

FUNDAÇÃO ESCOLA DE SOCIOLOGIA E POLÍTICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOSSOCIOLOGIA DA JUVENTUDE

PETER GABRIEL MOLINARI SCHWEIKERT

RESISTÊNCIA À PROFILAXIA MATERNA

A deslegitimação do uso de drogas como fundamento para a separação de mães e
filhos/as na maternidade

SÃO PAULO
2016

PETER GABRIEL MOLINARI SCHWEIKERT

RESISTÊNCIA À PROFILAXIA MATERNA

A deslegitimação do uso de drogas como fundamento para a separação de mães e filhos/as na maternidade

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para a conclusão da Pós-Graduação em Psicossociologia da Juventude e Políticas Públicas pela Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo (FESPSP)
Orientadora: Prof^a. Dra. Ilana Mountian

SÃO PAULO
2016

Dados Internacionais de Catalogação a Publicação – CIP

SCHWEIKERT, Peter Gabriel Molinari

Resistência à profilaxia materna: a deslegitimação do uso de drogas como fundamento para a separação de mães e filhos/as na maternidade / Peter Gabriel Molinari Schweikert. – 2016

66f. ; 30cm

Orientadora: Profª Dra. Ilana Mountian

Trabalho de conclusão de curso (pós-graduação) –
Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo

CDD 741.642.S194I

PETER GABRIEL MOLINARI SCHWEIKERT

Resistência à profilaxia materna: A deslegitimação do uso de drogas como fundamento para a separação de mães e filhos/as na maternidade.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para a conclusão da Pós-Graduação em Psicossociologia da Juventude e Políticas Públicas pela Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo (FESPSP)

Orientadora: Prof^ª. Dra. Ilana Mountian

Parecerista: Prof. Dr. Rodrigo Alencar

Data de aprovação:

RESUMO

A presente dissertação pretende analisar criticamente a recorrente prática adotada pelas maternidades públicas consistente na retenção e institucionalização de recém-nascidos, em razão do uso de drogas por suas mães, bem como o conseqüente decreto de perda do poder familiar destas e o encaminhamento das crianças para famílias substitutas, por adoção. A abordagem será multidisciplinar e congregará argumentos jurídicos, sociológicos e psicanalíticos para desconstruir e deslegitimar as intervenções do Estado fundadas no estigma da *mulher usuária de drogas, supostamente incapaz de cuidar dos próprios filhos*. Ao final, serão propostas alternativas para a prática ora questionada, mediante articulação e reestruturação de toda a rede de defesa, promoção e proteção dos direitos da criança e do adolescente.

Palavras-chave: maternagem, drogas, gênero, poder familiar

ABSTRACT

The present essay intends to critically analyze the recurring practice adopted by public maternity hospitals, which consists in the retention and institutionalization of newborns, due the use of drugs by their mothers, as well as the consequent decree of loss of their family power and the referral of the children to adoption. The approach will be multidisciplinary and will bring together legal, sociological and psychoanalytic arguments to deconstruct and delegitimize state interventions based on the stigma of *drug users, who are supposedly unable to care for their own children*. In the end, alternatives will be proposed for the practice under question, through articulation and restructuring of the whole network of defense, promotion and protection of the children's rights.

Keywords: Maternity, drugs, gender, family power

SUMÁRIO

1. Introdução	10
2. Violação de direitos, acolhimento institucional e destituição do poder familiar	13
3. Notas Técnicas e Recomendações	18
4. Substâncias psicoativas, Biopoder e controle dos corpos.....	23
5. Drogas, gênero e classe no contexto da Biopolítica.....	27
5.1. O Biopoder pelo recorte de classe	27
5.2. O Biopoder na política de drogas.....	28
5.3. O Biopoder nas relações de gênero.....	29
5.4. Há uma finalidade última no exercício do Biopoder?	29
6. Análise crítica da intervenção do Estado em virtude da situação de vulnerabilidade da mulher pobre em razão do uso de substâncias psicoativas	33
7. O uso de drogas: entre estigmas e falsas causalidades	34
7.1. A construção de um estigma.....	34
7.2. O papel da mídia na consolidação do estigma e a naturalização da violência.....	38
7.3. A experiência da gestação por mulheres usuárias e não usuárias	42
7.4. O uso de drogas como fenômeno tridimensional: substância, sujeito e contexto ..	5
8. Mulher, feminilidade e a “boa-mãe”	1
9. Alternativas propostas	1
9.1. A gravidez como motivação para a busca de tratamento.....	5
9.2. Os efeitos do Proibicionismo na construção da rede de atenção integral à saúde da gestante e do neonato	5
9.3. A articulação necessária entre os equipamentos e serviços do Sistema Único de Saúde para a atenção integral da mulher gestante que faça uso de drogas	5

9.4. Fomento à criação de equipamentos atentos às questões de gênero e suas especificidades.....	5
10. Conclusão	1
11. Referências bibliográficas	1

1. INTRODUÇÃO

Não raro vemos em tramitação perante as Varas da Infância e Juventude ações judiciais propostas pelo Ministério Público visando à aplicação da medida de acolhimento institucional em relação aos filhos de mulheres que relatam, após o parto, o uso, atual ou pretérito, de drogas¹. Recorrentemente, aliás, tais medidas são acompanhadas de ações de destituição do poder familiar também propostas pelo órgão ministerial em relação àquelas mulheres.

No entanto, ao verificarmos o contexto em que estas práticas estão inseridas, observamos que são inúmeras as contraindicações existentes tanto no âmbito do Ministério/Secretarias de Saúde como no âmbito das entidades de classe (conselhos de psicologia e do serviço social) e da academia (estudos, pesquisas, etnografias), os quais enfatizam a existência de uma prática discriminatória e violadora dos direitos humanos das mulheres e de seus filhos, ressaltando, ainda, os diversos outros prejuízos que daí podem advir ao desenvolvimento do recém-nascido ao longo de sua primeira infância.

Por outro lado, compondo um movimento de resistência a tais práticas, as recentes alterações legislativas vêm buscando garantir maior respeito aos direitos das mulheres em situação de vulnerabilidade social². Exemplo claro é o advento do chamado “marco legal da primeira infância” (Lei nº 13.257/16), que alterou o art. 19 do Estatuto da Criança e do Adolescente, subtraindo de sua redação original (“*toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária*”) a locução “*em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de*

¹ Sem adentrar a discussão sobre o conceito de drogas e toda a função simbólica exercida por seu significante, utilizaremos neste artigo a definição proposta pela Organização Mundial da Saúde (2003), segundo a qual: “drogas são todos os agentes químicos (sintéticos ou naturais), tanto legais como ilegais, que causam alterações fisiológicas e/ou psicológicas no indivíduo”. Apesar de a definição englobar no conceito de droga tanto as substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, a palavra será utilizada ao longo do texto para se referir especificamente a estas.

² O termo vulnerabilidade será aqui utilizado no sentido concebido por PRATI, COUTO e KOLLER, 2009, aplicando-se a “famílias expostas a fatores de risco que sejam de natureza pessoa, social ou ambiental que coadjuvam ou incrementam a probabilidade de seus membros virem a padecer de perturbações psicológicas”

substâncias entorpecentes”, utilizada para fundamentar, ao longo de mais de 20 (vinte) anos, a destituição do poder familiar de pessoas que afirmavam fazer uso de substâncias psicoativas, nada obstante a inexistência da conduta no rol das hipóteses autorizadoras da medida³

Assim, pretende-se perquirir, a partir de uma análise multidisciplinar e qualitativa, em especial à luz de teorias psicanalíticas, sociológicas e filosóficas, as razões pelas quais, apesar de todas as vedações e contraindicações para a retenção e institucionalização de recém nascidos em razão do uso de drogas pelas mulheres em situação de vulnerabilidade social, além da ausência de previsão legal para a perda de seu poder familiar, tal prática ainda é encontrada sistematicamente nos processos que correm perante as Varas da Infância e Juventude⁴.

Para tanto, iniciaremos apresentando uma noção introdutória do microsistema legal de proteção dos direitos das crianças e dos adolescentes, notadamente em relação aos casos em que o Estatuto prevê a possibilidade de acolhimento institucional e da perda do poder familiar.

A seguir, analisaremos como o uso de drogas e as relações de gênero e classe são articuladas para viabilizar o exercício de um poder que pretende a gestão e o controle dos corpos deste seletivo grupo de pessoas – as mulheres gestantes que consomem substâncias psicoativas – a partir da construção de um estigma perverso: *a mulher usuária, supostamente incapaz de cuidar de seus/suas próprios/as filhos/as*.

Desde logo advertimos que, à mingua de maiores levantamentos estatísticos e bibliográficos, as relações de raça não serão abordadas pormenorizadamente na

³ O Código Civil apresenta um rol taxativo de hipóteses autorizadoras da perda do poder familiar: “art. 1.638. Perderá por ato judicial o poder familiar o pai ou a mãe que: I - castigar imoderadamente o filho; II - deixar o filho em abandono; III - praticar atos contrários à moral e aos bons costumes; IV - incidir, reiteradamente, nas faltas previstas no artigo antecedente”. Da mesma forma, dispõe o Estatuto da Criança e do Adolescente que “aos pais incumbe o dever de sustento, guarda e educação dos filhos menores, cabendo-lhes ainda, no interesse destes, a obrigação de cumprir e fazer cumprir as determinações judiciais” (art. 22), sendo que “a perda e a suspensão do pátrio poder serão decretadas judicialmente, em procedimento contraditório, nos casos previstos na legislação civil, bem como na hipótese de descumprimento injustificado dos deveres e obrigações a que alude o art. 22” (art. 24)

⁴ Em recente levantamento estatístico realizado pelo Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), aliás, verificou-se que mais de 80% dos encaminhamentos de crianças e adolescentes aos serviços de acolhimento institucional estava relacionado ao uso de drogas pelos genitores (Disponível em: <http://oglobo.globo.com/brasil/droga-a-maior-caoa-de-abandono-de-criancas-11693322>, acesso em 04.10.2016).

construção do estigma ora questionado. Entretanto, temos a convicção de que a violência institucional dirigida contra as mulheres gestantes usuárias de substâncias psicoativas também denota práticas racistas, considerando-se que, do universo de mulheres atendidas pelo Autor em ações de destituição do poder familiar fundamentadas no uso de drogas pela mãe, a grande maioria é negra. Trata-se de ponto, portanto, que poderá ser levado em consideração em futuras pesquisas sobre o tema.

Por fim, serão propostas medidas alternativas à institucionalização ou colocação de recém-nascidos em famílias substitutas, por adoção, diretamente das maternidades públicas, mediante a reestruturação e articulação da rede de atenção psicossocial (sobretudo dos equipamentos e serviços da saúde e assistência social), primando pela manutenção da relação materno-filial, fortalecimento dos vínculos afetivos e superação das adversidades socioeconômicas e psíquicas enfrentadas pelas mulheres. Todas as medidas alternativas propostas levarão em consideração as especificidades de gênero e classe e o modo como se inter-relacionam com o universo das drogas.

2. VIOLAÇÃO DOS DIREITOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES, ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL E DESTITUIÇÃO DO PODER FAMILIAR

Muito embora não se pretenda, nos estritos limites do presente artigo, discorrer pormenorizadamente sobre toda a sistemática legal e infralegal que regulamenta a medida de acolhimento institucional voltada às crianças e adolescentes e as hipóteses em que a lei autoriza a perda do poder familiar, pretendemos destacar alguns pontos importantes para a melhor compreensão da hipótese ora aventada: (i) a ilegalidade da retenção (arbitrária) de recém nascidos nas maternidades públicas, (ii) a (des)necessidade de comunicação de todos os nascimentos de mulheres que apresentam uso de substâncias psicoativas às Varas da Infância e Juventude e (iii) a impossibilidade jurídica de ser decretada a perda do poder familiar em razão do consumo daquelas substâncias.

Na prática, quando uma criança nasce em um hospital público⁵, a depender de determinadas circunstâncias concretas (*e.g. mulher desacompanhada de outros familiares ou de seu cônjuge/companheiro, notícia de não ter realizado acompanhamento pré-natal, atitudes que façam enfermeiros e médicos presumirem, ainda que erroneamente, estarem sob efeito de substâncias psicoativas*) a genitora, logo após o parto, é submetida a entrevista social, ocasião em que passa a ser “investigada” por assistentes sociais⁶. Caso sua vida, atual ou pretérita, indique uso daquelas substâncias psicoativas, a entrega do recém-nascido à mãe é imediatamente obstada, ainda que haja alta hospitalar, sendo o fato imediatamente comunicado ao Juiz da Infância e Juventude

⁵ Ressalte-se que não se tem dados ou notícias junto da nossa atuação como Defensores Públicos de tal procedimento em hospitais particulares, o que demonstra desde já o recorte de classe.

⁶ A constatação de uso de drogas, no Brasil, é feita única e exclusivamente através de entrevistas com assistentes sociais, sem qualquer exame clínico/médico para tanto. Nos EUA, tal averiguação é diferente, sendo realizado exame toxicológico feitos no bebê, que ao acusar drogas do seu sistema gera um forte presunção de incapacidade de exercer seu poder familiar das mães, sendo essas impedidas do contato com seus filhos. (ROBERTS, 1991, P. 1430) No texto original: “*The most common penalty for a mother's prenatal drug use is the permanent or temporary removal of her baby. Hospitals in a number of states now screen newborns for evidence of drugs in their urine and report positive results to child welfare authorities. Some child protection agencies institute neglect proceedings to obtain custody of babies with positive toxicologies based solely on these tests. More and more government authorities are also removing drug-exposed newborns from their mothers immediately after birth pending an investigation of parental fitness. In these investigations, positive neonatal toxicologies often raise a strong presumption of parental unfitness, which circumvents the inquiry into the mother's ability to care for her child that is customarily necessary to deprive a parent of custody.*”

e ao Ministério Público, o qual poderá deflagrar um processo em que se determine a extinção do vínculo de filiação mantido entre mãe e filho/a, possibilitando o encaminhamento destes/as para a adoção⁷.

Uma primeira questão que surge, entretanto é: há respaldo legal para tanto?

Em breve síntese, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) prevê, dentre o rol de medidas aplicáveis às crianças e adolescentes que tiverem seus direitos violados ou ameaçados por ação ou omissão da sociedade, do Estado, de seus pais ou responsável ou, ainda, em razão de sua própria conduta, a possibilidade de encaminhamento aos serviços de acolhimento institucional (arts. 98 e 101, inciso VII, do ECA).

Saliente-se que o advento do ECA, em consonância com os parâmetros delineados pela Constituição Federal de 1988 e pela Convenção sobre os Direitos da Criança (1898), significou verdadeiro marco social e político no âmbito dos direitos da criança e do adolescente, por simbolizar a transição entre a antiga Doutrina da Situação Irregular, informadora os Códigos de Menores (1927 e 1979) – que possibilitava a ruptura dos laços familiares e o encaminhamento de crianças e adolescentes aos então chamados “abrigos” ou entidades similares (função exercida pela então FEBEM) única e exclusivamente pela situação de pobreza em que se encontravam inseridos – e a Doutrina de Proteção Integral, que passou a vedar a separação da família em virtude da “falta ou carência de recursos materiais” (art. 23, ECA), hipótese em que a intervenção estatal deve buscar o fortalecimento e incremento da capacidade protetiva daquela, mediante sua inclusão em serviços e programas oficiais de proteção, apoio e promoção (§1º).

Em consonância com o ECA está o artigo 9º da Convenção da Organização das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, de 1989, da qual o Brasil é signatário, que

⁷ A prática, a bem da verdade, remonta ao menos quatro décadas e tem sido verificada ao longo de todo o globo. Nos Estados Unidos, por exemplo, diversos estudos sobre os chamados *crack babies* narram o encaminhamento de recém-nascidos diretamente da maternidade para lares adotivos ou serviços de acolhimento institucional. A propósito: “*even more common than criminal prosecution is court-ordered removal of the baby at birth, without trial or hearing, solely on the ground that the mother or infant has a positive drug test at the time of birth. Child removal on this ground appears to be increasing, even though there is a severe shortage of foster homes in many areas of United States. Despite the complaints of many lawyers and medical professionals that such procedures violate privacy rights and proper medical use of the tests, a number of states require healthcare professionals to report to the local welfare agency women who have or are believed to have used controlled substance during pregnancy*” (YOUNG, 1994)

prevê: “os Estados Partes deverão zelar para que a criança não seja separada dos pais contra a vontade dos mesmos”, salvo nas hipóteses de maus-tratos ou descuido por parte dos pais.

A aplicação da medida de acolhimento institucional, portanto, é medida excepcional e provisória, devendo ser utilizada como forma de transição para reintegração familiar ou, não sendo esta possível, para colocação em família substituta, não implicando privação de liberdade (art.101, §1º, ECA). Ademais, ao contrário de outras medidas que podem ser aplicadas pelos Conselhos Tutelares, a determinação do acolhimento institucional é de competência exclusiva da autoridade judiciária, salvo hipóteses excepcionais, como o encaminhamento para a imediata proteção de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos ou violência física/sexual.

Convém observar, como o fazem ZAPATA, FRASSETO e GOMES (2016, p. 86), que o Estatuto, diferentemente da Lei Orgânica da Assistência Social, não utiliza as categorias da *situação de risco pessoal ou social*, ou outras como *situação de vulnerabilidade social* para definir as crianças e adolescentes a quem se destinam as medidas de proteção, mas dirige a aplicação destas para fazer cessar situações de violação de direitos⁸.

A diferenciação é salutar sobretudo para se evitar discricionariedades ou excessivos subjetivismos na manipulação destas medidas, já que a categoria do *risco* – quer do *grupo de risco*, quer do *comportamento de risco* –, conforme salienta SODELLI (2016, p. 88/89) “contribui, na verdade, para aumentar o estigma e o preconceito de grupos já marginalizados na sociedade, a saber, profissionais do sexo, homossexuais e usuários de drogas”, além de direcionar “para uma culpabilização individual”, já que a inserção de indivíduos em situações de vulnerabilidade passa a ser compreendida como “uma falha ou displicência pessoal”. Sobre este ponto, contudo, voltaremos a nos debruçar mais à frente.

⁸ Apesar da diferença, ainda são recorrentes os relatórios elaborados pelas equipes técnicas das Varas da Infância e Juventude no sentido de que as medidas de proteção previstas no ECA devem ser aplicadas diante da existência de uma *situação de risco* ou da *falta de capacidade protetiva da família*. Albee (*apud* BÖING; CREPALDI, 2004) ressalta que “a noção de risco assim como a noção de proteção devem ser compreendidas segundo uma interação dos fatores da criança, da família nuclear e do ambiente mais amplo (...) Nesse sentido, deve-se identificar os fatores de proteção e delimitar os mecanismos protetores que servirão como estratégias úteis de prevenção e intervenção remediativa frente aos eventos adversos” (p. 214)

Ora, se o Estatuto da Criança e do Adolescente prevê a possibilidade de aplicação de medidas de proteção apenas nas hipóteses em que restar configurada a *ameaça ou lesão aos direitos* daqueles compreendidos na peculiar condição de sujeitos em desenvolvimento, como se pôde justificar, durante mais de 20 anos de sua vigência, seu encaminhamento aos serviços de acolhimento institucional em razão do uso de drogas ou a situação de rua dos pais?

Juridicamente, as inúmeras decisões judiciais que determinaram o acolhimento institucional de crianças e adolescentes filhos/as de pais que apresentavam algum padrão de uso, presente ou pretérito, de substâncias psicoativas apresentavam dois fundamentos principais: (i) o direito de serem criados e educados “*em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes*” (redação original do art. 19 do ECA); (ii) a compreensão generalizada de que o uso de drogas pelos genitores, por si só, configuram negligência nos cuidados com sua prole, além de atentar contra a moral e os bons costumes (arts. 24 do ECA e 1.638, inciso III, do Código Civil).

Sucedede que, com o advento do chamado “Marco Legal da Primeira Infância” (Lei nº 13.257/16), que trouxe diversas alterações ao Estatuto da Criança e do Adolescente, a locução “*em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes*” foi completamente suprimida da redação do art. 19, esvaziando, portanto, o primeiro fundamento para as referidas decisões judiciais.

Resta, pois, o segundo argumento: a associação do uso de drogas pelos pais a um comportamento transgressor e necessariamente negligente em relação aos filhos⁹.

Se em um primeiro momento, o uso de drogas é visto como o pano de fundo para situações de violência, negligência ou abandono, ao longo do tempo, sua condição de “causa” de situações ensejadoras do afastamento de crianças e adolescentes do lar de

⁹ Apesar da prevalência de vozes, nas práticas judiciárias, quer nas decisões judiciais, quer nos relatórios, social e psicológico, elaborados pelas equipes técnicas das Varas da Infância e Juventude, no sentido de que o uso de drogas, além de estar intimamente atrelado à situações de negligência e violência contra crianças e adolescentes, encontramos um verdadeiro movimento dissidente e de resistência que passou a problematizar a questão. Dentre outros, cita-se GLENS (2010), para quem “*o abuso de drogas, assim como os problemas mentais do pai ou da mãe (...) não podem ser considerados motivos de abrigamento por si só. É preciso perceber se essas condições estão colocando a criança ou o adolescente em risco ou não, o que nem sempre é fácil de se fazer. Apesar da maioria dessas situações se constituírem em violações contra a criança ou adolescente, esses são momentos nos quais não se pode simplesmente ter por base as estatísticas, pois é possível que um usuário de drogas ou alguém com problemas mentais seja extremamente carinhoso e atencioso com seus filhos, cuidando deles da melhor maneira que consegue. Nesse caso, é preciso que essa pessoa seja ajudada a cuidar de seus filhos e não separada deles*”.

suas famílias (negligência, violência, abandono) é transformada em fundamento bastante e suficiente para este afastamento.

Ou seja, se inicialmente o uso de drogas pelos pais era invocado pelo Ministério Público para demonstrar situações de violência, negligência ou abandonos dali decorrentes (e.g. agressões praticados pelo genitor sob efeito de drogas, abandono motivado pelo uso de drogas da genitora), ao passar do tempo esse mesmo uso de drogas, a despeito da existência de previsão legal para tanto, torna-se argumento autossuficiente para fundamentar o encaminhamento de crianças e adolescentes aos serviços de acolhimento institucional e, até mesmo, para a perda do poder familiar, como se o uso de drogas, em si mesmo, implicasse situação de ameaça ou lesão aos direitos daqueles sujeitos em desenvolvimento.

Com isso, maternidades públicas, atentas ao dever de comunicar às autoridades competentes os casos de que tenham conhecimento, “*envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente*” (arts. 13 e 70-B, ECA), sob pena de incorrerem em infração administrativa (art. 245, ECA), passaram a adotar a prática de enviar relatórios ao Ministério Público e às Varas da Infância e Juventude noticiando o nascimento de filhos/as de mulheres que afirmaram ter apresentado, no passado ou presente, algum padrão (independentemente de qual) de uso de drogas, muitas vezes seguindo recomendações emanadas por estas próprias autoridades¹⁰.

É justamente em relação a este segundo argumento que aprofundaremos nossa análise.

¹⁰ Exemplo de tais práticas pôde ser visto na cidade de Belo Horizonte, onde o Ministério Público local editou as Recomendações nº 5 e 6 de 2014, que orientam funcionários de maternidades públicas a comunicar o nascimento de bebês recém-nascidos quando identificarem uso de drogas por suas mães ao órgão ministerial e à Vara da Infância e juventude, sem qualquer análise mais aprofundada sobre a efetiva capacidade protetiva das genitoras e os danos decorrentes de tal separação.

3. NOTAS TÉCNICAS E RECOMENDAÇÕES

Em 15 de setembro de 2015, o Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, editou a Nota Técnica nº 01, que estabeleceu “diretrizes e fluxograma para a atenção integral à saúde das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos”, posteriormente atualizada, em 10 de maio de 2015, para contemplar as alterações provocadas pelo Marco Legal da Primeira Infância, precipuamente a supressão da previsão outrora contida no art. 19 do ECA de que crianças e adolescentes possuíam o direito de crescerem e serem educados em ambientes livres de pessoas “dependentes de substâncias entorpecentes”.

Tais notas, em suma, reconhecem que as necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas requerem uma abordagem multisetorial e interdisciplinar, diante da complexidade das situações apresentadas, que envolvem tanto aspectos relacionados à saúde quanto à exclusão social. Por outro lado, enfrentam diretamente a prática adotadas pelas maternidades públicas de envio compulsório de relatórios ao Ministério Público e às Varas da Infância e Juventude noticiando o nascimento de crianças filhas de mulheres em situação de rua e/ou usuárias de drogas. Segundo as notas técnicas, *“tais recomendações (...) estão, por vezes, ocasionando decisões precipitadas quanto ao afastamento das crianças recém-nascidas de suas mães sem uma avaliação técnica de cada caso”*. Posicionam-se, portanto:

O Ministério da Saúde e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome entendem que decisões imediatistas de afastamento de crianças de suas mães, sem o devido apoio e acompanhamento antes, durante e após o nascimento, bem como uma avaliação minuciosa de cada situação, violam direitos básicos, tais como a autonomia das mulheres e a convivência familiar

E concluem:

Nesse sentido, o Estado deve assegurar os cuidados que contemplem as escolhas das pessoas envolvidas, dentre elas a manutenção do convívio entre mãe e filho, sempre que isso represente o melhor interesse da criança (...) ao mesmo tempo, é preciso garantir os direitos das mulheres que decidirem manterem ou não a guarda da criança, não cabendo aos profissionais qualquer julgamento, mas propiciar o apoio necessário para uma escolha consciente,

desde que seja garantida a segurança e o bem estar da criança (...) é importante que os gestores propiciem espaços de acolhida e escuta qualificada para as mulheres e seus(suas) filhos(as) onde estes estejam cuidados nos momentos de vulnerabilidade durante a gravidez e após a alta da maternidade. Estes espaços não devem ser cerceadores de direitos ou punitivos. Devem ser espaços que podem transitar entre a Saúde e a Assistência Social, promovendo o cuidado compartilhado da criança com a mulher, caso seja necessário, e assegurando ações que garantam a proteção desses sujeitos, assim como a possibilidade das mulheres vivenciarem outras formas de sociabilidade, caso desejem.

Dentre os fluxos estabelecidos pela rede de proteção, verifica-se a garantia de um verdadeiro *direito de escolha da mãe* em entregar ou não seu/sua filho/a para adoção, de modo que, ao manifestar seu desejo de permanecer com a criança, deve ser encaminhada à avaliação multidisciplinar que considere a situação atual da mulher e as condições ambientais em que se encontra inserida. Caso se conclua que a mulher não reúne condições, naquele momento, para assumir os cuidados da criança, quer pela gravidade da situação de vulnerabilidade em que se encontra, quer em razão da extrema fragilização dos vínculos familiares e comunitários, deve-se-lhe garantir, dentre outros encaminhamentos possíveis, o direito à *convivência familiar assistida*, com o referenciamento da mãe e da criança à uma unidade de acolhimento (Serviço de Acolhimento do SUAS, Unidade de Acolhimento ou mesmo à Casa da Gestante, Bebê e Puérpara), de modo a manter o convívio mãe/filho, sem deixar a criança exposta a riscos ao seu desenvolvimento.

Diversos conselhos de classe têm se manifestado na mesma linha. O **Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo**, por exemplo, após consulta feita pela Defensoria Pública paulista acerca da viabilidade do exercício da parentalidade por pessoa que faça uso de drogas, posicionou-se no sentido de que:

A princípio, não há como se dizer que genitores que sejam usuários recreativos ou com uso nocivo de drogas ou dependentes terão ou não condições adequadas para o cuidado com seus filhos. Mais especificadamente, a incapacidade funcional, no caso a inépcia temporária ou definitiva, parcial ou total, da parentalidade, pode ser determinada em psiquiatria, obedecendo a critérios clínicos individuais e nunca generalizados (Consulta nº 139.762/2015)

Já o **Conselho Federal de Psicologia**, instado a se manifestar sobre o mesmo tema, apesar de explicar a impossibilidade de se elaborar um parecer técnico sobre a

viabilidade do exercício da parentalidade por pessoas que façam uso de drogas, já que cada caso deve ser avaliado em sua singularidade, asseverou que:

na execução de seu trabalho na interface com a Justiça, o psicólogo poderá avaliar as situações onde se coloque questões quanto ao exercício da parentalidade de forma responsável, baseado na legislação vigente e nas teorias científicas sobre desenvolvimento infanto-juvenil. Esclarecemos que, por se tratar de uma situação específica, não existem diretrizes/recomendações acerca do encaminhamento de recém-nascidos diretamente do setor de obstetrícia de um Hospital para serviços de acolhimentos institucionais de crianças e adolescentes (SAICAs). Reafirmamos que cada situação deve ser avaliada em sua complexidade, preservando os direitos que competem às crianças e adolescentes e suas famílias (...) nos problemas referentes ao uso e/ou abuso de drogas, sabemos que há um universo enorme, onde não é a droga em si o problema, mas as condições subjetivas e contextos sociais que tornam, ou não, seu uso problemático e/ou abusivo (Resposta ao Ofício nº 809-P/2016 da Defensoria Pública)

Também o **Conselho Regional de Psicologia de São Paulo** (6ª Região) emitiu nota técnica sobre o exercício da maternidade por mães que fazem uso de crack e outras drogas, preconizando que:

A retirada de recém-nascidos de suas mães ainda na maternidade revela desconhecimento quando associa o uso de substâncias psicoativas necessariamente à ocorrência de violências/violações de direito. Supõe-se, no hospital, que a mãe será incapaz de cuidar do bebê devido ao uso de drogas, não tendo havido até então nenhuma violação de direitos por parte dela (...). Além disso há carência de avaliação adequada sobre as formas de uso de drogas, sendo fácil haver uma avaliação superficial e possivelmente moralizante deste contexto. A partir de tais argumentos sem fundamentação legal, viola-se o direito básico, garantido por lei, da criança e da mulher à convivência familiar e comunitária.

E arremata:

Dessa forma, é indispensável que se realize a devida avaliação dos casos individuais pelas equipes dos serviços de saúde e assistência social de referência, não sendo eticamente possível tomar encaminhamentos com base em generalizações, preconceitos e estigmas, quando se entende de antemão que a mãe não tem condições de cuidar do bebê. Observa-se também que há a penalização da mãe que muitas vezes não teve direitos garantidos relativos à sua condição de vulnerabilidade e é novamente prejudicada com a perda do direito de exercer a maternidade (...) tendo em vista o exposto, vimos alertar para a necessidade de um olhar fundamentado na promoção de laços sociais e na garantia de direitos da mãe, da criança e da família, em casos envolvendo mães usuárias de crack, outras substâncias, e/ou em situação de rua e seus bebês. Assim, a/o psicóloga/o baseará seu trabalho na promoção da saúde e qualidade

de vida das pessoas, estando impedido de participar ou ser conivente com violações de direitos, seja por meio de avaliações sem fundamentação ou produção de documentos decorrentes destas.

Por fim, colacionamos também manifesto assinado pelo **Conselho Regional de Psicologia e pelo Conselho Regional de Serviço Social de Minas Gerais**, além de diversas outras entidades de proteção aos direitos da criança e do adolescente, que, dentre outros pontos, reivindica:

Que as redes de saúde mental, da mulher e de atenção a criança do Estado e Municípios sejam acionadas, bem como toda a rede de assistência à saúde e demais políticas setoriais logo que se identifique o abuso de álcool e outras drogas, para que se amenize o impacto criminalizador e excludente das mulheres, pautando em enfrentamentos completos que deem conta de conciliar os direitos das mulheres e dos recém-nascidos

que os casos avaliados como de risco tanto para a mulher quanto para os recém-nascidos sejam encaminhados para acompanhamento e que o acolhimento institucional, bem como a adoção, só sejam solicitados ao poder judiciário após esgotadas todas as possibilidades de permanência da criança junto à família de origem ou família extensa

que se diferencie o uso abusivo e a dependência química de álcool e outras drogas desvinculando da ligação causal estabelecida com negligência e maus-tratos ¹¹

Diante de todas as incisivas manifestações, notas técnicas e recomendações colacionadas, a reflexão que se coloca é: se inexistente qualquer recomendação técnica ou previsão no microssistema legal de proteção dos direitos da criança e do adolescente que autorizem o acolhimento institucional de recém-nascidos diretamente da maternidade unicamente em razão do uso de drogas pela mãe, por que persiste a prática reiterada pelas diversas maternidades públicas em todo território nacional (aliás, não apenas no Brasil, mas em diversos outros países também)? E mais: qual o motivo para tamanha resistência oposta à tais condutas?

As possíveis respostas a tal indagação¹² perpassam a os fundamentos que convergem para a criação de um estereótipo perverso: o da *mãe usuária, supostamente incapaz de cuidar de seus filhos*.

¹¹ <http://www.cress-mg.org.br/arquivos/Manifesto%20MP%20texto%20final%20com%20assinaturas.pdf>

¹² Diversas são as respostas possíveis à indagação posta em evidência. Embora não seja objeto do presente artigo, cumpre apontar que umas das explicações possíveis para a persistência do rompimento prematuro do vínculo entre a mãe-usuária e seus filhos, mediante encaminhamento destes aos serviços

Entretanto, para que possamos melhor compreender a postura do Poder Judiciário em torno das violações dali decorrentes apesar de todas as orientações em sentido contrário, devemos tecer uma ponderação preliminar: *por que o Estado vem manifestando tamanho interesse por estas mulheres?*

de acolhimento institucional e, posteriormente, a famílias substitutas a partir de relatórios enviados pelos setores de obstetrícia das maternidades públicas decorre da compreensão de uma verdadeira *lógica de mercado* no campo das adoções. Explica-se. Conforme relatório de dados estatísticos do Conselho Nacional de Justiça sobre o Cadastro Nacional de Adoção (disponível em: <http://www.cnj.jus.br/cnanovo/pages/publico/index.jsf>, acesso em 20.09.2016), verifica-se um total de 37.512 pretendentes cadastrados, dos quais 55% aceitam apenas crianças de 0 a 3 anos. Por outro lado, de um universo de 7.038 crianças e adolescentes disponíveis à adoção, apenas 15,56% destes atendem àquela demanda (0 a 3 anos). Ou seja, considerando-se a existência de uma demanda *quase cinco vezes* maior que a oferta de crianças de 0 a 3 anos disponíveis à adoção (sem se considerar, aqui, eventuais reservas em relação a crianças com deficiência e/ou doenças genéticas e crônicas), pode-se chegar a conclusão que o Poder Judiciário se vê em uma verdadeira encruzilhada para o atendimento da demanda que bate às suas portas. Uma das formas de atendê-la consiste na criação de *mecanismos de captação de demanda*, como o encaminhamento de recém-nascidos, diretamente das maternidades públicas, para adoção. Ocorre que a colocação de crianças em família substituta está condicionada à instauração de um processo contencioso, no qual seja garantido o contraditório e o exercício da ampla defesa aos genitores (art. 101, §2º c.c. art. 153, parágrafo único, ECA). Ademais, como qualquer processo, cabe ao Autor da demanda, via de regra o Ministério Público, apresentar e *provar* uma das causas de destituição do poder familiar – o que leva tempo e, portanto, gera o risco de não se conseguir suprir a demanda do Cadastro. E como demonstrar a ocorrência de uma das causas previstas na lei para a perda do poder familiar (art. 1.638, CC e arts. 22 e 24, ECA) em uma relação que mal se instaurou? Como se falar em negligência, abandono, maus-tratos de uma mãe em relação ao seu filho recém-nascido sem sequer ter saído da maternidade? A prática nos mostra a resposta: a partir da utilização do uso de drogas pela mãe como argumento autossuficiente, que, por si só, demonstraria a inexorável incapacidade e inaptidão daquela para a maternagem. Não por outro motivo que, como visto, o uso de drogas pelos genitores aparece nos recentes levantamentos estatísticos como a maior causa para a institucionalização e perda do poder familiar dos genitores.

4. SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, BIOPODER E CONTROLE DOS CORPOS

O consumo de substâncias psicoativas¹³, apesar de se tratar de prática adotada milenarmente em todas as sociedades do mundo e por todas as culturas¹⁴, dotada de distintos significados e objetivos, como rituais religiosos, trocas sociais, práticas medicinais ou mesmo enquanto movimento político (e.g. contracultura), ainda subjaz como verdadeiro tabu¹⁵, interdito e criminalizado sobretudo às camadas mais pobres da população¹⁶.

Em que pese o uso de substâncias psicoativas consistir em prática das mais democráticas, que atravessa pessoas de todos os gêneros, classes, raças e culturas, podemos notar, a partir dos efeitos de nosso *modo de lidar com a questão das drogas*, sobretudo a criminalização, a existência de uma verdadeira *seletividade estrutural* da política sobre drogas vigente, que lida mais duramente com determinados grupos em detrimento de outros.

A compreensão deste fenômeno – a *seletividade* – perpassa uma necessária reflexão sobre os conceitos de *poder e controle*, mais especificamente as noções de Biopolítica e o Biopoder tais como concebidas por Michel Foucault.

¹³ As substâncias psicoativas, a partir da leitura dicotômica entre lícito/ilícito, certo e errado, passaram a ser arbitrariamente classificadas como drogas (ilícitas) ou remédios (lícitas). Ambas, entretanto, são consideradas substâncias que “modificam o estado de consciência do usuário e cujos efeitos podem ir desde uma estimulação suave até perturbações na percepção do tempo, do espaço e de si próprio (SODELLI, 2016, p. 22).

¹⁴ O consumo de substâncias psicoativas, desde as civilizações antigas, sempre esteve sob regulação social (multiplicidade de usos, abusos e efeitos). Substâncias psicoativas e os estados alterados de percepção exerceram e ainda exercem papel importante na estruturação de sistemas sociais, culturais e míticos (FERTIG, 2013). Já os padrões de consumo (uso e abuso) na sociedade contemporânea demonstram uma alteração significativa ao que foi o padrão de uso ao longo do processo histórico, principalmente em relação aos usos prioritariamente ritualísticos, esporádicos e restrito a pequenos grupos. O aumento no padrão de uso, atingindo a maioria dos países e das classes sociais, caracteriza um modo de vida típico das sociedades de consumo atuais (MACRAE, 2007).

¹⁵ Um dos sentidos de tabu, recorde-se, alude justamente a algo que não deve ser abordado e que, portanto, supõe uma série de proibições

¹⁶ A Política sobre Drogas atualmente em vigor no Brasil reproduz, em grande parte, o modelo proibicionista originado nos Estados Unidos e estabelecido pelas Convenções-irmãs da ONU: a Convenção Única sobre Entorpecentes, 1961, a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, 1971 e a Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, 1988, as quais pretendem a proibição e criminalização da produção, venda e consumo de determinadas substâncias psicoativas arbitrariamente selecionadas como ilícitas (via de regra, por não atender aos interesses das indústrias farmacêuticas), como a maconha, a cocaína e o crack.

Segundo o filósofo, Biopoder é uma forma de controle que opera sobre os corpos na sociedade dirigida ao seu condicionamento às normas sociais (normalização dos corpos¹⁷). Em outras palavras, trata-se de uma forma de gestão da vida pelo referencial da norma, feita por intermédio de dispositivos de controle, não apenas no âmbito do Estado, mas em diversas outras instituições sociais (ex. escola, família, hospital, igreja, etc).

A transversalidade do exercício do poder nas mais diversas instâncias foi chamada por Foucault chamou de *microfísica do poder*. Nesse sentido, o poder, para o Autor, se torna heterogêneo e se apresenta de forma múltipla, variável, nas relações mais diversas. Nesse sentido, diz-se que “não há o poder, mas relações de poder” (CHECCHIA, 2015). Trata-se, pois, de um poder que funciona em rede e que produz seus efeitos sobre o corpo dos indivíduos, submetendo-os e docilizando-os.

Essa forma de exercício do poder em rede, ademais, não pressupõe a existência necessária de instâncias coercitivas, que operem diretamente sobre as pessoas pelo uso da força e da violência. Trata-se de uma forma muito mais sutil de controle, feita pelo discurso¹⁸ e pelo chamado poder disciplinar¹⁹.

A Biopolítica, ademais, ao mesmo tempo em que vem estabelecer a continuidade e o aprimoramento da vida como valor político fundamental, também determina “o que se pode considerar como o seu desvalor, ou seja, a deliberação a respeito do que seja a vida e, por que não dizer, os modos de vida considerados indignos de serem vividos, que, enquanto tais, podem ser impunemente eliminados. Falamos, nesse caso, do ‘poder de decidir sobre o ponto em que a vida cessa de ser politicamente relevante’” (TIBURI; DIAS, 2013, p. 285).

¹⁷ A articulação do poder disciplinar com o biopoder geral, ao fim e ao cabo, uma “bio-regulamentação exercida pelo Estado, por meio de estimativas, estatísticas, medições, previsões com o intuito de controlar as endemias, as taxas de natalidade e mortalidade, a velhice e a improdutividade, ou seja, a vida da população”

¹⁸ “O discurso não é um objeto “verbal” autônomo, é, também, uma prática social, uma interação que compreende determinada situação social, cultural, histórica ou política” (VAN DIJK, 2008 apud MACEDO; ROSO e LARA, 2015, p. 1290). Com um olhar ainda mais crítico, TIBURI e DIAS refletem que o discurso “é a construção de uma verdade por meio de repetição operada por um campo do saber” e, nesse sentido, corresponde a “um mecanismos de poder que age por falsificação do que se diz, ou seja, por construção de verdades falsas (...) ele privilegia a fala que convém ao poder e sua intenção de mera autoconservação (p. 83/84)

¹⁹ “O poder disciplinar tem, assim, uma dupla propriedade: ressaltar a anomia e buscar a norma (Foucault, 1973-1974, p. 68), sempre fabricando corpos assujeitados” (CHECCHIA, 2015, p. 44)

Não por outro motivo que, intimamente relacionados com o biopoder estão as ciências médicas, que legitimam o exercício do poder a partir de saberes que, simultaneamente, constituem e são constituídos por aquele poder²⁰. Dentre as ciências médicas, destacam-se, principalmente, as chamadas funções-psi (psiquiatria, psicologia, psicanálise, psicopedagogia). Tal percepção é fundamental para o estudo de como o uso de drogas pode legitimar as mais diversas intervenções do Estado na vida das pessoas, com a mais ampla legitimação social. Segundo Checchia (2015):

Se algum comportamento do indivíduo foge à norma, isso ocorre porque há algo de errado no psiquismo. A família, peça essencial do sistema disciplinar por ser 'a instância de coerção que vai fixar permanente os indivíduos aos aparelhos disciplinares' (Foucault, 1973-1974, p. 100), recorrerá aos agentes-psi quando um de seus componentes escapa da soberania familiar. A incumbência dos agentes-psi é discipliná-lo para re-familiarizá-lo. Não é difícil deduzir que a função-psi se tornou tremendamente relevante, a ponto de se tornar a principal instância de controle de todas as instituições (escola, exército, hospital, etc) – p. 45

Paralelamente a isso, Pierre Bourdieu constrói a ideia de *Poder Simbólico*, bastante pertinente ao tema do uso de drogas, já que se trata de uma

modalidade de poder que não é de ordem física ou econômica e que encontra sua eficiência justamente no modo com que é reconhecido como legítimo, ou seja, ignorado como arbitrário. Ao invés de reprimir, esse poder, que é de natureza simbólica, cria, produz e se confirma pela crença na legitimidade das palavras e daquele que as pronuncia (*apud* TIBURI; DIAS, 2013, p. 233)

Assim, pode-se dizer que, a partir da compreensão da existência de uma forma de poder que é exercido de modo sutil e não violento, descentralizado nas diversas instâncias sociais e pautado nos discursos religiosos, morais e médicos, a política hoje construída em torno da questão das drogas pretende, ao fim e ao cabo, propiciar um campo legitimador da intervenção do Estado no corpo e vida das pessoas – de determinados grupos de pessoas, aliás –, a fim de geri-las, discipliná-las e docilizá-las.

Não apenas a política de drogas consiste em um *locus* privilegiado para o exercício do biopoder, mas também o são, como veremos mais a frente, as relações de

²⁰ Dentre as técnicas de dominação vigentes na diversas redes de poder haverá sempre a produção de saberes, “que são constituídos e constituem aparelhos de observação, de registro, de classificação e de verificação” (*Ibidem*, p. 42)

gênero (que buscam reproduzir, de forma naturalizada, a opressão contra as mulheres) e também as relações de classe, sobretudo quando imbricadas com políticas higienistas e sanitaristas que buscam a profilaxia social e a marginalização dos mais pobres, supostamente perigosos.

Pois bem. Ainda que consideremos a existência desse poder normativo, pulverizado nas mais diversas instituições sociais, dirigido sobre a população de forma não-coercitiva (leia-se: não-violenta) como forma de submetê-la às normas vigentes, havemos de indagar se há uma *finalidade última* em toda essa construção. Ou seja, se há um objetivo (e, em caso positivo, qual) de o Estado buscar incansavelmente as mais variadas formas de intervenção na vida de mulheres que façam uso de drogas com o intuito de separá-la de seus próprios filhos²¹.

Em uma palavra: o controle sobre estes corpos é, em si mesmo, a finalidade última da conduta ora problematizada?

²¹ Lembre-se que para toda intervenção do Estado tendente à separação da mãe usuária de seu filho há a movimentação de expressiva monta dos recursos financeiros e humanos componentes da máquina pública: Conselheiros Tutelares, Psicólogos e Assistentes sociais das Maternidades Públicas, a manutenção, muitas vezes, dos bebês nos leitos existentes, enquanto pendente uma decisão do Poder Judiciário pela colocação da criança em família substituta, ou não (o que pode demorar dias, semanas e até meses), o que torna ainda mais curiosa a indagação colocada.

5. DROGAS, GÊNERO E CLASSE NO CONTEXTO DA BIOPOLÍTICA

A retenção de recém-nascidos nas maternidades públicas e seu encaminhamento para serviços de acolhimento institucional ou para famílias substitutas, por adoção, em virtude do uso de drogas pelas mulheres pobres pode ser analisada (e justificada) a partir de, ao menos, três discursos: (i) o da (suposta) incapacidade geral das pessoas que fazem uso de drogas; (ii) o da (suposta) incapacidade para a maternagem por mulheres que fazem uso de drogas; (iii) o da (suposta) incapacidade de mulheres pobres de cuidares de seus próprios filhos.

Estamos, portanto, diante de três campos inter-relacionados extremamente propícios ao exercício do biopoder: drogas, gênero e classe. Analisemos brevemente cada um deles.

5.1. O BIOPODER PELO RECORTE DE CLASSE

O controle do Estado pelo recorte de classe, no seio do capitalismo neoliberal, busca, dentre outras finalidades, excluir as camadas ou estratos sociais que não reúnem condições de se inserir na sociedade capitalista, quer na qualidade de mão de obra produtiva, quer na qualidade de consumidores. São os chamados *consumidores falhos* (BAUMAN, 2008), que compõem, via de regra, a clientela preferencial do sistema penal e higienista-sanitarista. A intervenção do Estado sobre suas vidas possui, portanto, dois escopos alternativos: servirá para inseri-los na sociedade de mercado ou, na impossibilidade, para excluí-los dessa sociedade, mas não sem deixar de considerá-los mão de obra “disponível” (exército de reserva), que, na lógica de mercado, contribua para a precarização dos trabalhadores efetivamente apropriados pelos meios de produção.

Interpretando o modo pelo qual a biopolítica se insere no capitalismo emergente, sobretudo nas realidades marginais do globo, como o caso do Brasil, MACEDO, ROSO e LARA (2015) enfatizam que o capitalismo conduziu à socialização do corpo como força de produção e força de trabalho, ao passo que a medicina configurou-se como estratégia biopolítica, por meio de uma tecnologia regulamentadora da vida, adequando modos de ser. Em síntese, podemos dizer que “o Mercado e o Estado investem em determinados

modos de subjetivação, moralidade e comportamento e desqualificam outros, reduzindo-os a meras figuras pré-desenvolvidas, marginais” (*Ibidem*, p. 290)

Os “modos de ser” que não se adequem às finalidades do mercado e do capital, portanto, passam a ser considerados disfuncionais (estratégia biopolítica) e, portanto, surge a necessidade de serem mantidos “o mais isoladamente possível do resto da sociedade”. A figura da mulher gestante, em situação de rua, que faz uso de drogas torna-se o exemplo mais claro dessa assertiva: completamente incapaz de se adequar à sociedade capitalista, enquanto mão-de-obra ou consumidora, passa a sofrer toda sorte de intervenções do Estado em sua vida, desde sua criminalização e encarceramento até sua internação involuntária para tratamento, perpassando, neste contexto, pela perda da guarda de seus filhos, inclusive como mecanismo de se evitar que aquele modo de vida disfuncional se reproduza.

5.2. O BIOPODER NA POLÍTICA DE DROGAS

Uma das formas de se compreender o uso da política de drogas como instrumento de exercício do biopoder é entendê-la como mecanismo de controle e gestão da vida que pretende excluir determinados grupos de pessoas movidos pelo imperativo do gozo ou da busca por prazer *fora do mercado de consumo lícito*. Isso porque, por assim agir, esses grupos são considerados improdutos e inúteis às finalidades buscadas pelos interesses hegemônicos, como o abastecimento da mão-de-obra e o reforço do mercado de consumo.

Não por outro motivo que muitos autores passam a defender a ideia de que a questão das drogas, quando abordada por *especialistas*, via de regra, não é tratada em si, mas enquanto mito construído, utilizado para combater uma série de desvios da ordem social vigente (BUCHER; OLIVEIRA, 1994).

Outra forma de abordar a questão é pelo viés higienista e de defesa social. Nesse sentido, os consumidores de drogas – sobretudo de crack – tornam-se um verdadeiro inimigo a ser combatido, pois comparecem como ameaça de contaminação (lixo tóxico) e degeneração biológica (e moral) do corpo do restante da população, os chamados cidadãos “de bem” (TIBURI; DIAS, 2013, p. 286)

A questão, por sua complexidade, será abordada de forma mais detida a frente.

5.3. O BIOPODER NAS RELAÇÕES DE GÊNERO

Por fim, no tocante ao recorte de gênero, pode-se afirmar que o controle propiciado pelo biopoder é exercido diretamente sobre o corpo das mulheres e sua sexualidade, como forma de adequá-las aos papéis sociais construídos culturalmente pelo patriarcado: mulheres domésticas (domesticadas), senhoras do lar, cuja feminilidade se esgota na maternidade.

Recorde-se, aliás, que, colocando-se a mulher como a responsável primeira pelos cuidados com a família, todas as instâncias e dispositivos de controle no Estado na esfera privada passam a ser dirigidos contra ela, para que conforme seu próprio núcleo familiar em atenção ao *modelo ideal de família*, que garanta a reprodução dos interesses hegemônicos e da ideologia das classes dominantes.

O lugar social da mulher, enquanto construção histórico-cultural, se torna, portanto, igualmente um lugar propício para o exercício do controle do Estado. O ponto será melhor apresentado no decorrer o trabalho, dada sua importância para a análise crítica da situação problematizada.

5.4. HÁ UMA FINALIDADE ÚLTIMA NO EXERCÍCIO DO BIOPODER?

Os três recortes apresentados, como visto, propiciam espaço para um amplo exercício do poder e controle sobre a vida das pessoas em situação de maior vulnerabilidade (pela classe, pelo gênero ou por seus hábitos desviantes).

Especificamente em relação às gestantes que ingressam nas maternidades públicas relatando o uso de drogas, podemos ver que há uma gigantesca margem para o exercício do Biopoder, já que a intervenção precoce do Estado com o objetivo de separar a criança da mãe, nestes casos, pretende garantir o desenvolvimento de um ser humano que seja útil ao modelo de sociedade capitalista, evitando-se a reprodução de hábitos situados fora do referencial da norma (normalização e docilização).

O biopoder, nesse sentido, acaba por conformar as diversas práticas direcionadas àquelas gestantes, como as propostas terapêuticas que lhe são dirigidas, as escolhas reprodutivas (pertinência reprodutiva) e a avaliação do investimento na relação da mulher com seus/suas filhos/as.

Enfim, todos estes recortes apresentados, como pudermos ver, estão dirigidos para a *manutenção de um sistema de dominação que atende, direta ou indiretamente, aos interesses de uma elite simbólica, por intermédio das diversas redes de poder, especialmente na família.*

Tais *elites simbólicas* devem ser compreendidas como os fabricantes de conhecimento e dos padrões morais, além das crenças, atitudes, normas, ideologias e valores públicos. Nas palavras de VAN DIJK (*apud* MACEDO; ROSO e LARA)

as elites política, educacional, escolar e midiática controlam o acesso à maioria dos discursos públicos respeitados pela sociedade. Devido a esse poder, elas possuem um papel específico na (re)produção de conceitos, valores, isto é, na transmissão dessa dimensão do simbólico, que circula e se enraíza no tecido social, sendo assim, é responsável pela influência suscitada pelas formas discursivas de racismo (p. 1287)

A base de poder desses grupos, aliás, se assenta justamente no controle do conhecimento. Assim, “por possuírem um saber privilegiado sobre os grupos minoritários, acabam por controlar suas ações por meio de recomendações, conselhos, regulamentos e instruções” (*Ibidem*), veiculados, em linguagem própria, como “evidências científicas” pretensamente protegidas pela neutralidade positivista da ciência.

Nesse sentido, apontam BUCHER e OLIVEIRA (1994) que

as justificativas, explicações, recomendações e argumentos que o discurso de “combate às drogas” usa ou inventa para desestimular o consumo, devem ser entendidos menos em razão do próprio fenômeno e mais em função das estruturas de poder e do sistema de normas dominantes que impõem a supremacia da ordem moral, social e econômica vigente. Eticamente descompromissado com o ser humano e sua existência, constrói um quadro de moralismo que se baseia na intolerância quanto à pluralidade das opções e visões.

O discurso anti-drogas, aliás, em certa medida, também satisfaz a necessidade dos detentores do poder de precisar de um inimigo, senão externo, ao menos interno à sociedade. Afinal,

a atual onda de intolerância diante das drogas iniciou-se nos Estados Unidos após a derrota no Vietnã, onde os narcóticos, em particular os opiáceos, tinham um papel não desprezível, devidamente apontado pelos defensores da glória militar americana. A potencialidade “explicativa” da inculpação das substâncias psicoativas ilícitas foi sem dúvida realçada com o desaparecimento do grande inimigo externo, o comunismo e seus poderes militares.

Assim, uma vez apresentada uma mulher gestante (recorte de gênero) em situação de vulnerabilidade social (recorte de classe) e usuária de drogas em uma maternidade, todas as intervenções a ela dirigidas buscarão àquela finalidade última indicada: a manutenção do sistema de dominação existente, pautado em um *modelo ideal de família*²².

Observemos analiticamente pelo olhar das elites simbólicas: dado o estigma que lhe cerca, entende-se que a mulher pobre (impertinente ao mercado e ao capital) não será capaz de gerir uma vida que possa ser aproveitada pelo capitalismo vigente²³. Ademais, educada por uma mulher desviante (uso de drogas), certamente a introjeção dos padrões normativos hegemônicos restará comprometida, o que comprometerá, ao fim e ao cabo, a estrutura do próprio sistema de dominação.

²² Diante de tantos avanços que marcaram a história recente da civilização pode soar anacrônica afirmação como esta. Não nos enganemos, contudo. Apesar das inúmeras conquistas no âmbito das famílias, como a legitimidade e legalidade das relações homoafetivas, das famílias monoparentais e anaparentais, das chamadas famílias mosaico e famílias recompostas, a resistência pelo retorno ao *status quo* é incessante. Exemplo claro disso é a proposta de criação do “Estatuto da Família” (Projeto de Lei nº 6583/2016), pelo qual os parlamentares brasileiros visam definir a entidade familiar como “o núcleo social formado a partir da união entre um homem e uma mulher, por meio de casamento ou união estável, ou ainda por comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes”: ou seja, o retorno ao modelo de família nuclear tradicional.

²³ A história recente dos direitos da criança e do adolescente no Brasil, que perpassa a transição de Doutrina da Situação Irregular para a Doutrina da Proteção integral, marcada pela revogação do antigo Código de Menores pelo Estatuto da Criança e do Adolescente já demonstra um legado pelo qual as famílias pobres, segundo o imaginário social (leia-se: a ideologia hegemônica) *não são capazes de cuidar de seus próprios filhos*, que terão seus direitos fundamentais muito melhor atendidos em famílias substitutas ou mesmo com a custódia estatal. Maior sintoma disso é o déficit de eficácia da regra contida no art. 23 do Estatuto Protetivo, pela qual a carência de recursos materiais não pode, por si só, fundamentar o decreto de destituição do poder familiar e, assim, possibilitar a colocação da criança e lar adotivo. Ora, apesar da regra expressa, as mais recentes pesquisas realizadas sobre o motivo dos acolhimentos de crianças e adolescentes elencam, sem exceção, fundamentos relacionados à pobreza como os mais recorrentes em decisões judiciais que justificam a intervenção do Estado na família.

Para confirmar a tese, resgatemos interessante pesquisa elaborada por ACHING (2013) sobre o imaginário social de mães em situação de vulnerabilidade no Brasil. Segundo a Autora, a maternidade no Brasil, desde as primeiras décadas do século XX, foi alçada à *dimensão de ordem pública*, que buscou orientá-la por meio de um discurso integrado entre Estado, Igreja Católica, indústria, profissionais liberais e a elite brasileira, que afirmavam que “a boa maternidade permitiria o alcance da ordem e progresso da nação”.

Evidente, pois, a correlação existente entre a maternidade e o desejo de reprodução dos interesses hegemônicos – os únicos que podem garantir o *progresso da nação*. Daí porque o controle do Estado nas famílias mais pobres sempre esteve presente na história do Brasil.

Não é demais afirmar, portanto, que, em nossa sociedade, a liberdade da mulher em situação de vulnerabilidade não tem vez: ou se adequa ao modelo vigente preconizado pela lógica do capital (mercado de consumo), garantindo, pela adequação ao modelo ideal de família, a reprodução da ideologia dominante ou suportará toda sorte de intervenções, culminando na supressão da possibilidade de ser mãe.

6. PROBLEMATIZANDO A QUESTÃO

Até aqui vimos que o microcosmo legal de proteção dos direitos da criança e do adolescente não prevê a possibilidade de destituição do poder familiar e, por consequência, a colocação de recém-nascidos em família substituta com fundamento no uso de drogas por suas mães ou, ainda, na situação de vulnerabilidade em que se encontram.

Vimos também que o Ministério da Saúde e diversas entidades de classe vem ocupando espaços políticos importantes e se posicionando pela ilegitimidade da prática recorrentemente adotada pelas maternidades públicas de retenção, institucionalização e encaminhamento de recém-nascidos para lares adotivos, com o aval da Justiça da Infância e Juventude.

Vimos ainda que, apesar dos impeditivos legais e das contraindicações técnicas, a prática ora problematizada não só permanece inalterada, como também conta com ampla legitimação social, justamente por corresponder a um *locus* privilegiado para o exercício do Biopoder, ou seja, da regulação pelo Estado sobre a vida das famílias mais pobres, visando à manutenção de um sistema de dominação que atende aos interesses hegemônicos de uma elite simbólica que preconiza, dentre outros pontos, a reprodução do *modelo ideal de família*.

Feitas essas considerações, resta-nos agora analisar criticamente os fundamentos utilizados nas decisões que determinam a separação entre a mulher (pobre) usuária de substâncias psicoativas e seus filhos recém-nascidos pelos diversos campos que se interseccionam: drogas, gênero e classe²⁴

²⁴ Conforme já mencionado acima, muito embora seja perfeitamente possível a análise da prática de retenção, institucionalização e encaminhamento de recém-nascidos diretamente da maternidade para adoção pelo recorte de raça, em razão da imensa complexidade relativa ao tema e dos limites da presente dissertação este viés não será abordado. Entretanto, não se desconhece que o racismo estrutural é também presente em todo o contexto ora apresentado.

7. O USO DE DROGAS: ENTRE ESTIGMAS E FALSAS CAUSALIDADES

“Não há exatamente um ‘sujeito drogado’, pois que quem usa drogas não necessariamente perde a si, mas pode também encontrar-se” (TIBURI; DIAS, 2013)

Como já mencionado acima, o estigma atribuído à mulher gestante que apresenta um padrão de uso, atual ou pretérito, de substâncias psicoativas consiste em importante instrumento para o exercício do Biopoder, ou seja, para a gestão de sua vida e controle de seu corpo. Uma das formas de exercício desse poder é feita justamente pelas Varas da Infância e Juventude, que decretam a ruptura do vínculo materno-filial em virtude do uso de drogas pela mãe.

Sucedem que, para que haja uma decisão judicial que destitua uma mulher de seu poder familiar, tornando o recém-nascido apto à adoção, o Poder Judiciário deve agir precocemente, sem permitir que exista margem para amplos questionamentos por parte da mulher – já que, neste caso, o processo se prolongaria por um tal período que a intervenção deixaria de se caracterizar por uma suposta benevolência (*uma pretensa salvação da criança para crescer em ambiente livre de más influências*) e se tornaria inequivocamente violadora de seus mais básicos direitos.

Para tanto, foi-se desenvolvendo ao longo dos anos uma perigosíssima estratégia para o exercício célere e eficaz da jurisdição (leia-se para o exercício do Biopoder por intermédio das instâncias judiciais): a construção do estigma da *mulher usuária*, “*naturalmente*” incapaz de cuidar de seus filhos. Vejamos sua gênese.

7.1. A CONSTRUÇÃO DE UM ESTIGMA

As políticas proibicionistas²⁵ relacionadas ao uso, cultivo e venda de substâncias psicoativas tem por objetivo central manifesto classificá-las pelo critério dicotômico da

²⁵ O modelo proibicionista nasce no século XIX a partir dos chamados movimentos pela temperança capitaneados por entidades religiosas e moralistas norte-americanas. O movimento utiliza uma metodologia amedrontadora, partindo do princípio de que o medo ou a estratégia de pânico moral tem o condão de fazer com que as pessoas não tenham coragem de experimentar drogas. Preconiza, ainda, a partir da dicotomia lícito/ilícito a interdição de toda a qualquer substância psicoativa ilícita, considerando-

legalidade/ilegalidade (que não foge da binômio moral “bom e mau) e buscar a eliminação completa dos mercados considerados ilícitos, mediante a criminalização e controle tanto da oferta (tráfico de drogas) quanto da demanda (usuários). Carrega também em si a ideia de que toda forma de consumo de substâncias *ilicítas* é prejudicial à saúde pública e que, portanto, deve ser interdito.

Entretanto, para além daquele objetivo manifesto, há, também, um outro objetivo menos aparente, mais sutil: a construção de um discurso que, pautado na moral e nas ciências médicas, legitime o controle, repressão e exclusão de todas as pessoas indesejadas e inservíveis ao modelo de sociedade preconizado pelas elites simbólicas (VAN DIJK *apud* MACEDO, ROSO e LARA, 2015).

Não se olvide que a moral religiosa e o interesse econômico sempre foram os principais responsáveis por ditar o modo de como lidar com algumas substâncias psicoativas²⁶. Daí porque inúmeros estudiosos que se debruçam sobre a questão das drogas afirmam que, a partir da análise histórica do modelo proibicionista, podemos perceber que o escopo principal da regulamentação e proibição do uso de algumas substâncias sempre foi a busca pelo controle: controle pela hegemonia de uma determinada corrente teológica, controle sobre o mercado e territórios, controle sobre a população. Talvez por isso que o moralismo passa a se tornar a principal mediação social em relação ao tema das drogas.

Nesse sentido, Autores passaram a sustentar que o Proibicionismo e suas ações de repressão passam a sustentar três funções principais: (i) a legitimação de práticas de violência e extermínio direcionadas à população pobre, (ii) a produção de uma subjetividade potencialmente perigosa atrelada à pobreza e a regulamentação e (ii) legitimação da descartabilidade destas vidas em prol de uma guerra justa pela segurança e pela paz (VIANNA, NEVES, 2011).

Em outras palavras, essa política acaba sujeitar os cidadãos a um determinado ideário de harmonia social, que ajuda a encobrir as contradições inerentes às sociedades

se como tais aquelas não encampadas pelos saberes médicos. Pauta-se, ainda, na crença de que é possível um mundo livre das drogas, razão pela qual brada a bandeira de uma “Guerra às Drogas”, visando sua completa eliminação do seio social.

²⁶ Sobre a história da proibição de algumas substâncias arbitrariamente consideradas interditas ver, dentre outros, ESCOHOTADO (1997), SODELLI (2016), CARNEIRO (2005), FRANÇA (2014)

modernas e, assim, sustentar relações de força estabelecidas entre certos grupos sociais considerados *desviantes* (BUCHER; OLIVEIRA, 1994).

Observe-se que não basta que um grupo seja considerado *desviante* para que toda e qualquer intervenção sobre seus corpos seja considerada legítima pelo restante da sociedade; esse desvio deve ser tamanho que consiga distinguir, a nível da própria natureza humana, os grupos desviantes do restante da população.

Essa estratégia é melhor compreendida à luz da Teoria da Rotulação Social (por todos, BECKER, 2008; GOFFMAN, 1998). Segundo esta, em linhas gerais, a fim de se viabilizar o controle irrestrito da população desviante sem que a intervenção seja considerada violadora dos direitos da pessoa humana, cria-se, com fundamento moral, médico e religioso, um *estigma* próprio para esta. Uma vez sobreposto o estigma à pessoa que pratica o ato desviante, esta passa a ser a compor um verdadeiro *subgrupo* dentro do gênero humano; uma subespécie muitas vezes sequer detentora de um padrão digno de vida. No caso das pessoas que consomem substâncias psicoativas, passam a ser chamados *drogados, viciados, craqueiros, cracudos, zumbis*.

O estigma, note-se, decorre justamente do desajuste entre os atributos que a sociedade (a partir da ideologia transmitida pelas elites simbólicas) considera como comuns e naturais para seus membros e os atributos apresentados pelo grupo desviante, ou seja, o grupo que deixa de observar àqueles atributos normativos. O simples fato de assumir uma conduta ou um modo de vida à margem da legalidade, portanto, faz com que estas pessoas deixem de ser consideradas propriamente humanas (ao nível dos demais “cidadãos de bem”) e autoriza intervenções de toda sorte sobre suas vidas, sem que tais intervenções sejam consideradas violadoras de seus direitos humanos (*afinal, para a sociedade mais ampla, paira verdadeira dúvida sobre sua dignidade e seu estatuto de Pessoa*)

Avançando um pouco mais, podemos afirmar, com Foucault, (2002), que o estigma, ao se contrapor aos atributos considerados naturais e comuns a todos os cidadãos, gera um verdadeiro *Racismo de Estado*. Segundo o filósofo,

o estado é uma espécie de *fundo causal permanente*, a partir do qual podem se desenvolver certo número de processos, certo número de episódios que, estes sim, serão precisamente a doença. Em outras palavras, o estado é a base

anormal a partir da qual as diferenças se tornam possíveis (,,,) *Quem é sujeito a um estado, quem é portador de um estado não é um indivíduo normal.*

Por outro lado, o *estado* que predispõe o indivíduo a uma determinada conduta ou patologia é entendido como resultante de uma determinada configuração hereditária, biológica. Essa patologização do diferente, legitimadora das mais diversas práticas racistas, produz táticas de exclusão de parcela da população à qual se atribuem as causas dos problemas sociais. Trata-se não de um racismo do tipo étnico, tradicional, senão um *racismo mais geral contra tudo aquilo que se desvia da norma* e, portanto, daqueles que são “portadores do perigo” (FOUCAULT, 2002).

Em outras palavras, ao contrário das teses eugênicas preconizadas no século XIX, e mais recentemente, pelo nazismo, os *desviantes* não são colocados explicitamente como biologicamente inferiores, mas diferentes. Entretanto, tais diferenças passam a ser vistas como *deficiências, patologias que precisam ser corrigidas e refreadas* (e.g. pela criminalização, pela internação involuntária, pelo controle de natalidade dentre as mulheres pobres)

Assim sendo, uma vez atribuído à mulher gestante que consome psicoativos ilícitos o estigma de *viciada* ou *usuária*, esta passa a ser enxergada como detentora de uma patologia que a responsabiliza pela própria situação de vulnerabilidade e inserida em uma categoria *sub-humana* (e.g. zumbi), de modo que as intervenções judiciais, *ainda que feitas em desrespeito ao seu direito de defesa ou ao direito de convivência familiar com seus filhos*, deixam de ser interpretadas como violadoras de direitos da mulher para serem consideradas, exclusivamente, garantidoras dos direitos da criança.

Entretanto, apesar da força dos discursos médicos, sanitaristas, higienistas, morais e jurídicos, ainda assim aquelas intervenções, para que gozem de plena legitimidade e aceitação por parte da sociedade mais ampla, necessitam de algo para além das evidências pseudocientíficas. Para que sejam revestidas de legitimidade social, o apoio da *grande mídia* torna-se imprescindível.

7.2. O PAPEL DA MÍDIA NA CONSOLIDAÇÃO DO ESTIGMA E A NATURALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA

A chamada *grande mídia* – poderosa aliada das elites simbólicas na criação dos discursos hegemônicos – atua diretamente na construção e reprodução dos estereótipos que revestem as minorias sociais desviantes.

Esse discurso midiático, justamente por contar com uma ampla legitimidade social²⁷, já que consiste em poderoso instrumento de transmissão de informações de validade e veracidade supostamente inquestionável, introjeta e naturaliza nas grandes massas – de todos os estratos sociais – os discursos que sustentam o estigma do *usuário de drogas*, com todas as assimilações daí decorrentes que manipulam a conclusão de que este, *O usuário*, é diferente do restante da população, é sub-humano, é bicho, descartável. É inimigo.

As reportagens feitas em relação às mulheres gestantes que fazem uso de drogas, por exemplo, especialmente do crack²⁸, sempre veiculadas em tom alarmista e disseminador do pânico moral²⁹, engendram explicações a partir dos discursos consubstanciadores do *Racismo de Estado* e proporcionam uma assimilação automática dos expectadores e leitores entre crack-miséria-perda-de-controle-violência.

Nesse ponto, nova dúvida pode surgir no tocante às gestantes que são separadas de seus filhos na maternidade: como é possível que estereotipizações, ainda que legitimadas socialmente, possam sobrepujar o dever, ao menos ético, de todos os

²⁷ O processo de rejeição social que acaba por gerar a legitimação das práticas discriminatórias e violadoras de direitos preconizadas pela política proibicionista pode decorrer, como sustenta Adorno (*apud* TIBURI; DIAS, 2013) de uma correlação em que “*o proscrito desperta o desejo de proscrever*”

²⁸ “O crack aparece no Brasil a partir dos anos 1990 e daquele período até hoje foi tratado pela mídia como uma epidemia. Ao tratar o tema dessa forma, transforma-o em uma problemática que estigmatiza aqueles que a usam, tornando-os temidos pelos demais. A mídia associa o crack à violência e ao tráfico, provocando preconceito contra os usuários, que passam a ser uma ameaça para a sociedade” (CAMARGO e MARTINS, 20014)

²⁹ Discurso que é sistematicamente reproduzido pela mídia, por exemplo, é a existência de uma verdadeira “epidemia do crack”, que ameaça a nós e a nossos filhos e, portanto, deve ser combatida e exterminada como medida de saúde pública e defesa social. No entanto, em recente pesquisa realizada pela Fundação Osvaldo Cruz, já mencionada neste artigo, vimos a afirmação categórica de que “definir o consumo de crack no país como uma epidemia é um erro metodológico, uma vez que não há séries históricas confiáveis, utilizando metodologia efetiva para avaliação de populações não domiciliadas. A pesquisa, a partir de visitas domiciliares com 25 mil entrevistados, chegou-se à cifra de 370 mil usuários de crack e outras formas similares de cocaína fumada no país, o equivalente a 0,8% da população das capitais brasileiras (p. 172).

agentes estatais, inclusive profissionais de saúde e serviço social, de prestar respeito à inviolabilidade dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e seu direito à vida, à saúde e à dignidade humana, sem quaisquer discriminações?

Quem responde a esta questão é CHAUI (1999), para quem, na sociedade brasileira

As desigualdades econômicas, sociais e culturais, as exclusões econômicas, políticas e sociais, o autoritarismo que regula todas as relações sociais, a corrupção como forma de funcionamento das instituições, o racismo, o sexismo, as intolerâncias religiosas, sexual e política não são consideradas formas de violência, isto é, a sociedade brasileira não é percebida como estruturalmente violenta e por isso a violência aparece como um fato esporádico, superável

É dizer, o senso comum não percebe (sequer é instado a tanto) a existência de instituições estruturalmente violentas, fomentadoras das mais diversas desigualdades e marginalizadoras, de modo que, cruelmente, as próprias pessoas em situação de vulnerabilidade passam a ser responsabilizadas pelo lugar em que se encontram, sem ao menos se cogitar em eventual omissão do Estado no cumprimento de seus objetivos fundamentais³⁰.

Nas palavras de CALDEIRA (2003), a sociedade brasileira seria produtora e reprodutora dos chamados *corpos incircunscritos*³¹ “por força da violência social alastrada nas malhas urbanas, caracterizada precipuamente pela ausência de políticas públicas, pela desigualdade estrutural entre classes, pela discriminação de gênero e pela

³⁰ Segundo o artigo 3º Constituição Federal de 1988, a chamada “Constituição Cidadã”, Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: I - construir uma sociedade livre, justa e solidária; II - garantir o desenvolvimento nacional; III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

³¹ “O Brasil tem uma democracia disjuntiva que é marcada pela deslegitimação do componente civil da cidadania: o sistema judiciário é ineficaz, a justiça é exercida como um privilégio da elite, os direitos individuais e civis são deslegitimados e as violações dos direitos humanos (especialmente pelo Estado) são rotina. Essa configuração específica não ocorre em um vácuo social e cultural: a deslegitimação dos direitos civis está profundamente enraizada numa história e numa cultura em que o corpo é incircunscrito e manipulável, e em que a dor e o abuso são vistos como instrumentos de desenvolvimento moral, conhecimento e ordem” (p. 375). Como afirma a autora, a característica da incircunscricção está relacionada com a concepção de corpo historicamente edificada no imaginário do brasileiro. O corpo, segundo Caldeira, era considerado um “local de punição, exemplo e justiça” (p. 370), mediante a infligência da dor. O regime de escravidão que existiu no país é um dos exemplos no qual a intervenção direta no corpo, mediante seus métodos de torturas, era usado para manter a ordem sobre os escravos, tornando-os obedientes. Consistia em uma atuação privada dos senhores de escravo no trato de seus “bens”, artigos mercantis humanos comprados em um leilão ou em uma feira.

segregação socioespacial”. Daí as recorrentes práticas sanitaristas e higienistas que vigeram ao longo da história do Brasil, sobretudo nos grandes centros urbanos³², e que legitimaram movimentos de segregação, exclusão e violação dos direitos de diversas minorias – pobres, loucos, negros, mulheres etc.

O próprio discurso moralista que gira em torno do tema das drogas é construído de modo a concentrar o problema na decisão o usuário, como se se tratasse de questão de foro íntimo ou apenas responsabilidade pessoal, justamente como estratégia de despertar no indivíduo um sentimento de culpa que será, mais tarde, apropriado pelas próprias instituições de controle. Como bem avertem TIBURI e DIAS (2013)

A sociedade que condena os usuários de drogas como ‘marginais’ é aquela que não oferece nada de muito bom – nem mesmo em termos de ideias - a seus participantes. E que depois cobra em termos de decisão e responsabilidade, num escamoteamento da mera culpabilização que recai sobre indivíduos que não podem ou não desejam aderir à instituição (...) Sabemos que a culpa é um mecanismo de dominação especializado e que a culpabilização é a arma da instituição (p. 80)

E não é só. Os estigmas construídos pelos *fabricantes da moral* e reproduzidos pelos meios de comunicação em massa auxiliam também na *produção da subjetividade* das próprias pessoas sobre a qual recai o estigma de *usuário*, de modo que passam a enxergar a si próprios através desta ideologia. Nas palavras de MACEDO; ROSO e LARA (2015), “o modo como reforça estereótipos, tratamentos, políticas, padrões e a (re)produção da epidemia de crack em si, ela [a grande mídia] contribui também para a construção de um ‘modo de ser usuário’ de crack que diversas vezes é apropriado e reproduzido, sem reflexão, pelas pessoas”.

³² Neste ponto, não podemos deixar de mencionar que a estratégia de estigmatização dos usuários de drogas ilícitas também se encontra diretamente relacionada à *ordenação do espaço público*, a partir da dicotomia: uso de drogas ilícitas no âmbito privado e o uso nos espaços públicos. A apropriação do espaço público, sobretudo nos grandes centros urbanos, por parte da população pobre e periférica sempre influenciou na criação de políticas sanitaristas e higienistas, pautadas na defesa social contra pessoas que carregariam em si e em seus modos de vida um suposto perigo à saúde pública. A partir do momento em que esse segmento específico utiliza o espaço público também para uso de substâncias psicoativas, vemos o despertar de novos dispositivos de controle de viés higienista e sanitarista, reforçados pela “Guerra às Drogas”, que buscarão a segregação e a exclusão daqueles grupos. Note-se, portanto, que a há uma correlação muito próxima das práticas de exclusão e segregação da populações mais pobres dos espaços públicos (sobretudo nos centros metropolitanos) e a associação do uso de substâncias psicoativas em espaços públicos com um suposto *perigo à saúde pública*.

E o que dizer quando *O usuário* (estigma) reveste, na realidade, uma mulher gestante; uma futura mãe dita *drogada*?

Sem antecipar as reflexões sobre o desvio compreendido pelo recorte de gênero, é certo que o estigma do *usuário de drogas* carrega também, como um de seus efeitos principais, a inaptidão para a parentalidade, inaptidão esta que é igualmente veiculada pela grande mídia como conclusão universal e inevitável do consumo de psicoativos.

Eureka!

Ora, se o estigma da *mulher usuária* torna a mãe em situação de vulnerabilidade responsável por sua condição, dada a assimilação de seus hábitos de consumo com uma condição patológica, conseqüentemente pode-se presumir que será inapta ao exercício da maternagem. Ou seja, se a inaptidão para assumir os cuidados de seus filhos decorre(ria) de suas próprias características biológicas (*lembre-se que o desvio possui fundo causal pautado nos discursos médicos e sanitaristas*), por que haveria o Poder Judiciário de hesitar ante a imediata possibilidade de separação entre mãe e seu recém-nascido?

Na linguagem jurídica expressa nas decisões judiciais, portanto, o uso de drogas pelas mulheres gestantes é considerado fato notório e auto-suficiente para se concluir pela inaptidão à maternagem, isto é, trata-se de argumento que basta por si só, independentemente de aprofundada investigação sobre as características singulares da mulher colocada em julgamento, sua história e suas circunstâncias de vida.

Veja-se que a própria legislação vigente prevê que “não dependem de prova os fatos notórios” (art. 374, inciso I, do Código de Processo Civil). Não seriam notórios os fatos relacionados às pessoas estigmatizadas veiculados amplamente pela mídia?

Ressalte-se, por fim, que este método não é utilizado apenas nas instâncias judiciais brasileiras, mas também alhures, em diversos outros países. Narra HART (2014):

Particpei como testemunha abalizada em muitos casos judiciais nos quais as mães perdiam a custódia dos filhos simplesmente por admitir que fumavam maconha. Meu depoimento em favor delas, explicando que não faz sentido concluir que alguém tem problemas com drogas só por admitir que consome uma droga ilegal não parecia importar muito. Como a tendência é prestar atenção naqueles problemáticos 10 a 20%, a experiência deles é indevidamente considerada a norma (p. 206)

Entretanto, mesmo uma breve complexificação do fenômeno da gestação pela mulher adicta já basta para colocar em xeque o estereótipo utilizado pelo Poder Judiciário para fundamentar a decisão pela separação entre a mãe e seu filho. Vejamos.

7.3. A EXPERIÊNCIA DA GESTAÇÃO POR MULHERES USUÁRIAS E NÃO USUÁRIAS

Começemos com OLIVEIRA, PICCININI e RICCI (2008), que constataam:

o fenômeno da maternagem e, mais especificamente, da gestação é inequivocamente complexo e, mais do que depender exclusivamente das condições biopsicológicas da mulher gestante (e a responsabilidade maternal reclamada pela sociedade), também está condicionado por fatores extrínsecos a ela, que vão desde o contexto social em que se encontra inserida, até suas dinâmicas familiares e afetivas e seu momento de vida . Todos estes aspectos irão contribuir ou não para a aceitação da gravidez e, conseqüentemente, para o vínculo com o filho

A título de exemplo, temos que para o processo de constituição da maternidade – que, em si, inicia-se muito antes da concepção – contribuem diretamente diversos fatores transgeracionais, culturais e ambientais (PICCININI, 2008). Assim, a gestação de mulheres usuárias substâncias psicoativas pode ser experienciada de forma muito semelhante a uma gestação sem riscos aparentes. Os sentimentos de ambivalência (rejeição *versus* aceitação da gestação), as expectativas e a preocupação com a saúde do bebê e a centralização da mulher no cuidado da criança, são elementos comuns a qualquer vivência da gestação (ABRUZZI, 2011).

Ou seja, condutas que geralmente são atribuídas às gestantes em razão do uso de drogas, como a falta de cuidados pré-natais, a má-alimentação, falta de asseio pessoal etc, podem, na realidade, também ser atribuídos a qualquer mulher gestante que se encontre em situação de pobreza, já que não raro a omissão do Estado no cumprimento os direitos sociais deixam as pessoas desprovidas da atenção à saúde de que são titulares. Ressalte-se que, mesmo quando existe equipamento de saúde próximo às suas residências, as grandes filas de espera podem, por vezes, se prolongar até o termo da própria gestação, relegando a mulher ao completo desamparo.

Por outro lado, durante a gravidez, mesmo em condições ótimas, há o estresse físico e mental, e quando esse momento é acompanhado de algum problema que possa pôr em risco a mãe e o bebê, ele é vivido com maior intensidade pela gestante (ABRUZZI, 2011). Assim, no interior das maternidades, muitas mulheres, após o parto, desencadeiam sintomas depressivos, que podem condicionar manifestações de tristeza ou mesmo de raiva ou angústia contra os profissionais que as atendem, inclusive a rejeição inicial do próprio filho. Nada obstante, apesar de se tratar de situação a que todas as mulheres estão suscetíveis – sem que com isso possa se presumir, de imediato, sua incapacidade para maternagem – são frequentes as afirmações de que as condutas apenas foram adotadas, porque as mulheres se encontravam “sob efeito de substâncias entorpecentes”.

Em igual sentido é a constatação feita por CAMARGO (2014):

Mulheres gestantes e usuárias de cocaína crack vivenciam sentimentos de insegurança, preocupação e responsabilidade, assim como qualquer outra mulher na mesma situação. A diferença é que, ao mesmo tempo, pelo fato de serem usuárias de drogas, também vivenciam sentimentos de culpa, desamparo e constrangimento, por não se enquadrarem na situação de 'boa mãe' que a sociedade impõe.

E arremata a Autora:

Vale lembrar novamente que cada mulher é única, tem a sua personalidade e a sua maneira de ser mãe e vivenciar essa realidade, não cabendo a sociedade o ato errôneo de julgar e acreditar que todas devem agir de forma igual e que se tratando de uma mulher usuária de drogas o seu papel materno ficará comprometido, pois durante a pesquisa percebe-se que a todo instante e de alguma maneira, essas mulheres estão se relacionando com os seus filhos e assumindo o seu papel como mãe na sociedade (p. 74)

Há quem diga, ainda, que a mulher inserida em um contexto de uso de drogas, não seria capaz de propiciar os cuidados necessários aos seus filhos pela propensão de reproduzir, com a prole, o ciclo vicioso em que se encontra. No entanto, diversos estudos enfatizam que *não existem tal determinismo psíquico*. Nesse sentido:

Há uma ideia de que as mulheres que sofreram privação na infância não poderão desenvolver uma boa identificação com seu filho, tendendo a abandoná-lo, porém, a Autora [TACHIBANA, 2006] é categórica ao afirmar que não se pode

falar em repetir as vivências em termos de determinismo psíquico e que há a possibilidade de identificação, bem como diante da maternidade a mulher ter a possibilidade de resolver antigos conflitos vividos com a própria mãe (ACHING, 2013, p. 40)

Frise-se, por fim, que o estereótipo que recai sobre a *mulher-gestante-usuária* causa prejuízos até mesmo antes do nascimento dos filhos, já que, como demonstram as pesquisas sobre o tema, muitos profissionais de saúde argumentam que é justamente essa rotulação, bem como o medo da punição e da perda da guarda dos filhos que levam as gestantes a não procurarem os hospitais para realizarem o pré-natal.³³

Neste ponto, vale recordar que a Portaria nº 1.067 do Ministério da Saúde, que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, prevê expressamente que toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que essa seja realizada de forma humanizada e segura, ao passo que todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal, igualmente de forma humanizada e segura (art. 2º, incisos IV e V).

Por outro lado, a Portaria nº 1.190, de 04 de junho de 2009, que institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde, estabelece, como diretriz de atenção e atendimento às pessoas que façam uso de álcool ou outras drogas o *enfrentamento do estigma*, tendo em vista que “o acesso ao cuidado tem importantes barreiras sociais oriundas da compreensão ainda existente de que a estes cidadãos devem ser ofertadas somente políticas repressivas” (BRASIL, 2009).

Não por outro motivo que os próprios estudos que objetivam demonstrar os prejuízos do uso de drogas, sobretudo do crack, nas gestações costumam ressaltar que

O maior problema para que se possam avaliar os efeitos diretos das drogas sobre o feto é a grande variedade de fatores de risco, como sociodemográficos, psicossociais, comportamentais e biológicos que se relacionam diretamente com as drogas e as consequências na gravidez. A pobreza, a falta de cuidado pré-natal, as doenças sexualmente transmissíveis e a desnutrição são sérios problemas sociais e que podem contribuir para que o número de mulheres

³³ “ *Many health professionals argue that punitive policies toward pregnant addicts does deter them from seeking prenatal care. Women are likely to avoid contact with healthcare providers if they believe that their drug use will be reported to state authorities who will punish them. Because drug-using pregnant women’s fetuses and babies are often at particularly high risk, they need prenatal attention even more than most. Experts claim that the harmful effects of drug use on infants can be offset, at least in part, by good prenatal care, when health professionals are aware of a woman’s drug use in a supportive nonpunitive atmosphere*” (YOUNG, 1994, p. 37)

usuárias de drogas cresça e conseqüentemente o número de crianças que podem vir a nascer nesta situação também (*apud* CAMARGO, MARTINS, 2014, P. 163)

7.2. O USO DE DROGAS COMO FENÔMENO TRIDIMENSIONAL: SUBSTÂNCIA, SUJEITO E CONTEXTO

Outra crítica que deve ser dirigida à afirmação de que o uso de drogas tornaria, necessariamente, a mulher inapta à maternagem – a partir do estigma construído e legitimado socialmente – diz respeito à equivocada compreensão unidimensional do fenômeno, isto é, a compreensão do uso de psicoativos exclusivamente a partir dos efeitos potenciais do consumo da substância no organismo.

Sucedo que a questão das drogas, como bem adverte OLIEVENSTEIN (*apud* KARAM, 2015), “não existe em si, mas é o resultado do encontro de um produto, uma personalidade e um modelo sociocultural” (p. 20). Ou seja, trata-se de fenômeno *tridimensional* que congrega três importantes variáveis: a substância, a *relação* colocada entre o sujeito e a substância consumida³⁴ e o *contexto social* em que esta relação se apresenta.

SODELLI (2016), ao analisar o uso de drogas sob a perspectiva da Fenomenologia Existencial, ensina que:

Explicar a experiência do Homem com as drogas por meio das reações neuroquímicas que ocorrem no cérebro é assumir o ser humano como um ente sem mundo, como se ele fosse um ente natural amputado da sua abertura ontológica fundamental. O encontro do Homem com as drogas nunca se dá de modo neutro, fora de um horizonte de mundo, a margem do sentido de uma época (p. 71)

Assim, a pura responsabilização pessoal das mulheres unicamente em razão das propriedades específicas das substâncias consumidas, descolada da história de vida e

³⁴ Sempre atual é a lição de ESCOHOTADO (1997), para quem qualquer droga pode constituir um veneno ou um remédio em potencial, a depender de diversos fatores como a dose, o sentido do uso, a pureza da substância, as condições de acesso ao produto, os modelos culturais de uso, entre outros. Por esta razão “não podemos definir categoricamente que o uso de drogas será sempre nocivo para o usuário, ou que acarretará no padrão de dependência”

singularidades daquelas e do contexto em que se encontram, acaba por isentar a participação de toda a sociedade e do Estado pela situação vivenciada (via de regra, situação de vulnerabilidade, discriminação e marginalização)³⁵. Não por outro motivo que o contexto de pobreza material em que estas mulheres estão inseridas, aliás, muitas vezes é traduzida pelo *mainstream* também como pobreza moral, funcional e subjetiva (TIBURI; DIAS, 2013)

No que tange à *relação* mantida entre o sujeito (mulher gestante) e a as substâncias consumidas, importante enfatizar não existe um único padrão de uso de drogas – *que deve ser necessariamente combatido como recorrentemente afirmado pelas diversas instâncias de controle influenciadas pela política proibicionista* – mas diversos: experimental, ocasional, habitual ou mesmo problemático³⁶. Em outras palavras, ao contrário do que afirmam as correntes proibicionistas no sentido da existência de uma única forma de uso de drogas, problemática e patologizada, fatalmente desencadeadora da dependência química³⁷, existe, na realidade fenomenológica, um universo de possibilidades de o sujeito de se relacionar com as drogas, sem que, com isso, haja inevitáveis prejuízos irreparáveis a sua vida.

³⁵ Apenas a título de observação, não nos esqueçamos que o Brasil está inserido em uma política econômica neoliberal, que conecta a ascensão social aos méritos, qualidade e empenho pessoais. Com base neste sistema político-econômico, são propostas reformas estruturais que geram uma exclusão cada vez maior de amplos segmentos sociais, assentando-se na ideia de que tanto as glórias quanto os fracassos são responsabilidades/méritos de cada pessoa (meritocracia).

³⁶ Sobre a análise dos diversos padrões (experimental, ocasional, habitual e dependência) e modos de uso (controlado, de risco, nocivo) de drogas na construção de projetos preventivos ver SODELLI (2016, p. 24).

³⁷ A título de curiosidade, REZENDE (apud FERTIG, 2013) nos traz quatro modelos de concepções ou de análise da dependência de droga, sustentadas em diferentes raízes teórico-epistemológicas, que são: a) o modelo jurídico moral (droga é concebida como o grande mal a ser combatido. Neste caso, o usuário é visto como moralmente fraco, pois falta-lhe força de vontade para controlar o comportamento aditivo); b) o modelo biomédico (define a dependência como doença crônica, recorrente, de fundo orgânico, cujas determinantes são colocadas na hereditariedade e/ou em disfunções neuroquímicas. Reforçam uma visão das drogas como entidades patologizantes, capazes de causar e instaurar a dependência nos indivíduos); c) o modelo psicossocial (dependência é concebida a partir de um enfoque psicodinâmico, sustentado na noção da drogadição como manifestação externa de perturbações psicológicas. A dependência é vista a partir da triangulação entre o meio social, as características intrínsecas das drogas e a dinâmica psicológica do indivíduo); d) o modelo sociocultural (concebe a drogadição como resultado das contradições sociais, econômicas e ambientais e sua intervenção é dirigida ao contexto social do usuário. Enquanto os modelos anteriores operam com uma possibilidade de uma sociedade livre de todas as drogas, o modelo sociocultural não considera viável a existência de uma sociedade sem drogas, até mesmo porque o uso e consumo de substâncias psicoativas ocorreu em todas as épocas e culturas, ao longo de toda a história da humanidade.

Compreender essa distinção leva a desmistificarmos a existência de uma “escalada de consumo de drogas”, isto é, da passagem supostamente necessária e inevitável de um consumo ocasional para um consumo intenso, contínuo ou crônico ou, ainda, da passagem do consumo de uma droga considerada menos prejudicial para uma droga que pode causar maiores danos à saúde do usuário. Ensina BUCHER (apud SODELLI, 2016, p. 27) que “de fato, a escalada pode ocorrer; entretanto, a maioria dos usuários não entra nesse processo”. É dizer: não há qualquer evidência científica que confirme este pressuposto.

Portanto, a depender da relação mantida entre o sujeito e a substância consumida, a partir dos diversos padrões e modos de uso, poderão derivar diferentes consequências para sua vida. Dizemos, nesse sentido, que apenas o *uso problemático ou nocivo de drogas*, assim compreendido aquele que passa a afetar negativamente os diferentes aspectos da vida do sujeito (vida familiar, vida profissional, lazer) é que merece uma maior atenção pelos profissionais da saúde, sem prejuízo de intervenções de outras naturezas, a depender das singularidades do caso concreto (*por que o uso se tornou abusivo? Quais as necessidades que estão por detrás daquele uso? Como vive o sujeito? Seus direitos sociais, como trabalho, alimentação, moradia, saúde, educação, vêm sendo garantidos?*)

Note-se que a grande maioria dos padrões e modos de relacionamento do sujeito com as substâncias psicoativas que consome não geram interferência em outros aspectos de sua vida, de modo que, nada obstante o uso de drogas, o sujeito pode conquistar sucesso profissional, pode possuir outras formas de lazer, pode possuir vínculos familiares fortalecidos e, para efeitos deste estudo, *pode exercer satisfatoriamente a parentalidade, com o incremento progressivo de sua capacidade protetiva.*

Vale, neste ponto, transcrever a observação de SODELLI (2016):

O uso de drogas pode proporcionar um modo mais agradável de estar no mundo, mesmo de maneira fugaz, como se a própria condição existencial tivesse sido mudada. Os desdobramentos desta experiência (uso recreacional, abuso, dependência) vão depender do modo como cada um cuida do seu existir, do modo como compreende o sentido de seu ser-no-mundo (p. 73).

Pois bem. Vimos até agora como a construção do estigma do *usuário de drogas* contribui diretamente para fundamentar as decisões judiciais que determinam a separação, já na maternidade, entre a mãe e seu filho, a perda do poder familiar desta e o encaminhamento da criança para adoção. Sucede que, neste caso, ao estigma do *usuário de drogas* é transposto o estigma da *mulher pobre*, incapaz de cuidar de seus próprios filhos, o que fortalece e legitima, ainda mais, a intervenção do Poder Judiciário na relação materno-filial. É sobre esse ponto que nos debruçaremos a seguir.

8. MULHER, FEMINILIDADE E A BOA-MÃE

“*Que vale um conceito de natureza que muda ao sabor da cultura e das educações?*” (BADINTER, 185)

Há diversas formas de abordar as relações de dominação, igualdade ou desigualdade entre homens e mulheres na sociedade. O conceito de gênero, nesse sentido, é construído para demonstrar que a diferença anatômica entre homem e mulher *depende especificamente de sua posição social*, ou seja, trata-se de uma diferença culturalmente construída, fundada nos lugares ocupados por cada qual na sociedade. Mas não é só. Esse *ideal de feminilidade*, construído pela cultura, consolida mais do que apenas uma *expectativa social* em torno do lugar da mulher; verdadeiramente, *define o que seria sua verdadeira natureza* (MOUNTIAN, 2007)³⁸.

Os chamados “estudos de gênero”, portanto, tem por objetivo auxiliar o movimento de desnaturalização da diferença entre os sexos diante de seu suposto caráter inato.

Daí a autorização para se sustentar que, a partir das diversas representações de feminilidade, são deduzidas as posições de poder, submissão, complementariedade ou exclusão das mulheres no seio da sociedade (ROUDINESCO, 2003). A Autora, aliás, apresentando o pensamento de Simone de Beauvoir, que situa a construção da identidade feminina ao lado da cultura e não da natureza, sustenta que o feminino,

permanecia um devir perpétuo que não se enraizava nem no social, nem no inconsciente, nem no biológico, mas que se construída de forma dialética no vivido do sujeito, em sua consciência. A mulher era o *Outro*, o outro do homem, alienada na imagem que a sociedade masculina lhe remetia dela mesma (p. 142)

³⁸ A ideia remete à compreensão essencialista do feminino, já que o “processo de essencialização da diferença sexual implica a elaboração de afirmações universalistas que fixam e aprisionam a feminilidade em moldes estruturados” (FRANÇA, 2013, p. 58)

Nesse sentido, sustenta KEHL (2016) que:

A cultura ocidental, ao longo dos séculos, produziu uma quantidade inédita de discursos cujo sentido geral foi promover uma perfeita adequação entre as mulheres e o conjunto de atributos, funções, predicados e restrições denominado *feminilidade*. Esta feminilidade aparece como um conjunto de atributos próprios a todas as mulheres, em função das particularidades de seus corpos e de sua capacidade procriadora; *a partir daí, atribui-se às mulheres um pendor definido para ocupar um único lugar social – a família e o espaço doméstico –, a partir do qual se traça um único destino para todas: a maternidade*. A fim de melhor corresponder ao que se espera delas (que é, ao mesmo tempo, sua única vocação natural), pode-se que ostentem as virtudes próprias da feminilidade: o recato, a docilidade, uma receptividade passiva em relação aos desejos e às necessidades dos homens e, a seguir, dos filhos (p. 40)

Para a psicanálise, considerando-se que as formações de linguagem inscrevem os indivíduos em determinadas posições na ordem simbólica, a feminilidade pode ser compreendida como “uma forma de identificação que estrutura o *eu* segundo os modos como cada cultura organiza os ideais para os gêneros. Trata-se, pois, do *lugar que a cultura confere às mulheres*” (*Ibidem*). Estes discursos masculinos sobre feminilidade construíram “uma espécie de *Eu Ideal*, apontando para o que as mulheres deveriam ser, alienando-as num lugar de puro objeto do desejo do Outro” (p. 82).

Valendo-nos de Lacan, podemos dizer que, a partir do *ideal de feminilidade* que é construído historicamente pela cultura de cada civilização, a mulher, desde o nascimento, perpassa necessariamente o processo de construção de sua subjetividade a partir do “discurso do Outro”³⁹, que corresponde, justamente, aos papéis que a sociedade espera que assuma, ou seja, o discurso da cultura a que o sujeito pertence.

Daí porque podemos afirmar, novamente com KEHL (2016), que a mulher, na sociedade, é antes *falada* – pelo Outro, pela estrutura em que se encontra – do que *fala*⁴⁰.

³⁹ “Há duas dimensões indissociáveis do inconsciente: a que se constitui a partir da história de vida e das respostas singulares produzidas pelo sujeito (...) e a que faz parte do campo social, o campo dos discursos do Outro, no qual o sujeito ocupa uma posição que ele mesmo ignora e a partir da qual produz respostas subjetivas cujo alcance desconhece” (KEHL, 2016, p. 123). Essa segunda dimensão, social, “ultrapassa o sujeito ao mesmo tempo que determina, em parte, seu destino” (profecia autorrealizável)

⁴⁰ A propósito, MACEDO, ROSO e LARA (2015) realizaram interessante estudo sobre a reportagem “mães do crack”, veiculada no programa Fantástico. Ao quantificar as tomadas de fala durante a reportagem, puderam visualizar que “61,47% das falas são proferidas por pessoas que pertencem a esses grupos dominantes [as elites simbólicas], em discrepância a 32,11% das tomadas de fala pelas mulheres, sujeitos sobre os quais a reportagem versou” (p. 1290). E concluem: “são as elites simbólicas que mais se

Isto é, ao aceitar a posição do “Outro do discurso” as mulheres renunciam a falar por si próprias⁴¹, ao passo que a coerção social lhes é dirigida como negação de sua autonomia e da “posse de si” (GOMES; FERNANDES, p. 168)

Ou seja, criou-se culturalmente, em atenção ao patriarcado⁴² e à sociedade machista do Século XIX, uma verdadeira expectativa social sobre os papéis que devem ser assimilados e assumidos pela mulher, sob pena de, não o fazendo, serem taxadas de desviantes ou doentes⁴³. Este lugar social da mulher corresponde justamente ao âmbito doméstico e à família, colocando-se como sua maior virtude e objetivo de vida a maternidade⁴⁴.

O perfil próprio da “mulher normal”, isto é, de seu “puro estado de natureza”, portanto, seria aquele marcado especificamente pela passividade⁴⁵, pela emotividade, pela irracionalidade, pela dependência, pela falta de iniciativa e pela necessidade de

apropriam do discurso sobre as mulheres que fazem uso de crack”, o que evidencia a lógica da opressão das mulheres. Assim, além de a reportagem reduzir a mulher à mãe, inscrevem um julgamento moral por engravidarem, pois esses discursos salientam o dever da mulher de controlar sua potencialidade biológica de engravidar” (p. 1290)

⁴¹ O Estado ratifica o ordenamento social de gênero através de leis onde afirma e normatiza o poder masculino sobre a mulher. A ameaça e o medo constante a que a mulher está sujeita continuará a ser o componente de socialização da mulher, que a levará a cada vez mais se desconhecer e a desconhecer sua capacidade de realização uma vez que portadora de uma consciência de dominada, as mulheres não possuem conhecimento para decidir e cedem diante de ameaças ou de violências concretas, pois, o gênero na qualidade de constitutivo das relações sociais é um primeiro modo de dar significação às relações de poder e, portanto, permeiam as instâncias do simbólico, do político e da identidade masculina e feminina (CAMARGO e MARTINS, 2014)

⁴² ENGELS (1995), por exemplo, via no advento do patriarcado, a grande derrota do sexo feminino e a criação da luta de classes – a mulher se tornando, na família burguesa, “o proletário do homem”

⁴³ Foucault detecta, a partir do século XVIII, o surgimento de quatro grandes dispositivos de saber e poder sobre o sexo. O primeiro deles foi a ‘histerização do corpo da mulher’, conjunto de estratégias produtoras da sexualidade feminina – uma sexualidade adequada ao lugar que deve ser ocupado pela mulher na família burguesa (KEHL, 2016, p. 41)

⁴⁴ Não se trata de negar a importância da maternidade nem de negar que a organização da vida doméstica correspondeu historicamente a uma importante conquista de poder por parte das mulheres, outrora submetidas ao modelo de familiar patriarcal e a apropriação de toda a sua liberdade e autonomia por parte dos homens (recorde-se que na Grécia Antiga as mulheres sequer tinham o *status* de cidadãos). Trata-se, na realidade, de apontar para o fracasso de uma posição subjetiva que não produz discurso, da qual só se espera que corresponda ao que já está designado no discurso do Outro (KEHL, 2016, p. 57). Este *desajuste* entre as mulheres e o ideal de feminilidade na sociedade burguesa, portanto, não significa que a maternidade e o casamento tenham sido impostos a uma multidão de mulheres infelizes, contra o seu desejo, mas, sim, que sejam caminhos estreito demais para dar conta das possibilidades de identificação a outros atributos e outras escolhas de destino, tidos como masculinos (*Ibidem*, p. 65)

⁴⁵ Freud, ao construir sua teoria sobre o Complexo de Édipo, tanto na menina quanto no menino, chega a afirmar que “o domínio do masculino estava associado a um desejo ativo de dominação, amor, conquista, sadismo ou transformação dos outros e de si mesmo, ao passo que o polo feminino se caracterizava pela passividade, a necessidade de amor, a tendência à submissão e ao masoquismo” (ROUDINESCO, 2003, p. 129)

apoio – características que são também, note-se, costumeiramente atribuídas àqueles que padecem de comprometimento em sua saúde mental (os “loucos”). Ou seja, a partir da expectativa de que as mulheres atendam àquele perfil definido pela esfera do *ideal de feminilidade*, a sociedade pretende que estas sejam socializadas dentro de categorias que são consideradas, de *per se*, enfermidades mentais (MOUNTIAN, 2007). Ademais, em virtude de uma construção falha de seu psiquismo, devem ser especialmente domesticadas para que seus ‘desejos ilimitados’ não destruam a ordem social e familiar (KEHL, 2016, p. 52). Por outro lado, outros atributos que também aparecem relacionados ao *ideal de feminilidade*, como o recato, o pudor e a vergonha não são concebidos como inatos às mulheres, mas devem ser cuidadosamente cultivados para servir de freio a seus desejos.

Ressalte-se, ainda, que esse *ideal de feminilidade*, produzido sempre a partir do suposto saber masculino, é a todo tempo construído e reconstruído, a partir de demandas específicas e interesses hegemônicos (sempre impostos pelo referencial masculino) de cada época. Este movimento cíclico de perpetuação do *lugar social da mulher*, pelo referencial da cultura, conta com a confluência de diversos discursos e saberes como o médico, o moral e o jurídico. Tão próxima é a inter-relação destes discursos na construção do estereótipo da *boa mulher/boa mãe* que nos países anglo-saxônicos chegou-se a afirmar, inclusive, que “a sexualidade feminina é satisfeita com o parto e a vida doméstica” (ACTON *apud* KEHL, 2016. p. 55), é dizer, que a sexualidade feminina só estaria plenamente realizada com a maternidade⁴⁶. Segundo KEHL, “as intensidades do parto e dos prazeres do aleitamento seriam o coroamento da vida sexual das mulheres – e de sua autoestima também” (*Ibidem*, p. 55).

Para compreendermos melhor essa correlação entre o *ideal de feminilidade* e a importância dada à maternidade devemos analisar o processo de formação da família burguesa, que se inicia no século XVIII, pela chamada irrupção do feminino (RUODINESCO, 2003). Segundo a Autora, foi com o advento da burguesia, que se

⁴⁶ Freud, por exemplo, ao debruçar-se sobre a configuração do Complexo de Édipo na menina, afirma que a sexualidade da menina se organiza em torno do falicismo: quer um menino e deseja um filho do pai. Segundo o pai da psicanálise, para atingir sua plena maturidade sexual, a mulher deveria renunciar ao prazer clitoriano em prol do prazer vaginal (ROUDINESCO, 2003)

construiu a ideia de família como uma célula biológica que concedia lugar central à maternidade. Em suas palavras:

A ordem familiar econômico-burguesa repousa, portanto, em três fundamentos: a autoridade do marido, a subordinação das mulheres, a dependência dos filhos. Mas, ao se outorgar à mãe e à maternidade um lugar considerável, proporciona-se meios de controlar aquilo que, no imaginário da sociedade, corre o risco de desembocar em uma perigosa irrupção do feminino (...) A mulher deve acima de tudo ser mãe. A fim de que o corpo social esteja em condições de resistir à tirania do gozo feminino capaz, pensa-se, de eliminar a diferença dos sexos (p. 38)

A ideologia da maternagem⁴⁷, portanto, reproduzida desde a Revolução Francesa, com a ascensão a burguesia, e ainda vivida nos nossos dias confere a todas as mulheres o *dever* de amar seus/suas filhos/as, de modo que, se um pai ou uma mãe não o fazem, estão deixando de cumprir seus deveres e violando os direitos da criança, violação esta sujeita a sanções por parte do Estado, sobretudo por intermédio do Poder Judiciário (FAVERO, 2007).

Nessa linha, enfatiza ACHING (2013) que

o papel materno da forma como o concebemos hoje nada mais é que o resultado de um longo processo de construção de modelos de maternidade, que se atualizam de acordo com as expectativas sociais de uma época. Estes modelos que se constituem como conglomerados de ideais, advertências e recomendações, orientam a conduta materna e a postura dos que em torno dela se organizam, sejam familiares, profissionais e instituições sociais (p. 16)

Repare que o *dever de ser mãe* decorre diretamente da construção social da identidade de gênero⁴⁸ feminina – não sem também um respaldo pelas ciências “-psi”⁴⁹

⁴⁷ Sobre a diferença entre *maternidade* e *maternagem* na antropologia, transcrevemos a citação indicada por CAMARGO (2014, p. 45): “a maternidade estaria mais ligada aos aspectos fisiológicos, que permitem da mulher gerar uma nova vida, ou seja, a gestação, enquanto a maternagem se aproxima do afeto, do cuidado, da educação, ou seja, acontece em longo prazo, tendo em vista a grande responsabilidade com o filho gerado (OLIVIO; GRACZYK, 2011)”.

⁴⁸ O termo gênero é habitualmente utilizado para designar uma categoria qualquer – classe, grupo ou família – que apresente os mesmos *sinais de pertencimento*. Na linha tal como defendida pelas teorias feministas, o conceito de gênero se diferenciaria da noção de sexo (que deriva do corpo sexuado, masculino ou feminino), sendo, então, compreendido como a “significação sexual do corpo na sociedade (masculinidade ou feminilidade). Cf. ROUDINESCO, 2003, p. 115

⁴⁹ Veja-se que esmo Freud excluía a ideia de que seria possível uma separação entre o feminino e o materno, entre o “ser mulher e a procriação, entre o sexo e o gênero (ROUDINESCO, 2003, p. 147).

–, pela qual a mulher seria a responsável pelo mundo interno/doméstico, privado e, assim, valorizada a partir dos cuidados dispensados com a casa e os filhos. Seu amor, portanto, seria *necessário*, em contraposição ao amor paterno, naturalmente *contingente*, pois aos pais, responsáveis pelo mundo externo, não caberiam originariamente as obrigações referentes aos cuidados aos filhos, mas ao provimento das carências materiais no núcleo familiar (*Ibidem*).

Entretanto, não se trata apenas de preconizar a maternidade como objetivo final de todas as mulheres, mas sim preconizar uma *específica forma – a única legítima – de ser mãe*: a mãe “de tempo inteiro, com capacidades enormes de auto-sacrifício, completamente devotada não só à criança, como ao papel de mãe” (PINTO-COELHO *apud* MACEDO, ROSO e LARA, 2015, p. 1293), que garanta, a toda evidência, a correta transmissão dos valores concebidos pelas elites simbólicas e a ideologia dominante. Toda e qualquer outra experiência de maternagem deve ser evitada, não apenas pela pseudo-incapacidade de prover amor, cuidado e responsabilidade, mas também por corresponder a um problema social e de saúde pública.

Winnicott, por exemplo, elaborou complexa teoria psicanalítica sobre a “mãe suficientemente boa”, segundo a qual verificaríamos a coexistência do processo de identificação materna com a dependência do bebê recém-nascido, situação que favoreceria a sintonia entre as necessidades deste e os cuidados que a mãe pode lhe oferecer, por meio de um estado de sensibilidade aumentada (também chamado de *preocupação materna primária*), que se desenvolve ao longo do período gestacional. Tal estado de sensibilidade aumentada, ademais, geraria um retraimento da mãe e o condicionamento de uma preocupação quase que exclusiva com seu bebê, afastando-se das atividades e interesses que a ocupavam.

Contudo, não se pode descurar, como bem adverte ACHING (2013) que “o autor se refere a uma mulher casada, sem a necessidade de trabalhar e que possui uma rede de apoio familiar, portanto, era esperado que a mulher pudesse entrar no estado de preocupação materna primária, bem como se recuperar dele, à medida que seu bebê se desenvolva” (p. 31). Ou seja, é necessário enfatizar que as proposições de Winnicott baseiam-se em uma estrutura familiar distinta das famílias brasileiras de baixa renda, quer pela recorrente inexistência ou fragilidade da rede de apoio familiar, quer pela

verdadeira omissão do Estado brasileiro no cumprimento das promessas constitucionais e da organização de uma rede, eficiente e intersetorial, de cuidado primário e atenção integral à gestante e a puérpera.

Observe-se, pois, que essa única forma legítima de maternar verdadeiramente exclui praticamente toda e qualquer mulher que se encontre em situação de vulnerabilidade, quer em razão da pobreza vivida, quer em razão da ausência de referência familiar e comunitária, já que a *dedicação exclusiva* da mulher à criança pressupõe a existência de uma fortalecida rede de apoio, familiar ou comunitária, que a permita abster-se do trabalho e de outros deveres, já que a garantia dos direitos fundamentais da família e a satisfação de suas necessidades é garantida por outros.

Ademais, vemos nos estratos mais pobres da sociedade a configuração de famílias cada vez mais chefiadas por mulheres solteiras, desprovidas do apoio de um/a companheiro/a ou família (SARTI, 2011; ACOSTA, VITALE, 2010), de tal sorte que o trabalho feminino se torna uma imprescindibilidade para que a mulher reúna condições mínimas de sobrevivência de sua família. Ocorro que, uma das consequências deste movimento é justamente o abandono da tarefa materna com dedicação integral, o que geraria, segundo o discurso pseudocientífico, risco para o desenvolvimento da prole e, no limite, risco para o próprio desenvolvimento do futuro da nação (FREIRE, 2000).

Apesar disso, ACHING (2013) observa em sua pesquisa que, mesmo vivenciando situações de precariedade generalizada, as mulheres logram desenvolver o estado de preocupação materna primária, quando garantidas condições mínimas para tal. Estas mulheres, “mesmo em situação de desamparo, capazes de identificar as necessidades dos filhos, principalmente as físicas, pelas quais batalham diariamente por sua satisfação. É a *mãe possível diante de tantas adversidades*” (p. 102)

No entanto, por que o referencial do *ideal de maternidade* exclui *prima facie* as mulheres em situação de vulnerabilidade? Ou seja, por que ainda hoje vige a ideia de que as mulheres pobres não reúnem condições de cuidar de seus próprios filhos?

Ora, pois é justamente pela perpetuação do *ideal de família burguesa*, por intermédio do discurso hegemônico, que se garantirá o atendimento dos interesses da elite simbólica e, principalmente, o crescimento e desenvolvimento de de crianças

devidamente ajustadas aos padrões normativos vigentes. Nesse sentido, enfatizam Marco Aurélio Prado e Isabela Queiroz (*apud* MACEDO, 2016) que:

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

Diante destas reflexões, podemos, então, compreender o porquê de a desigualdade de gênero ser identificada como fator de vulnerabilidade no contexto de vida das gestantes (ABRUZZI, 2011), na medida em que a história da mulher na sociedade aponta que as vivências de subalternidade, de autonomia reduzida, pouco poder de decisão e assimetria de direitos são elementos constituintes do que denominamos vulnerabilidade moral (AZEVEDO; GUILHEM, 2005).

Nesse sentido, afirma MOUNTIAN (2007) que, de acordo com os papéis sociais estereotipados e estigmatizantes, o imaginário sobre as mulheres está relacionado com o espaço doméstico (principalmente na qualidade de mães e esposas) e sua posição na sociedade é aquela em que são vistas como representantes da *ordem* social, as *guardiãs da moral*. Se assim o é, por consequência, as mulheres que fazem uso de substâncias psicoativas, sobretudo nos espaços públicos, são vistas como péssimas mães⁵⁰ e/ou péssimas mulheres, já que há uma incompatibilidade entre a dependência esperada socialmente da mulher e a necessidade de que as mulheres ‘estejam sob controle’⁵¹.

⁵⁰ A propósito, interessante a análise feita por KEHL (2016), para quem “o temor de que as mães não queiram cuidar dos filhos, a não ser que sejam obrigadas a isso, me parece estar muito mais firmemente implantado no temor inconsciente que todo ser humano sente de perder o amor materno, uma perda que parece mortífera nas representações (recalcadas durante a travessia do complexo de Édipo) das crianças pequenas” (p. 63).

⁵¹ Nas palavras de KEHL (2016) “vislumbrava-se um temor generalizado de que qualquer deslocamento na vida das mulheres ameaçaria a família, a sociedade, a nação inteira. Dentre estes temores estava a ameaça de abandono de crianças em função dos primeiros movimentos sociais, ainda desorganizados, de emancipação feminina (p. 61).

Na mesma linha, em relação às mulheres usuárias de crack, defende FERTIG (2013) que

a questão de gênero influencia a forma como as mulheres vivenciam a situação de serem usuárias de crack, pelo fato de existir uma maior cobrança da sociedade quanto ao papel exercido pela mulher, ainda fortemente ligado ao cuidado com a família e comportamento socialmente esperado para exercer tal papel. Conforme Nye (1995), a situação da mulher é radicalmente diferente da situação dos homens. A mulher deve dar à luz, suportar o cansaço físico, a deformação e a dor que acompanham a reprodução. Ela é passiva na reprodução, presa de forças naturais e não um criador ou fabricante que impõe seus desígnios ao mundo. Isso significa que o socialmente desejado para a condição feminina seria o distanciamento de um mundo relacionado às drogas e condutas não compatíveis com o papel de mãe e/ou esposa. Isso gera uma resistência por parte destas mulheres de abordar a questão em razão de tais fatores, pois o preconceito gera medo, insegurança, vergonha, baixa autoestima e sentimento de culpa.

Ora, se o *ideal de feminilidade* preconiza a realização da mulher pela maternagem e, ao mesmo tempo, se a única forma legítima para o exercício da maternagem é aquela atrelada ao auto-sacrifício e à dedicação exclusiva, portanto aquela mulher que não consegue se abster completamente do uso de drogas, justamente por não ter êxito em sacrificar a busca pelo próprio prazer, falha, na essência, no cumprimento de seu “instinto materno”⁵².

Entretanto, não é isso que vemos no dia-a-dia dessas mulheres. Inúmeras etnografias e pesquisas realizadas com mães usuárias de drogas (ABRUZZI, 2011; CAMARGO, 2014; MACEDO, 2016; VALLIM, 2015) demonstram que, no exercício da maternagem, estas mulheres acabam por desenvolver técnicas próprias de cuidado e proteção para com seus filhos, evitando a exposição destes a situações que possam ser prejudiciais ao seu desenvolvimento, além de buscar evitar transmitir para a nova geração hábitos relacionados ao consumo de psicoativos. Muitas delas, por exemplo, relegam consumo da substância apenas após a criança dormir, depois de já tê-la alimentado e higienizado; o fazem jamais na presença dos filhos ou somente após deixá-los sob os cuidados de outro familiar que possa suprir suas necessidades básicas.

⁵² BADINTER (1985), dentre outras, tem demonstrado que este “amor materno” não é inato, mas depende de condições sociais, econômicas, históricas ou, nas palavras da autora, de “ocasiões propícias ao apego” (p. 14).

O Poder Judiciário, contudo, insiste em permanecer completamente alheio a essas narrativas. Ao invés de se buscar perquirir, nas ações em que a capacidade protetiva das genitoras que fazem uso de drogas é questionada, as circunstâncias de vida destas mulheres e a potencialidade que possuem para, a partir da maternagem e com o apoio da rede de proteção, aprimorar suas habilidades de cuidado, opta-se pela via reducionista, discriminatória e violadora de direitos do estigma.

Diz-se, portanto, que a mulher que faz uso de drogas, incapaz de assumir responsabilidade por seus próprios atos, jamais poderia ser uma boa-mãe, inclusive por ter colocado a saúde do feto em risco em razão de seus espúrios e nefastos hábitos. Estas mulheres são colocadas em um lugar de “descontrole total de seu corpo, tanto por engravidarem, quando por não conseguirem deixar o crack durante a gestação” (*Ibidem*, p. 1293). Assim, a partir dessa concepção, podem culpá-las pelos problemas sociais vivenciados (MACEDO; ROSO e LARA, 2015).

Portanto, para que se inicie o processo de desconstrução e deslegitimação do estigma da *mulher usuária* ou da *mulher adicta*, incapaz de cuidar dos próprios filhos, faz-se necessário, inicialmente, questionarmos o próprio ideal de feminilidade inscrito em nossa sociedade, que determina posições, deveres e traços identificatórios. Para tanto, devemos assumir que os significantes ‘homem’, ‘mulher’ e ‘sujeito’ são construções datadas, contingentes; portanto, mutantes. É preciso que se saiba que não estamos lidando com conceitos transcendentais, mas com contingências. Nas palavras de KEHL (2016), “não existe A mulher, universal transcendente ao conjunto de todas as mulheres”, mas diversas mulheres, imersas, cada uma, em sua singularidade e próprio processo de subjetivação⁵³.

⁵³ Devemos compreender que cada mulher em particular corresponde a um sujeito em construção e a feminilidade, um conjunto de representações que tentam produzir uma identidade entre todas as mulheres e que, por isso mesmo, não pode dar conta das questões de cada sujeito (KEHL, 2016, p. 96). Trata-se, verdadeiramente, de uma alienação em relação ao discurso do Outro que fala em nós.

9. ALTERNATIVAS PROPOSTAS

Feitas todas essas considerações sobre a construção do estigma da *mulher usuária*, responsável pelo contexto de sociovulnerabilidade em que se encontra e incapaz de cuidar de seus próprio filhos, utilizado recorrentemente pelo Poder Judiciário para fundamentar as decisões que determinam a institucionalização de recém-nascidos diretamente da maternidade ou que decretam a perda do poder familiar daquelas mulheres e sua colocação em família substitua, por adoção, de seus filhos, passamos agora a sugerir propostas de formas alternativas de intervenção do Estado nestas famílias, buscando concretizar, em suma, as recomendações técnicas do Ministério da Saúde e dos Conselhos de Classe acima expostas.

Iniciemos com uma breve reflexão sobre a avaliação da gravidez por parte da mulher que apresenta um padrão de uso problemático de drogas como motivação para a busca de tratamento.

9.1. A GRAVIDEZ COMO MOTIVAÇÃO PARA A BUSCA DE TRATAMENTO

Apesar de a gestação despertar sentimentos ambivalentes em todas as mulheres, independentemente de seus hábitos de consumo, é certo que, em grande parte delas, o momento pode surgir como decisivo para a tomada de certas decisões em sua vida, inclusive em termos de autocuidado e busca pelo fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

OLIVEIRA (2008), por exemplo, demonstra que a percepção dos primeiros movimentos fetais é um fenômeno muitas vezes responsável pela aceitação da gravidez, pois a mulher passa a sentir o feto como uma realidade efetiva dentro de si, como um ser distinto dela, mas que ao mesmo tempo necessita do seu corpo para lançar-se no mundo. Decorre daí a afirmação feita por diversos autores no sentido de que a maternidade

consistente em *importante fator de motivação para a busca de tratamento* (por todos, SILVEIRA e MOREIRA, 2006).

Uma pesquisa americana realizada com mulheres gestantes que apresentavam um padrão de uso contumaz de drogas, aliás, demonstrou que a abstinência foi motivada pela gravidez em 28% das usuárias no primeiro trimestre e 93% no terceiro trimestre. Um ano após o parto, a abstinência persistiu em 24% das pacientes, o que confirma o reforço positivo da gravidez na diminuição da dependência de drogas ilícitas (COUTINHO et al, p. 16)

Interessante é também a observação feita por GOMES e FERNANDES, a partir de pesquisa realizada com mulheres dependentes, para quem “muitas das mulheres que apresentam algum padrão de uso de drogas, a despeito do comportamento considerado transgressor pelo senso comum, contraditoriamente demonstram a necessidade de corresponder ao lugar social que lhes é imposto”. Ou seja, na realidade, a despeito de assumirem um comportamento socialmente tido como desviante, ao mesmo tempo não pretendem se afastar completamente do lugar social que lhes é esperado. Isto é, ainda assim podem desejar e perseguir a maternidade e a constituição de sua própria família.

Afinal, o uso de drogas pela mulher não corresponde necessariamente à pura e completa negação de seu lugar social, mas apenas o exercício de uma das formas, historicamente mais presentes em todas as sociedades, de busca pelo prazer e pela alteração de sua consciência, pelos mais diversos motivos⁵⁴; conduta essa que pode tranquilamente coexistir com o exercício de diversos outros papéis, como o de gestora do lar e mãe.

No entanto, se, por um lado, a maternidade pode assumir a condição de *resgate do ser feminino*, ao mesmo tempo, com a subtração da guarda de seus filhos e, conseqüente, da experiência da maternagem, pode-se verificar uma queda vertiginosa

⁵⁴ GURFINKEL (2007), por exemplo, analisa que as adições podem se configurar como uma defesa contra a perda do sentido de estar no mundo. Já GOMES e FERNANDES sustentam que “a experiência subjetiva com as substâncias psicoativas podem expressar uma busca de autonomia feminina, através da possibilidade de exploração da sexualidade e dos prazeres sensoriais que a droga proporciona, como, por exemplo, a diminuição da censura e das instâncias superegoicas e morais pelos efeitos do álcool e a ‘hiperestimulação’ das funções táteis nas relações sexuais com o uso do crack” (...). Outra função importante na relação mulher e substâncias psicoativas é a “função de defesa diante do desamparo e de sua condição de vulnerabilidade. Cria-se uma ‘armadura simbólica’ para corresponder ao ideal onipotente exigido. As drogas possibilitariam a criação ilusória de uma “força” para enfrentamento das adversidades, da solidão e da violência”. (p. 174)

do não-ser (GOMES; FERNANDES, p. 183), já que, com isto, nega-se à ela a possibilidade de assunção das rédeas de seu próprio destino e, no limite, a liberdade para a configuração de seu singular processo de subjetivação.

Portanto, se compreendermos que, ao contrário do que preconiza o estigma e o imaginário social, a mulher usuária de substâncias psicoativas pode utilizar a gestação como motivação para a mudança de determinados aspectos de sua vida e, a partir daí, desenvolver satisfatoriamente capacidade protetiva para garantir os cuidados básicos de seus filhos, além de propiciar-lhes um ambiente sadio para seu escreteito desenvolvimento, podemos (e devemos) construir uma rede de apoio intersectorial adequada que garanta o efetivo exercício da escolha de *ser mãe*.

A construção dessa rede de apoio deve investir ao máximo na vinculação prematura daquelas mulheres aos serviços de atenção básica, sobretudo para garantir um adequado acompanhamento pré-natal, já que “há evidências de que a assistência pré-natal reduz de forma consistente os efeitos negativos da utilização de substâncias ilícitas durante a gestação, incluindo a diminuição dos riscos de prematuridade e baixo peso ao nascimento” (COUTINHO et al, 2014, p. 12) Como tende a ser maior entre as gestantes a motivação para modificar comportamentos prejudiciais a sua própria saúde e a de seus filhos, a assistência pré-natal proporciona várias oportunidades para identificar e tratar as usuárias de drogas.

Entretanto, pelo atual desenho da rede de atenção e cuidado da mulher gestante ainda não conseguimos vislumbrar a existência de um ambiente acolhedor e estimulante que incite a busca daquelas mulheres por apoio e ajuda, sobretudo em razão de, como veremos a seguir, haver nítida influência da política proibicionista na forma de prestação dos serviços de saúde às mulheres que revelem o uso de drogas.

9.2. OS EFEITOS DO PROIBICIONISMO NA CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA GESTANTE E DO NEONATO

Não olvidemos que ainda hoje os dogmas da política proibicionista reverberam demasiadamente nos modos de cuidado e atenção à saúde de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas.

Grande parte dos estudos e pesquisas publicados sobre uso de drogas na gravidez, por exemplo, enfatizam demasiadamente os efeitos, físicos, psíquicos e sociais produzidos pelas substâncias, o que, em tom alarmista, sugere ao Poder Público que “*combata o mal na raiz*”, preconizando um sem número de medidas excludentes e higienistas, como a criminalização das mulheres, sua internação involuntária e a separação de seus filhos recém-nascidos, “*livrando-os do contágio com nefasto modelo materno*”. Em contraponto, se encontram na literatura especializada estudos em número suficiente que auxiliem no cuidado das mulheres gestantes e puérperas usuárias e/ou em situação de rua (HOLZTRATTNER,)

Esse estado de coisas interfere diretamente no despreparo dos profissionais da saúde, quer nos equipamentos de atenção básica que realizem cuidados pré-natais, quer nos próprios setores de obstetrícia dos Hospitais Gerais, em lidar com questões relacionadas ao uso de drogas pelas mulheres gestantes. Este despreparo, aliás, contribui diretamente para que aquelas mulheres deixem de se vincular aos serviços durante a gestação, sobretudo para acompanhamento pré-natal, já que se veem suscetíveis à julgamentos morais e práticas discriminatórias por parte daqueles profissionais⁵⁵.

No que se refere à falta ou ao número escasso de consultas pré-natais realizadas – ou mesmo à baixa adesão aos tratamentos por abuso de drogas e comorbidades –, por exemplo, estudos apontam que a discriminação, o racismo e o preconceito são observados repetidamente como barreiras para a procura pelos serviços de saúde. HOHMAN, SHILLINTON, BAXTER (*apud* HOLZTRATTNER,) salientam que o contato com a equipe médica se torna muito limitado em razão das mulheres usuárias sentirem medo das consequências que podem advir da descoberta do uso da substância, como a própria perda da custódia de seus filhos.

A propósito, afirma CAMARGO (2014)

Corroborando com outros autores, a falta de acesso aos serviços de saúde, o racismo, o preconceito e a discriminação são os principais motivos para que estas mulheres não procurem cuidados médicos e acabem por chegar ao hospital

⁵⁵ Na realidade, o próprio uso de drogas, mormente se associado à situação de rua ou ao uso nas cenas de uso públicas, sujeitam aquelas mulheres a um isolamento social significativo, contribuindo negativamente para a criação de barreiras cada vez maiores ao acesso aos serviços de saúde.

apenas no momento do parto, o que prejudica a identificação e o tratamento das mães usuárias e das crianças nascidas nessa situação (No mesmo sentido BUNGAY, 2010; ADDIS, 2001; KUCZKOWSKI, 2003).

A qualificação dos profissionais que trabalham nestes serviços, portanto, deve ser objeto de atenção prioritária por parte do Poder Público. Não desconhecemos que os próprios profissionais não estão imunes ao estigma que circula no imaginário social sobre as mulheres adictas, de modo que, sem um treinamento adequado, podem apenas reproduzir os preconceitos que já existem no senso comum. VALLIM (2015) adverte que

muitas abordagens tendem a desempenhar um papel importante na determinação da imagem social do usuário de crack, com percepção de seres perigosos e/ou violentos, o que se torna fator determinante no enfraquecimento de estratégias de cuidado e tratamento para esta população. Em estudo desenvolvido por Ronzani *et al* analisa a interferência do estigma dos profissionais da saúde no atendimento a usuários de álcool e de drogas, desvelando o estigma e a necessidade de mudança de postura dos profissionais de saúde: 'diversas razões podem justificar a estigmatização do uso de drogas por parte dos profissionais de saúde, incluindo o fato de que, muitas vezes, o consumo de drogas não é visto como um problema de saúde, mas como falha de caráter, fazendo com que seja atribuída ao usuário a responsabilidade pelo aparecimento e pela solução de seu problema. Tal postura restringe as possibilidades de acolhimento e acesso para pessoas que apresentam problemas com uso de drogas. O estigma e a discriminação de usuários de drogas afeta negativamente a qualidade dos serviços restados, podendo construir uma barreira para a busca por ajuda, além de limitar o acesso e a utilização dos serviços' (p. 188).

E pior. Ao não propiciar um ambiente adequado à construção de uma relação de confiança com estes profissionais, a sonegação de informações pela gestante pode gerar consequências gravíssimas à sua própria saúde e vida, senão à do feto. Estudos mostram, por exemplo, que a ministração de anestesia obstétrica associada ao consumo recente de droga pode desencadear complicações cardíacas e até mesmo edema pulmonar (HOLZTRATTNER,)

Conforme estudos e pesquisas realizadas, aquelas mulheres, em sua maioria, apresentam-se com vínculos familiares e comunitários fragilizados ou rompidos, muitas delas em situação de rua e, geralmente, com poucas ou nenhuma consulta pré-natal realizada. Porém, é certo que, "independentemente da situação social, no período do trabalho de parto, elas procuraram o hospital para dar à luz, deixando a equipe de

enfermagem e equipe multidisciplinar com incertezas em relação à melhor forma de atenção” (HOLZTRATTNER, P. 6).

Portanto, em vista da garantia dos direitos fundamentais da mulher e da criança, sobretudo o direito à convivência familiar e comunitária⁵⁶, devemos repensar a forma de estruturação e atuação de toda a rede de proteção, a fim de se garantir, ao mesmo tempo, o combate ao estigma da *mulher-usuária-incapaz-de-maternal* e a prestação de diversas formas de assistência que a auxiliem nos efetivos cuidados com sua prole.

9.3. A ARTICULAÇÃO NECESSÁRIA ENTRE OS EQUIPAMENTOS E SERVIÇOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARA A ATENÇÃO INTEGRAL DA MULHER GESTANTE QUE FAÇA USO DE DROGAS

O Sistema Único de Saúde (SUS) adota uma concepção ampliada de atendimento, que abrange assistência e acompanhamento do usuário por meio dos Centros de Atenção Psicossociais Álcool e outras Drogas (CAPS AD⁵⁷⁻⁵⁸), das equipes que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e nos Núcleos de Apoio à Saúde da

⁵⁶ O direito à convivência familiar e comunitária está consagrado no art. 227 da Constituição Federal, art. 8 da Convenção sobre os Direitos da Criança da ONU e em diversos dispositivos do Estatuto da Criança e do adolescente, como os arts. 19 e 100, parágrafo único, inciso X. Bastante paradigmática, aliás, é a redação do §1º do art. 1º da Lei nº 12.010/09, também chamada de “Lei da Convivência Familiar e Comunitária”: “a intervenção estatal, em observância ao disposto no caput do art. 226 da Constituição Federal, será prioritariamente voltada à orientação, apoio e promoção social da família natural, junto à qual a criança e o adolescente devem permanecer, ressalvada absoluta impossibilidade, demonstrada por decisão judicial fundamentada”. Por fim, não podemos deixar de mencionar o importante instrumento consagrado pela Resolução Conjunta CNAS/CONANDA nº 01/2006 denominado “Plano Nacional de Promoção, Defesa e Garantia do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária”

⁵⁷ Os CAPS ad são uma unidade de saúde que presta atendimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas e aos seus familiares. Fundamentam-se no pressuposto de que o cuidado a usuários de drogas exige condições que respeitem o indivíduo enquanto pessoa, possibilitando sua inclusão social, profissional e familiar, ampliando as ações em saúde mental na sua intensidade e diversidade (ênfase em uma abordagem compreensiva e com suporte social, recreacional, reabilitação psicossocial e reinserção profissional). Os CAPS, serviços estratégicos na organização da porta de entrada da rede de saúde mental, devem fazer a articulação entre os diferentes serviços da rede, tais como ambulatórios de saúde mental, residências terapêuticas, atenção básica e leitos de atenção integral (FERTIG, 2013)

⁵⁸ Em município com população inferior a 70 mil habitantes existem as redes básicas com ações de saúde mental, os CAPS I e II que assumem algumas das funções dos CAPSad, com exceção das ações de desintoxicação e tratamento de abstinência leve. A demanda de dispositivos de atenção contínua e cuidado integral também deflagrou a criação de serviços de funcionamento 24h/dia, sete dias por semana. Estes devem dar cobertura a populações de pelo menos 200 mil habitantes.

Família (NASF), dos Consultórios de Rua⁵⁹ e das Casas de Acolhimento Transitório. Neste contexto, as medidas de promoção, tratamento, reabilitação e reinserção social devem ser o principal objetivo das políticas de saúde, tendo o compromisso de cuidar dessas pessoas (usuários e familiares), que se encontram, muitas vezes, em situação de extrema vulnerabilidade (FERTIG, 2013).

A Atenção Integral preconizada pela rede de saúde mental, ainda, aponta para a necessidade de que todos esses diferentes dispositivos de ajuda estejam articulados de forma a complementar iniciativas para garantir a continuidade da assistência. A Lei nº 10.216/01, resultado do movimento de reforma psiquiátrica, ademais, consagrou o princípio da *territorialização do atendimento* a partir da estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários.

Por outro lado, o chamado Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257/16), passou a prever uma série de direitos da mulher gestante e puérpera, dentre os quais podemos destacar: atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do SUS (art. 8º, *caput*), alta hospitalar responsável e contrarreferência na atenção primária, bem como acesso a outros serviços e grupos de apoio à amamentação (§3º), assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal (§4º), orientação sobre o aleitamento materno, alimentação complementar saudável e crescimento e desenvolvimento infantil, bem como formas de favorecer a criação de vínculos afetivos e de estimula o desenvolvimento integral da criança (§7º).

A nova legislação prevê, ainda, que “a atenção primária à saúde fará a *busca ativa* da gestante que não iniciar ou que abandonar as consultas de pré-natal, bem como da puérpera que não comparecer às consultas pós-parto” (§9º), demonstrando, portanto, a garantia de um conjunto de ações tendentes à atenção integral e ao fortalecimento dos vínculos entre mãe e sua futura prole⁶⁰.

⁵⁹ O Consultório na Rua tem como princípios norteadores o respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos e da inclusão social, o enfrentamento do estigma, as ações de redução de danos e a intersetorialidade (BRASIL, 2010). Este equipamento, por exemplo, pode tornar se tornar mais acessível para as gestantes usuárias de drogas que queiram realizar o pré-natal no próprio local em que fazem uso da substância, sem que tenham que enfrentar a dificuldade de atendimento na procura de hospitais por estarem sujas, sob o efeito da droga ou simplesmente pela exclusão que sofrem de toda a sociedade (CAMARGO; MARTIN, 2014)

⁶⁰ Reafirme-se uma vez mais que o consumo de drogas se apresenta, em nossa sociedade, em desconhecimento com os papéis sociais impostos às mulheres, o que colabora diretamente para seu

Não olvidemos que em um contexto de precariedade, as novas demandas emocionais que a maternidade pode propiciar vêm a potencializar uma situação de desamparo já existente (ACHING, 2013), podendo, assim, aprofundar uma condição de vulnerabilidade pré-existente. Entretanto, se devidamente articulada a rede de saúde com a rede de assistência social, habitação, educação etc, pode-se criar espaços institucionais de garantia de direitos e fortalecimento das capacidades primárias, já que, “apesar da escassez de recursos financeiros e emocionais, essas mulheres parecem encontrar na instituição em que estão temporariamente abrigadas um modo mais efetivo de receber o cuidado que necessitam para enfrentar mais este desafio” (*Ibidem*, p. 88).

Por outro lado, mostra-se extremamente necessária a ampliação e disseminação nos mais diversos equipamentos de assistência à saúde das estratégias de Redução de Danos⁶¹, baseadas nos princípios do pragmatismo e compreensão da diversidade, cujo objetivo principal é minorar os efeitos negativos decorrentes do uso de drogas. Buscam, assim, implementar medidas amplas para prevenir e tratar o consumo nocivo de drogas sem perseguir o consumidor ou impor-lhe modelos pré-estabelecidos e únicos (e.g. internação compulsória), mas buscando formas de regulação que sejam social e culturalmente aceitas pelos diferentes segmentos sociais, sobretudo mediante a criação de um vínculo de confiança (SODELLI, 2016)

Note-se que a diferença entre o atendimento à população usuária de drogas das Unidades Básicas de Saúde e o executado pelos Consultórios na Rua ou outras organizações que colocam em prática as estratégias de redução de danos é que estas últimas atuam diretamente no território onde a população reside e/ou nos contextos de uso da droga, o que permite a construção de uma relação de cuidado e confiança e, ao mesmo tempo, desconstrói a percepção do estigma que o usuário de crack possui das imagens negativas que os profissionais da saúde possam ter de sua condição de usuário e de suas condições de higiene (VALLIM, p. 193)

Segundo FERTIG (2013)

ocultamento, uma vez que muitas vezes procuram se esconder para fugir de julgamentos sociais permeados de preconceito e estigma.

⁶¹ Sobre o modelo de Redução de Danos conferir SODELLI (2016)

Nem sempre é possível alcançar de imediato a abstinência do uso da droga e muitas pessoas continuarão a usá-la, mesmo depois de um processo de tratamento. Nesse sentido, é preciso encontrar alternativas capazes de reduzir os prejuízos associados a este consumo. Incentivar o dependente de crack a cuidar de si, sem que a condição para isso seja a interrupção total do uso da droga, é a estratégia central das ações de redução de Danos à saúde do usuário. Ao reduzirem os problemas associados com o uso de drogas no âmbito social, econômico e de saúde, estas estratégias beneficiam o usuário, seus familiares e a própria comunidade (P. 31)

9.4. FOMENTO À CRIAÇÃO DE EQUIPAMENTOS ATENTOS ÀS QUESTÕES DE GÊNERO E SUAS ESPECIFICIDADES

As iniquidades de gênero estão enraizadas não apenas nas diversas instâncias da malha social, mas também na forma de prestação dos diversos serviços públicos disponibilizados à totalidade dos cidadãos, inclusive o atendimento à saúde das próprias mulheres. A utilização do referencial de gênero, portanto, é fundamental para o reconhecimento do impacto sociocultural nas construções da masculinidade/feminilidade, de modo que, somente a partir de suas especificidades é que seremos capazes de promover novas orientações conceituais e metodológicas aos agentes públicos responsáveis pelo enfrentamento das demandas sociais e pela elaboração das políticas públicas⁶² (MACEDO, ROSO e LARA, 2015)

PRADO e QUEIROZ ressaltam as diferenças nos modos como o tratamento dirigido para o uso nocivo de drogas é concebido a homens e mulheres:

Para os homens, o tratamento é visto 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 comum entre eles. 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', aderindo fragilmente à proposta de vida comunitária, dentre outras designações que parecem revelar um preconceito de gênero, mantido às custas da naturalização de condutas tidas como inerentes à mulher* (p. 308)

⁶² A Portaria nº 1.459, de 24 de julho de 2011, do Ministério da Saúde que institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha, por exemplo, prevê expressamente o enfoque de gênero como um de seus princípios (art. 2º, inciso IV)

HOLZTRATTNER, por sua vez, denuncia a pouquíssima quantidade estudos e pesquisas disponíveis sobre as especificidades físicas, psicológicas e sociais referentes às mulheres usuárias de drogas. Entretanto, as poucas informações disponíveis

destacam o enfrentamento de barreiras de ordem estrutural, sistêmica, social, cultural e pessoal pelas mulheres na busca e permanência de tratamento. Preconceitos e discriminação, sobretudo por parte dos profissionais da saúde, são apontados como as principais barreiras. O reconhecimento de que as mulheres dependentes constituem um subgrupo diferenciado dos homens e com características e necessidades de tratamento próprias e específicas começa a ganhar relevância. Recomenda-se atenção para situações específicas da condição feminina, tais como a gravidez e a responsabilidade nos cuidados com a criança (p. 10/11)

No mesmo sentido, GOMES e FERNANDES denunciam a existência de outras barreiras *estruturais* para a vinculação das mulheres aos equipamentos e serviços de atenção integral à saúde, para além das barreiras *internas*, como a culpa e a vergonha por seu comportamento e o medo de perder a custódia dos filhos. Uma das grandes deficiências estruturais encontradas, por exemplo, é a *inexistência de vaga em creche* ou, ainda, de algum lugar próximo ao equipamento de saúde em que possa deixar os filhos, de modo que não tenha que confiá-los uns aos outros ou a vizinhos para realizar os atendimentos necessários.

Daí porque defendemos a criação de programas de tratamento em face do uso problemático de drogas exclusivos para mulheres, ou seja, a criação de grupos homogêneos em relação ao gênero. Conforme bem apontado por GOMES e FERNANDES, estes programas propiciam maior participação das mulheres, já que “os grupos mistos podem restringir os comportamentos, as oportunidades e a influência da mulher, sendo que os problemas das mulheres podem ser negligenciados, considerando-se o maior número de homens em relação às mulheres no grupo” (p. 176).

Na mesma linha, BRASILIANO (2003) defende que, para as mulheres que vivem constantemente a estigmatização de seu sofrimento e o rompimento dos laços e vínculos familiares, o grupo homogêneo se configura como um alívio das críticas, dos julgamentos e das condenações sociais.

As especificidades encontradas no atendimento de mulheres em situação de vulnerabilidade, que a todo tempo se reproduzem⁶³, ademais, exigem uma abordagem multidisciplinar⁶⁴ do tratamento contra a dependência e o uso abusivo. Exemplo claro é a situação de violência doméstica que muitas destas mulheres relatam viver ou ter vivenciado.

Note-se que, quando vítimas da violência praticadas no interior de suas relações afetivas, essas mulheres tendem a ser “abandonadas” não apenas pelos/as companheiros/as, mas também por suas famílias. E pior: os atos de violência muitas vezes são justificados pelos próprios comportamentos das mulheres, como se fosse responsáveis pela própria agressão.

Por fim, para se garantir que as especificidades das questões de gênero no contexto do uso de substâncias psicoativas serão, de fato, observadas pela construção da política de atendimento à mulher gestante que faz uso de drogas, é necessário *dar voz e garantir a efetiva participação dessas mulheres na construção das políticas públicas que as receberão como destinatárias*. Não é demais recordar que o sistema público de saúde garante a todas as pessoas sua participação efetiva e garantia de acesso, além de acentuar a equidade como um dos princípios do cuidado (cf. art. 198 da Constituição Federal e art. 7º da Lei n. 8.080/90)

É igualmente importante valorizar e estimular a vivência das habilidades e potencialidades destas mulheres, ajudando-as a reconstruir os vínculos com a família e com a sociedade. Veja-se que existem no âmbito do Sistema Único de Saúde redes de atenção informadas pelo recorte de gênero que podem ser utilizadas também para abarcar o atendimento às gestantes usuárias de psicoativos, a exemplo da Rede Cegonha (Portaria nº 1.459/11 do Ministério da Saúde) e os serviços de referência à

⁶³ Nesse sentido, valiosas as informações coletadas por FERTIG (2013) em sua pesquisa intitulada “História de Vida de Mulheres Usuárias de Crack”: “Os resultados encontrados revelaram que ocorre um início precoce no uso de drogas e crack, que a maioria das entrevistas sofreu abuso sexual, físico e emocional por parte de algum familiar, que as entrevistadas gestantes tinham outros filhos com pais diferentes, que algumas já estiveram em cárcere, que algumas relataram ter praticado pequenos furtos e/ou programas sexuais para conseguir o crack. O abandono por parte da família e sentimentos de culpa também foram relatados pelas entrevistadas”

⁶⁴ Enquanto a parturiente é assistida, a equipe de saúde deve tentar modificar as influências externas que favorecem o uso de droga a essa paciente e auxiliar na mudança de hábitos que ofereçam risco a mãe e ao bebê. Para isso é necessária uma equipe multidisciplinar, composta por obstetras, parteiras, agentes de saúde, assistentes sociais, conselheiros de drogas e outras especialidades capazes de oferecer suporte para a paciente, respeitando sua individualidade (MACEDO, ROSO e LARA, 2015)

atenção à saúde na gestação de alto risco, como a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (Portaria nº 1.020/13 do Ministério da Saúde)

Por fim, ressalte-se que o atendimento integral a gestante em situação de vulnerabilidade não deve ficar restrito ao período de parturição, apesar da singular importância nesse momento. A mulher necessita receber acompanhamento antes e após o parto, para garantir uma gestação de menor risco e um efetivo cuidado a seus filhos.

Ressalte-se que a continuidade e o estímulo do contato afetivo entre o bebê e a mãe, com quem estabelecerá relações de apego que vêm assegurar e favorecer seu desenvolvimento biopsicoafetivo, é considerado necessário por diversos autores (SPITZ, 1979; BOWLBY, 1984; GOLDSTEIN, FREUD e SOLNIT, 1987; WINNICOTT, 1993).

BOWLBY (1988), aliás, enfatiza que a privação desse tipo de relação entre o bebê e sua mãe pode desencadear uma série de efeitos prejudiciais à criança, como angústia, exagerada necessidade de amor, fortes sentimentos de vingança e, conseqüentemente, culpa e depressão (*apud* BÖING; CREPALDI, 2004). Já a privação quase que total – como na hipótese do encaminhamento do recém-nascido para um serviço de acolhimento institucional – aumenta a severidade dos danos no desenvolvimento psicoafetivo, sendo que a privação total, por sua vez, pode aniquilar a capacidade da criança de estabelecer relações futuras com outras pessoas.

10. CONCLUSÃO

Como visto, as mulheres em situação de vulnerabilidade socioeconômica que ingressam nas maternidades públicas para o parto e revelam algum padrão de uso de drogas sofrem um triplo estigma: em razão da questão de gênero, em razão do uso de substâncias ilícita (no contexto de uma política proibicionista) e em razão de seu lugar na estrutura de classes. Assim, estas mulheres, justamente por apresentarem uma postura incompatível com os papéis sociais esperados, são desacreditadas em sua capacidade de exercer as funções maternas e consideradas, portanto, incapazes de criar uma criança.

Esse estigma, por sua vez, é transmitido ao Poder Judiciário, por intermédio das Varas da Infância e Juventude, e, ao arremetido da Constituição Federal, da Convenção da

ONU sobre os Direitos da Criança e das diversas recomendações por parte do Ministério da Saúde e dos Conselhos de Classe, se torna fundamento autossuficiente para autorizar a ruptura da relação entre mãe e filho e para decretar a perda do poder familiar daquela, autorizando a colocação da criança em família substituta, por adoção.

Trata-se, pois, uma ampla forma de controle do Estado sobre um específico grupo social, através da gestão de seus corpos e da seleção entre o fazer viver (sob um específico modo de vida) e o deixar morrer (FOUCAULT, 2008), relegando aquelas mulheres ao desamparo e negando-lhes a possibilidade de reprodução, justamente por colocarem em risco a perpetuação do *ideal de família* preconizado pelas elites simbólicas.

Desse modo, para que possamos escancarar as contradições destas abordagens e iniciar um movimento de resistência pautado não apenas no respeito à dignidade, autonomia e aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres em situação de vulnerabilidade, mas também na garantia do direito à convivência familiar da criança no seio de sua família natural, devemos superar as estereotipagens e a estigmatização decorrentes do uso de drogas e a relação de tal fato com a suposta inaptidão para o exercício da maternagem, além de detectar as demandas de saúde e sociais inseridas nesse contexto, inserindo-as em um modelo de atenção integral à gestante atento às especificidades de gênero e classe.

No mesmo sentido se posiciona CAMARGO (2014):

É preciso pensar de maneira mais ampla, ir além da natureza da substância consumida e sim no conhecimento do usuário, da pessoa e não apenas do uso. Conhecendo estes usuários em suas múltiplas necessidades, como um ser bio-psíquico-social, como pessoas singulares e que por sua vez tem necessidades específicas é de grande importância para que se possa desmistificar essa falsa imagem que é construída em cima desses sujeitos. Outro estigma que essas mulheres tentam quebrar é o de que não se importam com seus filhos, como muitas pessoas pensam, pois para uma parcela da sociedade, que muitas vezes desconhecem a realidade de um usuário de drogas, e até mesmo para algumas pessoas esclarecidas no assunto, de forma alguma uma mulher usuária de substâncias psicoativas poderia estar exercendo o papel de mãe, pois não teria condições de criar, cuidar e amar seus filhos. (p. 87/88)

Convém alertar, para que não surjam interpretações equivocadas, que não pretendemos projetar uma vitimização generalizante das mulheres gestantes que apresentem um padrão nocivo de uso de drogas, pois, como se sabe, práticas violentas, opressões e abandonos de crianças e adolescentes acontecem diuturnamente, nos mais

diversos contextos familiares e em todas as classes sociais, estejam ou não diretamente relacionados ao consumo de psicoativos (lícitos ou ilícitos).

Também não se desconhece a gama de estudos que mostram que o uso de drogas, como o crack, durante a gravidez pode exercer no feto efeitos negativos preocupantes, como o descolamento de placenta, parto pré-termo e alterações no crescimento e na arquitetura do córtex (CUNHA, *et al*, 2001). Tais estudos, contudo, não são imunes a questionamentos científicos, conforme observado por MARQUES *et al* (2011), ao indicar que a relação entre a exposição ao crack durante a gestação e a presença de prejuízos no desenvolvimento da criança é inconsistente e controversa, além de inexistirem pesquisas em quantidade suficiente que confirmem a hipótese⁶⁵, sobretudo longitudinais.

Neste ponto, não podemos deixar de colacionar o importantíssimo estudo realizado por Hallam Hurt, que *desmistifica a conexão entre o uso de cocaína pelas mães e os supostos prejuízos para os filhos*. O estudo aponta que o desenvolvimento de filhos de mulheres que fizeram uso de cocaína durante a gestação não é diferente do desenvolvimento de crianças que foram criadas em ambientes semelhantes (com acesso aos mesmos recursos econômicos/sociais/emocionais) ao das crianças filhas de usuárias de cocaína. Conclui que, na realidade, uma discrepância que pode ser crucial ao desenvolvimento reside nas situações de vulnerabilidade social (BETANCOURT, 2011). Nas palavras de CAMARGO e MARTIN (2014), para Hurt

os efeitos da droga não são tão graves se comparados à pobreza, que pode prejudicar muito mais o desenvolvimento infantil do que o consumo de alguma substância por parte da mãe na gestação, ou seja, o ambiente familiar, as condições sociais, o acesso a um bom pré-natal são fundamentais para que a criança possa se desenvolver. O real problema é a pobreza e a falta de acesso a um bom pré-natal, medicamentos, alimentação, e não apenas o uso da cocaína (p. 166)

Na mesma linha, MURPHY e ROSENBAUM (*apud* MACEDO, ROSO e Lara, 2015) constataram em sua pesquisa que classe, raça e gênero são mais importantes na

⁶⁵ Muitos estudos, por exemplo, concluem no sentido de que os bebês expostos ao crack, por exemplo, durante o período fetal não nascem necessariamente dependentes da droga e enfatizam, inclusive, que até o momento não há comprovação científica de que estes desenvolvam abstinência na ausência da substância (por todos, ver CUNHA, 2000)

formação das experiências e consequências do uso de cocaína do que a própria cocaína. Isto é “as consequências estão mais atreladas ao contexto, marcadores sociais e ambiente de uso do que à substância em si” (p. 1295).

O que se pretende ressaltar, em suma, é que os estudos existentes sobre o uso de drogas na gestação focam, de uma forma geral, os componentes de prejuízo ao feto, trazendo pouco sobre a dimensão subjetiva da gestante e, precipuamente, sobre os diversos condicionantes sociais, econômicos, políticos e geoespaciais a que se encontra submetida (BRASIL, 2010; CUNHA *et al*, 2001; KESSLER; PECHASKY, 2008; YAMAGUSHI *et al* 2008), os quais, por sua vez, fundamentam as sistemáticas violações dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres pobres e que indicam um padrão de uso de drogas, além do direito à convivência familiar de que são titulares os recém-nascidos.

Todos estes condicionantes contextuais, referentes ao ambiente em que a mulher está inserida e sua história, devem ser considerados não apenas para se aferir a capacidade imediata de assumir os cuidados de seu/sua filho/a, após o nascimento, caso assim deseje, como também para se pensar as estratégias intersetoriais necessárias ao seu fortalecimento. Afinal, muitas pesquisas ainda constataam a possibilidade de um cuidado materno satisfatório e o desenvolvimento de vínculos funcionais da dupla mãe-bebê, mesmo diante de um ambiente social precário (ACHING, 2013), até mesmo porque “a gestão, o parto e o puerpério, e o conseqüente estado de retraimento materno parece resgatar essas mulheres, ainda que temporariamente, do sofrimento cotidiano, fazendo com que se ‘esqueçam’ dele e voltem seus interesses ao bebê. Ter alguém que é ainda mais desamparado parece levar algumas mulheres à ‘saudável’ negação de sua realidade em prol do cuidado da criança” (p. 106)

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUZZI, J. C.; “A experiência da gestação na perspectiva de gestantes usuárias de crack internadas em uma unidade psiquiátrica de um hospital geral”. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Enfermagem. Porto Alegre, 2011.

ACHING, Michele Carmona. “A mãe suficientemente boa: imaginário de mães em situação de vulnerabilidade social”, PUC-CAMP, 2013.

_____ ; GRANATO, Tania Mara Marques. “A mãe suficientemente boa em situação de vulnerabilidade social”. Estudos de Psicologia, Campinas, 33(1), jan-mar/2016, p. 15-24

ACOSTA, Ana Rojas; **VITALE**, Maria Amalia Faller. “Família: redes, laços e políticas públicas” 5ª ed, São Paulo: Cortez, 2010

ALENCAR, Alcione Ferreira Gomes “Capacidade Jurídica do Dependente Químico e a Perda do Poder Familiar

ALMEIDA, Diana Jenifer Ribeiro de; **QUADROS**, Laura Cristina de Toledo. “A pedra eu pariu: narrativas e práticas de aproximação de gestantes em situação de rua e usuárias de crack na cidade do Rio de Janeiro”. Pesquisas e Práticas Psicossociais, v. 11, n. 1, São João del Rei, jan-jun/2016, p. 225-237

BADINTER, Elisabeth. “Um Amor Conquistado: O Mito do Amor Materno”, 9ª ed, Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985

BAUMAN, Zygmunt. “Vida para consumo: a transformação das pessoas em mercadoria”. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BECKER, Howard S. “Outsiders: Estudos de Sociologia do Desvio”. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BLACKWELL, M.; **NABER**, N. “Interseccionalidade em uma era de globalização: as implicações da conferência mundial contra o racismo para práticas feministas

transnacionais”. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 189-198, jan. 2002

BÖING, Elisângela; CREPALDI, Maria Aparecida. “Os efeitos do abandono para o desenvolvimento psicológico de bebês e a maternagem como fator de proteção”. Revista Estudos de Psicologia, Campinas, v. 21, n. 3, set-dez 2004, p. 211-226

BOLZAN, Liana de Menzes; BELLINI, Isabel Barros. “Gênero e uso de drogas: fatores preponderantes ao universo feminino”. I Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social – desafios contemporâneos, Londrina, 09 a 12 de junho de 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde: Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. “Consultórios de Rua do SUS”. Brasília, 2010

BRASIL, Portal Brasil. “Crack, é possível vencer”. Brasília, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. “Diretrizes e Fluxograma para a atenção integral à saúde das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos”. Nota Técnica Conjunta nº 001 – SAS e SGEP, 2015.

BUCHER, Richard; OLIVEIRA, Sandra. “O discurso do ‘combate às drogas’ e suas ideologias”. Rev. Saúde Pública, v. 28, n. 2, Brasília, 1994, p. 137-145

BURGIERMAN, Denis Russo. “O fim da Guerra: A maconha e a criação de um novo sistema para lidar com as drogas”. São Paulo: Leya, 2011

CAMARGO, Paola de Oliveira. “A visão da mulher usuária de cocaína/cracks obre a experiência da maternidade: vivência entre mãe e filho”. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

_____. “Os efeitos do crack na gestação e nos bebês nascidos de mães usuárias: uma revisão bibliográfica”. Cad. Ter. Ocup. UFSCAR, São Carlos, v. 22, n. Suplemento Especial, 2014, p. 161-169.

CARNEIRO, Henrique. “Pequena Enciclopédia da História das Drogas e Bebidas: histórias e curiosidades sobre as mais variadas drogas e bebidas”. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005

CHAUÍ, Marilena. “Uma ideologia perversa”. *Folha de São Paulo*, 14.03.1999, Caderno Mais.

CHECCHIA, Marcelo. “Poder e política na clínica psicanalítica”. São Paulo: Annablume, 2015

COLUCCI, Sandra Regina. “Entre tensões e interações: a culpabilização da maternagem nas representações de crimes, doenças e morte no discursos médicos e jurídicos, nos bairros operários de São Paulo: 1925-1940”, XXVII Simpósio Nacional de História, ANPUR, Natal, 22 a 26 de julho de 2013

COUTINHO, Tadeu; **COUTINHO**, Conrado Milani; **COUTINHO**, Larissa Milani. “Assistência Pré-Natal às usuárias de drogas ilícitas”. *FEMINA*, v. 42, n. 1, Jan-Fev, 2014

DIAS, Andréa Costa. “Crack: reflexões para abordar e enfrentar o problema”. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012

ESCOHOTADO, Antonio. “Historia General de las Drogas”, 7ª ed, Madrid: Alianza Editorial, 1998

_____. “O livro das Drogas: usos e abusos, desafios e preconceitos”. São Paulo: Dynamis Editorial, 1997

FAVERO, Eunice Teresinha. “Questão Social e Perda do Poder Familiar”. São Paulo: Veras Editora, 2007.

FERTIG, Adriana. “Histórias de vida de mulheres usuárias de crack”. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013

FOUCAULT, Michel. “Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975), 2ª ed, E. Brandão (trad), São Paulo, Martins Fontes, 2002.

FRANÇA, Jean Marcel Carvalho. “História da Maconha no Brasil”. São Paulo: três estrelas, 2015

GLENS, Mathias. “Órfãos de pais vivos: uma análise da política pública de abrigamento no Brasil”. Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia da Universidade de São Paulo para a obtenção do Título de Mestre. São Paulo: 2010.

GOFFMAN, Erving. “Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada”, 4ª ed, Rio de Janeiro: LTC, 2013

GOMES, Katia Varela; **FERNANDES**, Maria Inês Assumpção. “Dependência de drogas em mulheres: a complexidade de um sintoma”.

GUIMARAES, Ana Beatriz Pedriali; **HOCHGRAF**, Patrícia Brunfentrinker; **BRASILIANO**, Sílvia; **INGBERMAN**, Yara Kuperstein. “Aspectos familiares de meninas adolescentes dependentes de álcool e drogas”. *Rev. Pisq Clín.* 36(2), 2009, p. 59-74

GURFINKEL, Decio. “Adicções”, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014

HART, Cart. “Um preço muito alto”, Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

HURT, Hallam. “Children with and without gestational cocaine exposure: a neurocognitive systems analysis. *Neurotoxicology and Teratology*, New York, v. 31, n. 6, p. 334-41, 2009

KACHANI, Adriana T; **OKUDA**, Ligia Shimabukuro; **BARBOSA**, Ana Lucia Rodrigues; **BRASILIANO**, Sílvia; **HOCHGRAF**, Patrícia Brufentrinker. “Aleitamento Materno: quanto o álcool pode influenciar na saúde do bebê?”. *Pediatria [São Paulo]*, 30[4], 2008, p. 249-250.

KARAM, Maria Lucia. “Legalização das Drogas”. São Paulo: Estúdio Editores.com, 2015

KEHL, Maria Rita. “Deslocamentos do feminino: a mulher freudiana na passagem para a modernidade”, 2ª ed, São Paulo: Boitempo, 2016

LABATE, Beatriz Caiuby; **GOULART**, Sandra; **IORE**, Maurício; **MACRAE** Edward; **CARNEIRO**, Henrique. “Drogas e Cultura: novas perspectivas”, Salvador: EDUFBA, 2008

LOPES, Lucília Elias; **BATISTA**, Vera Malaguti. “Atendendo na guerra: dilemas médicos e jurídicos sobre o crack”, 2ª ed, Rio de Janeiro: Renavam, 2014

MACEDO, Fernanda dos Santos de. “A Economia Moral na Atenção a Gestantes que usam Crack: uma análise das práticas cotidianas de cuidado”, dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: 2016

_____ ; **MACHADO**, Paula. “Economia moral e modelos de atenção no cuidado com gestantes que usam crack”. *Saúde Debate*, v. 40, n. 109, Rio de Janeiro, p. 34-46, abr-jun, 2016

_____ ; **ROSO**, Adriane; **LARA**, Michele Pivetta de. “Mulheres, saúde e uso de crack: a reprodução do novo racismo na/pela mídia televisiva”, *in Saúde Soc*, v. 24, n. 4, São Paulo, 2015, p. 1285-1298

MACIEL, Kátia Regina Ferreira Lobo Andrade (coord). “Curso de Direito da Criança e do Adolescente: aspectos teóricos e práticos”, São Paulo: Saraiva, 2014.

MACRAE, Edward. “Aspectos socioculturais do uso de drogas e política de redução da danos”, XIV encontro nacional da associação brasileira de psicologia social, ABRAPSO, 2007

MELO, Mariane Capellato; **CORRADI-WEBSTER**, Clarissa Mendonça. “Sentidos produzidos sobre a maternagem por mulheres em tratamento por uso de drogas”. Estudos de Psicologia, Campinas, 33(4), out-dez/2016, p. 699-709

MOUNTIAN, Ilana. “Mujeres Bajo Control” in “Estado de Wonderbra: entretejiendo narraciones feministas sobre las violências de género”, **MARTIN**, Barbara Biglia y Conchi (Coord). Barcelona: Virus Editorial, 2007.

NETO, Manoel de Lima Acioli; **SANTOS**, Maria de Fátima de Souza. “Os usos sociais do crack”. Recife: Editora UFPE, 2015

OLIVEIRA, Michele Mandagará de; **KANTORSKI**, Luciane Prado; **COIMBRA**, Valéria Cristina Crhistello; **FERREIRA**, Roberta Zaffalon; **FERREIRA**, Gabriella Bastos; **CRUZ**, Vania Dias. “Consequências relacionadas ao consumo de crack entre mulheres e motivações para o abandono da droga”. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 10(3), set-dez, 2014, p. 119-125

PINTO-COELHO, Zara. “Gênero nas campanhas anti-drogas”. Cadernos do Noroeste, Braga, v. 20, n. 3, p. 433-466, 2004.

POLLO-ARAUJO, Maria Alice; **MOREIRA**, Fernanda G. “Algumas histórias de Drogas” in “Drogas, Família e Adolescência”, **SILVEIRA**, Dartiu Xavier e outros (Org), São Paulo: Ed. Atheneu, 2009

PORTELA; Graciela Lima Costa; **BARROS**, Livia Moreira; **FROTA**, Natasha Marques; **LANDIM**, Anna Paula Pequeno; **CAETANO**, Joselany Áfio; **FARIAS**, Francisca Lucélia Robeiro de. “Percepção da gestante sobre o consume de drogas ilícitas na gestação”. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas, 9(2), mai-ago, 2013, p. 58-63

PORTO, Priscilla Nunes; **OLIVEIRA**, Leane Freitas de; **CAMPOS**, Ana Clara Paixão; **PIRES**, Cláudia Geovana da Silva. “Acesso aos serviços de saúde: fatores associados ao envolvimento de gestantes com drogas”. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 29, n. 4, out-dez/2015, p. 350-360

PRADO, Marco Aurélio Máximo; **QUEIROZ**, Isabela Saraiva de. “A emergência da politização da intimidade na experiência de mulheres usuárias de drogas”. Revista Estudos Psicanalíticos, 17(2), mai-ago, 2012, p. 305-312

ROBERTS, Dorothy E. “Punishing Drug Addicts who have babies: women of color, equality, and the right of privacy”, Harvard Law Review, Vol. 104, no 7 ,May, 1991, p. 1419-1482.

ROUDINESCO, Elisabeth. “A família em Desordem”. Rio de Janeiro: Zahar, 2003

RUI, Taniele. “Nas Tramas do Crack: etnografia da abjeção”. São Paulo: Terceiro Nome, 2014

SAFFIOTI, Helelieth. “A mulher na sociedade de classes: mito e realidade”. São Paulo: expressão Popular, 2013

SANTOS, Mariana Matias; **PORTO**, Priscila Nunes; **OLIVEIRA**, Jeane Freitas de; **PIRES**, Claudia Geovana da Silva; **ARAUJO**, Anne Jacob de Souza. “Associação entre características sociodemográficas e frequência de uso de álcool por gestantes”. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 30, n. 2, abr-jun/2016, p. 1-9

SARTI, Cynthia Andersen. “A Família como Espelho: um estudo sobre a moral dos pobres”, 7ª ed, São Paulo: Cortez, 2011

SODELLI, Marcelo. “Uso de Drogas e Prevenção: da desconstrução da postura proibicionista às ações redutoras de vulnerabilidade”, 2ª ed, Rio de Janeiro: Via Verita, 2016

TIBURI, Marcia; **DIAS**, Andréa Costa. “Sociedade fissurada: para pensar as drogas e a banalidade do vício”. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2013

TRAVASSOS, Maria do Rosário; **CECCARELLI**, Paulo Roberto. “O feminino e as drogas”. V Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental, jul-2012.

VALLIM, Danielle de Carvalho. “Os passos dos indesejáveis: um estudo do contexto sociocultural do uso e usuários de crack nas cidades do Rio de Janeiro e Nova Iorque”. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2015.

_____. “Violados Indignos: usuários de *crack* no Rio de Janeiro e em Nova Iorque”. Psicologia em Pesquisa, UFJF, 9(2), p. 126-138, jul-dez, 2015

VIANNA, Priscila Cravo; **NEVES**, Claudia Elizabeth Abbês Baêta. “Dispositivos de repressão e varejo do tráfico de drogas: reflexões acerca do Racismo de Estado” *in* Estudos de Psicologia, 16(1), jan-abr, 2011, p. 31-38

XIBERRAS, Martine. “A sociedade intoxicada”. Lisboa: Instituto Piaget, 1989

WHITE; Bates, “Cessation from cocaine use”, *Addiction*, v. 90, n. 7, jul 1995, p. 947-57

YOUNG, Iris Marion. “ Punishment, treatment, empowerment: Three approaches to policy for pregnant addicts” – in *feminist Studies*; Spring 1994, 20, 1 : ProQuest central

ZAPATA, Fabiana Botelho; **FRASSETO**, Flávio Américo; **GOMES**, Marcos Vinicius Manso Lopes. “Direitos da Criança e do Adolescente”, Coleção Defensoria Pública ponto-a-ponto. São Paulo: Saraiva, 2016