achava. Aí subi em cima... Pus uma cadeira e subi em cima do guarda-roupa. Que eu olho lá... (Risos) Sabe aquele... Eu tenho até o vidrinho dele. Que um dia desses eu achei no supermercado e eu comprei só pra ter de lembrança, pra mim ver o cheirinho como é que é. Sabe aquele desodorante Plebo. **Sei. Sei.** Ele é cheiroso! Gostoso né... (Risos) Ah, você tem que ver! **Pega lá!** (Risos). E eu comprei. Comprei pra lembrar da minha infância, menina. Aí eu vi o cheirinho de um deles no supermercado. Aí olha pra você vê. **Hum... Mais ele é gostoso mesmo.** (Risos) Tinha um tempão que eu não via um desodorante desses. Mais esse desodorante ele já me fez tanta raiva. Que ele não existe não... Você aperta ele a tampinha dele sobe. **Ah, é... tá solta, né.** (Risos) Aí eu falei, gente, quê que é isso... e tava ele lá, em cima do guarda-roupa, deitadinho assim. Aí eu olhei assim... Ah, é esse mesmo! A única roupinha que eu tinha de melhorzinha... (Risos) **Meu Deus, Célia...** (Risos) E eu batia baygon e tchá, tchá, tchá. (Risos) E passei. Quando eu senti aquele cheiro, Isabel, eu falei, meu Deus... E agora, como que eu vou passar... (Risos) Mãe, quê que é isso, mãe? “Baygon de matar pulga.” (Risos) Mais já se foi. Já se foi, já tinha passado... Tomei um banho doido lá de qualquer jeito lá, que na época não tinha dinheiro também, sabe. Não tinha dinheiro pra comprar um sabonetezinho, quando comprava tinha que ser escondido. Tomei um banho lá com um sabãozinho de barra. Lembro até hoje que minha mãe tinha um sabonete que ela pegou escondido, toma aqui o sabonete. Aí saiu eu com cheiro de sabonete, cheiro de querosene. Então, há mais ou menos uns dois meses eu fui no supermercado e lembrei. Engraçado, ah, é esse desodorante que uma vez quase me matou de raiva. (Risos) Aí que eu olhei o cheirinho de um deles, mais vou levar um deles por desaforo. Eu chego aqui o trem tá estragado. Aqui, olha, você vai apertar a tampinha dele, sobe. **Até hoje ele tá te fazendo raiva!** (Risos) Até hoje. (Risos)

A narrativa de Célia sobre a sua juventude parece não ter, para ela, o mesmo peso dado aos fatos mencionados em sua infância, quando estiveram na cena principal episódios de abuso sexual e assédio moral e nos quais o medo apresentou-se como presença constante. Agora, na juventude, elementos que articulam seu lugar de subalternidade permanecem presentes, sendo, contudo, menos percebidos por Célia, mesmo quando ela se identifica como a “coitadinha” e “mais pobrezinha” do seu grupo social. Sua narrativa sobre as ausências vividas é repleta de risadas. Célia ri da sua própria condição de pobreza, naturalizada por ela.

Ao falar sobre sua primeira paixão, Célia trata das suas experiências no campo da sexualidade como algo sob o risco do erro, representado pelo abandono. Busca o homem “certo” para quem “se entregar”, articulando a experiência amorosa à necessidade premente de proteção:

**Mais aí então você tinha esse menino que você gostava dele, mais você chegou a ter um namorico com ele?** Cheguei a ter um namorinho com ele, dei uns beijinhos, mais o quê que acontece, aconteceu o seguinte, quando foi passando o tempo, passando o tempo assim uns quatro meses mais ou menos a minha irmã, essa que ainda é viva ainda, namorava com um irmão dele, mais velho do que ele e eu acho que a minha irmã já fazia o errado com o irmão dele. E aí eles dois vinham se engraçando pro meu lado. Ah, não, Célia, por que a sua irmã que fica assim do mesmo jeito com meu irmão... Aí eu peguei e já fui cortando ele. Ah, não, isso pra mim não dá certo, não. Eu não quero, nem... Melhor você ficar com aquela menina que fica mexendo com cê que ela já tá fazendo o errado também... Aí eu pulei fora dele. Só que eu fiquei apaixonada com ele durante muitos anos. Fiquei apaixonada, sabe como? Eu apaixonei com ele durante muitos anos. Apaixonada mesmo. **E aí você achava errado fazer...** Aí eu achava errado porque... eu não achava... não achava errado, não, eu não tinha assim aquela... eu não achava assim que tava na minha hora certa, assim. **Na sua hora.** Porque assim no meu passado toda vida eu tive medo, né. E aí quando foi um belo dia, uma bela vez, ele veio com engraçamento de tentar. Ah, pra quê, ah... nem... tomei medo também. **Aí você ficou com medo.** Ah, não quis não, não quis não



e aí acabou. **E aí você ficou apaixonada com ele.** Mesmo assim eu ainda fiquei apaixonada com ele durante muitos anos, durante, até... quer ver, ah, uns dezoito a dezenove anos. **Você ainda era apaixonada com ele... É. Então seu primeiro beijo então foi com esse menino.** Foi, foi. **Gostou, Célia?** Ah, eu não gostei não, Isabel. (Risos) Não gostei não. **Não gostou não?** De vez em quando eu fico pensando aqui, nossa, mais como é que beijo é tão ruim. **Até hoje você acha?** Eu acho. **Você não gosta muito de beijo?** Não... assim... eu acho, assim... depois de muito tempo, foi passando tempo, aí eu fui namorando com um namorado, com outro... fui experimentando o beijo de um outro. Só que eu imaginava que o beijinho dele era um beijinho assim... melhor do mundo e não era nada do que eu pensava. **Entendi.** Ah nem, depois eu fui... quando passava uns tempos assim foi indo eu fui tomando nojo dele. **Desse rapaz?** Desse rapaz, aí eu olho pra cara... até uns três anos atrás aí ele morava ali embaixo ali. Aí arrumou uma namorada também, ficava passando perto de mim pra poder fazer ciúmes ne mim, porque sabia que eu gostava dele. Aí eu ficava com raiva. Foi passando, passando, passando... Aí depois eu fui imaginando assim, gente como que ele é assim bobo. Assim, não tinha noção de... eu também, bobona. Por pouco quase que eu me entregava pra uma pessoa que não ia valer a pena. **Que não ia valer a pena?** É. Que não ia compensar. Que não ia valer a pena. Como que assim o amor, eles falam, e é verdade, como que o amor é cego, eu era apaixonada, apaixonada, apaixonada... Se a pessoa num vira a cabeça no lugar mesmo... Por isso que muitas mocinhas aí cai, se entrega por causa de poucas palavras. Porque ele me falava coisas e mais coisas e mais coisas, só pra ver se conseguia. Pra ver de conseguia, sabe como? **Entendi.** Aí eu... ah, não... não dá certo, não. Uma é que eu não achava que tava na hora certa. Tinha medo de tudo. Na época também eu já comecei a trabalhar naquele lugar que eu já te falei com cê... Aí eu fiquei... misturou tudo, aí... de jeito nenhum. Depois Isabel, sabe o quê que aconteceu? Quando ele viu, esse cara viu que eu não cedi mesmo pra ele, falou, nó, foi muito chato, ele viu que eu não quis ceder muito pra ele e ele andou comentando com minhas colegas que tinha ficado comigo. **Ele inventou?** É... sabe como? Eu falei, ô coitado dele. Jamais. Aí depois ele começou a inventar uma história, “Ah, que eu não fiquei com ela porque eu não quis”, sabe como? Eu falei, ah, nem, eu fiquei assim, sabe quando você vai tomando birra, raiva? Eu fui tomando raiva dele. Agora, depois dele já homem feito, aí depois de passado tempo, eu casada já, né, vivendo bem com meu marido, aí ele andou me procurando. **É mesmo?** Andou me procurando, é casado também. É casado também... Ele achou que eu ia cair no conto de fada dele. Aí eu peguei e tomei assim birra, sabe como? Ele falava que... às vezes eu passava... eu descia, nossa, Célia, fica aqui, deixa eu te falar com você uma coisa aqui... nó, essa noite eu tive um sonho com você daquele jeito, sabe como. Eu já mulher feita já, sabe? **Sei.** Ele achava que ele falando assim... ele ia me conquistar, alguma coisa assim. Aí, aí deu aquela na minha cabeça, assim, de repente, veio na minha cabeça assim, engraçado, quando eu era apaixonada mesmo com você, você nem se tocava pra mim. Agora, agora não. Ele queria apenas fazer hora com a minha cara. Ele achou mesmo que ele ia fazer o mesmo que o irmão dele fez com a minha irmã. **O que ele fez com a sua irmã?** Usou, usou, usou, usou, usou... sumiu pro mundo afora e nunca mais.

Célia não “se entrega” ao rapaz por quem fora apaixonada durante anos, o que somente aconteceria mais tarde, em sua relação com Emerson, que viria a ser seu marido. Conhecido da família desde a infância, ele era o homem “certo”, aquele que cuidaria dela e em quem Célia poderia confiar. Com ele, Célia inicia sua vida sexual sentindo-se respeitada, ainda que a sua experiência inaugural tenha representado a perda de um objeto de valor financeiro e afetivo, em uma nova experiência de insuficiência.

**E além desse você teve algum outro namoradinho antes do Emerson?** Não. Antes do Emerson... não, dexovê... não, não, depois dele aí eu, logo... logo... aí passado um tempo eu conheci o Emerson. Conheci o Emerson não, eu já conhecia o Emerson. Desde criança. Aí o Emerson pegou e me convidou pra sair, passear e tudo, aí eu passei a gostar do Emerson. Fui gostando do Emerson. **E aí você foi gostando dele. E como é que foi com ele, assim, essas coisas de beijo, abraço?** Ah, foi diferente. Foi muito, nossa, foi muito diferente. Foi totalmente diferente. (Risos) É tanto que quando a gente ficou pela primeira vez, né... Nós ficamos na cidade, e foi... Aconteceu o seguinte, como eu era muito novinha então não podia ser no motel, né. Foi assim... E ele é um pouquinho mais de idade do que eu, né, ele deve ter mais ou menos uns dois ou três anos mais do que eu. **Ele já era maior de idade?** É, ele

era maior. Aí fomos pra esse motel e tudo e falamos, aí nós falamos que minha idade era mais, né. **Vocês combinaram assim?** Não... Nós fomos pra cidade, aí... Passear. Aí ele falou assim, “Ô Célia, já tá tarde, aí tem um lugar ali que a gente pode... Tem um quarto ali que a gente pode alugar ali pra gente passar a noite e dormir.” Aí eu falei, ah nem, mais eu não quero passar a noite do seu lado não. De jeito nenhum. Aí ele falou, “Não, mais eu não vou fazer nada com você, te garanto ocê, eu não vou fazer nada com você. Vou fazer nada, nada, nada, te garanto ocê, de jeito nenhum.” Aí eu falei assim, ah, então tá. Aí fomos... Aí na época eu tinha um relóginho que eu tinha ganhado, um relóginho, aí passamos a noite lá. Aí bom, cabô que aconteceu o que tinha que acontecer. Aí pra vim embora, a gente não tinha dinheiro mais, com uma fome daquelas dos cachorros... tivemos que penhorar meu relóginho meu. (Risos) Até hoje eu lembro disso. Eu falei, nossa... nem dinheiro direito você tinha e eu fui cair no seu conto de fadas... Ainda bem que ainda tá durando até hoje. (Risos) Aí chegamos e trocamos, nossa senhora... ô Isabel, trocamos meu relóginho que eu tinha ganhado com tanta... a troco de dois pastel e um refrigerante e mesmo assim tive que quase... Eu falei assim, moço eu tô em tempo de dá um trem. Eu tinha passado a noite inteira acordada. Tava com fome, não tinha nada pra comer, não tinha dinheiro. Só tinha dinheiro de passagem pra vim embora. E tinha que pagar o quarto e eu tive que deixar o relógio lá pra poder trocar por um lanche... **Puxa vida... E foi bom, Célia?** Foi bom, foi bom, foi bom, foi bom por causa que... igual ele falou que não ia fazer nada, nada, nada, mais cabô que ele me conquistou, sabe como, Isabel? Foi, é... Ele não foi assim com ignorância.

Mesmo não atendendo todas as exigências de um homem provedor, a relação com Emerson se consolidou, pela proximidade das famílias de origem e pelas responsabilidades decorrentes da vida sexual iniciada. Cabe ressaltar o apoio incondicional que Célia recebera da mãe nesta fase, o que proporcionou a ela uma experiência de segurança e proteção nunca vivenciada antes.

**E aí então você firmou com o Emerson desde o começo? É. Como é que foi a história de vocês?** Ó, foi... Com pouco tempo que a gente tava namorando aí a gente começou ficando um com o outro. Aí eu fiquei assim uns três anos mais ou menos usando anticoncepcional, e eu tinha uma bolsinha, sabe aquelas bolsinhas de colocar aqui, assim? **Uma pochete?** É, eu tinha uma pochetezinha daquela. Aí o Emerson comprava o remédio pra mim e aquela pochetezinha eu só tirava ela pra tomar banho, que era onde eu guardava o remédio, pra minha mãe não ver, nem meus irmãos ver. Aí um belo dia eu tinha saído pra balada, cheguei meia cansada demais e dormi e tirei ela. E levantei, fui tomar banho e fui colocar outra roupa. Só que eu esqueci de colocar ela na cintura e saí. Quando eu chego, só que minha mãe não brigou comigo nem nada não, ela foi lá e olhou nos trem lá. “Ô Célia, deixa eu te falar com você uma coisa aqui.” Aí eu vim, quê que foi mãe? “Nó... se seu irmão pegar você usando isso aqui, ó... você sabe pra quê que é isso aqui, né...” Não esquenta a cabeça com isso não, mãe, preocupa não, preocupa não. Mais nisso, neste mesmo dia a minha mãe já desceu na casa do pai do Emerson. Aí chegou na casa deles aí e trouxe eu e falou o quê que tinha acontecido. “Ô minha filha tá usando isso, e isso, e isso, e isso, e isso... E eu vim cá falar com você, Emerson. Vim cá conversar com você que o que aconteceu, aconteceu. Acontece com ela e acontece com qualquer uma, só que tem uma coisa, você pode até viver com ela e tudo só que se você pensa que eu vou judiar dela, não é porque aconteceu com ela que eu vou meter os pés nela não. Ela é minha filha mais nova então eu vou apoiar ela no que for preciso, agora, se você não for ficar com ela, gostar dela... Você pode é, ir avisando logo que ela vai ser a mesma pra mim.” Aí, “Não, dona Mirtes, eu vou assumir tudo.” Aí passou uns poucos meses. Aí ele pegou e foi pro... pro Mato Grosso trabalhar pra conseguir dinheiro. Aí a gente ficou noivo e aí passou pouco tempo e casou no civil. E tamo aí até hoje, essa bosta de merda... (Risos) **Como assim, essa bosta de merda?** Mais porque que eu falo essa bosta de merda... (Risos) Ele já jogou tanta pedra de bodoque em mim quando eu era criança... **É mesmo?** Por causa desse lote aqui, porque aqui... aquela frente toda ali era da família dele. **Sei.** Era herança e ali tinha um tanto de pé de mexerica e pé de laranja. E ele trabalhava lá do outro lado. Tinha um rapazinho que trabalhava lá do outro lado, tirando areia dos córregos... era o Emerson. E aí vinha eu e minha irmã, esperando ele saí e virava lá ia. E ficava olhando da esquininha... Ele já foi. Aí a gente via ele ir e ia com a sacolinha, enchia a sacolinha de laranja e mexerica, a tarde do mesmo jeito. E quando a gente vinha de lá pra cá aí a gente não via ele. Só escutava o barulhinho das... das pedras... pim, pim, pim... **Atrás de vocês?** Mais um dia ele jogou tanta pedra ne mim que eu pensei que eu ia morrer agora. (Risos) **Olha pra você vê... ele jogava**

**pedras em você e depois vocês acabaram se casando.** O mundo dá muitas voltas. **E você gostava dele quando se casou com ele?** Ô Isabel, eu não tinha assim... gostava dele, mais assim eu não gostava dele assim... Eles falam que com o tempo as pessoas passam a gostar assim mais... e é verdade, né. Eu gostava mais não é de dizer assim que era apaixonada. **Entendi, não era igual você gostou do outro não, né?** Não, não. Aí depois, com o passar do tempo que eu fui gostando dele. Engraçado né, eles falam e é verdade. **É?** Nunca a gente gosta, gosta, gosta, gosta. Depois que começa a aprender a gostar. Aí eu fui gostando dele. **Ô Célia, mais então aí assim... você foi aprendendo a gostar dele. É. E essa parte assim, sexual, de desejo... você tem... tinha essa parte assim de desejo? Você transava com gosto?** Ah, transava com gosto, sim. **Você gostava, gostava não, você gosta?** Gosto, gosto. **E foi bom pra você, se casar com ele? Ah... Você acha que quando você casou, que saiu da casa da sua mãe pra ir morar com ele, melhorou a vida pra você?** Ah, melhorou Isabel, melhorou. Eu achei que melhorou. Melhorou porque assim eu não tinha assim... Não tinha muita preocupação de ficar trabalhando, embora eu toda vida trabalhei. Trabalhei, eu trabalhei durante muitos anos. Restaurante, casa de família, de faxineira, eu trabalhei muitos anos, muitos anos pra poder ajudar ele porque a gente morava só em dois comodozinhos ali. E aí agora que ele tem uma profissõesinha. Mais antigamente ele era é ajudante. Agora que ele trabalha de bombeiro hidráulico, mais antigamente ganhava muito pouquinho demais, então tinha que ficar ajudando, ajudando, agora não. Agora não precisa de trabalhar. É uma profissão boa, né... (Deixa eu olhar meu bolo ali...) Porque também ele não estudou. Porque também ele não estudou, num foi nunca dos estudiosos, sabe, Isabel.

Para Célia, a vida melhorou com o casamento porque ela passara a não ter mais que se preocupar com o próprio sustento. Considerando sua infância e juventude muito pobres, as experiências de trabalho infantil e precário, e os episódios de violência de gênero e assédio moral vivenciados, o trabalho representava para ela algo penoso e não fonte de satisfação e realização pessoal/profissional. O casamento aparecera, dessa forma, como meio disponível de modificação da sua realidade. Célia casa-se jovem, portanto, encerrando suas experiências tipicamente juvenis. Sobre as relações de amizade, a partir de então, ela diz:

Nunca fui assim, nunca fui de turma de amigos. **Você tinha falado de uma turminha de meninas...** Sabe por que, todas turminha que eu tive foram todas traíras comigo, então não era assim uma amizade assim... que eu poderia contar, né, “essa é minha amiga”. Igual essa outra mesmo que tentou roubar aquele namorado meu. Tentou roubar não, né, bendizer os dois namoraram e ficaram juntos... E aí acabou que depois que eles ficaram juntos, foram tomando o rumo de si, acabou que ela ficou com ele. **Ela que se casou com ele? Ela é a mulher dele?** Não, não... Ela é só amigada só... Mais acabou que ela ficou com ele pra se mostrar que ela era a tal. **Entendi.** Aí eu nunca tive. **Você não tem essa lembrança de amizades, de pessoas que eram muito próximas, que você podia contar?** Não. Não, infelizmente. **Mais foi sua família mesmo.** Só. Só com minha mãe mesmo. **Sua mãe que é seu vínculo de amizade?** É. De amizade é. **A pessoa assim que você sabe que você pode contar.** É. Nem essa minha irmã mesmo eu não posso contar. Eu não gosto de contar não porque às vezes... Muitas das vezes a gente conhece, né, Isabel, as pessoas que quer o nosso bem e as pessoas que querem o mal. Mais não tô falando mal dela não, mais muitas das vezes, acontece assim alguma coisa, assim igual aconteceu comigo. Igual voltando assim de novo no passado, quando eu andava usando droga, aí ela... Eu percebia que ela ficava tipo assim me julgando. Sabe como? **Sei.** Ficava assim, nó que vai morrer, pepepê... papapá... Nó, fulano, que a casa tá toda bagunçada... E aí ficava aquela atormentação. Quando ela não ficava ligando ela ficava vindo aqui em casa pra me perturbar. Pra tirar assim... tipo o meu sossego. Ao invés dela vim pra mim... **Pra te ajudar né... Ela vinha né pra ver o quê que você tava fazendo.** É. Ela ficava julgando quê que eu tava fazendo. **E ela é casada também?** Não, ela nunca foi casada não, ela teve filho com o marido, o cara fez filho nela e foi pra bem longe. Aí acabou que ele morreu. Aí ela arrumou um outro cara. Aí esse que ela tá com ele agora vai pra mais de dez anos, os dois não são casados não, só mora, mora junto. Mais também eles não têm filho não, ela não tem filho não, os dois não tem filhos juntos não.

Novamente, a importância do casamento formalizado, de encontrar o homem “certo”, que não abandona mulher e filhos. Célia relata a inexistência de relações de convivência fora do casamento e relata uma vida que se resume a cuidar da casa, marido e filho. O cotidiano monótono viria, mais tarde, a ser uma das contingências decisivas para a emergência do seu uso de crack.

Após o casamento, Célia começa a beber acompanhando o marido. Chega a beber de forma intensa, mas abandona o hábito após passar por sérios problemas de saúde. Ainda quando bebia, Célia vivera um episódio marcante da sua história, que já havia sido relatado no grupo de mulheres do CAPS-ad: uma aventura amorosa, um único episódio de realização pessoal autônoma, o qual era lembrado por ela como um elemento precioso e potente, em meio a uma história de insuficiências:

Ô Isabel, eu já passei por cada situação... Uma vez, eu tinha uns vinte e seis, vinte e oito anos... Tinha vinte e oito anos. Aí a gente tinha feito uma comida muito gostosa aqui, sabe. Tinha feito uma, tinha feito uma ceia aqui. Aí quebrei a minha mão, aí fui pro hospital. Aí chegando lá... Eu fiquei sã e fui parar lá na Bahia. Nossa mais eu nem acredito... Aí às vezes eu olho assim, aí eu nem acredito não... Aí eu já contei isso pra você não contei? **Contou! Você contou esse episódio da sua vida pra gente, no grupo de mulheres.** Fiquei lá na Bahia, nó... Quando eu olhei pro céu tava eu lá, aí eu falei gente do céu... Quê que eu tô fazendo? É cada coisa menina... **Mais será que não foi bom também essa ida pra Bahia?** Eu acho que foi viu. **Tô lembrando das coisas que você contou no grupo, né. Era uma época que você andava muito chateada com seu marido... É, é, é... Né... E você encontrou um outro homem... Foi... Que te convidou né, pra dar um, né... Vamos conhecer o mundo. Aquilo ali né... Foi. Aquilo ali me motivou, né... Te motivou! Então às vezes a vida, assim, a gente também acha uma brecha pra gente ser feliz, mesmo que seja só por três meses, né, Célia? É, é... Foi, foi, foi... E na verdade durante esses três meses eu fui bem feliz mesmo. Igual todo mundo fica que “Ah, o quê que tá acontecendo...” Ah... e eu tava tranquila... Sossegada. Não precisava lavar roupa, não precisava passar, não precisava cozinhar, não precisava fazer nada. **E lá vocês ficavam onde? Ó... De primeiro ele tinha dinheiro. Ele tinha dinheiro, ele tinha acho que uns quatro mil reais na época. Aí nós fomos gastando o dinheiro, fomos gastando, fomos gastando, aí depois nós fomos ficando em fazenda, passava em fazenda. Ficava uns dois dias, uns três dias... Pro mundo afora passeando. Ele ia pra posto de gasolina, chegava nestes lugarzinhos, assim nesses barzinhos que pagava baratinho, sabe como? Sei... Pagava lá, ficava lá, dormia. Ficava só à noite porque o dia ficava bebendo, farreando, batendo papo, andando praqueles trem afora lá. Fomos, passeamos. Eu tinha gente lá que achava que nós era da pegadinha do Faustão. Que a gente na época eu andava com o cabelo marrado mais curtinho e ele era todo anelado, né... E a gente como não levou roupa nem nada. Todo lugar que a gente passava a gente pedia roupa e aí eles davam roupa pra gente. Às vezes eles davam uma roupa bonita, uma roupa boa, sabe. Umas bermudas bonitas, sabe... Umas camisetas bonitas, chinelo. O povo lá eles falam que o povo da Bahia é ruim, não é tão ruim assim, não. Bom, eu pelo menos fui muito bem tratada. Passava nas fazendas... Os fazendeiros lá dava a gente lugar pra dormir... Dava a gente leite, queijo, né... **A vida tava... vivendo cada dia o máximo que a vida pudesse oferecer... É.** Depois até que, que um dia eu vi meu rosto num jornalzinho... Aí a... a... a baiana chegou perto de mim. Aí eu tava tomando café, sentada assim, num bar lá... Aí a baiana chegou perto de mim e falou assim “Deixa eu te falar, você não me leva a mal não, mas você se chama Célia?” Aí eu falei assim... Eu olhei pra ela meio assustada e falei assim é, chamo. Aí ele me cutucou assim e eu falei não é Célia, não, é Adélia. Aí ela falou “Não, é Célia, eu tenho certeza. Aqui, que eu não vou falar nada, mais aqui, deixa eu te falar aqui, tá vendo essa foto aqui, essa foto aqui é sua.” Aí que eu olhei assim e falei, nossa é mesmo. Aí de lá pra cá deu vontade de nós ir embora, eu falei vamos embora, vamos embora porque... **E tava onde essa foto? Tava num jornal. Essa foto tava na minha carteira de trabalho aqui em casa. Poderia ter guardado esse jornal. Ah, esse jornal é daqueles de desaparecidos. Que eles levaram pra delegacia. E tava circulando lá na Bahia. É,** eu não tinha... Eu não sei como... Eu não sei como que esse jornal foi parar lá porque esse jornal... De vez em quando eu ligava pra casa de Dona Adelina, pra minha mãe não ficar preocupada... Porque eu sabia, eu****

não era boba. Eu sabia que se eu passasse quinze dias fora de casa era abandono do lar. Então eu não poderia tá abandonando meu lar aqui por causa da minha casa aqui e do meu menino, se não eu ia perder. Aí eu ligava e mandava chamar minha mãe e contei pra minha mãe onde eu tava. **E então sua foto começou a circular lá na Bahia.** É... Aí eles é... tiraram foto. Tiraram foto não, pegaram, meu marido pegou essa carteira de trabalho minha, que é a única foto pequenininha que eu tinha e levou pra lá. **Mas então foi uma aventura, né Célia.** Foi, foi. **Quer dizer, se a gente ficar olhando também ah, que horror, que horror, que horror. Mas por outro lado, né... Que bom, né?** E foi uma aventura, né... Ô, eu sai pra poder arrumar a mão e esse rapaz saiu pra poder comprar frango e vinho pro Natal. Porque não tinha vinho e era Natal, né. Aí era o que tava faltando na casa dele era o vinho e o frango. **E ele também era casado?** E ele também era casado. Era não, é, né, porque a mulher não morreu, né... Mora no Jaqueline. Aí ele ligou pra mulher falando que já tava chegando com o vinho e com o frango. Eu só sei que o vinho com o frango, o frango com o vinho durou uns três meses. **Então o que a senhora viveu foi uma história de amor, então?** Ah, foi, foi... Pra sê sincera e te falar foi a história mais legal que eu já vivi, viu Isabel. Nem com meu marido mesmo não foi assim. **Que legal!** Porque ele foi uma pessoa assim que... que... Ah, não sei, viu... Tem pessoas assim que... trata uns... trata uns... Bom, ele me tratou assim de um jeito que eu nunca fui tratada antes, sabe como? Então, assim... porque aí assim... isso me comoveu. Logo eu tava me sentindo toda poderosa mesmo, sabe? **E que jeito que era esse?** Ah era... é, né... Um moreno um pouquinho mais claro do que eu... Do cabelo anelado bom, alto... Assim um olho assim verde... Assim, parecendo cor de folha seca, meio... Meio castanho... Folha verde parece. Muito bonito, sabe? Muito bonito mesmo. **E como é que era o jeito dele? Que você fala assim que nunca tinha sido tratada...** Ah, ele era muito carinhoso, Isabel. Nossa senhora... A gente mal conhecia era meu bem pra lá, meu bem pra cá... Minha preta pra lá... Minha preta pra cá... **Então essa história não foi de constrangimento não!** Não, essa não. **Não, essa foi de amor!** Essa história foi só de amor. **Foi muito legal o que você viveu.** Essa foi. Essa foi tão legal que, como se diz, eu não queria trair meu marido não, mais se for pra passar por esse tipo de história de novo em algumas partes eu queria sim. Porque foi muito legal. Nossa senhora, foi bom demais.

Sobre a vida com o marido, Célia a considerava satisfatória, apesar de todas as dificuldades. Como um grande número de mulheres, ela justificava a violência doméstica vivida como algo provocado por ela, mais especificamente, pela agressividade decorrente do seu uso de bebida alcoólica:

**E voltando aqui Célia... Aí se você for me falar assim, quem foi o amor da sua vida, o seu grande amor?** Ah... pra ser sincera... pra ser sincera mesmo, o meu grande amor mesmo é esse meu marido mesmo. O meu grande amor é esse meu marido mesmo. Se eu largar ele, nossa... Nós já brigamos tanto, Isabel, nós já separamos tanto. Desde namorados. **Já passaram por muita coisa?** Passamos por tanta dificuldade na vida. Aí agora eu sei que eu entendo ele, ele me entende. Eu acho que é ele. **Acha que é ele mesmo.** É ele, é ele. **E nessas brigas suas, tinha violência?** Ô Isabel, quando eu bebia tinha. Porque eu que procurava. **Você procurava?** Assim... porque eu toda vida eu fui miudinha, mais depois que eu bebia uma parecia que eu era a...é, como é que é... Parecia que eu era a bala xita, né. (Risos) A primeira bala... (Risos) A última bolacha do pacote. Então eu me achava-se toda... Então eu achava que eu podia meter a mão na cara dele. Então aquilo ali, né. Aí depois disso, aí não, passado a bebida aí não. Muitas vezes eu vancei nele e ele também vançou ne mim. Muito não. Muitas vezes não. Muitas vezes, teve uma vez que eu até chamei polícia pra ele... Mais agora não, agora estamos bem. Nunca mais, ô Isabel, nó... Eu nem lembro mais quantos anos faz que eu não sei o quê que é um biliscãozinho. Agora discutir de vez em quando, quem discute é eu, quando ele bebe. Que aí eu fico fazendo medo nele. Eu falo que vô embora de casa. Ou vou embora de casa, ou vou voltar a usar droga, ou vou sair de casa. Mais eu falo assim pra poder colocar um pouquinho de medo nele, igual... Há uns tempo aí ele tava bebendo demais, eu, quer saber de uma coisa, vou começar a usar droga também. Vou beber um muncado de cachaça misturado com remédio pra vê se assim morre logo de uma vez. Porque do jeito que tá não tô atolerando. Porque em vez de você me dá forças, você tá é me jogando eu pra fora, então eu vou dá um jeitinho na minha vida também, porque pra atulerar bêbado tem que tá bêbado também. Aí eu acho que foi batendo aquele medo e remorso, né...

Para Célia, Emerson precisava ser compreendido, pois, como ela, tivera uma infância e

juventude muito ruins, sendo uma sorte ainda estar vivo. Para ela, sua presença na vida dele e o casamento foram de fundamental importância para a sua estabilização.

Porque ele também foi um homem muito sofrido, ele não teve infância direito, sabe como? Ele não teve mãe. Ele não teve carinho de mãe, ele não teve carinho de pai. Então a vida dele é muito sofrida. A vida dele é quase assim... por isso que um entende o outro... A vida dele foi quase que igual à minha, só que porém eu tive minha mãe, e ele não... E ele sempre teve o pai dele mais o pai dele nunca deu ele apoio. Tem a madrasta dele, mais a madrasta dele nunca deu ele apoio. A madrasta dele só jogou ele pro mundo afora. Por isso que isso aqui a vó dele que deu pra ele em vida, de herança. Porque sabia que quando ela morresse a família do pai dele não ia dar nada pra ele. **Entendi.** Porque essa parte de baixo todinha ali a família dele... era mais ou menos uns oito lotes... era tudo do pai dele. São... acho que são oito filhos... A vó dele casou acho que foi duas vezes... Uma com um espanhol e outra acho que com um italiano. Sei que era tudo homem rico. Tinha muito dinheiro. **É mesmo?** E a avó dele era gordona, sabe. Ela era dona de quase tudo aqui. Aí a vó dele antes de morrer deu pra cada um dos filhos sete lotes. Esse caso de bebida é um caso sério. Aí quê que acontece... Nós tamos falando da minha vida e eu tô falando da vida deles lá... (Risos) **Que é parte da sua vida também...** Aí quê que acontece. O meu sogro bebia demais. Demais. Demais. Demais. O meu sogro pegou vendeu os lotes todinhos que ele tinha baratinho pra poder ficar bebendo pinga. **Entendi.** E isso aqui não foi vendido, ele chegou a querer vender isso aqui prum homem aqui em cima, mais o moço já morreu. E aí meu marido tava andando pro mundo afora, pra esse mundo de Deus. Andando, andando... sabe, ficava andando. Ficava uns dias num lugar, uns dias no outro até a idade de uns dezoito, dezenove anos mais ou menos... **Ah, entendi...** A vida dele foi assim... Usava muita droga. Então ele ficou naquela vida doida. Então ele não tinha paradeiro. A vida dele pra ele era assim. E quando ele deu na ideia de voltar a gente começou a namorar... **Entendi...** Aí o pai dele tinha dado aqui... Vendido aqui pro homem, o homem já tinha puxado a cerca até aqui embaixo. Aí ele chegou com um dinheiro que ele arrumou. Até nisso ele teve cabeça, que ele tinha arrumado fora, lá no Mato Grosso, nas fazendas lá. E ganhou um bom dinheiro e trouxe. Na época aqui não tinha luz. E colocou, comprou um padrão de luz pra ele, a cerca tava aqui embaixo já. Aí ele foi lá e acertou. Aí, quê que acontece... Por ele ter sido sofrido demais também... Aonde ele me entende e eu entendo ele. **Entendi... o casamento então fez bem pra ele também, né.** É, todo mundo ainda falou que... que eu fui que deu sorte... que eu sou muito boa pra ele... Não tô falando que sou a última farinha do pacote, não. (Risos) Mais se não fosse eu, se ele não tivesse morto ele tava preso. Porque a vida dele era uma vida infernal. Mais a história do Emerson não é muito das boas não, se ele é um homem hoje ele tem que agradecer muito a Deus e à cabeça dele. Porque se fosse olhar por esse lado, esse tipo de sofrimento, se ele não fosse um vagabundo hoje ele tava atrás das grades. Ou se não ele não taria vivo. É igual todo mundo falava, né, que se não fosse eu, ou ele não taria aqui na terra mais ou se não ele taria atrás das grades, né...

Sobre investimentos e sonhos juvenis, Célia gostava de cuidar de si, comprar roupas e perfumes. Queria ser enfermeira ou médica, pois sempre gostou de cuidar de crianças, o que se tornava um sonho distante quando colocado como uma decorrência do cumprimento do processo de escolarização formal, direito cujo acesso lhe foi dificultado desde muito cedo. Ainda na juventude também participou da construção da casa onde mora, ato do qual se orgulha e faz questão de mencionar.

**Célia, você me falou que trabalhou durante alguns anos, né...** Trabalhei. **E você usava o dinheiro que você ganhava pra que?** Eu usava pra comprar roupa pra mim, eu usava pra ajudar o Emerson dentro de casa. Mais às vezes precisava pra poder comprar um tijolo, né, igual pra descer ali, que foi construindo muito devagar. **Aí você ajudava ele.** Essa casa toda minha tem muita ajuda minha. **A casa foi feita por vocês dois.** Nós dois. **E roupa pra você, você comprava, você gostava de ficar bonita?** Gostava. Comprava roupa, pintura... Perfume. **E aí onde você comprava essas coisas?** Eu comprava na cidade. Assim... **Quando você fala cidade é lá no centro?** É lá no centro. E sempre nesses lugares assim mais barato, né. Assim eu comprava nessas lojas mais baratas... assim, Marisa...

nessas lojas ali do centro. **E você tem alguma fotografia dessa época, Célia?** Não... eu quase não fui de tirar.... Eu quase não era de tirar fotografia, Isabel. Coisa que eu nunca fiz na vida. Eu quase não fui de tirar foto. **E quando você era jovem, assim, logo no começo né, assim, você tinha planos pro futuro, sonhos? Com o quê que você sonhava, assim... quando você era criança...** Ô Isabel, quando eu era mais nova, quando eu era mais nova eu sonhava ser uma enfermeira ou uma médica. Porque eu sou o tipo da pessoa, que a minha mãe me falava, que se você estudar, estudar, estudar mesmo, você vai ser uma enfermeira ou se não uma enfermeira ser uma médica, porque eu gostava muito de pegar... gostava não, ainda gosto ainda, vamos supor se eu pegar um menino... Se eu pegar um neném, se eu ver que o narizinho dele tá sujo, enquanto eu não cutuco, não cutuco, não cutuco e limpo eu não fico satisfeita... (Risos) Se eu ver que a orelha dele tá suja, enquanto eu não cutuco, não cutuco, não cutuco, eu não fico satisfeita. (Risos) Os meus irmãos, às vezes eles já de idade, assim, eu chegava, xovê sua orelha, nossa sinhora tá dando pra poder plantar um muncado de cebolinha! Aí eu cutucava. Aí se eu via uma feridinha eu queria passar um remédio pra sarar, sabe como? **Ah, então você tinha um cuidado, de tratar né...** É. Eu gostava. Gostava e ainda gosto ainda. Eu não tenho, por exemplo, se eu ver assim um velhinho, ou uma pessoa com um neném sujo, assim. Aí eu quero lavar, dar banho, deixar ele cheirosinho, limpinho, sabe como?

Naquela tarde, rimos bastante juntas. A história da juventude de Célia era um pouco mais alegre do que a da sua infância. Novamente, imperam os relatos de carência econômica, mas aparecem relatos de vivências juvenis positivas: as baladas, descobertas e trocas vivenciadas nesse período deram à sua juventude um tom mais comum e uma cadência menos dramática à sua narrativa. Durante o nosso encontro, Célia se referiu a mim algumas vezes como “minha colega”, me trazendo para mais próximo dela. Colegas. Não sou mais “a psicóloga”, que tem um saber e autoridade sobre ela, sou sua colega, compartilhamos histórias íntimas. Sua irmã ligou pra ela enquanto conversávamos, querendo ir à sua casa, mas Célia disse a ela que só poderia recebê-la mais tarde. Disse ao telefone: *“Minha colega veio aqui pra gente bater papo. A nossa conversa da gente é uma conversa assim, é... oculta. Não dá pra poder ficar é... mais de um. É só entre nós.”*

Ao final, quando nos lembramos dos nossos primeiros encontros, Célia confessou que achara que eu era da polícia, uma detetive. Disse que ainda estava em uso diário de crack e que ficara muito nervosa. Eu disse que também fiquei muito nervosa em nosso primeiro encontro. Rimos. Ela repetiu várias vezes o quanto os nossos encontros eram importantes para ela. Disse que recomendou a um colega do bairro, também usuário de crack, que fizesse o mesmo tratamento que ela: atendimento no CAPS-ad e visitas da psicóloga. *“Dá certo.”* Tomamos café juntas e nos despedimos.

Quinze dias depois, liguei para Célia para marcarmos o nosso próximo encontro, para a última entrevista gravada. Ela atendeu o telefone com uma voz rouca e arrastada. “Tudo bem, Célia?” *“Mais ou menos, Isabele. Dei uma escorregada de ontem pra hoje.”* Marcamos de nos vermos no dia seguinte.

### 7.2.2.3 Crack: (im)potência libertária

No outro dia, fui ao encontro de Célia me perguntando como seria revê-la após uso recente de crack. Desde que havíamos começado as entrevistas em profundidade ela estava abstinente e em alguns momentos eu já me perguntara como seriam os nossos encontros se (ou quando) ela voltasse a fumar. Bem, tinha acontecido. Cheguei à sua casa, bati no portão, mas não obtive resposta. Pedi à vizinha para chamá-la pelo muro, como da primeira vez, e logo Célia veio ao meu encontro, dizendo que estava assistindo televisão no quarto, por isso não havia me escutado. Entramos e nos sentamos nas cadeiras ao lado da mesa da cozinha, como sempre.

Célia estava muito agitada, o olhar vidrado. Falava sem parar, sobre o mesmo assunto, sua dosagem de insulina, queixando-se de ter que tomar insulina três vezes ao dia: não queria ficar “se furando” o dia inteiro. Dizia que uma sobrinha que estuda enfermagem estava fazendo as aplicações para ela. Célia me mostrou a receita com a prescrição das dosagens e mostrou-se muito confusa em relação ao seu tratamento e à adequação da medicação prescrita. Perguntei há quanto tempo ela não ia ao médico que fazia o seu acompanhamento da diabetes e ela disse que o centro de saúde estava sem médicos, em função da greve. Da última vez que estivera com sua médica, ela lhe orientara a fazer um mapa glicêmico, através do preenchimento de uma planilha diária com as medições de glicemia, mas Célia se recusava a fazê-lo. Perguntei por que ela não queria fazer o mapa e ela me disse que não agüentava mais “se furar”. Célia reproduziu as palavras ditas à médica: *“Imagine só, um ser humano que tem que se aplicar três agulhadas todos os dias!... Não dá!...”* Eu disse que compreendia o seu incômodo, mas que sem essa informação sua médica não poderia rever a sua medicação e a possibilidade de ficar livre das aplicações ficaria ainda mais distante. Célia pareceu concordar, mas permanecia indignada.

A dificuldade de acesso a um sistema de saúde de qualidade aparecia como uma realidade frustrante. As conversas de Célia com sua sobrinha estudante de enfermagem acrescentaram novas nuances ao modo como a sua relação com o sistema de saúde se constituía, promovendo um pequeno, mas visível movimento de Célia de um sentimento de gratidão pelos serviços prestados no centro de saúde para uma incipiente noção de acesso à saúde como direito de todo cidadão. Disse sua sobrinha: *“Tia, a senhora precisa exigir seus direitos no centro de saúde!”*. Direito de ser atendida, informada e orientada adequadamente e de ter acesso aos insumos e medicações necessárias ao seu tratamento de saúde. Célia estava muito diferente.



O telefone tocou durante a nossa conversa, era seu filho. Escutei Célia dizer: *“Estou aqui com minha psicóloga.”* Voltei a ser sua “psicóloga”, denominação que parecia ter relação com a utilização de um argumento de autoridade, quando era necessário garantir credibilidade. Foi assim com seu filho e com a atendente do centro saúde, quando fomos buscar seus remédios. Quando voltou, Célia disse que seu filho havia ligado por estar preocupado com ela, em função do seu episódio de uso recente. Perguntei a ela o que acontecera e Célia me contou que no domingo anterior saíra para fazer uma pequena feira e deixara a chave de casa na caixa do correio, pois o filho tinha ido para a igreja e poderia voltar pra casa antes dela. No entanto, quando o filho retornou, esqueceu do combinado sobre a chave e foi até a casa da sua avó paterna para saber se alguém tinha notícias de sua mãe. Quando regressou da feira, Célia percebera um clima de acusação e desconfiança entre os familiares do seu marido: *“Onde é que você estava? Aposto que usou.”*, disse sua sogra. Célia ficara furiosa com a desconfiança, especialmente quando o marido chegou e fez coro às insinuações da família. Diante das acusações injustas e da raiva sentida, Célia decidiu por, de fato, fazer uso do crack. *“Só de pirraça, só de picardia.”* Saiu de casa novamente, foi até um fornecedor próximo, fumou e voltou à casa da família do marido *“pra eles saberem que eu uso quando eu quiser”*.

O relato de Célia sobre o episódio de uso foi feito de forma exasperada. Muito agitada, passou a expressar uma série de insatisfações com o marido, dirigindo-se a mim como se estivesse falando com ele: *“Eu não tenho que aguentar a sua lorota, a sua chatice, a sua nojeira todo dia... Não suporto mais a sua bebida!” “Seje mulher igual eu sou e pára com isso! Você é um bosta, Emerson!”*. Célia falava olhando nos meus olhos, falava para mim. Naquele momento encenava-se no palco transferencial o drama relacional de Célia, casada com um marido alcoolista, sem acesso adequado ao sistema de saúde, numa vida que se repetia, reproduzindo um cotidiano monótono e uma existência esvaziada de sentido.

Célia me perguntou se poderíamos ficar próximas à porta pois estava precisando fumar um cigarro, *“mas não é porque eu usei, não, viu, Isabele!”* Sugeri, então, que nos sentássemos na área externa, numa varandinha ao lado da cozinha. Após nos sentarmos, Célia acendeu um cigarro, olhou demoradamente para o céu, e voltou a falar sobre o marido. Revelou que não sofria violência física, mas que vivia sob seus insultos e violência psicológica. Novamente falou dirigindo-se a mim o que dissera a ele: *“Eu não sou obrigada a aguentar homem velho bêbado me enchendo o saco.”* Célia indignava-se com o fato do marido continuar fazendo uso de álcool enquanto ela se esforçava para se manter abstinente. Desabafou: *“Antes eu andava o dia inteiro com essa muiezada drogada. Agora não, por isso*

*não aguento...”*

A raiva do marido e sua condição de opressão apareceram de forma potente nesse encontro. As humilhações e violências sofridas foram assumidas e Célia revelava a mim sua realidade, sem os filtros de adequação ao socialmente esperado. Continuava a reproduzir a conversa com o marido: *“Se não fosse o Kleiton (seu filho) eu ia era viver bonita, trabalhando, ia curtir minha vida.”* Célia repudiava sua submissão aos valores patriarcais e heteronormativos, que a impediam de se sentir viva e produtiva.

Aos poucos, foi se acalmando: *Eu não mexo com isso mas não é por causa de ninguém, é por causa de mim mesma... Eu só quero um pouco de paz.”* Seu humor aos poucos migrou da excitação raivosa para a tristeza impotente. Contou que ficara muito chateada por ter usado e sentira medo de *“voltar com tudo”*. Célia disse que só tinha confiança para conversar sobre isso comigo e com sua mãe. E assumiu que não fora a desconfiança da família do marido que a fizera usar novamente o crack. Na verdade, já vinha, há algum tempo, alimentando a ideia de *“fumar uma pedra”*. Estava se segurando para não fazê-lo, mas quando se via diante dessa urgência, qualquer acontecimento podia se configurar como o motivo esperado para justificar o uso. Cabisbaixa, Célia disse que a única coisa que lhe dava forças para continuar a *“desgraça de vida”* que tinha era seu filho, que ela sabia ser totalmente dependente dela. Se não fosse por ele, não iria se preocupar com mais nada. *“Chutaria o balde.”*

Célia voltou a falar sobre os problemas enfrentados no centro de saúde e contou que tivera que dar a seu filho os seus remédios, já que os dele tinham acabado e ela não conseguira renovar sua receita, uma vez que o centro de saúde estava sem médicos. Para ela a suspensão da medicação a deixara mais ansiosa, o que também podia ter contribuído para a irrupção do seu episódio de uso.

Abruptamente, começamos a ouvir estouros vindos da rua. Célia se assustou, ficou sem saber o que era. Eu também fiquei assustada e preocupada com o carro estacionado na rua. Fomos até o portão para ver o que estava acontecendo. Saímos para a rua (junto com os dois cachorros da casa que pareciam já me conhecer) e notamos que toda a vizinhança havia feito o mesmo. Vimos então de onde vinham os estouros: o bambuzal que ficava em frente à casa de Célia ardia em chamas. O fogo alto e os estouros eram assustadores. Célia me disse em voz baixa que achava que sabia o que havia provocado o incêndio: aquele bambuzal era utilizado por alguns traficantes locais para esconder droga e, pelo visto, havia sido queimado propositalmente. Célia contou ainda que um acerto de contas recente havia deflagrado uma tensão no bairro e que não era a primeira vez que grupos rivais demonstravam sua força.

Ficamos na rua observando o fogo, há uma pequena interação entre a vizinhança, e depois voltamos para a casa de Célia. Disse a ela que precisava ir embora, ela pedia que eu esperasse um pouco, foi até a cozinha e me trouxe algumas folhas de couve, que havia comprado de uma vizinha quando soube que eu iria visitá-la naquele dia. Em nossa despedida, um afeto sincero: *“Gosto tanto quando você vem aqui!”* Meu sentimento era recíproco: *“Eu também gosto muito de vir aqui, Célia!”*. *“Hoje falei pro Emerson que estava mais feliz porque minha colega ia vim aqui em casa.”* Voltei a ser sua colega. *“Você me perdoa por ter feito isso?”*, referindo-se ao episódio de uso. *“Você não tem que me pedir perdão, Célia!”* Nos abraçamos e combinamos de nos vermos novamente na próxima semana.

No meio da semana Célia me ligou, muito agitada novamente. Disse que precisava arrumar um trabalho, mas que em função da quantidade de remédios que tomava diariamente, não conseguia se movimentar nessa direção. Em função disso, enxergava como solução a possibilidade de conseguir um benefício do governo, já que não conseguia trabalhar e precisava ter uma renda própria. Seu relato era confuso, contou que estivera no centro de saúde, mas que não conseguira os medicamentos. Célia disse que os remédios do filho estavam acabando e que ela estava sem tomar os dela, para passá-los a ele. Sentia-se frustrada e revoltada, pois quando estivera no centro de saúde vira na prateleira da farmácia os remédios do filho para dispensação, no entanto, o enfermeiro que a atendera dissera que os medicamentos estavam em falta. Célia estava ansiosa pela medicação, mas ao mesmo tempo, dizia que ela a impedia de trabalhar, o que a deixava frustrada. Era por isso, por saber que precisava da medicação, que Célia me perguntava se eu não poderia emitir um laudo, atestando sua incapacidade e justificando a necessidade de um benefício para ela. Assim, poderia continuar com a medicação e, mesmo sem conseguir trabalhar, ter uma renda própria. Célia revelou então que queria ter seu próprio dinheiro para poder se separar do marido.

Célia vivia o paradoxo da medicação que, ao mesmo tempo que a possibilitava manter-se abstinente, a mantinha “domada”, apaziguada frente ao seu cotidiano insípido. Quando suspendia a medicação, voltava para o crack, que a mantinha energizada, ao menos inicialmente, e fazia irromper desejos de mudança e superação do contexto restritivo no qual se inseria. Naquele momento, eu testemunhava a emergência de um ato enlouquecido de lucidez de Célia.

Célia falou ao telefone sobre seus anseios durante algum tempo. Disse que estava muito agitada, querendo trabalhar, se separar do marido, tudo ao mesmo tempo. E riu. E eu também ri e rimos muito juntas. Calma, uma coisa de cada vez. Concluimos juntas que em primeiro lugar era importante conseguir a medicação dela e do filho. Lembramos da

possibilidade dela conseguir os medicamentos do filho no CAPS onde ele fazia seu acompanhamento psiquiátrico. Esta alternativa apresentou-se tranquilizadora e Célia disse sentir-se melhor. Nos despedimos e marcamos de nos vermos novamente na próxima semana.

Sem acesso ao serviço de saúde integral, consciente de novas possibilidades, “empoderada” pelo nosso vínculo. Célia estava ansiosa, fumando muito, confusa. Mas sem usar crack. Eu também estou modificada pelo nosso vínculo. Compreendo o desejo de mudança de Célia e sua força também me deixava ansiosa. Mais do que qualquer outra coisa, sentia medo do marido dela, de como ele reagiria às suas mudanças.

Na semana seguinte cheguei à casa de Célia e ela estava dormindo, mesmo após eu ter ligado pra ela de casa, antes de sair, avisando que eu iria naquela tarde. Demorou para ouvir meus chamados e os da vizinha. Célia estava sonolenta e fumou um cigarro na varanda antes de me convidar para entrar. Contou que conseguira os remédios no centro de saúde e que agora já estava tudo “nos eixos”. Disse que a tormenta havia passado, que sua cabeça “*voltou para o lugar*”. Que estava muito transtornada na semana anterior, pensando até em se separar do marido. “*Tudo pela falta do remédio. Estava com a cabeça perturbada.*” Célia revelou que seu marido garantia a ela que se ela não conseguisse os medicamentos no centro de saúde ele daria um jeito de comprá-los na farmácia, já que ela não podia ficar sem eles. A suspensão da medicação fizera emergir uma mulher menos domesticada, o que a assustara e ao marido.

Eu tava ficando atingida porque eu tava ficando sem paciência. Eu tava ficando nervosa, aflita, sabe como? Aquilo ali tava me atingindo que eu cheguei até a falar com meu marido. Eu falei, ah, quer saber de uma coisa, vou separar. Eu vou separar de você, você tá bebendo. E eu já não tô atolerando você mais e... E assim, assim, sem pé, sem cabeça, sem nada. Ele já chegava, como é que você tá? Ah, eu, como é que eu tô, ah, eu tô nervosa, eu tô agitada demais!... Ah, vou separar desse homem, vou cascar fora, vou pra casa da minha mãe... Aquelas loucuras que vem na cabeça da gente. Mas, na verdade... na verdade... na verdade eu tava era com a cabeça é... perturbada. Perturbada, sabe como?

Dentre os medicamentos utilizados por Célia estava o diazepam, benzodiazepínico pertencente à classe dos medicamentos ansiolíticos, também chamados de calmantes ou tranquilizantes. Sendo um dos ansiolíticos mais utilizados no Brasil (FIRMINO, 2011), o diazepam possui duas características principais: produz efeito sedativo, reduzindo a ansiedade diurna e amenizando a excitação excessiva; e hipnótico, produzindo sonolência e contribuindo na conciliação e manutenção do sono. (Parr et al, 2006).

Para Carvalho e Dimenstein (2004), o modelo de atenção à saúde em vigor tende a atribuir pouca importância à subjetividade das mulheres, desconsiderando o seu sofrimento e suas angústias, o que favorece a produção de práticas de cuidado que negam o sofrimento

decorrente de problemas sociais e os localizam na forma de sintomas/doenças a serem medicados. Nesse sentido, o estudo de Rabelo e Tavares (2008) sobre uma experiência de trabalho com equipes de saúde da família do município de Goiânia (GO), no qual foram realizados atendimentos em grupo de usuárias prolongadas de benzodiazepínicos, identificou uma série de sofrimentos presentes no cotidiano dessas mulheres, “silenciados” pelo uso de ansiolíticos: a indignação com relação aos maridos, as dificuldades financeiras, a culpa por não conseguirem cuidar dos filhos, a falta de prazer nas relações comunitárias, o desemprego, a dor por serem vítimas de preconceito por serem pobres ou negras ou por morarem na periferia, a desvalorização que sofriam ao assumir os papéis de mulher trabalhadora, dona de casa, mãe, esposa, amante, avó e filha-cuidadora.

Já no estudo de Mendonça (2011) com mulheres consumidoras de benzodiazepínicos há mais de um ano e atendidas num serviço ambulatorial de psiquiatria do estado de São Paulo, as entrevistadas relataram que o consumo de benzodiazepínicos relacionava-se à possibilidade de esquecer não só o sofrimento, mas também os sonhos e desejos não realizados. Os benzodiazepínicos conseguiam, na fala de uma das entrevistadas, “*tirar aqueles pensamentos, as besteiradas da minha cabeça, entende, não fico pensando bobagem.*” (Mendonça, 2011, p. 49). O uso de benzodiazepínicos funcionava, assim, como uma medida disciplinar de controle dos corpos das mulheres que, ao produzir efeitos de fragilização, sabotava as suas tentativas de reação aos papéis de gênero socialmente impostos. Foi exatamente isso que aconteceu quando Célia voltou a tomar seus medicamentos psiquiátricos.

Vê-se assim, em conformidade com Mendonça (2011, p. 46), que “os medicamentos ora são utilizados para suportarem as pressões sociais, ora são utilizados como forma de resistência (reação), ora são utilizados como forma de aceitação de normas impostas socialmente.” Desse modo, aquilo que é considerado desviante em relação a um determinado padrão coletivo passa então a ser passível de medicação e controle. O autor nos alerta, contudo, para o fato de que

Pensar sobre o estar “desviado” sugere expressões como “fulano se perdeu”, “estar desgarrado, “estar descaminhado”. É, portanto, questionar o grupo social ao qual o considerado desviante pertence. Nesse sentido, desviar-se é um ato envolto de conflitos, de disputas, de convencimento, de oratória, de eloquência, de punição, de vigilância, de um reboiço entre a tradição e a mudança, de transformação. (Mendonça, 2011, p. 47).

É por isso que, para Célia, estar medicada e livre dos seus arroubos de independência e liberdade, representados pelos desejos de encontrar um trabalho e se separar do marido,

soavam, a um só tempo, como movimento de luta e transformação e como produto de uma mente transtornada. Desse modo, da mesma forma que a sua medicação se apresentava de forma negativa, como algo que a mantinha sob a violência da norma heterossexual, se constituía positivamente, como recurso que a possibilitava inscrever-se nessa mesma norma.

Sobre isso, Engel (2004) ressalta que, desde o século XIX as mulheres que questionavam sua condição social atrelada à passividade e à vida doméstica foram consideradas doentes, exigindo tratamentos fornecidos pela medicina.

O medicamento é assim uma espécie de corretivo, um auxiliar da disciplina do corpo. Podemos aqui dizer que a função dos benzodiazepínicos é a de reter e controlar a mulher nos lares, controlando o 'nervoso' e fazendo honrar as obrigações determinadas, sustentando um corpo disciplinado com conotações morais. Esta condição apresenta persistência histórica, sendo revelada desde o início do século XX, quando verificamos modulações que vão desde a estrutura urbana aos comportamentos, definindo lugares sociais através da identificação e construção de diferenças e semelhanças, envolvendo, por vezes, classe social, etnia, sexualidade. (Mendonça, 2011, p. 47).

À violência envolvendo as desigualdades de gênero, acrescentam-se as desigualdades de classe e raça/etnia. Sobre isso, Oliveira e Fraga (2002), em pesquisa realizada no município de Sobral, estado do Ceará, discutem que o alto consumo de benzodiazepínicos reflete um hiato comunicacional entre serviços de saúde e usuários, uma vez que estes últimos, muitas vezes, vão ao centro de saúde somente para pegar as prescrições médicas dos benzodiazepínicos, utilizados para amenizar sofrimentos grande parte das vezes provocados por dificuldades socioeconômicas (falta de alimentação adequada, emprego, moradia, acesso à educação). Tem-se, desse modo, a consideração da escuta como recurso essencial nas práticas de atenção à saúde da mulher,

Visto que se ouvirem apenas a queixa de insônia desconectada da vida de relação, o remédio será a primeira resposta a ser ventilada. Por outro lado, uma escuta atenta sobre as condições do sofrimento, vivenciado na forma de insônia, pode gerar uma série de cenários a serem pensados e propostas de intervenção que realmente toquem o sofrimento da pessoa e não apenas silenciem o sintoma (Rabelo & Araújo, 2013, p. 535).

Após experiências frustradas no centro de saúde, Célia conseguira agendar uma consulta, que marcou o seu retorno à medicação, construído a partir de um vínculo significativo com sua médica de referência, que conseguira identificara demandas importantes de Célia, como os esclarecimentos relativos à possibilidade de acesso ao benefício que ela almejava e à revisão do seu padrão de medição de glicemia e administração de insulina. A relação de Célia com o serviço de saúde nem sempre fora favorável, mas nesse momento estabeleceu-se a partir de uma relação de confiança, necessária à compreensão dos seus

processos de saúde-doença e conseqüente adoção de práticas de cuidado de si.

Porque eu falei com ela, ó, você sabe muito bem por qual motivo eu tô tomando esses remédios aqui, né, porque ela é médica nova. Aí ela falou assim, “Sim, eu sei. E como é que tá agora?” Aí ela foi e perguntou pra mim como é que eu tava. E a Rosana (outra profissional do centro de saúde) também perguntou. **Então elas sabem do seu uso de crack.** Sabe, sabe. Aí eu falei, não, eu tô bem, graças a Deus. Eu dei uma escorregadica aí mais foi de liso, foi bem pouco. Aí ela falou assim, “Ah, Célia, uma escorregadica não tem nada a ver, não, o importante é você não ficar no escorregado.” **Não ficar no escorregado. Exatamente.** “Se você caiu em si... isso que é o mais importante.” **Isso que é o mais importante.** Aí essa médica, Sílvia, Dra Sílvia, ela é nova no posto, aí eu falei pra ela, não expliquei muito não, mais por ela ser médica, né, ela sabe por qual motivo que eu tomo os remédios. Aí ela falou assim, “Não, eu sei e como é que você está? Aí eu falei, não, eu tô bem, graças a Deus tô belezinha. “E você tá conseguindo ficar sossegada, quietinha?” Eu falei, tô, tô conseguindo, graças a Deus, tô conseguindo. Aí ela falou, “Meus parabéns, graças a Deus tá tudo sob controle, né?” Aí eu falei, eu dei uma escorregadinha, mais foi uma escorregadinha de nada, mais passou. Porque eu também não tava tendo remédio também. Aí ela falou assim, “Não, mais tem que ver, tem que ter no posto aí seus remédios... a enfermeira tem que dá, fica na salinha da enfermeira.” Aí ela falou, “Gente, cês tem que abrir a boca!” E eu falei, tá danado, porque a gente já num tá passando bem e sai daqui passando mais mal ainda. Eu tô atacada dos nervos, eu tô em tempo de pegar um avião e sair andano aí, porque eu tô nervosa demais e o remédio? Quê que adianta consultar e sair passando raiva? Então é melhor que nem vem no médico, já que consulta e não tem remédio. Uai, se for pra comprar remédio paga o médico particular, uai! **Tá certo. E você gosta do pessoal lá do posto? Dessas meninas, da médica, da enfermeira... elas te tratam bem?** Trata. Trata. Trata bem. Elas são bem legais comigo. Teve uma vez que eu não tava gostando muito delas por causa que eu achava que elas era meu problema. **Como assim?** Por elas ficar me dando insulina. E como eu era o... eu sou o problema, aí veio na minha ideia que eu que era o problema. Porque como que uma pessoa drogada, com a cabeça cheia de droga, ia passar pela cabeça que ah, tá na hora de tomar insulina. Não toma. Não toma porque não come e precisa de comer. Aí passa o tempo, aí a pessoa começa a sentir aquele mal, né. A pressão ou tava alta demais ou tava baixa demais. Eu não sabia se comia. Se comia uma coisa pra aumentar, se comia alguma coisa pra abaixar. Aí ficava aquele vai e vem, por isso que a minha sobrinha falou, “Não, tia, eu vou dar um jeitinho, porque esse problema de diabetes... esse problema da... da... da droga é fácil de resolver, porque você tomou atitude, agora, o problema da diabete é muito perigoso.” Porque é a vida inteira controlando e ela falou, “Eu tenho uma colega que a mãe dela ou a tia dela... perdeu as duas visão. Ela não enxerga.” [...] Sabe, Isabel, na realidade, infelizmente a droga e a bebida é uma coisa na vida do ser humano que é um inferno, Isabel. Eu não fiquei diabética porque eu comia as coisas doces, bolo doce... porque toda vida eu fui docera, toda vida eu... Não é dizer assim que eu... Foi por causa da infeliz da bebida. A bebida. Porque o médico falou comigo, eu tinha internado há muitos anos aí o médico falou comigo, “Infelizmente, Célia, não vou mentir pra senhora nem nada, não. A senhora não vai ficar chateada nem nada não, não, não... Porque o médico ele tem que te dar o diagnóstico do quê que é... Aí ele pegou e virou pra mim e falou que eu tinha é... ficado com diabetes por causa da bebida, por causa da cachaça. Eu bebia demais, Isabel, eu não sei como é que eu consegui parar de beber.

Célia parecia ver no diabetes uma punição por ter sido usuária de álcool. Fazia controle há seis anos e tinha dificuldade em fazer a medição da glicemia e em administrar as doses de insulina. Nesse sentido, o apoio de sua sobrinha era fundamental para que ela pudesse dar prosseguimento ao tratamento. Com a administração das dosagens corretas de insulina e a confecção do mapa glicêmico, uma nova prescrição poderia ser feita, o que poderia reduzir o número de “agulhadas” por dia, que tanto incomodavam Célia.

E eu tô achando também que ela tá me dando muita insulina, muita dosagem, muito forte. Igual eu comentei procê, né... Eu vou esperar pra mim fazer o mapinha. Tá dando tudo certinho. Então minhas fitinhas tá dando tudo certinho. Então eu vou esperar... **Pra poder rever?** É. Quem pode abaixar

é só mesmo a médica. Aí ela falou assim que pode ser que ela vai reduzir, porque ela colocou esse tanto, mais tem que ter cabeça, tem que ter noção, porque colocou um tanto pra mim tomar, eu tava usando droga demais, o que tava acontecendo? Eu usava droga de manhã e ah, não vou tomar, não. Corria e usava droga, quando era de madrugada aí olhava e ia medir aí tava dando aquela altura... aí tinha que tomar insulina, então aí eu mesma tava me descontrolando. Aí eu fui fazer o exame que ela pediu, aí o exame deu descompensado, por isso que ela pediu. Por isso que ela falou, aí ela teve que aumentar.

Mesmo tendo voltado aos medicamentos, Célia ainda mantinha vivo o desejo de movimento e mudança. Queria engajar-se num trabalho, já que descobrira, após consultar a médica do centro de saúde sobre a possibilidade de conseguir um benefício por invalidez, que esta opção não estava ao seu alcance. Célia contou então que estava arrumando, através de uma amiga, um emprego na reciclagem de lixo, para trabalhar na separação de materiais. A carteira não era assinada, mas o INSS era pago. O salário de R\$ 700,00, menos 10% relativos ao desconto do INSS, lhe soava atrativo. Para Célia, uma atividade de segunda a sexta-feira, das 7:00 às 17:00, com direito a café da manhã e lanche da tarde com 15 minutos a mais para o cigarro se apresentava como as melhores condições de trabalho que experimentara até então. Célia ficara entusiasmada com a ideia de ter uma ocupação fora de casa e direito à aposentadoria. Preocupava-se se iria sentir muito sono, mas dizia no fundo acreditar que ele era provocado pela sua inatividade e não pelos medicamentos que tomava.

É eu já tô com quarenta e quatro anos né, Isabel. Eu tenho que dá um jeitinho de ter o meu INSS porque se não vai chegar a época de se aposentar e... eles vão barrar, igual falaram: não, você não pode. Você não contribuiu.

Nesse dia Célia me concedeu sua última entrevista gravada. Falamos sobre o uso de álcool e crack, sobre seu tratamento no CAPS-ad e sobre sua vida atual. Célia começou a beber, aos 17 anos, na companhia do marido. Aos 23 já bebia de forma intensa. Célia atribuía a uma “doença” e às más companhias a causa do seu uso de álcool e crack:

Eu comecei a beber, beber, assim... eu comecei a beber com meus dezessete anos mais sou menos, mais que eu entrei na disparada mesmo eu tinha é... quer ver... acho que eu tinha... ô Isabel, acho que eu tinha uns vinte três, vinte quatro anos, quando eu comecei a beber na disparada mesmo. **E o quê que aconteceu nessa época que disparou?** Ah... o negócio da bebida... eu acho que é uma doença também. Eu acho e eu julgo como uma doença também, sabe por que? Porque tudo leva, leva à droga... infelizmente. Morava também uma infeliz aqui perto, mais já foi embora. E às vezes quando você acorda assim, ah, hoje eu não vou fumar, não, hoje eu não vou beber... na sua cabeça, mais aí... aparece alguém, ô fulana, vamo tomar uma, já tomou uma hoje? Aí você já tá com vontade.

Assim como no uso de crack, também fazia parte da experiência de Célia com o álcool a presença de outras mulheres, mais especificamente, a presença de uma mulher, que se configurava como sua companheira de uso. Célia se sentia mais segura fazendo uso de drogas



com outras mulheres, pois sempre tivera muito medo dos homens.

**E era uma mulher também. As suas companhias assim tanto pra beber quanto pra fumar eram mulheres, né, Célia. Beber assim e fumar crack com homem você fumava? Ah, assim... eu já fumei, mais assim... como é que fala, gente? É... eu fumava em roda de gente, com mais pessoas, de mais gente, de mais gente, homem e mulher. Ah, entendi. Mas assim, você e mais um era sempre uma mulher? Era. E você acha que tinha algum motivo pra ser uma mulher e não um homem? Ah... eu acho que tinha, porque eu sou muito medrosa, né, Isabel. O meu problema é que eu sou muito medrosa. Eu se eu fumar uma pedra de crack, daí cinco minutos mais ou menos eu já tô querendo outra, pra mim buscar essa outra é assim fácil de buscar. Assim, eu até que vou mais eu tenho um medo terrível. Entendeu? Medo de que, Célia? Então, por isso que foi até mais fácil pra mim parar porque ninguém faz isso assim pros outros. Só faz se você pagar. E como acontece esse pagamento? Quando é homem muitas vezes é até em troca de alguma coisa. Aí pra mim é... não rola, eu não aceito, nem... não dá pra mim. Eu acho assim, assim... muito humilhante. Eu acho muito humilhante. Então eu mesma muitas vezes eu ficava com as pernas até doendo de tanto ir. Eu tinha dinheiro pra comprar, vamos supor eu tinha dinheiro pra comprar três, mais na minha ideia eu comprava uma. Eu vou buscar uma porque eu vou ficar só nela. Aí eu fumava mais daí um pouquinho... nossa vou buscar mais uma... Aí a pessoa: por que você não buscou tudo logo de uma vez? E era por isso, né, você não queria, né... usar. Porque eu não queria usar. Mais o inferno desse maldito crack, ele faz a pessoa que usa, se usou um pedacinho, aquilo ali leva a outro, outro, outro... E aí você buscava pra fumar aqui na sua casa? Era. Era. Nosso Deus... era terrível!... Isso é um vício desgraçado na vida de qualquer ser humano. Isso é um vício muito triste, que eu tenho... Eu às vezes eu tenho vontade de chorar só de imaginar que eu já coloquei essa maldita droga na boca. Sabe por que, Isabel, porque isso é a verdadeira droga do demônio, não sei quem que fez, quem que inventou isso. Porque você nunca experimentou e nem queira experimentar, mais é assim... é terrível, é assim... Sabe um grãozinho de arroz? Um grãozinho de arroz é muito pequenininho, né? É. Se eu fumar um grãozinho desse agora de tarde, pra mim a minha vida se transforma num inferno, enquanto eu não achar, eu não arrumar dinheiro emprestado... Empresta com a mãe, empresta com o vizinho e acabar com essa confusão na minha cabeça... Gasta setenta, oitenta reais... não fica satisfeita... Olha pra você vê, que situação...**

Célia falava do uso de crack como algo sofrido e negativo. Dizia que logo que começara a usar ficava muito animada, arrumava a casa toda, sentia-se energizada. Depois, passara a usar por necessidade. Esperava o marido sair para usar e não conseguia fazer mais nada em casa. Deixara, com isso, tudo de lado: marido, filho, casa. Conseguiu esconder o uso do marido durante três anos. Um dia resolveu pedir ajuda, pois ficara insuportável manter o padrão de uso, em função do aumento da tolerância e da presença da síndrome de abstinência.

Chegou a passar uma semana ingerindo somente água e crack. “Eu fiquei pele e osso”. Comprava a droga com o dinheiro que tinha e quando não tinha pedia emprestado aos vizinhos; “um real pra um, dois pra outro, cinquenta centavos lá na frente, até conseguir R\$ 10,00”. Quando contou o que estava acontecendo ao marido e ao filho, o filho foi ao centro de saúde, conversou com a médica e Célia foi encaminhada ao CAPS-ad. Foi quando nos conhecemos no grupo de mulheres. Era sua primeira entrada em um tratamento para a dependência de crack, após cinco anos de uso.

Em nossa conversa em nenhum momento Célia se referiu ao uso do crack como uma experiência positiva. O uso do álcool durante o período em que esteve “no mundo” com um desconhecido fora vivido como prazeroso, assim como o uso de maconha, que tornava tudo

mais alegre. Mas o crack, para Célia, fora sempre sinônimo de desespero, humilhação e tristeza.

Porque é muito triste, Isabel, é muito chato, é muito triste. E o arrependimento que bate... bate um... é pior do que fumar um cigarro de maconha, porque eu já fumei maconha. Eu nunca cheirei esse tal de loló, nunca cheirei esse tal de pó, eu já vi mas nunca tive essa curiosidade, ah, vou cheirar um loló com os meninos, com as meninas, ah, vou cheirar um pó, o tal de “rái”, né, que eles falam, né. **Sim.** Mais maconha eu já fumei, fumei muitos anos maconha, mais aí o inferno dessa miséria dessa tal de pedra, ela não vai me dominar nunca. Porque se fosse, tivesse de me dominar já tinha dominado porque eu tenho muita coisa aqui que eu posso fazer dinheiro e comprar, entendeu, mais eu ponho na minha cabeça, porque que eu vou ficar na alucinação, Isabel? Só fumar, quer ver meu máximo, eu posso fumar até três que o meu marido ele não descobre, que eu consigo, vamos supor na parte da manhã. Na parte da tarde não, porque na parte da tarde ele já descobre e se for na parte da manhã eu consigo dobrar ele. Mais quê que adianta, eu tô dobrando ele, mais e eu? Eu tô escondendo da minha família, tô escondendo dos vizinhos, tô escondendo de você, mais eu tô me ferrando. Pra que eu tô escondendo de mim? Eu não vou esconder de mim. Então, pra mim, não me ajuda em nada. Pra mim eu mesma tô me pagando pra mim me suicidar. Pra quê que eu vou me suicidar se eu posso viver bem? Agora eu deito na minha cama ali ó, agora levanto, tomo um banho, vou fazer janta. Meu marido chega, a gente bate um papo, vou na casa da vizinha, bato um papinho com ela... Uma vida mais tranqüila, né. Agora aquela vida agitada!... **E não tinha algo de bom naquela vida agitada, Célia?** Não... ó Isabel, a miséria, com a licença da palavra, eu não sei por qual motivo que eles foram inventar, menina, essa tal de pedra, e o pior não é isso, o pior do pior é que nem sempre é pedra, é crack de verdade. Infelizmente. Às vezes tem umas que faz a cabeça da pessoa, tem umas que não faz. Só dá aquela... aquela agonia, porque, porque não é o crack de verdade. Eu vi um comentário aí que diz que tava aparecendo um tal de osk (sic) aí e diz que esse tal de osk além de ser mais barato ele mata a pessoa mais rápido. **Porque é o crack, mas numa outra mistura, né.** É outra mistura, igual meu marido tava comentando pra mim, “Nêga, abre o olho, porque esse tal de trem aí vem misturado, cê toma é isso, é aquilo, é aquilo e aquilo... E aquilo ali pode levar você à loucura, cê pode até morrer, então cê abre o olho.” Olha não fala isso não que eu sei que é uma doença, eu sei que é chato, é triste, mais põe na cabeça pra vê. Na realidade é... cê faz uma coisa, cê quer um trem mais... você queima dez reais daí a cinco minutos... não acontece nada e aí você pensa, ah, não... vou fumar mais... ah, não, vou fazer mais... **E quando acontece alguma coisa, acontece o que? Como é que é a viagem, assim?** Acontece assim... bom, fica assim... eu mesma fico assim... Quando escuto algum barulho eu fico imaginando, quem será que tá no portão, aí eu penso, ah, não vou abrir, não. Eu fico com medo. **Então te dá é essa coisa de ficar com medo. E mais o quê que você sente?** Ó Isabel, um prazer tão bobo! **É?** Um prazer assim tão insignificativo que não tem... assim... você tem vontade de ficar assim... parado. Parado. Parado olhando pro tempo. Você fuma um cigarro, fuma outro, passa um tempo você quer fumar outro. **Aí aquilo passa rapidinho e você fica preocupada de tá chegando alguém.** É. Será que vai chegar alguém, será que tão batendo no portão. Aí cê não tem... eu não tenho assim sossego de ficar deitada vendo televisão. Eu não tenho... eu não sei como picar uma carne, eu não sei como descascar uma verdura, eu não tenho... Eu acho que tem que ser rápido, eu não sei como fazer uma comida. Então aquilo ali... parece que eu fico doida, que eu não consigo nem mesmo conversar. Vamos supor se eu fumar e você chegar no portão eu quero te atender você lá mesmo, pra de lá mesmo você já ir embora. **Já encerrar.** É, entendeu? Às vezes minha mãe mesmo já cansou de chegar aí eu falo, ah, mãe, eu vou deitar um pouquinho, eu tô com a minha cabeça doendo, eu tô cansada. Nada, o que eu queria era ficar sozinha. E fico com vontade de ficar sozinha, só, só, só... E fico quieta naquele canto ali só fumando, fumando, fumando. **Por isso que você mesmo me falou um dia desses que muita gente vai ficando sozinho, sozinho vai vendendo tudo, tudo, tudo e só fica a pessoa, o crack e um pano de chão.** É, quando vê a pessoa fica naquele canto ali. A gente vai só... a pessoa vai só ficando ali, sozinha, vai se distanciando. A família é a primeira coisa, porque a família não tá notando, mais você põe na cabeça que a família tá notando. Às vezes o vizinho não tá notando, mais você põe na cabeça que tá, porque, porque a voz muda. Minha voz muda, eu fico assim meia, meia com medo. **E quando acaba, como é que é?** Depois que acaba? Aí bate aquela tristeza, aquela solidão, aquela agonia, sabe. Ó, por que que eu fui fazer isso, se eu não tivesse usado minha cabeça agora tava boa. Eu ia ficar sossegada, tranqüila, eu ia varrer um terreiro. **Dá um arrependimento?** É, da arrependimento. **E na hora que bate, dá alegria?** Na hora não me dá alegria, não... dá só aquela vontade de ficar quieta, sossegada num lugar. Quieta, só fumando. Eu tô lá no quarto eu acho que tem alguém mexendo aqui, aí eu tenho que vim pé ante pé, mesmo sabendo que não tem ninguém. Não tenho nenhuma sensação de alegria, não. Mais é engraçado, menina, não dá sensação de

alegria nenhuma, nenhuma. Porque a maconha já dá sensação de alegria, e você sente fome. Você olha pra cara do cachorro, você acha o cachorro parecido com uma boneca, você começa a rir. Você acha tudo engraçado. Com a pedra não, a pedra ela te deixa ocê deprimido. Agora, por qual motivo? Será por qual motivo? Ela te deixa ocê deprimido. **Por qual motivo?** Ela te deixa ocê deprimido. Deixa ocê deprimido de uma tal maneira, mais de uma tal maneira que se eu fumar, na hora que meu marido chegar eu tô aqui com depressão. Aí eu já entro em depressão, aí ele já sabe, “Você fumou, né, você fumou.” **E como é que é essa depressão? Você fica triste com o quê?** Eu fico assim com a cara fechada, fecho a sobancelha, fico assim fechada. Eu fico assim com a cara fechada, fico assim quieta, aí meu marido, “Ah, porque no meu serviço foi assim...”, eu finjo que não tô nem escutando. Ah é? Tá, então tá... “Ah, porque eu trouxe isso pra você. [...] Preta, você tá deprimida, o quê que foi, cê fumou, né?” Aí eu sou obrigada a falar pra ele, é, eu fumei e eu tenho que fumar mais. E não tem jeito, não tem jeito eu quero fumar mais. E aquilo ali, nossa, aquela agonia, Isabel, que agonia dos infernos. Menina do céu, sangue de Jesus tem poder, que agonia dos infernos.

Célia também comentou que um dos motivos que fizeram com que ela trocasse a maconha pelo crack foi que o crack não deixava tanto cheiro quanto a maconha e por isso seria mais fácil para ela esconder o uso do marido, sugestão dada pela vizinha que a iniciara no uso da pedra. Juntas, como uma de suas colegas, conversamos sobre as características do crack e seus efeitos.

Porque tem umas pedras, tem umas pedras que fazem a garganta queimar, parece que faz... Queima que parece que jogou uma pimenta e tá cortando, fica igual cal, quando a pessoa usa demais. E tem umas que até a água que você toma dói. Isso quando você fuma assim umas dez pedras por aí... Umas dez ou quinze pedras... É por isso que a pessoa fica sem comer, porque ela tira o apetite. Por que que ela tira o apetite, isso que eu queria saber, por qual motivo que ela tira o apetite... Parece que o gosto... parece que o gosto da droga fica ali, assim, no sangue... na boca. A pessoa pode tá com uma fome, Isabel, mais com uma fome de três a quatro dias sem comer nada, se for usuário de pedra, crack, se fumar um pedaço, pode chegar um banquete que aquela pessoa não sente vontade de comer. Não sente vontade de dormir. Não sente vontade de comer. O ferro da miséria do crack ele te afasta de tudo... De tudo. Até da relação sexual te afasta. Mesmo você não querendo. Quando você assusta já passou muito tempo e você não sente vontade, você não sente vontade, você não lembra, sabe como? Aquela situação assim... Por isso que meu marido foi ficando preocupado, preocupado, né... Porque eu nova demais, né, ele novo... A nossa vida tava assim... a gente tava vivendo assim, quase que igual... irmão. Aí quê que acontecia... Ele assim, como ele é homem e necessita de mulher, ele me procurava... Só que eu ficava com ele, só que assim... só por obrigação, entendeu? Só por ficar mesmo e pronto. Não sente vontade de tomar banho, pra tomar banho é uma peleja que só Deus. Principalmente se você tiver em casa. Aí você leva pro banheiro. Despidadamente... Ah, quantas vezes... Nossa, cês tão me atrapalhando eu aqui olha só... Ah, eu tô no banheiro, quero fazer cocô, nossa, esqueci de ligar o chuveiro! Mais era só pra fumar o diabo do trem, aí fumava, nossa senhora, e esperava a água esquentar. Ah, meu chuveiro tava até pegando fogo e meu marido ta, tá, tá... na porta do banheiro. **E não dá cheiro não, fumaça?** Dá, mais dá um cheiro assim muito fraco, assim, de borracha queimada. Conforme, né... isso aí varia, de pedra, de crack pra crack. Porque tem uns que dá aquele cheiro. **Então dá pra usar no banheiro sem a pessoa que está do lado de fora sentir o cheiro.** Dá, às vezes dá. Mais como meu marido não é bobo, não tem como. Esse foi um dos motivos que eu me enfiei nessa bobeira, porque eu usava maconha, mais maconha fedia. Vamos supor, se eu fumasse lá no portão, se eu fumasse aqui dentro de casa, quando você chegasse você sentia o cheiro lá de fora. Aí essa infeliz da minha colega falou, “Ô, boba, a pedra não. A pedra não deixa cheiro e faz a cabeça.” Faz tanto a cabeça que hoje eu tô pagando o preço pra poder ficar livre dela...

Ao final, quando falamos da sua vida atual, Célia disse que agora estava feliz. Que passara por uma fase de muita tristeza, mas que agora, sem o crack, sentia que podia viver em paz. *“Eu sofri na minha carne, na minha pele, no meu sangue e na minha cabeça. E no meu*

coração.”

Graças a Deus eu tô muito feliz viu, Isabel, pra te ser sincera eu tô muito feliz. Pra te falar, há uns tempos atrás aí eu tava muito triste... muito triste... muito triste... Nada pra mim nessa casa tava legal. Nessa casa eu ficava era com raiva. Eu ficava era com vontade de sair, sabe, e só chegar de noite ou talvez nem chegar... Agora eu fico em casa, fumo um cigarro, deito, assisto televisão... Às vezes eu fico imaginando, gente, como que a vida pode ser boa, né... Já antigamente, não. Antigamente essa casa ficava suja, bagunçada, tava dando cinco, seis horas da tarde, quase na hora dele chegar eu olhava no relógio, assim. Você olhava prum lado você via sujeira. Você olhava pro outro você via sujeira. E aquela roupa suja... E aquele monte de vasilha, aí já tava quase na hora dele chegar, aí eu começava a lavar vasilha. Quando ele tava chegando eu tava lavando vasilha, só tinha lavado acho que duas ou três panelas...

Célia ocupava-se quase que exclusivamente com as atividades domésticas. Fragilizada fisicamente, considerava-se inapta para o trabalho e dizia gostar de ficar em casa, onde se sentia protegida e tranquila.

Eu também nunca gostei de sair não, Isabel. Sempre gostei de ficar mais quietinha em casa... Sabe, minha irmã mesmo mora aqui em cima, eu fico dois dias sem ir lá. Eu não gosto muito de vizinho ficar vindo na minha casa, eu não gosto de ir na casa de vizinho. Eu falo pro meu marido, é o seguinte, que eu sou é... não é bicho do mato, não. Eu gosto de ficar mais sozinha, eu gosto de ficar vendo televisão... **E o quê que você gosta de ver na televisão?** Ah, eu gosto de ver é... jornal, desenho. Eu gosto muito de ver desenho. Eu gosto muito de desenho. Às vezes eu compro uns filmes desses piratas aí e assisto. **Ah, é? E qual foi o último filme que você assistiu?** O último filme que eu assisti foi o... o último que eu assisti foi o... ô... ô gente, como é que chama? Eu até emprestei ele pra colega minha e ela falou que ia trazer e não trouxe. Ah, era de faroeste, faroeste, ah, gente, eu esqueci o nome dele, eu acho que era De Jango, muito legal. **E você gostou?** Gostei. Gostei demais, é esse mesmo. De Jango. Eu emprestei o DVD pra ela foi antes de ontem e ela não me devolveu. Aí esse filme foi dentro do aparelho. Aí ela pegou ontem e eu falei com ela pra devolver meu filme. É legal esse filme, né. É pirata o que eu comprei. É legal demais. Eu também gosto muito de filmes de comédia. Gosto de filmes de histórias de amor, eu gosto. **Fala o nome de um outro filme que você assistiu, por esses tempos. Que você gostou.** Ah, deixa eu ver... Ah, um assim... Ele não é terror, terror, terror, não... Assim ele é assim tipo de romance. Sabe como? Ele parece que ele é um vampiro, ele é um vampiro e ele sobe nas árvores sabe como? Ele voa com a mulher. Ele é legal, eu esqueci o nome dele. **Há deve ser aquele é... Crepúsculo.** Crepúsculo! É ele. Eu tenho ele aí. É Crepúsculo... Eu gostei dele. **Então você gosta de ver filmes.** Gosto de ficar quietinha...

Célia gostava de assistir filmes que provocavam fortes emoções. Em sua vida, contudo, buscava tranquilidade e recusava inquietações. Talvez esta fosse uma forma de elaboração de sua abstinência, forjando uma vida sem desejo: “*Não sinto falta de nada.*”

Eu Isabel, pra ser sincera e te falar eu gosto de todos os filmes mais os filmes que eu gosto mesmo é a coisa mais estranha da face da terra. Meu filho fala assim, “Ô mãe, eu não consigo entender como é que uma pessoa normal pode gostar desse tipo de filme assim.” Eu falei, mais eu gosto, não é que eu tenha assim... Mais eu gosto. Eu gosto muito sabe de que tipo de filme? De terror. Eu gosto de filme que dá emoção, que dá aquele suspense, sabe, aquele terror... Sabe igual aquele que eu assisti é... lembro até o nome é... aquele que a menina assustou, sabe? O Exorcista. Aquilo ali foi muito feio... eu fiquei assim... **Você já foi ao cinema, Célia?** Já. Eu falar com você uma coisa, Isabel, você não vai acreditar. Eu fui no cinema uma vez só. Foi um dia desses, meu filho falou assim, ah, vamos nós três... vamos cascar fora pro cinema. Vamos passear. Vamos pro cinema. Eu falei, ah, cês lá é que sabe. Mais vai passar um filme aí cês anima a querer ir? Mais eu tô assim muito desanimada de sair de casa. Vai

dando a tardinha assim eu gosto de ficar dentro de casa, tomar meu banho, fazer janta, ver novela... Sabe porque, Isabel, que eu penso assim, que eu sou assim, que eu penso assim... eu quero é descansar, sabe como? Eu tô nova pra poder pensar dessa forma. Mais eu me sinto assim, o que eu quero é sossego. Eu não gosto de ficar indo pra casa dos vizinhos. Na casa da minha mãe às vezes eu vou assim, eu vou, mais é dez, vinte minutinhos... Já tô voltando pra trás. **E você fica bem dentro de casa?** Fico! Nô... Eu canto. Eu ligo meu rádio aí ó... Minha vizinha virou pra mim e falou assim, ô Célia, eu tava era pensando lá em casa, você não sai pra lugar nenhum... Você não vai em lugar nenhum. Mais é porque eu não quero. É porque eu não quero. Porque vamos supor for um dia de domingo eu levantar cedo e falar, ô Emerson, vamos no Zoológico, vamos no Parque Municipal, vamos assistir um filme... vamos pro shopping, vamos levantar nós três... até que eu animo. Mais eu não animo não! **Você não sente falta, não?** Não. **E do quê que você sente falta?** Ah, Isabel, assim... Eu não sinto falta de nada, não. **Não?** Não. A única coisa que assim eu sei é que, tá certo, que eu tô muito nova pra pensar desse jeito, mais eu quero é descansar. Eu não gosto assim muito de bagunça, de conversa, de... às vezes essa minha irmã me irrita sabe, porque ela... Ela quer vir, quer ficar batendo papo. **Entendi.** É... Eu gosto de ficar mais na minha, mais sozinha, mais na minha, sabe. Parece que eu já acostumei ser assim.

Aqui é relevante mencionar que, do mesmo modo que o insuportável da vida doméstica se revelara no último episódio de uso de crack, com sua suspensão, Célia se voltara para sua rotina de poucos estímulos, agora nomeada como tranquilidade. Célia também falou do tratamento ofertado no CAPS-ad e da importância dos nossos encontros:

Esses dias eu falei com a minha vizinha, olha aqui dona Riqueta, eu tô com uma colega, uma psicóloga, que eu acho que eu tirei uma sorte grandona. Porque é poucos que tem o privilégio, vai lá em casa de quinze em quinze dias, uma vez no mês, uma vez no ano. Marca de ir lá em casa, a gente bate um papo... E eu tô me sentido tão bem!... Igual o CAPS-ad, ele também ajuda a gente... é com remédio que eu sei que ele ajuda... Por isso, eu não posso falar, assim, que eu tô liberta. Eu sei que eu não posso parar de tomar o remédio, eu só posso parar de tomar o remédio daqui há uns dois anos, aí eu posso parar de tomar o remédio. E o negócio é o seguinte, a pessoa tem que querer, porque lá no AD é o seguinte, a pessoa se não quer... igual ó... eles dão passagem, alimentação... te tratam ocê como se fosse uma rainha. É ótimo! Esse tempo todo que eu tive lá, eu tive lá numa fase que só Deus. Eu fui muito bem tratada. Só tenho a agradecer, primeiramente a Deus e ao povo de lá. Às vezes fico até querendo ligar pra agradecer as meninas lá. **Ah, Célia... elas ficariam muito felizes!** É mesmo. Aquela que é a... a... Ela era a minha técnica, é... a Dione! Um amorzinho de pessoa. E também a médica, aquela... uma branquinha, branquinha... branquinha... Esses dias um colega meu chegou muito triste, nossa, Célia, eu queria tanto ter essa força que você tem. Eu falei, ô... a psicóloga vem aqui em casa, a gente conversa, graças a Deus tá assim, beleza. Nossa senhora parece que eu nasci de novo. Parece que eu nasci de novo. Então lá no CAPS-ad cê tem que querer, cê ganha passagem pra você ir e voltar, cê toma os remédios lá, cê toma os remédios lá pra você vir embora... E se você precisar você vai passar por psicólogo, psiquiatra e não sei mais o quê lá, se você precisar... Lá cada um é cada um. E outra coisa, tem gente lá que só vai pra passar na favelinha, que ali onde a gente pega o ônibus bem pra cima ali que tem um lá que vende. Aí tem a reunião e aí um vai e busca um pouquinho e o outro vai e busca um poucão. Aí vão fazer uma reunião e um vai e usa... Aí não vai adiantar ter frequentado. Parece uma coisa dos homens porque eu fiquei lá oito meses e pouquinho mais ou menos, tá certo que eu andei escorregando, foi quatro ou cinco vezes, não sei. Só que depois firmou a minha cabeça. No final, a médica que me deu alta ainda falou assim ainda, “Ô Célia, se algum dia você vier a precisar desse mesmo recurso aqui então você pode ligar pra cá que a gente vai aceitar você do mesmo jeito.” Eu achei isso muito bonito da parte dela. E eu quero ligar pra ela. Só não sei que dia que ela tá lá, me parece que é quinta-feira, né? **Mesmo se você não acertar o dia...** Eu vou ligar...

Quando terminamos a entrevista, disse a Célia que eu agora iria demorar um pouco para vê-la, pois iria ao encontro de outras mulheres da pesquisa, mas que retornaria até o fim do mês. Ela quis saber como estavam as outras mulheres e me disse para falar com elas que

ela estava bem, para animá-las. Conteí a ela um pouco sobre como estava a coleta de dados e constatei, mais uma vez, que o meu vínculo com Célia era um dos pontos mais importantes da minha pesquisa. Sustentar esse vínculo ainda era algo que me assustava e em alguns momentos eu buscava em recursos objetivos externos à nossa relação uma tentativa de delimitação da fronteira da nossa interação. Foi por isso que ao chegar ao encontro daquele dia eu retomara com Célia a proposta da pesquisa e as definições do termo de consentimento livre e esclarecido.

Na semana passada você tinha me pedido pra fazer um atestado e eu falei que eu não venho como sua psicóloga, né. *Hum*. Na verdade, eu tô fazendo a pesquisa, né, você tá lembrando direitinho? *Tô, tô, tô... eu tava até olhando ali o papel, né. É. Ai eu tava lendo ali, eu falei, não, é, realmente, é... a Isabel, ela tá vindo fazer uma pesquisa. Isto.*

Célia me ensinava, contudo, que não era a objetividade do termo que organizava nossos afetos, mas a qualidade do vínculo estabelecido, especialmente no que dizia respeito à oferta de uma escuta atenta e de uma possibilidade de elaboração de uma fala sobre si. E assim, mesmo afirmando saber que a nossa interação se configurava como uma coleta de dados de pesquisa, Célia me convidava a sustentar o nosso encontro. Quando estávamos nos despedindo, Célia me perguntou se eu poderia ir vê-la aos sábados se ela assumisse o emprego na reciclagem, *“já que à noite é perigoso”*. E acrescentou: *“Eu não quero ficar afastada de você, não!...”* Senti-me tocada. Também queria continuar e garanti a ela que continuaríamos nos vendo.

Falei com Célia por telefone, 15 dias depois. Ela me atendeu alegremente e eu pude sentir que ela estava bem. Disse que estivera mesmo pensando em mim, pois sentira muita vontade de fumar crack no dia anterior. Havia recebido um dinheiro do seu marido, para despesas domésticas, e precisou “se segurar” para não ir comprar. Como estratégia, foi à casa da sobrinha, com quem ficou conversando até a vontade passar. Célia estava feliz por ter conseguido. Ela me contou, então, que resolvera não pegar o trabalho na reciclagem do lixo, pois tanto o seu marido quanto o seu filho acharam que ela não precisava trabalhar, que eles poderiam bancar suas despesas, que ela ficaria muito cansada e com sono por causa dos remédios e que não agüentaria o serviço de casa no fim do dia. Perguntei se ela concordava com os argumentos deles e ela respondeu que sim. Com esta decisão, desfazia-se o último resquício do movimento deflagrado pelo recente episódio de uso do crack. As críticas ao marido, a insatisfação com o casamento e o desejo de ter um trabalho e se separar, foram idéias consideradas inadequadas, efeito de um período em que estivera transtornada. Agora,

novamente sob efeito da medicação, Célia voltava ao cotidiano doméstico, ainda sentido como monótono e tedioso, características por sua vez que apareciam sob as vestes do adequado. *“Graças a Deus eu tenho um marido bom, que não me deixa faltar nada.”* Célia acreditava que a insistência do marido e do filho para que não trabalhasse era uma prova de amor e uma forma de proteção. Célia permaneceria em casa, cuidando dos afazeres domésticos, submetida ao lento passar dos dias e ao vazio de uma existência marcada por restrições. Cruelmente, fora exatamente este cenário que a levava ao uso de álcool e crack: tédio, isolamento e sentimento de inutilidade. Já que desistira de trabalhar fora, Célia se preocupava com sua inatividade e a necessidade de ocupação do tempo, especialmente para que não tivesse *“vontade de usar droga”*. As alternativas que passaram pela sua cabeça foram cuidar da casa, visitar a mãe, cuidar da sua saúde e da saúde do seu filho. E assistir seus filmes na televisão. Ao nos despedirmos, Célia disse: *“Que bom que você ligou! Eu gosto muito de você, Isabele!”* E eu gosto muito de você também, Célia.

Mais 15 dias e um novo contato telefônico. Dessa vez foi Célia que me ligou, para dizer que estava muito bem e que queria me dizer isso. Contou que fora ao centro de saúde e que a médica dissera que ela estava ótima, que ela era a paciente dela que mais progredira no último mês. A médica reduziu a insulina e fez uma revisão na prescrição dos psicoativos. Célia estava muito feliz. Contou que nesse período não tivera vontade de usar crack, nem quando um amigo viera até a sua porta convidá-la para usar. Célia falou da importância do apoio da sua sobrinha, estudante de enfermagem, que a auxiliava no monitoramento do diabetes, na aplicação da insulina e que estivera com ela no centro de saúde. Contou que engordou 13 kg desde o início do ano, quando parou de fumar crack, e que seu marido e seu filho estavam muito felizes. Célia também estava feliz.

Falei com Célia mais quatro vezes por telefone, em intervalos quinzenais, antes de retornar à sua casa pela última vez. Em uma dessas vezes, quando eu falei a ela que em função de várias demandas de trabalho não estava conseguindo ir a sua casa, ela me disse que não tinha problema, que enquanto não dava para eu ir até lá *“a gente podia ficar namorando por telefone”*. Contou que estava fazendo biscoitos para sua mãe e disse que quando eu fosse visitá-la ela faria um bolo de cenoura para comermos, tomando café. O nosso vínculo se manteve forte e achei muito relevante o fato dela estar usando o seu dinheiro para proporcionar bem estar – neste caso específico, as quitandas – para ela, sua casa e as pessoas de quem gostava.

Numa outra ligação, Célia me contou sobre episódios de violência decorrentes de guerra entre facções do tráfico de drogas em seu bairro, com assassinatos virando uma rotina.

Ela se mostrou triste e com medo. Disse que me havia me ligado para dizer que eu não deveria ir até a sua casa por aqueles dias. Já estávamos no final do mês de outubro de 2013 e combinamos de nos encontrarmos no final do ano, para conversarmos sobre a vida e matarmos a saudade. Nosso próximo contato telefônico não foi num bom dia, Célia estava triste quando me ligou. Queria saber quando eu iria lá. Disse que comprara um presente para mim e que não via a hora de nos encontrarmos. Marcamos a data do nosso encontro para dali a 15 dias.

Voltei à casa de Célia depois de alguns meses. Ao chegar na porta da sua casa estacionei o carro em frente a uma casa vizinha, onde alguns jovens encontravam-se sentados, fumando maconha. Dei boa tarde a eles ao descer do carro. Aquele era o único lugar onde era possível estacionar. Bati no portão de Célia e antes que ela o abrisse avistei o carro da polícia entrar no beco e os jovens dispersarem. Os policiais pararam o carro e abordam os jovens. Entrei pelo portão. Nosso encontro foi caloroso. O encontro de duas colegas. Ela me pareceu bem disposta. Célia me disse que estava bem, que estava se cuidando, que a diabetes estava controlada. Conversei com ela novamente sobre a pesquisa e sobre a importância da sua participação. Entreguei a ela um presente: uma caixa de madeira com colares. Um presente para ela ficar ainda mais bonita. Ela adorou. Ela também me presenteou com um sabonete líquido e um creme hidratante. Fiquei muito feliz com o seu presente. Célia me contou sobre os episódios constantes de violência no bairro – assassinatos, execuções, batidas policiais. Disse que “a coisa estava feia” e que todos viviam com medo. Contei a ela que vi os jovens ao lado da sua casa serem abordados pela polícia e ela disse que a região estava muito complicada. Contou que as batidas policiais eram constantes porque estavam aparecendo carros roubados frequentemente em sua rua. A conversa me deixou apreensiva, com medo de ser abordada ao sair. Tomamos café, comemos bolo e conversamos sobre assuntos diversos. Ao final, Célia vai comigo até o carro. Não havia ninguém na rua. Nos despedimos com um longo abraço. Sorrimos uma para a outra. Entrei no carro, já me sentindo distante do Xodó Marize.

Ainda falei com Célia mais uma vez, dois meses depois. Ela estava bem. Conversamos como amigas por telefone. Ela me contou sobre a sua irmã, que estava internada com problemas no pulmão, sem previsão de alta. E também me contou que no fim de semana anterior fora tomar banho de rio com familiares. Fora um passeio muito bom, em que puderam curtir a vida: “*A vida tem dias de felicidade!*”, disse Célia.



## 8 ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA: ALGUNS ELEMENTOS PARA A REFLEXÃO

A história do ‘cuidado’ e das ‘técnicas’ de si seria, então, uma maneira de fazer a história da subjetividade; mas já não através das separações entre loucos e não loucos, enfermos e não enfermos, delinqüentes e não delinqüentes, mas através da formação e das transformações em nossa cultura das ‘relações consigo mesmo’, com seu arcabouço técnico e seus efeitos de saber. Desse modo, se poderia retomar desde outro ângulo a questão da ‘governamentabilidade’: o governo de si por si mesmo, na sua articulação com as relações com os outros. (Foucault, 1997, p. 111).

Nesta tese, assumimos como hipótese inicial que o uso de drogas por mulheres se constituiria no interior da norma de gênero, responsável pelo estabelecimento de contornos específicos a esta experiência. Para a investigação desta hipótese, realizamos uma revisão de literatura que revelou a predominância de discursos científicos sobre uso de drogas por mulheres articulados no interior de concepções binárias de gênero, heteronormativas, que instituíam, portanto, inteligibilidades e modos de vida e adoecimento específicos a homens e mulheres.

Tendo a revisão de literatura confirmado o argumento inicial da tese, era necessário ainda, para conhecer os contornos específicos relacionados à experiência de mulheres com o uso de drogas, avançar para além dos limites da produção de discursos sobre drogas feita pelos especialistas, indo ao encontro da fala das próprias mulheres, legítimas enunciatórias do seu cotidiano e da sua relação com as drogas.

A escuta das mulheres representou, portanto, o encontro com a produção de *diferenças*, que desarticularam sentidos fixos e desafiaram inteligibilidades orientadoras das práticas profissionais a elas direcionadas. A interpelação resultante deste encontro indicou possibilidades de experiências com drogas até então desconhecidas e somente por mim compreendidas de maneira parcial e incipiente, por, entre outras coisas, desestabilizarem os ideais de normalização hegemônicos, aos quais eu também me encontro submetida. Assim, mais do que nos fazer um convite, esse movimento em direção à escuta das mulheres nos impeliu ao reconhecimento dos limites dos nossos saberes e práticas no campo dos cuidados oferecidos às mulheres que usam drogas, inaugurando a possibilidade de um outro e novo olhar sobre suas questões.

### 8.1 Da normalização biopolítica às possibilidades de governo de si

Como primeiro apontamento resultante deste trabalho, ressaltamos os limites que a condição de “usuária” de um serviço de saúde mental especializado em demandas

relacionadas ao uso de drogas estabelece à enunciação de um saber válido das mulheres sobre si mesmas. Desse modo, as mulheres permanecem sendo vistas pelos especialistas a partir do dispositivo da medicalização (Fiore, 2002), ou seja, como sujeitos com direito à saúde e cuidados assistenciais especializados. Decorre disso que somente de maneira muito incipiente observamos sua emergência nos serviços como sujeitos cuja fala, legitimada, é considerada na elaboração das práticas profissionais do campo. Desse modo, as mulheres são alçadas à condição de objeto de uma intervenção institucional fundamentada na normalização biopolítica (Foucault, 2008), que se ocupa menos com a escuta da sua singularidade e mais com a gestão da sua saúde e dos seus corpos.

Assim, tendo em vista que os sujeitos aqui em questão são *mulheres* que usam drogas, nessa normalização evidenciam-se controles exercidos de modo especial em torno dos ideais heteronormativos de vigilância sobre seus corpos, em detrimento de uma atenção focada na escuta de suas necessidades “reais”. Por generalização, decorre disso que a maioria das práticas de cuidado direcionadas às mulheres no âmbito familiar são focadas no atendimento às suas necessidades alimentícias, de sono, higiene e repouso, e encaminhamento para os serviços especializados em desintoxicação, práticas vistas por elas como ações de controle sobre sua vida e punição pela sua situação de dependência (Santos & Silva, 2012) e não como ações reconhecidamente de “cuidado”.

Outro ponto a ser ressaltado é que as mulheres que participaram da pesquisa se apresentaram em sua condição de abertura e construção, cuja identidade vinha sendo performativamente constituída pelas experiências vividas no seu cotidiano. (Butler, 2003). Essa condição de abertura, contudo, foi muitas vezes reduzida apenas ao seu caráter de instabilidade e não-adesão, sendo geradora de frequentes fissuras na lei regulatória institucional, que provocavam a necessidade de rearticulação de procedimentos e faziam vacilar os saberes constituídos a seu respeito. Assim, o que muitas vezes era nomeado como indisciplina, poderia ser visto como um movimento de interpelação às inteligibilidades instituídas no serviço: ao se apresentarem em sua existência sempre mutante e enunciarem um saber sobre si mesmas, as mulheres materializavam aquilo que, de algum modo, escapava aos dispositivos de normalização (Foucault, 1979) e nunca se conformava completamente às normas. (Butler, 2001). Assim, impunham sua presença com um corpo que escapa aos ideais normativos de gênero, recusando saberes pré-concebidos e generalizantes sobre sua condição, inaugurando o que Foucault (1997) nomeou como “governo de si”.

Aqui cabe destacar que,

ao conferir importância às práticas de si, [Foucault] não defende uma posição individualista; defende, ao contrário, que estas práticas se inserem num contexto mais amplo de práticas sociais, constituindo-se enquanto pontos de resistência aos diferentes modos de governar que, ao longo dos séculos, impuseram aos sujeitos determinadas formas de ser. (Grabois, 2011, p. 106).

Trata-se, assim, para Foucault (2004), de um ato político, que se constitui através do conhecimento de si e que implica também em relações complexas com os outros, relações estas que, nesta tese, são vistas como essenciais no processo de elaboração de estratégias de cuidado e preservação no uso de drogas. Na trajetória de Isaura, por exemplo, uma relação nos termos aqui colocados foi estabelecida com o serviço de saúde, quando, a partir do processo articulatório da prática profissional, novos sentidos puderam ser dados à sua experiência com drogas, inserindo-a em uma cadeia discursiva cujos elementos de nomeação não se restringiam aos diagnósticos de “esquizofrenia” ou “alcoolismo”.

Para que esta possibilidade se concretizasse, contudo, foi necessário que as identidades fixas atribuídas a Isaura, em especial a identidade de “usuária de drogas”, fossem desarticuladas, a partir da entrada de novos elementos no jogo articulatório que estabelecia as prescrições normativas sobre ela. Portanto, se como efeito de regras que a precederam, através da repetição de atos, foram constituídas as identidades de “louca”, “doente” ou “drogada”, a partir de outras nomeações, novos atos puderam ser executados e repetidos, de modo que, ao ser nomeada como “militante da saúde mental”, uma torção nas inteligibilidades hegemônicas se deu, fazendo emergir novas posições de sujeito.

Retomando Foucault (1997), a recusa aos saberes pré-concebidos e generalizantes sobre a condição de usuária de drogas pode fazer emergir pontos de resistência aos diferentes modos de imposição de formas de ser, inaugurando para os sujeitos possibilidades de “governo de si”, articuladas a partir de relações que, ao fazerem vacilar os dispositivos de normalização vigentes, articulam cuidado e política.

Aqui cabe ressaltar com Butler (2006), contudo, que a norma rege a inteligibilidade cultural, definindo quais nomeações e práticas são reconhecidas, impondo uma rede de legitimidade sobre o social e definindo os parâmetros do que aparecerá e do que não aparecerá em sua esfera. Desse modo, Butler (2006) chama atenção para o fato de que pensar novas posições de sujeito “fora da norma” constitui tarefa complexa, já que, se a norma dá inteligibilidade e normaliza o campo social, então, estar “fora da norma” significaria, ainda, estar definido em relação a ela, instaurando um paradoxo. Assim, a tentativa de se esquivar da norma produz exemplos “aberrantes”, como o modo singular de relação com as drogas elaborado por Suzane, que terminam por serem explorados pelos poderes reguladores

(médico, psiquiátrico e legal, entre outros) com o fim de reforçar as razões para a continuidade de seu próprio zelo regulatório. Portanto, a questão fundamental colocada por Butler (2006) também aqui se apresenta como essencial e segue sendo: quais desvios da norma podem interromper o processo regulatório em si mesmo?

A discussão aqui realizada evidencia, ainda, a permanente tensão entre diferentes e, em muito, divergentes modos de engajamento com o mundo, pautados na consideração da vida em sua *extensão* ou em sua *intensidade*. (Vargas, E. V., 2008). Engajar-se visando a extensão, a vida longa e saudável, ou visando a intensidade, a opção pela excitação e pelo êxtase, coloca-se como questão sem solução, atravessada por posições subjetivas e condições concretas de vida. Sobre a opção pela intensidade, cabe lembrar que o uso de drogas como forma de enfrentamento ao tédio vivido no âmbito doméstico foi um ponto relevante da trajetória das mulheres que participaram da pesquisa. Compreendido como um elemento mobilizador ao invés de paralisador, o tédio faz ver o reino do essencial, e “revela a imprescindível e insubstituível necessidade humana de engajamento em ações com sentido.” (Morales, 2012, p. 125). Assim, ao encontrarem no uso de crack uma saída para o tédio, as mulheres explicitaram o vazio de sua existência e mobilizaram-se em busca de algo que poderia lhes conferir movimento e sentido, ainda que de modo fronteiro às normativas sociais.

A seguir, apresentaremos algumas reflexões sobre a importância do vínculo e da relação de intimidade para o acompanhamento dos modos singulares de engajamento com o mundo e para a elaboração de estratégias de cuidado e preservação no uso de drogas por mulheres.

## **8.2 Acompanhando modos de vida singulares: um cuidado que se faz *no* e *pelo* vínculo**

A partir da compreensão do cuidado como um conjunto de tecnologias corporais, vinculares, subjetivas e políticas (Epele, 2012, p. 247), problematizamos nesta tese a oferta de cuidados a sujeitos que realizam ações que envolvem graus variáveis de prazer e de dano e que, por isso, são socialmente punidas e criminalizadas. Consideramos, assim, que

promover o questionamento sobre o cuidado, no que diz respeito ao uso problemático de drogas, uma das áreas mais complexas da vida cotidiana dos setores populares, envolve a produção de uma nova visão baseada na pesquisa e no debate sobre problemas de longa data, com genealogias complexas e futuros incertos. Também abre a possibilidade de produzir novos e múltiplos canais, institucionais e informais, geradores de novos laços sociais e subjetividades. (Epele, 2012, p. 248).

Neste sentido, Kleinman (2009) indica a necessidade de dissociar a racionalidade técnica do saber biomédico do que aqui chamamos de “oferta de cuidado”, atividade complexa que consome tempo e recursos financeiros, exigindo compromisso diário e atenção e sendo, por isso, produtora de angústia, conflitos e incertezas. É esta oferta de cuidado, experimentada por mim na relação estabelecida com Célia, que, pautada no envolvimento entre as partes pode ser geradora de laços sociais capazes de sustentar a compreensão de modos singulares de engajamento com o mundo e de relação com as drogas.

Por outro lado, a noção de cuidado também deve ser compreendida a partir das lógicas de poder que normalizam e controlam a vida das populações e participam dos processos de produção de sujeitos. (Epele, 2012). Assim, a partir do reconhecimento das diversas formas de cuidado é possível identificar o modo como práticas e saberes modelam os corpos sociais e individuais, convertendo a saúde em paradigma da moral (Crawford, 1994). Desse modo, até mesmo as práticas de cuidado de si ou o autocuidado referem-se a modos com que o poder, apoiando-se nos sujeitos individuais, promove o desenvolvimento de atividades de controle e normalização (Foucault, 2006), responsabilizando os próprios sujeitos por seus resultados, ou seja, por sua saúde e suas doenças. Na narrativa de Célia, por exemplo, vimos que muitas vezes suas práticas de cuidado de si, especialmente no campo da saúde, estavam atreladas aos dispositivos de normalização e serviam à manutenção da sua inscrição no interior das prescrições normativas de gênero.

Ao contrário, para Epele (2012), o “bom-trato” no campo do cuidado refere-se a “todo tratamento e relacionamento social que inclua a singularidade subjetiva e a escuta baseada na legitimidade e no reconhecimento da demanda da pessoa que dele padece” (p. 252). Assim, poder-se-ia abrir a possibilidade de um deslocamento da energia despendida na impotência e no sofrimento para a produção de novos e múltiplos canais, práticas e saberes institucionais e informais, de modo que o “bom trato” no cuidado pudesse gerar novos laços sociais e subjetividades. (p. 264).

Sobre isso, Merhy et al. (2006) apontam que o desenvolvimento de uma interação fundamentada no estreitamento dos laços com os usuários é parte necessária ao bom desenvolvimento do trabalho em saúde. A compreensão do vínculo como tecnologia leve<sup>29</sup> das relações no campo da saúde perpassa os processos de acolhimento e atenção integral com vistas à escuta e resolução das suas reais necessidades de saúde. O vínculo, contudo, é uma

---

<sup>29</sup> Para Merhy (2005), as tecnologias podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura. As tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais.

conquista, não um acontecimento imediato (Coelho & Jorge, 2009), fato confirmado na pesquisa de campo realizada nesta tese. A possibilidade de encontro e vínculo decorre, portanto, da construção de uma relação na qual predomina o interesse pelo outro, mais do que a afirmação de um saber; o reconhecimento de afinidades e identificação com realidades vividas, mais do que a assimetria das aproximações fundamentadas nos ideais de neutralidade e objetividade; o deslocamento de sentidos fixos atribuídos aos sujeitos, mais do que a busca pela confirmação de saberes hegemônicos. Como apontado por Barros e Silva (2002, p. 136), "o interesse é o conhecimento de uma situação ou objeto por meio de um saber que jamais é dado *a priori*, e sim construído na experiência cotidiana e na interlocução".

Para Sousa (2002), o consumo elevado de tecnologia dura<sup>30</sup>, de modo geral, pouco ou nada acrescenta ao processo de produção da saúde das pessoas e comunidade, uma vez que subestima-se o contato e o diálogo com o usuário, em detrimento da realização de baterias de exames de laboratório e complementares. Do mesmo modo e em decorrência disso, o usuário, por sua vez, tende a valorizar a qualidade do seu atendimento pelos procedimentos complexos utilizados em seu tratamento. Reconhecer os limites tecnológicos do serviço de saúde torna-se, assim, fator fundamental para a estruturação do trabalho em saúde, pois estimula a ação dos profissionais de saúde como *participantes* da saúde dos usuários, o que possibilita o trabalho com os aspectos subjetivos dos processos de saúde e doença, fundamental para que os sujeitos se coloquem como responsáveis por sua vida e tenham papel central na construção de sua saúde. (Coelho & Jorge, 2009).

Para Barros e Silva (2002, p. 137), "certos acontecimentos só nos são compreensíveis se vistos de seu interior, se conseguimos apreendê-los por intermédio dos sujeitos que deles participam, ou seja, encarnados em uma experiência individual." O trabalho com o grupo de mulheres e a escuta das mulheres que seguimos na pesquisa de campo nos possibilitou, por meio dos vínculos estabelecidos, participar do modo como cada uma delas, individual e coletivamente, constrói sentidos para as suas experiências com drogas.

Assim, por exemplo, ao questionarem coletivamente, no grupo de mulheres, as relações de opressão e inferiorização às quais eram submetidas, foi possível criar uma ponte entre a história individual e a história coletiva de muitas mulheres. Trabalhando com histórias de vida, relacionou-se o nível individual das narrativas ao nível geral de análise sobre o modo como as normas de gênero determinam modos específicos de relação com as drogas, já que as histórias narradas sempre nos enviavam do campo individual e pessoal ao campo social,

---

<sup>30</sup> Ver nota anterior.

histórico e político.

Certas pessoas não conseguem tomar consciência de sua própria condição histórica; apenas distinguem uma sucessão de acontecimentos, para elas arbitrários, que fazem parte de suas vidas. Falta-lhes a experiência de historicidade que pode ser conseguida por esse método, uma vez que tem como uma de suas premissas ajudar os sujeitos a apreenderem e interpretarem suas próprias histórias. É pela função de historicidade, assegurada pela singularidade do funcionamento psíquico de cada um, que o sujeito opera uma mudança em relação à sua história passada, na forma pela qual essa história é "mobilizadora". Isso significa que, na medida em que identifica as determinações da história, ele entende a maneira pela qual essa história o condiciona, compreendendo o agora a partir do que já passou, podendo então agir, a partir de um trabalho de "reescritura", para modificar o sentido de sua história e tentar vir a ser seu sujeito, transformar-se em "criador de história". [...] O sujeito não conta simplesmente sua vida; ele reflete sobre ela quando a conta. (Barros & Silva, 2002, p.139-140).

A partir das relações estabelecidas *com e entre* as mulheres, portanto, evidenciou-se a possibilidade de reconhecimento, nos enredos produzidos, de relações de poder, e do desenvolvimento de uma perspectiva crítica e atenta às intencionalidades que subjazem às práticas e discursos sociais sobre seus processos de saúde-doença.

Por fim, um último apontamento sobre o meu encontro com as mulheres participantes da pesquisa ainda deve ser feito, qual seja, a indispensável explicitação do desafio que a escuta das mulheres representou para mim. Se ir ao encontro desta diferença fora algo ansiado, efetivar esse encontro se mostrou, durante todo o tempo, algo da ordem daquilo que escapa, que foge à compreensão e que, por isso, produzia em mim a necessidade de assimilação a partir de esquemas teóricos previamente conhecidos. Desse modo, representou tarefa metodológica constante o esforço para evitar a atribuição de sentidos fixos às trajetórias das mulheres participantes ou a produção de um saber sobre elas elaborado exclusivamente por mim. Portanto, configurou-se como meu principal desafio metodológico durante todo o trabalho de campo o aprimoramento da minha capacidade de escutar os sentidos que as mulheres produziam sobre suas próprias experiências e sobre si mesmas, não para construir um saber "sobre elas", "para elas" e, nem mesmo, "com elas", mas, sim, para elaborar, pela reflexividade (Neves & Nogueira, 2005), um saber sobre a "minha relação com elas", única experiência sobre a qual eu poderia ser legítima enunciativa.

Foi a partir dessa posição como pesquisadora que pude, então, ver emergir, na minha experiência com mulheres "usuárias" de drogas, novas e desconhecidas nomeações sobre o fenômeno que buscava conhecer inicialmente. Assim, não encontrei no campo "usuárias" e, sim, "mulheres", cujas trajetórias incluíam experiências de uso de drogas, designadas por elas de formas diversas. Tais encontros possibilitaram a ampliação das minhas possibilidades de compreensão de suas singularidades, centrais para a exploração das suas formas de engajamento com o mundo e para a elaboração de possíveis estratégias de cuidado e

preservação no uso de drogas.

Enfim, produziu-se nesta pesquisa um deslocamento no modo clássico de elaboração de conhecimento científico, que colocou no centro do trabalho o debate em torno das condições de produção e autoria dos saberes. Assim, é da posição de quem foi sujeito ativo da experiência em análise que posso falar dos diferentes encontros que se deram nesta pesquisa: do misto de horror e fascínio provocado pelo encontro com Suzane; da frustração pela relação não estabelecida com Cleide; e da intensa relação de intimidade vivenciada com Célia. Foi a partir do real vivido que o saber elaborado neste trabalho se produziu, saber, este, sempre parcial, localizado e afetado pelas experiências que me constituíram como pesquisadora.



## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do modo como as normas de gênero estabelecem regulações sobre o corpo da mulher no campo da saúde se inscreve no cenário científico carregando as marcas de um campo político em disputa. Assim, mais do que o conhecimento sobre essas regulações, a discussão realizada nesta tese revelou os mecanismos de manutenção das hierarquias de gênero, evidenciando os modos de intervenção desiguais sobre os corpos de homens e mulheres.

Ao assumir a escuta direta das mulheres como recurso metodológico, colocamo-nos em coerência com uma inscrição epistemológica que valoriza a reflexividade e a experiência como via de acesso ao político. Tal escolha também inscreveu o estudo aqui realizado no bojo das pesquisas críticas ao modo como se constituem as hierarquias na produção do conhecimento científico. É, portanto, a partir do questionamento dos ideais de neutralidade e objetividade e da valorização da posicionalidade e do envolvimento do pesquisador como vias de acesso à experiência – entendida como resultado de processos históricos e discursivos –, que acreditamos que podem ser criadas as condições para o desenvolvimento de pesquisas e intervenções mais eficazes no campo da saúde.

O caminho metodológico traçado apresentou desafios decorrentes das exigências que lhe são próprias, entre eles, os custos de uma inscrição necessariamente longa em campo, essencial para o estabelecimento de vínculos íntimos e possibilitadora do acesso ao cotidiano dos sujeitos envolvidos para além dos espaços institucionais por onde circulam com nomeações fixas. Contudo, o debate em torno da possibilidade de emergência de novas nomeações aos sujeitos se fez de modo insuficiente nesta tese, que se fixou mais na análise de como esse sujeito, nomeado como “doente”, foi alçado de uma posição de marginalidade a um lugar de objeto de intervenções reguladoras no campo da saúde, o que, no entanto, pouco significou no tocante à abertura para a sua escuta.

Associa-se a isso, ainda, o complexo cenário onde se combinam criminalização da pobreza e estratégias de enfrentamento ao uso de drogas baseadas num dispositivo judiciário-policial-sanitário que ainda faz da abstinência e da internação as principais respostas aos problemas de acesso ao sistema de saúde integral, responsabilizando individualmente os sujeitos por processos de saúde-doença que têm condicionantes históricos, econômicos e sociais.

Ressalta-se, portanto, que o acesso a outras possibilidades de intervenção em saúde, baseadas na compreensão de modos de engajamento com o mundo e na elaboração de

estratégias de preservação no uso, esbarra em múltiplos obstáculos, dentre eles, as reduzidas equipes de saúde, cuja formação não se adéqua às exigências desse tipo de intervenção; a distância geográfica e dificuldades de mobilidade urbana nas grandes cidades; o número reduzido de atendimentos domiciliares; e a fragmentação territorial, que, conforme também identificado por Epele (2012), gera um confinamento das populações pobres em territórios muito específicos, cujas perspectivas e experiências estabelecem modos próprios de inscrição em circuitos locais de violência, que as expõem a múltiplos riscos relacionados à sua saúde e sobrevivência.

Por fim, cabe dizer que esta tese apresenta algumas limitações, que sugerem pontos de partida para potenciais estudos futuros. A principal delas diz respeito ao fato de que compreender os estudos sobre drogas no campo do político coloca em discussão a possível relação entre *liberdade e igualdade*, debate central também no campo dos direitos humanos. Sobre isso, algumas perguntas se apresentam como relevantes: como garantir o aprofundamento da igualdade no direito à saúde sem ameaçar as liberdades individuais? Do mesmo modo, como aprofundar a condição de liberdade e singularidade sem acirrar as desigualdades e institucionalizar o individualismo? Poderia a universalidade do direito à saúde das mulheres que usam drogas suportar as especificidades decorrentes de suas inscrições em modos singulares de engajamento com o mundo? E como não cair na armadilha de alçar determinados modos de vida à universalidade, fazendo com que saídas particulares sejam vistas como universais?

O que esses questionamentos trazem à tona é o caráter político do debate sobre os direitos humanos que, para ser assumido em sua radicalidade, deve sustentar a vigência dos valores democráticos a partir da tensão entre as duas lógicas em disputa, quais sejam, a lógica da igualdade, prevista nos discursos sobre a universalização dos direitos, e a lógica da diferença. Uma proposta de leitura e intervenção no campo dos direitos das pessoas que usam drogas, focada na afirmação da tensão entre a igualdade e a diferença, deve, portanto, buscar garantir a sobrevivência do político como o lugar, por princípio, de radicalização dos princípios democráticos, marcados pelo pluralismo. Essa perspectiva assume o debate *da e sobre a* diferença na cena pública como o espaço possível da efetivação dos direitos humanos, não na esfera exclusiva da igualdade, mas da equivalência de direitos.

Esse debate requer, no entanto, que se efetive uma revisão da noção de cidadania, a ser pensada não somente como uma extensão da esfera dos direitos, mas a partir da necessidade de subversão das próprias lógicas identitárias que definem os excluídos e os incluídos. Tal movimento gera, então, a necessidade de revisão das noções essencialistas e naturalizantes

das diferenças culturais, que produzem as idéias de “respeito” e “tolerância” à diversidade. Ao contrário, busca-se trabalhar com igualdade e diferença como resultantes de um ato de criação linguística, de um processo de nomeação, a partir do qual adquirem significado, não sendo, portanto, naturais, mas resultado de uma construção social. Torna-se necessário, assim, debater as noções de igualdade e diferença a partir do questionamento das relações de poder nelas presentes. Desse modo, condições de subordinação podem ser interpeladas e identidades sociais dominantes podem ser ressignificadas.

Outra questão que esta tese levanta diz respeito à compreensão de que as diversas características do contexto social, histórico e cultural exigem práticas e instrumentos psicológicos que precisam ser criados e reinventados, a partir, especialmente, da utilização de metodologias através das quais se faça possível a escuta dos sujeitos envolvidos. Nesse sentido, é mister interrogar se as condições de opressão podem dar lugar a expressões políticas de fala, entendidas como a articulação de narrativas não capturadas pelos sentidos e compreensões dominantes. O que está posto, portanto, é a premência de que os próprios sujeitos possam falar por si mesmos sobre as suas experiências e enunciar seus direitos, e a necessidade de construirmos metodologias de pesquisa e intervenção coerentes com esta proposta.

Para encerrar, cabe mencionar que, ainda que a psicologia venha estudando os processos de exclusão/inclusão social num esforço consciente de colaborar com a garantia dos direitos, portanto, de criar condições pra o exercício pleno da cidadania, pela perspectiva excessivamente individualizante com que tem abordado este tema, assim como por muitas de suas concepções de sujeito, ela tem frequentemente colaborado com os processos de exclusão social. Reconhecer os dilemas políticos que constituem os fenômenos psicológicos, com vistas à problematização do caráter universal de como a Psicologia tem lidado historicamente com as diferenças, torna-se, portanto, necessário para que se possa romper com as lógicas essencialistas presentes em seu trabalho nas políticas públicas, sendo este um dos principais desafios éticos da Psicologia no campo dos direitos das pessoas que usam drogas.

## REFERÊNCIAS

- Acsehrad, G. (2000). A educação para a autonomia: a construção de um discurso democrático sobre o uso de drogas. In G. Acsehrad. (Org.), *Avessos do prazer: drogas, aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Adiala, J. C. (2011). *Drogas, medicina e civilização na primeira república*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brasil.
- Aliane, P. P., Lourenço, L. M., & Ronzani, T. M. (2006, janeiro/abril). Estudo comparativo das habilidades sociais de dependentes e não dependentes de álcool. *Psicologia em Estudo (Maringá)*, 11,(1), 83-88. Recuperado em 4 de setembro de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a10.pdf>
- Almeida, L. M. de, Coutinho, E. da S. F., & Pepe, V. L. E. (1994, março). Consumo de psicofármacos em uma região administrativa do Rio de Janeiro: a Ilha do Governador. *Cadernos de Saúde Pública (Rio de Janeiro)*, 10(1), 5-16. Recuperado em 4 de setembro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1994000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000100002&lng=en&nrm=iso)
- Almeida, R. M. M. de, Pasa, G. G., & Scheffer, M. (2009). Álcool e violência em homens e mulheres. *Psicologia: Reflexão e Crítica (Porto Alegre)*, 22(2), 252-260. Recuperado em 16 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722009000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722009000200012&lng=en&nrm=iso)
- Alzuguir, F. de C. V. (2009). *Moralidade, vergonha e doença: a carreira moral de homens e mulheres alcoólatras*. Tese de Doutorado, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Recuperado em 25 de outubro de 2013, de [http://www.btd.uerj.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=1715](http://www.btd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1715)
- Andrade, A. G. et al. (2012, outubro). Use of alcohol and other drugs among Brazilian college students: effects of gender and age. *Revista Brasileira de Psiquiatria (São Paulo)*, 34(3), 294-305. Recuperado em 17 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462012000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462012000300009&lng=en&nrm=iso)
- Araújo, A. P. de. (2010). *Relações familiares e sua influência no consumo de álcool e outras drogas e no tratamento de mulheres*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Brasília. Recuperado em 4 de setembro de 2013, de [http://www.btd.ucb.br/tede/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=1383](http://www.btd.ucb.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1383)

- Augusto, L. P. (2012). *Levantamento das denúncias de violência familiar nas delegacias da mulher no município de São Paulo: um estudo sobre a interface com o uso de bebidas alcoólicas e outras drogas*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina, São Paulo. Recuperado em 27 de outubro de 2013, de <http://www.bv.fapesp.br/pt/auxilios/28166/levantamento-das-denuncias-de-violencia-familiar-nas-delegacias-da-mulher-do-municipio-de-sao-paulo/>
- Azerêdo, S., & Stolcke, V. (1991). *Direitos reprodutivos*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas.
- Barbosa, L. C. (2008). *O fundo do poço pode se transformar em fundo de posso: trabalho com grupo de mulheres alcoolistas sob a perspectiva de redução de danos*. Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Recuperado em 5 de dezembro de 2013, de <http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/4978/2/1044.pdf>
- Barcinski, M. (2009). Centralidade de gênero no processo de construção da identidade de mulheres envolvidas na rede do tráfico de drogas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(05), 1843-1853. Recuperado em 5 de dezembro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000500026&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000500026&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Barros, R. B. (2007). *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Porto Alegre: Sulina, Editora da UFRGS.
- Barros, V. A., & Silva, L. R. (2002). A pesquisa em história de vida. In I. B. Goulart (Org.). *Psicologia organizacional e do trabalho: teoria, pesquisa e temas correlatos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Beck, L. M. (2009). *A percepção do usuário de drogas sobre o mundo do trabalho: uma contribuição para a prática do enfermeiro*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Recuperado em 4 de setembro de 2013, de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=20529&indexSearch=ID>
- Becker, H. S. (2008). *Outsiders: estudos de sociologia do desvio*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Bento, B. (2006). Corpos e próteses: dos limites discursivos do dimorfismo. In *Anais do Seminário Internacional "Fazendo Gênero 7 – Gênero e Preconceitos"*. Simpósio Temático 16 – Sexualidades, corporalidades e transgêneros: narrativas fora da ordem. Florianópolis, SC, Brasil. Recuperado em 18 de novembro de 2012, de [http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/B/Berenice\\_Bento\\_16.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/B/Berenice_Bento_16.pdf)

- Bernal-Roldán, M. C. B., & Galera, S. A. F. (2005, dezembro). Percepção do papel materno de mulheres que vivem em um contexto de drogas e violência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (Ribeirão Preto)*, 13(spe2). Recuperado em 19 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000800004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000800004&lng=en&nrm=iso)
- Bernardo, T. T. (2007). *Aventuras do assistente social: uma abordagem sobre o desafio da prática profissional frente ao gênero e a religião nos tratamentos para usuários de drogas*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Recuperado em 6 de novembro de 2013, de [http://www.bdt.d.uerj.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=1194](http://www.bdt.d.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1194)
- Biella, J. B. (2007). *Trajetórias e rotina de prisioneiras por tráfico de drogas: autoras e coadjuvantes*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina. UFSC. Recuperado em 22 de outubro de 2013, de <https://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/Obra574>
- Bittar, D. B., & Nakano, A. M. S. (2011, março). Violência intrafamiliar: análise da história de vida de mães agressoras e toxicodependentes no contexto da família de origem. *Texto Contexto – Enfermagem (Florianópolis)*, 20(1), 17-24. Recuperado em 4 de setembro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072011000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100002&lng=en&nrm=iso)
- Borini, P., Soi, E. A., Rubira, K. P., Ishikawa, R. H., & Ferreira Júnior, A. (2000, janeiro/fevereiro). Alcoolismo feminino: características demográficas, sociais e epidemiológicas de pacientes de baixa renda internadas em hospital psiquiátrico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 49(1/2), 13-19. Recuperado em 4 de setembro de 2013, de <http://bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-275763>
- Braidotti, R. (2002). Diferença, diversidade e subjetividade nômade. *Labrys, estudos feministas*, 1(2), 1-16.
- Brandão, T. O., & Germano, I. M. P. (2009). Experiência, memória e sofrimento em narrativas autobiográficas de mulheres. *Psicologia e Sociedade*, 21(1), 5-15.
- Brasil, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. (2013). Portal de Periódicos Capes. Institucional. Recuperado em 4 de setembro de 2013, de [http://www.periodicos.capes.gov.br/index.php?option=com\\_pcontent&view=pcontent&alias=missao-objetivos&mn=69&smn=74](http://www.periodicos.capes.gov.br/index.php?option=com_pcontent&view=pcontent&alias=missao-objetivos&mn=69&smn=74)
- Brasil, V. R. (2012). *Construção e desconstrução da dependência de drogas: do indivíduo à família*. Tese de Doutorado, Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. Recuperado em 4 de setembro de 2013, de [http://rochabrasil.com.br/pdf/VALERIA\\_Brasil\\_CONSTRUCAO\\_E\\_DESCONSTRUCAO\\_DA\\_DEPENDENCIA\\_DROGAS\\_13\\_11\\_2012.pdf](http://rochabrasil.com.br/pdf/VALERIA_Brasil_CONSTRUCAO_E_DESCONSTRUCAO_DA_DEPENDENCIA_DROGAS_13_11_2012.pdf)

- Brasil. (1996). *Diretrizes para projetos de redução de danos*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Projetos Especiais de Saúde, Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis.
- Brasil. (2003). *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.
- Brasil. (2012a). *Informações sobre drogas: definição e histórico*. Brasília: Ministério da Justiça. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. Recuperado em 9 de outubro de 2012, de <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>
- Brasil. (2012b). *Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros*. Brasília: Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 11 de setembro de 2010, de [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio\\_15\\_anos\\_caracas.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. (2003). *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 28 de abril de 2014, de [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf)
- Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. (2010). Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília. Recuperado em 28 de abril de 2014, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm)
- Brasiliano, S. (2005). *Comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares: perfil e evolução de mulheres em um tratamento específico para dependência química*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Ciências, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Brasiliano, S., & Hochgraf, P. B. (2006). A influência da comorbidade com transtornos alimentares na apresentação de mulheres dependentes de substâncias psicoativas. *Revista de Psiquiatria Clínica (São Paulo)*, 33,(3), 134-144. Recuperado em 4 de setembro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832006000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000300003&lng=en&nrm=iso)
- Brockmeier, J., & Harré, R. (2003). Narrativas: problemas e promessas de um paradigma alternativo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), 525-535.

- Bruner, J. (1994). Life as narrative. In A. H. Dyson, & C. Genishi (Eds.). *The need for story: cultural diversity in classroom and community*. Illinois: NCTE.
- Bruner, J. (1997). *Atos de significação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Burin, M., Moncarz, E., & Velázquez, S. (1990). *El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, J. (1998). Actos performativos e constitución del género: un ensaio sobre fenomenología y teoría feminista. *Debate Feminista*, 18, 296-314. Recuperado em 18 de novembro de 2012, de [http://www.debatefeminista.com/articulos.php?id\\_articulo=433&id\\_volumen=27](http://www.debatefeminista.com/articulos.php?id_articulo=433&id_volumen=27)
- Butler, J. (2001). Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. In G. L. Louro (Org.), *O corpo educado: pedagogias da sexualidade* (2a ed.). Belo Horizonte: Autêntica.
- Butler, J. (2003). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Butler, J. (2006). *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós.
- Butler, J. (2010). *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”* (2a ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Camargo, P. de, & Martins, M. de F. D. (2013). Mitos e verdades sobre o efeito do crack na gestação e nos bebês nascidos de mães usuárias: uma revisão bibliográfica. In *Anais... 12ª Mostra de Produção Universitária*. Rio Grande/RS, 2013. Recuperado em 8 de julho de 2014, de <http://www.propesp.furg.br/anaismpu/cd2013/pos/853.doc>
- Campos, E. A. de, & Reis, J. G. (2010, setembro). Representações sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência da cidade de São Paulo - Brasil. *Interface (Botucatu)*, 14(34). Recuperado em 15 de setembro de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop0710.pdf>
- Campos, R. S. & Campos, C. (2010). Trabalho precarizado e imobilidade social: impactos das políticas neoliberais em mulheres camelôs de Porto Alegre. Associativismo, profissões e políticas públicas. In *III Seminário Nacional de Trabalho e Gênero. Sessão Temática: Gênero, Associativismo e Política de Emprego e Renda. Trabalho completo*. Recuperado em 11 de junho de 2014, de [http://strabalhoegenero.cienciassociais.ufg.br/uploads/245/original\\_ROSANA\\_CHRISTIANE-1.pdf](http://strabalhoegenero.cienciassociais.ufg.br/uploads/245/original_ROSANA_CHRISTIANE-1.pdf)
- Canazaro, D., & Argimon, I. I. L. (2010, julho). Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública (Rio de Janeiro)*, 26(7), 1323-1333. Recuperado em 17 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000700011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000700011&lng=en&nrm=iso)



- Carvalho, L. de 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>
- Castro, E. (2009). *Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Castro, L. R. (2011). Os jovens podem falar? Sobre as possibilidades políticas de ser jovem hoje. In J. Dayrell, M. I. C. Moreira, & M. Stengel (Orgs.), *Juventudes contemporâneas: um mosaico de possibilidades*. Belo Horizonte, PUC Minas.
- Castro, M. da G. T. et al. (2008, abril). Relação entre gênero e sintomas depressivos e ansiosos em tabagistas. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul (Porto Alegre)*, 30(1), 25-30. Recuperado em 20 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082008000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000100008&lng=en&nrm=iso)
- Cavalcante, S. de F. (2008). *Estudo sobre violência doméstica vivenciada na infância e adolescência de mulheres abusadoras de drogas*. Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro. Recuperado em 22 de outubro de 2013, de [http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/id\\_3248.pdf](http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/id_3248.pdf)
- Cesar, B. A. L. (2006). Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. Resultados preliminares. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria (Rio de Janeiro)*, 55(3), 208-211. Recuperado em 20 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852006000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000300006&lng=en&nrm=iso)
- Chaves, M. P., & Souza, F. G. M. (1997, abril). Alcoolismo em mulheres operárias no Ceará: um estudo preliminar. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 46(4), 213-21. Recuperado em 4 de setembro de 2013, de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=198118&indexSearch=ID>
- Chaves, T. V. (2009). *A vivência da fissura por crack: rebaixamento de valores e estratégias utilizadas para o controle*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina. Recuperado em 23 de outubro de 2013, de <http://unifesp.phlnet.com.br/cgi-bin/wxis.exe?IsisScript=phl82/052.xis&cipar=phl82.cip&lang=por&pft=decorado&exp=TI=9111815044943>
- Chaves, T. V. et al. (2011). Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Revista de Saúde Pública*, 45(6), 1168-1175. Recuperado em 14 de dezembro de 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n6/2774.pdf>

- Cintra, A. M. de O., Caiaffa, W. T., Mingoti, S. A., & Projeto Ajude-Brasil II. (2006). Características de homens e mulheres usuários de drogas injetáveis do Projeto Ajude-Brasil II. *Cadernos de Saúde Pública [online]*, 22(4), 791-802. Recuperado em 17 de agosto de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n4/09.pdf>
- Coelho, M. O., & Jorge, M. S. B. (2009). Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (1), 1523-1531.
- Corradi-Webster, C. M. (2009). *Consumo problemático de bebidas alcoólicas por mulheres: discursos e histórias*. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Recuperado em 22 de outubro de 2013, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-03062011-142952>
- Costa, G. de M et al. (2012). Pregnant crack addicts in a psychiatric unit. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria (Rio de Janeiro)*, 61(1), 8-12. Recuperado em 22 de outubro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852012000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852012000100003&lng=en&nrm=iso)
- Costa, J. S. Dias et al. (2004, abril). Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*, 38(2), 284-291. Recuperado em 22 de outubro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102004000200019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000200019&lng=en&nrm=iso)
- Costa, L. G. (2009). *A rede de apoio social de jovens em situação de vulnerabilidade social e o uso de drogas*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Recuperado em 22 de outubro de 2013, de <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/16339/000699006.pdf?sequence=1>
- Costa-Júnior, F. M., & Maia, A. C. B. (2010). Corporeidade e gênero: relações entre homens e mulheres com os cuidados com a saúde. In T. G. M. Valle, & L. E. Melchiori (Orgs.), *Saúde e desenvolvimento humano*. São Paulo: UNESP/Cultura Acadêmica. Recuperado em 28 de agosto de 2012, de <http://books.scielo.org>
- Crawford, R. (1994). Boundaries on the self and the unhealthy other: reflections on health, culture and AIDS. *Social Science and Medicine*, 38 (10), 1347-1365.
- Cruz, V. D. (2012). *Vivência de mulheres que consomem crack em Pelotas-RS*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul. Recuperado em 22 de outubro de 2013, de [http://www2.ufpel.edu.br/tede/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=1668](http://www2.ufpel.edu.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1668)
- Cunha, G. B. (2007). *Exposição pré-natal à cocaína e efeitos neurocomportamentais no recém-nascido*. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Recuperado em 21 de outubro de 2013, de <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/11423/000615216.pdf?sequence=1>

- Cunha, G. B. et al. (2001). Prevalência da exposição pré-natal à cocaína em uma amostra de recém-nascidos de um hospital geral universitário. *Jornal de Pediatria*; 77(5), 369-73. Recuperado em 20 de agosto de 2013, de <http://wwsocio.br/pdf/jped/v77n5/v77n5a06.pdf>
- Dantas, R. O. (1985, agosto). Tempo de alcoolismo no desenvolvimento de doenças orgânicas em mulheres tratadas no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, SP, Brasil. *Revista de Saúde Pública (São Paulo)*, 19(4), 304-310. Recuperado em 18 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101985000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101985000400003&lng=en&nrm=iso)
- David, H. M. S. L., & Caufield, C. (2005, novembro/dezembro). Mudando o foco: um estudo exploratório sobre uso de drogas e violência no trabalho entre mulheres das classes populares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2005 novembro-dezembro; 13(nsp): 1148-54. Recuperado em 18 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000800008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000800008&script=sci_arttext)
- De Boni, R., & Pechansky, F. (2002, setembro). Age and gender as risk factors for the transmission of HIV in a sample of drug users of Porto Alegre, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria (São Paulo)*, 24(3), 137-140. Recuperado em 17 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462002000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000300007&lng=en&nrm=iso)
- Del Ciampo, L. A. et al. (2009, dezembro). Prevalência de tabagismo e consumo de bebida alcoólica em mães de lactentes menores de seis meses de idade. *Revista Paulista de Pediatria (São Paulo)*, 27(4), 361-365. Recuperado em 20 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822009000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822009000400003&lng=en&nrm=iso)
- Diehl, A., & Laranjeira, R. (2009). Suicide attempts and substance use in an emergency room sample. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria (Rio de Janeiro)*, 58(2), 86-91. Recuperado em 17 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852009000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852009000200003&lng=en&nrm=iso)
- Diehl, E., Manzini, F., & Becker, M. (2010). “A minha melhor amiga se chama fluoxetina”: consumo e percepções de antidepressivos entre usuários de um centro de atenção básica à saúde. In: S. W. Maluf, & C. S. Tornquist (Orgs.) *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas.
- Domínio Público. *Missão*. Recuperado em 30 de março de 2014, de <http://www.dominiopublico.gov.br/Missao/Missao.jsp>
- Elbreder, M. F., Laranjeira, R., Siqueira, M. M. de, & Barbosa, D. A. (2008). Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria (Rio de Janeiro)*, 57(1), 9-15. Recuperado em 19 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852008000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000100003&lng=en&nrm=iso)

- Elbreder, M. F., Silva, R. de S., & Laranjeira, R. (2010). Alcohol-dependent patients receiving specialised outpatient care: an overview of gender issues. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria (Rio de Janeiro)*, 59(1), 24-27. Recuperado em 4 de setembro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852010000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852010000100004&script=sci_arttext)
- Engel, M. (2004). Psiquiatria e feminilidade. In: M. D. Priore (Org.) *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto/UNESP.
- Epele, M. (2012). Sobre o cuidado de outros em contextos de pobreza, uso de drogas e marginalização. *Mana*, 18(2), 247-268.
- Escohotado, A. (2005). *Historia general de las drogas* (7a ed.). Madri: Espasa Fórum.
- Esper, L. H. et al. (2013, junho). Mulheres em tratamento ambulatorial por abuso de álcool: características sociodemográficas e clínicas. *Revista Gaúcha de Enfermagem (Porto Alegre)*, 34(2), 93-101. Recuperado em 3 de setembro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472013000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000200012&lng=en&nrm=iso)
- Fachini, A. (2009). *Influência de expectativas e do grupo de pares sobre o comportamento do uso de álcool entre estudantes da área da saúde: uma perspectiva das diferenças de gênero*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Recuperado em 22 de outubro de 2013, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17148/tde-02062009-114306/>
- Fachini, A., & Furtado, E. F. (2012). Diferenças de gênero sobre expectativas do uso de álcool. *Revista de psiquiatria clínica (São Paulo)*, 39(2), 68-73. Recuperado em 3 de setembro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832012000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832012000200005&lng=en&nrm=iso)
- Faria, M. G. de A., David, H. M. S. L., & Rocha, P. R. da. (2011, abril). Inserção e prática religiosa entre mulheres: Aspectos protetores ao uso de álcool e violência. *SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Ribeirão Preto)*, 7(1), 32-37. Recuperado em 24 de setembro de 2013, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762011000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762011000100006&lng=pt&nrm=iso)
- Ferraroti, F. (2011, septiembre/diciembre). Las historias de vida como método. *Acta Sociológica*, 56, 95-119.
- Figueiredo, W. (2005). Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(1), 105-109.
- Fiore, M. (2002). Algumas reflexões a respeito dos discursos médicos sobre uso de “drogas”. In *Anais da XXVI Reunião Anual da ANPOCS*. Caxambu, RS, Brasil.

- Fiore, M. (2012). O lugar do estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos Estudos CEBRAP*, 92, 9-21.
- Firmino, K.F. et al. (2011). Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 27(6), 1223-1232.
- Fischer, M. (2011). *Futuros antropológicos: redefinindo a cultura na era tecnológica*. Rio de Janeiro, Zahar.
- Flores, T. M. (2007). Agir com palavras: a teoria dos actos de linguagem de John Austin. *Biblioteca On-line de Ciências da Comunicação*. ISSN: 1646-3137. Recuperado em 18 de novembro de 2012, de <http://www.bocc.ubi.pt/pag/flores-teresa-agir-com-palavras.pdf>
- Fonseca, M. A. (2009). A época da norma. *Revista Cult*, 134, Dossiê Foucault. Recuperado em 29 de setembro de 2012, de <http://revistacult.uol.com.br/home/category/edicoes/134/>
- Fontaine, A. (2006). *Double vie: les drogues et le travail*. Paris: Les empêcheurs de penser en rond.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1987). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Foucault, M. (1988). *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1996). Diálogo com Stephen Riggins. In G. Kaminski (Org) *El yo minimalista: conversaciones con Michel Foucault*. Buenos Aires: La marca.
- Foucault, M. (1997). *Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Foucault, M. (1999). *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2004a). A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: M. Foucault, & M. B. da Motta. (Orgs.) *Ética, sexualidade, política* (Coleção Ditos & Escritos; V). Rio de Janeiro: Forense Universitária
- Foucault, M. (2004b). O uso dos prazeres e as técnicas de si. In M. Foucault, & M. B. da Motta (Orgs.), *Ética, sexualidade, política*. (Coleção Ditos & Escritos; V). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2006a). *La hermenéutica del sujeto*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2006b). *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes.

- Foucault, M. (2008). *Nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2010). O poder, uma besta magnífica. In M. Foucault, & M. B. da Motta (Orgs.), *Repensar a política*. (Coleção Ditos & Escritos; VI). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Fraser, N. (2009). Women, welfare and the politics of need interpretation. *Hypatia*, 2(1), 103-121.
- Frinhani, F. M. D., & Souza, L. (2005). Mulheres encarceradas e espaço prisional: uma análise de representações sociais. *Psicologia: teoria e prática*, 7(1), 61-79. Recuperado em 6 de março de 2014, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872005000100006&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872005000100006&lng=pt&tlng=pt)
- Fundação Perseu Abramo. (2009). *Diversidade sexual e homofobia no Brasil*. Recuperado em 19 de novembro de 2012, de <http://www.fpabramo.org.br/o-que-fazemos/pesquisas-de-opiniao-publica/pesquisas-realizadas/2-grupos-sociais-vitimas-de-intolera>
- Galera, S. A. F., Bernal-Roldán, M. C. B., & O'Brien, B. (2005, dezembro). Mulheres vivendo no contexto de drogas (e violência): papel maternal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 1142-1147. Recuperado em 22 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe2/pt\\_v13nspe2a07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe2/pt_v13nspe2a07.pdf)
- Garcia, L. P., Freitas, L. R. S., Silva, G. D. M., & Höfelmann, D. A. (2014). *Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Recuperado em 7 de julho de 2014, de <http://arquivo.geledes.org.br/areas-de-atuacao/questoes-de-genero/180-artigos-de-genero/21201-ipea-revela-dados-ineditos-sobre-violencia-contr-a-mulher>
- Geertz, C. (1978). Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: C. Geertz. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro, Zaluar.
- Germano, I. M. P., & Silva Serpa, F. A. (2008). Narrativas autobiográficas de jovens em conflito com a lei. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(3), 9-22.
- Gimba, M. de F. (2013). *(Re)construindo laços e projetos: mulheres usuárias de crack, relações familiares e vulnerabilidades*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica do Salvador, Bahia. Recuperado em 22 de outubro de 2013, de [http://tede.ucsal.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=368](http://tede.ucsal.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=368)
- Giordani, A. T. (2000). *Pesquisa-ação com mulheres detentas sobre sexualidade, DST-AIDS e drogas*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Recuperado em 22 de outubro de 2013, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-20022002-110541/>

- Giusti, J. S. (2004). *Adolescentes usuários de drogas que buscam tratamento: as diferenças entre os gêneros*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado em 23 de outubro de 2013, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-01082005-182209/>
- Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (4a ed). Rio de Janeiro: LTC - Livros Técnicos e Científicos.
- Gouvea, P. B., Souza, S. N. D. H. de, Haddad, M. do C. L., & Mello, D. F. de. (2010, outubro/dezembro). Avaliação do consumo de álcool entre gestantes cadastradas no sisprenatal em Londrina/PR. *Cogitare Enfermagem (Paraná)*, 15(4), 624-630. Recuperado em 3 de setembro de 2013, de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/20357/13518>
- Grabois, P. (2011). Sobre a articulação entre cuidado de si e cuidado dos outros no último Foucault: um recuo histórico à Antiguidade. *Ensaio Filosóficos*, 3, 105-120.
- Grande Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa. (2012). *Sexismo*. Recuperado em 23 de outubro de 2013, de <http://houaiss.uol.com.br/busca.jhtm?verbete=sexismo&styp=k>
- Grosz, E. (2000). Corpos reconfigurados. *Cadernos Pagu*, 14, 45-86.
- Guedes, M. A. (2006). Intervenções psicossociais no sistema carcerário feminino. *Psicologia: ciência e profissão*, 26(4), 558-569. Recuperado em 6 de março de 2014, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932006000400004&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000400004&lng=pt&tlng=pt)
- Guimarães, A. B. P. (2009). *Mulheres dependentes de álcool: levantamento transgeracional do genograma familiar*. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado em 22 de outubro de 2013, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-07122009-191804/>
- Guimarães, A. B. P. et al. (2009). Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica (São Paulo)*, 36(2), 69-74. Recuperado em 4 de setembro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832009000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832009000200005&lng=en&nrm=iso)
- Guimarães, V. V. et al. (2010, junho). Consumo abusivo e dependência de álcool em população adulta no Estado de São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia (São Paulo)*, 13(2), 314-325. Recuperado em 20 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2010000200013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000200013&lng=pt&nrm=iso)
- Haraway, D. (2009). Manifesto ciborgue: Ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In T. Tadeu (Org.), *Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano*. Belo Horizonte: Autêntica.

- Harding, S. (1987). Introdução: Is there a feminist method? In S. Harding. *Feminism and methodology: social science issues*. Bloomington: Indiana University Press.
- Henderson, D., Boyd, C., & Mieczkowski, T. (1994). Gender, relationships, and crack cocaine: a content analysis. *Research Nurse Health, 17*, 265-272.
- Hochgraf, P. B. (2001). Mulheres farmacodependentes. *Jornal Brasileiro de Dependências Químicas, 2*(1), 34-37.
- Hochgraf, P. B., Zilberman, M. L., & Brasiliano, S. (1999). A cocaína e as mulheres. In M. C. Leite & A. G. Andrade (Orgs.), *Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento*. Porto Alegre, Artmed.
- Horta, R. L. et al. (2007, abril). Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. *Cadernos de Saúde Pública (Rio de Janeiro), 23*(4), 775-783. Recuperado em 17 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400005&lng=en&nrm=iso)
- Houle, G. (2010). A sociologia como ciência da vida: a abordagem biográfica. In J. Poupart et al. (Org.), *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos* (2a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Indicadores IBGE: O trabalho da mulher principal responsável no domicílio*. (Pesquisa Mensal de Emprego). Recuperado em 11 de junho de 2014, de [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme\\_nova/defaultestudos.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/defaultestudos.shtm)
- Instituto Brasileiro de Informações em Ciência e Tecnologia. *Sobre a BDTD*. Recuperado em 30 de março de 2014, de <http://www.ibict.br/informacao-para-ciencia-tecnologia-e-inovacao%20/biblioteca-digital-Brasileira-de-teses-e-dissertacoes-bdtd>
- Izquierdo, M. J. (1998). *El malestar en la desigualdad*. Madrid: Cátedra.
- Jacinto, G. (2011, julho/dezembro). Mulheres presas por tráfico de drogas e a ética do cuidado. *Sociais e Humanas (Santa Maria), 24*(2), 36-51. Recuperado em 23 de outubro de 2013, de <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/sociaisehumanas/article/view/2848>
- Jorge, K. O. (2010). *Traumatismos dentários em adolescentes: prevalência e associação com fatores socioeconômicos e consumo de drogas ilícitas e álcool*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais. Recuperado em 23 de outubro de 2013, de [http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ZMRO-8EDGMK/disserta\\_\\_o\\_mestrado\\_kelly\\_oliva\\_jorge.pdf?sequence=1](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ZMRO-8EDGMK/disserta__o_mestrado_kelly_oliva_jorge.pdf?sequence=1)



- Josso, M. C. (2006). Os relatos de história de vida como desvelamento dos desafios existenciais da formação e do conhecimento: destinos sócio-culturais e projetos de vida programados na invenção de si. In E. C. Souza & M. H. M. B. Abrahão (Orgs.), *Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Jovchelovit, S., & Bauer, M. (2011). Entrevista narrativa. In M. Bauer & G. Gaskell (Orgs.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (9a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Karam, M. L. (2000). Legislação brasileira sobre drogas: história recente – a criminalização da diferença. In G. Acselrad (Org.), *Avessos do prazer: drogas, aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Kerr-correa, F. et al. (1999, junho). Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da Unesp. *Revista Brasileira de Psiquiatria (São Paulo)*, 21(2), 95-100. Recuperado em 4 de setembro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44461999000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000200005&lng=en&nrm=iso)
- Kerr-correa, F. et al. (2008, setembro). Drinking patterns between men and women in two distinct Brazilian communities. *Revista Brasileira de Psiquiatria (São Paulo)*, 30(3), 235-242. Recuperado em 18 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462008000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000300010&lng=en&nrm=iso)
- Kleinman, A. (2009). Caregiving. The odyssey of becoming more human. *The Lancet*, 373, 292-293.
- Korpi, P. (2009). *The notion of gender as a norm in Judith Butler's thought*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Tampere, Finlândia. Recuperado em 18 de janeiro de 2015, de <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/81277/gradu04062.pdf?sequence=1>
- Kuyava, A. C. L. S. (2013). *O cotidiano de gestantes usuárias de crack*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Recuperado em 22 de outubro de 2013, de [http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/77936/000898333.pdf?sequence=1&locale=pt\\_BR](http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/77936/000898333.pdf?sequence=1&locale=pt_BR)
- Laclau, E., & Mouffe, C. (2004). *Hegemonía y estrategia socialista: hacia una radicalización de la democracia*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- Lago, M. C. S., & Müller, R. C. F. (2010). O sujeito universal do cuidado no SUS: gênero, corpo e cuidado com a saúde nas falas de profissionais e usuários do hospital universitário – Florianópolis, Santa Catarina. In M. N. Strey, C. Nogueira & M. R. Azambuja (Orgs.), *Gênero e saúde: diálogos ibero-brasileiros*. Porto Alegre: EDIPUCRS.

- LANPUD – Rede latino-americana de pessoas que usam drogas. (2012, 14 de outubro). *O teatro da guerra às drogas está situado na América-Latina*. Recuperado em 16 de outubro de 2012, de [http://lanpud.blogspot.com.br/2012/10/o-teatro-da-guerra-as-drogas-esta\\_428.html](http://lanpud.blogspot.com.br/2012/10/o-teatro-da-guerra-as-drogas-esta_428.html)
- Lima, M. E. A. (2010). Dependência química e trabalho: uso funcional e disfuncional de drogas nos contextos laborais. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional (São Paulo)*, 35(122), 260-268. Recuperado em 20 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572010000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0303-76572010000200008&script=sci_arttext)
- Lins, S. A. et al. (2010). Condições de saúde de pacientes do gênero feminino com dependência química. *Salusvita (Bauru)*, 29(2), 29-46. Recuperado em 3 de setembro de 2013, de [http://www.usc.br/biblioteca/salusvita/salusvita\\_v29\\_n2\\_2010\\_art\\_03\\_por.pdf](http://www.usc.br/biblioteca/salusvita/salusvita_v29_n2_2010_art_03_por.pdf)
- Longino, H. (1987). Can there be a feminist science? *Hypatia*, 2(3), 51-64.
- Lopes de Oliveira, M. C. S. (2006). Identidade, narrativa e desenvolvimento na adolescência: uma revisão crítica. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 427-436.
- Machado, L. Z. (1994). *Campo intelectual e feminismo: alteridade e subjetividade nos estudos de gênero* (Série Antropologia. 170). Brasília: Departamento de Antropologia da UNB.
- Magnabosco, M. de B., Formigoni, M. L. O. de S., & Ronzani, T. M. (2007, dezembro). Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). *Revista Brasileira de Epidemiologia (São Paulo)*, 10(4), 637-647. Recuperado em 20 de agosto de 2013, de 19 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2007000400021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2007000400021&lng=en&nrm=iso)
- Malbergier, A. et al. (2012, março). Gender parity and drug use: are girls catching up with boys? *Revista Brasileira de Psiquiatria (São Paulo)*, 34(1), 16-23. Recuperado em 3 de setembro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462012000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462012000100005&lng=en&nrm=iso)
- Malheiro, L. (2013). Entre sacizeiro, usuário e patrão: um estudo etnográfico sobre consumidores de crack no Centro Histórico de Salvador. In E. MacRae, L. E. Tavares & M. E. Nuñez (Orgs), *Crack: contextos, padrões e propósitos de uso*. (Coleção Drogas: Clínica e Cultura) Salvador: EDUFBA, CETAD.
- Marcondes Filho, W., Mezzaroba, L., Turini, C. A. et al. (2002, novembro). Tentativas de suicídio por substâncias químicas na adolescência e juventude. *Adolescência Latinoamericana*, 3(2). Recuperado em 22 de outubro de 2013, de [http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-71302002000200007&lng=pt&nrm=iso](http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71302002000200007&lng=pt&nrm=iso)

- Marcus, G. (2001). Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal. *Alteridades*, 11(22), 111-127.
- Marlatt, G. A. (1999). Redução de danos no mundo: uma breve história. In G. A. Marlatt (Org.), *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Marques, E. K. et al. (2004). Conjunturas desfavoráveis consolidam o perfil feminino do desemprego na Região Metropolitana de Porto Alegre. *Revista Mulher e Trabalho (Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística)*, 4, 9-28. Recuperado em 20 de agosto de 2013, de <http://revistas.fee.tche.br/index.php/mulheretrabalho/article/view/2698>
- Marques, M. de F. L., Mota, I. A., & Filho, O. de A. R. (2006). Intoxicados por álcool atendidos no hospital de emergência de João Pessoa - Paraíba - Brasil, entre 2003 e 2005. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde (Paraíba)*, 10(3), 263-268. Recuperado em 3 de setembro de 2013, de <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/3478/2845>
- Martins, K. C. (2009). *"Eu queria, mas não conseguia...": aspectos relacionados a mudanças do comportamento de fumar em participantes de grupos de tabagismo*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília. Recuperado em 22 de outubro de 2013, de [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/1662/6/2009\\_KarlaCristinaMartins.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/1662/6/2009_KarlaCristinaMartins.pdf)
- Matos, M. S. C. (2010). *Relação entre o consumo de drogas e o nível de atividade física em escolares da rede pública do município de Maceió*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Sergipe. Recuperado em 3 de setembro de 2013, de [http://bdtd.ufs.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=420](http://bdtd.ufs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=420)
- Mauá, F. H. N., & Baltieri, D. A. (2012, junho). Fatores relacionados à carreira criminal em mulheres condenadas por roubo no estado de São Paulo, Brasil, e uma situação presumível de "porta giratória". *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(2, supl. 2, part 2), 176-184. Recuperado em 22 de outubro de 2013, de [http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/41666/wos2012-2829\\_en.pdf?sequence=1](http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/41666/wos2012-2829_en.pdf?sequence=1)
- Melo, H. P. de. (2005). *Gênero e pobreza no Brasil*. Relatório final do Projeto Governabilidade Democrática de Gênero em América Latina y el Caribe, Brasília, 2005. Recuperado em 20 de agosto de 2013, de [http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BAFFE3B012BCB0B9B4B1EBA/GEneroPobreza\\_Brasil04.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BAFFE3B012BCB0B9B4B1EBA/GEneroPobreza_Brasil04.pdf)
- Melucci, A. (1999). Esfera pública y democracia en la era de la información. *Revista Metapolítica*, 3(9), 57-67.
- Melucci, A. (2001). *A invenção do presente: movimentos sociais nas sociedades complexas*. Petrópolis, RJ: Vozes.

- Méndez, E. B. (1999). *Uma versão brasileira do AUDIT*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas. Recuperado em 17 de novembro de 2014, de <http://www.epidemioufpel.org.br/uploads/teses/Brod%20Mendez%201999%20Dissert.pdf>
- Mendonça, R. T. (2011). Corpo feminino medicado e silenciado: gênero e performance. *Saúde e Transformação Social (Florianópolis)*, 1(2), 43-50.
- Menezes, C. (2006). *A qualidade de vida de dependentes de álcool*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, São Paulo. Recuperado em 3 de setembro de 2013, de [http://www.athena.biblioteca.unesp.br/exlibris/bd/bbo/33004064078P9/2006/Menezes\\_c\\_me\\_botfm.pdf](http://www.athena.biblioteca.unesp.br/exlibris/bd/bbo/33004064078P9/2006/Menezes_c_me_botfm.pdf)
- Merhy, E. (2005). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo* (2a ed). São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. et al. (2006). Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In E. Merhy, & R. Onocko (Orgs.), *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec.
- Monteiro, C. F. de Souza et al. (2011, setembro). Relatos de mulheres em uso prejudicial de bebidas alcoólicas. *Escola Anna Nery (Rio de Janeiro)*, 15(3), 567-572. Recuperado em 22 de outubro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452011000300018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300018&lng=en&nrm=iso)
- Moraes, C. L., & Reichenheim, M. E. (2007). Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Pública*, 41(5): 695-703. Recuperado em 3 de setembro de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/6075.pdf>
- Morales, L. (2012). Uma análise sobre o consumo atual de drogas. *Aurora*, 5, 119-138.
- Moreira, L. B. et al. (1995, fevereiro). Prevalência de tabagismo e fatores associados em área metropolitana da região Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública (São Paulo)*, 29(1), 46-51. Recuperado em 19 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101995000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000100008&lng=en&nrm=iso)
- Moretti-Pires, R. O., & Corradi-Webster, C. M. (2011). Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública (Rio de Janeiro)*, 27(3), 497-509. Recuperado em 17 de novembro de 2014, de <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27n3/10.pdf>

- Morihsa, R. S. (2006). *Estudo de comorbidades psiquiátricas entre adolescentes com transtornos por uso de substâncias psicoativas atendidos em um hospital universitário*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado em 3 de setembro de 2013, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-08012007-151912/>
- Mouffe, C. (1993). *O regresso do político*. Lisboa: Gradiva.
- Mouffe, C. (2005). *On the political*. New York: Routledge.
- Nascimento, F. G. (2011). *O alcoolismo: uma discussão sobre o consumo de álcool pelas mulheres*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, Brasil. Recuperado em 20 de agosto de 2013, de <http://uol12.unifor.br/oul/conteudosite/F1066349979/Dissertacao.pdf>
- 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, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo. Recuperado em 4 de setembro de 2013, de <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000420654>
- Neves, S., & Nogueira, C. (2005). Metodologias feministas: a reflexividade ao serviço da investigação nas ciências sociais. *Psicologia Reflexão e Crítica* 18(3), 408-412. Recuperado em 15 de dezembro de 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n3/a15v18n3.pdf>
- Nóbrega, M. do P. S S., & Oliveira, E. M. de. (2003, julho/setembro). Dando voz às mulheres usuárias de álcool. *Acta Paulista de Enfermagem*; 16 (3), 71-80. Recuperado em 17 de agosto de 2013, de <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/bde-11834>
- Nóbrega, M. do P. S S., & Oliveira, E. M. de. (2005, outubro). Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. *Revista de Saúde Pública (São Paulo)*, 39(5), 816-823. Recuperado em 19 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000500018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000500018&lng=en&nrm=iso)
- Nogueira, C. M. (2006). *O trabalho duplicado: a divisão sexual no trabalho e na reprodução: um estudo das trabalhadoras do telemarketing*. São Paulo: Expressão Popular.
- Oliveira, C. C. C. de. (2007). *Discurso e memória autobiográfica em adolescentes usuários de drogas*. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado em 17 de agosto de 2013, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5162/tde-28012008-094122/>
- Oliveira, E. M., & Fraga, M. N. O. (2002). Mulheres e o medicamento de cada dia. In: A.M.A Souza, V.A.B. Braga, & M.N.O. Fraga (Orgs.) *Saúde, saúde mental e suas interfaces*. Fortaleza: DENF/UFC/FFOE/FCPC.

- Oliveira, G. C., de et al. (2012, junho). Consumo abusivo de álcool em mulheres. *Revista Gaúcha de Enfermagem (Porto Alegre)*, 33(2), 60-68. Recuperado em 22 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200010&lng=en&nrm=iso)
- Oliveira, J. B. (2007). *Gênero, cultura e violência/vitimização associadas ao álcool: um estudo no município de São Paulo. Violência entre casais, abuso sexual e consumo de álcool*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Recuperado em 22 de agosto de 2013, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17148/tde-20102010-215138/>
- Oliveira, J. F. de, Mccallum, C. A., & Costa, H. O. G. (2010, setembro). Representações sociais de Agentes Comunitários de Saúde acerca do consumo de drogas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP (São Paulo)*, 44(3), 611-618. Recuperado em 17 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300009&lng=en&nrm=iso)
- Oliveira, J. F. de, Nascimento, E. R., & Paiva, M. S. (2007, dezembro). Especificidades de usuários(as) de drogas visando uma assistência baseada na heterogeneidade. *Escola Anna Nery (Rio de Janeiro)*, 11(4), 694-698. Recuperado em 17 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452007000400022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000400022&lng=en&nrm=iso)
- Oliveira, J. F. de, Paiva, M. S., & Valente, C. L. M. (2006, junho). Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(2), 473-481. Recuperado em 3 de setembro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000200024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000200024&lng=en&nrm=iso)
- Oliveira, J. F. de, Paiva, M. S., & Valente, C. M. L. (2007, março/abril). A interferência do contexto assistencial na visibilidade do consumo de drogas por mulheres. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(2). Recuperado em 20 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt\\_v15n2a09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a09.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. Recuperado em 3 de setembro de 2013, de <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10387/1/66666666.pdf>
- Oliveira, T. R., & Simões, S. M. F. (2007). O consumo de bebida alcóolica pelas gestantes: um estudo exploratório. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11(4), 632-638. Recuperado em 3 de setembro de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a12>

- Os ativistas internacionais usuários de drogas. (2006). *Por que o mundo precisa de uma rede internacional de ativistas que usam drogas*. Vancouver. Recuperado em 16 de outubro de 2012, de [http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CC8QFjAB&url=http%3A%2F%2Fforum.politics.be%2Fattachment.php%3Fattachementid%3D8526%26d%3D1149627957&ei=jwV-UP--Duf10gH444HgBg&usg=AFQjCNGxJFNNFsv3Lp1fR\\_EpA98m9MH3yg](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CC8QFjAB&url=http%3A%2F%2Fforum.politics.be%2Fattachment.php%3Fattachementid%3D8526%26d%3D1149627957&ei=jwV-UP--Duf10gH444HgBg&usg=AFQjCNGxJFNNFsv3Lp1fR_EpA98m9MH3yg)
- Paiva, E. P. Q. (2010). *Adolescentes usuárias de substâncias psicoativas*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde, Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo. Recuperado em 21 de outubro de 2013, de <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp138821.pdf>
- Pan American Health Organization. *Sobre a BIREME: História*. Recuperado em 4 de setembro de 2013, de [http://www.paho.org/bireme/index.php?option=com\\_content&view=article&id=33&Itemid=43&lang=pt](http://www.paho.org/bireme/index.php?option=com_content&view=article&id=33&Itemid=43&lang=pt)
- Parr, J. M. et al. (2006). Views of general practitioners and benzodiazepine users on benzodiazepines: A qualitative analysis. *Social Science & Medicine*, 62, 1237–1249.
- Passos, E. H., & Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 154-162. Recuperado em 19 de dezembro de 2014, de <file:///C:/Users/Isabela/Downloads/3252-9642-1-PB.pdf>
- Paz Filho, G. J. (2001). Emprego do questionário cage para detecção de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 47(1): 65-69. Recuperado em 24 de junho de 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n1/a32v47n1.pdf>
- Pechansky, F. et al. (2007, março). Brazilian female crack users show elevated serum aluminum levels. *Revista Brasileira de Psiquiatria (São Paulo)*, 29(1), 39-42. Recuperado em 24 de setembro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462007000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000100012&lng=en&nrm=iso)
- Pechansky, F., Soibelman, M., & Gus, G. (1989, julho/setembro). Consumo de álcool em mulheres: preconceito? *Revista ABP-APAL*, 10(3), 87-90. Recuperado em 15 de agosto de 2013, de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=81464&indexSearch=ID>
- Pereira, M. (2009). Esta é a minha casa: a intersecção entre a raça e o género no romance *Brick Lane* de Monica Ali e no filme de Sarah Gavron. *Ex aequo*, 19, 71-85.

- Pesquisa aponta que mulher fica mais viciada em cocaína do que homem. (2012, 20 de setembro). *Folha de São Paulo*, Cotidiano. Recuperado em 20 de setembro de 2012, de <http://folha.com/no1156711>
- Pillon, S. C. et al. (2011, março). Uso de álcool e espiritualidade entre estudantes de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP (São Paulo)*, 45(1), 100-107. Recuperado em 24 de setembro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100014&lng=en&nrm=iso)
- Pinheiro, O. G. (1999). Entrevista: uma prática discursiva. In M. J. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez.
- Pinheiro, S. N., Laprega, M. R., & Furtado, E. F. (2005, agosto). Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública (São Paulo)*, 39(4), 593-598. Recuperado em 3 de setembro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000400012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000400012&lng=en&nrm=iso)
- Pinto, A. (2012). *Propensão para o tédio e comportamentos de risco em adolescentes*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Piscitelli, A. (2002). Re-criando a (categoria) mulher? In L. Algranti (Org.), *A prática feminista e o conceito de gênero*. Campinas: IFCH-UNICAMP.
- Prado, J. de A. et al. (2012, setembro). Relations between Depression, Alcohol and Gender in the Metropolitan Region of São Paulo, Brazil. *Ciência e Saúde Coletiva (Rio de Janeiro)*, 17(9), 2425-2434. Recuperado em 18 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000900023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900023&lng=en&nrm=iso)
- Prado, K. Filho, & Trisotto, S. (2007). A psicologia como disciplina da norma nos escritos de M. Foucault. *Revista Aulas*, 3, 1-14.
- Prado, M. A. M., & Machado, F. V. (2008). *Preconceito contra homossexualidades: a hierarquia da invisibilidade*. São Paulo: Cortez.
- Prado, M. A. M., & Queiroz, I. S. de. (2012, agosto). A emergência da politização da intimidade na experiência de mulheres usuárias de drogas. *Estudos de Psicologia*, 17(2), 305-312. Recuperado em 15 de agosto de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n2/15.pdf>
- Prins, B., & Meijer, I. C. (2002). Como os corpos se tornam matéria: entrevista com Judith Butler. *Revista Estudos Feministas*, 10(1), 155-167.



- Queiroz, I. S. de, Diniz, A. G. R., & Nogueira, P. H. de Q. (2014). *Juventude, drogas e racismo: redução de danos e enfrentamento ao genocídio da juventude negra*. (Curso de Atualização EJA e Juventude Viva). Belo Horizonte: Observatório da Juventude/Universidade Federal de Minas Gerais; Ministério da Educação. Recuperado em 30 de junho de 2014, de [https://ufmgextensao.grude.ufmg.br/pluginfile.php/21309/mod\\_resource/content/11/05-05.html](https://ufmgextensao.grude.ufmg.br/pluginfile.php/21309/mod_resource/content/11/05-05.html)
- Quitete, B. et al. (2012). Transtorno de estresse pós-traumático e uso de drogas ilícitas em mulheres encarceradas no Rio de Janeiro. *Revista de Psiquiatria Clínica (São Paulo)*, 39(2), 43-47. Recuperado em 18 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832012000200001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832012000200001&lng=en&nrm=iso)
- Rabelo, I. V. M., & Araújo, M. F. (2013, outubro/dezembro). Não estou dormindo nada: práticas de silenciamento do sofrimento. *Fragmentos de Cultura (Goiânia)*, 23(4), 527-536.
- Rabelo, I. V. M., & Tavares, R. C. (2008, janeiro/dezembro). Homens-carrapatos e suas mulheres: Relato de experiência em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate - Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*, 32(78, 79,80), 133-142.
- Reale, D. (1997). *O caminho da redução de danos associados ao uso de drogas: do estigma à solidariedade*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Revel, J. (2011). *Dicionário Foucault*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Ribeiro, C. S. (2001). *Consumo crônico de diazepam por pacientes atendidos em unidades básicas de saúde de Campinas*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo. Recuperado em 4 de setembro de 2013, de <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000239213>.
- Ribeiro, D. V. de A. (2009). *Significações psicológicas sobre a adesão ao tratamento ambulatorial de mulheres dependentes de substâncias psicoativas: estudo clínico-qualitativo*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo. Recuperado em 24 de setembro de 2013, de <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?view=000470198>
- Ribeiro, L. A., Sanchez, Z. M., & Nappo, S. A. (2010) Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. *Jornal brasileiro de psiquiatria (Rio de Janeiro)*, 59(3), 210-218. Recuperado em 6 de novembro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852010000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000300007&lng=en&nrm=iso)
- Rich, A. (2002). Notas para uma política da localização. In A. G. Macedo (Org.), *Gênero, identidade e desejo: antologia crítica do feminismo contemporâneo*. Lisboa, Cotovia.

- Rocha, M. L., & Aguiar, K. F. (2003). Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23(4), 64-73.
- Rodrigues, T. (2004). *Política e drogas nas américas*. São Paulo: EDUC/FAPESP.
- Rohden, F. (2002). Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. *Horizontes Antropológicos*, 8(17), 101-125.
- Rozin, L., Zagonel, I. P. S. (2012). Fatores de risco para dependência de álcool em adolescentes. *Acta Paulista de Enfermagem (São Paulo)*, 25(2), 314-318. Recuperado em 16 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000200025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200025&lng=en&nrm=iso)
- Saffioti, H. (1991). Novas perspectivas metodológicas de investigação das relações de gênero. In M. A. M. Silva (Org.), *Mulher em 6 tempos*. Araraquara, SP: UNESP.
- Salih, S. (2012). *Judith Butler e a teoria queer*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Sanceverino, S. L., & Abreu, J. L. C. de. (2004, dezembro). Aspectos epidemiológicos do uso de drogas entre estudantes do ensino médio no município de Palhoça 2003. *Ciência e Saúde Coletiva (Rio de Janeiro)*, 9(4), 1047-1056. Recuperado em 19 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000400025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400025&lng=en&nrm=iso)
- Santos, A. M. dos, & Silva, M. R. S. da. (2012, abril) A experiência de cuidar da mulher alcoolista na família. *Revista da escola de enfermagem da USP (São Paulo)*, 46(2), 364-371. Recuperado em 3 de setembro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200014&lng=en&nrm=iso)
- Santos, J. A.T., & Oliveira, M. L. F. de. (2012, janeiro/junho). Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. *Journal of Nursing Health, Pelotas*, 1(2), 82-93. Recuperado em 20 de agosto de 2013, de <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/viewFile/3449/2834>
- Santos, N. J. S. et al. (2009). Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública (Rio de Janeiro)*, 25(2), 321-333. Recuperado em 3 de setembro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009001400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400014&lng=en&nrm=iso)
- Santos, W. S. et al. (2012). Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): explorando seus parâmetros psicométricos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria (Rio de Janeiro)*, 61(3), 117-123. Recuperado em 17 de novembro de 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v61n3/01.pdf>

- Sardenberg, C. (2001). Da crítica feminista à ciência a uma ciência feminista? In *Anais do X Encontro da REDOR. Mesa "Crítica Epistemológica Feminista"*. Salvador, BA, Brasil. Recuperado em 26 de dezembro de 2014, de <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6875/1/Vers%C3%A3o%20Final%20Da%20Cr%C3%ADtica%20Feminista.pdf>
- Sarti, C. A. (2004). O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. *Revista Estudos Feministas*, 12(2), 167-174.
- Scavone, L. (1999). Direitos reprodutivos, políticas de saúde e gênero. In *GT Família e Sociedade, 23 Encontro Anual da ANPOCS*. Caxambu: Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais.
- Scavone, L. (2001). A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. *Cadernos Pagu*, 16, 137-150.
- Schutze, F. (1992). Pressure and guilt: war experiences of a young german soldier and their biographical implications. Part. 1. *Internacional Sociology*, 7(2), 187-208.
- Scott, J. W. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, 20(2), 71-99.
- Scott, J. W. (1999). Experiência. In: A. L. Silva, M. C. de S. Lago, & T. R. O. Ramos (Orgs.), *Falas de Gênero*. Santa Catarina: Editora Mulheres. Recuperado em 15 de dezembro de 2014, de [http://historiacultural.mpbnnet.com.br/feminismo/Joan\\_Scoot-Experiencia.pdf](http://historiacultural.mpbnnet.com.br/feminismo/Joan_Scoot-Experiencia.pdf)
- Serradilha, A. de F. Z., Ruiz-Moreno, L., & Seiffert, O. M. L. B. (2010, setembro). Uso de tabaco entre estudantes do ensino técnico de enfermagem. *Texto e contexto – enfermagem (Florianópolis)*, 19(3), 479-487. Recuperado em 4 de setembro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072010000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000300009&lng=en&nrm=iso)
- Silva, I. da et al. (2011, outubro). Associação entre abuso de álcool durante a gestação e o peso ao nascer. *Revista de Saúde Pública (São Paulo)*, 45(5), 864-869. Recuperado em 23 de outubro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000500007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000500007&lng=en&nrm=iso)
- Silva, M. das G. B. da. (2012). *O pensar e o agir das mulheres assistidas em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas: alcoolismo feminino e o caminho da recuperação*. Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Recife. Recuperado em 22 de outubro de 2013, de <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2012silva-mgb.pdf>
- Silva, S. L. (2000). *Mulheres da luz: uma etnografia dos usos e preservação no uso do crack*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Práticas de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Silva, S. L. (2000). *Mulheres da luz: uma etnografia dos usos e preservação no uso do crack*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Práticas de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Silva, S. M. da. (2008). *A unidade de redução de danos do município de Santo André: uma avaliação*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado em 23 de outubro de 2013, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/tde-03092008-121038/>
- Silva, T. T. (1993). Sociologia da educação e pedagogia crítica em tempos pós-modernos. In T. T. Silva (Org.), *Teoria educacional crítica em tempos pós-modernos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Silva, V. N. (2008). *Violência e uso de substâncias psicoativas: um estudo com mulheres usuárias de um serviço de Atenção Primária à Saúde de São Paulo*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado em 23 de outubro de 2013, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-24112008-134920/>
- Simão, M. O. et al. (2002, setembro). Alcoholic women and men: a comparative study of social and familial aspects and outcome. *Revista Brasileira de Psiquiatria (São Paulo)*, 24(3), 121-129. Recuperado em 4 de setembro de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24n3/11029.pdf>
- Simão, M. O., Kerr-Corrêa, F., Ortiz, K., & Lima, M. E. C. (1996, julho/setembro). Diferenças entre homens e mulheres dependentes atendidos em serviço de saúde de Botucatu. *Revista ABP-APAL*, 18(3), 95-100. Recuperado em 24 de setembro de 2013, de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=226260&indexSearch=ID>
- Simões, J. A. (2008). Prefácio. In B. C. Labate et al. (Org.), *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA.
- Smigay, K. E. V. (2002). Sexismo, homofobia e outras expressões correlatas de violência: desafios para a psicologia política. *Psicologia em Revista (Belo Horizonte)*, 8(11), 32-46. Recuperado em 24 de setembro de 2013, de [http://www.pucminas.br/imagedb/documento/DOC\\_DSC\\_NOME\\_ARQUI20041214154032.pdf](http://www.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20041214154032.pdf)
- Soares, C.B. (2007). *Consumo contemporâneo de drogas e juventude: a construção do objeto na perspectiva da saúde coletiva*. Tese de Livre-docência, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Sousa, M. F. (2002). O PSF nos grandes centros urbanos: o passado nos condena? In M. F. Sousa (Org.), *Os sinais vermelhos do PSF*. São Paulo: Hucitec.

- Sousa, N. C., & Meneses, A. B. N. T. (2010). O poder disciplinar: uma leitura em Vigiar e Punir. *Saberes*, 1(4), 18-35.
- Souza, J. G., Lima, J. M. B., & Santos, R. da S. (2008, dezembro). Alcoolismo feminino: subsídios para a prática profissional da enfermagem. *Escola Anna Nery (Rio de Janeiro)*, 12(4), 622-629. Recuperado em 15 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452008000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000400003&lng=en&nrm=iso)
- Souza, L. H. R. F., Santos, M. C. dos., & Oliveira, L. C. M. (2012, julho). Padrão do consumo de álcool em gestantes atendidas em um hospital público universitário e fatores de risco associados. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Rio de Janeiro)*, 34(7), 296-303. Recuperado em 17 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032012000700002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000700002&lng=en&nrm=iso)
- Souza, M. F. de et al. (2008, dezembro). Perfil dos usuários do serviço de teleatendimento sobre drogas de abuso VIVAVOZ. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul (Porto Alegre)*, 30(3), 182-191. Recuperado em 15 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082008000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000400007&lng=en&nrm=iso)
- Souza, S. C. de. (2009). *Mulheres alcoolistas: histórico reprodutivo e alterações do crescimento e desenvolvimento dos filhos*. Dissertação de Mestrado, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo. Recuperado em 17 de agosto de 2013, de [http://www.livrosgratis.com.br/arquivos\\_livros/cp113457.pdf](http://www.livrosgratis.com.br/arquivos_livros/cp113457.pdf)
- Spink, M. J. P., & Medrado, B. (2004). Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In M. J. P. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (3a ed.). São Paulo: Cortez.
- Spivak, G. (1987). Can the subaltern speak. In C. Nelson & L. Grossberg (Eds.), *Marxism and the interpretation of culture*. Chicago: University of Illinois Press.
- Strey, M. N., & Pulcherio, G. (2010). As tramas de gênero na saúde. In M. N. Strey, C. Nogueira & M. R. Azambuja (Orgs.), *Gênero e saúde: diálogos ibero-brasileiros*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Toneli, M. J. F., & Becker, S. (2011). Notas sobre o não reconhecimento e a inumanidade de travestis e negros no palco do judiciário. Anais do III Encontro Nacional do GT História das religiões e das religiosidades – ANPUH – Questões teórico-metodológicas no estudo das religiões e religiosidades. *Revista Brasileira de História das Religiões*, 3(9), 01-09. Recuperado em 18 de novembro de 2012, de <http://www.dhi.uem.br/gtreligiao/pdf8/ST5/006%20-%20%20Maria%20Juracy%20F.%20Toneli%20e%20Simone%20Becker.pdf>

- Tractenberg, S. G. et al. (2012). Exposição a trauma e transtorno de estresse pós-traumático em usuárias de crack. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria (Rio de Janeiro)*, 61(4), 206-213. Recuperado em 18 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852012000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852012000400003&lng=en&nrm=iso)
- Trigueiro, T. H., & Labronici, L. M. (2011). A dependência química como fator de risco para a violência doméstica contra a mulher. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 10(2), 01-10. Recuperado em 24 de setembro de 2013, de [www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/download/3266/863](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/download/3266/863)
- Valença, T. (2010). *Consumir e ser consumido, eis a questão! (parte II) outras configurações entre usuários de drogas numa cultura de consumo*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.
- Van Der Geest, S., & Whyte, S. R. (2011, julho/dezembro). O encanto dos medicamentos: metáforas e metonímias. *Sociedade e Cultura (Goiânia)*, 14(2), 457-472.
- Vargas, E. V. (2008). Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: B. C. Labate, S. L. Goulart, M. Fiore, E. MacRae, & H. Carneiro (Orgs.) *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA.
- Vargas, R. B. A. (2012). *A saúde integral das mulheres e a educação médica: uma ponte por construir*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Velho, G. (1987). *Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Venosa, P. de A. S. (2011, junho). Grupos psicoterapêuticos de mulheres dependentes químicas: questões de gênero implicadas no tratamento. *Revista da SPAGESP (Ribeirão Preto)*, 12(1), 56-65. Recuperado em 3 de setembro de 2013, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702011000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000100007&lng=pt&nrm=iso)
- Victoria, C., & Knauth, D. R. (2004). Corpo, gênero e saúde: a contribuição da antropologia. In M. N. Strey & S. T. L. Cabeda (Orgs.), *Corpos e subjetividades em exercício interdisciplinar* (Coleção Gênero e Contemporaneidade 3). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Villela, W. (2000). Saúde integral, reprodutiva e sexual da mulher: redefinindo o objeto de trabalho a partir do conceito de gênero e da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. In M. J. O. Araújo et al. (Org.), *Saúde das mulheres: experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde*. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde.

- Wadi, Y. M. (2006, janeiro/abril). Experiências de vida, experiências de loucura: algumas histórias sobre mulheres internas no Hospício São Pedro (Porto Alegre, RS, 1884-1923). *História Unisinos*, 10(1), 65-79. Recuperado em 01 de agosto de 2014, de <http://revistas.unisinos.br/index.php/historia/article/view/6171>
- Wagner, G. A et al. (2007, junho). Alcohol and drug use among university students: gender differences. *Revista Brasileira de Psiquiatria (São Paulo)*, 29(2), 123-129. Recuperado em 17 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462007000200007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000200007&lng=pt&nrm=iso)
- Whyte, S. R., Van Der Geest, S., & Hardon, A. (2002). Woman in distress: medicines for control. In: Whyte, Susan R.; Van Der Geest, Sjaak; Hardon, Anita. (Orgs.) *Social lives of medicines*. Cambridge: Cambridge University Press, p. 50-63.
- Zalaf, M. R. R. & Fonseca, R. M. G. S. (2009, março). Uso problemático de álcool e outras drogas em moradia estudantil: conhecer para enfrentar. *Revista Escola de Enfermagem da USP (São Paulo)*, 43(1), 132-138. Recuperado em 22 de agosto de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100017&lng=en&nrm=iso)
- Zaluar, A. (2000). Violência, dinheiro fácil e justiça no Brasil: 1980-1995. In: Acselrad, Gilberta. *Avessos do prazer: drogas, aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.
- Zampieri, P. R. (2007). *Caracterização de mulheres alcoolistas atendidas em serviço ambulatorial*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP – Universidade Estadual Paulista, São Paulo. Recuperado em 22 de outubro de 2013, de [http://www.athena.biblioteca.unesp.br/exlibris/bd/bbo/33004064078P9/2007/zampieri\\_pr\\_me\\_botfm.pdf](http://www.athena.biblioteca.unesp.br/exlibris/bd/bbo/33004064078P9/2007/zampieri_pr_me_botfm.pdf)
- Zilberman, M. L. (1998). *Características clínicas da dependência de drogas em mulheres*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Zubaran, C., & Lazzaretti, R. (2013). Uso de moderadores de apetite entre estudantes da área da saúde na Região Sul do Brasil. *Einstein*, 11(1): 47-52. Recuperado em 22 de outubro de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/eins/v11n1/a09v11n1.pdf>
- Zygouris, R. (2002) *O vínculo inédito*. São Paulo, Escuta.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora,

Este termo de compromisso pode conter palavras que você não entenda. Peça, sempre que necessário, que a pesquisadora lhe explique as palavras ou informações não compreendidas completamente.

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa que busca investigar experiências de violência e sexismo vivenciadas por mulheres usuárias de drogas. Gostaríamos de ouvi-la falar sobre essas questões em sua história e em sua vida. Você foi selecionada para participar deste estudo por ter participado voluntariamente de um grupo de mulheres para discussão sobre drogas. Sua participação é muito importante, mas não é obrigatória, e você tem todo o direito de não querer participar.

Sua participação consiste em conceder uma entrevista gravada em áudio sobre sua história de vida. Eventualmente as entrevistas poderão acontecer em dois ou mais encontros, cada um podendo durar de uma a duas horas. A gravação só acontecerá mediante sua autorização e será possível interromper a gravação sempre que você assim o desejar. Durante a entrevista, lhe serão feitas perguntas com o objetivo de alcançar os objetivos da pesquisa. Você tem o direito de se recusar a responder a qualquer pergunta que lhe traga algum desconforto ou constrangimento.

A sua identidade será mantida em sigilo e você terá todas as garantias quanto ao anonimato e confidencialidade dos dados, conforme os padrões éticos de pesquisa em ciências humanas. Dessa forma, seu nome não será citado em momento algum e quaisquer informações que possam levar à sua identificação serão alteradas para fins de análise e uso dos dados coletados. As informações coletadas serão utilizadas para fins estritamente de pesquisa, podendo ser utilizadas em possíveis publicações (nas quais serão resguardados o sigilo e o anonimato).

As entrevistas, gravadas em formato digital e posteriormente transcritas e impressas, ficarão armazenadas com a pesquisadora por um período de cinco anos após o término deste estudo. Depois desse período, os arquivos da entrevista em áudio serão apagados e as entrevistas transcritas impressas serão incineradas.

Mesmo não havendo benefícios diretos e imediatos para você enquanto entrevistada desta pesquisa, além da oportunidade de poder compartilhar acontecimentos pessoais significativos, sua participação contribuirá para a efetivação de um estudo que visa a promoção dos direitos humanos e de cidadania de usuários/as de drogas; uma maior compreensão acerca da vivência do uso de substâncias em nossa sociedade; e o combate às violências, por meio da produção e divulgação de conhecimento acadêmico e da intervenção social.

Você não terá nenhum gasto com a sua participação no estudo e também não receberá pagamento pelo mesmo. Você tem o direito de não querer participar ou de sair deste estudo a qualquer momento, sem quaisquer penalidades ou perda de benefícios. Em caso de você decidir retirar-se do estudo, favor notificar a pesquisadora.

Os pesquisadores responsáveis pelo estudo poderão lhe fornecer qualquer esclarecimento sobre o mesmo, assim como tirar dúvidas, bastando contato nos seguintes endereços e/ou telefones:



<b>PESQUISADORA</b> <b>Isabela Saraiva de Queiroz</b> Rua Castelo de Windsor, 117/102 Bairro Castelo 31330-180   Belo Horizonte, MG – Brasil <a href="mailto:isabelasq@gmail.com">isabelasq@gmail.com</a>   (31) 3476-8384	<b>ORIENTADOR</b> <b>Marco Aurélio Máximo Prado</b> Rua Coletor Celso Werneck, 154/508 Bairro Santo Antônio 30350-010   Belo Horizonte, MG – Brasil <a href="mailto:mamprado@gmail.com">mamprado@gmail.com</a>   (31) 3409-6287
---	--

Para solucionar dúvidas relativas a problemas éticos, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, no endereço e/ou telefone abaixo:

<b>COEP – UFMG</b> UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II, 2ºandar/SI. 2005 31270-901   Belo Horizonte, MG – Brasil <a href="mailto:coep@prpq.ufmg.br">coep@prpq.ufmg.br</a>   (31) 3409-4592
--

### Declaração de Consentimento

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este Termo de Consentimento. Declaro que toda a linguagem técnica utilizada na descrição desta pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo a qualquer momento, sem perda de benefício ou qualquer outra penalidade.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

---

Nome da participante (em letra de forma)

---

Assinatura da participante ou representante legal – Data

Obrigada pela sua colaboração e por merecer sua confiança.

---

Nome da pesquisadora (letra de forma)

---

Assinatura da Pesquisadora – Data

**ANEXO A - TRANSCRIÇÃO LITERAL DA CARTA DEPOIMENTO RESPOSTA<sup>31</sup>:**

Depoimento resposta distribuído no último dia 08 de maio durante a sessão de enfrentamento ao CRACK, subscrito pelo deputado federal XXXXX.

Eu XXXXX, tive o prazer de acesso ao texto ao qual o senhor relata o seu crescimento pessoal com a colaboração da CT XXXXX, cuja as instalações foi submetida a uma inspeção dos respeitadíssimos Conselho Federal de Psicologia, e os Direitos Humanos da Ordem do Advogados do Brasil, aond foi constatado a prática de maus tratos contra os internos.

O senhor alega que trata-se de pura e simples perseguição, o que de forma alguma pode ser considerado como verdade a lisura e ao profissionalismo dos dois órgãos citados a cima.

Estive internada em várias CT's cujo o nome não citarei, e, nem as localidades onde se situam, não só por ética, mas por acreditar que alguma delas tem o verdadeiro desejo de acertarem, só não sabem como.

Os relatos abaixo são costumes adotados por algumas CT's por onde passei:

- Meados de junho temperatura variando entre 4° à 9°C, o único chuveiro da comunidade queima, e por estarmos isolados por causa da cheia do rio tomamos durante 15 dias banho gelado, no horário de sempre, entre 18:00h e 19:00h.

- Na folga da coordenadora um homem, a substituía como monitor, e quase todas as noites “convidava” alguma menina, inclusive menores para ficarem assistindo filme em seu quarto durante toda noite.

- Na CT não era permitido às internas fazer uso de cigarro, esse privilégio, era apenas da coordenadora, que alegava que não estava mais em tratamento.

- O prazo de internação era geralmente de 9 meses, o qual poderia ser prolongado por mais 6 meses, dependendo apenas da determinação da coordenadora, uma ex-interna da CT, sem qualquer curso específico na área de tratamento.

- Num forte sol de verão foram convocadas 5 internas, eu era uma delas para colher uma roça de milho doada por um fazendeiro, cujo a propriedade ficava + ou – 10 KM de onde estávamos, fomos e voltamos a pé, o milho foi destinado a fazermos pamonha, que foi vendida em festa na cidade, cuja renda nunca soubemos a que se destinava, já que nossa

---

<sup>31</sup> Os nomes de pessoas e da CT (Comunidade Terapêutica) citados foram ocultados, para garantia do anonimato.

alimentação, adivinha? Apenas de doações.

É bom deixar claro que todas éramos pagantes.

Senhor XXXXX, paremos por aqui pois a lista é enorme, e todos que tem, ou tiveram contatos com CT's sabem perfeitamente que a maioria delas viola os direitos básicos do ser humano.

Pelo que eu entendi o foco não é absolutamente exterminar as CT's, e se adequá-las à portaria do Ministério da Saúde e as regras da Vigilância Sanitária, evitando-se assim a violação dos direitos humanos, e, à cidadania, à que todos tem direito, inclusive nós os dependentes químicos.

Afinal se a Organização Mundial da Saúde declara o uso abusivo de álcool e outras drogas como uma doença epidêmica, nada mais justo que o gerenciamento dos trabalhos e das verbas principalmente esteja a cargo do Sistema Único de Saúde, o nosso querido SUS.

Att;

XXXXX

OBS.: No momento encontro-me bem e feliz no CERSAM AD