

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA – PPGSP

YÁRITA CRYSTALEXANDRE HISSA MEDEIROS

“Quem pariu mateus que balance os seus”: impactos das práticas de redução de danos na autonomia da mulher quanto a sua sexualidade e maternidade

SÃO PAULO

2024

YÁRITA CRY S ALEXANDRE HISSA MEDEIROS

“Quem pariu mateus que balance os seus”: impactos das práticas de redução de danos na autonomia da mulher quanto a sua sexualidade e maternidade.

Versão Revisada

Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde, Ciclo de Vida e Sociedade.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Elisabeth Meloni Vieira.

SÃO PAULO

2024

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Medeiros, Yárita Crys Alexandre Hissa
"Quem pariu Mateus que balance os seus" : impactos das
práticas de redução de danos na autonomia da mulher quanto
a sua sexualidade e maternidade. / Yárita Crys Alexandre
Hissa Medeiros; orientadora Elisabeth Meloni Vieira. --
São Paulo, 2024.
195 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo, 2024.

1. Redução de Danos. 2. Direitos Sexuais e Reprodutivos.
3. Profissionais da saúde. 4. Maternidade. 5. Abuso de
Drogas. I. Meloni Vieira, Elisabeth, orient. II. Título.

FOLHA DE AVALIAÇÃO

MEDEIROS, Y. C. A. H. **“Quem pariu mateus que balance os seus”**: impactos das práticas de redução de danos na autonomia da mulher quanto a sua sexualidade e maternidade. 2023. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, à minha família (meu pai Gerardo, minha mãe Girlêda, minhas irmãs Yana e Yágda e meu irmão Glaydson), sem os quais seria impossível dar seguimento a esse trabalho.

Agradeço à minha orientadora Elisabeth Meloni Vieira que não somente orientou um trabalho, mas me formou enquanto pesquisadora a partir de seu olhar cuidadoso, paciente e assertivo. Obrigada por aceitar participar dessa jornada bonita e desafiadora.

A meu namorado Tiago que mesmo estando em cidades diferentes foi acolhida e suporte diante do desafio de ser pesquisadora longe de casa.

A meu amigo Bruno Nobre, que por doze anos tem estado ao meu lado, sendo lar, especialmente em uma cidade nova para mim como foi São Paulo.

Às boas amizades que o mestrado me trouxe, com quem compartilhei as doçuras e os desafios dessa trajetória e a quem devoto profundo afeto e carinho: Bruna Nascimento, Nataly, Susy, Luiza Cadiolli, Luísa Jaques, Mariana Pércia e Ricardo.

À minha “cumade” Amanda e meu “compadre” Rodrigo que, além de amigos queridos, me deram a felicidade de ter minha afilhada como força e luz para seguir nos momentos em que a escrita se fez difícil e a saudade de casa apertava.

A todos meus amigos e amigas que ficaram em Fortaleza e para os quais retorno agora (não vou citar todos porque a lista é imensa), parte do que sou vem de quem vocês são, muito obrigada por compartilharem a vida comigo.

À Faculdade de Saúde Pública da USP e todas as professoras que participaram da minha jornada de mestrado, seja em sala de aula ou nas bancas de qualificação. Todas são partes significativas da pesquisadora que sou hoje.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

RESUMO

MEDEIROS, Y. C. A. H. “**Quem pariu mateus que balance os seus**”: impactos das práticas de redução de danos na autonomia da mulher quanto a sua sexualidade e maternidade. 2023. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

A relação entre maternidade e uso de drogas é de grande complexidade e há necessidade de aprofundar o conhecimento sobre esse assunto. Este estudo tem como objetivo analisar o uso das práticas de Redução de Danos nas intervenções de profissionais do CAPS AD como promotoras de uma vivência sexual e reprodutiva autônoma, consciente e saudável em mulheres usuárias de drogas. Essa escolha se justifica, pois, apesar do *status* social atribuído à mulher-mãe há limitações no reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos à medida que algumas mulheres não se enquadram no ideal social de boa mãe, como no caso das usuárias de drogas. Para alcançar esse objetivo, adotamos uma metodologia qualitativa utilizando a Entrevista em Profundidade, conduzida com 13 profissionais dos CAPS AD de São Paulo. Após a coleta de dados o material foi analisado utilizando a perspectiva da Hermenêutica associada à concepção das desigualdade de gênero, enquanto determinante social da saúde. Na análise formulamos seis categorias que incluem: o acesso de mulheres usuárias de drogas à rede de atenção em saúde, o uso de drogas e vulnerabilidades sob perspectiva de gênero, a redução de danos e sua percepção, adesão e estratégias a partir da perspectiva de gênero, a saúde sexual e reprodutiva de mulheres usuárias de drogas, a maternidade vivenciada por mulheres em uso abusivo de drogas, a violência, uso de drogas e desigualdade de gênero. Ao final há a discussão dos resultados deste estudo comparando com pesquisas anteriores e elaboramos possíveis desdobramentos para as políticas públicas e assistência em saúde.

Palavras-Chave: Redução de Danos, Abuso de drogas, Profissionais da saúde, Direitos Sexuais e Reprodutivos, Maternidade.

ABSTRACT

MEDEIROS, Y. C. A. H. **“Whoever gave birth to Matthew may balance theirs”**: impacts of harm reduction practices on women’s autonomy regarding their sexuality and motherhood. 2023. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

The relationship between motherhood and drug use is of great complexity, and there is a need to deepen our understanding of this issue. This study aims to analyze the use of Harm Reduction practices in interventions by CAPS AD professionals as promoters of autonomous, conscious, and healthy sexual and reproductive experiences in women who use drugs. This choice is justified because, despite the social status attributed to the mother-woman, there are limitations in recognizing sexual and reproductive rights as some women do not fit the social ideal of a good mother, as is the case with drug users. To achieve this objective, we adopted a qualitative methodology using In-depth Interviews conducted with 13 professionals from CAPS AD in São Paulo. After data collection, the material was analyzed using the perspective of Hermeneutics associated with the conception of gender inequality as a social determinant of health. In the analysis, we formulated six categories that include: access of women who use drugs to the health care network, drug use and vulnerabilities from a gender perspective, harm reduction and its perception, adherence and strategies from a gender perspective, sexual and reproductive health of women who use drugs, motherhood experienced by women in abusive drug use, violence, drug use, and gender inequality. Finally, there is a discussion of the results of this study comparing them with previous research and we elaborate possible implications for public policies and health care assistance.

Keywords: Harm Reduction, Drug Abuse, Health Professionals, Sexual and Reproductive Rights, Maternity.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAE Centro de Acolhida Especial

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

PTS Projeto Terapêutico Singular

RD Redução de Danos

SAE Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids

SIAT Serviço Integrado de Acolhida Terapêutica.

VD Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. APORTE TEÓRICO	14
2.1 <i>Corpo é resistência</i>	14
2.2 <i>Maternidade como Política Pública</i>	18
2.3 <i>Redução de Danos e prevenção a Gravidez Indesejada ou Não Pretendida</i>	23
2.4 <i>O mito da incapacidade de maternar</i>	27
3. OBJETIVOS	29
3.1 <i>Objetivo Geral</i>	29
3.2 <i>Objetivos Específicos</i>	29
4. METODOLOGIA	30
4.1 <i>Cenário do Estudo</i>	32
4.2 <i>Sujeitos do estudo e procedimentos para construção das informações</i>	32
4.3 <i>Análise das informações</i>	35
4.4 <i>Aspectos éticos da pesquisa</i>	36
5. RESULTADOS	38
5.1 <i>Acesso de mulheres usuárias de substância à rede de atenção em saúde</i>	39
5.1.1 Meios de acesso ao CAPS AD.....	39
5.1.2 Motivadores para a chegada no CAPS AD	42
5.1.3 Facilitadores e dificultadores para a chegada e permanência das mulheres nos CAPS AD.	45
5.1.4 Estratégias para adesão e permanência de mulheres no CAPS AD.	50
5.2 <i>Uso de substâncias e vulnerabilidades: uma perspectiva de gênero</i>	52
5.2.1 Motivadores para o uso.....	53
5.2.2 O uso sob a ótica de gênero.....	58
5.2.3 Vulnerabilidades e situações de risco vivenciadas a partir do contexto de uso de substâncias.....	64
5.3 <i>Redução de danos: percepção, adesão e estratégias a partir do recorte de gênero</i>	69

5.3.1. Percepção dos familiares e profissionais sobre o uso de drogas.....	70
5.3.2 Como os profissionais percebem as práticas de Redução de Danos	72
5.3.3. Adesão às práticas de Redução de Danos.....	76
5.3.4 Estratégias de Redução de Danos.....	83
5.3.5 Impactos das práticas de Redução de Danos na vida dos usuários.....	93
5.4. <i>Saúde sexual e reprodutiva de mulheres usuárias de substâncias</i>	98
5.4.1. A atuação do serviço.....	99
5.4.1.1. Disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/AIDS e Hepatites.	99
5.4.1.2. Informação e orientação	101
5.4.1.3. Ações de assistência social e à saúde	102
5.4.2. Métodos contraceptivos: oferta, percepção e adesão.	109
5.4.2.1. Oferta.....	109
5.4.2.2. Percepção.....	112
5.4.2.3. Adesão.....	114
5.4.3. Práticas sexuais de mulheres usuárias e sua interlocução com a Redução de Danos.....	118
5.4.3.1. As vivências sexuais no contexto de uso de substância, a partir do recorte de gênero.....	118
5.4.3.2. A influência da Redução de Danos no cuidado durante as práticas sexuais de mulheres usuárias de substâncias.	122
5.4.3.3. Os facilitadores para o compartilhamento sobre as práticas sexuais de mulheres usuárias de substância, no contexto do CAPS AD.....	124
5.5. <i>Maternidade vivenciada por mulheres em uso de substâncias: “se ela não for uma mãe, ela é o quê?”</i>	126
5.5.1 A experiência da maternidade: desejo, percepções e desdobramentos.	127
5.5.2 Perda da guarda e outros impedimentos para a vivência da maternidade: impactos e afetos.	134
5.5.3 Práticas do CAPS AD destinadas à assistência de usuárias grávidas ou mães.. 140	
5.5.4 Trajetórias pelo sistema de saúde e assistência social: desafios e	

potencialidades.....	145
5.6. <i>Violência, uso de substâncias e desigualdade de gênero.</i>	151
5.6.1. Violência de gênero e suas implicações.....	152
5.6.2 Violência no ambiente do CAPS AD.....	159
5.6.3 Estratégias para assistência em situações de violência contra mulheres assistidas pelo CAPS AD.....	164
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	170
12. REFERÊNCIAS.....	178
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO VIRTUAL.....	185
ANEXO A - Carta de Anuência	188
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA – USP.....	189
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO.....	192

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa nasce, primeiramente, da minha experiência singular enquanto mulher¹, transitando entre as microviolações cotidianas, como também do lugar de psicóloga-residente ouvindo e compartilhando diversas vivências de outras mulheres expressas através dos diagnósticos de “ansiedade”, “depressão”, que escondiam atrás de si uma sociedade machista, patriarcal e androcêntrica que, em seus constantes movimentos de opressão, ferem e adoecem quem ousa ser mulher. Partindo dessa base, apresentou-se a urgência de tornar trabalho em luta, especialmente dentro da escrita acadêmica, e fortalecer as possíveis resistências que podemos estabelecer em nossos corpos, nas nossas vozes e nas nossas escritas.

Dentre as mulheres que atravessaram minha trajetória profissional e todos afetos advindos da minha experiência com elas, chamou-me a atenção a assistência e acolhimento ofertado às mulheres usuárias de substâncias ao chegarem nos equipamentos de saúde. Especialmente quando mães, me instigou as suas trajetórias dentro dos serviços de saúde e os entraves vivenciados por elas.

A mulher usuária de substância, que, ao mesmo tempo que é lida pela sociedade como incapaz de assumir a função de matinar, pois destoa totalmente da imagem maternal construída, é confrontada com a maternidade imposta por essa mesma estrutura sociocultural. Esta imagem nos leva a uma das problemáticas centrais que pretendemos abordar neste estudo: “Quais os impactos sociais e singulares de uma gravidez não planejada ou indesejada para mulheres que usam substâncias?”

A Gravidez Não Planejada seria aquela inesperada, que ocorre em momento inoportuno. Já a Gravidez Indesejada é aquela que não ocorre a partir da vontade da mulher e ambas podem ser vivenciadas concomitantemente ou de forma distinta. (SANCHES, 2013). Outros questionamentos que pretendemos também nos debruçar são: “Que impactos a maternidade dissidente das mulheres usuárias de substâncias têm no cuidado que lhes é ofertado?”; “Seria as práticas de Redução de Danos um caminho para uma escolha autônoma, consciente e amparada das mulheres que usam substância quanto à maternidade?”.

A maternidade, como bem aborda Badinter (1980), na forma como concebemos hoje é uma construção histórica onde, a partir da ideia do amor materno

¹ Em virtude das limitações e objetivos do estudo, não foi possível abordar outras identidades de gênero. Portanto, ao mencionarmos homens e mulheres, estamos nos referindo às pessoas cisgêneras.

como algo sagrado e inerente à mulher atribui-se a ela a função de manter o bem-estar e a integridade da família. Mas não somente enquanto função, a concepção de amor materno (BADINTER, 1980), também sustenta uma hierarquia de poder mediada pelas normas de gênero (HEISE *et al.*, 2019).

Sendo as normas de gênero valores, comportamentos e qualidades atribuídos às pessoas a partir da classificação que a sociedade lhe atribui, enquanto feminino ou masculino, o acesso à bens, direitos e status, por parte dos indivíduos, dá-se na medida em que eles correspondem, ou não, a essas normas. Tendo em vista que as mulheres usuárias de substâncias adentram um espaço socialmente masculino, o acesso aos direitos básicos encontra como barreira a desvalorização social delas enquanto cidadãs, por parte da sociedade.

Além disso, sua autonomia quanto às suas vivências sexuais e trajetórias reprodutivas são também cooptadas por mecanismos de coerção contraceptiva (BRANDÃO; CABRAL, 2021) ou por meio da institucionalização precoce de seus filhos por não serem consideradas aptas para garantir o bem-estar e integridade deles. Este processo, por vezes, promove adoecimento e sofrimento mental às mulheres que têm a possibilidade de uma escolha autônoma quanto à maternidade cerceada.

Tendo esse panorama em vista, surge a segunda questão que permeia nosso trabalho: “Seria a política de Redução de Danos um meio de ampliar e garantir os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres que usam substâncias?”. A Redução de Danos, enquanto política de assistência em saúde e garantia de direitos, surge a partir de movimentos sociais e avanços científicos que apontavam a necessidade da implementação de uma assistência aos usuários de drogas que rompesse com uma perspectiva punitivista e excludente (QUEIROZ, 2015).

Partindo dessa referência, a Redução de Danos (RD) preconiza um cuidado à saúde pautado nos valores de autonomia e garantia de direitos básicos. Ela também compreende os agravos advindos do uso abusivo de substâncias como contextuais e socialmente determinados, rompendo com a concepção da droga como fator de adoecimento em si.

Assim, compreendendo que a garantia dos Direitos Sexuais e Reprodutivos perpassa pelo acesso à direitos básicos e amparo de políticas públicas para vivência da maternidade de forma saudável e autônoma (CORRÊA; PETCHESKY, 1996),

vislumbramos as práticas de RD enquanto possibilidade de manutenção desses direitos em relação às mulheres usuárias de substâncias.

Para tanto, a fim de averiguar a hipótese da Redução de Danos enquanto um caminho para promoção do bem-viver às usuárias de substâncias, escolhemos os profissionais de saúde atuantes nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas como interlocutores para nossa pesquisa. Optamos em convidar estes profissionais devido os CAPS ADs serem referência na condução do cuidado ao uso de substância e os principais mediadores entre as usuárias, a rede de atenção à saúde e a rede de assistência social.

Assim, a partir dos encontros com esses profissionais iremos analisar o uso das práticas de Redução de Danos, nas intervenções de profissionais do CAPS AD, como facilitadora de uma vida sexual e reprodutiva autônoma, consciente e saudável em mulheres usuárias de substâncias. No entanto, antes de iniciarmos o debate sobre as narrativas produzidas e reproduzidas pelas profissionais participantes, iremos aprofundar a discussão sobre alguns marcos teóricos que servirão de lente para esse diálogo.

2. APORTE TEÓRICO

Este capítulo destina-se à construir o substrato teórico para discutirmos criticamente os dados que construídos durante a pesquisa. Para tanto, em um primeiro momento, iremos levantar alguns marcos históricos importantes para a elaboração do que compreendemos enquanto mulher e maternidade (dois símbolos que se confundem na nossa construção subjetiva e social). Em seguida, abordaremos as políticas públicas voltadas para essas mulheres-mães, a trajetória que levou às suas formulações, como também suas limitações e potencialidades. Por fim, teceremos aproximações entre o conceito de Redução de Danos, a criação social da imagem do usuário de drogas enquanto marginal e/ou doente e os direitos sexuais e reprodutivos.

2.1 Corpo é resistência

O corpo, biológico e subjetivo, da mulher está inserido em uma dinâmica de opressão e resistência e é neste terreno que iremos desenvolver esta pesquisa. Ao nos referirmos ao “corpo”, durante este escrito, estaremos tratando não somente de sua camada física, mas de toda sua complexidade. Nossos corpos, enquanto mulheres, estão inseridos em uma cultura e uma sociedade, deste modo, como o percebemos e nos relacionamos com ele possui atravessamentos sócio-históricos. Além disso, é a partir da trama de relações sociais na qual estamos imersas que nos lemos e somos lidas e, através dessas leituras, vivenciamos o mundo (ZANELLO, 2018).

Ampliando o debate sobre a construção histórica do corpo das mulheres, a pesquisa desenvolvida por Silvia Federici (2017), em sua obra “Calibã e a Bruxa”, traça o percurso histórico de como dispositivos que estruturam nossa sociedade foram se conformando para exercer forças de dominação sobre a subjetividade e corpos femininos.

Apesar desta disputa de forças fazer parte da nossa existência há tempos, ela se incorporou institucionalmente, de acordo com Federici (2017), a partir da metade do século XV, com a crise do regime feudal, a instituição da doutrina sobre bruxaria e a criminalização da feitiçaria, alcançando seu auge no fim do século XVI e início do século XVII.

A caça às bruxas alcançou seu ápice entre 1580 e 1630, ou seja, numa época em que as relações feudais já estavam dando lugar às instituições econômicas e políticas típicas do capitalismo mercantil. Foi neste longo Século de Ferro

que, praticamente, por meio de um acordo tácito entre países que a princípio estavam em guerra, se multiplicaram as fogueiras, ao passo que o Estado começou a denunciar a existência de bruxas e tomar a iniciativa de persegui-las (FEDERICI, 2017, p.297).

Para sustentar este novo regime, houve uma readequação dos modos de existência, o que gerou intensas revoltas entre os camponeses, especialmente quanto a privatização de terras e a extinção do sistema de câmbio. O Estado, então, objetivando desarticular o movimento dos povos do campo, aliou-se com a Igreja implementando algumas ações, tais quais a proibição do trabalho às mulheres (parcela significativa do movimento).

Além das atitudes citadas acima, fazia-se necessária a garantia de mão-de-obra para o novo sistema, especialmente devido a perda populacional, na época, advinda da Peste Negra e a intensa fome e miséria que acometeram a Europa (FEDERICI,2017). Para tanto a Igreja, o Estado e, posteriormente, a Medicina implementaram medidas principalmente quanto à sexualidade e à reprodução das mulheres como, por exemplo, o incentivo ao casamento e a recriminação quanto ao uso de métodos contraceptivos, sanções endossadas pelos sacerdotes durante os sermões (FEDERICI,2017).

Observamos, portanto, um período de rearranjo de forças que atravessam a relação da mulher com seu corpo e autonomia, especialmente no que tange à maternidade, um dos temas centrais desse estudo. Inicialmente, os cuidados em saúde, principalmente quanto à gestação e ao parto, eram de competência das parteiras e elas, em acordo com as mulheres assistidas, decidiam o momento e a possibilidade de se ter filhos. Contudo, o Estado passa a adotar medidas pró-natalistas que se configuravam em uma política reprodutiva capitalista que, juntamente com a Igreja, passou a incentivar o que chamamos de “Caça às Bruxas”, em que o uso de ervas para contracepção, o aborto e o infanticídio, antes uma prática médica de mulheres para mulheres, tornam-se exercícios de bruxaria pelos quais essas mulheres eram julgadas e executadas nas fogueiras. As mulheres perdem o controle sobre seus corpos e, a fim de garantir os nascimentos, as práticas dos partos passam a ser atribuições do conhecimento médico e do saber dos homens (FEDERICI,2017).

A situação mudou por volta da metade do século XV. Nesta época de revoltas populares, epidemias e crise feudal incipiente, tiveram lugar os primeiros julgamentos de bruxas [...], e o desenvolvimento da doutrina sobre bruxaria, na qual a feitiçaria foi declarada como uma forma de heresia e como crime máximo contra Deus, contra a Natureza e contra o Estado (FEDERICI, 2017, p.296).

Pode-se entender, portanto, a partir do que foi exposto, o corpo como uma construção histórica e como uma via de intervenção e tentativa de normalização, assim como também de resistência.

Essa construção histórica do corpo, no entanto, não foi linear nem pacífica e contou com grande participação do saber médico. A consolidação da verdade médica foi extremamente necessária para a manutenção do Sistema Capitalista emergente. De acordo com Vieira (2002), o século XVIII e XIX foram cruciais para cooptação, pelo saber médico, das diversas artes de curar presentes até então e, assim, ser a Medicina mais um campo de intervenção do Estado nos corpos de forma a controlá-los e docilizá-los. Parte deste valor atribuído às intervenções médicas vieram das práticas sanitárias e higienistas presentes no processo de urbanização e formação das grandes cidades (VIEIRA, 2002).

Sob uma estrutura experimental e intervencionista, o saber médico começou a adentrar também no campo da saúde sexual e reprodutiva a partir da intenção de controle demográfico, estabelecendo modos de vida e sociedade como formas de solucionar os problemas da época. Para tal objetivo, especialmente no que concerne ao campo sexual e reprodutivo, fez-se necessária a patologização dos processos fisiológicos femininos e a redução da mulher ao seu caráter biológico como justificativa para a tutela médica e masculina. Para além das práticas em saúde, essa imagem da mulher subdesenvolvida e animalesca, em paralelo ao *status* que se atribuiu à maternidade a partir do século XVIII, cumpria o papel fundamental de manutenção populacional favorável ao regime capitalista.

A mudança qualitativa no discurso, que passa então a disciplinar o corpo feminino de modo absoluto, traz necessidade de demonstrar que existe uma degeneração de base comum a todas as mulheres, desqualificando-as como sujeitos e, portanto, desqualificando o saber que elas detêm sobre seu próprio corpo. A “natureza feminina” vai explicar a loucura, a degeneração moral, a criminalidade, de tal forma que a mulher é considerada um ser incapaz de autonomia. Apesar de deter um importante papel de transmissora da moral, a mulher é um ser tutelado [...] (VIEIRA, p.30, 2002).

É importante ressaltar que essas transformações sociais não avançaram sem resistências e que a desqualificação dos saberes das mulheres não ocorreu no mesmo ritmo dos avanços técnicos da Medicina. Apesar de submetidas ao aval do Estado e da Igreja para sua prática, as parteiras ainda eram as que mais possuíam conhecimento sobre a fisiologia feminina e do parto, especialmente se observarmos que apenas no século XVIII os estudantes de medicina passaram a frequentar as maternidades na

Europa, apesar da assistência médica ao parto já ocorrer desde o século anterior (VIEIRA, 2002). A marginalização das práticas das parteiras pelo discurso médico, a impossibilidade de estas frequentarem as universidades da época e o processo de industrialização aceleraram o avanço do domínio médico (VIEIRA, 2002).

No contexto brasileiro, o processo de medicalização do corpo feminino demandou mais tempo e, até o século XIX, a assistência ao parto ainda era majoritariamente realizada pelas parteiras e os médicos só eram chamados em casos de risco, especialmente ao nascituro. Os principais fatores para que o processo ocorresse desta forma foram o conhecimento médico incipiente, o que aumentava os índices de mortalidade materna e infantil, o fato dos hospitais funcionarem como abrigo aos pobres e a figura masculina do médico (VIEIRA, 2002).

A defesa para o uso dos hospitais vinha da necessidade dos estudantes praticarem o conhecimento que importavam da Europa, o que era realizado, em sua maior parte, em mulheres pobres e marginalizadas dentro de enfermarias obstétricas ou pequenas maternidades particulares. Apenas no fim do século XIX possuímos a primeira maternidade-escola, a “Maternidade Santa Isabel” (VIEIRA, 2002).

Os avanços nos conhecimentos técnicos, como o controle da infecção puerperal, levaram a uma maior aceitação da intervenção médica, no entanto, ainda durante o século XIX e, em certo aspecto, até os dias atuais, havia um debate sobre a quem cabia o cuidado ao parto, uma resistência às mulheres frequentarem as academias de medicina e a visão da prática obstétrica como menor. No século XX, especificamente no Brasil, a partir desses avanços, começou-se a ter uma pressão popular para o acesso ao cuidado médico, circunscrito, até então, aos espaços privados e filantrópicos. Surge, assim, a Medicina Social voltada para práticas sanitárias e assistência individual através do Seguro social.

O acesso das mulheres ao ensino médico no Brasil acontece em 1889. O saber que havia sido expropriado das parteiras resguarda-se, agora, na legitimidade de uma ciência e de sua suposta neutralidade, que através do poder médico pode exercer o controle social sobre o gênero feminino [...] (VIEIRA, 2002, p. 58).

Quanto ao cuidado materno-infantil, este já era uma prática institucionalizada na Europa no início do século XX motivada, especialmente, pelo despovoamento ocorrido na época. Já no Brasil, o Estado passa a estabelecer políticas da assistência materno-infantil em 1920, com a chegada de estrangeiros para trabalhar nas plantações

de café e a conseqüente necessidade de controle de natalidade. Apesar da preocupação com o ciclo gravídico-puerperal, apenas na década de 60 o tema da contracepção ganhou pauta através dos Movimentos Feministas, que reivindicavam um cuidado integral à mulher, para além do ciclo gravídico-puerperal, e autonomia desta quanto ao seu corpo (VIEIRA, 2002).

Ainda no Brasil, as políticas públicas voltadas à assistência em saúde para mulheres, nos primeiros anos do século XX, limitavam-se ao cuidado à gestação e parto, restringindo o corpo da mulher ao seu útero. Durante a década de 1920, embasados no modelo de assistência biologicista e funcionalista norte-americano, construíram-se programas de cuidado à saúde materno-infantil. A partir de 1940, com a criação do Departamento Nacional da Criança (DNCR) surge a proposta de puericultura, com uma visão ainda restrita ao bem-estar biológico da mãe e do bebê (MACHADO; PENNA, 2022).

Assim, há, novamente, uma redefinição do conceito de maternidade e infância, adicionando à mãe a função de garantir a integridade das crianças a partir de práticas sanitárias com base científica que eram ensinadas nos espaços de puericultura, dentro dos equipamentos de saúde (MACHADO; PENNA, 2022).

A partir deste breve apanhado histórico feito por Vieira (2002) podemos perceber, então, que ao longo da história o corpo da mulher foi campo de disputa e intervenção a fim de manter a norma social e o processo de tornar este corpo objeto da Medicina foi um mecanismo para tal (VIEIRA, 2002). A restrição da mulher a seu aspecto biológico e a ascensão da Medicina como resposta às problemáticas de saúde, devido sua expertise técnica, têm significância na concepção social de gênero e na construção de Políticas Públicas e necessita-se, portanto, revisitar criticamente este passado para que possamos garantir vivências dignas e igualitárias para as mulheres, especialmente no que tange a sua sexualidade e maternidade.

2.2. Maternidade como Política Pública

Uma das expressões agudas da tentativa de controle sobre os modos de vida das mulheres está no ideário da maternidade, que traz em si uma imagem sagrada e docilizada da mulher (ZANELLO, 2016). Essa perspectiva é expressa tanto na construção subjetiva de nós mulheres, como também nas estruturas sociais e culturais,

em políticas públicas, na legislação, dentre outros espaços da macro e micropolítica. Podemos citar, como exemplo, que até a década de 70 as questões relacionadas à mulher, no campo das políticas de saúde pública no Brasil, eram restritas ao aspecto da concepção, ou seja, havia uma visão reducionista dos cuidados para a saúde da mulher que eram voltados exclusivamente ao ciclo gravídico e puerperal (ARILHA; BERQUÓ,2010).

O Planejamento Familiar passou a ser pauta impulsionado pela preocupação com o crescimento populacional após a 2ª Guerra Mundial, quando passou a ser discutido em várias instituições, tendo nos países de menor desenvolvimento seu campo experimental. Conhecidos como neomalthusianos, os defensores dessa perspectiva de planejamento familiar tinham como base a ideia de que para controle dos recursos e da pobreza deveria haver um controle dos nascimentos (VIEIRA, 2003).

Alinhado com o desenvolvimento de tecnologias médicas, a discussão sobre controle demográfico através do planejamento familiar avançou, culminando na Conferência Internacional de Direitos Humanos, em Teerã (1968), onde houve uma pressão para os países em desenvolvimento adotarem políticas de controle da natalidade (VIEIRA, 2003).

Com a chegada das décadas de 70 e 80, os Movimentos Feministas colocaram em pauta o direito das mulheres a terem autonomia quanto a sua sexualidade e sua reprodução. Como expressão deste questionamento, a Convenção para Eliminação de Todas Formas de Discriminação contra a Mulher (1979) acordou com os países a retificação de leis e políticas que garantissem a equidade entre homens e mulheres no âmbito de seus Direitos Reprodutivos. Outros dois marcos importantes foram a Conferência do México (1984), que estabeleceu como critérios para uma boa saúde reprodutiva a integridade corporal e a autonomia quanto a vida sexual e reprodutiva, e a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (1994) que ocorreu no Cairo e definiu, no Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, o conceito de saúde reprodutiva (VIEIRA, 2003).

Esse processo de mobilização e mudanças nos levou ao que atualmente chamamos de Programa de Planejamento Familiar. Esta política tem como intuito garantir a autonomia dos indivíduos, sejam eles enquanto casais ou não, na escolha de quanto filhos desejam ter e o momento de tê-los. Para tanto, preconiza o amparo do

Estado com práticas preventivas, informação e meios para garantir o bem-estar do sujeito ao vivenciar suas experiências sexuais e reprodutivas, respeitando suas necessidades e primando por um olhar sem julgamentos quanto as suas decisões (VIEIRA, 2003).

No que tange ao contexto do Brasil, o processo de discussão e implementação do planejamento familiar e da contracepção teve suas singularidades. Bameando entre assumir práticas contraceptivas e a pressão moralista da igreja, o declínio da fecundidade no país foi, além do uso de contraceptivos, atravessado pela necessidade das mulheres entrarem no campo de trabalho, o processo de industrialização e urbanização e a necessidade de se resguardar da miséria, tendo em vista o alto custo de vida no período (VIEIRA, 2003).

O incentivo ao comércio internacional, a pressão dos movimentos feministas e a necessidade do governo de controle populacional, permitiu a oferta de anticoncepcionais em território brasileiro, apesar dos entraves impostos por alguns movimentos conservadores. Esse contexto, aliado à necessidade de inserção no mercado de trabalho, impulsionou a adesão às práticas contraceptivas por parte das mulheres e se constituiu em uma conquista para elas (MACHADO; PENNA, 2022).

Vale ressaltar que, em 1965, as práticas contraceptivas já existiam no âmbito privado através de organizações como a Sociedade Civil do Bem-Estar (BEMFAM). Em 1975 a assistência em saúde para mulheres torna-se política pública através do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil- PMI. No entanto, este foi considerado por diversos grupos de mulheres um projeto inadequado devido sua prática restrita ao período da gestação e puerpério e sua perspectiva biologicista, o que fomentou a luta por uma política pública que considerasse a mulher para além da maternidade (MACHADO; PENNA, 2022).

Após muitos embates advindos dos Movimentos Feministas, que reivindicavam autonomia e qualidade de assistência à reprodução e contracepção, efetivou-se a Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM (1983) como política pública de atenção integral à saúde da mulher. Com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, o planejamento familiar tornou-se um programa que objetivava abarcar as diversas dimensões das experiências reprodutivas e sexuais de suas usuárias, para além do ciclo gravídico-puerperal como era feito até

então, delegando ao Estado a responsabilidade de garantir o livre exercício do planejamento familiar (VIEIRA, 2003).

Posteriormente, com a criação do Programa Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004, houve mais um avanço na efetivação de práticas em saúde que considerassem as mulheres em suas complexidades e diversidades. O programa, ao implementar ações de combate à violência contra a mulher, promoção de direitos sexuais e reprodutivos, tratamento de HIV/AIDS, dentre outras intervenções, consolidou uma assistência em saúde condizente com a percepção da mulher para além do seu útero (MACHADO; PENNA, 2022) .

Contudo, apesar do respaldo político e legal, a assistência à saúde e a garantia dos Direitos Sexuais e Reprodutivos ainda enfrentam obstáculos para sua concretização. Dentre esses desafios, destacam-se a dificuldade de acesso a contraceptivos adequados à experiência singular da sexualidade da usuária, o que impede a implementação de práticas em saúde eficazes; a estrutura sociocultural que centraliza a responsabilidade pela gestão da vida reprodutiva na mulher, negligenciando o papel do parceiro nesse processo; a restrição ao acesso ao Planejamento Familiar e a limitação deste à prescrição de métodos contraceptivos, frequentemente focados na eficácia comprovada em laboratório, sem considerar a complexidade que permeia a vida sexual e reprodutiva; entre outros fatores da macroestrutura social e das relações individuais (CABRAL, 2017).

Estas afirmativas são reforçadas pelo estudo de Heilborn *et al.* (2009) desenvolvido a partir das entrevistas feitas com sessenta mulheres que frequentavam três Unidades Básicas de Saúde do Rio de Janeiro. Durante essa pesquisa, foram levantados dados importantes para pensarmos sobre o contexto que leva à gestação não planejada, tais como: 2/3 das entrevistadas não desejavam ou eram indiferentes à gestação e, apesar disso, só 1/3 destas adotavam algum método contraceptivo quando engravidaram.

A análise dessas entrevistas evidencia a complexidade que envolve a contracepção, extrapolando a perspectiva de que basta o desejo da mulher para que a implementação do método seja possível. A importância da educação em saúde, de um planejamento familiar que não dependa da mulher já estar gestante para acontecer, oferta ampliada de contraceptivos diversos, funcionamento dos equipamentos de saúde

que considere a dinâmica de horários das mulheres trabalhadoras e preparação dos profissionais para abordar temáticas relacionadas às experiências sexuais e reprodutivas das mulheres tendo como referência central a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos se mostraram, durante o estudo, fundamentais para uma escolha autônoma quanto à sexualidade e reprodução. Vale ressaltar que esses pontos se apresentaram como déficits a serem discutidos e aperfeiçoados na assistência em saúde ofertada na rede pública (HEILBORN *et al.*, 2009).

Corrêa e Petchesky (1996) também levantaram problemáticas quanto aos Direitos Sexuais e Reprodutivos, pautando a necessidade de extrapolar a forma de pensa-los puramente legalista. As autoras apontam a necessidade de um olhar para o contexto social e histórico, assim como as vulnerabilidades que atravessam singularmente os diversos grupos de mulheres, para que se efetivem os direitos expressos na constituição. Analisar os determinantes sociais de saúde e garantir acesso aos demais direitos básicos (alimentação, saúde, emprego, habitação...) são a base para uma escolha autônoma, consciente e amparada quanto a maternidade e a vida sexual das mulheres.

Outro ponto levantado pelas autoras é a necessidade de garantir a equidade na implementação desses Direitos e da assistência em saúde quanto à reprodução. Um exemplo desta necessidade encontra-se na Lei 9263 de 1996, que regula o Planejamento Familiar. No segundo artigo desta Lei dispõe-se sobre direitos iguais entre homens e mulheres de decidirem sobre a reprodução, no entanto as autoras questionam a partir da ideia de equidade sobre o lugar das mulheres neste processo, tendo em vista que são estas que passam pelo processo gestacional e da maternidade, portanto isso deveria ser levado em consideração como tendo mais valor na decisão pela reprodução (CORRÊA; PETCHESKY, 1996).

A partir desse panorama, podemos entender as práticas em saúde, mas não só estas, como processos atravessados pela percepção das mulheres como “naturalmente” mães e responsáveis únicas pela reprodução, enquanto aos homens é reservado o papel central na esfera econômica e política, refletindo as desigualdades de gênero presentes até a atualidade. Outro aspecto relevante quanto ao caminho decisório pela maternidade é o valor que a mulher adquire a partir dela perante a sociedade. (FERREIRA; COSTA; MELO, 2014).

Alegretti (2019), através da discussão de um caso ocorrido em 2019 na Argentina, onde uma criança, que após engravidar devido um abuso, teve seu direito à interrupção gestacional negado, nos traz os impactos da imposição da maternidade na saúde mental das mulheres, levando-as a vivenciar processos de adoecimento como depressão, ansiedade, etc. O que a autora aponta reforça a percepção de que a ideia de que a maternidade é uma escolha da mulher tem suas controvérsias, tendo em vista que a mesma está inserida em um contexto em que o seu valor enquanto sujeito está condicionado a este papel.

Podemos compreender, a partir do exposto, que as circunstâncias que levam a gravidez não planejada ou indesejada são diversas e vão desde as condições socioeconômicas até um planejamento familiar inadequado (MILANEZ *et al*, 2016). Vale também ressaltar que diversos fatores interferem na relação da mulher com sua gestação e no próprio processo de matinar, tais quais: contexto econômico, apoio social, amparo e participação do parceiro, seguridade de direitos básicos, dentre outros. Brito (2013) reforça essa perspectiva ao levantar em seu estudo a importância do sentimento de amparo, especialmente pelo parceiro, e de preparação para a maternidade para que a gestação seja vista como positiva e desejada e, conseqüentemente, as mulheres possam levá-la adiante de uma maneira saudável, não somente para o feto, mas também para si.

2.3. Redução de Danos e prevenção a Gravidez Indesejada ou Não Pretendida

As percepções sobre o uso de substâncias ganharam nuances diferentes no decorrer da história. Até o século XX, o uso de drogas não era percebido como uma problemática social, no entanto, com o advento do empreendimento médico-terapêutico, a chegada de grupos mais conservadores ao poder e a Guerra do Ópio, essa percepção sofreu mudanças. Passou-se a adotar, então, uma postura proibicionista, punitivista e manicomial, onde os usuários de substâncias passavam a ser vistos como doentes e/ou marginais estando, assim, passíveis de sanções e intervenções do Estado (QUEIROZ, 2015).

Na tentativa de impedir ou suspender o uso de drogas as intervenções se tornaram, então, prioritariamente baseadas nos modelos jurídico-moral e de doença, nos quais o usuário é considerado vulnerável e vítima passiva de um contexto permissivo e desagregador, ou de uma doença incurável, nomeada como ‘dependência química’ (QUEIROZ, p.101, 2015).

A preocupação com o uso de substâncias pelas instituições públicas e pelo

Estado, no entanto, data de antes destas normativas. A partir de um movimento internacional, o Brasil passa a tratar como política pública e com amparo legal o uso de substâncias a partir do início do século XX, onde, utilizando-se de duas instâncias, a médica e a jurídica, estabelece intervenções punitivistas e de reclusão para os chamados, à época, toxicômanos, a partir do decreto 4294 de 1921 que “Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, ópio, morfina e seus derivados; cria um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas[...]”(VARGAS; CAMPOS, 2019).

A Redução de Danos, portanto, é uma política de certa forma recente, se consolidando como modo de pensar saúde a partir do Movimento da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, que ganhou respaldo legal em 2001 pela lei 10.216. A Redução de Danos vem com uma proposta na contramão da perspectiva de como o uso de substâncias era tratado até então, especialmente pelas políticas públicas, de modo “meramente jurídico/policial.” (VARGAS; CAMPOS, p. 1043, 2019).

A perspectiva da Redução de Danos surge, então, a partir de um movimento internacional que teve como expoentes Holanda e Liverpool (Inglaterra) onde, a partir da organização de usuários, na Holanda e de cientistas na Inglaterra, começaram a se estabelecer práticas alternativas de cuidado aos usuários de substâncias como forma de enfrentamento à epidemia de AIDS. No Brasil, podemos assinalar como marcos históricos desse movimento o Programa de Troca de Seringas (PTS) na cidade de Santos em 1989. No entanto, devido a restrições legais, o programa foi redirecionado à prática de higienização de seringas, não mais a troca. Em 1995, implementou-se o primeiro programa de Redução de Danos amparado pelo Ministério da Saúde em Salvador, tendo como enfoque, também, a prevenção da AIDS através da troca de seringas (QUEIROZ, 2015).

Esta nova visão sobre o uso de drogas, tem como aspectos fundamentais a preservação da autonomia do sujeito, o entendimento que a abstinência nem sempre é um desejo ou uma possibilidade, seja imediata ou a longo prazo, e que esta dimensão não deve ser impeditiva de criarmos formas de bem-estar e cuidado a partir deste modo de existir (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Ela parte, portanto, do gerenciamento de comportamentos de risco, levando em consideração os contextos de vulnerabilidade, ou seja, os determinantes socioculturais que atravessam a experiência com drogas (ANACLETO; MAIA, 2010).

A Inserção da Política de Redução de Danos como referência no cuidado em saúde mental no Brasil, no início do século XXI, representa um novo olhar sobre o cuidado ao usuário de substância, rompendo com a imagem de criminoso ou doente que lhes eram atribuídas e que orientavam as políticas voltadas a esse público. Podemos citar como marcos legais a Política Nacional sobre Drogas de 2005 que traz, em si, a Redução de Danos como orientadora das práticas de assistência e saúde, assim como fomenta uma maior participação popular e científica neste campo. No entanto, vale ressaltar, que a mesma ainda conserva aspectos repressivos das políticas adotadas anteriormente (SOUZA, 2013).

Devido a todo o histórico citado acima, esta perspectiva ainda encontra barreiras morais e institucionais que dificultam a real implementação desta forma de cuidar e fortalece o estigma sobre as pessoas que vivenciam o uso de drogas. É importante destacar a trajetória diferenciada que homens e mulheres percorrem em suas vidas e que, em certa medida, os conduzem a uma relação, de abuso ou não, com as drogas. A pesquisa realizada por Prado e Queiroz (2012) aponta que o uso problemático de substâncias por mulheres muitas vezes está associado a adoecimentos como depressão e ansiedade, decorrentes em sua maior parte dos sofrimentos advindos do lugar sociocultural de ser mulher, como a gravidez, jornadas de trabalho extenuantes (dentro e fora de casa), etc. Já os homens têm sua situação de uso associadas a problemas financeiros, profissionais, etc., apontando desdobramentos outros que não estariam vinculados a necessidade de manutenção do núcleo familiar e imposições outras, inclusive a maternagem, próprias do papel atribuído às mulheres.

Esse viés de gênero também atravessa os equipamentos (CAPS AD, Unidades Básicas de Saúde, etc.) e as práticas de cuidado construídas nesses espaços. Por diversas vezes, a assistência ofertada às mulheres em situação de uso encontra-se ligada ao objetivo de retorno ao vínculo familiar, enquanto o investimento em cuidado para homens trata-se de uma reconstrução de habilidades sociais e um retorno à vida social, em especial ao campo do trabalho (PRADO; QUEIROZ, 2012). Portanto, pensar em Redução de Danos como uma forma de promover um cuidado integral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015) está atrelado a uma reflexão crítica e a reformulação das relações entre trabalhadores da saúde e usuários a fim de trazer uma postura mais equânime e acolhedora.

Um aspecto desse viés de gênero que também nos chama atenção e

pretendemos abordar durante essa pesquisa são os comportamentos sexuais de risco vivenciados por usuários de substâncias, especialmente as mulheres. Através do uso do instrumento Avaliação Global das Necessidades Individuais, aplicado em 110 usuários de CAPS AD, Boska *et al.* (2017), observaram a incidência de relações sexuais desprotegidas; a troca de sexo por drogas, especialmente pelo público feminino; e a vulnerabilidade social como fatores que influenciam o comportamento sexual de risco. Este dado também se apresenta na pesquisa de QUEIROZ (p. 144, 2015) quando afirma: “Nesse sentido, dizia que ser mulher usuária de crack era mais difícil do que ser homem, uma vez que as pessoas se aproveitavam da condição de fragilidade da mulher dependente de drogas para propor trocas sexuais”.

Essa situação se agrava quando nos deparamos com a baixa acessibilidade dessas mulheres aos serviços de saúde, especialmente ao Planejamento Familiar que, em sua proposta, se configura como um dos principais espaços institucionais de apropriação do corpo e vivência saudável da sexualidade, de informação e resgate da percepção do sujeito como ser ativo em seu cuidado (VIEIRA, 2003).

A restrição do Planejamento Familiar a prescrição de um contraceptivo (FERREIRA; COSTA; MELO, 2014), que muitas vezes não se adequa ao modo de vida da usuária, principalmente estando em uso de substância, somado ao estigma que o uso de drogas acarreta, torna frágil a frequência destas mulheres às Unidades de Saúde e, conseqüentemente, um cuidado efetivo com sua saúde sexual e reprodutiva (QUEIROZ, 2015).

A importância da Redução de Danos para a prevenção de uma gravidez indesejada ou não planejada, decorrente da destituição de poder de escolha da mulher quanto a sua vida sexual, encontra-se, a priori, em sua própria história que se iniciou, como dito anteriormente, como prática de gerenciamento e cuidado quanto aos comportamentos sexuais de risco (QUEIROZ, 2015). Além disso, ela reforça esse papel na medida que ela preconiza a suspensão de julgamentos morais e a adoção formas mais seguras de existir a partir da escolha de cada indivíduo (PRADO; QUEIROZ, 2012).

Quando associamos estas reflexões às práticas nas redes de saúde, potencializamos formas de vidas mais dignas e saudáveis, especialmente no que diz respeito às mulheres as quais voltamos nosso olhar neste estudo. No entanto, vale ressaltar que, quando tratamos de mulheres usuárias, os desdobramentos quanto a

assistência ofertada se complexificam, afinal nos deparamos com uma dupla tentativa de institucionalização: a do corpo feminino e a do corpo que usa drogas. Mas, para toda força de opressão há uma de resistência, sendo a Redução de Danos uma destas. Além disso, de acordo com (QUEIROZ; PRADO, 2018), o uso de substância também é um enfrentamento ao padrão de fragilidade e dependência que são atribuídos à mulher, tornando-se, portanto, uma resistência à estrutura patriarcal de nosso sistema.

2.4. O mito da incapacidade de maternar

Adentrando no papel da Redução de Danos na garantia da autonomia e integralidade do sujeito trazemos, mais uma vez, o tema da maternidade imposta. Se, enquanto cientistas e profissionais, entendemos a Redução de Danos como orientadora de nosso pensar e da nossa prática, apesar dos retrocessos incorporados na Política Nacional de Drogas de 2019, é o nosso papel construir formas de implementação que priorizem o direito da mulher ao seu corpo e seus direitos sexuais e reprodutivos, levando para dentro das práticas a percepção de que “[...] o desejo da mulher pela gravidez não é produzido individualmente por ela, mas construído no interior de relações afetivo-sexuais e familiares”(MILANEZ *et al.*, 2016).

Por vezes, o direito da mulher ao seu corpo e a vivência da maternidade encontra entraves na imagem da “mãe incapaz”. Diniz (2017) debate o conceito de materno- infantilismo que pode ser definido como a compreensão da gestante enquanto um perigo ao bebê e, também, como uma mulher cujo o corpo é disfuncional e precisa de intervenções para sobrevivência do nascituro. É importante ressaltar que essa imagem abre mais espaço para controle sobre seus corpos e que, ao mesmo tempo que enfoca no bem-estar do bebê, ignora a importância da saúde da mulher para que esse bem-estar aconteça. Portanto, o valor que deve orientar nosso olhar sobre a reprodução e a sexualidade é a de um “cuidado livre de danos e violência obstétrica” (DINIZ, 2017, p.8).

Há, portanto, dentro do ideário do ser mãe, mulheres dignas da maternidade e outras não, sendo este um valor conquistado e atribuído às mulheres que se mantêm no lugar de única responsável pela família, isenta dos espaços públicos e desapropriada de seus próprios projetos e, inclusive, de seu corpo. Aquelas que não correspondem a essa normativa, seja por orientação sexual, condição socioeconômica ou demais atributos que não se encaixam no que a sociedade entende como padrão de mãe e mulher, não

teriam, como consequência, acesso ao amparo do Estado nas suas escolhas dentro do processo da maternidade e na manutenção do seu bem-estar (MATTAR; DINIZ, 2012).

Para que haja transformação e condições dignas condizentes com o que preconiza os direitos sexuais e reprodutivos, faz-se necessário entender a maternidade como dever coletivo e direito de todas, de vivê-la ou não, dando condições para que, caso a mulher decida por ser mãe, este não seja o único papel que lhe é reservado. Petchesky (2006), em menção ao documento *Women Under Attack: Abortion, Sterilization Abuse, and Reproductive Freedom* de 1979, sinaliza a importância do apoio social, da garantia de direitos básicos, divisão igualitária de responsabilidades referentes à criança, liberdade de orientação sexual e de arranjos familiares para uma implementação efetiva dos direitos sexuais e reprodutivos.

Tendo isso em vista, escolhi voltar esta pesquisa para dois temas que apontam em si potenciais de transformação social e necessidade de discussão, quais sejam a Gravidez Indesejada ou Não Planejada e a Redução de Danos. Estes dois assuntos se entrelaçam em um estudo que objetiva analisar o uso das práticas de Redução de Danos, nas intervenções de profissionais do CAPS AD como facilitadoras da autonomia da mulher quanto a sua maternidade e sexualidade.

O CAPS AD é responsável, a partir da inserção no território, de ofertar assistência contínua aos usuários de substâncias, objetivando sua reinserção social, sua reintegração à família e o fortalecimento de suas potencialidades enquanto sujeito. Partindo de uma crítica ao modelo manicomial em que se centrava o cuidado em saúde, antes da Reforma Psiquiátrica, o CAPS atua a partir de uma visão ampliada do sujeito, levando em consideração sua história de vida, seu poder de escolha e o contexto em que está inserido para construir, juntamente com ele, suas estratégias de cuidado (LACERDA; FUENTES- ROJAS, 2017).

Portanto, compreendendo o impacto de repensar as políticas públicas, alinhado-as com o que de fato preconizam, garantindo o direito básico da mulher sobre seu corpo, voltamos nosso estudo para analisar o uso das práticas de Redução de Danos, nas intervenções de profissionais do CAPS AD, como facilitadora de uma vida sexual e reprodutiva autônoma, consciente e saudável em mulheres usuárias de substâncias.

3. OBJETIVOS

3.1 *Objetivo Geral*

1. Analisar o uso das práticas de Redução de Danos, nas intervenções de profissionais do CAPS AD, como facilitadora de uma vivência sexual e reprodutiva autônoma, consciente e saudável em mulheres usuárias de substâncias.

3.2 *Objetivos Específicos*

1. Compreender os sentidos e significados atribuídos pelos profissionais do CAPS AD às experiências da maternidade e do uso de substâncias
2. Aprender como as práticas contraceptivas atravessam os discursos e as intervenções dos profissionais do CAPS AD.
3. Identificar a convergência/divergência entre o que preconiza as políticas de Redução de Danos e a prática no serviço.

4. METODOLOGIA

A escolha do método para conduzir uma pesquisa é, especialmente, direcionada pelos objetivos que pretendem ser alcançados por ela. Diferentemente dos estudos quantitativos, que buscam estabelecer padrões e inferir a frequência e relação entre variáveis, os métodos qualitativos buscam investigar, de forma detalhada, como as pessoas experienciam determinado evento a partir do referencial teórico usado na pesquisa e dos objetivos estabelecidos (SILVERMAN, 2005). Outra diferenciação relevante entre as duas metodologias, colocada por Turato (2005), é o enfoque dos métodos qualitativos no processo de construção de significados pelos indivíduos, como estes são expressos e compõem determinado fenômeno, enquanto as pesquisas quantitativas procuram mensurar o evento estudado, buscando investigar as variáveis e como estas atuam no objeto de estudo.

Ele tem o fim comum de criar um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, isto é, de falar de uma ordem que é invisível ao olhar comum. Saliente-se ainda o termo *processo*, aqui particularmente rico, caracterizando o método qualitativo como aquele que quer entender *como* o objeto de estudo acontece ou se manifesta; e não aquele que almeja o *produto*, isto é, os resultados finais matematicamente trabalhados (TURATO, 2005, p.509).

Observando essa caracterização, reconhecemos a abordagem qualitativa como a mais adequada para o desenvolvimento deste estudo, tendo em vista que seus objetivos se voltam para a investigação da perspectiva particular dos profissionais de saúde quanto às temáticas da maternidade e do uso de substâncias. Para tanto, adotamos como metodologia a Entrevista em Profundidade (MAYKUT; MOREHOUSE, 2001).

Indicada para a apreensão das perspectivas dos entrevistados, a Entrevista em Profundidade possui um roteiro flexível, com perguntas abertas, que estimulam a expressividade dos participantes e que podem ser realizadas no momento mais propício do encontro. Além delas, outras questões, chamadas probes, podem ser acrescentadas livremente ao roteiro, se assim for necessário. As perguntas utilizadas podem ser de caráter (MAYKUT; MOREHOUSE, 2001):

1. Demográfico: Voltadas para caracterização do participante (idade e raça, por exemplo) e podem também ser utilizadas intercalando perguntas sobre temáticas mais sensíveis, a fim de aliviar tensionamentos.

2. De Valor: Quando pretendemos conhecer a opinião do entrevistado sobre determinado assunto.
3. De Conhecimento: Quando se tem a intenção de apreender o conhecimento do entrevistado sobre determinado assunto.
4. De sentimentos: Voltadas para os afetos que o tema de pesquisa evoca no entrevistado.
5. De significado: Direcionadas para a forma como o entrevistado elaborou determinada experiência.

Para que a entrevista alcance seu objetivo, o pesquisador precisa estar atento, também, à sequência das perguntas e à forma que elas são elaboradas, pois estas qualidades estão intimamente ligadas ao clima da entrevista. Para que o participante se sinta à vontade para expressar-se é necessário que as questões sejam compreensíveis, alinhadas com o objetivo da pesquisa e realizadas no momento adequado, dentro da relação estabelecida com o pesquisador (MAYKUT; MOREHOUSE, 2001).

Por fim, compreende-se que no processo da Entrevista em Profundidade não somente o contexto sociocultural em que os participantes estão inseridos deve ser considerado na interpretação do discurso, mas também o contexto em que os encontros com o entrevistador ocorreram (MORÉ, 2015).

Vale ressaltar que as anotações que o pesquisador realiza, durante os encontros, também são fundamentais para a análise dos dados, já que elas são responsáveis por captar nuances (expressões faciais, impressões e reflexões do pesquisador sobre a entrevista, etc.) que não estarão evidentes nas gravações (MAYKUT; MOREHOUSE, 2001).

Por fim, é fundamental que o entrevistador experimente o roteiro antes de aplicá-lo, a fim de desenvolver a habilidade necessária para conduzir o fluxo narrativo, que, no caso deste método, torna-se mais imprevisível, de forma cuidadosa e que transmita confiança para quem está participando do estudo. Essa atenção à ambiência da pesquisa deve atravessar todas as etapas, desde a apresentação do entrevistador e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), até a finalização dos encontros (MORÉ, 2015).

4.1. Cenário do Estudo

Todo o processo acima descrito ocorreu em colaboração com os CAPS AD do município de São Paulo. Esta escolha deu-se por serem equipamentos de referência ao cuidado de pessoas em uso problemático de substâncias, permitindo uma apreensão de como se relacionam, na prática de seus profissionais, o cuidado a usuária de substância e à saúde sexual e reprodutiva desta, assim como as percepções das profissionais sobre a política de Redução de Danos e a maternidade dentro do contexto de uso de drogas, objetos deste estudo.

O município de São Paulo, de acordo com o site oficial de sua prefeitura (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2020) conta, atualmente, com trinta e dois CAPS na modalidade AD distribuídos entre as zonas Leste, Oeste, Sul, Sudeste, Norte e Centro. Dentre estes, dezesseis são do tipo III, ou seja, com funcionamento 24 horas e possibilidade de acolhimento integral, totalizando, aproximadamente, 145 leitos disponíveis à população.

Apesar de regidos por uma mesma política e diretriz de ação, justamente por ser um equipamento referenciado no território, a singularidade de cada contexto atravessa seu funcionamento e suas práticas. Para tanto, objetivando o acesso à maior diversidade de experiências, abrangemos equipamentos de zonas e modalidades diferentes. Assim, participaram da pesquisa quatro CAPS ADs localizados nas Zonas do Centro, Sudeste e Oeste de São Paulo, capital, sendo dois CAPS AD do tipo II (sem acolhimento integral) e dois CAPS AD do tipo III.

O contato com esses equipamentos ocorreu por meio da Secretaria Municipal de Saúde e das Coordenadorias Regionais de Saúde, que indicaram os CAPS ADs interessados em participar da pesquisa. Posteriormente, foram realizadas visitas a esses equipamentos e a apresentação do projeto. Em alguns casos, a apresentação do projeto foi conduzida pelos gestores, que compartilhavam a proposta de pesquisa com a equipe, enquanto em outros casos, ocorreu diretamente com os profissionais do equipamento em espaços de reuniões. Após esse diálogo inicial, as pessoas interessadas em participar da pesquisa forneceram seus contatos e, em acordo com os gestores, agendamos as entrevistas individualmente com as participantes.

4.2. Sujeitos do estudo e procedimentos para construção das informações

O quantitativo de participantes que foram convidados para o estudo obedeceu aos critérios do que Malterud, Siersma e Guassora (2016) chamam de *Information Power* (Poder da Informação). Em seu estudo, reconhecendo a fragilidade dos critérios para estabelecer uma amostra adequada para validade de estudos qualitativos, as autoras estabeleceram caminhos para garantir a consistência destas pesquisas (MALTERUD; SIERSMA; GUASSORA, 2016).

Primeiramente, é importante compreender que a quantidade de participantes pode ser analisada e repensada durante todo o estudo, a fim de atingir sua saturação. No entanto, para avaliarmos quantos sujeitos são necessários, inicialmente, podemos tomar como parâmetro a forma como foram escolhidos os participantes em estudos anteriores sobre a mesma temática. Outros pontos a serem levados em consideração são: o quanto os colaboradores correspondem aos objetivos do estudo, a consistência da revisão bibliográfica, o tipo de análise escolhida, o quão específico são os objetivos da pesquisa, a habilidade de comunicação do pesquisador e a elaboração do roteiro de perguntas (MALTERUD; SIERSMA; GUASSORA, 2016).

Quanto mais as características dos participantes correspondem aos objetivos do estudo e mais diversas as experiências compartilhadas por eles, como também quanto mais específicos são os objetivos, mais consistente o referencial teórico utilizado, mais desenvolvida a habilidade de diálogo do pesquisador e mais elaboradas são as perguntas, menor a quantidade de sujeitos necessária para atingir a saturação da pesquisa. Em contrapartida, o oposto dessas qualidades indica a necessidade de um grupo maior de participantes (MALTERUD; SIERSMA; GUASSORA, 2016).

Alguns aspectos do desenho de nosso estudo, portanto, foram observados na avaliação do quantitativo de participantes necessário para a pesquisa. Primeiramente, nosso amplo objetivo, já que estamos investigando como se dão práticas de cuidado na rede de saúde. Outro ponto observado foi o fato dos participantes estarem alinhados com nossos objetivos, tendo em vista que abordamos o uso de substância e nossos sujeitos trabalham diretamente com pessoas que estão no contexto de uso abusivo de drogas, o que favorece uma coleta de dados consistente com um grupo menor de participantes.

Tivemos, também, como um dos critérios para avaliar o quantitativo de entrevistas e interromper, ou não, o ingresso de mais participantes o fato dos discursos,

de forma consistente, trazerem mais informações e novas perspectivas que, dentro da limitação do referencial teórico usado, possibilitem o adensamento das discussões concernente à nossa temática pois o surgimento de *insights* e novos olhares sobre o assunto estudado é um indicador sobre a necessidade, ou não, de continuação da coleta de dados (MALTERUD; SIERSMA; GUASSORA, 2016).

A disponibilidade dos equipamentos em ceder seus profissionais também delimitou a quantidade de participantes. Neste ponto, cabe destacar que, apesar do convite, houve equipamentos nos quais nenhum profissional manifestou interesse em participar.

Foi importante, observando os objetivos da pesquisa, que os profissionais entrevistados tivessem a experiência de acompanhar mulheres, dentro do serviço do CAPS AD, com vida sexual ativa e/ou que vivenciaram uma ou mais gestações, sendo este um critério de participação. A abordagem para a coleta também considerou o viés de gênero e orientação sexual, tendo em vista que estes podem influenciar a percepção sobre a maternidade e a relação estabelecida entre os participantes e as usuárias assistidas pelo equipamento.

O teste preliminar do roteiro e a primeira rodada de entrevistas também serviram de parâmetro para avaliarmos a quantidade necessária de entrevistados para que este estudo tenha validade. Esta fase foi importante para adequação do roteiro e das perguntas, como também possibilitou um exercício das habilidades da pesquisadora de estabelecer um *rapport* com os participantes, o que favoreceu o acesso a informações de qualidade para o desenvolvimento do estudo (MALTERUD, SIERSMA E GUASSORA, 2016).

Por fim, outro critério adotado para seleção dos participantes foi a condição destes já estarem trabalhando na área da saúde há, pelo menos, um ano a fim de apreender vivências mais consistentes quanto aos temas abordados nas entrevistas. A escolha por atuar com profissionais da saúde também se deu devido ao contexto de COVID-19 que inviabilizava a realização de entrevistas presenciais e, conseqüentemente, o contato com as usuárias acompanhadas nos CAPS ADs.

As entrevistas ocorreram entre Maio e Novembro de 2022. Devido ao contexto da pandemia de COVID-19, as entrevistas foram mediadas por plataformas digitais, tais como Meet ou Skype, onde foram acordadas as condições de sigilo mantidas no

ambiente do entrevistado e da entrevistadora. Esses encontros foram gravados através das próprias plataformas ou celular, no formato de áudio, para posterior transcrição e análise.

4.3. Análise das informações

Para a análise dos conteúdos advindos das entrevistas, tivemos como embasamento a Hermenêutica, na forma como ela é debatida e utilizada nas pesquisas apresentadas por Szymanski, Almeida e Pandini (2011). Além da teoria Hermenêutica, utilizamos como lente de análise as discussões elaboradas por Heise *et al* (2019) e Gupta *et al* (2019).

Partindo de uma perspectiva Fenomenológica e qualitativa, a Hermenêutica, de forma geral, busca apreender os sentidos e significados atribuídos às experiências compartilhadas nos encontros. No entanto, entendendo que os significados não são estáveis, nem podem simplesmente serem reproduzidos tal qual no passado da vivência, compreende-se que o contexto da entrevista e da relação, assim como a própria subjetividade da entrevistadora, têm impactos no que é compartilhado e na sua interpretação. Para tanto, podemos afirmar que os sentidos também são construídos no presente do encontro, sendo indispensável a atenção na forma em que ele ocorre, assim como a realidade em que os participantes estão inseridos, tanto social, como institucional, cultural e econômica.

Resguardando essas nuances presentes no estudo e reforçando a necessidade de uma postura não-julgadora e acolhedora da pesquisadora, Szymanski, Almeida e Pandini (2011) propõe algumas etapas, as quais seguimos em nosso processo de análise:

1. Inicialmente, a pesquisadora irá transcrever as entrevistas conforme ocorreram, preservando a oralidade e a forma de fala dos entrevistados.
2. Posteriormente, a pesquisadora se aprofundará no conteúdo resultante do encontro, buscando compreender o sentido geral da comunicação.
3. Durante uma segunda imersão no discurso, ela selecionará os significados mais singulares e específicos presentes nele, os quais denominaremos unidades de significado.
4. No último passo, a pesquisadora definirá critérios e organizará em categorias as unidades de significado que se entrelaçam em suas reflexões e afetos, sintetizando-as

em um texto que aborde os aspectos mais relevantes do estudo.

Já em relação a Heise *et al.* (2019) e Gupta *et al.* (2019), utilizamos, para discussão do material construído durante as entrevistas, as concepções elaboradas em seus estudos sobre as desigualdades de gênero e como estas produzem diversas iniquidades em saúde. As autoras, em seus estudos, compreendem gênero como um sistema complexo que estrutura a experiência humana e o funcionamento social. Este sistema pauta-se nas normas de gênero, que são valores e papéis sociais atribuídos a homens e mulheres, a partir da leitura social de gênero.

Assim, apesar de se resignificarem ao longo do tempo, as normas de gênero produzem uma distribuição desigual de poder, recursos e *status* a partir da correspondência, ou não, dos sujeitos a uma imagem socialmente atribuída de masculinidade ou feminilidade. As normas de gênero, portanto, são fundamentais para manter a hierarquia de gênero e as dinâmicas de poder que favorecem determinadas masculinidades, produzindo e reproduzindo iniquidades em saúde e injustiças sociais.

Importante também compreendermos que, apesar de não serem sempre explícitas, as normas de gênero permeiam instituições, relações interpessoais, o processo de subjetivação dos indivíduos e, de forma mais ampla, a elaboração de políticas públicas. Tendo isso em vista, compreendemos que as normas e o sistema de gênero também influenciam as experiências de mulheres com as drogas e sua saúde sexual e reprodutiva, assim como a assistência em saúde oferecida a elas. Portanto, considerando o objetivo de nossa pesquisa, a lente das desigualdades de gênero enquanto determinantes sociais da saúde tornou-se pertinente para análise de nossos dados, a fim de aprofundarmos nosso debate e torná-lo mais potente em suas possíveis contribuições.

Por fim, após a análise, realizamos uma discussão contrapondo os conteúdos que emergiram das entrevistas com pesquisas já realizadas. Como última etapa, elaboramos as conclusões e possíveis indicações de desdobramentos da pesquisa, assim como organizamos a devolutiva para as instituições participantes da pesquisa quanto ao trabalho realizado.

4.4 Aspectos éticos da pesquisa

O presente estudo seguiu as orientações presentes Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que versa sobre os aspectos éticos e legais sobre pesquisa com seres humanos. Através de referências como a não maleficência, beneficência, justiça, equidade, dentre outros, esta resolução objetiva

resguardar o bem-estar dos participantes, assim como explicitar seus direitos e deveres (BRASIL, 2012).

Atendendo às orientações desta resolução, todas as informações necessárias para a compreensão da pesquisa, seus riscos e benefícios, assim como o formato de participação do sujeito, e demais aspectos, estiveram explicitados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponibilizado ao participante do estudo (BRASIL, 2012).

A pesquisa apresentou riscos mínimos, tendo em vista que não se utilizou de procedimentos invasivos, estando estes riscos limitados a um possível risco social de constrangimento. Assim, objetivando evitar quaisquer situações vexatórias para os participantes, resguardamos seu direito ao acesso às informações prestadas e ao seu uso, a interrupção sem ônus da pesquisa em qualquer momento que desejar e a retirada de falas, mesmo após gravadas, as quais não desejam que sejam utilizadas no estudo. Sendo assim, acredita-se que criamos um ambiente de segurança e cuidado para com os entrevistados.

Os benefícios deste estudo configuraram-se em uma melhor compreensão da percepção dos profissionais sobre as interrelações entre a maternidade e o uso de substâncias, assim como os possíveis impactos das práticas de Redução de Danos nesta vivência. Possibilitou também uma reflexão crítica sobre o cuidado ofertado às mulheres em situação de uso de substâncias pelo sistema de saúde, especialmente quanto sua saúde sexual e reprodutiva, favorecendo uma assistência mais alinhada com as reais necessidades desta população.

A manipulação e armazenamento das informações advindas dos encontros também obedeceram às premissas da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Para tanto, adotaram-se procedimentos para preservação do sigilo das informações compartilhadas durante a pesquisa (BRASIL, 2012).

O projeto encontra-se aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo, através da Plataforma Brasil sob o CAEE 52471721.4.3001.0086. Também obteve aprovação pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sob o CAEE 52471721.4.0000.5421 e financiamento da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

5.RESULTADOS

Considerando todos os critérios anteriormente abordados, as participantes da pesquisa totalizaram 13 profissionais, quase unanimemente do sexo e dos gêneros femininos. Foram incluídas duas Redutoras de Danos, uma Enfermeira, uma Nutricionista, quatro Terapeutas Ocupacionais, três Psicólogas e duas Assistentes Sociais. Das 13 profissionais entrevistadas, nove possuíam pós-graduação, quatro realizaram residência em saúde e duas têm formação técnica. É relevante destacar que o tempo de atuação na área da saúde dessas profissionais varia entre um e 20 anos, com algumas atuando na atenção básica ou em outros dispositivos de saúde, simultaneamente ao trabalho no CAPS AD.

É igualmente importante ressaltar a ausência da categoria médica entre as profissionais que manifestaram interesse em participar do estudo, o que é preocupante considerando a relevância desses profissionais na promoção e prevenção da saúde das usuárias de substâncias.

Outra ausência que chamou nossa atenção foi a falta de profissionais homens, levando-nos a questionar os motivos pelos quais quase exclusivamente mulheres concordaram em participar da pesquisa. Dessa forma, devido à predominância de participantes mulheres na pesquisa, optamos por nos referir às profissionais, ao longo de nosso escrito, utilizando palavras no gênero feminino, a fim de preservar o sigilo das entrevistadas.

Outra medida adotada para preservar o sigilo foi não detalharmos aspectos como raça ou idade das participantes. Tendo em vista que, dos 32 CAPS ADs do município de São Paulo, apenas quatro participaram da nossa pesquisa, compartilhar essas características das participantes poderia resultar na exposição delas.

Assim, contextualizado na descrição das nossas entrevistadas e nas experiências que elas compartilharam, elaboramos seis categorias temáticas para nossa discussão:

1. Acesso de mulheres usuárias de substância à rede de atenção em saúde.
2. Uso de substâncias e vulnerabilidades: uma perspectiva de gênero
3. Redução de danos: percepção, adesão e estratégias a partir do recorte de gênero;
4. Saúde sexual e reprodutiva de mulheres usuárias de substâncias;

5. Maternidade vivenciada por mulheres em uso de substâncias: “se ela não for uma mãe, ela é o quê?” ;

6. Violência, uso de substâncias e desigualdade de gênero.

5.1. Acesso de mulheres usuárias de substância à rede de atenção em saúde.

Iniciaremos apresentação de nossos resultados e a discussão sobre a saúde sexual e reprodutiva de mulheres que fazem uso de substâncias, tema deste estudo, a partir do primeiro contato das profissionais de saúde com elas: sua chegada aos equipamentos de saúde, especificamente os CAPS AD. Debater sobre a trajetória dessas mulheres dentro do sistema de saúde é necessário, tendo em vista que para construir qualquer política pública ou prática em saúde deve-se, anteriormente, vincular-se a esse público e entender suas demandas e, para tanto, é importante garantir o seu acesso aos equipamentos. Tendo isso em vista, a partir das entrevistas, construímos quatro tópicos para refletir sobre o percurso das mulheres usuárias de substâncias até sua chegada nos CAPS AD, quais sejam: Meios de Acesso ao CAPS AD, Motivadores para a chegada no CAPS AD, Facilitadores e Dificultadores da chegada e permanência das mulheres nos CAPS AD e Estratégias para adesão e permanência de mulheres no CAPS AD.

5.1.1 Meios de acesso ao CAPS AD.

A princípio, todas as entrevistadas afirmaram que os CAPS ADs aos quais estavam vinculadas atuavam na modalidade “portas abertas”, ou seja, a ausência de encaminhamento ou qualquer outro procedimento burocrático não é impeditivo para os usuários terem acesso ao serviço.

Então as mulheres e os homens chegam da mesma maneira, espontânea-livre, né, demanda espontânea e livre, é... ou, encaminhados por outros serviços, ou indicados pela rede de atenção né, à saúde, os...os outros CAPS, então o...o CAPS, ele funciona com porta aberta, então isso significa que é um serviço de atendimento direto a qualquer pessoa né, que procure esse atendimento pra escuta. (Entrevistada 12).

Apesar de ser um serviço de “portas abertas”, as entrevistadas foram unânimes quanto ao perfil de pessoas acompanhadas nos CAPS AD que, de acordo com elas, em sua maioria são homens. Em contrapartida à ausência de mulheres nos CAPS AD, uma das profissionais menciona a frequência maior dessas usuárias nas UBSs em comparação aos CAPS ADs. A presença maior de mulheres nas UBSs é atribuída, de

acordo com as entrevistadas, ao preconceito contra mulheres que buscam serviços de assistência em saúde voltados para o cuidado de demandas decorrentes do uso de substâncias. Em contrapartida, a presença dessas usuárias nas UBS é mais socialmente aceita, fazendo que a frequência dessas mulheres nesse equipamento seja maior. Portanto, as Unidades Básicas de Saúde foram compreendidas pelas profissionais entrevistadas como um meio importante de acesso das mulheres usuárias de substâncias, a partir dos encaminhamentos, aos serviços do CAPS AD

Masculino ou porque eles chegam mais aqui, mas o fato é que nosso público é mais masculino. E a gente foi entendendo, foi pes..., né, a gente também pesquisa, por conta do grupo que existe uma...um estigma relacionado ao uso da mulher! Ao uso de substância na mulher! Então, é, a questão do...do preconceito, a questão da discriminação, a questão até do...do conhecimento de acesso a saúde pra...pra tratamento de uso de substâncias né, ele não é tão...expandido pras mulheres, ele é mais vol...mais acesso aos homens, né. Enquanto, por exemplo, na UBS é invertido, né, é...[...] E isso eu acho que é a maior dificuldade que a gente encontra[...] (Entrevistada 1).

Apesar de um público majoritariamente masculino e o reconhecimento, por parte das profissionais, da necessidade de fortalecer a chegada e a vinculação das usuárias de SPA ao CAPS AD, as entrevistadas elencam diferentes formas de como as mulheres usuárias de SPA têm acesso ao serviço.

. Durante as entrevistas, o meio judiciário surge de forma consistente como o motivador da chegada das mulheres ao CAPS AD. A partir do que foi levantado, podemos constatar o papel importante de determinados serviços na inserção destas mulheres nesse espaço, quais sejam: o Conselho Tutelar, o Consultório na Rua, a Maternidade e as UBSs. Focados em garantir o bem-estar da criança ou até mesmo seu nascimento, esses equipamentos, ao constatarem que a mulher gestante usa substâncias, encaminha-a para o CAPS AD. Em outras situações, quando há uma suposta negligência quanto aos cuidados e a garantia de bem-estar da criança, o Conselho Tutelar pode condicionar a guarda ao acompanhamento da mulher pelo CAPS AD.

[...]porque que elas chegam até o CAPS? Por denúncia! Conselho tutelar né, manda o encaminhamento e fala assim “ó, se você não fizer o acompanhamento no CAPS pra parar o uso...”, porque o conselho tutelar e outros órgãos, eles não trabalham com redução de danos, é assim, “você vai lá pra você fazer o tratamento pra você parar com o uso de substância, porque senão vai afetar tua gestação e você vai ter problemas depois pra ficar com essa criança, porque ela pode ser acolhida!”. Então elas vêm muito mais pra cá por denúncias né ou encaminhamento de hospital, de conselho tutelar, ou até de escolas, onde os seus outros filhos né, estão, em creches e tal e as assistentes sociais, os psicólogos às vezes vêm né que ela tá gestante e que ela tá nessa condição, então é muito mais...o encaminhamento não é por conta própria, na maioria não é, não é! (Entrevistada 13).

Importante mencionar que, apesar da via judicial ter sido elencada nas

entrevistas como principal via de acesso das mulheres ao CAPS AD, outras também foram pontuadas pelas profissionais. Três profissionais pontuaram a principal via de acesso como sendo pela demanda espontânea das próprias usuárias. Uma das entrevistadas também mencionou os filhos mais velhos como meio de chegada dessas mulheres aos equipamentos a partir do reconhecimento deles do equipamento enquanto local de cuidado e, posteriormente, o acompanhamento de suas mães até o serviço. Por fim, o Consultório na Rua e os próprios Redutores de Danos foram elencados como serviços e profissionais fundamentais para a vinculação das usuárias com o CAPS AD.

Algumas delas, principalmente a...as gestantes, que já são cuidadas pela...pelo consultório na rua também, elas têm acesso por essa enfermeira ou por esse agente de saúde que tem essa... esse vínculo. E aí ela passa a ser também assistida e cuidada pelo CAPS, por assuntos específicos (Entrevistada 9).

O desafio do acesso de mulheres usuárias de substâncias aos cuidados ofertados pelos CAPS AD, no entanto, não se limitam à chegada delas ao equipamento. As entrevistas também apontam que, apesar das mulheres chegarem para o acolhimento, que seria o primeiro momento dentro do CAPS AD onde um profissional ouviria as demandas iniciais, muitas delas não permanecem no serviço e não dão continuidade ao cuidado. Uma das profissionais, inclusive, se questiona se essas mulheres de fato têm um uso abusivo de substâncias, tendo em vista sua evasão.

Uhum! É... é isso, eu tenho visto mulheres chegando mais nesse momento do acolhimento, do primeiro atendimento! Elas estão ali, né! Então, tão ali contando da história delas, sobre o que tá acontecendo, do sofrimento, que sofrimento é esse, né. E aí, é, mas é...é curioso mesmo, porque eu não vejo elas no espaço físico do CAPS, elas não estão ali, se você entra ou se você entrar hoje, agora, no CAPS AD X, cê vai ver majoritariamente homens ali! É, eu acho que o que acontece também, por conta dessa questão do peso social as mulheres elas vão desistindo do cuidado, então às vezes vem uma mulher, isso já aconteceu algumas vezes... algumas várias, chega pro acolhimento, passa pelo primeiro atendimento, mas não volta. Não volta! (Entrevistada 11).

Os aspectos discutidos neste tópico, até então, evidenciam a necessidade de repensarmos o funcionamento dos CAPS AD e sua inserção na rede de saúde, afim de que mulheres usuárias de substância cheguem ao serviço e recebam assistência adequada. Caracterizado como um serviço territorializado e de portas abertas, qualquer pessoa que corresponda ao perfil da população de responsabilidade dos CAPS AD pode ser atendida sem necessidade de encaminhamento ou outra burocracia para que sejam acompanhados por esses equipamentos (BRASÍLIA, 2004).

Esta necessidade é reforçada na medida que atentamos para a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Esse documento explicita, enquanto diretriz para o

funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial, a “IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar”. Além disso, não somente a garantia ao acesso encontra-se listada no documento como também sua ampliação enquanto objetivo.

No entanto, Bolzan (2015) nos alerta que, quando o serviço não atenta para as particularidades do seu público, no caso da nossa pesquisa as mulheres, ele não atende essa diretriz e torna-se apenas espectador das demandas femininas. Portanto, para, de fato, garantir a chegada das mulheres ao CAPS AD, de acordo com a autora, é necessária a adequação dos profissionais e dos recursos disponíveis para atender às demandas delas. Isto implica em adaptar o funcionamento do serviço ao contexto sócio-cultural de mulheres usuárias de substâncias e a atenção às normas de gênero (HEISE *et al.*, 2019) que atravessam a chegada delas ao serviço.

A necessidade de adequação do serviço e a influência das normas de gênero na chegada das mulheres ao CAPS AD se evidencia na fala das entrevistadas quando elas mencionam uma maior frequência das usuárias nas Unidades Básicas de Saúde, em comparação com os CAPS ADs. De acordo com Bolzan (2015), a presença maior de mulheres, nas UBSs é atribuída, ao fato dos atendimentos realizados neste equipamento, como aplicação de vacina, prevenção, etc, serem mais socialmente aceitos, comparados às práticas em saúde voltadas para o uso de substâncias. Portanto, as Unidades Básicas de Saúde podem ser compreendidas como um meio importante de acesso às mulheres usuárias de substâncias, a partir dos encaminhamentos, aos serviços do CAPS AD.

Entretanto, esses dados apontam que as mulheres buscam mais os serviços de saúde para aquelas situações “socialmente aceitas” como maternidade, pré-natal, exames ginecológicos, acompanhamento dos filhos, vacinação, etc. No que se refere ao uso de drogas, há uma retenção das mulheres aos serviços e uma “permissão” da busca pelos homens, o que remete a uma masculinização do uso de drogas, que reflete nas intervenções dos profissionais, na própria organização dos serviços e que fomenta processos de inclusão/exclusão através da homogeneização da atenção em saúde.” (BOLZAN, p. 92, 2015).

Todo esse contexto, portanto, demonstra a importância de efetivar as diretrizes de integralidade e garantia de acesso preconizadas na Portaria de Consolidação nº 3 (2017). Para tanto, iremos discutir nos próximos tópicos fatores que afetam, especialmente as mulheres mães e gestantes usuárias de substâncias, dentre outros fatores, o engajamento das usuárias nas propostas de prevenção e promoção de saúde.

5.1.2. Motivadores para a chegada no CAPS AD

De forma geral, os usuários chegam ao CAPS AD buscando o equipamento

como meio de realizar consultas médicas que, a priori, não estariam relacionadas ao uso de substâncias, ou acessar meios de sanar suas necessidades básicas como transporte e moradia, por exemplo. A partir dessa chegada, os profissionais assumem um importante papel ao explicitar qual seria a função do CAPS AD e, assim, levantar questionamentos quanto ao uso de substâncias e iniciar um processo de cuidado.

[...]e ai entra muito nesse: Ah, porque fulano veio aqui e o médico mandou isso, o médico mandou aquilo. E geralmente não vem focado no tratamento referente à substância, e sempre às vezes vem num viés de: Ah, eu preciso de um exame... Questões mais clínicas né, que a gente não consegue ter um suporte muito grande aí, a gente é limitado né, e a gente explica, fala do serviço, muitos vêm atrás de benefícios né, o bilhete da SPTRANS ali né, uns outros benefícios né, eles vêm bastante nessa demanda e a gente explica, fala do serviço né, fala que o foco é o tratamento voltado pra substância, e que esses outros ganhos, esses outros benefícios é consequência do tratamento né, mas é isso, nesse primeiro momento esse acolhimento seria isso mais isso né, ouvir, às vezes é marcar uma consulta que perdeu, seria mais nessa linha mesmo (Entrevistada 5).

No que tange às mulheres, cabe apontar que elas buscam o CAPS AD já em situação crítica, seja por adoecimentos ou situações graves de violência. Assim, as usuárias chegam ao equipamento quando já houve prejuízos significativos em sua vida devido ao uso de substâncias. Além disso, geralmente sua rede de apoio está fragilizada e os vínculos sociais rompidos, ou seja, suas possibilidades de construção de bem-estar e cuidado encontram-se bastante restritas.

Então geralmente quem chega pro cuidado né, as mulheres que chegam pra esse cuidado, são em situações já bastante alarmantes né, que é tipo, infelizmente perdeu a guarda do filho ou que aconteceu alguma situação de violência, sofreu alguma situação de violência muito grave né, é, ou que tá num uso muito abusivo e aí já rompeu vínculo com um monte de...de rede de suporte, de família, é, já perdeu trabalho né, se colocou ali numa certa exposição social muito grande também. Então eu acho que pra uma mulher chegar no serviço do CAPS AD, a situação ela tá bem alarmante, né! Por conta de todo esse social aí!(Entrevistada 11).

Além da situação de crise, onde o CAPS AD se apresenta como caminho viável para a busca de cuidado pela usuária, a recuperação da tutela dos filhos também se mostra, através das narrativas das entrevistadas, como um incentivo para a vinculação das mulheres com o serviço. Elas aderem ao serviço na tentativa de recuperação da guarda de seus filhos, ou evitar perdê-las, tendo em vista que os órgãos, objetivando manter o bem-estar da criança, condicionam a manutenção da guarda ao tratamento.

É... mas... eu tenho visto mulheres chegando, mulheres geralmente chegam muito com a demanda, é o que eu mais vejo: "quero meu filho de volta", né. É..., tipo "meu filho foi abrigado e o, né, o advogado, o juiz, conversou comigo que uma forma de eu poder ter a guarda de volta do meu filho é eu estar aqui, então eu tô aqui!". É, né, e geralmente as pessoas que tão chegando via acolhimento vem um pouco com essa demanda né e... e aí é um pouco disso assim que eu vejo, né (Entrevistada 11).

Além da busca pela manutenção ou recuperação da guarda dos filho, os quadros de adoecimento mental associados ao uso de substância e a busca por atendimento psiquiátrico e medicação também aparecem nas entrevistas como razões para as mulheres buscarem o acompanhamento nos CAPS ADs.

De acordo com as participantes da pesquisa, as UBSs ao identificarem quadros de adoecimento mental em mulheres usuárias de substâncias geralmente às encaminham para atendimento no CAPS AD, mesmo que a demanda prioritária não seja o uso de drogas. Esta prática acontece pois, o uso de substâncias permite o acompanhamento destas usuárias pelo CAPS AD, tornando-se um mecanismo para que esta mulher seja atendida por um serviço especializado em saúde mental.

é, então às vezes a gente pega mulheres que são encaminhadas da...da...da...do...das UBS's, que estão lá pra testar outras...tratar outras questões, às vezes até outras questões de ordem, é, da saúde mental né, quadros de humor, quadros de... de personalidade, enfim, que tão associados ao uso de substância. Então essa questão, até dessas comorbidades que chegam aqui e...e o uso tá às vezes muito mais associado com um sintoma de algo que tem acontecendo do que algo como um primeiro... seria como... o uso de substâncias fosse uma comorbidade de alguma uma outra coisa, mas que a gente vê aqui porque é um serviço de uso de substâncias (Entrevistada 1).

É, a maioria delas, elas vem, é, de demanda espontânea. Porquê? Porque elas sabem que tem psiquiatra ali! Então ela vem já com essa finalidade, passar no psiquiatra!(Entrevistada 2).

Portanto, a partir do que discutimos neste tópico, é possível compreender como as normas de gênero (HEISE *et al.*, 2019) estão presentes nos motivadores para busca de assistência em saúde nos CAPS AD e na percepção do adoecimento pelos indivíduos. Isto evidencia-se na medida em que, de acordo com as entrevistadas, homens e mulheres apreendem a necessidade de cuidado a partir da incapacidade ou dificuldade de atender a essas normas. Temos, como exemplo, a busca do equipamento pelas mulheres prioritariamente em momentos de crise, pois o uso de substância por mulheres rompe com essa norma de gênero, portanto buscar um serviço especializado torna-se uma exposição para estas mulheres. Outro exemplo seria, de acordo com as entrevistas, a necessidade de corresponder ao papel de mãe construído socialmente como motivador para o cuidado.

Apesar do enfoque das mulheres, ao buscarem o CAPS AD, não ser o uso abusivo de drogas, a United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC (2022), aponta em seu relatório que as mulheres, mesmo tendo uma taxa de consumo menor que

os homens, estão mais susceptíveis a adoecimentos como ansiedade e depressão, além da taxa de mortalidade também ser maior, se comparado aos homens. Portanto, é necessário que os profissionais não percam de vista os impactos do uso de substâncias na saúde das mulheres, mesmo que elas não evidenciem ele nas suas demandas.

5.1.3 Facilitadores e dificultadores para a chegada e permanência das mulheres nos CAPS AD.

Durante as entrevistas foi possível perceber alguns elementos que facilitam ou, por vezes, se constituem como barreira nesse trajeto até o equipamento. Um fator mencionado de forma expressiva nas entrevistas e que afeta a chegada e permanência de mulheres no CAPS AD seria o estigma. As entrevistadas apontam que, devido ao estigma, as mulheres acreditam que, para procurar atendimento no serviço “elas precisam estar bem”, no caso, em abstinência. Elas cobram de si uma sobriedade, o que posterga ainda mais a busca do cuidado.

Então elas se cobram que tem que estar bem pra poder vir, elas não acham correto elas virem estando mal né e...pra...pra poder serem cuidadas, elas não querem se mostrar vulneráveis, elas querem mostrar que tá tudo bem! Elas tem um pouco desse senso, essa consciência de vergonha, de aparecer, é, e chegar e falar “ó, ontem eu fiz uso disso, disso, disso, disso e disso”, entendeu? Sendo que não...né! (Entrevistada 2).

O estigma, de acordo com as profissionais entrevistadas, também se expressa no receio das mulheres serem julgadas tanto pela comunidade como pelos próprios profissionais dos equipamentos de saúde, por serem “mãe usuária de drogas”. Esta apreensão as afastam do cuidado.

Ainda sobre o papel social de mãe, as entrevistadas apontam que, quando a chegada dessas mulheres ao serviço vem através de uma ordem judicial e não por vontade própria, a vinculação destas com os profissionais torna-se mais difícil, demandando tempo e estratégia para ocorrer. Soma-se a isso o receio, por parte das mulheres, da perda da guarda da criança ao se exporem enquanto usuária de drogas ao buscar tratamento.

Tem as demandas espontâneas, eu tive uma que morria de medo de ir no CAPS, fazer seu tratamento, porque tinha medo que a gente fosse denunciar ela e ela perder a guarda da filha e tem aquelas que chegam a partir disso, já perderam a guarda, mas, é, eu entendo muitas vezes que a perda da guarda dos filhos ou, né, essas questões... por mais ambivalente que pareça essa resposta, é algo que possa fazer elas buscarem o serviço de saúde, buscar de fato estar em...se cuidarem mais, né (Entrevistada 1).

Ela se encaixa bastante naqueles casos tanto de dificuldade de adesão quanto de vergonha de acompanhar no CAPS AD, assim.[...] É, tinha bastante

vergonha de expor sobre o uso, de chegar no CAPS AD né, inclusive por ter filhos mais velhos, enfim, diversas questões aí.(Entrevistada 7).

Além da maternidade, as entrevistadas mencionam que o fato da mulher, por muitas vezes, ocupar o papel de cuidadora pode-se tornar um entrave ao acesso delas ao serviço. Muitas vezes a necessidade de cuidar da manutenção da casa, dos filhos (ou de outras pessoas que demandem cuidados especiais) e até a necessidade de acompanhar seu parceiro nos cuidados em saúde, retira desta mulher o tempo para frequentar os espaços de cuidado dentro do equipamento.

O papel de cuidadora, por vezes, também é um obstáculo para a mulher exercer uma função remunerada e, conseqüentemente, ter recursos financeiros para se deslocar e manter-se em tratamento. Soma-se a este contexto o fato do ambiente do CAPS AD ser considerado, pelas mães, inadequado para os filhos, o que inviabiliza ainda mais sua frequência.

[...]então muitas delas não tem dinheiro, por exercer esse papel de cuidado não consegue ter dinheiro para vir aqui (Entrevistada 10).

Porque pra elas é mais difícil acessar, tipo, diversas questões. Não só do sistema patriarcal, aí... mas é que às vezes, muitas vezes essas mulheres tão por ter que cuidar dos filhos, tão tendo que ir atrás de algum trabalho... Eu percebo que elas tem mais esse...esse movimento assim né, de tá em busca da sua melhoria, mas poucas...poucas são as mulheres que tão ali no CAPS (Entrevistada 4).

Outro elemento importante apresentado pelas entrevistadas é o fato dos parceiros das usuárias serem um importante regulador da frequência de mulheres no CAPS AD. O parceiro impacta de forma significativa na frequência e permanência das mulheres nos CAPS AD, na medida que sua inserção no equipamento está condicionada à autorização do seu companheiro. Há parceiros, de acordo com as entrevistadas, que não permitem que suas companheiras frequentem o serviço por medo delas denunciarem as violências sofridas ou por não acreditarem na eficácia do cuidado construído através do equipamento. Outra situação elencada é o fato de usuários de substâncias que cometeram violências contra mulheres, também usuárias de substâncias, frequentarem o mesmo CAPS AD e elas se ausentarem do espaço por medo de encontrar-se com o agressor.

Ah, é, violência sexual também né, atrapalha. É...[...no sentido de elas terem medo de pisarem o pé na rua, de, é, acontecer a mesma coisa que aconteceu antes né, de “ah, foi lá no CAPS que eu conheci essa pessoa e pode ter amigos dessa pessoa ali. E se contarem onde eu tô!” né, se elas estiverem se escondendo, né. Então tudo isso envolve também o medo de continuar o tratamento (Entrevistada 2).

O controle do companheiro sobre as vontades e ações das mulheres usuárias de

substâncias podem ser exemplificadas em alguns relatos compartilhados durante as entrevistas. Um deles é sobre uma mulher, usuária de álcool, que necessitava ficar em acolhimento no leito do CAPS AD para um cuidado intensivo, pois seu estado de saúde estava fragilizado. Ela encontra-se emagrecida e com sérios agravos de saúde. O companheiro só permitiu sua acolhida se pudesse dormir na porta da UBS, que é próxima ao CAPS onde ela encontrava-se em tratamento e, assim, poder observar se ela realmente estava no espaço.

No entanto, as participantes da pesquisa também apontaram que, em determinados contextos, o parceiro pode ser um incentivador para que a usuária acesse o serviço. Por vezes o companheiro, seja por reconhecer a necessidade da mulher ser cuidada ou por ele mesmo estar em acompanhamento, incentiva a mulher a participar dos atendimentos e atividades desenvolvidas pelo CAPS AD.

O apoio do companheiro né, o apoio familiar, esse reconhecimento de fato que esse uso tá trazendo prejuízos né, isso tudo ajuda bastante. A gente consegue trabalhar de uma forma mais resolutiva, positivamente ali, quando a pessoa reconhece. (Entrevistada 5).

Outro entrave para a chegada e permanência de mulheres no CAPS AD é ausência de uma prática de cuidado que considere o viés de gênero e o fato do equipamento ser um ambiente prioritariamente masculino. As entrevistadas apontam que devido o funcionamento do serviço desconsiderar o recorte de gênero ou restringí-lo ao ciclo gravídico puerperal dificulta a implementação de um cuidado que atenda às demandas das usuárias e, conseqüentemente, às afastam dos CAPS AD.

Tá! O CAPS AD, historicamente, é um serviço que não pensa em mulheres. Não pensamos em mulheres, né! Até mesmo, é, temos muita dificuldade, eu acho, de enxergar essas mulheres, elas estão aparecendo mais e, e eu acho que isso tá exigindo mais de nós. Assim, eu tô dizendo enxergar estas mulheres, mas é que eu acho que enxergar estas mulheres num outro contexto, pra além de saúde reprodutiva né, de...de saúde sexual, de uso, olhar essas mulheres, quem são essas mulheres, porque que tão aqui, o que que elas querem e o que elas, né... o que que a gente pode oferecer pra elas! [...]Porque a gente vai muito no padrãozinho né, do que que é colocado, ai, saúde reprodutiva, é, evitar gestação, é...acompanhar essa criança, o filho abrigado, tudo um pouco desse cotidiano que a gente não tem muito o...o hábito de escutar de fato essas mulheres! E de terem espaços seguros que propiciem isso, porque às vezes essa mulher também, tipo, sabe que ela não pode ficar falando disso por todos os cantos (Entrevistada 11).

Por fim, outros fatores foram levantados, mas de forma pontual durante as entrevistas. Porém vamos citá-los pois foram mencionados enquanto entraves para a chegada e permanência de mulheres no serviço.

O primeiro seria a ausência de centros de acolhida em um dos territórios dos CAPS AD, o que inviabilizou a permanência de mulheres em situação de rua na região.

Em outro CAPS AD, outra profissional aponta que a limitação quanto ao uso do cigarro de nicotina durante a acolhida ocasionava, devido à abstinência e fissura, a desistência de alguns usuários. Por fim, foi pontuada por uma das entrevistadas a dificuldade dos profissionais de lidarem com o “ganho secundário”, ou seja, quando as usuárias aderem ao serviço com a intenção de alcançar algo, como o acesso a medicação, por exemplo.

Sempre chega no CAPS com a intenção, e aí olha como fica difícil também, porque a relação transferencial com ela vai ficando muito difícil porque ela sempre vai nessa perspectiva do ganho né, sei lá, a gente não lida muito bem com esse ganho secundário né, todo mundo tem ganho secundário com algo, mas eu sinto que a gente tem dificuldade de...lidar com isso. E aí ela vinha pro serviço muito nessa intenção de querer remédio, querer benzo (Entrevistada 11).

Apesar de tantos desafios, as profissionais também elencaram um elemento que corrobora para a adesão e permanência de mulheres no CAPS AD que seria o acolhimento. A palavra “acolhimento”, por ter diversos significados, pode tornar-se vazia, para tanto traçamos através das vozes das profissionais o que implicaria este conceito.

Um ponto de partida seria compreender que ele estaria relacionado a uma postura profissional onde, a partir de uma escuta qualificada e sem julgamentos morais, que proporciona um espaço seguro para as usuárias compartilharem sobre suas vivências e demandas e, assim, construir Projeto Terapêutico Singular factível. Esta escuta também perpassa por uma atenção às necessidades desta usuária para além do uso de substâncias, compreendendo ela enquanto um ser plural e complexo e com uma existência que ultrapassa sua relação com a droga.

Por fim, as entrevistadas pontuam que, para que o acolhimento ocorra, o profissional precisa distanciar-se de uma postura formal e possibilitar a escuta da usuária independente de suas condições. Vale ressaltar que uma das profissionais menciona a dificuldade dos técnicos de assumirem uma postura mais informal e que este lugar causa um sentimento de insegurança, já que a identidade profissional traz uma certa proteção, especialmente emocional e subjetiva, na relação com a usuária.

É... acho que elas voltam por isso, assim né, porque elas não são julgadas! Acho que tirando essas mulheres e o uso de substância, na sociedade a mulher já é muito julgada né, por qualquer coisa que seja, uma mulher que faça o uso de substância, enfim, ou passando por uma situação mais complicada, são...são muitas vezes mais julgadas e aqui elas encontram uma...um outro espaço, né! Um espaço de acolhimento, é um espaço de entendimento, é...é poder tá como elas quiserem né, a gente fala que tem que vir quando tá bem, mas tem que vir mais ainda quando não tá, né (Entrevistada 3).

O que debatemos neste tópico encontra ressonância em outras pesquisas, tendo

em vista que as mesmas apontam elementos importantes, que também foram encontrados no nosso estudo, que atravessam a adesão da mulher que usa drogas, quais sejam: o estigma e a norma de gênero.

Socialmente, o indivíduo que usa substâncias já sofre com a marginalização social e preconceitos, quando o uso de substâncias é realizado por mulheres o estigma se agrava pois, além da categorização enquanto crime, o uso de drogas fere diretamente o papel social imposto às mulheres, especialmente quando mães (BOLZAN, 2015). Esta compreensão pode ser exemplificada na fala das nossas entrevistadas, quando elas mencionam a ausência de mulheres nos CAPS ADs devido à vergonha e o medo de serem percebidas enquanto usuárias de substâncias, receio este que se agrava quando essas mulheres são também mães.

A experiência com o estigma, discutida por Bolzan (2015) pode ser compreendida como fruto da desigualdade de gênero e o rompimento com as normas de gênero pelas mulheres usuárias de drogas. Porém, além do estigma, as normas de gênero atravessam de forma mais ampla a chegada e permanência das usuárias no CAPS AD, especialmente quando se expressam no papel de maternagem, ou cuidadora, socialmente imposto às mulheres.

Heise, *et al.* (2019) aponta em seu trabalho que o lugar de cuidadora associado ao papel de gênero feminino podem ocasionar adoecimentos físicos e mentais. Apesar da autora usar como exemplo o cuidado com pacientes crônicos, podemos compreender que a função de cuidadora imposta às mulheres usuárias de substâncias também provoca adoecimentos na medida que impede seu acesso à assistência em saúde. Além disso, Heise, *et al.* (2019) também menciona a economia do cuidado, onde mulheres assumem o trabalho de cuidadora, mas sem retorno financeiro. Como esta função é considerada intrínseca à mulher, geralmente não é monetizada, apesar de limitar a possibilidade da mulher de buscar uma atividade remunerada, tendo em vista o tempo e disponibilidade necessária para cuidar de filhos, pacientes crônicos, etc.

A constatação das autoras também se reflete na realidade das usuárias de substâncias, tendo em vista o que as profissionais expressaram nas entrevistas referente à dificuldade de frequência nas atividades do CAPS AD. Como dito anteriormente, as mulheres que necessitam cumprir a função de cuidadora da família, devido ao tempo ou recursos financeiros, por vezes ficam impedidas de receberem a assistência em saúde necessária.

No entanto, vale ressaltar que as normas de gênero, de acordo com Heise *et al.*

(2019), apesar de, por vezes, serem restritivas, podem atuar como fator de proteção em saúde, especialmente quanto ao uso de substâncias e cuidados em saúde sexual e reprodutiva.

Essa dinâmica apresentada por Heise *et al.* (2019) está demonstrada em nossa pesquisa em duas situações. A primeira se dá quando as entrevistadas mencionam a busca de atendimento no CAPS AD por mulheres que desejam recuperar ou manter a guarda de seus filhos e a segunda seria quando as profissionais discorrem sobre o impacto do parceiro no acesso e permanência destas mulheres no equipamento.

A necessidade da mulher em corresponder a uma imagem de mãe pode levá-la a cuidar de si, seja pela via judicial, quando a guarda da criança está condicionada à sua frequência no CAPS AD, ou pelo seu desejo pessoal de corresponder a esse ideal. A imagem social de uma boa companheira, que atende aos desejos do parceiro e lhe é submissa também pode operar como fator protetivo, quando o companheiro valida a necessidade deste cuidado em saúde ou até mesmo adota uma postura mais ativa, levando a mulher até o equipamento de saúde. Portanto, a interferência do parceiro mencionada anteriormente, assim como o papel social impostos às mães, têm um impacto ambíguo como motivador para busca de cuidado pela mulher, podendo impactar de forma positiva ou negativa na chegada dela ao Sistema de Saúde.

Considerando esse contexto, a postura acolhedora mencionada pelas entrevistadas e que se aproxima do que preconiza Bolzan (2015) é fundamental para o desenvolvimento de um cuidado em saúde equânime e integral para mulheres usuárias de substâncias. A autora, ao discorrer do que seria uma atitude de acolhimento, menciona a importância dos profissionais de saúde não limitarem sua escuta ao uso de álcool e outras drogas, mas estarem atentos a outras demandas de saúde e singularidades das mulheres atendidas. Necessidade esta também evidenciada nas falas das entrevistadas.

Além disso, Bolzan (2015) aponta a postura ética, respeitosa e não impositiva ao escutar usuárias de substâncias como positiva no processo de cuidado, pois potencializam a vinculação das mulheres com os profissionais e os serviços de saúde. Para tanto, é necessário um investimento na capacidade do sujeito assistido de vivenciar seu potencial e sua própria autonomia. Para tanto, o profissional é desafiado a lidar com a diferença do outro e com o deslocamento do seu lugar de suposto saber.

5.1.4. Estratégias para adesão e permanência de mulheres no CAPS AD.

Tendo em vista os desafios advindos da desigualdade de gênero, apresentados no tópico anterior, os CAPS ADs participantes da nossa pesquisa desenvolveram alguns mecanismos para favorecer a chegada e permanência de mulheres no equipamento.

Algumas das estratégias apontadas pelos profissionais para facilitar o acesso dessas mulheres foi a criação de espaços de cuidado exclusivo para elas. Dentre esses espaços foram citados grupos verbais onde, a partir de diversas metodologias, mulheres compartilham sobre suas experiências a partir da fala, como também grupos de autocuidado, seja através da estética (corte de cabelo, maquiagem, etc) ou das Práticas Integrativas (Auriculoterapia, Reiki, etc).

Importante ressaltar que, além da criação de espaços exclusivos para mulheres, a adequação destes à dinâmica das usuárias foi mencionada nas entrevistas. Para tanto, a flexibilidade quanto ao horário e frequência para participação, como a possibilidade de levar o filho ou pessoa que esteja sob o cuidado da mulher assistida mostraram-se como fatores determinantes para a vinculação destas mulheres com os profissionais e o serviço.

O efeito positivo da criação de espaços de cuidado exclusivos para mulheres usuárias de substâncias também é apresentado no estudo de Pierry *et al.* (2021). Em sua pesquisa realizada com 14 mulheres assistidas em um CAPS AD, a autora evidencia o sentimento de pertencimento construído nesses ambientes, especialmente por essas mulheres encontrarem-se com suas pares e se distanciarem do constrangimento de estarem em um ambiente predominantemente masculino. Além disso, os relatos das entrevistadas sobre a adequação desses espaços coletivos à rotina de mulheres que, apesar do uso de substâncias, muitas vezes assumem a responsabilidade da manutenção do lar e do cuidado com a família também encontrou ressonância nas discussões levantadas por Pierry *et al.* (2021).

Em uma realidade na qual as mulheres, por vezes, têm uma dupla jornada de trabalho e ocupam papel de cuidadoras de seus filhos e/ou familiares, o Caps aparece como um local de produção de saúde, de ajuda e de transformação. Assim, nota-se que é fundamental manter esse espaço atrelado às necessidades dessa população, pois algumas mulheres abandonam o tratamento devido a compromissos em suas vidas pessoais, o que geralmente não acontece com a população masculina, que pode se dedicar inteiramente a sua saúde” (Pierry *et al.*, p. 9, 2021).

Além da criação de espaços exclusivos para mulheres, o acompanhamento das usuárias por uma profissional do sexo feminino e a vinculação do equipamento com a

CDCM (Centro de Defesa e de Convivência da Mulher)², mostraram-se importantes pro engajamento das mulheres no cuidado. Isto se dá, de acordo com as entrevistadas, pelo fato das mulheres sentirem-se mais acolhidas pelas suas pares, no caso profissionais mulheres. A articulação com equipamentos como a CDCM também é positiva, na medida que promove um ambiente de maior cuidado e segurança, tendo em vista que mulheres que usam substâncias, em sua maioria, são vítimas de diversas violências.

Por fim, os atendimentos em território também são uma estratégia importante para vinculação destas mulheres com o CAPS AD, especialmente as que estão em situação de rua. De acordo com as entrevistas, os Redutores de Danos e o Consultório na Rua desempenham um papel fundamental na aproximação entre o serviço e as usuárias ao articularem atendimentos no próprio território.

O atendimento em território também se dá pelas visitas domiciliares (VDs) realizadas pelos profissionais do CAPS AD, às vezes em parceria com as UBSs. As entrevistas demonstram a relevância das VDs especialmente quando a mulher está impossibilitada de frequentar o equipamento, seja por medo, vergonha ou por sua condição. Soma-se à isso a designação de um profissional de referência para acompanhar diretamente a usuária tornando-se responsável pela condução e acompanhamento do seu Projeto Terapêutico Singular, o que também é valorado de forma positiva para a adesão das mulheres ao cuidado no CAPS AD.

Então muitas vezes a gente faz o que, a gente começa a atender esse usuário no...na localidade mesmo, ali ou debaixo do viaduto, ou na calçada, ou na barraca, onde ele está. E aí a gente leva pra reunião, a gente tem uma reunião interna uma vez na semana né, com toda a equipe[...] e a gente leva esse caso, a gente discute esse com a equipe, onde um dos técnicos né, de nível superior vai estar, é...pegando como referência[...] E, ao invés de ele vir até o CAPS, o CAPS vai até ele. Então, tanto o redutor de danos quanto esse técnico de nível superior vai estar atendendo esse usuário no local de origem, no território de origem e pensando nas estratégias de redução de danos, o que que o...este território também oferece.(Entrevistada 9).

Portanto, a compreensão da atuação do serviço para além do próprio espaço físico do CAPS AD, é, de acordo com as entrevistas, uma estratégia fundamental para aproximar mulheres usuárias de substância do cuidado em saúde.

5.2. Uso de substâncias e vulnerabilidades: uma perspectiva de gênero.

² O Centro atende mulheres vítimas de violência e seus familiares, construindo estratégias de prevenção e rompimento do ciclo da violência. Além de atendimento e encaminhamentos, o espaço funciona como centro de convivência e desenvolve atividades voltadas para este público (PREFEITURA DE SÃO PAULO, 2022).

Iniciaremos este capítulo trazendo a perspectiva de uso de substâncias utilizada por Malheiro (2020) em sua pesquisa etnográfica realizada com vinte mulheres usuárias de crack residentes em Salvador/BA. A autora, em seu trabalho, evidencia o uso de substâncias enquanto contextual, atravessada pela cultura, rede de apoio social, história de vida e, conseqüentemente, pela dinâmica das relações de gênero e suas desigualdades.

Rompendo com a perspectiva restrita de abordar o uso de substâncias pela ótica biologicista e farmacológica, a autora nos permite construir reflexões sobre as singularidades de ser mulher(es) usuária de substâncias, compreendendo aqui a perspectiva de gênero como interseccional, ou seja, permeada por outros marcadores sociais como raça, classe social, etc. Partindo dessa contextualização teórica, abordaremos neste capítulo os seguintes tópicos para discussão: Motivadores para o uso, O uso sob a ótica de gênero e Vulnerabilidades e situações de risco.

5.2.1 Motivadores para o uso

Durante as entrevistas, as profissionais listaram, com base em suas experiências, os fatores motivadores ou influenciadores para um relacionamento abusivo com substâncias. Alguns pontos comuns destacados pelas profissionais incluíram a não conformidade com a norma de gênero, a violência de gênero, o processo de socialização, o enfrentamento de sentimentos de frustração e a falta de moradia como fatores que podem agravar o uso problemático de drogas.

De acordo com as entrevistadas, uma expressão do rompimento com as normas sociais de gênero enquanto um dos fatores para o uso problemático de drogas relaciona-se às usuárias de substâncias que iniciaram ou retomaram o uso abusivo de substâncias após terem sido impedidas de vivenciar a maternidade. As entrevistas apontam que, por vezes, por não atenderem aos estereótipos do ser mãe, as usuárias que tiveram seus filhos abrigados ou a guarda delegada à outra pessoa, encontram nas drogas o recurso para lidar emocionalmente com as implicações deste processo.

Vivenciar a maternidade, especialmente no contexto de uso de substâncias, é uma experiência complexa atravessada pela perda do filho, estigmas, dentre outros desafios. Portanto, reconhecendo os diversos desdobramentos que podem advir da discussão deste tema e a necessidade de um olhar específico para ele, dedicaremos um capítulo para abordarmos este tópico.

Eu acho que motivação é diferente... então o que leva, o que levam essas mulheres a fazer um uso muito abusivo de substâncias é, geralmente, tipo, os motivos né, são diferentes dos homens. Geralmente... engraçado porque a questão da maternidade, de não sustentar, não conseguir exercer a função da maternidade é uma coisa que aparece muito! Muito como um disparador pra o uso muito abusivo de substância entre as mulheres assim, é um...é algo que eu vejo que acontece bastante, então do tipo, é isso né, essa usuária tem um filho que, é... que né, que tá... às vezes ela não tá dando conta de fazer essa função materna e aí uma forma de lidar com esse sofrimento é intensificar o uso, né. [...] eu acho que isso tem a ver com uma questão muito social mesmo, eu acho que tem questões subjetivas, mas isso é muito social né, de...quais são as exigências sociais que são impostas às mulheres, quais são os papéis que são impostos, né! (Entrevistada 11).

Para os homens, de acordo com as entrevistas, a não correspondência à norma de gênero e seus desdobramentos, como a perda do emprego e o não cumprimento da função de provedor, faz com que eles tenham uma relação abusiva com as drogas para lidar com a frustração de não atender às expectativas da masculinidade.

Outra interlocução importante entre a norma de gênero e o uso de drogas evidencia-se na medida em que as entrevistadas, reiteradas vezes, pontuaram a facilidade de mulheres expressarem e lidarem com suas emoções, mas, em contrapartida, esta é uma dificuldade presente nos homens e os leva a usarem substâncias para conseguirem expressar-se. Esta perspectiva se reforça na medida em que as profissionais elencam também luto, perdas afetivas, dentre outros acontecimentos emocionalmente marcantes, como disparador para o início ou retomada do uso problemático de substâncias por homens.

então são históricos, assim, né, Yárita, de muitas perdas, perdas, perdas e perdas, então o homem ele não tem uma maturidade tão boa de lidar com uma perda quanto uma mulher, eu avalio muito isso porque quando a gente vai buscar informação, eu, pelo menos, no meu atendimento inicial de abertura de prontuário, eu questiono: qual foi o gatilho pra você começar o uso, o que que aconteceu, né? Então, é sempre respostas assim ó: Ah, perdi minha mulher em acidente de carro, Ah, perdi minha mãe em tal situação, Ah, perdi fulano, perdi ciclano, perdi um relacionamento muito importante. Então o homem pra lidar com a perda, é difícil (Entrevistada 2).

As falas das profissionais acima nos remontam o debate levantado por Queiroz e Prado (2018) ao discorrerem sobre o uso de substâncias por homens como ferramenta para lidar com perdas ou experiências emocionalmente intensas. Expressar emoções, sofrimento ou necessidade de apoio são comportamentos compreendidos como femininos, o que dificulta que homens que tentam atender as expectativas de uma masculinidade expressem seus sentimentos, suas demandas e busquem cuidado. Esta dificuldade, por vez, torna-se também uma barreira para que estes homens busquem assistência em saúde, especialmente em saúde mental, tendo em vista que dentro dos

valores da masculinidade demonstrar fragilidade, mesmo quanto à saúde, tem valor negativo. Estas normativas de gênero, portanto, acabam gerando adoecimentos, dentre eles o uso abusivo de substâncias.

Também foi expressivo no discurso das entrevistadas a violência de gênero enquanto punição da não conformidade à uma norma de gênero, em especial a violência física e sexual contra mulheres, e a droga como forma de lidar com elas. De acordo com as profissionais entrevistadas, para além de ser um disparador para o uso problemático de drogas, a violência atravessa de forma ampla as experiências, o contexto e a cultura de uso de substâncias por mulheres.

É... questões de violência, isso também aparece muito, então as mulheres que fazem uso de substância pra suportar situações de violência ou pra responder à situações de violência, é, ou pra anestesiá-las (Entrevistada 11).

A violência de gênero, como apontam as profissionais entrevistadas, também está presente no contexto familiar, tanto na forma da violência física e sexual, como também enquanto abandono da mulher por parte dos familiares. O abandono familiar dá-se tanto pelo silenciamento diante da violência sofrida, como também pelo rompimento de vínculo e a negação de apoio quando a mulher começa a usar substâncias ou tem uma relação abusiva com elas.

É... algumas das situações são, é...é, essas situações conflituosas que ocorrem na vida né, desde cedo né, então, por exemplo, a criança, sei lá, que teve uma relação difícil, de uma família violenta, de pais agressivos, de pais que maltratavam né, elas vão crescendo com aquela questão né, ali, que não trabalhou, que ela não conseguiu assimilar né (Entrevistada 13).

Um relato emblemático compartilhado pelas profissionais entrevistadas ilustra os impactos do abandono familiar e da negligência com uma vítima de violência como potencializadores para o uso abusivo de substâncias. O relato conta a história de uma adolescente, com idade entre 14 e 16 anos, que foi vítima de um estupro coletivo quando se encontrava gestante de seu primeiro filho. Ao relatar o ocorrido para a família, a fim de obter apoio, foi acusada de estar se relacionando com bandidos, já que ela estava envolvida afetivamente com um dos rapazes que participou da violência. Além disso, apesar de afirmar estar gestante antes do estupro, os familiares e a comunidade acreditavam ser a gestação decorrida desta violência. Sob os olhares de julgamento da comunidade e da família, desamparada emocionalmente para lidar com a gestação e a violência sofrida, a adolescente passa a usar substâncias para lidar com o sofrimento.

A experiência das usuárias com o consumo de drogas como forma de lidar com o sofrimento advindo das violências, conforme compartilhado pelas entrevistadas, também é discutida pela pesquisa de Malheiro (2020). De acordo com a autora, a violência, na medida que é uma das causas para que mulheres iniciem o uso problemático de drogas, também retroalimenta esse uso tendo em vista que o estigma e demais vulnerabilidades, somados ao desamparo pelas redes de assistência em saúde e sociais, perpetuam outras diversas violências de gênero e reforçam o uso de substâncias como forma de lidar com o sofrimento. A droga, nesse contexto, produz efeitos de anestesia e prazer, o que faz com que as usuárias esqueçam do trauma momentaneamente (Malheiro, 2020).

A droga além de ter a função de lidar com a quebra das expectativas sociais e as violências de gênero, também cumprem um papel importante no processo de socialização. Enquanto homens utilizam substâncias para pertencer a um grupo de amigos, as mulheres, de acordo com as entrevistas, geralmente as consomem para acompanhar seus parceiros e manter a relação com eles.

É... socialização! Então, as mulheres também, mas os homens eu percebo que tem muito disso, assim, do, do...de que estar ali no espaço coletivo com outros homens implica em fazer um uso muito abusivo também, né (Entrevistada 11).

Quanto ao uso de substâncias por mulheres, as entrevistadas apontam o parceiro como aquele que disponibilizou a substância à mulher para seu primeiro uso, tendo influência, portanto, no início da relação desta com a droga. As entrevistas nos apontam, também, que o companheiro atua não somente no início do uso, mas como regulador dele, tendo em vista que para manter o relacionamento algumas usuárias também mantêm o uso para acompanhar o modo de vida do parceiro.

Então ela, minimamente né, porque o uso dela era só pra poder, como que eu posso dizer...pra... pra acompanhar o parceiro, pra poder tá inserida nos grupos, pra poder falar assim "ó, eu fumo e eu posso fumar com você! Eu bebo e eu posso beber com você!". Tipo assim, "eu sou bacana, eu sou legal!" (Entrevistada 9).

Por fim, ainda sobre o sentimento de pertencimento e a necessidade de socialização, uma das entrevistadas aponta a oferta de drogas para as novas usuárias do CAPS AD. Essa oferta se dá através dos usuários já acompanhados no equipamento como forma de inclusão desta usuária no grupo, mesmo que esta esteja em processo de reduzir o consumo de substâncias. Através da oferta e da aceitação da substância, estabelece-se, então, vínculos e constrói-se uma comunidade entre as pessoas que frequentam o CAPS AD.

Portanto, podemos compreender, a partir das narrativas das entrevistadas, que há também desigualdades de gênero expressas nos valores e necessidades de socialização e pertencimento. Pois, no caso dos homens sua necessidade consiste em pertencer a um grupo de outros homens, seus pares, enquanto para as mulheres esta necessidade liga-se a seu parceiro.

Este fenômeno também está presente nas pesquisas de Malheiro (2020) e Queiroz (2015). Assim como as entrevistadas, as usuárias participantes da pesquisa de Queiroz (2015) tiveram sua primeira experiência com o uso de drogas através da oferta da substância pelo parceiro. Já o parceiro enquanto regulador do uso, conforme narrado pelas participantes da pesquisa, também é abordado por Malheiro (2020). A autora debate sobre o parceiro afetivo como regulador do uso da substância, na medida que a imposição à mulher de um papel social dentro da relação (de cuidadora, subserviente, etc.) pode levá-la a consumir maior ou menor quantidade da substância, em maior ou menor frequência, a partir das demandas que este papel lhe impõe.

No que diz respeito ao público masculino, Zanello (2018) aponta alguns dispositivos validadores das masculinidades, dentre eles a aprovação por outros homens, mecanismo explicitados pelas entrevistadas quando relatam o processo de uso de substâncias como forma de pertencimento e afirmação de masculinidade perante um grupo de homens.

[...] ou seja, as masculinidades são construídas simultaneamente nas relações de poder de homens entre homens e dos homens em relação às mulheres. Ela não é fixa, mas histórica e, portanto, sempre fruto de tensões e conflitos (ou cumplicidade) com outras masculinidades (ZANELLO, 2018, p. 224).

Outro aspecto discutido pelas entrevistadas em relação aos motivadores para o uso abusivo de substâncias diz respeito à dificuldade das pessoas que consomem drogas em lidar com o sentimento de frustração e situações de tensão. Isso pode ocorrer tanto no ambiente de trabalho, quando há pressão por metas e tarefas a serem cumpridas, quanto em momentos de rompimento de relacionamentos ou, até mesmo, no caso de mulheres, a frustração por não alcançar o estado de abstinência, o que potencializa o uso abusivo de substâncias.

Mas essas pessoas, geralmente, que já fazem uso da droga, tem dificuldade enorme de lidar com a frustração né, aí já fazem o uso, quando acontece uma coisa dessas o negócio piora ainda mais né pra poder suportar a situação. É bem delicado mesmo (Entrevistada 7).

Além do que já foi discutido até o momento em relação aos fatores desencadeantes do uso abusivo de substâncias, as entrevistas destacam o contexto de

peessoas em situação de rua como um outro fator motivador desse uso abusivo. Conforme relatado pelas profissionais entrevistadas, o contexto de rua envolve diversas formas de violência e vulnerabilidades. É relevante ressaltar que a situação de rua, especialmente no caso das mulheres, de acordo com as entrevistadas, pode ser resultado do uso de substâncias e da ruptura dos laços familiares, atuando como um elemento que perpetua essa relação abusiva com as drogas.

[...] muitos deles falam, mesmo os homens né, quando tá na rua o uso é muito maior, os riscos são maiores né. Ou usa pra aguentar ficar, pra aguentar ficar na rua(Entrevistada 4).

As narrativas das entrevistadas encontram ressonância na pesquisa etnográfica de Malheiro (2020). Tanto as usuárias acompanhadas pelas entrevistadas, como as companheiras de pesquisa da autora compartilham o contexto de rua, advindo do abandono familiar e/ou uso de substâncias. De acordo com a autora, o abandono familiar, por vezes, conduz as mulheres, além do uso de substâncias, para a situação de rua, seja devido a quebra de vínculos ou a necessidade de proteção quanto às violações sofridas dentro de casa. Além disso, as mulheres encontram-se também vulneráveis, quando estão em situação de rua, a sofrerem violências físicas e sexuais o que, por sua vez, reforça ou leva ao uso intenso de substâncias, dinâmica essa que também pode ser observada na fala das entrevistadas.

Malheiro (2020) também aponta que o uso de substâncias por mulheres em situação de rua possui tanto a função de socialização, como também opera enquanto estratégia de proteção na medida que esta (em específico o crack), deixa os usuários em estado de alerta, possibilitando que reajam a situações de risco e violência com prontidão.

Assim, a partir das discussões levantadas neste tópico, podemos compreender como as normas de gênero e os ideais de masculinidade ou feminilidade podem atuar enquanto fator protetivo ou de risco nos processos de saúde e adoecimento (GUPTA *et al.* 2019). Fator de risco, na medida que a substância opera como forma de lidar com as violências de gênero e protetivo, por exemplo, quando a imposição de um papel social à mulher, dentro de um relacionamento, influencia uma relação menos danosa desta com a droga.

5.2.2 O uso sob a ótica de gênero

De acordo com as entrevistas, as mulheres lidam com as consequências de maior estigma devido ao uso de substâncias. Ao assumirem um papel eminentemente masculino ao usar droga estimulam contra si preconceitos que ocasionam sofrimento, mas, concomitantemente, a performance de usuária de substância se expressa como resistência aos padrões sociais impostos às mulheres (QUEIROZ, 2015; MALHEIRO, 2020). Portanto, compreender o uso de substâncias a partir do recorte de gênero é fundamental para construirmos práticas em saúde eficazes e coerentes com as demandas e singularidades de cada público. Para tanto, iremos articular as diferentes experiências com o uso de drogas e a perspectiva de gênero, a partir de alguns pontos: 1) a percepção sobre a droga, 2) padrão de uso e efeito, 3) vivência da maternidade e 4) rede de apoio.

De acordo com as entrevistadas, as usuárias, ao buscarem os serviços de saúde, não elencam a substância como problema principal. As demandas apresentadas pelas usuárias acompanhadas pelas profissionais relacionam-se, principalmente, à sofrimentos devido às violências de gênero ou a dificuldade de corresponder às funções e papel social imposto à mulher, enquanto cuidadora e mantenedora da integridade e bem-estar da família. Já os homens, ao buscarem assistência social ou em saúde, focam no uso da substância enquanto necessidade de cuidado. Ou seja, os impactos sociais e psicológicos, enquanto motivadores e desdobramentos do uso de substâncias, levavam as mulheres a procurarem atendimento, já os homens o buscavam a partir de danos na saúde física ou perda de capacidade de trabalho.

“Que eu tô mal, não tô conseguindo cuidar dos meus filhos, não consigo dar conta da vida...” e aí a partir desse lugar de sofrimento, aí aparece a história da droga, né. Como se não fosse a causa primária né, mas o homem traz a droga como causa primária do seu cuidado, a mulher não, a mulher traz como causa primária o sofrimento[...]O homem nem conseguem entrar em contato com esse lugar de sofrimento, demora muito ainda de conseguir que esse homem tá... fale do que ele tá perdendo por conta do uso, né, elas já chegam dizendo isso. (Entrevistada 3).

Podemos apreender, portanto, que o uso de drogas não era percebido pelas mulheres como problema central de sua necessidade de cuidado. As consequências advindas das violências de gênero (explícitas ou não), o cuidado com o outro e o não cumprimento das funções do lar e da maternidade eram expostos enquanto as principais demandas dessas usuárias. Esta dinâmica evidenciada nas entrevistas demonstra como as normas de gênero (HEISE *et al.*, 2019), operam na percepção do adoecimento pelos indivíduos e na busca de assistência, tendo em vista que homens e mulheres apreendem a necessidade de cuidado a partir da incapacidade ou dificuldade de atender a essas normas.

Outra diferenciação que iremos pontuar, a partir da perspectiva de gênero, seria quanto ao padrão de uso. De acordo com as entrevistadas, as mulheres possuem um padrão de uso intenso, consumindo quantidades maiores de substância, com intervalos de abstinência ou redução do uso.

Podemos perceber, portanto, a partir dos relatos das profissionais, um uso cíclico de substância pelas usuárias onde elas fazem um uso intenso e ininterrupto e, após as consequências advindas deste período, elas são tomadas por um sentimento de culpa e costumam entrar em um período de uso mais controlado ou até abstinência. Já os homens tendem a ter um uso crônico, ou rotineiro, porém consumindo quantidade menores de droga. A substância, no que se refere aos usuários do sexo masculino, é inserida e normalizada em sua rotina, já o padrão de uso das mulheres pode ser compreendido como um uso disruptivo, ou seja, as suas consequências ganham evidência em comparação com o período de abstinência ou menor uso.

Então por isso que eu acho que o uso é mais intenso porque, é... as consequências são bem maiores do que a dos homens, sendo que eles usam todos os dias. [...] Ah, elas ficam desorganizadas, elas ficam nuas, aí elas ficam... defecadas, elas ficam todas sujas, aí depois elas ficam envergonhadas, se sentindo mal, baixa estima... aquela né, o discurso de que vai mudar, "meu deus porque aconteceu isso comigo, como que eu deixei chegar nessa situação!". Aí depois elas ficam bem, aí depois volta tudo de novo, diferente dos homens, que a gente já sabe que é todo dia isso... só que não tem esse... essa consequência que eu acho que é grave, eles não tem o arrependimento (Entrevistada 8).

A culpa, a vergonha e o estigma que pesa sobre as mulheres usuárias de drogas também atravessa outra singularidade da experiência do uso de substâncias, de acordo com o que foi apresentado durante as entrevistas. Diferentemente dos homens que praticam o uso de drogas, especialmente o álcool, de forma social e explícita, as mulheres costumam consumir substâncias em ambiente privado e com pessoas específicas. As profissionais entrevistadas também mencionam que, devido ao preconceito, as usuárias têm mais dificuldade de expor livremente sobre seu uso de drogas, apesar de, como dito anteriormente, as mulheres terem facilidade de compartilhar sentimentos, experiências pessoais e assuntos íntimos.

eu percebi que homens tem um uso mais social de substâncias, mais externo a casa e as mulheres fazem o uso, principalmente mulheres alcoolistas, fazem o uso mais dentro de casa [...] Que... e dos homens eu percebo que é um... é um pouco menos estigmatizado né, o uso, ele não é tão apontado, ele consegue fazer o uso social dentro de espaços socialmente mais aceitos [...] e isso, como um perfil, eu acho que faz diferença em relação até a gente conseguir identificar que talvez essas mulheres tenham um "problema" entre aspas né, mas uma questão em relação ao uso do que os homens, né. Muitas

vezes essas mu... a família nem sabe que essas mulheres são usuárias, né! Eu recebo muitas mulheres que falam "a minha família não sabe que eu tô aqui hoje, a minha família não sabe que eu uso" porque é algo, como se fosse mais tabu, pra mulher, mais escondido e pro homem, né, tá tudo bem. (Entrevistada 1).

Bolzan (2015), em seu estudo, reforça a compreensão das participantes da pesquisa sobre as normas de gênero e o padrão de uso de substâncias. A autora, assim como a entrevistada citada acima, aborda o aspecto privado do uso de substância por mulheres e complementa pontuando que esta qualidade da experiência de uso de drogas por mulheres constitui-se como uma barreira para o cuidado em saúde. Esta dificuldade no acesso à assistência em saúde dá-se pelo sentimento de vergonha das mulheres em assumirem-se enquanto usuárias de substâncias, tendo em vista o julgamento social.

Além disso, a dificuldade dessas mulheres em compartilhar sobre sua relação com a substância, de acordo com a autora, dificulta o desenvolvimento de pesquisas sobre esta temática. Esta dinâmica discutida por Bolzan (2015) também se mostra nas usuárias assistidas pelas participantes da pesquisa na medida em que elas são apontadas como tendo um uso mais privado e sigiloso e, portanto, mais difícil de ser identificado enquanto problema pelos equipamentos de saúde e familiares.

Em oposição, de acordo com as entrevistadas, os homens possuem dificuldades em expressar suas necessidades e afetos, mas têm abertura para compartilhar sobre seu consumo de drogas (quantidade, contexto de uso, efeitos, manipulação da substância, etc...). Portanto, em certa medida, podemos inferir que os danos devido ao uso de substâncias podem ser melhor manejados no caso dos homens. Já a construção de um PTS (Plano Terapêutico Singular) eficaz, alinhado e coerente com as demandas das mulheres encontra a barreira do estigma para que seja efetivado no cotidiano das usuárias.

Os efeitos ou função psicossocial das substâncias, de acordo com as profissionais, também é atravessada pelas normas de gênero. As mulheres utilizam drogas para lidar com as violências sofridas, como meio para “anestesiá-la” a dor, ou até mesmo como um mecanismo de punição/autodestruição mediante um sentimento de culpa. Já os homens usam pelo efeito de euforia e como prova da masculinidade.

É! Da empolgação, do prazer, de afirmar masculinidade, é, acho que até pode vir num lugar de anestesia de algumas coisas, mas vem num lugar de reforçar o quanto ele é homem, o quanto ele consegue, é o quanto ele... consegue fazer o que ele quer da vida dele, sabe nesse lugar da masculinidade tóxica até, né! Então o homem vai fazer uso de substância pra se sobressair, a mulher vai fazer o uso de substância, no geral, pra não sentir né, pra anestesiá-la, pra...pra aplacar uma dor que em nenhum outro lugar ela consegue ser aplacada, assim (Entrevistada 3).

Portanto, podemos observar, a partir do que foi compartilhado nas entrevistas, o uso de substâncias como dispositivo de legitimação da masculinidade. Este processo de legitimação explicita-se na necessidade dos homens de se sobressair e afirmarem sua autonomia e capacidade de realizar seus desejos, mesmo diante de sanções legais ou de outra natureza, conforme discorrido pelas entrevistadas.

Neste ponto retomamos Zanello (2018), no que a autora teoriza sobre as masculinidades. De acordo com sua obra, a masculinidade está sempre à prova, sem haver um meio ou ação que a legitime de forma definitiva, sendo assim, seja por exposição às situações de risco, violência, ou demais mecanismos, é imposto aos homens uma constante comprovação da sua superioridade na hierarquia de gênero.

Por fim, outro diferencial quanto ao padrão de uso de substâncias em articulação com a perspectiva de gênero, dá-se pelo seu efeito. De acordo com as entrevistas, enquanto as mulheres, apesar da relação abusiva com a droga, permanecem funcionais, realizando todas as atribuições que lhe são dadas para manutenção da casa e cuidado familiar. Em oposição, os homens que, ao abusarem da substância, têm dificuldade de cumprir suas tarefas e atender necessidades básicas do dia-a-dia como alimentação, higiene, dentre outras muitas vezes, inclusive, perdendo seu emprego por estar impossibilitado de exercer seu trabalho.

É... e também, algumas vezes as mulheres, é, dão uma segurada, um pouco mais, a gente até acha que tem menos métodos, mas elas...elas conseguem, é, além...apesar de usar, dá conta da casa, dá conta da vida, dá conta de tudo o que tem que fazer! O homem se entrega e vai, passa a noite, duas, três... acho que por conta de obrigações mesmo, né (Entrevistada 3).

Esta dinâmica evidencia a negligência sofrida pelas usuárias de substâncias por parte dos familiares e a reprodução do papel social de cuidadora, considerado inato à mulher e que compõe uma norma de gênero (HEISE *et al.*, 2019). Neste sentido, percebemos que as normas de gênero operam de forma tão significativa nas mulheres que, apesar de adoecidas e necessitadas de cuidado, elas permanecem atendendo as expectativas sociais impostas, enquanto cuidadoras e responsáveis pelo bem-estar dos familiares e dependentes.

A articulação entre a experiência de uso, gênero e exercício da maternidade também se apresentou como tópico relevante durante as entrevistas. De acordo com as participantes da pesquisa, apesar das mulheres se mostrarem aptas a garantir o bem-estar da criança ou terem rede de suporte próxima (seja da família ou equipamentos

sociais e de saúde), recorrentemente são impedidas de forma prematura de exercer a maternidade.

Outro ponto importante apresentado durante as entrevistas é a recuperação do vínculo familiar e o acesso a equipamentos de saúde devido à gestação. De acordo com as entrevistadas, as usuárias, ao engravidarem, recebem mais atenção dos equipamentos de saúde e dos familiares que têm interesse em resguardar o bem-estar do feto.

E aí quando ela começa a melhorar ela vai dizendo assim “*Ai é, eu tô só porque eu tô grávida né, mas e quando era só eu né, ninguém nunca se importou*”, então ela vai tendo essa reflexão também, sabe, a família que não aparece, que é só por conta do bebê, né. Que quando ela tava ligada com o companheiro...elas não tinham aparecido né, essa rede de...de família. Aí a família vai trazer alguns relatos, um pouco da história dela, do passado, né. (Entrevistada 4).

As entrevistadas também mencionam a maternidade como reguladora do uso de substâncias. De acordo com elas, algumas usuárias, ao engravidarem, diminuem ou até cessam o uso de substâncias para resguardar a integridade do feto. Outras mulheres, com filhos nascidos, organizam o uso a partir da rotina da criança, evitando usar a substância na presença dela.

E a outra falava, é... “chega o horário, perto da minha filha...eu espero meus filhos dormirem pra conseguir usar, porque eu sei que antes disso não dá! Porque eles vão ver, eles vão tá... eu vou tá sob o efeito, não vai dar certo!” (Entrevistada 1).

Estes relatos exemplificam uma discussão elaborada por Bolzan (2015). De acordo com a autora, a maternidade, quando desejada, atua enquanto regulador do uso da substância, seja pela redução do uso, abstinência e/ou limitação do uso ao momento que as crianças não estão no ambiente ou estão dormindo. Assim, podemos observar, a partir do que as profissionais compartilharam sobre usuárias acompanhadas pelos CAPS ADs da pesquisa, a resignificação do uso da substância a partir da maternidade.

Além disso, o papel social de mãe enquanto promotor de saúde também se apresenta através do interesse na manutenção do bem-estar do feto como um dispositivo de fortalecimento de uma rede de cuidado para mulheres. Apesar de partir da reprodução de uma norma restritiva de gênero (HEISE *et al.*, 2019), qual seja, o papel de mãe imposto à mulher e a priorização do bem-estar do feto³, a partir da gestação as

³ Utilizamos o termo feto, pois compreendemos que há uma diferença no olhar social a partir do nascimento e da passagem do status de feto para criança. Enquanto socialmente e institucionalmente há esforços e mecanismos para garantir a conclusão de gestações, muitas crianças, especialmente pobres e negras, são negligenciadas ao nascer. Ou seja, o valor e interesse de manutenção da vida, a depender do recorte de raça e classe social, restringe-se ao período de gravidez.

usuárias acompanhadas pelas entrevistadas, recebem mais atenção dos equipamentos de saúde.

No que tange os homens, diferentemente das mulheres, as entrevistadas mencionam que, apesar de usuários de substâncias, estes não sofrem sanções pelo Estado. Os usuários de substância conseguem vivenciar livremente a paternidade, contando com rede de apoio, geralmente a mãe da criança ou outros familiares, que se responsabilizam por suprir as necessidades e garantir o bem-estar desta e, por vezes, do próprio usuário.

Por fim, quanto ao uso de substância, a presença, ou ausência, de rede de apoio também foi apresentada nas entrevistas como um diferenciador entre homens e mulheres na experiência com uso de substâncias. A experiência de abandono das mulheres usuárias de substâncias fica evidenciada em um relato compartilhado durante as entrevistas.

A profissional compartilha sobre uma usuária idosa, 65 anos, usuária de crack e mãe de três filhos. Ela, no momento da entrevista, morava com um dos filhos enfermeiros e adequava seu uso a rotina dele, ou seja, fumava o crack apenas nas noites que ele estava de plantão. Apesar da convivência, nem o filho que residia com ela nem os demais identificam que a mãe é usuária de substâncias. Ela atribui isso ao fato de que ela cumpre normalmente os afazeres domésticos e ao fato do filho, com quem divide a residência, não interagir tanto com ela, mesmo quando está em casa. Ela infere que seu filho mais velho, que não mora com ela, sabe de seu uso pois o mesmo manda os netos para visitá-la quando ela está utilizando crack de forma intensa, a fim de regular seu uso. A usuária compartilha com a profissional entrevistada um sentimento de profunda tristeza por não se sentir “vista” pelos filhos.

Neste ponto, Albuquerque e Nóbrega (2016) confirmam os relatos das entrevistadas ao evidenciar, em sua pesquisa, o apoio familiar como um fator fundamental na adesão ao PTS e na frequência de mulheres no CAPS AD, bem como na concepção e implementação de outras estratégias de cuidado em saúde. Segundo o estudo realizado pelas autoras, das 44 usuárias do CAPS AD que participaram da pesquisa, 70,5% destacaram o apoio da família e amigos como facilitadores na busca por tratamento, o que ressalta a importância da rede de apoio comunitária e familiar na promoção da saúde das mulheres que fazem uso de substâncias.

5.2.3 Vulnerabilidades e situações de risco vivenciadas a partir do contexto de uso

de substâncias.

Sabe-se que a relação abusiva com as drogas pode acarretar diversos riscos e adoecimentos, sejam eles sociais, de saúde, dentre outros. No entanto, as entrevistas evidenciaram um aspecto em específico, o gênero, como um fator que diferencia os tipos de riscos vivenciados por homens e mulheres. Assim, a partir desta perspectiva, elencamos alguns tópicos para discussão, quais sejam: nível de exposição à vulnerabilidade, a exposição à violência, a dificuldade quanto ao gerenciamento dos riscos, a limitação quanto à gestão do cotidiano e a vulnerabilidade a adoecimentos em saúde mental associados ao abuso de substâncias.

Como ponto de partida para o debate é importante pontuarmos que, durante as entrevistas, a maior parte das profissionais elencaram as mulheres como público mais suscetível a situações de risco devido ao uso. Houve também, de forma pontual, profissionais que alegavam não conseguir fazer essa diferenciação a partir do gênero, e que as diferenças quanto à exposição aos riscos estariam relacionadas à condição física, estado de saúde e a faixa etária.

Olha, seria um público mais homens e mulheres mesmo, mas, assim, eu vejo que tem uma faixa etária específica, então não é qualquer faixa etária, seria a faixa etária de, por exemplo, de 30 a 60 anos. Então não é um público novo, é um público um pouquinho mais velho, então esse público mais novo faz o uso sem consequência nenhuma, mas o público mais velho, eles acabam tendo essa questão de meio que desistir da vida e se expor aos riscos (Entrevistada 2).

Este contexto, apontado nos discursos das entrevistadas, evidenciam as normas e hierarquia de gênero (HEISE *et al.*, 2019) (GUPTA *et al.*, 2019) como influenciadores nos riscos vivenciados pelas usuárias de substâncias, tendo em vista que as usuárias são demarcadas como mais vulneráveis a riscos advindos do contexto de uso de substâncias.

A violência sofrida por usuários e usuárias de substâncias também foi apontada como vulnerabilidade vinculada ao uso de drogas. As profissionais, de forma unânime, elencaram a violência, especialmente a física e sexual, como comportamento de risco vivenciado por mulheres. Em contrapartida, os homens expõem-se a situações violentas pelo desejo de obter a substância. Seu enfoque, de acordo com as entrevistadas, é suprir a fissura, mesmo que isto implique na não preservação da sua integridade física, social e psicológica.

E aí tem esses riscos aí, não tem um limite, num tem um pudor, vamo se dizer ali, o que ele achar que deve, o que ele achar que precisa fazer pra conseguir algum dinheiro aí, pra fazer esse uso da substância, ou até mesmo

não é nem o dinheiro né e sim a substância, ele se faz ali e se permite ali no que ele achar que é preciso (Entrevistada 9).

Podemos compreender, portanto, a partir das falas das entrevistadas, que o estado alterado de consciência, dentro da nossa estrutura social, torna-se um fator que permite a violação de corpos femininos. Isso pode ocorrer tanto através da violência explícita quanto do aproveitamento de uma fragilidade, como o estado de fissura, para impor um ato sexual que, em outras circunstâncias, não seria aceito. É importante ressaltar que a experiência traumática da violência sexual não se restringe ao ato em si, mas também provoca problemas de saúde mental, além do risco de infecções sexualmente transmissíveis e gravidez não planejada para as vítimas.

Quanto aos homens, a experiência de violência está circunscrita nos valores da masculinidade, quais sejam: dominância, agressividade e invulnerabilidade (ZANELLO, 2018). Portanto, os mesmos expõem-se mais a roubos, furtos e agressões físicas, especialmente quando há disputa de poder em territórios faccionados. A masculinidade se prova, portanto, a partir da força física e da imposição da vontade sobre o outro. Como aponta Zanello (2018), a violência, especialmente contra mulheres, é um dispositivo de restauração da masculinidade, o que se mostra nos relatos, especialmente quanto ao domínio dos territórios pelas facções.

Outro ponto importante abordado pelas entrevistadas diz respeito à dificuldade das usuárias no gerenciamento de riscos. Conforme revelado nas entrevistas, a recorrente violência de gênero à qual as usuárias são submetidas gera nelas um sentimento de desvalorização pessoal e, conseqüentemente, dificulta a adoção de práticas de autocuidado em seu cotidiano. As declarações também destacam o uso intensivo de substâncias e a falta de preocupação com os riscos como um mecanismo para aliviar o sofrimento adotado por parte das usuárias de substâncias.

Tá! É isso! Da experiência que eu tenho com algumas mulheres né, que eu tenho acompanhado no CAPS, eu sinto que, é... eu sinto que elas...que elas não tem muito cuidado, que elas tem um comportamento de risco super intenso inclusive, né. Justamente porque...porque é isso, é um sofrimento tão grande que tipo, tanto faz! "Tanto faz pra mim, não dá! Então não vou cuidar disso, se eu tô usando aqui é porque eu quero usar desse jeito, é porque eu quero, né, é... sei lá, liberar essa dor, eu quero morrer, entendeu!". Às vezes tem um pouco dessa, dessa... motivação e aí acaba sendo muito difícil inclusive conversar com essa usuária sobre algumas estratégias de diminuição de riscos, né (Entrevistada 11).

Assim, podemos compreender, a partir das narrativas das entrevistas, que o estigma sobre as usuárias de substâncias por elas romperem com a norma de gênero e

adentrarem em um “espaço” prioritariamente masculino, como demarca Malheiro (2020), ocasiona diversas violências de gênero e o próprio status de sujeito dessas mulheres é questionado.

Quando essas mulheres são desvalorizadas em sua humanidade pela sociedade, o valor que elas dão a sua integridade e a sua vida perde-se, impactando diretamente no seu autocuidado e autopreservação. Neste ponto, ecoa em mim um trecho escrito por Queiroz (p. 131, 2015): “Essa foi uma discussão importante no grupo: afinal, se era através do corpo que a nossa vida se materializava, cuidar dele significava então um investimento na vida”. A fala da autora corrobora com nossa compreensão de que essas usuárias deixam de se perceber enquanto dignas de existir, diante da desumanização e as recorrentes violações que sofrem.

Quanto à gestão do cotidiano e das necessidades básicas, apesar desta se apresentar enquanto uma fragilidade geral de pessoas em uso abusivo de substâncias, as entrevistadas apontaram nuances sobre a capacidade de gestão das necessidades básicas a partir da perspectiva de gênero. Enquanto as consequências do uso abusivo de substâncias em homens se evidenciam, por exemplo, pela a incapacidade de cumprir as funções de um trabalho, o que geralmente torna público o uso problemático de drogas, em mulheres é o não cumprimento dos afazeres domésticos e a negligência com os filhos que explicita essa incapacidade, de acordo com as entrevistas.

O homem vai pegar muito a questão do impacto provedor né, da casa, então ele já não consegue mais dar conta financeiramente da casa, é, ele perde o emprego porque ele não consegue se manter trabalhando sem o uso, é...quando ele tá trabalhando, muitas vezes ele pega esse dinheiro e gasta todo com a droga e acaba não...não dando condições lá, pra...pra família.[...] No caso da mulher, é, vamos pegar uma pessoa, contando que ela vai, geralmente quando ela bebe, aí ela chega em casa alcoolizada e ela não quer fazer né, não tem ânimo pra fazer outras coisas, aí ela...ela vai dormir ou ela, é, ela acaba muito, é, negligenciando né, os cuidados com a casa e com o filho...e com os filhos, né. O que acaba tendo um impacto maior porque quando, por exemplo, você vai, enquanto rede né, fazer uma VD na casa né e tentar entender aquele processo, o que que tá acontecendo, você realmente visualiza né, essas questões né. E...que são, tá muito ligada a questão do uso da mulher e aí ela não dá conta né, do mesmo jeito que o homem não dá conta lá do trabalho dele né, formal, ela também não dá conta do trabalho da casa né, da parte informal! (Entrevistada 13).

Compreendemos, portanto, que o uso abusivo de substâncias se evidencia a partir da dificuldade ou impossibilidade dos usuários de performarem os papéis sociais de gênero, no caso dos homens o de provedor e das mulheres o de cuidadora. Neste ponto, retomamos o relato da usuária que abordamos anteriormente e que também

evidencia essa perspectiva, na medida que o fato dela cumprir os afazeres domésticos e prover o cuidado do filho e netos dificultava a percepção do seu adoecimento devido ao uso de drogas.

Ainda sobre o autocuidado e gestão das necessidades básicas, as profissionais apontam que, devido à maternidade, as mulheres possuem mais facilidade de manter, mesmo durante o uso intenso, uma alimentação adequada, dentre outros cuidados. Já os homens, por não serem demandados usualmente nesta função, têm mais dificuldade de manter seu autocuidado quando intoxicados.

Sim, é... Eu percebo que os homens eles passam por um processo de comportamento de risco maior do que mulheres, porque? Eles ficam longos períodos sem se alimentar, eles esquecem da questão da água, eles se esquecem questão de estar sempre cuidando da alimentação, comendo antes de se intoxicar, e também eu percebo que as mulheres elas enxergam esse cuidado um pouco mais importante do que os homens, porque, na verdade, a maioria delas são mães, então como elas, a maioria são mães, elas têm esse cuidado de lembrar disso, porque querendo ou não elas cuidaram de uma criança, sabem da importância da alimentação, sabem da importância, né... Então, por exemplo, eu tenho pacientes lá que não, mulheres, que não tem esse cuidado porque não são mães, mas são poucas, porque as que são mães elas sabem dessa linha de cuidado e elas se preocupam com isso, então elas não ficam um longo período sem se alimentar, elas procuram doação ou elas vão no Bom Prato, o olhar pra elas é um pouquinho melhor e maior do que o homem olhar pra si mesmo e ter esse cuidado (Entrevistada 2).

Para encerrar este tópico, um último assunto abordado pelas participantes das pesquisas é a manifestação de processos de adoecimento em saúde mental de maneira distinta em mulheres usuárias de substâncias. Paradoxalmente, enquanto há relatos, por parte das entrevistadas, de que muitas usuárias apresentam outros transtornos (como ansiedade e depressão) associados ao uso de substâncias, outras mencionam a frequência de diagnósticos em mulheres que abusam de substâncias, independentemente de um padrão de uso funcional.

É... as mulheres tem mais risco de ser diagnosticadas, sabe, então, mesmo quem usa menor quantidade substância, que faça uso recreativo, ela tem mais chances de receber um diagnóstico psiquiátrico do que um homem, nessas condições(Entrevistada 10).

[...] a gente nota assim, bastante situação de humor deprimido, às vezes até de quadro depressivo mesmo, já psicopatológico, é, de ansiedade né, é mais nesse sentido, assim (Entrevistada 7).

O relato que nos foi apresentado pelas entrevistadas demarca que o processo de diagnóstico em mulheres, no que refere-se à saúde mental, é complexo e envolve, principalmente, a compreensão de como as normas de gênero atravessam o olhar do profissional da saúde. As narrativas das entrevistadas corrobora com a percepção de que, na dimensão relacional, usuária e profissional da saúde, a moral atravessa o

juízo do profissional, que, por vezes, diagnostica as mulheres enquanto “loucas” quando elas não performam adequadamente seu papel social de mulher. Além disso, o diagnóstico de uso abusivo de substâncias torna-se ainda mais difícil na medida em que, devido ao estigma, as mulheres têm resistência em buscar a assistência em saúde (QUEIROZ, 2015).

5.3. Redução de danos: percepção, adesão e estratégias a partir do recorte de gênero.

Fruto, principalmente, da mobilização social a Redução de Danos (RD) surge a partir de ações articuladas por usuários (no caso da Holanda) e por cientistas (no caso da Inglaterra) visando atender a necessidade de proteção dos usuários de substâncias injetáveis dentro do contexto da epidemia de AIDS nas décadas de 1970 e 1980 (QUEIROZ, 2015).

Seu início, enquanto movimento político, deu o tom do que vem a ser a Redução de Danos atualmente. Ultrapassando uma prática pontual de cuidado (a troca de seringas para usuários de drogas injetáveis), dentro do contexto proibicionista e de guerra às drogas, a RD tornou-se uma estratégia de garantia de direitos básicos aos usuários de substâncias.

Trata-se, portanto, de uma força crítica que a redução de danos absorveu da prática de troca de seringas, para apontar outras questões além da prevenção em si, como os fatores políticos que impediram que essas pessoas tivessem acesso à saúde e aos demais direitos sociais (SOUZA, 2019, p.21).

No contexto brasileiro, o movimento em prol da Redução de Danos ganhou expressividade entre o fim da década de 1980 e início da década de 1990, com as experiências em Santos/SP e, posteriormente, Salvador/BA (QUEIROZ, 2015). A política de troca de seringas, enquanto estratégia de cuidado na prevenção de HIV/AIDS e demais IST, foi incorporada pelo Ministério da Saúde em 1994 a partir do apoio de órgãos internacionais como a UNDOC (United Nations Office on Drugs and Crime) e do Banco Mundial (SOUZA, 2019).

No entanto, os Programas de Redução de Danos implementados na época ainda eram frágeis, pois contavam quase exclusivamente com o apoio de ONGs e órgãos internacionais, ganhando fôlego a partir da Reforma Psiquiátrica. Em 2003, como um grande marco para a militância em apoio à política de RD, esta foi implementada como referência no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas a partir da Política do

Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (SOUZA, 2019).

Apesar dos constantes tensionamentos entre movimentos sociais e os demais setores da sociedade, que ainda adotam uma postura proibicionista e manicomial quanto ao uso de substâncias, a concepção da RD enquanto modo de fazer saúde persiste. Portanto, este tópico dedica-se à discussão sobre as percepções a respeito do uso de drogas e a política da Redução de Danos, a adesão a essas estratégias pelos usuários, as práticas de RD utilizadas pelos usuários e seus impactos na vida deles.

5.3.1. Percepção dos familiares e profissionais sobre o uso de drogas

Antes de iniciarmos nossa discussão sobre as práticas de Redução de Danos, sua implementação e seus impactos no bem-estar das usuárias e usuários do CAPS AD é fundamental compreendermos as percepções que a sociedade e os profissionais de saúde têm sobre essa população. Portanto, dentre o que foi apresentado durante as entrevistas, foi possível articular três concepções sobre a usuária/usuário de substâncias.

A primeira seria a da família, que considera o uso de drogas um demérito de caráter e, conseqüentemente, uma escolha. Os termos “falta de vergonha” e “irresponsabilidade” utilizados por uma das entrevistadas ao reproduzir falas de familiares de pessoas atendidas no CAPS AD, evidencia uma ideia sobre o uso de substâncias vinculado exclusivamente a valores e escolhas pessoais.

As pessoas são muito criticadas no sentido de que isso não é visto como uma doença né, é visto como um comportamento de sem vergonhice, de falta de vergonha, de, de...irresponsabilidade. Então assim, quando você ouve e dá uma né, de outra forma e você consegue, é...entender né e aí propor né, dentro dessa escuta, algumas formas de tratamento, eu acho que isso é bastante rico né, pra esse público! (Entrevistada 13).

Quanto a essa perspectiva sobre o uso de substâncias, o estudo conduzido por Camargo *et al.* (2020) dá suporte à interpretação dos dados obtidos em nossa pesquisa, ao realçar a perspectiva social que categoriza o usuário de substâncias como desviante e marginalizado. Essa concepção negligencia os aspectos sociais, culturais e as trajetórias de vida que moldam e constituem o consumo de substâncias. Conclui-se, portanto, que essa ideia fortalece a crença de que o usuário deve atingir a abstinência e que isso depende exclusivamente de sua vontade, mais uma vez restringindo a possibilidade de outras abordagens de cuidado.

Já a segunda e a terceira referem-se às concepções dos profissionais de saúde, já que as entrevistadas variam em suas perspectivas quanto ao uso de substância. Uma das compreensões, concernente à algumas entrevistadas, é a percepção do consumo de drogas enquanto patologia, ou seja, um mal que acomete o usuário apesar de suas vontades, e sobre o qual ele não tem controle.

E a gente tenta mostrar a realidade né, que isso é uma doença, que precisa ser tratada (Entrevistada 13).

Ferreira (2018) nos adverte que a concepção do uso de substância como doença, como evidenciada nas entrevistas, tende a fixar o usuário na identidade de doente, o que pode restringir as possibilidades de escuta por parte dos profissionais, que passam a interpretar os discursos apenas com base na referência patológica. Portanto, para ampliar as oportunidades de existência para além do uso de drogas, é essencial que o usuário seja visto não apenas em função do seu consumo e não seja definido por ele, seja como doente ou criminoso.

No entanto, é fundamental destacar que a compreensão do uso de substâncias como uma doença, conforme apresentado em nossas entrevistas, também desempenha um papel crucial na evitação de uma perspectiva criminalizante e judicializante do uso de drogas. Porém, apesar de servir como uma alternativa à judicialização do uso de drogas, a medicalização ainda se mantém como uma técnica de governamentalidade que, baseada no paradigma do normal e do anormal, implicando em possibilidades e limitações na promoção de cuidado em saúde e garantia de direitos (QUEIROZ, 2015).

A outra compreensão sobre o uso de substâncias apresentada durante as entrevistas, por sua vez, está alinhada com o que preconiza a política de Redução de Danos. Ela discorre sobre o uso de drogas, não apenas enquanto doença, mas como um processo de adoecimento permeado por determinantes sociais e produzido dentro de um contexto de vulnerabilidade.

[...]o uso de substâncias psicoativas, mesmo em qualquer perspectiva de saúde que a gente trabalha, ele é meio psicossocial né, então a gente não trabalha aqui com a noção de que o uso de substâncias psicoativas é uma doença em si, ela...ela parte desse pressuposto da determinação social, é, que o...a produção da doença pode ou não infligir na vida das pessoas. Então quando eu faço essa afirmação é... de um termo pressuposto essa concepção de saúde, né (Entrevistada 12).

Partindo dessa ideia, uma das profissionais complementa a importância de romper com a dicotomia culpado-vítima no que se refere ao usuário de substâncias, tendo em vista que há uma história de vida e um contexto social que leva a esta relação abusiva com as drogas.

A concepção das entrevistadas sobre o uso de substâncias enquanto multifatorial e contextual encontra consonância nas discussões de Ferreira (2018). A autora também compartilha essa percepção sobre o uso de drogas, ao abordar em seu artigo a compreensão do uso de drogas inserida em um contexto sociocultural e influenciada pela subjetividade do indivíduo. Assim, o paradigma da RD se afasta de uma abordagem individualista, criminalizante e patologizante do uso de substâncias, aproximando-se de uma compreensão multifatorial desse fenômeno.

Assim, as discussões elencadas neste tópico demonstram que os estigmas e preconceitos que recaem sobre os usuários e, especialmente, as usuárias, constroem e perpetuam valores e características negativas associados a essa população. Flutuando entre as categorias de "doente" e "marginal", a identidade social e culturalmente construída e atribuída aos consumidores de drogas influencia sua autopercepção e, por conseguinte, o acesso aos serviços de saúde. Muitos usuários e, em particular, usuárias de substâncias, afastam-se dos serviços de saúde por receio de julgamentos ou por serem confrontados com atitudes moralistas e criminalizantes por parte dos profissionais de saúde, e acabam não aderindo às estratégias de cuidado.

Portanto, é imperativo compreender a perspectiva dos profissionais de saúde em relação ao uso de substâncias, pois isso permite uma análise mais profunda das suas concepções sobre as práticas de Redução de Danos (RD). A relevância dessa compreensão reside no fato de que os valores atribuídos ao consumo de substâncias e aos próprios usuários influenciam os serviços de saúde, podendo tanto facilitar quanto dificultar a implementação dessa ética no cuidado. Esta discussão é, portanto, crucial uma vez que quebra a barreira de estigmatização e limitação no que diz respeito ao atendimento prestado aos indivíduos que fazem uso de drogas.

5.3.2 Como os profissionais percebem as práticas de Redução de Danos

Como abordado anteriormente, a implementação de práticas de Redução de Danos (RD) parte, principalmente, da percepção sobre o uso de drogas. Este panorama se evidencia na medida em que algumas profissionais entrevistadas pontuaram as práticas de alguns CAPS AD em que haviam trabalhado e que elegeram a abstinência como única possibilidade de cuidado. Vale ressaltar também, como discorrido na fala abaixo, que a imposição da abstinência, além dos estigmas perpetrados pela sociedade,

acarreta também sofrimento ao usuário, tendo em vista que, ao não alcançar esse objetivo há o sentimento de falha e incapacidade.

Eu entendo que...que, bom, eu vim duma... de anos de prática que não eram de redução de danos, que eram ou você está abstinente, não por mim tá, isso, mas ou você está abstinente ou você tá fora da sociedade. É... é como se fosse uma guerra de “sou capaz, sou incapaz”, sou...é, “consigo e não consigo” e “falhei ou não falhei”. Então, é, quando pensava em abstinência, eu estava dentro de um serviço que isso era o preceito né, ou você vai ficar abstinente ou você não vai conseguir alcançar as coisas que você quer na sua vida, eu percebia que um índice de pessoas com maior dificuldade de se manter nessa posição né. Conseguiram ficar bem por um tempo, mas não sabiam o que fazer, como lidar, quando elas não conseguiam né[...]
(Entrevistada 3).

Outro desafio, apontado durante as entrevistas, quanto à discussão e implementação das práticas de RD, se dá na própria formação dos profissionais. Uma das entrevistadas menciona que durante sua formação como residente a referência do cuidado era pautada no público do CAPS Geral, ou seja, o adulto. Além disso, ela discorre que as discussões a respeito da assistência em saúde para pessoas em uso abusivo de substâncias eram limitadas a uma perspectiva neuroquímica do efeito da droga no organismo. Por conta desse déficit formativo, a profissional entrevistada relata desafios na condução do cuidado ao lidar com o público do CAPS AD.

Como exemplo destes desafios na assistência aos usuários de substâncias, a entrevistada relata a situação de um atendimento no CAPS AD a um usuário intoxicado em que tomou a conduta de contactar a família para dar apoio naquele momento. Isto impactou negativamente o vínculo de ambos, pois não era esse o desejo do usuário. A profissional narra que este seria um procedimento que ela adotaria em um CAPS Geral ou infanto-juvenil e que percebeu uma falha em apreender a singularidade do público do CAPS AD e a necessidade de adaptar sua prática.

Mas quando se fala de AD eu não tive muito contato com...com isso né, eu tive algumas aulas pontuais, é, na residência foi uma coisa que passou muito batido, é... não vou dizer que passou batido não, vai, eu tive...eu tive bastante, é, aula teórica sobre questões específicas, mas assim, bem biológicas se a gente for parar pra pensar, vai. Então tipo, é, sei lá, sistema de recompensa por uso...pelo uso de substância, uma coisa, uma base bem neuroquímica mesmo, sabe. Não tô descartando, não tô dizendo que isso não é necessário, isso é, mas que não é só isso! Estar no campo Álcool e Drogas não é só isso, é muito mais! Então assim, acho que já começar que eu tive um pouco dessa base aí que...que eu sinto que faltou algo, falta algo dentro também de várias partes, de várias questões teóricas mesmo, teórico-práticas né, ferramentas teórico-práticas, discussões, então eu sinto que isso me faltou
(Entrevistada 11).

No entanto, apesar dos entraves e desafios para implementação da política de Redução de Danos, citados anteriormente, também foi possível perceber a adoção do

referencial da Redução de Danos nas práticas em saúde das profissionais entrevistadas. Dentre os diversos discursos das profissionais, foi possível estabelecer alguns valores que elas atribuíram a uma ação pautada na Redução de Danos.

O primeiro deles seria a abstinência como possibilidade e não como objetivo final do cuidado ao usuário de substâncias. Ao abrir espaço para outras práticas e reflexões sobre a assistência em saúde, para além da abstinência, as entrevistadas apontam uma recuperação do valor de sujeito daquele usuário, onde ele percebe-se para além da identidade de “drogado”. Reconhecer a humanidade das pessoas que consomem drogas e construir em conjunto com elas práticas de prevenção e promoção de saúde a partir da totalidade do sujeito, para além do uso de drogas, é apontada pelas entrevistadas como fundamental para um maior engajamento nas estratégias de saúde propostas.

Porque tem essa ideologia ainda de que usuário de drogas só existe nesse mundo...brasileiro se ele parar de usar droga.[...]. Então quando eles percebem que eles podem ser eles na sociedade, mas... apesar do uso da droga né, que não é isso que define ele, eu acho que essas práticas vão sendo mais instaladas[...] E aí eles vão entendendo essa relação um pouco mais diferente à partir dessa construção daquele tipo, de quem eles são mesmo e que, é... hã, são espaços de mais tolerância, talvez, pra eles serem quem eles são e acho que isso faz alcançar mais...um pouco mais esses objetivos assim, de...de que eles mesmo ouçam, até a abstinência né, tem alguns que praticando a redução de danos consegue inserir a prática... oh, a abstinência como uma prática de redução de danos, não como uma meta exclusiva e utópica (Entrevistada 1).

Outro valor ou princípio que compõe a perspectiva da Redução de Danos, de acordo com as entrevistadas, é que as práticas em saúde construídas a partir da RD não se restringem apenas à diminuição do uso de substâncias ou o gerenciamento de riscos advindos do uso de drogas. O uso de substâncias é compreendido pelas profissionais como uma consequência de um contexto de vulnerabilidades e sofrimento. Portanto, a articulação entre a assistência em saúde, assistência social e demais instâncias necessárias para suprir as necessidades básicas fazem parte de uma atuação a partir da Redução de Danos. Assim, as entrevistas também destacaram que um espaço terapêutico para elaboração do sofrimento e articulação de rede de apoio são fundamentais para que o usuário construa uma outra relação com a droga.

Por fim, as profissionais compreendem a Redução de Danos enquanto uma ética do cuidado, ou seja, não limitada a estratégias específicas ou manuais replicados indistintamente. Mas, refere-se a uma postura adotada no trabalho institucional e pelos profissionais de saúde na condução do cuidado ao usuário.

Então, eu acho que a redução de danos é mais que uma estratégia. Ou mais que uma ação! Redução de danos é uma ética...Eu não trabalho a redução de danos como uma...uma ação, uma prática pontual e isolada de uma determinação transversal! Então eu incorporo a redução de danos como uma ética, uma ética do cuidado. Então ela vai aparecer em todas as minhas ações![...]Porque tomar redução de danos como uma ética e não como uma estratégia? Porque se tomada como uma estratégia, ela pode ser interpretada como algo pontual e isolado de todas as outras determinações do cuidado. Quando ela é tomada como uma ética, ela é um modo de acolher e atender em saúde! Então eu entendo a redução de danos dessa maneira (Entrevistada 12).

Compreender a RD enquanto ética, para além de estratégia, corrobora com as colocações de algumas entrevistadas ao mencionarem a importância do autoconhecimento do usuário para a implementação do cuidado. As entrevistadas complementam afirmando que, por não ser uma prática protocolar, as expectativas dos profissionais quanto ao que seria uma prática de RD para determinado usuário podem ser frustradas e, portanto, é necessária uma escuta ativa deste profissional para elaborar um plano de cuidado eficaz e coerente com as necessidades do usuário.

[...]pra mim, prática em saúde, que leve em consideração o desejo do usuário, o desejo da usuária, que escuta esse usuário, que escuta essa usuária, na qual o desejo, a vontade, o protagonismo dessa pessoa aparece em primeiro lugar e ela é escutada, ela é respeitada, ela é tomada, o seu desejo, a partir dele, nós vamos construir o seu projeto terapêutico singular. Das limitações, das condições e da responsabilização que as pessoas devem ter com o seu processo de saúde, pra mim tudo isso é redução de danos! (Entrevistada 12).

O autoconhecimento, como definido nas entrevistas, é relevante no processo de cuidado na medida em que não existem estratégias pré-definidas de RD (SOUZA, 2019), mas estas devem ser co-construídas com os profissionais de forma singular a partir do modo de vida do sujeito. A partir dessa empatia com a história de vida, o contexto social e o que o usuário tem de mais singular em seu modo de existir, é possível construir um PTS pautado nos valores de RD e, de fato, promotor de saúde e cidadania (SOUZA, 2019).

Um último ponto importante a ser discutido neste tópico é a percepção revelada por uma das profissionais quanto a adoção das estratégias de RD pelos usuários. De acordo com a entrevistada, a abstinência, apesar do período em que o usuário teria que lidar com a fissura intensa, seria mais adequada, pois ele lidaria com um sofrimento intenso, mas por um tempo determinado. Em contrapartida, de acordo com a entrevistada, na adoção das práticas de RD há momentos de fissura mais amenos, porém com uma frequência e duração indeterminadas e sem a possibilidade de utilizar medicação como suporte.

Ah, porque tentar a abstinência a... é o seguinte, é pegar o touro pelo chifre. Cê vai passar, vai atravessar o inferno no começo, é uma travessia no inferno, eu falo isso pra eles de saída nesse grupo "Início de conversa", tem uma travessia no inferno, certo. Ah... só que é uma travessia de um inferno curto, certo, você enfrenta... enfrenta síndrome de abstinência por um tempo determinado, uma síndrome mais pesada sim, mas você consegue medicar, que quando você tá reduzindo você não consegue, certo. Então ela enfrenta uma síndrome de abstinência menor, mas enfrenta síndrome de abstinência, sem medicação. Certo! E enfrenta por um tempo muito maior (Entrevistada 6).

Apesar de considerar a abstinência como um processo com menor sofrimento para o usuário, a profissional ressalta que a escolha dele deve prevalecer, pois “o que tá em jogo na dependência química é a questão da liberdade!” (Entrevistada 6).

Assim, apesar de concepções diversas discorridas pelas entrevistadas, disputas políticas e institucionais e outros desafios, as profissionais entrevistadas corroboram com valores fundamentais e constitutivos de qualquer discussão ou prática de Redução de Danos, qual seja: o respeito ao indivíduo e suas escolhas, a ampliação da sua autopercepção (para além identificação enquanto usuário) e o resgate de um modo de vida digno e com todos os direitos básicos garantidos.

Fortalecer a autonomia, como apontado pelas entrevistadas, e a capacidade do usuário de gestar seu cuidado são referenciais prioritários na assistência em saúde para o usuário de substâncias a partir da ética da Redução de Danos. Em contrapartida, o paradigma da abstinência está relacionado com a ideia do uso de drogas como doença, perspectiva compartilhada por algumas entrevistadas e discutida no tópico anterior. A ideia de abstinência enquanto referência no cuidado torna-se danosa, na medida em que leva o usuário a um estado de alerta permanente e condiciona a produção de saúde a uma meta a priori, limitando as possibilidades de elaboração de cuidado e reproduzindo iniquidades em saúde (SOUZA, 2019).

Assim, podemos compreender que a Ética da Redução de Danos implica em acolher o usuário em suas escolhas, modo de existir, potencialidades e dificuldades, assumindo-o enquanto protagonista do cuidado e o responsabilizando por este, e, a partir de então, construir estratégias de saúde, bem-estar e resgate da cidadania. Assim, a RD, enquanto ética do cuidado, atravessa todas as ações em saúde, possibilitando a elaboração de novas sociabilidades e de vivências a partir de uma escuta não julgadora e a inserção do usuário em espaços coletivos (FERREIRA, 2018).

5.3.3. Adesão às práticas de Redução de Danos

Apesar das profissionais entrevistadas terem apresentado perspectivas diversas e complementares sobre Redução de Danos, nem sempre os usuários compartilham dessas ideias. De acordo com as entrevistadas, existem três posturas geralmente assumidas pelos usuários: o desconhecimento sobre a proposta da Redução de Danos, o não reconhecimento de ações enquanto de redução de danos, mesmo que as pratique e o entendimento de que as práticas de RD se resumem a diminuir a quantidade de substância consumida.

Alguns usuários acompanhados pelos CAPS ADs participantes da pesquisa não possuem conhecimento sobre o que seria a proposta das práticas de Redução de Danos. Apesar de adotarem algumas ações de cuidado no seu dia-a-dia, de acordo com as entrevistadas, ainda possuem uma perspectiva de cuidado centrada na internação e abstinência, não havendo contato com discussões com a temática da RD.

[...]muitos deles não conhecem a redução de danos. No entanto que é o famoso quando chega até o serviço me interna né, eles já ficam na internação em si porque é o que eles já estão habituados e acostumados, é o que eles entendem de melhora pra eles (Entrevistada 9).

As entrevistadas compartilharam também, durante nossos encontros, que existe uma dificuldade dos usuários compreenderem ações cotidianas como ações de redução de danos. A alimentação, hidratação, higiene, etc, são ações básicas do dia-a-dia, e, por isso, os usuários não as consideravam como estratégias de RD, conseqüentemente, afirmavam que a Redução de Danos não funcionava para eles. Já outros, de acordo com as entrevistas, compreendiam a RD apenas como a diminuição da frequência de uso ou quantidade de substância ingerida. Esses usuários desconsideravam outras práticas de cuidado em seu cotidiano, como o não compartilhamento de insumos, uso de drogas em local seguro, dentre outras estratégias.

É... eles terem essa...essas, esses auxílios antes de fazer o uso abusivo né, porque eles sabem que depois as conseqüências são drásticas, né. Mas eles só...só entendem como o diminuir a quantidade eles não pensam, assim, em não compartilhamento da...dos cachimbos, em não usar folha de papel pra fumar [...](Entrevistada 8).

Compreender como os usuários entendem o que seria a proposta de Redução de Danos é fundamental para adesão destes às práticas de RD. Além do conhecimento sobre o que versa a RD, outros fatores foram elencados pelas entrevistadas para a adesão (ou não) a estas práticas, tais quais: autoconhecimento e momento da vida, desejo pela abstinência, normas de gênero e a vinculação com as profissionais.

Para a implementação de práticas de RD, não é suficiente apenas o conhecimento técnico dos profissionais, faz-se necessário considerar a subjetividade,

potencialidades e fragilidades do usuário. As entrevistadas evidenciam a importância da pessoa que usa substâncias reconhecer, dentro de sua história de vida, os elementos que a levaram a uma relação abusiva com as drogas e, no contexto presente, o que “engatilha” o consumo intenso para implementar qualquer estratégia de cuidado.

Só que, é, o problema é o primeiro gole e o primeiro trago, aí tudo o que a gente conversa vai por água abaixo! Não tem como! E pensar nos disparadores pra esse primeiro trago, essa primeira carreira, esse primeiro, é...primeiro gole, é o que deixa eles frustrados, porque na verdade, quando a gente pergunta qual que é o disparador, nem eles sabem[...] (Entrevistada 8).

As profissionais também pontuam que, por vezes, os usuários podem não reconhecer que estão fazendo um uso problemático de drogas ou terem dificuldades em explorar questões pessoais que atravessam sua relação com a substância. Para tanto, as entrevistadas mencionam que é importante a construção de vínculo e de uma rede de apoio para que o usuário se sinta seguro e fortalecido para lidar com os sentimentos, frustrações, experiências e expectativas envolvidos no seu uso abusivo de drogas.

Geralmente, a gente avalia que isso tem muito mais a ver também com a crítica que o paciente tem sobre o uso, e aí onde entra a questão da educação em saúde, psicoeducação, porque muitos assim, sequer sabem que são de fato viciados na substância, e muitos também, tipo, falam, cara, eu bebi a vida toda [...] tipo, bebi a vida inteira e não morri até agora, ah, minha família bebe e tá todo mundo lá, com 90 anos, né, e bebe. Então assim, a falta de crítica influencia (Entrevistada 7).

Outro fator que interfere na adesão às práticas de RD é o desejo pela abstinência. Muitos usuários atendidos pelas profissionais entrevistadas adentram o CAPS AD em busca de internação e visualizam a abstinência como única “resolução” possível para seus problemas. Devido ao anseio pela sobriedade, eles não consideram a redução de danos como um caminho possível para a abstinência, nem compreendem ela enquanto processo ou até mesmo uma estratégia de redução de danos. Os usuários, de acordo com as entrevistadas, geralmente têm como expectativa a transição de um uso frequente da substância para o não uso de forma imediata, sem considerar os desafios dessa mudança.

[...]é justamente eles acham que é só a abstinência total é que vai ajudar! E a gente já falou que isso não acontece, né. É claro, acontece, mas a gente trabalha também com a realidade né, de cada um, claro. Tem uns que sim, mas abstinência total é um processo, eles querem pular do uso frequente pra abstinência total, isso não existe! Não tem como, né! Tem que ser gradual a mudança... (Entrevistada 8).

Uma das profissionais complementa afirmando que a internação e abstinência, apesar de poderem ser uma prática de RD, quando utilizadas como únicas estratégias de cuidado, é contraproducente pois o usuário se isola da sua comunidade e contexto de

uso. Por consequência, ao retornar para o convívio social, muitas vezes ele não consegue lidar com os desafios que levam ao abuso de drogas, pois a internação não permite que ele elabore sobre estes, retomando o uso problemático de substâncias.

Em contrapartida, os desafios da abstinência também podem ser positivos na adesão às práticas de Redução de Danos. De acordo com as entrevistadas, ao reconhecerem as limitações para se manterem abstinências e, na medida em que os profissionais trabalham com o usuário estratégias de RD, ocorrem outras possibilidades de relação com a substância e eles passam a considerar e adotar as práticas de RD em seu cotidiano.

Outro aspecto discutido durante as entrevistas foi a influência das normas de gênero (HEISE *et al.*, 2019) também na adesão das práticas de redução de danos e as diferenças no uso destas estratégias a partir dessas normas. Algumas entrevistadas afirmam que, em comparação aos homens, as mulheres aderem menos às estratégias de RD, uma delas justificando sua percepção a partir do uso de substâncias por mulheres como forma de lidar com o sofrimento. De acordo com ela, o sentimento de desvalor pela vida experimentado pelas usuárias inibe que elas adotem práticas de redução de riscos, pois elas não têm motivação para o autocuidado, devido ao sofrimento advindo das diversas violências vividas por essas mulheres.

Justamente porque...porque é isso, é um sofrimento tão grande que tipo, tanto faz! "Tanto faz pra mim, não dá! Então não vou cuidar disso, se eu tô usando aqui é porque eu quero usar desse jeito, é porque eu quero, né, é... sei lá, liberar essa dor, eu quero morrer, entendeu!". As vezes tem um pouco dessa, dessa... motivação e aí acaba sendo muito difícil inclusive conversar com essa usuária sobre algumas estratégias de diminuição de riscos, né (Entrevistada 11).

Em contrapartida, algumas profissionais alegaram que as mulheres são mais propensas a adotar práticas de Redução de Danos. No entanto, é importante destacar que, segundo as entrevistadas, entre as práticas de RD, as usuárias tendem a buscar mais a abstinência e se sentem frustradas quando não conseguem atingir esse objetivo. As entrevistadas atribuem esse processo à imposição de um papel social às mulheres, o que implica em manter um estado constante de sobriedade e a habilidade de desempenhar com competência a função de maternagem, o que, por sua vez, entra em conflito com o uso de drogas.

Aquí, os homens tendem a se interessar e tá muito mais perto assim, principalmente de redução de danos, e a mulher muito mais perto de uma busca pela abstinência! Acho que... não sei, um pensamento meu aqui né, de atribuir o uso ou qualquer coisa a não conseguir performar o lugar da mulher socialmente aceita, sabe? (Entrevistada 3).

Por fim, outras profissionais afirmaram não perceber diferença entre homens e mulheres no engajamento com as práticas de RD. No entanto, apesar de não perceberem diferença entre os processos de adesão, essas profissionais afirmam que as mulheres teriam uma compreensão mais esclarecida do que é a proposta de redução de danos.

Mas eu acho que, nesse movimento de redução de danos com as mulheres, em algum momento flui melhor ali, sabe? Tem uma compreensão, tem esse entendimento melhor em usar no dia a dia ali [...] não necessariamente uma... uma... aderir ali, mas eu acho que quando você informa, às vezes elas absorvem mais sabe? Elas conseguem absorver, ter entendimento melhor. Acho que seria um pouco disso, assim (Entrevistada 5).

Ainda no âmbito das normas de gênero (HEISE *et al.*, 2019), as profissionais elencaram a manutenção do núcleo familiar e do relacionamento com o parceiro como um fator de adesão às práticas de redução de danos. Assim, as entrevistadas afirmam que a necessidade de corresponder a um ideal de família e, por conseguinte, o cumprimento do papel social atribuído às mulheres, potencializa a busca pelo cuidado em relação ao uso de drogas, tendo em vista que este não condiz com a imagem social de uma “mulher de família”.

São, são diferentes, são! Porque assim, as mulheres que aderem né, elas, geralmente, elas estão em um movimento já de maturidade em questão de relacionamentos, então elas já estão, por exemplo, com um só parceiro, constituindo uma família né, ou estão, é... numa fase assim, mais madura da vida, numa idade um pouco mais avançada, entendeu? E aí, tudo isso, é... envolve, como critério de influência pra elas pensarem assim “não, eu estou com meu esposo, eu estou com meu companheiro, a gente tem um filho juntos, a gente quer formar uma família juntos”, então elas colocam os planos que elas tem com essa pessoa X pra né, seguir a questão da redução de danos muito assim, muito firme e forte, entendeu. Então esse ponto aí é muito importante, porque elas colocam a família sim em primeiro lugar, elas colocam o parceiro[...] (Entrevistada 2).

Já em relação aos usuários homens, outra profissional menciona a baixa frequência de homens no serviço e que os usuários atribuem isso à busca por emprego, o que dificulta a implementação de práticas de cuidado contínuas, como a redução de danos.

Por fim, para além das normas de gênero enquanto influência para adesão às práticas de RD, ficou explícito a importância do vínculo e o sentimento de confiança estabelecido na relação entre profissional e usuário para a adesão às estratégias de redução de danos propostas. De acordo com as entrevistadas, o relacionamento entre usuários e profissionais é fundamental para que as experiências, os sentimentos, os objetivos de vida, atravessados pela relação com a droga, sejam reveladas e compreendidas, para que a partir daí seja possível ressignificá-los.

Mas pra gente chegar nesse ponto deles virem especificar pra gente como que é o uso, pra eles especificarem como que tá sendo, a gente tem que criar um vínculo muito grande, a gente tem que fazer vários atendimentos com eles, pra eles se sentirem acolhidos por nós e pra eles entenderem que nós estamos tentando ajuda-los, então infelizmente demora, é um processo que demora um pouco. Mas eles aceitam muito bem essas recomendações, então eles vão acabando colocando em prática. Um dia eles começam a colocar em prática (Entrevistada 2).

Dentre as experiências que nos foram apresentadas pelas entrevistadas e sobre as quais discorreremos até então, gostaríamos de evidenciar três pontos para discussão, os quais se sobressaíram das falas, quais sejam: A temática da abstinência, a influência das normas de gênero na adesão às práticas de RD e a importância do vínculo com o profissional para a promoção de saúde.

A abstinência, enquanto único objetivo possível na assistência em saúde aos usuários de drogas, se opõe a valores norteadores da RD, tais como: diminuição dos danos físicos e psíquico-sociais decorrentes do uso de drogas; priorização da autonomia e autorregulação do sujeito na construção do Plano Terapêutico Singular (PTS) e a ampliação de vida enquanto objetivo do cuidado. Além disso, a imposição da abstinência ignora as multiplicidades dos sujeitos em seu relacionamento com as drogas e quanto às suas escolhas e singularidades.

Ao suspender a ideia da abstinência como objetivo exclusivo do tratamento, a RD suspende igualmente a homogeneização que ela implica e ressalta a importância do reconhecimento da singularidade de cada caso, das múltiplas possibilidades de vinculação com as drogas e do respeito às diferenças e escolhas individuais. (FERREIRA, p. 74, 2018).

As profissionais entrevistadas vão de encontro a essa perspectiva na medida em que reconhecem as limitações de um processo de internação e abstinência para a construção de uma outra relação do usuário com a substância. Apesar de reconhecerem a abstinência como recurso possível, ao afirmarem o desafio do usuário em mantê-la após seu retorno para comunidade, as entrevistadas reforçam a compreensão da abstinência enquanto uma prática de cuidado que, quando utilizada erroneamente, limita as possibilidades de produção de vida e cuidado pelos usuários. Isso ocorre pois, a imposição da sobriedade enquanto único objetivo possível e a tensão causada no usuário para atingi-la pode limitá-lo na exploração dos motivadores para o uso de substância e, conseqüentemente, na construção de formas mais saudáveis de existência.

Quanto à interlocução entre as normas de gênero e a adesão às estratégias de Redução de Danos, Heise *et al.* (2019) discorrem que estas podem atuar enquanto fator de proteção ou fator de risco na promoção à saúde. Esta dinâmica pode ser observada

nas usuárias e usuários acompanhados pelos CAPS ADs participantes da pesquisa na medida em que as normas de gênero regulavam a adesão destes às práticas de RD.

As usuárias de substâncias, ao adotarem práticas de RD para atenderem a um papel social de maternagem, pureza e recato, mesmo que esses valores restrinjam as experiências de mulheres, demonstram um efeito de certa forma positivo das normas de gênero. Quanto aos usuários as normas de gênero atuam como fator de adoecimento na medida em que eles diminuem sua frequência nos CAPS ADs e, conseqüentemente, não aderem às práticas de cuidado e RD por estarem procurando emprego. Ademais a demanda de suprir as necessidades básicas, o que implica a necessidade de renda, no que diz respeito ao público masculino esse contexto ganha complexidade pois soma-se a ele a necessidade de uma afirmação da masculinidade através do papel do provedor. Portanto, ao tentarem atender às expectativas sociais do que seria o “masculino” a implicação dos usuários nas práticas de cuidado fica comprometida.

Por fim, outro ponto importante a ser considerado na discussão é a importância do vínculo entre profissionais e usuários para a adesão deles às práticas de RD. Como as entrevistadas explicitaram, a construção de um ambiente de segurança permite às usuárias compartilharem suas experiências com o uso de substâncias e, conseqüentemente, a construção de um projeto terapêutico ao qual elas terão uma maior adesão.

A percepção compartilhada pelas entrevistadas está em consonância com o que Souza (2019) discorre sobre o processo de vinculação entre usuários e profissionais. O autor nos chama a atenção para o fato de que compreender o uso de drogas a partir da história de vida do usuário permite deslocar o foco terapêutico do uso de drogas, ampliando percepções sobre o enredo pessoal do qual elas fazem parte. Além disso, na medida em que se facilita um ambiente terapêutico onde outras demandas e nuances pessoais ganham espaço para além do uso de substâncias, possibilitando apreender conexões que foram se construindo e se rompendo devido ao uso abusivo de substâncias, há uma potencialização da construção do vínculo.

Assim o vínculo, a partir de uma "escuta de testemunho" (Ferreira, 2018), ao invés de restringir os sujeitos em identidades pré-estabelecidas (o doente, o usuário, o drogado, o marginal, etc.), possibilita novos modos de existir e novas identificações a partir da relevância genuína dada às experiências compartilhadas pelo e com o usuário. Além disso, é a partir do vínculo que nos implicamos na existência do outro (neste caso,

o paciente usuário de substâncias) e podemos facilitar processos de saúde e bem-estar que tenham sentido na vida do outro (CAMARGO *et al.*, 2020).

5.3.4 Estratégias de Redução de Danos.

Durante as entrevistas, foram identificadas várias estratégias que as profissionais consideraram como práticas de Redução de Danos. No entanto, antes de explorarmos cada uma delas, as entrevistas destacaram um ponto crucial relacionado à implementação de estratégias de Redução de Danos no dia a dia dos usuários.

As entrevistadas compartilharam conosco a ideia de que as estratégias de Redução de Danos são construídas de maneira singular, dia após dia, levando em consideração o estilo de vida e os desejos de cada usuário. Para que essas estratégias se tornem efetivas, é essencial que as profissionais tenham uma escuta atenta, concedam protagonismo ao usuário no processo de cuidado e deixem de lado expectativas e preconceitos.

Esses valores são de extrema importância, pois, de acordo com as profissionais, a vida do usuário e sua própria relação com a substância não são estanques, portanto é necessário acolher cada pessoa, em cada momento de sua vida, de maneira individualizada.

É, eu percebo mais é isso, essa questão do... é que também vai nos níveis né, às vezes a pessoa começa ali em um nível né, é o que costumo dizer pro pessoal, são as fases da vida, do tratamento né ... digo as fases da vida, do tratamento, né, porque as vezes a pessoa chega no serviço no uso bem tenso, e aí com os atendimentos, com aquela rotina ali do serviço, ela vai diminuindo, ela vai ficando mais segura né, para ou diminui bastante o uso, fazer um uso esporádico né, entra numa rotina, as vezes, de arrumar um emprego ou então de tá fazendo outras ações ali, e aí diminui esse uso e começa a entrar mais nesses padrões sociais né, do dia a dia, de se alimentar, de se hidratar né, de tá com a higiene mais preservada ali e, entra nessas ações né? De tá se cuidando, tá se preservando, de diversas formas aí, no dia a dia né. Só que aí depois acontecem outras situações que levam a essa angústia, esse sofrimento de novo e aí é isso, outra fase, outro momento da vida, aí volta pra esse uso abusivo e aí deixa um pouco de lado essas ações, esses cuidados né, essas prevenções, mesmo tando informado, mesmo sabendo né, e ficam nessas oscilações aí, da vida né (Entrevistada 5).

Um exemplo compartilhado conosco por uma das entrevistadas e que ilustra a relevância da participação do usuário na construção de seu projeto de cuidado foi a de um senhor em situação de rua, com comorbidades advindas do uso de substância e quadro de psicose que não conseguiu aderir ao tratamento sugerido, apesar de várias tentativas por parte das profissionais. Em um determinado momento, ele pediu para sua profissional de referência para que ele deixasse no CAPS AD um pote com café solúvel

para que pudesse consumir café no momento de fissura. A partir da implementação desta esta prática e da corresponsabilização do usuário pelo seu cuidado foi possível para ele aderir às consultas, medicações e demais acompanhamentos em saúde propostos.

A partir dessa postura discutida nos parágrafos anteriores, as profissionais entrevistadas constroem ações de Redução de Danos em conjunto com as pessoas atendidas nos CAPS ADs. Dentre as práticas elencadas pelas profissionais estão: orientações prestadas aos usuários pelas entrevistadas, grupos, intervenções no contexto de rua e distribuição de insumos como ações que reduzem danos relacionados ao uso abusivo de substâncias.

No que diz respeito às orientações prestadas em contextos coletivos e individuais, de forma geral, elas tinham como temas o cuidado com alimentação, hidratação, uso de substâncias em locais protegidos e o não compartilhamento de insumos.

As profissionais entrevistadas orientam os usuários sobre o ato de ingerir líquidos antes, durante e após o uso como extremamente importante pois substâncias, como o álcool, por exemplo, desidratam o organismo, além disso, outras substâncias podem inibir a sensação de sede fazendo com que o usuário passe um longo tempo sem hidratação. As entrevistadas também mencionam a importância da alimentação, pois, devido à inibição do apetite e o *déficit* de alguns nutrientes devido ao uso de determinadas substâncias, é fundamental que os usuários consumam alimentos saudáveis antes e após o uso de substâncias. Além disso, a hidratação e alimentação regulam o efeito da substância no organismo, permitindo um nível maior de consciência do usuário.

Já a orientação sobre o uso de substâncias em locais seguros, de acordo com as entrevistadas, objetiva resguardar os usuários de sofrerem violências, sejam ocasionadas por seus pares ou outras pessoas. Além disso, preserva da exposição à chuva, sereno, frio ou calor excessivo, o que pode ocasionar adoecimentos, desidratação, dentre outros agravos. Importante ressaltar que uma das estratégias de proteção coletiva, utilizadas por algumas usuárias, de acordo com as profissionais, é abrigar em suas malocas pessoas que vão fazer uso, para que elas possam fazer um uso mais seguro.

Por fim, outra orientação ofertada aos usuários pelas participantes da pesquisa refere-se ao compartilhamento de insumos (seringas, cachimbos, *etc.*) e como utilizá-los

de maneira menos danosa. As profissionais reconhecem que o não compartilhamento de insumos é fundamental para que não haja transmissão de doenças, como tuberculose a partir do compartilhamento de cachimbos, ou IST, no caso de compartilhamento de seringas, dentre outras doenças.

Além disso, essas orientações também estão presentes em folhetos que são distribuídos nos equipamentos ou durante intervenções no território. De acordo com as entrevistas, fazem parte das informações constantes nesse folheto, por exemplo, a recomendação para não utilização de papel comum na montagem do cigarro, a utilização de piteiras ao fumar, dentre outras orientações que visam evitar a ingestão de toxinas através das vias aéreas pelos usuários

Durante as entrevistas também foi possível listar diversas modalidades de grupos que, diretamente ou indiretamente, trabalhavam a RD com os usuários. Alguns grupos mencionados nas entrevistas eram compostos por usuários acompanhados nos CAPS ADs, outros por familiares e outros grupos eram compostos por ambos. Todos os grupos ocorrem no próprio espaço do equipamento, e possuem diversos objetivos e formas de funcionamento, por exemplo:

1. Alguns desses grupos tinham um caráter informativo e envolviam discussões teóricas sobre as práticas de Redução de Danos e como aplicá-las no dia a dia. Em outras palavras, eles exploravam a proposta de uma política de Redução de Danos e como essa proposta se traduzia em ações de cuidado que os usuários deveriam adotar. Estes grupos, portanto, de acordo com uma das entrevistadas, era um grupo *“pra fomentar nas pessoas o seu lugar de cidadão político”*.
2. Outros grupos estavam focados em compartilhar experiências pessoais relacionadas ao uso abusivo de drogas e à prevenção de riscos. Alguns partiam da discussão sobre o efeito neuroquímico da substância no organismo e outros tinham o cotidiano dos usuários como mote para discutir a relação deles com a substância e as possibilidades de implementação de estratégias de RD no seu dia-a-dia. Portanto, essa configuração de grupo permitia aos usuários desenvolver estratégias de cuidado com base na troca de experiências com seus pares.

3. Havia grupos nos quais os usuários discutiam seus direitos e a Redução de Danos como uma política pública e um mecanismo de transformação social. Esses eram espaços nos quais o tema da Redução de Danos e do uso de substâncias não se limitava à vida do usuário; em vez disso, buscava-se promover a perspectiva de que ambos eram influenciados e faziam parte de uma dinâmica comunitária.
4. Por fim, havia outros grupos com temáticas mais amplas, incluindo alguns compostos exclusivamente por mulheres. Embora esses grupos não abordassem diretamente o tema da Redução de Danos, durante as reuniões, discutia-se as estratégias da RD com base nas vivências das participantes. Esses grupos também faziam uso da arte para facilitar a troca de ideias entre os usuários.

Com diferentes composições, as entrevistas demonstram como os grupos representam uma importante rede de apoio para os usuários do CAPS AD. Nestes espaços eles podem expor sentimentos, questões sobre seu uso de substâncias, dentre outros assuntos que, devido às normas sociais e de gênero (HEISE *et al.*, 2019), teriam dificuldades para elaborar em outros espaços.

Além disso, de acordo com as entrevistas, as relações interpessoais formadas nesses espaços, transcendem o momento do encontro, atuando como uma redução dos riscos e da relação abusiva com a substância. As entrevistas também demonstram que a construção de vínculo com outros usuários, especialmente quando a pessoa rompeu o contato com a família e com a comunidade, também é um fator importante para a aproximação da pessoa com o serviço e sua adesão ao cuidado.

Mas assim, eu percebo uma potência assim, tanto no grupo de mulheres quanto os outros grupos que eu acompanho lá, quando eles criam uma, um...uma rede eles conseguem entender, uma rede dentro do CAPS né, eles conseguem entender que isso pode se expandir pra mais além e muitas vezes essa é a rede saudável que eles tem né, tem pessoas que não tem redes saudáveis construídas fora do ambiente do...do CAPS, né. Então, porque as famílias são disfuncionais ou porque tão sozinhos ou são pessoas que estão em situação de rua muitas vezes também, então os vínculos deles estão ou com os profissionais ou com os outros usuários. E que... eles vão se apoiando mutuamente assim, então, é... às vezes a gente tem usuários que vai buscar outros dentro em situações que são, é, de risco, e... e aí eles conseguem perceber "ó, eu vou te buscar, eu vou tá ali contigo, mas eu não vou me expor mais porque eu posso sentir vontade!" (Entrevistada 1).

As entrevistadas complementam que a participação no grupo também pode atuar como estratégia de cuidado em relação aos danos ocasionados pelo uso de substâncias na medida em que há necessidade de sobriedade para participação das atividades. Além disso, as profissionais os destacam como um espaço onde as usuárias podem ir quando sentem desejo, mas não querem consumir a droga. Um exemplo compartilhado por uma das profissionais foi a de uma usuária que expôs que sentia vontade de usar a substância, mas lembrava do grupo e se direcionava para ele reduzindo, assim, seu consumo de drogas a partir da sua inserção em outra atividade.

Olha, eu percebo. Eu percebo, eu percebo grandes impactos porque... é... porque... quando... sempre quando eles vêm, por exemplo, quando eles vêm nos meus grupos, quando eles vem em atividades no CAPS, eles cuidam muito dessa parte da redução pra eles chegarem bem no equipamento, né, então, por exemplo, ah, eu vim hoje pro grupo, ontem eu bebi, mas aí depois eu segui sua orientação, ó eu bebi bastante água, comi alguma coisa, pra ficar bem, pra vir hoje (Entrevistada 2).

As estratégias de redução de danos também são atravessadas pelas normas de gênero (HEISE *et al.*, 2019), em especial com as usuárias, na medida em que o papel de maternagem e cuidadora do lar imposto às mulheres operam como um motivador para redução e/ou postergação do uso de substâncias.

. Esta dinâmica se exemplifica nas falas das entrevistadas quando elas citam que algumas mulheres evitam usar drogas na presença dos filhos ou organizam seu uso a partir da rotina deles e da necessidade de cumprir as tarefas domésticas, já os homens, por terem mulheres que assumem essas responsabilidades, não se motivam ou priorizam essas atribuições em relação ao uso. Outras mulheres também aderem às práticas de redução de danos, ou até mesmo a abstinência, para recuperar a guarda de seus filhos que foram abrigados ou tiveram a tutela delegada para outros responsáveis.

Ou, muitas vezes, a redução de danos delas é cuidar de alguém, né! Então, “eu preciso buscar meu filho, eu preciso tá bem pra isso!”, então começa a aplicar isso numa forma prática, às vezes um pouco mais clara que a do homem, que tem alguém que tá cuidando do filho em casa, né! E... ou não tem contato com os filhos! Mas tem também o recorte de mulheres que precisam ficar bem pra recuperar a guarda desses filhos, então também tão ali no CAPS porque perderam os filhos e... e aí eu percebo também que essas práticas de redução de danos também tão mais presentes porque elas têm um objetivo mega né, que não é só estar dentro de uma sociedade, conseguir arrumar um emprego e tudo o mais, né! [...]Então eu acho que a questão da maternidade ou dos papéis sociais assim né, das necessidades sociais, elas são por si só uma prática de redução de danos né, o que eu vou conseguir fazer pra estar nesses espaços, então aí eu busco alternativas pra estar bem!(Entrevistada 3).

A fala das entrevistadas evidenciam, como discutido anteriormente, como as normas de gênero podem produzir adoecimentos, mas também potencializar práticas de saúde. A função protetiva das normas de gênero, em especial com mulheres, se mostra na medida em que o desejo de corresponder à imagem social de mãe faz com que as mulheres busquem os CAPS ADs para o cuidado e ressignifique sua experiência com a droga. As normas de gênero também podem ser promotoras de iniquidades em saúde na medida em que as mulheres usam drogas para lidar com o sofrimento por não corresponder à imagem de mãe e ter retirada de si a possibilidade de viver a maternidade.

Por fim, algumas necessidades de gestão da vida diária, como pagamento de contas, manutenção de empregos e comportamento das usuárias de consumir drogas apenas com o parceiro, apesar de aparecerem de forma pontual nos discursos das entrevistadas, também foram elencados como fatores protetivos em relação ao uso abusivo de substâncias por mulheres.

Outro campo de atuação de grande relevância, conforme apontado pelas entrevistadas, envolve as intervenções no território, com especial foco na população em situação de rua. Durante as atividades realizadas nas ruas, que incluem a distribuição de insumos como produtos de higiene, alimentação, água e outros, bem como a realização de atividades artísticas, as profissionais estabelecem vínculos com as pessoas em situação de rua. A partir desses vínculos, passam a articular a rede de cuidado por meio dos equipamentos de saúde e assistência social.

As narrativas das participantes da pesquisa evidenciam, portanto, a importância da atuação no território não somente por seu caráter informativo, mas também como potencializador da vinculação da população de rua com o equipamento. Com destaque das figuras dos Redutores de Danos e Consultório na Rua, as entrevistadas discorrem sobre a relevância destes profissionais na promoção de saúde através de ações desenvolvidas no próprio território. Estas atividades são essenciais pois permitem o cuidado dos usuários e usuárias que, por diversos motivos, não acessam o CAPS AD.

Agora, atualmente, a gente tem pensado na redução de danos enquanto uma prática na rua né, então como tá a situação né, de São Paulo, políticas de dissipar um pouco da... a cracklândia e a gente criou na cidade alguns bolsões assim né, de uso de substância. E aí a gente tem feito algumas intervenções nesses bolsões que tem no nosso território né, isso ... da gente criar um vínculo, se aproximar, é, a gente em geral leva água, é, absorvente pras mulheres, a gente tem feito uma aproximação, neste momento, um pouco

bem de vinculação né. Pra eles entenderem que a gente tá ali e eles podem contar, assim, sabe, dessa presença só. E é um pouco com o SAE o que a gente tem feito hoje no território, porque a gente não tem redutor de danos nesse serviço né, acho uma pena! (Entrevistada 3).

Em relação à população em situação de rua, além da distribuição de insumos realizada pelas profissionais do CAPS AD e do estabelecimento de vínculos com esse grupo, as profissionais observam a adoção de outras estratégias por parte dos usuários e usuárias em situação de rua. Entre as práticas mencionadas nas entrevistas, incluem-se a não partilha de insumos e a busca pelo CAPS AD como meio de acesso a banho e alimentação. Contudo, as entrevistadas ressaltam que os usuários que optam por não compartilhar seus insumos são mal vistos pelos seus pares, uma vez que essa atitude, na perspectiva dos demais, é interpretada como desvalorização do próximo, tornando, portanto, a adoção dessa estratégia específica um desafio.

A gente tá com bastante casos graves que vem dessa sensibilização de rua mesmo, assim, né de...de eles entenderem aqui como um lugar de cuidado, que às vezes é dar um banho né, ofertar o banheiro pra tomar banho, pegar uma comida, uma marmita, muitas vezes nosso cuidado é esse! Né e...inicialmente tudo bem, acho que não tem problema nenhum, ele faz um papel enquanto preservação da vida, assim!(Entrevistada 3).

Além da vinculação com a população em situação de rua, outra intervenção redutora de danos praticada pelas profissionais no território seria a ressignificação dos espaços de uso por parte dos usuários a partir de atividades externas ao equipamento. A realização de atividades externas ao CAPS AD, utilizando espaços do território como praças, por exemplo, atua como forma de lidar com a fissura, especialmente em relação aos usuários internados. As entrevistadas mencionaram passeios realizados com os usuários, acompanhados pelos oficinairos, no próprio território como meio de reinserí-los na comunidade a partir de outras práticas de socialização e lazer que não a atividade de uso.

É! Eu, assim, não sei se ainda minha visão, enfim, tá um pouco, né... mas eu identifico outras coisas também, como o...uma saída assim também, pro território né. O paciente tá lá internado, então vamo dar uma volta, vamo sair desse ambiente, vamo tomar um café...(Entrevistada 4).

Apesar das práticas de cuidado em RD construídas no cotidiano dos CAPS ADs participantes da pesquisa, as entrevistadas encontram desafios para implementação dessas estratégias. A primeira problemática apontada durante as entrevistas refere-se à vinculação das profissionais com o território de responsabilidade do CAPS AD onde atuam. Apesar de serem reconhecidas como importantes, a inserção das profissionais nas cenas de uso enfrenta alguns desafios. A primeira dificuldade seria a ausência em

alguns equipamentos de Redutores de Danos, profissionais capacitados e responsáveis principais pela interlocução entre o território e CAPS AD, sendo, por vezes, os profissionais com mais inserção e mobilidade na área de responsabilidade do CAPS AD.

Outro desafio importante apontado pelas entrevistadas refere-se aos insumos disponíveis para serem distribuídos durante as ações. Alguns elementos como a piteira e a haste de borracha, mecanismos importantes para a prevenção de lesões na parte interna da narina e inalação de substâncias tóxicas durante o uso de substâncias, foram retirados dos kits que eram distribuídos por serem considerados como estímulos ao uso de drogas. A função dos kits, além de prevenir agravos advindos do uso de drogas, é uma estratégia de aproximação e vinculação entre as profissionais e os usuários sendo importante, portanto, que eles tenham insumos que sejam relevantes para quem consome drogas.

É, a gente leva alguns materiais né, são folhas, lápis de cor ali, ou até... aí você começa a conversar com a pessoa, vai desenvolvendo né, a gente faz algumas ações no território, né, que são entrega de alguns insumos né, de higiene, porque a gente também tem essas questões né, que a gente é limitado pelos... pelas... vamos dizer essas questões burocráticas aí né. Porque antigamente a tinha o kit “snife” né, que era um kit mais voltado mesmo pro usuário, ali né, tinha alguns insumos ali que era pra fazer uso, a haste de borracha pro cara que cheira, a manteiga de cacau, tinha alguns materiais ali pro usuário mesmo né. Hoje em dia não tem mais esse kit, né e... de acordo com os nossos governantes aí, achavam que era fazendo apologia, tá reforçando esse uso, então não tem mais esse kit, e a gente trabalha de uma forma que a gente monta um kit de higiene, que também entra nessa linha da redução de danos né [...] (Entrevistada 5).

No entanto, apesar das adversidades, as profissionais também mencionaram estratégias para lidar com elas. A primeira seria a parceria com outros equipamentos como a UBS, o CEDECA (Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente), dentre outros que auxiliam na inserção das profissionais nos territórios. Esta parceria é importante na medida em que determinadas áreas nas comunidades não são receptivas, por motivos diversos, aos profissionais sendo fundamental a aproximação a partir de equipamentos ou profissionais que já possuam vínculo com a população.

[...]é, em geral a gente vai junto com alguém da UBS de referência, porque nem a UBS consegue entrar sozinha nesse território, eles têm muito receio, e às vezes com o pessoal do Cedeca[...]É um centro de criança, mas eles tem uma entrada muito boa na comunidade naquele território né, eles são muito conhecidos por eles terem uma abertura no território bem diferente, assim. Então a gente normalmente vai com eles[...] (Entrevistada 3).

Outra estratégia, apontada pelas entrevistadas, seria a substituição de insumos que foram retirados dos kits distribuídos aos usuários. Os kits passaram a conter, especialmente, material para higiene como cortador de unha, absorventes, dentre outros, assim como cartilhas informativas sobre práticas de redução de danos. Por fim, além do material de higiene são distribuídos também, de acordo com uma das profissionais, luvas para as pessoas que trabalham com reciclagem para evitar, durante a separação do lixo, que elas sofram ferimentos.

Embora possamos traçar, a partir das falas das profissionais, estratégias usuais de redução de danos, é importante compreender também que elas são singulares e precisam ser construídas a partir dos desejos e modos de vida dos usuários e não apenas replicadas. Souza (2019), nos demonstra a importância dessa adaptação quando menciona, por exemplo, na mudança do enfoque dado pelos redutores de danos ao não compartilhamento de seringas, no contexto de maior uso de drogas injetáveis, para o uso de protetor labial e confecção de cachimbos adequados ao abordar o público consumidor de crack (SOUZA, 2019).

Assim, práticas como a substituição de uma substância por outra menos danosa, a evitação de relacionamentos ou espaços que despertam o desejo de uso e até mesmo a abstinência e a internação (seja através do acolhimento nos CAPS AD tipo III ou em outras instituições) para desintoxicação dependem da condição de saúde do usuário, sua implicação no cuidado e a adequação a suas possibilidades e escolhas.

Partindo desta compreensão, que também foi abordada pelas entrevistadas, podemos elencar algumas ações exitosas implementadas nos CAPS ADs participantes da pesquisa, mas resguardando o entendimento que as práticas de RD devem ser contextualizadas na cultura do território e na história de vida dos usuários.

A primeira que iremos destacar foram as práticas em grupos mencionadas pelas entrevistadas. Camargo, *et al.* (2020) aborda a importância dos grupos em seu estudo. De acordo com a autora, mediante o sofrimento e isolamento social ocasionado pelo estigma que pesa sobre as pessoas que consomem drogas, os usuários geralmente rompem os vínculos com a família e buscam um novo coletivo onde possam se sentir acolhidos e amparados. O grupo, então, pode atuar como uma rede de sociabilidade saudável, ou como um fator de risco, se pensarmos em grupos onde o uso de substâncias é um meio relevante para o pertencimento.

A importância do grupo, conforme destacado por Camargo *et al.* (2020), torna-se evidente na experiência das profissionais entrevistadas, uma vez que elas enxergam esses grupos como uma rede de apoio aos usuários. Através desses encontros, os usuários compartilham experiências que, de outra forma, não compartilham. Além disso, a presença de seus pares nesses grupos amplifica a capacidade de desenvolver estratégias de cuidado que se alinham com o estilo de vida de cada indivíduo, uma vez que as vivências coletivas com o uso de substâncias desempenham um papel fundamental nesse processo.

Outro ponto discutido por Camargo *et al.* (2020) e que foi possível apreender durante as entrevistas é a relevância dos Redutores de Danos na atuação do CAPS AD. De acordo com a autora, estes profissionais assumem um papel importante na garantia de direitos e acesso à informação para a população usuária de drogas, assim como na adesão da pessoa ao tratamento por meio de sua postura acolhedora, respeitosa e promotora de autonomia. A ausência desses profissionais em alguns CAPS ADs é mencionada com lástima durante as entrevistas, em contrapartida, as profissionais enfatizam o papel desempenhado por eles na inserção dos profissionais na comunidade e desenvolvimento de ações no território.

A integração no território, indo além do mero acesso aos usuários e usuárias que não frequentam o serviço, também mostrou-se essencial para superar a concepção de que o serviço de Saúde Mental (CAPS AD) existe apenas para criar demanda (SOUZA, 2019). O território sob responsabilidade do CAPS AD deve ser considerado como uma fonte de potencial, tanto na construção do cuidado quanto na compreensão dos estilos de vida dos usuários. Reconhecer o CAPS AD como parte da comunidade onde está inserido é um caminho para que as práticas em saúde mental, especialmente relacionadas ao uso de drogas, deixem de estar confinadas às quatro paredes da unidade e passem a fazer parte do cotidiano da população.

Essa importância torna-se evidente à medida que as profissionais mencionam, por exemplo, passeios e atividades realizadas fora do ambiente do CAPS AD como práticas de Redução de Danos, e também como um meio para reintegrar as usuárias à comunidade. Essas ações demonstram a potencialidade de considerar o território como parte integrante da prática de cuidado, além de aproximar as profissionais da cultura e dos estilos de vida das pessoas atendidas pelos CAPS AD. Além disso, as entrevistadas também destacam que as incursões no território permitem que as ações de cuidado

atinjam um público mais amplo, uma vez que nem todas as pessoas, embora necessitem, têm condições de visitar o CAPS AD. Esses aspectos, por si só, corroboram o debate de Souza (2019) mencionado no parágrafo anterior.

Por fim, as entrevistas também destacam os desafios na implementação da perspectiva de Redução de Danos nas práticas de saúde devido à visão proibicionista e criminalizante do uso de drogas, que afeta a gestão das instituições de saúde e a formulação de políticas públicas. A falta de disponibilidade de certos recursos, como mencionado pelas entrevistadas, devido ao temor de que sejam interpretados como apologia ao uso de drogas, ilustra os impactos da abordagem proibicionista nas práticas de saúde para pessoas que fazem uso de substâncias. Assim, apesar de a Redução de Danos fazer parte das políticas para usuários de drogas desde a década de 90, ainda enfrenta resistência e desafios em sua efetivação.

5.3.5 Impactos das práticas de Redução de Danos na vida dos usuários

A partir das estratégias de Redução de Danos que discutimos anteriormente, foi possível apreender durante as entrevistas algumas mudanças que a adoção das práticas de RD trouxe para as pessoas assistidas pelas profissionais. Ao serem questionadas sobre os impactos que as práticas de Redução de Danos teriam na vida dos usuários, de forma geral as profissionais entrevistadas mencionaram alguns, como: o retorno ao vínculo familiar, a inserção no mercado de trabalho, a articulação de moradia e melhora do quadro de saúde e menor exposição à violência.

Conforme relatado pelas profissionais entrevistadas, quando o usuário estabelece uma relação menos abusiva com a substância, a família passa a nutrir sentimentos de esperança e confiança na recuperação desse indivíduo. É relevante ressaltar que as entrevistas também evidenciam que o processo de restabelecimento dos vínculos familiares se destaca como um dos impactos das práticas de Redução de Danos nas mulheres, em comparação com os homens. Como discutido no capítulo anterior, as usuárias de substâncias, devido ao estigma, costumam romper com mais frequência os laços familiares em comparação com os usuários. Portanto, o retorno a esse contato familiar é um impacto mais comum no público feminino atendido no CAPS AD.

Sim, é, dentro dos relatos que eu escuto, acho que entra aí uma questão que é mais essa volta desse vínculo familiar né, porque muitas são mães, então: Ah, voltei a conversar com meu filho, ah, voltei pra casa, agora meus filhos tão me aceitando melhor, tô pensando nessa criação de vínculo assim, porque quando elas tão uso, geralmente elas não tão em casa né, tão em outro

território, tão em outros locais né, perde esse vínculo familiar né, e quando elas começam a se estabilizar, elas retomam essa criação de vínculo familiar né, ou então as que tem a mãe: voltei pra casa da minha mãe, to bem ali com a família. Acho que seria mais por esse lado assim, não necessariamente igual aos homens que vão em busca, sei lá, de uma questão financeira, vamo se dizer assim (Entrevistada 5).

Um aspecto destacado na declaração anterior, que também é evidenciado em outras narrativas das entrevistadas, é a entrada no mercado de trabalho como resultado de uma relação menos abusiva com as drogas. De acordo com as entrevistas, a adoção de práticas de Redução de Danos permite que os usuários recuperem sua capacidade organizativa e, assim, se tornem mais aptos a cumprir as responsabilidades de um emprego.

Bom, hã... por exemplo, definição de horário pra uso muitas vezes permite que a pessoa trabalhe e isso já faz uma grande diferença! Né, porque o cara que usa maconha de manhã não trabalha, se ele usa de noite ele trabalha, hã... isso faz uma diferença importante. Hã... hã, bem essa questão permite alguma organização da vida, basicamente é isso né, eu acho que permite alguma organização da vida, diminui perdas né, em termos de... de trabalho, de vínculo com estudo, hã... dos vínculos ainda possíveis. (Entrevistada 6).

Neste ponto retomamos novamente a fala da Entrevistada 5 quando ela menciona ser a “questão financeira” um impacto mais notável em usuários que aderem às estratégias de RD, em comparação às mulheres. Esta fala demarca, de acordo com a entrevistada, um diferencial, a partir do recorte de gênero, dos efeitos das práticas de RD na vida das pessoas assistidas nos CAPS ADs.

A partir da integração em um trabalho ou do retorno ao convívio familiar, as profissionais também mencionam o acesso à moradia como decorrente da adesão às práticas de Redução de Danos. Esse processo é particularmente evidente na população em situação de rua, que passa a buscar, de acordo com as entrevistadas, Centros de Acolhida ou outras formas de abrigo. As usuárias também merecem destaque, tendo em vista que as entrevistas mencionam que, a partir da recuperação do vínculo familiar, elas também passam a ter acesso à habitação ao voltarem a residir com os familiares. O acesso à moradia, de acordo com as entrevistas, não apenas é uma consequência da Redução de Danos, mas também é considerado uma prática de Redução de Danos em si. Isso se deve ao fato de que proporciona um ambiente mais seguro, protegendo os indivíduos contra violência e agravos à saúde decorrentes da vida nas ruas.

Outro aspecto destacado pelas entrevistadas é a melhora do quadro de saúde a partir de um uso menos abusivo de drogas. Não somente a diminuição dos efeitos da substância no organismo, mas o maior engajamento no autocuidado (higiene,

alimentação, etc.) e a maior frequência nos equipamentos de saúde são citados pelas participantes como promotores da melhora do quadro clínico das pessoas que usam drogas.

Quanto à saúde, uma especificidade levantada pelas entrevistadas diz respeito às mulheres. As entrevistadas discorrem que, a partir das ações de RD, as usuárias passam a diminuir a quantidade de parceiros e, conseqüentemente, sua exposição à ISTs e gravidez não planejada. As mulheres que aderem às práticas de RD passam, portanto, a ter mais consciência e autonomia quanto aos seus relacionamentos e práticas sexuais.

Sim. É, que entre as mulheres eu acho que é isso entra mais na linha do... que geralmente fica com o parceiro fixo, ou não, mas começa a se preservar, voltado nessa questão de não manter relações com diversos parceiros né...acho que entra mais nesse cuidado (Entrevistada 5).

Além da saúde física, as profissionais entrevistadas evidenciam a promoção do bem-estar em saúde mental advindo da adesão às estratégias de RD. Elas mencionam uma melhora na autoestima, um aumento na confiança em uma melhora do quadro de saúde e a construção de um senso crítico quanto ao uso por parte dos usuários. De acordo com as entrevistadas eles passam a lidar de outra forma com os momentos de “recaída” compreendendo eles como parte do processo de cuidado e não como anulação das transformações de vida elaboradas até aquele momento.

[...]é, talvez vão ter momentos na vida que, por n situações né, individuais, retomam o uso de uma forma mais intensa mas eles conseguem ter uma crítica maior em relação ao que tem que fazer, ao que quer fazer, ao seu desejo, pra que isso possa ser modificado, assim, sabe. É... eu acho que é primeiro o respeito ao que eles desejam pra vida deles né e a gente vai respeitando isso e vai construindo isso juntos! Tem muitos que recaem e recaem feio no uso né, que tá numa abstinência há mais tempo ou estava usando muito menos há mais tempo, eles conseguem entender um pouco mais o que tá fazendo eles voltarem ao uso porque já tão se conhecendo um pouco melhor do que aquela coisa de só ficar brigando contra a sua vontade né. [...]aí eu percebo um pouco essa diferença na prática assim, que eles conseguem respeitar um pouco mais quem eles são e que começa a ficar um pouco mais fácil de lidar com as questões emocionais associadas a recaídas, por exemplo (Entrevistada 1).

Por fim, outro impacto da adoção das práticas de RD na vida dos usuários e usuárias é a diminuição da exposição à violência. De forma diferenciada, homens passam a expor-se menos a situações de disputa, agressão física e violência advinda de dívidas, enquanto mulheres se preservam mais em relação à violência de gênero, em especial a física e sexual.

Nos custos mesmo né, que ele acabam gastando muito dinheiro com substância, risco no território que aí não ficam mais devendo tanto igual antes (Entrevistada 7).

No que tange às usuárias, devido o estado de maior consciência, acesso a equipamentos de saúde e assistência social, ampliação de rede de apoio, elencados durante as entrevistas como proporcionados pelas estratégias de RD, estas mulheres conseguem romper com relacionamentos e contextos violentos. As entrevistadas mencionam que, ao ressignificarem sua relação com as substâncias, as usuárias fortalecem sua autonomia e individualidade, retirando do parceiro o lugar de referência para suas atitudes e escolhas. Além disso, a regulação do estado alterado de consciência, a partir das práticas de RD, é mencionado durante as entrevistas como um fator de proteção à violência sexual, tendo em vista que muitas usuárias de substâncias são violentadas quando estão sob efeito de substâncias.

A maioria das mulheres que chegam lá, sempre chegam nesse movimento de agressão do companheiro, física né, às vezes sexuais também que tem essa questão física né. É... e aí conforme vão se estabilizando, vão melhorando, aumentando esse autocuidado, vai diminuindo né e até mesmo dando opções pra poder pensar de outra forma né, mais individual né, deixando o companheiro[...] (Entrevistada 5).

Como consequência dessas mudanças, as participantes da pesquisa afirmam que os danos em saúde mental ocasionados pelas violências de gênero também são prevenidos. De acordo com elas, quadros como ansiedade, depressão, *etc*, ocasionados por essas experiências traumáticas, podem ser cuidados a partir da retirada de fatores que os agravam, quais sejam, as violações sofridas pelas usuárias.

Ah, sim, sim, eu acho que a questão, isso interfere inclusive no humor delas, né, assim, a questão... falando em psicopatologia mesmo, muitas tem uma questão de humor muito grande, justamente porque elas também ficam menos vulneráveis pras violências, então isso muda né? [...]isso impacta na saúde mental delas assim, de forma gigantesca (Entrevistada 7).

Por fim, importante mencionar o que as entrevistadas compartilharam referente à como os usuários e usuárias lidam com as mudanças advindas do uso menos abusivo da substância, ou até mesmo a abstinência. De acordo com as profissionais, há um sentimento de estranheza por parte dos usuários quanto a sua “nova versão”, especialmente porque a sensação de fissura e prazer advindas do uso de substâncias não é mais presente em seu cotidiano.

eles conseguiram reduzir o uso, o quanto eles ficam melhor, assim, e tem vezes que eles acham estranho, porque eles tão lidando com uma versão que eles não conhecem né. Porque sempre tão acostumados com eles intoxicados, aí vai diminuindo, aí eles vão achando a vida sem graça, eles ficam entediados... (Entrevistada 8).

Outro ponto discutido, neste caso relacionado especificamente às mulheres, é a dificuldade delas em valorizar positivamente os ganhos advindos da Redução de Danos. De acordo com as entrevistadas, as usuárias têm como expectativa a abstinência, portanto há uma frustração quando elas não alcançam essa meta ou quando elas retomam o uso, mesmo que de forma não abusiva.

Mas elas adotam assim, elas escutam bastante, elas fazem, mas eu acho que o impacto é menor do que nos homens, eu acho mesmo, assim! Porque elas...elas têm na cabeça que o parar é o certo, assim, por mais que a gente diga que também né, é mais difícil. Mas elas...elas seguem, elas fazem e isso traz um impacto positivo, só que isso pra elas não é o suficiente! Pros homens às vezes é e eles ficam ótimos, às vezes tá ótimo, tá bem, tá feliz, não precisa se separar da maconha. E nosso trabalho tá finalizado nessa história, pra mulher não, ela para, ela quer cessar totalmente o uso né. Mas traz impacto, só que a percepção delas é diferente! (Entrevistada 3).

Ao final, com base no que foi apresentado, é possível reiterar a ideia de que os impactos da Redução de Danos (RD) na vida das pessoas são diversos e contextuais, podendo até não ser permanentes, o que evidencia a natureza dinâmica do processo de assistência à saúde do usuário de drogas.

As práticas de RD podem ter diversos efeitos na vida dos usuários, uma vez que não buscam um resultado específico, mas têm o objetivo de ampliar a autonomia dos indivíduos para preservar seu bem-estar físico, mental e social (SOUZA, 2019). Portanto, apesar de algumas profissionais entrevistadas terem mencionado alguns impactos da Redução de Danos na vida dos usuários, não se deve interpretá-los como resultados esperados ou acreditar que todas as pessoas assistidas são igualmente afetadas pela adoção dessas estratégias de RD.

A partir desse ponto de vista, os resultados de nossa pesquisa destacam, em particular, as normas de gênero (Heise *et al*, 2019) como um aspecto importante a ser considerado ao pensar nas diferenças dos impactos da Redução de Danos entre homens e mulheres. A interligação entre as normas de gênero e o bem-estar decorrente de um uso menos abusivo de substâncias se manifesta nas declarações das entrevistadas, que mencionam, por exemplo, o retorno ao convívio familiar e uma maior proteção contra violência de gênero e IST como benefícios prioritariamente relacionados ao público feminino.

Além do mencionado anteriormente, outra mudança compartilhada conosco e que ocorre a partir de uma perspectiva de gênero é o tipo de relacionamento que a

usuária estabelece com seu parceiro. Uma vez que o parceiro desempenha um papel importante na regulamentação do uso de substâncias (MALHEIRO, 2020), nos comportamentos decorrentes do uso e na adesão aos cuidados de saúde, as práticas de RD, de acordo com as entrevistas, alteram essa dinâmica e fortalecem a autonomia e individualidade das mulheres. Assim, a mudança no relacionamento com a substância também implica mudanças no relacionamento da mulher com seu parceiro e consigo mesma, tornando-a mais consciente de seus desejos, objetivos e fortalecida em sua autonomia.

Diante desse quadro, enfatizamos o alerta feito por Queiroz (2015). Segundo a autora, as práticas de Redução de Danos, apesar de disruptivas, podem perpetuar desigualdades de gênero, uma vez que a atenção e o cuidado com as mulheres se concentram na maternidade e no retorno à família, enquanto para os homens se direciona ao mercado de trabalho e a outros espaços da vida pública. As observações da autora ecoam nos resultados de nossa pesquisa e nos chamam a atenção como profissionais de saúde para promover outras possibilidades de vida para as mulheres usuárias de substâncias, além da maternidade e do ambiente familiar.

5.4. Saúde sexual e reprodutiva de mulheres usuárias de substâncias.

O tema da Saúde Sexual e Reprodutiva foi identificado em vários contextos durante as falas das profissionais entrevistadas. Levando em consideração os objetivos do nosso estudo, enfocamos nesta categoria de análise alguns tópicos específicos da temática: a atuação do serviço, a abordagem quanto ao uso de métodos contraceptivos: adesão, oferta e percepção e as práticas sexuais de mulheres usuárias de substâncias e sua interlocução com a Redução de Danos.

Esses tópicos não esgotam essa discussão, mas buscam abordar a oferta de cuidado para a saúde sexual e reprodutiva de mulheres usuárias de substâncias pelos serviços de saúde, mais especificamente os CAPS AD. Também pretendemos discutir a interlocução entre as vivências sexuais de mulheres que usam drogas, as práticas de redução de danos e a promoção de saúde. Por fim, objetivamos, também, compreender o papel, as potencialidades, como também as fragilidades, presentes nestes serviços para promoção do cuidado em saúde e da autonomia das mulheres assistidas por eles.

5.4.1. A atuação do serviço

Apesar do CAPS AD ser um serviço de referência na atenção em saúde mental, este não se isenta de prestar cuidados em saúde de forma mais ampla, especialmente por ser uma de suas atribuições. De acordo com a portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 “IV há a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar”. Por integralidade, compreendemos um processo de cuidado construído a partir do diálogo entre usuário e profissional, onde preserva-se a autonomia deste e as várias dimensões que o compõem (social, individual, cultural, etc.). Além disso, o princípio da integralidade parte da compreensão de um processo saúde-doença-cuidado complexo e não fragmentado, no qual as dimensões física, social e mental devem ser consideradas de forma indissociável nas práticas em saúde (OLIVEIRA; ANDRADE; GOYA, 2012).

Portanto, partindo desta compreensão sobre integralidade e do papel do CAPS na assistência às usuárias de substâncias, iremos discutir neste tópico a atuação do serviço em relação à saúde sexual e reprodutiva das mulheres. De acordo com a Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, faz parte das ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de substâncias: 1) a disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/AIDS e Hepatites, 2) informação e orientação e, por fim, 3) ações de assistência social e à saúde. Tendo como referência esses três eixos de atuação, iremos discutir as práticas de cuidado em saúde sexual e reprodutiva desenvolvidas nos CAPS AD sob a ótica da integralidade em saúde.

5.4.1.1. Disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/AIDS e Hepatites.

De forma geral, nos CAPS AD há a disponibilidade de preservativos, na maioria masculinos, testes para ISTs e gravidez. A utilização dos insumos e implementação das práticas de cuidado em alguns equipamentos ocorre na forma de um protocolo que consiste em um conjunto de exames realizados quando o usuário inicia o acompanhamento na unidade. Além disso, neste mesmo equipamento, a equipe de enfermagem refaz os exames sorológicos dos usuários periodicamente, objetivando um monitoramento do estado de saúde.

A gente tem como protocolo na unidade, todo o paciente que chega, de... todos os nossos pacientes que chegam, eles passam por um protocolo de... de testar, hã, HIV, Hepatite, as DST's mais graves e que passam mais

desapercebidas. Ah... no começo elas são testadas no sangue, faz parte do protocolo dos exames iniciais (Entrevistada 6).

Já em outro CAPS AD, além do acompanhamento de ISTs e realização de testes rápidos em caso de suspeição, de acordo com uma das profissionais entrevistadas, os usuários e usuárias que entram para acolhida podem realizar os testes no próprio serviço. Caso não seja possível a realização dos testes no equipamento, os usuários são encaminhados para UBS ou SAEs. Neste mesmo equipamento, os profissionais também realizam uma avaliação sobre a situação de saúde dos usuários. Eles analisam aspectos como: se o incômodo ligado à IST relatado pelo usuário é algo crônico, de repetição ou um quadro agudo para que, assim, as condutas sejam tomadas de forma mais apropriada.

Os CAPS que não têm um protocolo ou realizam exames na admissão do paciente os encaminham para outros equipamentos como UBS (Unidade Básica de Saúde) ou SAEs (Serviço de Atenção Especializada). Nestes equipamentos realiza-se o uso da pílula do dia seguinte, o protocolo de tratamento para HIV, testes para ISTs em caso de risco de exposição, e demais procedimentos a fim de atender as demandas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva.

Vale ressaltar, também, um dos CAPS ADs participantes que se diferencia pois, além dos insumos usuais, fornece um kit de limpeza para sexo anal, além da pílula do dia seguinte em sua farmácia, apesar da dificuldade de algumas usuárias utilizarem devido a desorganização pelo uso de substâncias, o que as faz, geralmente, perder o prazo em que deve-se ingerir a pílula.

Neste ponto, cabe destacar que, apesar da crença popular da ineficácia do contraceptivo de emergência caso não seja ingerido até o terceiro dia após o ato sexual, a pílula do dia seguinte permanece cumprindo sua função até o quinto dia após a relação sexual. O que ocorre, no entanto, é a diminuição da eficácia, não sua perda (OMS *et al.*, 2007).

Por fim, cabe ressaltar que o Consultório na Rua assume um papel imprescindível no cuidado com a saúde sexual ao disponibilizar material e estruturas para que os testes rápidos sejam realizados na própria rua, durante os momentos de abordagem, tendo em vista que uma parte significativa do público assistido nos CAPS AD são pessoas em situação de rua.

[...]quando fazemos ações em conjuntas no território com o consultório na rua, que já aconteceu, é, eles tem muito esse teste rápido na rua, na própria rua. Então ... o H., um caminhãozinho que vem também e consegue é, ter esses testes rápidos. E logo já é encaminhado, é, eles tiram a pessoa da onde

está com um monte de gente, conversa-se né, acaba dando o teste lá do soropositivo né, do HIV, acaba direcionando já pro CTA específico né (Entrevistada 9).

5.4.1.2. Informação e orientação

Além da oferta de insumos, as práticas de informação e educação em saúde são extremamente importantes no cuidado à saúde sexual e reprodutiva. De forma geral, nos equipamentos que participaram da pesquisa acontecem intervenções educativas de forma pontual em datas marcadas no calendário nacional da saúde, caracterizando-as como práticas de campanha em saúde. Um exemplo desses eventos seria o Dezembro Vermelho, que é um mês voltado para práticas de prevenção à AIDS e ao HIV. Vale ressaltar que é sinalizado nas falas que, apesar dos profissionais considerarem insuficientes do ponto de vista coletivo, a maioria destas intervenções com enfoque em orientação e educação em saúde concentram-se nos atendimentos individuais. Há, portanto, um déficit de práticas ou abordagens quanto à saúde sexual e reprodutiva pensados para o coletivo dentro dos CAPS ADs.

Ah, a gente faz orientações mais assim, individuais quando tá nesse assunto, mas não acontece um evento pra poder discutir isso não! Não tem tipo, um dia para discutir ou fazer a conscientização... não tem! ...Infelizmente!" (Entrevistada 8).

Uma das profissionais menciona o contexto da Pandemia de COVID 19 como um dos fatores de esvaziamento desses espaços de agrupamento. No entanto, durante as entrevistas, evidenciou-se equipamentos que realizavam intervenções em saúde sexual e reprodutiva no contexto coletivo. Em um dos equipamentos participantes da pesquisa, por exemplo, há uma intervenção no âmbito grupal, facilitada por um enfermeiro, na qual ele trabalha temas relacionados com saúde sexual e reprodutiva em um grupo aberto para homens e mulheres assistidos no equipamento.

É algo que a gente faz bastantante, assim, principalmente quando elas, é, a gente às vezes aborda o tema né e trás tipo de uma forma mais didática, é, em grupo, mas todos os atendimentos de referência acho que a gente vai abordando, pergunta como tá, o que é, pra que que serve tal coisa, a gente fala muito do uso de preservativo assim, por conta de sífilis [...] O grupo de saúde, que é um enfermeiro que faz de manhã junto com...não sei, não lembro quem é, eles abordam muito esses temas, assim né, do cuidado com o corpo, dos cuidados gerais, eles sempre tem falado no geralzão, explica, trás fotinho, isso é pra isso, isso é pra aquilo, assim, e aí não só pro público feminino né, aí é com todos (Entrevistada 3).

Outra intervenção no âmbito coletivo se dá através de uma das profissionais entrevistadas que facilita um grupo educativo que, a partir do uso de bonecas, são discutidas várias temáticas com as mulheres participantes, inclusive temas relacionados

à saúde sexual e reprodutiva. Por fim, podemos sinalizar, também, enquanto intervenção coletiva, as assembleias e grupos que ocorrem em um dos serviços e onde, de acordo com uma das entrevistadas, sempre que possível, são abordadas questões relativas à saúde sexual e reprodutiva com o público em geral. Este debate é importante porque, de acordo com ela, devido a convivência entre os usuários, é comum eles se relacionarem entre si ou manifestarem esse desejo.

Apesar das intervenções em saúde sexual e reprodutiva se apresentarem nos atendimentos individuais e estarem dissolvidas em determinadas ações coletivas, a necessidade de investimento em espaços grupais para tratar da saúde sexual e reprodutiva das mulheres é reforçada na fala de uma das entrevistadas. Ao ser entrevistada, a profissional menciona o fato das usuárias de substância estarem inseridas em um ambiente masculino, tanto nos contextos de uso de droga como também nos espaços de assistência, como os Centros de Acolhida e SIATs mistos. Este contexto, de acordo com a entrevistada, faz com que as usuárias geralmente não se sintam acolhidas ou com espaço para tratar de questões ligadas ao ciclo menstrual, ISTs, demandas ginecológicas, dentre outras. Um ambiente grupal que atendesse, portanto, esta necessidade possibilitaria uma oferta maior de cuidado em saúde para essas mulheres.

Por fim, neste ponto cabe evidenciar os sistemas de assistência social e de saúde como perpetuadores da desigualdade de gênero na medida que não consideram a presença de mulheres usuárias de substâncias nesses espaços e práticas de cuidado. Isso se dá tanto nas ações para prevenção em saúde sexual e reprodutiva como no funcionamento dos demais equipamentos de assistência social, quando não consideram a necessidade de um espaço acolhedor para as mulheres compartilharem suas demandas e vivências, ignorando a presença majoritariamente masculina nesses lugares o que, de acordo com as entrevistas, é um inibidor para tal. Portanto, é visível a necessidade de considerar a especificidade do papel social do gênero feminino para, de fato, alcançar a eficácia nas intervenções em saúde propostas (GUPTA *et al.*, 2019).

5.4.1.3. Ações de assistência social e à saúde

O terceiro e último eixo que iremos tratar neste tópico seriam as ações de assistência social e à saúde, cujo principal meio para implementação se dá pela atuação em rede, articulando equipamentos de saúde e assistência social. É expresso no discurso das entrevistadas a importância desta atuação conjunta, especialmente com as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e Consultório na Rua, devido a limitação do CAPS AD em

realizar algumas intervenções.

De forma geral, os casos mais complexos são encaminhados para o Consultório na Rua ou AMA (Assistência Médica Ambulatorial), pois os recursos do CAPS AD para suprir determinadas demandas são limitados. Esta limitação apresenta-se, por exemplo, na disponibilidade de insumos como os testes para gravidez, já que possuem uma quantidade reduzida disponível no CAPS AD e não podem ser utilizados após o vencimento. A disponibilidade, em determinados CAPS AD, apenas da camisinha masculina para as pessoas assistidas no serviço também é uma problemática, pois é uma limitação na oferta de métodos contraceptivos no ambiente do equipamento.

[...]quando eles chegam, tem né, um potinho lá, com muita camisinha. E aí, no caso, a gente vê que tem bastante mulher que pega, bastante homem que pega, mas no mais, é isso (Entrevistada 10).

A parceria entre os CAPS AD e os demais equipamentos de saúde também foi identificada no ambiente de matriciamento. Esse é um espaço onde se discute a situação de saúde dos usuários, assim como se articulam os serviços necessários para prestar uma assistência em saúde integral e efetiva.

Exato! Até nos próprios matriciamentos da UBS a gente vai, é, entendendo como é que tá o cuidado dessa usuária, se ela tá indo, se tá atrasada a injeção, se não tá, pra gente poder ir também sensibilizando e poder ir... ir organizando esse cuidado! (Entrevistada 11) .

O Matriciamento é uma ferramenta fundamental na garantia da integralidade e longitudinalidade da assistência em saúde. Ele se constitui em um espaço de diálogo entre os vários componentes da Rede de Saúde, onde saberes são compartilhados, tanto os técnicos quanto os vivenciais (conhecimento sobre as dinâmicas do território, demandas em saúde coletivas e individuais, etc). De caráter técnico e pedagógico, o Matriciamento é uma construção colaborativa entre RAPS, Atenção Primária, comunidade e demais equipamentos necessários na elaboração de planos de cuidado. Neste processo, a equipe de Saúde Mental presta não somente orientações, mas participa ativamente das intervenções, quando necessário, atuando, por exemplo, em visitas domiciliares e consultas compartilhadas com profissionais da Atenção Primária (CHIAVERINI, 2011).

Além do matriciamento, a abordagem e o acompanhamento do uso de contraceptivos realizado pelas profissionais entrevistadas também dá-se na articulação com os demais equipamentos de saúde. A partir do diálogo com as UBSs, SAEs, etc, os profissionais destes serviços repassam para os profissionais do CAPS AD os cuidados que estão realizando com as mulheres e estes, por sua vez, repassam as demandas

apresentadas pelas usuárias. Especificamente no contexto de um dos equipamentos participantes da pesquisa, este processo é centralizado nos profissionais de enfermagem, que também são responsáveis pelo acompanhamento do quadro clínico geral das usuárias.

Tudo isso precisa passar pela rede primária né, pelas UBS, porque ela que é a reguladora, assim, mas a gente acompanha esse fluxo muito de perto, assim, o desejo de ser mãe ou não, se tem algum método, a gente conversa muito sobre isso, é...algo que é muito conversado. E é sinalizado pras UBSs, a gente vai junto, negocia, “vamos por o DIU?”, “Não, tô com medo!”, “Vamo lá”, a gente vai, sabe! É algo muito...muito conversado, assim, na rede e muito possível, não dá gente fazer em si né, eu não consigo fazer uma...aplicar ou pôr um DIU, ou fazer o implanon aqui, mas eu consigo fazer todas essas articulações, assim (Entrevistada 3).

Ainda sobre o acompanhamento do uso de contraceptivo pelas profissionais dos CAPS AD, as respostas foram diversas. Algumas afirmavam acompanhar o uso de métodos contraceptivos pelas mulheres, outras não. Algumas profissionais entrevistadas consideraram este acompanhamento apenas como um aspecto do cuidado em saúde da usuária, não atribuindo a ele uma atenção específica. Já outras profissionais consideravam ser da UBS esta função, não sendo responsabilidade do CAPS AD realizar esse tipo de acompanhamento.

Acho que...acompanha com as UBSs. Então as UBSs é que fazem o acompanhamento em geral dessa situação, né. A...a gente incentiva que essas mulheres façam acompanhamento via UBS. Né, em geral, a gente sabe que todo acompanhamento é feito na unidade básica de saúde e as que têm em situação de vulnerabilidade maior, em situação de rua, é o consultório na rua (Entrevistada 12).

Neste ponto, iremos retomar o conceito de integralidade (OLIVEIRA; ANDRADE; GOYA, 2012). Apesar de não ser uma atribuição específica de determinada categoria, ou função primordial dos CAPS ADs, compreender o indivíduo como uma totalidade é um princípio do cuidado em saúde fundamentado nos valores da Reforma Psiquiátrica e que também rege o Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo assim, a responsabilidade pelas demandas das usuárias, assim como os processos de promoção e prevenção em saúde, apesar de ter seus ordenadores (como CAPSs e UBSs, por exemplo), é compartilhado entre todos os componentes da Rede de Assistência em Saúde, portanto, não deve ser restrito a um determinado profissional ou equipamento. Assim, essa compreensão de integralidade em saúde contradiz a postura de algumas profissionais que delimitaram à enfermagem ou às UBSs os cuidados em saúde sexual e reprodutiva das mulheres assistidas nos CAPS ADs.

No entanto, cabe ressaltar as tentativas de implementar práticas de cuidado

efetivas, a partir do referencial da integralidade, pelas profissionais dos CAPS AD, como também seus desafios, especialmente quanto aos papéis de gênero. Além da resistência de algumas mulheres em frequentar outros equipamentos de saúde, o que reafirma a importância da integralidade e saúde e o papel das profissionais do CAPS AD na promoção de saúde sexual, há também o atravessamento das desigualdades e normas de gênero na construção desse cuidado.

The word inequity is defined as the unfair and avoidable differences arising from inequality and structured disadvantage. Although gender systems can exacerbate or mitigate the consequences of healthrelated differences, health inequities are primarily a function of gender inequality and other axes of stratification, rather than sex (HEISE; et al, p. 2443, 2019).

Isso se dá pois, o papel social da mulher atravessa o cuidado em saúde sexual e reprodutiva, assim como na forma como elas vivenciam suas relações afetivo-sexuais. Isto apresentou-se nas narrativas quando, de acordo com as entrevistas, muitas das usuárias, por estarem em um relacionamento fixo, sentiam-se protegidas de ISTs. Esta percepção mantinha-se, mesmo com a possibilidade deste mesmo parceiro ter relações sexuais com outras mulheres. Soma-se a isto, a crença de algumas mulheres delas não poderem negar ter sexo com o parceiro. Portanto, a forma histórico-social de como as relações afetivas de mulheres se constroem também influencia os cuidados que elas têm consigo mesmas, durante suas experiências sexuais, e a autonomia delas neste processo.

Na questão do...dos métodos né, anticoncepcionais, quais são as possibilidades, muitas delas acabam resistindo, muitas tem muitos filhos né, então assim, na UBS né, tem alguns métodos né lá de planejamento, que elas não gostam de participar do planejamento familiar. Então a gente tenta aqui né, mostrar quais são os métodos, é, que cada uma teria que ver qual que seria o mais né, fácil pra que ela possa dar conta. É... a questão até da própria, é, relação conjugal né, que a gente tenta também abordar um pouco, da mulher não se sentir obrigada[...] porque às vezes a mulher tem esse papel né, ela fica tão submissa, ela sempre faz o que o outro quer, não o que ela desejaria fazer! (Entrevistada 13).

O papel social do homem também é um desafio na adesão aos cuidados em saúde sexual e reprodutiva, especialmente quanto às ISTs, e, conseqüentemente, uma barreira ao bem-estar de suas parceiras durante as práticas sexuais. Os usuários, de acordo com uma das profissionais entrevistadas, têm dificuldade de compreender o risco de não fazer o tratamento para ISTs, especialmente o tratamento para HIV. Alguns usuários, inclusive, mantêm relações sexuais com outras pessoas mesmo sem estar fazendo acompanhamento do seu estado de saúde. Uma das participantes da pesquisa ilustra a situação com dois relatos. O primeiro refere-se a um usuário que havia parado o tratamento para HIV no SAE (Serviços de Atendimento Especializado) há oito meses

e mencionou no atendimento com esta profissional que estava “conhecendo” uma menina e, ao ser confrontado sobre a necessidade de cuidado para evitar a infecção de sua parceira, evadiu-se do serviço. A profissional também relata uma segunda experiência com uma usuária que, ao descobrir ser HIV positivo, se ausentou do equipamento, parando de comparecer aos atendimentos.

Esta resistência ao tratamento para HIV, de acordo com a profissional, daria-se tanto pela displicência dos usuários como pela naturalização quanto às ISTs, ou seja, é comum as pessoas da convivência destes usuários estarem infectadas e, portanto, o tratamento perde a importância. Quanto às mulheres, a entrevistada menciona que, devido ao estigma, a vergonha e o receio de não se relacionarem mais com outros parceiros, elas também se afastam dos equipamentos para evitarem exposição. No que tange esta questão, acho importante lembrar o que já foi discutido em outras categorias que é o fato das mulheres usuárias de substâncias, especialmente as que vivem em situação de rua, terem nos seus companheiros um fator de proteção. O fato delas possuírem alguma IST, devido ao estigma que esta situação implica, pode dificultar o relacionamento com outros homens e, conseqüentemente, a perda da segurança que eles oferecem. Portanto, isso nos faz inferir que esse receio delas de serem expostas enquanto pessoas com IST não se limita à dimensão afetiva, mas também surge de uma necessidade de segurança, especialmente física, ao estar em situação de rua.

[...]o que eu tenho observado e analisado, é que eles não...não entendem o real risco né, do perigo que é de não fazer o tratamento correto né, do vírus HIV! Da questão de não ficar, é, fazendo tratamento, de não ficar tomando né o retroviral corretamente né, de não achar que...de achar que não vai ter problema nenhum de se relacionar com outras pessoas, né. Então eles não tem muito esse senso e eles não levam muito a sério, justamente porque eles já estão numa zona que esse tipo de vírus é comum ,né ?! (Entrevistada 2).

Neste ponto, abriremos um parêntese para uma leitura dos eventos compartilhados acima sob a lente do sistema de gênero. O sistema de gênero pode ser compreendido como relações de poder e resistência que, através da socialização dos sujeitos, constrói e estrutura normas, papéis sociais e, inclusive, subjetividades (HEISE *et al.*, 2019).

Sendo assim, pessoas entendidas socialmente como homens ou mulheres possuem acessos diferentes a poder, recursos e cuidado em saúde, inclusive internalizando valores também diferentes no que diz respeito ao investimento no seu próprio bem-estar. No caso das masculinidades, dentro do sistema de gênero, há um valor positivo na negligência com a saúde e a exposição a riscos, inclusive riscos

relacionados às práticas sexuais e transmissão de ISTs (GUPTA *et al.*, 2019). Esta problemática é expressa nos relatos da profissional que discorre sobre a minimização, por parte dos homens, dos agravos advindos das ISTs .

No entanto, as normas restritivas de gênero não afetam apenas homens, mas também mulheres, produzindo iniquidades de gênero. As mulheres, na dinâmica da desigualdade de gênero, têm suas práticas sexuais e o que advém delas valorado negativamente, o que faz com que elas se afastem dos equipamentos de saúde. Este fenômeno acontece devido ao receio delas de serem julgadas ao apresentarem demandas quanto à saúde sexual e reprodutiva, como as ISTs, por exemplo (HEISE; *et al.*, 2019). Essa situação também está apresentada na fala da entrevistada 2, citada anteriormente.

Além destes, outro desafio relacionado à oferta de assistência em saúde é quanto às orientações. Durante as entrevistas foi compartilhado sobre a dificuldade de realizar orientações quanto a métodos contraceptivos que não sejam acessíveis às usuárias, pois isto poderia gerar uma resistência e até uma desresponsabilização no cuidado por parte delas, já que elas poderiam alegar essa orientação “equivocada” como motivo para não aderir aos métodos contraceptivos. Além desse desafio, há a dificuldade de acompanhar a utilização dos métodos contraceptivos usados pela população em situação de rua. Devido ao caráter transitório das pessoas em situação de rua, os encontros entre as profissionais e as usuárias são pontuais e esporádicos, o que limita um acompanhamento de rotina desta população.

E aí isso meio que... não tem muita lógica da gente falar de uma coisa que a gente não tem acesso, cê entende?[...]E aí elas podem acabar jogando a responsabilidade disso tudo, não se responsabilizar pelos atos delas né e aí, por exemplo “ah, eu engravidei!”, “ah então, mas, é...ninguém te orientou?”, “ah então, quando eu fui falar com S. ela veio falar pra mim, pra mim comprar anticoncepcional! Com que dinheiro que eu vou comprar anticoncepcional?! Não me deu uma orientação correta...”, entendeu! Então muitas delas tem uma res...uma má responsabilização dos seus atos né, de colocar tudo isso em cima de outros, e geralmente somos nós técnicos, entendeu (Entrevistada 2).

Por fim, outro desafio foi a própria localização de um dos equipamentos, que fica no mesmo ambiente que a UBS e o AMA. De acordo com as entrevistas, a proximidade do CAPS com os demais equipamentos o desresponsabiliza de investir em ações informativas e de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva, tendo em vista que a própria UBS e o AMA cumprem essa função. No entanto, uma das profissionais destaca a importância do CAPS AD fazer intervenções de promoção e prevenção quanto à saúde sexual e reprodutiva a fim de reforçar para os usuários a importância destes cuidados para engajá-los nas práticas de prevenção e promoção em saúde, enquanto público

vulnerável.

Porque lá a gente tá num complexo e aí esse complexo embaixo tem AMA e tem UBS, quando os pacientes entram pra subir pro CAPS, eles já dão de cara com a UBS e o AMA e, de cara, na UBS e no AMA, sempre tem um mural informativo sobre questão de DST, sempre tem, sabe. Então, é, nós do CAPS não nos sentimos tão na obrigação de fazer, mas na minha opinião é importante nós termos todos esses informativos porque? Porque a gente precisa, é, mostrar pra o nosso público que eles fazem parte disso, eles ocupam esse espaço, onde eles estão vulneráveis também a esses tipos de doenças sexualmente transmissíveis (Entrevistada 2).

Mediante estes desafios, também foram elencadas estratégias utilizadas pelos profissionais e equipamentos. Uma delas é o acompanhamento atencioso por parte dos profissionais do CAPS AD das usuárias quando elas são encaminhadas para outros serviços. As entrevistas demonstram que, devido às mulheres usuárias de substâncias se sentirem envergonhadas ou, por vezes, não compreenderem que assuntos devem abordar com determinado profissional, elas não compareciam aos serviços para os quais eram encaminhadas. Portanto, este diálogo próximo entre as profissionais dos CAPS AD e as mulheres usuárias mostrou-se uma forma de diminuir a evasão delas dos outros serviços da rede.

Uma das profissionais acrescentou nuances à problemática das mulheres sentirem-se envergonhadas de frequentar a UBS. Ela afirma que aquelas que não fazem um uso muito abusivo e, portanto, não se evidenciam enquanto usuárias de substância possuem menos vergonha de ir aos equipamentos de saúde do que aquelas que fazem um uso mais intenso de substâncias. Por vezes, ela também orienta para que elas passem primeiro na médica (o) clínica(o) do CAPS AD para que haja uma sensibilização destas mulheres e elas possam frequentar a UBS. Em algumas situações, inclusive, a profissional acompanha estas mulheres nos atendimentos em saúde para que facilite-se seu comparecimento.

[...]há muitos casos que a gente, inclusive, acompanha essas mulheres pro atendimento na UBS, porque muitas vezes se sentem envergonhadas de chegar, de trazer as queixas, é.... (Entrevistada 7).

Outra ação singular de um dos equipamentos e que nos chamou a atenção foi compartilhada por uma das entrevistadas. Ela nos relatou a prática de deixar a usuária em acolhimento integral para garantir que esta completasse o ciclo de tratamento para Sífilis, já que, sem essa estratégia, havia risco de evasão e não conclusão do tratamento. Outra prática também importante citada durante as entrevistas, seria a de permitir que seus usuários guardem seus retrovirais na farmácia do equipamento, tendo em vista que, por estarem em situação de rua, eles muitas vezes têm seus medicamentos roubados,

impossibilitando a realização do tratamento.

Por fim, outra resposta aos desafios na assistência em saúde sexual e reprodutiva implementada foi a possibilidade de aplicação do método contraceptivo, ou seja, as injeções hormonais mensais e trimestrais, no próprio equipamento. Esta ação justifica-se pelo fato das mulheres possuírem um vínculo maior com o CAPS AD em comparação com a UBS. Portanto, apesar desta prática não ser um padrão deste equipamento, a partir da demanda da usuária e da conduta da profissional de referência essas aplicações podem ser realizadas no serviço sem impedimentos.

Podemos compreender então, a partir dos resultados apresentados, que diversas estratégias são implementadas pelos CAPS AD participantes de nossa pesquisa. O que demonstra que, ademais dos desafios e, apesar dos CAPS AD serem um serviço especializado em saúde mental, há uma preocupação com a integralidade no atendimento dos pacientes e um caminhar em direção a promoção de saúde levando em consideração os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

5.4.2. Métodos contraceptivos: oferta, percepção e adesão.

Outro aspecto abordado durante as entrevistas, essencial para refletirmos sobre a saúde sexual e reprodutiva das usuárias de substâncias, foi sobre a adesão pelas usuárias aos métodos contraceptivos. A prática contraceptiva é complexa e multifatorial, extrapolando o simples desejo da mulher. Além da adesão pessoal das mulheres, ela é, também, atravessada pela percepção dos profissionais, que orientam e prescrevem um método anticoncepcional(MAC), quanto ao uso e adequação destes, assim como sua oferta pelo sistema de saúde. Sendo assim, iremos discutir a relação de mulheres usuárias de substâncias com as práticas contraceptivas a partir de três tópicos: oferta, percepção dos profissionais e adesão.

5.4.2.1. Oferta

Além do desejo da usuária, do seu contexto de vida e da compreensão do profissional sobre qual método seria mais indicado em cada situação, a oferta de determinados contraceptivos pelos equipamentos de saúde também influencia a trajetória sexual e reprodutiva das mulheres. Nos serviços, de acordo com algumas entrevistadas, as primeiras ofertas seriam a injeção trimestral, as LARCS (Long-Acting Reversible Contraception ou Contraceptivos de Longo Prazo) ou a Laqueadura. A justificativa apontada pelas entrevistadas para esta conduta corrobora com as discussões

levantadas por Brandão e Cabral (2021).

De acordo com as autoras, o acesso a determinado método contraceptivo pelas mulheres é atravessado pela dimensão de raça, normas de gênero e contexto econômico. A partir destes aspectos, as escolhas dessas mulheres quanto a sua trajetória reprodutiva é amparada ou não, na medida em que também são consideradas aptas ou inaptas a se reproduzirem pelas instituições e profissionais que as acompanham.

Este processo evidencia-se nas falas das participantes de nossa pesquisa na medida em que há uma limitação quanto aos métodos contraceptivos ofertados para as mulheres usuárias de substâncias, restringindo sua autonomia quanto à sua escolha contraceptiva.

[...] mas eu, eu sinto que dessas estratégias, desses anticoncepcionais, dessas estratégias anticoncepcionais a injeção trimestral acaba sendo a mais efetiva e que tem a maior adesão pelas usuárias, né. [...]É o que eu mais vejo, assim, eu não vi outras estratégias de, sei lá, tudo bem vai, ciclo 21, até vi, mas é muito difícil elas darem conta, assim, às vezes nem é uma possibilidade, assim, às vezes o ginecologista já propõe a injeção trimestral ali, né (Entrevistada 11).

De acordo com algumas entrevistadas, o uso da injeção trimestral, em específico, já é um procedimento padrão das UBSs quando atendem mulheres que usam substâncias, não havendo espaço para o diálogo sobre outros métodos e práticas de cuidado. Isto expressa, de acordo com uma das entrevistadas, uma elitização dos métodos contraceptivos, na qual apenas uma parcela das mulheres tem acesso a métodos específicos, como o DIU, por exemplo.

O Implanon (método contraceptivo de implante subdérmico de longa duração), em especial, também evidencia-se no discurso das profissionais. Elas apontam o fato do Implanon, antes da pandemia, ter sido um método muito utilizado por mulheres em situação de vulnerabilidade social e incentivado pelos profissionais de saúde. No entanto, atualmente, ele encontra-se em desuso e as entrevistadas apontam a falta de investimento na rede de saúde e a incapacidade dos profissionais de aplicá-lo como o motivo para tal. Além disso, de acordo com uma das entrevistadas, há uma dificuldade de acesso a este método na rede de saúde, que seria responsável por fornecer e auxiliar na utilização deste contraceptivo.

É! Teve uma época, antes da pandemia assim, que a gente usava muito o implanon, é, em mulheres em situação de vulnerabilidade, de rua, é... situação de rua. Mas eu não sei o que aconteceu na rede, isso tá meio escasso assim né, acho que tem menos pessoas capacitadas pra colocar, ou diminuiu o investimento, eu não sei exatamente o que acontece. Então pouco se oferece o implanon, pouco tem oferta em UBS de implanon e muito mais laqueadura, bastante! A gente tá conseguind...que as laqueaduras tão saindo bem rápido, assim, e o anticoncepcional injetável né. O DIU é muito di... eles têm mais

preconceito com o DIU (Entrevistada 3).

Um contraponto levantado, durante as entrevistas, quanto ao Implanon foi a imposição deste método às usuárias de substâncias quando elas recorriam às UBSs. Ao procurarem a UBS, é falado para as mulheres que elas têm que usar um método contraceptivo e realizar planejamento familiar, então as usuárias de substâncias acabam utilizando o Implanon e, algumas vezes, o DIU, mas não por uma via de escolha consciente quanto aos efeitos e desejos sobre seu corpo, mas por coerção por parte dos profissionais de saúde. Além disso, poucas usuárias têm conhecimento sobre o que seria o Implanon já que, geralmente, o conhecimento delas sobre os métodos contraceptivos se limita ao uso do preservativo masculino, o que, em contrapartida, provoca uma resistência delas em usar outros métodos.

Ó... é... existem os grupos que colocam porque desejam... que colocam, eu tô falando que fazem uso de... de contraceptivo porque desejam e o grupo das que fazem uso de métodos contraceptivos por quê... é... algo meio compulsório, sabe, um compulsório muito maquiado, assim, e não é escolha da mulher, então é meio que isso, então a UBS ela... aí fala assim ‘ Olha vocês tem que usar métodos contraceptivos, planejamento familiar e larara, então elas vão lá e colocam por que, enfim. né. parece mais uma co... co... como é que eu falo essa palavra? Que foram coagidas, assim, do que foram, do tipo, educadas e que há uma compreensão e uma aceitação [...]é... são poucas as que tem um... as que vêm sentido naquilo e fica mais, meio que uma coisa ‘A UBS tava lá e falaram: Ah, não, vamos colocar o implanon, e colocou’ (Entrevistada 10).

A respeito da Laqueadura, compreendendo esta como um método mais definitivo, de acordo com as entrevistas ela é ofertada para mulheres com múltiplas gestações, priorizando os métodos reversíveis ou as injeções trimestrais nos demais casos. Estas falas evidenciam a compreensão da laqueadura como um método direcionado para mulheres que já cumpriram sua “função reprodutiva” ou aquelas cuja a maternidade não é desejável socialmente.

Por fim, ainda sobre a oferta de contraceptivos, uma das profissionais menciona a orientação sobre a pílula do dia seguinte, porém esse método não é citado por outras entrevistadas. A orientação, de acordo com a entrevistada, foca no uso excessivo do contraceptivo de emergência o que restringe a compreensão sobre os efeitos do método, por parte da usuária, assim como sua efetividade. Isso se dá, pois o discurso da profissional parte do ponto de vista do uso excessivo da medicação e não da perspectiva do método enquanto recurso. As demais entrevistadas mencionam a pílula do dia seguinte apenas no âmbito do fornecimento, seja via encaminhamento ou no próprio serviço.

A pílula do dia seguinte também, é uma... eu não tenho muita certeza, mas

acho que a gente até tem na nossa farmácia lá do CAPS, se não me engano, esses dias acho que a gente até comentou sobre isso no serviço lá. Às vezes ali na reunião ali, na correria, umas informações passam despercebidas, mas se não me engano, a gente em... a gente consegue ofertar, mas também é isso, tem que ter esse interesse de ir, informar e procurar isso. E que muitas das vezes não rola pela desorganização pelo uso né, ah, vamo esperar, vamo vê, e aí, passa o período ali, já era. Perdeu (Entrevistada 5).

A partir dessas falas, portanto, podemos compreender que a avaliação da adequação de um método contraceptivo para uma mulher, especialmente aquela que faz uso abusivo de substâncias, passa por diversos crivos para além da eficácia farmacológica, tendo em vista que as relações de gênero, o acesso ao sistema de saúde e ao método, o conhecimento sobre seu corpo e sobre os métodos contraceptivos, dentre outros fatores atravessam a construção do cuidado e prevenção em saúde dessas mulheres (CABRAL, 2017).

Podemos também perceber, a partir da fala das entrevistadas, estratégias de coerção contraceptiva presentes nas orientações realizadas por profissionais e na oferta de contraceptivos específicos nos equipamentos de saúde. O direcionamento, durante a aplicação da contracepção, em conjunto com uma orientação que não atinge o objetivo de compreensão, por parte das usuárias, sobre o funcionamento de determinado método cerceiam a autonomia da mulher na sua escolha contraceptiva. Além disso, não há diversidade na oferta de métodos pelos equipamentos de saúde, o que também configura-se enquanto restrição aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (BRANDÃO; CABRAL, 2021).

5.4.2.2. Percepção

Durante as entrevistas, abordamos também a percepção dos profissionais quanto à adequação dos métodos contraceptivos. De forma geral, as profissionais entrevistadas sinalizaram os contraceptivos de longa duração (Implanon, injeção trimestral e DIU), como os mais adequados, pois não demandam uma manutenção de rotina. A exceção de uma das entrevistadas que afirmou não conseguir avaliar qual método seria mais adequado para mulheres que estão em relação abusiva com drogas e quatro profissionais que sinalizaram o preservativo masculino como o mais adequado, pois apenas esse previne a transmissão de ISTs, uma problemática recorrente no público do CAPS AD.

As profissionais que defenderam o preservativo masculino como método mais adequado, mesmo com a dificuldade de adesão pelas mulheres em uso abusivo de

substância, justificaram a escolha por ser esse o único método de prevenção às ISTs durante as práticas sexuais. Além disso, uma das entrevistadas menciona a praticidade e facilidade de compreensão de como utilizá-lo como um fator que corrobora na compreensão das profissionais sobre este método como sendo o mais adequado.

É ela tem diversos parceiros, porque o dela tá preso, então agora tá de boa. Agora realmente por questão de doença, aí já é outros 500 né! Aí...só camisinha mesmo! Mas aí é uma coisa que a gente não tem como garantir que eles usem.[...] O anticoncepcional com as mulheres pelo menos, podia ser meio de... com maior quantidade, mas a camisinha é, aí é outra coisa né! (Entrevistada 8).

A desorganização pelo uso de substância foi o critério que alguns profissionais utilizam para a escolha de métodos contraceptivos que não demandam manutenção de rotina como mais adequados. Porém, em contrapartida, uma das entrevistadas menciona uma organização entre as usuárias para esse cuidado com sua saúde sexual, explicitando a capacidade de as mulheres construírem estratégias para utilização de métodos que necessitem de rotina.

Mas isso do que acontece tem diferença, acho que a gente vê bastante elas tomando a medicação, conversando, fazendo articulação com a UBS pra não perder o dia, né, de fato, a gente avalia por grau de autonomia também, porque a gente tem muitos usuários com prejuízo cognitivo então tem uma maior dificuldade de aderir, de entender, então esses casos a gente precisa acompanhar mais de perto (Entrevistada 7).

Esta possibilidade organizativa das usuárias aponta para um potencial ainda não explorado pelos equipamentos e profissionais da saúde. Com intervenções em saúde ainda bastante centradas na maternidade (GUPTA *et al*, 2019), no caso das mulheres usuárias de drogas da prevenção desta, perde-se um olhar para possíveis estratégias de promoção em saúde que podem ser construídas e que preservem, de fato, os direitos sexuais e reprodutivos destas mulheres.

Por fim, um destaque importante a ser feito é o fato de que, durante as entrevistas, as condições de acesso à higiene, ao uso de absorventes e afins não foram mencionadas como critério para a adequação do método contraceptivo. Tendo em vista que alguns métodos contraceptivos, como o Implanon, podem ocasionar sangramentos irregulares não considerar o contexto de situação de rua e uso de substâncias ao realizar a orientação contraceptiva é negligenciar o bem-estar dessas mulheres. Pois as mulheres inseridas nesses contextos têm dificuldade de acesso à produtos e estruturas para higiene íntima. Portanto, evidencia-se uma assistência à saúde sexual e reprodutiva com enfoque higienista e demográfico, centrado no controle das mulheres que podem ou não gestar, restringindo seus corpos ao útero e desconsiderando a manutenção do seu bem-

estar e dignidade.

Atenua-se, todavia, algumas de suas desvantagens como a alta frequência de possíveis pacientes que possam ter sangramentos irregulares. Importante mencionar que as destinatárias do projeto são mulheres “vulneráveis”, que não possuem condições adequadas de habitação, espaço para cuidados íntimos e banho, nem sequer absorventes para enfrentar tais problemas de saúde. Estes são claramente minimizados em prol de um bem maior: a não reprodução por três anos (BRANDÃO; CABRAL, p.69,2021).

5.4.2.3. Adesão

De forma geral, as LARCS (Métodos contraceptivos de longa duração) e as injeções mensais e trimestrais foram apontadas como os métodos mais utilizados pelas usuárias. Das 13 profissionais entrevistadas, seis mencionaram as injeções mensais e trimestrais como as de maior adesão entre as mulheres, em seguida vieram Implanon, laqueadura e DIU. O uso do preservativo, tanto masculino como feminino, e a pílula do dia seguinte foram os menos citados. Os demais métodos foram mencionados, mas referindo-se a não adesão pelas mulheres. A preferência por métodos que não necessitem de manutenção de rotina, de acordo com as entrevistas, dá-se pelo fato do uso de drogas dificultar o uso contínuo dos demais contraceptivos.

Quanto ao preservativo masculino, apesar de pouco citado, os profissionais que apontaram ele, como método de escolha pelas mulheres, justifica essa adesão devido ao custo, tendo em vista que ele é disponibilizado gratuitamente pelo Sistema de Saúde e é de fácil acesso. Além disso, mencionou-se o uso de preservativo masculino pelas profissionais do sexo. Apesar de algumas vezes os homens com quem elas têm relação sexual não aderirem, de acordo com as entrevistadas, elas compreendem a necessidade de proteção e disponibilizam os preservativos durante seu trabalho.

Ah, o preservativo né, o preservativo. Algumas trazem até essa questão do...né, vamos colocar assim, de se prostituir né ou de usar o corpo ali através de uma troca pelo uso da substância. E aí essas aí de uma certa forma já tem esse preservativo, como cuidado até, né, de uma doença aí, uma infecção né. Então elas já, por ter essa rotina ali, de certa forma constante, algo corriqueiro ali, então vamo fazer isso. Uso do preservativo mesmo, mas também o masculino né, é mais pra ofertar pro parceiro ali. [...] E também não necessariamente o cara vai aceitar, né, porque ainda tem esses preconceitos ali, aí é algo que tem assim (Entrevistada 5).

Quanto ao método da “tabelinha”, apesar de não ter surgido de forma expressiva no discurso das profissionais, uma das entrevistadas relata sobre a prática, no CAPS AD em que está alocada, de ensinarem a “tabelinha” para aquelas usuárias que possuem um estudo formal. No entanto, um aspecto relevante ao pensarmos na contracepção de usuárias de drogas é que o uso de algumas substâncias, em especial o

álcool, altera o ciclo menstrual (FRONTLINE AIDS, 2020). Esta alteração dificulta a descoberta de gestações e aumenta os riscos de gravidez na utilização de métodos como a “tabelinha” que dependem do conhecimento do ciclo menstrual.

[...]porque assim, é difícil né, como elas consomem muito álcool, então nunca vai descer, a menstruação já atrasa naturalmente. Então elas nunca sabem do ciclo, isso é de lei, porque o álcool faz isso, tanto que quando elas ficam no leito, aí começa a menstruar, menstrua já quase o mês inteiro, aí elas não entendem nada, né! Aí tem que tomar vitamina, enfim, mó treta (Entrevistada 8).

Apesar de elencarmos alguns métodos mais utilizados pelas usuárias, como a Injeção Trimestral, DIU e camisinha, a utilização e escolha do método contraceptivo pelas mulheres encontra barreiras, tais como: o contexto de uso de substâncias e situação de rua, estigmas, compreensão sobre o uso dos métodos, interferência do parceiro na escolha do método, dentre outros.

As entrevistadas apontam que a dificuldade de uso de alguns métodos, como a injeção trimestral, deve-se ao fato das usuárias esquecerem da data em que devem tomar ou perderem a receita médica. A laqueadura também apresenta uma problemática quanto ao pós-operatório, especialmente quando as usuárias estão em situação de rua e não conseguem ter os devidos cuidados.

O que acontece com a...com o anticoncepcional injetável: elas esquecem, não vão, ou tão em situação de rua e não tomam, perde a receita, aí tem todas as complicações né. É... o implanon dura 3 anos, a manutenção dele é nula, assim, nesses três anos né, então ele tem um pouco mais de eficácia. E a laqueadura, o problema da laqueadura é o procedimento cirúrgico né, é um procedimento cirúrgico invasivo, e às vezes não tem higiene adequada, a mulher já tem que cuidar de mais 3, 4 filhos que tá em casa, não tem rede de apoio... então a laqueadura, quando ela não é feita no momento do parto, ela é bem complicada pra... a longo prazo ela é boa, mas ali, após a cirurgia, é bem difícil, assim, né! Manter os cuidados necessários[...] (Entrevistada 3).

Ainda sobre as LARCS, especificamente o DIU, os estigmas, a implicação dos equipamentos de saúde e da própria usuária na implementação do método também são fatores que influenciam a adesão. Algumas usuárias, de acordo com as entrevistadas, não aderem este método devido ao preconceito, ao incômodo de ter um “corpo estranho” dentro de si, a necessidade de manutenção e ao mito de que o DIU é um contraceptivo ineficaz. Além disso, as entrevistadas destacam a necessidade de uma implicação, tanto da usuária como do sistema de saúde, para ofertar e realizar a manutenção e uso deste método, o que nem sempre acontece e faz com que elas recorram a outros que não necessitem de acompanhamento, como o preservativo masculino, por exemplo. Apesar disto, há a orientação por parte de algumas

entrevistadas sobre o uso e a diferença entre os DIUs de cobre e hormonal, assim como o envolvimento de profissionais na manutenção deste método.

As usuárias tem bastante preconceito! É... mais preconceito com o DIU. [...]Ah, eu acho que um corpo estranho dentro delas né, ela precisa de uma manutenção e...e de tá indo várias vezes ao médico, é, e a esses mitos assim né, “ai o DIU sai do lugar, o DIU dói, o DIU...né, continua tendo menstruação né [...]Então eu...a gente vê, pelo menos nessa experiência aqui e eu trabalho em UBS né, de manhã, enquanto, é, o DIU é menos requisitado, laqueadura quando tem vários filhos é a primeira e depois os métodos, é, anticoncepcionais de...injetáveis, principalmente trimestrais! (Entrevistada 3).

Já o preservativo masculino, apesar de não necessitar de acompanhamento, excetuando-se as profissionais do sexo, não encontra adesão nas mulheres. A baixa aceitação da camisinha masculina acontece, de acordo com uma das profissionais, pois as mulheres não compreendem o risco de exposição às ISTs ao se relacionarem sexualmente com múltiplos parceiros. Além disso, as entrevistadas sinalizaram a dificuldade quanto ao uso da camisinha quando as mulheres estão sob o uso, pois, muitas vezes, não é possível utilizar o método devido ao estado alterado de consciência ou pelo contexto de prostituição. Um ponto levantado durante as entrevistas e que também merece atenção é o fato de alguns homens, ao terem relações com profissionais do sexo, utilizarem de força física para impor o sexo sem preservativo ou negarem-se a pagar caso haja o uso da camisinha. Esta situação, além de uma barreira ao uso de contraceptivo pelas mulheres, configura-se como violência e deve ser abordada como tal nos equipamentos de saúde, assim como deve ser levada em consideração na assistência em saúde ofertada para essas mulheres.

Mas uma coisa é saber, outra coisa é fazer né. Tanto que a gente sabe que num contexto específico às vezes não é possível usar desse recurso assim, também, né. Por exemplo, sei lá, uma mulher que é profissional do sexo e aí, sei lá, o cara num...às vezes o cara não aceita usar camisinha e nem vai pagar se tiver que usar camisinha, sabe, ou pode usar de força física, enfim (Entrevistada 11).

A influência do companheiro na adesão ao método contraceptivo pelas usuárias assistidas nos CAPS-AD mostrou-se também como uma questão importante no decorrer das narrativas das profissionais entrevistadas. De acordo com as profissionais, há situações em que o uso da contracepção tem que ser negociado entre os profissionais e o companheiro da mulher assistida. Há também momentos em que a mulher deseja a contracepção, porém é dissuadida pelo parceiro. Uma história que ilustra a situação foi compartilhada por uma das profissionais. L, tem 25 anos e um transtorno mental de base, além do uso. A profissional afirma que ela não tinha voz quanto ao uso da

contracepção e todas as decisões eram feitas pelo companheiro, além disso eles faziam sexo sem camisinha e a menstruação da L. não era regular, o que deixava a equipe aflita com receio de uma gestação. Após sete meses de negociação com o companheiro de L., foi possível colocar o Implanon nela. No momento da pesquisa, o companheiro de L. estava preso e ela estava se relacionando com múltiplos parceiros, o que apresentava um risco para ISTs, porém, devido ao Implanon, a gravidez não desejada seria mais difícil de ocorrer.

Em ge...em geral eu acredito que é esse lugar do masculino assim né, que é o lugar de, “não, é, isso é...de papel, eu não gosto, me dá alergia...” né, acho que vem muito mais nesse pedido masculino né e da mulher, da submissão da mulher né, “ai ele não quer fazer, usar preservativo, e aí eu faço as vontades...”, acho que é mais um lugar de violência, assim né E que até culturalmente é submetida e entende isso como um...ok né, dizer não é difícil! E aí quando tá muito doída né, (breve pausa) não vai lembrar de usar preservativo, não adianta, não... não dá, não vai lembrar, né! Não lembra de tomar banho, não lembra de...não vai lembrar de usar preservativo! (Entrevistada 3).

A temática da influência do parceiro na adesão e uso do método contraceptivo, especialmente a camisinha masculina, também surge com outra entrevistada. A profissional fala do fato de muitas usuárias e usuários não utilizarem o preservativo ou terem outros cuidados com a sua saúde sexual por estarem com um parceiro fixo e, caso realizarem alguma ação de prevenção sexual ou quanto à gravidez, pode indicar uma traição do parceiro ou parceira, já que, por eles estarem se relacionando apenas com uma pessoa isso não seria necessário. Além disso, as entrevistas também destacam a interferência do parceiro a partir do valor social atribuído ao papel de mãe e o entendimento deste como função primordial da mulher. Portanto, há a necessidade da mulher gestar um filho a cada parceiro com quem estabelece relação como cumprimento desta função ou atendimento ao desejo deste parceiro de ser pai. Assim, dentro destes contextos, algumas mulheres não utilizam MAC, em especial o preservativo masculino.

[...]mas até onde eu sei, assim né, conversando assim, entra mais nesse movimento desse parceiro fixo né, e ai também ainda tem esses preconceitos ainda né, de usar preservativo, muitas delas não fazem o “sexo seguro” vamo se dizer assim. Porque é isso né: Ah, minha mulher se a gente usar preservativo quer dizer que eu to traindo ela, ou então que ela também ta me traindo. Então a gente não usa, né, ela é minha parceira, eu sou parceiro dela, então a gente não precisa se cuidar (Entrevistada 5).

Estes relatos explicitam como o sistema de gênero produz adoecimentos, especialmente nas mulheres (HEISE *et al*, 2019). A divisão desigual de poder, especialmente sobre os corpos e trajetórias reprodutivas das mulheres, produz adoecimentos e conduz a maternidade não desejada ou planejada, o que, como iremos

discutir mais adiante em outra categoria, acarreta inúmeras problemáticas. O fato das profissionais necessitarem discutir com o parceiro o uso de métodos pela mulher explicita que a adesão ao método contraceptivo não se restringe ao desejo da mulher e evidencia os limites de sua autonomia quanto a sua trajetória reprodutiva e sexual.

5.4.3. Práticas sexuais de mulheres usuárias e sua interlocução com a Redução de Danos.

Outra questão abordada durante as entrevistas e que também é importante para pensarmos sobre a promoção e prevenção em saúde sexual e reprodutiva é a disponibilidade das usuárias de compartilharem com as profissionais sobre suas práticas sexuais. Compreendendo a importância de entender o contexto em que as usuárias vivenciam suas práticas sexuais para a promoção em saúde, discutiremos neste tópico: As vivências sexuais no contexto de uso de substâncias, a partir do recorte de gênero; A influência da Redução de Danos no cuidado durante as práticas sexuais de mulheres usuárias de substâncias e Os facilitadores para o compartilhamento sobre as práticas sexuais de usuárias do CAPS AD.

5.4.3.1. As vivências sexuais no contexto de uso de substância, a partir do recorte de gênero

Podemos observar no discurso das profissionais entrevistadas que as normas de gênero atravessa diretamente a forma como homens e mulheres vivenciam suas práticas sexuais. A expectativa que mulheres atendam a uma heteronormatividade, assim como o papel social da mulher que implica em que ela atenda completamente aos desejos do parceiro aparecem, nas narrativas. Estes, de acordo com as participantes da pesquisa, são fatores que potencializam a relação entre os atos sexuais e uso de substâncias. Uma das entrevistadas traz, de forma expressiva, que algumas mulheres se utilizam de substâncias para conseguirem ter atos sexuais com seus companheiros, mesmo que elas não tenham desejo, pois sentem-se pressionadas a atender as demandas deles.

E aí ela... a outra dizia "não, mas eu só faço sexo de luz apagada porque eu tenho vergonha! Mas quando eu tô sob efeito de substância ok, pode fazer o que quiser comigo, mas quando eu não tô, eu transo de luz apagada porque eu tenho vergonha...", é... e elas trazem isso com uma naturalidade, com a ingenuidade às vezes de, como elas tiveram milhões de vivências, mas foram vivências de experimentações e não de conhecimento sobre o nosso, né...então... (Entrevistada 3).

Atender a demanda sexual do parceiro liga-se diretamente à necessidade de manter o relacionamento com ele. De acordo com as entrevistas, isso se dá pelo fato das

mulheres não se sentirem seguras fora do relacionamento, seja por dependência financeira, emocional ou outras. Além disso, uma das profissionais cita as mulheres homossexuais que, antes de tornarem público sua orientação sexual, usavam substâncias para aguentar relacionamentos com homens. Torna-se evidente, portanto, o relacionamento com um parceiro como fator de proteção, seja por corresponder às normas heteronormativas, seja por estes suprirem as necessidades financeiras, emocionais, assim como de proteção física, quando falamos em mulheres em situação de rua.

[...]tem muitas mulheres lésbicas, né, então de, no passado, enquanto elas não se assumiam, pra sustentar as relações com os caras, de beber, assim, né, é... ai, até mesmo as mulheres que se relacionavam com homens bem escrotos, assim, mas só pra sustentar a relação, pra não estar sozinha, né, porque... dependência emocional, uma dependência financeira, enfim, né, de tudo elas usavam e fumavam ali seu crackzinho, pra conseguir encarar a pessoa, porque, querendo ou não, pra muitas mulheres aqui, assim, tá numa relação com um homem é como se fosse tipo uma segurança, sabe, um fator de proteção, então acho que muitas, para estarem seguras, elas acabam se utilizando disso, assim (Entrevistada 10).

Vale ressaltar que o uso de substâncias como um facilitador para que o indivíduo atenda à norma social de gênero também está presente nos homens. De acordo com as entrevistas, este papel da masculinidade se expressa no fato dos homens usarem substâncias para ter um bom desempenho sexual, na percepção deles, o que acaba condicionando o sexo ao uso de drogas.

[...]tem muitas pessoas inclusive, na maioria os homens, que usam substância pra ter um desempenho melhor, né! E eles associam tanto isso a substância, como desempenho melhor, que isso acaba virando regra: eu preciso usar pra poder ter uma relação sexual, no meu ponto de vista né, boa, né! (Entrevistada 13).

Apesar das drogas atuarem como mediadoras ou “amortecedoras” durante as práticas sexuais vivenciadas pelas mulheres, estas não impedem sofrimentos advindos desse contexto. Profissionais compartilharam que algumas usuárias também trazem como demanda dificuldades com o prazer e angústias por situações de violência sexual que sofreram e por não lembrarem, por vezes, do momento em que tiveram relação sexual.

Então isso é parte do pressuposto de que, é, o relaxamento da consciência pode aumentar essa condição. Essas mulheres, muitas vezes, vão trazer isso com um grau de preocupação ainda maior, dado que elas tão muitas vezes sob efeito da substância! Então uma relação sexual desprotegida, violências, que já aconteceram, já foram relatadas né, preocupações do tipo “eu não vi o que aconteceu, eu não me lembro”, o sofrimento então, psíquico, causado por esse rebaixamento e a falta de...de percepção que isso pode provocar né (Entrevistada 12).

Além disso, de acordo com as entrevistas, o contexto do sexo sob efeito de substância também acarreta nas usuárias preocupação quanto a gravidez indesejada e ISTs e as possíveis repercursões destas situações em suas vidas.

Outra profissional, no entanto, apresenta um contraponto ao relatar que as mulheres tratam com naturalidade a prática sexual sob o efeito da droga, inclusive, sentindo prazer nessas relações e que a angústia delas estaria mais ligada ao fato de não lembrar o que houve e não pelo ato em si.

[...] é...essa questão da...da sexualidade né, do que ocorre e tudo o mais, pra elas aquele momento ali, elas trazem pra gente que é prazeroso, mas que elas não lembram! E elas não, tipo, acham que elas fizeram errado em estar, sabe, é, estando com esses caras né, então estando com pessoas que fazem o uso com elas né, se relacionando, pra elas tá tudo bem, isso é uma coisa normal[...]Então pra elas tá tudo bem, é uma coisa normal, usarem e fazer...ter uma relação, entendeu (Entrevistada 2).

Os tabus quanto às práticas sexuais femininas, em especial no contexto de uso de drogas, complexificam ainda mais o matize de sentimentos e afetações que permeiam as vivências sexuais de mulheres usuárias de substâncias. Muitas delas, conforme as entrevistadas, compartilham um sentimento de vergonha por vivenciarem práticas sexuais não aceitas socialmente recorrendo, por vezes, a práticas religiosas/espirituais para lidar com estes sentimentos.

Quando elas se permitiam, elas iam lá, tinham as suas questões né, é..., sanadas, sexualmente falando e tal, mas depois quando elas...depois do ato, aí meu deus, pequei, tô em pecado, meu deus do céu, o que que eu faço! E aí algumas até se mutilavam né, tipo, por conta dessa situação, outras não conseguiam entender que é um processo normal do nosso corpo, nosso corpo também ele precisa disso (Entrevistada 9).

Nesta fala podemos apreender também que, além de mediadora, o uso de substâncias também atua como uma “permissão” para que as mulheres tenham experiências sexuais não aceitas socialmente, devido às normas de gênero, mas que, até certo ponto, seria seu desejo.

Um tópico importante para discutirmos e que está presente na fala da Entrevistada 9, mas também nas demais entrevistadas, é que a substância atua como facilitadora ou “amortecedora” apenas momentaneamente. Os sentimentos de angústia, preocupação e vergonha estão presentes nas usuárias de substâncias, mesmo a posteriori de experiências sexuais que consideram socialmente inadequadas. Compreender esses contextos e como estas práticas afetam as mulheres evidencia, mais uma vez, como a desigualdade de gênero produz iniquidade em saúde, neste aspecto em especial, na saúde mental de mulheres usuárias de substâncias que, de acordo com as entrevistadas,

chegavam até a se mutilar por não corresponderem ao papel de gênero que lhes era imposto (HEISE *et al*, 2019).

Além do sofrimento mental, as mulheres também estão mais vulneráveis a relações sexuais impostas, seja pela necessidade da substância ou contexto de prostituição. A necessidade da substância interfere nas escolhas das mulheres quanto às suas práticas sexuais e, por vezes, elas agem impulsivamente, trocando o sexo por sua substância de uso.

Sim! Mas tem muitas que nesse uso intenso não consegue! E que tem uma... uma avaliação a posteriori bastante deprimente a respeito disso. Elas se culpam... Muitas vezes se envergonham, ah, não gostam de que aquilo tenha acontecido. Hã... é uma coisa que baixa a auto estima em relação à prática.(Entrevistada 6).

Um relato compartilhado durante as entrevistas e que ilustra esse contexto é o de uma mulher com 80 anos, usuária de crack desde os 20 ou 30 anos, que relatou ter tomado consciência do seu uso abusivo ao se ver fazendo sexo oral em um adolescente de 20 anos que, de acordo com a usuária, poderia ser seu neto, em troca da sua droga de uso. A prostituição, de acordo com a profissional entrevistada, atravessa as práticas sexuais das mulheres assistidas no CAPS AD por ser esse um meio de subsistência e/ou de adquirir a droga.

É...então, a gente tem várias mulheres que se prostituíram, foram prostitutas ou se prostituíram algumas vezes, é, por conta do uso, por tá sem grana ou como trabalho. E isso aparece bastante, assim, o...enquanto práti...enquanto falas né, nas histórias.(Entrevistada 3).

Vale ressaltar aqui um diferencial estabelecido por Aguiar (2014) entre a prostituição como meio de subsistência e a troca de sexo por substâncias. Devido ao contexto de fissura e alteração de consciência as mulheres que realizam a troca de sexo por drogas possuem menos possibilidade de escolha e autonomia no ato sexual. Por conseguinte, estão mais expostas a violências e consequências advindas do ato sexual sem preservativo ou outro método contraceptivo. Em contrapartida, as mulheres que se utilizam da prostituição como meio de subsistência, apesar do contexto de violência, ainda possuem uma certa autonomia e possibilidade de autocuidado. Esta possibilidade se expressa no fato delas conseguirem aderir mais à camisinha como método contraceptivo por estarem em um contexto de trabalho de risco (AGUIAR, 2014).

A desigualdade de gênero nas práticas sexuais, dentro do contexto de uso de substâncias, também se evidencia na medida que a troca de sexo por drogas é uma prática de mulheres, enquanto homens se valem de outros meios para conseguir a substância (furtos, roubos, etc.). Portanto, o corpo da mulher é compreendido como

moeda de troca, ou seja, algo cuja posse pode ser outorgada, ou tomada, por outro. Então, o corpo e sua integridade como direito humano não se aplicaria às mulheres, em especial as que usam substâncias.

Fica claro que, de acordo com o relato das nossas entrevistadas, para a mulher é mais fácil conseguir o crack porque elas podem acessar o corpo como moeda de troca para negociação. Elas não negam que os homens também o fazem, mas relatam que estes não formam um grupo de quantidade relevante, restando a eles as atividades de roubo e tráfico para ter acesso a dinheiro e droga. (AGUIAR, p. 66, 2014).

Compreender a diferença entre esses dois contextos, neste ponto da nossa discussão, é importante para pensarmos sobre as ações em saúde, tendo em vista que são dinâmicas que, apesar de terem pontos em comum (o ato sexual e, por vezes, o uso de substâncias), possuem particularidades. Portanto, considerar essas particularidades, dentro do contexto de promoção e prevenção em saúde, é fundamental para a construção de um cuidado eficaz na saúde sexual de mulheres que usam substâncias.

5.4.3.2. A influência da Redução de Danos no cuidado durante as práticas sexuais de mulheres usuárias de substâncias.

Este tópico busca abordar o entrelaçamento da Redução de Danos (RD) com as práticas sexuais, pois compreendemos a importância de questionar as profissionais sobre vivências sexuais das mulheres que aderem e não aderem às ações de Redução de Danos a fim de pensarmos práticas de cuidado quanto à saúde sexual e reprodutiva adequadas a este público.

Ao serem questionadas, nem todas as profissionais reconheciam a adesão ou impacto das práticas de Redução de Danos nas práticas sexuais de mulheres usuárias de substâncias. Havia, no entanto, cogitações por parte das entrevistadas sobre os possíveis benefícios, pois, em tese, as usuárias conseguiriam evitar situações de risco ao adotarem estratégias de RD.

Eu acho que depende, é arriscado eu fazer uma comparação, quase como se fosse certo né, nesse sentido, mas eu acho que, geralmente, pode haver diferença, não necessariamente, mas principalmente porque essas mulheres que têm mais críticas e percepção né, sobre as coisas que interferem, tentam praticar a redução de danos com substância, geralmente elas vão ter uma maior percepção dos riscos que correriam nas práticas sexuais e teriam mais cuidado, acho que não é uma coisa, tipo, causa e efeito, assim, tem momentos e momentos né. Acho que às vezes a pessoa tá sim fazendo um uso muito grande, mas nem tá tendo relação com ninguém. Né, então eu acho que é muito amplo, é difícil dizer que existe uma correlação (Entrevistada 7).

Apesar de não reconhecerem diferenças entre as práticas sexuais de mulheres que aderem e mulheres não adotam estratégias de Redução de Danos, algumas

profissionais citam contextos que seriam mais protetivos a essas mulheres, como, por exemplo, possuir apenas um parceiro fixo. De acordo com as entrevistas, mesmo que este parceiro mantenha relações com outras pessoas, ela passa a se relacionar sexualmente apenas com ele, o que diminui, de certo modo, o risco de exposição às ISTs.

Outra prática protetiva citada é a própria abstinência. Uma das profissionais afirma que as mulheres que ela compreende como tendo uma “vida sexual legal” estão abstêmias o que, a posteriori, no seu discurso, ela classifica como uma prática de Redução de Danos.

Já outras profissionais, apesar de perceberem que a adoção de práticas de Redução de Danos é circunstancial, ou seja, nem sempre é possível para as mulheres adotá-las, elencam algumas contribuições dessas práticas no bem-estar das mulheres, especialmente a escolha consciente do parceiro e quanto ao ato sexual.

É que é estranho pensar em aderem ou não aderem né, a... a gente tem, tem momentos, a gente... a clínica da dependência química é uma clínica de muitos altos e baixos, né. Basicamente a... a prática sexual de quem tá em uso, hã, muitas vezes é mais... nem sempre, mas muitas vezes é, é menos... ah (breve pausa), é menos seletiva, é...ah... são coisas que acontecem que a pessoa muitas vezes não queria que acontecesse (Entrevistada 6).

Vale ressaltar que os efeitos positivos da adoção de práticas de Redução de Danos elencados nas entrevistas não resumem-se apenas ao ato sexual em si. As mulheres que usam drogas, de acordo com as profissionais, assumem um autocuidado maior consigo, o que inclui sua saúde sexual e reprodutiva, idas ao ginecologista e cuidados preventivos de forma geral.

Eu acho que... é um processo, eu acho que quando elas chegam aqui, não necessariamente elas têm uma relação estabelecida com autocuidado, a gente vai construindo isso a partir dos atendimentos, né. Não necessariamente pautado na discussão da...da prevenção separada do contexto do autocuidado como um todo, mas nessa linha do autocuidado como um todo, na medida que a mulher passa a estabelecer uma relação melhor consigo, ela consegue também perceber a possibilidade desse autocuidado na relação sexual (Entrevistada 12).

Os relatos que foram compartilhados, até então, nos apontam benefícios da adoção de práticas de Redução de Danos durante os atos sexuais, mas também uma fragilidade em implementar essas práticas, o que nos evidencia uma necessidade de compreensão dos motivadores para tal cenário. De acordo com a Frontline AIDS (2020), as mulheres, de forma geral, têm dificuldade em acessar serviços de Redução de Danos, tanto pelo estigma que se abate sobre elas como também pelo fato das próprias práticas de RD serem desenhadas para o público masculino, não levando em

consideração o recorte de gênero. Em especial, quanto aos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva, a organização também aponta que, apesar da OMS ter incluído intervenções quanto aos Direitos Sexuais e Reprodutivos como essenciais ao setor saúde, a articulação entre estas intervenções e os serviços de Redução de Danos ainda é incipiente.

Portanto, tendo em vista o que nos foi apresentado durante as entrevistas com as profissionais e a discussão levantada pela Frontline AIDS (2020), compreendemos que a dificuldade de adesão das mulheres às práticas de Redução de Danos em suas práticas sexuais, dá-se por uma fragilidade maior relacionada a forma de pensar e fazer Redução de Danos. Além disso, necessita-se, de acordo com o que foi apresentado pelas profissionais, a compreensão da garantia dos Direitos Sexuais e Reprodutivos como parte da própria política de Redução de Danos e, assim, facilitar a implementação dessas práticas no cotidiano de mulheres assistidas nos CAPS AD.

5.4.3.3. Os facilitadores para o compartilhamento sobre as práticas sexuais de mulheres usuárias de substância, no contexto do CAPS AD.

Estabelecer um ambiente e relações interpessoais que facilitem o compartilhamento sobre as vivências sexuais das mulheres assistidas no CAPS AD é de fundamental importância para elaboração de um plano de cuidado eficaz.

Ao serem questionadas se as mulheres possuíam o hábito de conversar sobre suas práticas sexuais com as profissionais, as respostas das entrevistadas se dividiram entre as que afirmaram que sim, as usuárias tinham o hábito de dialogar sobre suas vivências sexuais e as que disseram que nem sempre havia essa abertura por parte das mulheres.

A partir, também, das falas das profissionais podemos elencar alguns elementos que podem facilitar, ou não, que as mulheres falem sobre suas experiências sexuais. Dentre eles, a importância do ambiente e do vínculo com o profissional para facilitar esta partilha pois o ambiente formal dos atendimentos individuais, por exemplo, muitas vezes não favorece para que as usuárias se sintam à vontade para falar sobre suas práticas sexuais.

Eu acho que em referência...é mais difícil! Porque na referência ele tem ali uma mesa separando a gente, tem um ambiente mais formal.[...]" (Entrevistada 3).

Bom, eu acho que depende um pouco da mulher, assim, não uma coisa que é tão comum, mas também não tão incomum. Acho que isso varia um pouco do vínculo né, tipo, não só comigo, mas eu vejo com os colegas também,

quando a usuária vai criando um vínculo com a gente, às vezes vai trazendo, que é onde, inclusive, a gente consegue conversar com elas[...] (Entrevistada 7).

Queiroz (2015) debate em seu trabalho uma definição de vínculo que, para fins de discussão, podemos utilizar como lente para compreender a ideia de vínculo apresentada durante as entrevistas. De acordo com a autora, o vínculo, enquanto tecnologia fundamental nas práticas em saúde, é um processo construído continuamente e que demanda uma escuta e interesse genuíno pelo outro e suas demandas, mais que a afirmação de um saber por parte do profissional. Além disso, seria por meio do vínculo que se efetivaria a ideia de acolhimento e atenção integral à saúde.

Podemos compreender, então, que quando a profissional entrevistada referia-se a “vínculo” ela partiria da mesma concepção, ou pelo menos uma concepção aproximada, da autora, devido ao próprio efeito que este produziu. Pois, de acordo com o relato, foi a partir do vínculo, que as usuárias sentiam-se confiantes de compartilhar sobre suas práticas sexuais e, assim, foi possível construir estratégias de cuidado que atendessem às demandas e escolhas delas.

As normas sociais de gênero (HEISE *et al.*, 2019) impedem as mulheres de falarem de sexo com homens que não são seus parceiros sexuais. Portanto, outro fator mencionado nas entrevistas e que influencia as mulheres sentirem-se à vontade para falar sobre suas práticas sexuais é o fato de serem acompanhadas por profissionais homens. A norma social de gênero que barra as mulheres de compartilharem e debaterem sobre suas práticas sexuais, soma-se, também, ao estigma quanto ao uso de drogas, reforçando a inibição dessas usuárias de compartilharem sobre esse assunto com um profissional do sexo masculino.

Hum, são poucas, assim, acho que entra essa questão de homem e mulher, eu sinto que com minhas parceiras redutoras elas ficam mais à vontade pra conversar sobre esse assunto, eu vejo que tem isso aí, sabe? Demoram pra criar esse vínculo, pra chegar nesse tipo de conversa, nesse tipo de assunto, assim (Entrevistada 5).

Um aspecto interessante que também surgiu durante as entrevistas foi a importância dos grupos para a construção de uma consciência crítica e processos de cuidado em saúde sexual pelas mulheres assistidas nos CAPS AD. Apesar de nos atendimentos individuais ser possível abordar sobre os cuidados que as usuárias têm com sua saúde sexual e reprodutiva (uso de preservativo, contraceptivos e acompanhamento ginecológico), o contexto de grupo, onde mulheres usuárias de substâncias encontram-se com seus pares, permite uma circulação de saber nem sempre

é possível na relação profissional-usuária. Esta possibilidade se dá pelo compartilhamento de uma realidade comum entre as mulheres que usam drogas e o sentimento de segurança que um ambiente com outras mulheres pode proporcionar. Este contexto facilita a construção de um pensamento crítico sobre os processos de autocuidado que elas implementam, assim como outros aspectos de suas vidas.

É assim, por meio da interpelação coletiva sobre as relações de subordinação e opressão às quais estão submetidas e do reconhecimento dos lugares de fragilidade e insuficiência historicamente atribuídos, que o grupo potencializa nas mulheres o questionamento da sua condição de gênero (PRADO; QUEIROZ, p. 311, 2012).

Um exemplo deste funcionamento de grupo apresentado nas entrevistas foi uma situação em que as mulheres expressaram sentirem-se obrigadas à terem relações sexuais que não desejavam por estarem em um contexto de casamento e elas foram confrontadas por outras participantes. As demais mulheres presentes no grupo apresentaram o contraargumento de que a mulher deve ter autonomia sobre seu corpo e vivências sexuais e que o contexto de relação amorosa não deve ser um impositivo a ela experimentar o sexo fora dos seus desejos.

[...] mas no grupo aparece muito mais, nesse grupo específico aparece muito mais! E aparece uma dando toque pra outra, contando, sendo, é, de como se sente... e as outras dão pitaco nas histórias né, tanto de práticas heterossexuais como homossexuais, acho que elas trazem isso no grupo de uma forma muito tranquila (Entrevistada 3).

Portanto, podemos observar o contexto de grupo como um ambiente facilitador para que as mulheres compartilhem sobre suas vivências sexuais e que, por vezes, tem um alcance em termos de orientação, construção de autonomia e cuidado que os profissionais, em seus atendimentos individuais, estão limitados.

5.5. Maternidade vivenciada por mulheres em uso de substâncias: “se ela não for uma mãe, ela é o quê?”⁴

Badinter (1980), em sua obra, aborda a construção histórica do que hoje compreendemos como "amor materno". Apesar do sentimento que conhecemos como amor estar presente na relação entre mãe e filho(s) ao longo dos tempos, no decorrer do século XVIII o conceito de amor materno adquire a qualidade específica de natureza e instinto. Assim, consolida-se uma imagem social das mulheres como “naturalmente”

⁴ Fala da Entrevistada 10.

portadoras do amor incondicional aos seus filhos e um indubitável instinto de assegurar sua integridade.

Com esta ideia de amor materno nasce também a concepção de maternidade que atravessa nossa formação subjetiva e funcionamento social até os dias de hoje. Assim, a imagem que, de certa forma repercute até os dias atuais, é da mulher que tem como principal realização a maternidade e a exerce com todo empenho e sacrifício, sendo a principal, e por vezes única, responsável pelo bem-estar e bom desenvolvimento de seu filho (BARDINTER,1980).

Essa concepção de maternidade, mesmo sendo conhecida, criticada e reinterpretada ao longo dos séculos, principalmente pelos movimentos sociais, especialmente os movimentos feministas da década de 1970, ainda tem impacto nos processos de formação da identidade das mulheres (ZANELLO, 2018) e na elaboração de políticas públicas. Portanto, este capítulo tem como objetivo analisar, com base nos resultados de nossa pesquisa, a relação entre maternidade, uso de drogas e a rede de assistência em saúde, reconhecendo que o uso de substâncias torna o processo de cuidado materno mais complexo e que é fundamental que os profissionais de saúde abordem essa questão com cuidado.

5.5.1 A experiência da maternidade: desejo, percepções e desdobramentos.

Antes de nos aprofundarmos na discussão sobre maternidade e uso de substâncias, gostaria de chamar a atenção para o contexto em que as mulheres usuárias de substâncias estão inseridas, o qual, por vezes, leva a gestações não planejadas. A importância de atentarmos para esse contexto se dá pelo fato dele influenciar diretamente o desejo pela maternidade e enfatizar a perspectiva complexa da prevenção à gestação, que transcende a vontade da mulher.

Retomando nosso debate sobre saúde sexual e reprodutiva, é relevante para nossa reflexão lembrarmos que, muitas vezes, as relações sexuais vivenciadas por mulheres que consomem drogas não são consensuais e resultam de abuso sexual. Conseqüentemente, o planejamento da gravidez é praticamente inexistente nesse público e os sentimentos e desejos em relação à gestação são ambíguos, diversos e complexos. Como exemplo, apenas uma das entrevistadas mencionou o planejamento de uma gestação por parte de uma usuária que desejava um filho negro e, portanto, teve relações sexuais com um parceiro intencionalmente para esse fim.

Mas é, eu só conheço a T., grávida, de barrigão mesmo, só ela! Mas nenhuma delas aqui planejam né, é... não ouço elas falando sobre querer... ter filhos, enfim, e planejar... acho que não (Entrevistada 8).

Partindo da compreensão das dificuldades para o planejamento e prevenção da gravidez, as usuárias experimentam sentimentos singulares e desenvolvem diversas relações com o processo da gestação. Dentro desse espectro, observamos que as profissionais de saúde nos relatam as suas diversas reações diante da gravidez não planejada, que variam desde a aceitação e grande expectativa de que a maternidade possa trazer mudanças em suas vidas até a rejeição completa com consequente sofrimento da mulher, passando pela indiferença ou uma aceitação passiva.

[...]Hunrrum... ó, o que eu vou falar é a partir dos diferentes casos que eu acompanhei, algumas enxergam como uma salvação, sabe, é... algumas enxergam tipo 'Ai, nossa, olha que bom, agora eu tô grávida, minha vida vai mudar, eu vou melhorar, tudo vai se resolver, olha só que bom essa criança vai ser uma responsabilidade para mim', então tem até um efeito positivo no tratamento, né[...] E aí tem outras que já não querem estar gestante fica, poxa vida, mas... é... é estranho porque parece que elas aceitam, né, elas concordam... é, elas aceitam (Entrevistada 10).

Por conta da gestação ela ficou mal, cê via ela chorosa, ela angustiada, ela em uso intensivo, ela ia direto no CAPS pra conversar com alguém, falando "eu não acredito que isso aconteceu! É daquele infeliz, daquele...", aí começa a xingar o companheiro, "não era pra ter acontecido isso, eu não queria isso!", né... e ela não recebe bem (Entrevistada 9).

Neste ponto, é relevante diferenciar a gestação da maternidade, pois, com base nas entrevistas, foi possível compreender que o desejo em relação a esses aspectos é um processo em constante evolução e pode mudar ao longo da gestação ou após o nascimento da criança. Assim, de acordo com as profissionais entrevistadas, algumas usuárias, inicialmente, manifestam a falta de desejo pela gravidez (algumas mencionam até mesmo o aborto e a adoção), mas ao longo da gestação e com o apoio oferecido, seus sentimentos podem mudar. Da mesma forma, o oposto também pode ocorrer, quando essas mulheres se sentem desamparadas.

Portanto, entre o desejo e a rejeição da maternidade, existem diversas nuances e fatores que permeiam esse processo, de acordo com as informações fornecidas pelas entrevistadas: o valor social atribuído à maternidade, o contexto de violência, a vulnerabilidade social, o relacionamento com o parceiro, a expectativa de melhoria e o apoio da rede de assistência social e de saúde. Esses fatores têm um impacto direto no vínculo entre a mãe e a gestação, bem como entre a mãe e o bebê.

O valor social atribuído à maternidade, qual seja o de sacralidade e propósito de vida, se manifesta durante as entrevistas na medida em que as profissionais relatam

sobre o processo de decisão das usuárias quanto à gravidez e à maternidade. A sacralidade atribuída à maternidade, de acordo com as entrevistadas, é um motivador significativo para que as usuárias mantenham a gestação e se dediquem ao cuidado da criança.

O sentimento de legado e a ideia de que, ao se tornarem mães, elas estão cumprindo um propósito, permitem que essas mulheres estabeleçam uma relação diferente com a gravidez, investindo até mesmo em seu próprio bem-estar para preservar o da criança. Esse valor se manifesta, por exemplo, quando as usuárias assistidas pelas entrevistadas, que têm seus filhos em abrigos, buscam novamente a maternidade como uma forma de serem percebidas socialmente como mães, para superar o peso social da identidade de "drogadas".

Acho que isso também vai muito de caso a caso, mas tentando trazer algo mais geral, é... eu acho que traz muito naquele olhar social da mulher que cuida, a mulher com esse dever do cuidar, de ter responsabilidade sobre alguém, quase como se fosse... na maioria dos casos, claro que pode ter exceções sim, mas acho que vem nessa coisa do legado né, é... que é difícil assim, acho que é muito nesse olhar, independente de quem queira ou não queira. Tem essa visão da maternidade como um legado e tem gente que vai dizer que não tem esse legado né, mas como se fosse algo meio sagrado, nesse olhar (Entrevistada 11).

Além disso, o valor social da maternidade, de acordo com as entrevistas, também influencia a manutenção da gestação, mesmo quando as usuárias não desejam. Este fenômeno ocorre, conforme o relato das entrevistadas, devido à criminalização do aborto e o julgamento social relacionado à rejeição da maternidade, o que leva muitas usuárias a continuar com a gestação até o fim, mesmo sem os cuidados adequados. Em muitos casos, elas acabam delegando a guarda da criança para familiares ou optando pela adoção. Vale ressaltar que as profissionais entrevistadas mencionam que, mesmo aquelas que não assumem a responsabilidade pela criança, já vivenciam uma angústia intensa por serem forçadas a passar por uma gestação contra a sua vontade.

E aí tem outras que já não querem estar gestante fica, poxa vida, mas... é... é estranho porque parece que elas aceitam, né, elas concordam[...]Mas elas acabam... é... se sujeitando a esse papel, então elas, enfim, só não se cuidam muito, só não vão fazer o pré-natal, só não se importam, só não performam a maternidade da maneira que é idealizada pela sociedade, [...]tem outras maternidades que elas são indesejadas mas que por medo mesmo, sabe, porque a mãe não quer que aquele filho passe pelo que ela passou ela fala 'Eu não quero que ele passe pelo que eu passei' (Entrevistada 10).

No que diz respeito ao contexto de vulnerabilidade e violência, conforme mencionado no início de nosso texto, muitas mulheres usuárias são vítimas de violência

sexual e enfrentam um sofrimento intenso ao descobrirem que estão grávidas após essas experiências traumáticas. De acordo com as entrevistas, as violências não se limitam apenas ao período anterior à gestação, mas também ocorrem durante a gravidez. Isso inclui a violência física infligida pelos parceiros ou por outros indivíduos, o abandono (algumas usuárias são expulsas de casa ao revelarem a gravidez ou seus parceiros terminam o relacionamento), além das violências sociais resultantes do estigma que recai sobre as usuárias grávidas, conforme relatado nas entrevistas.

Ela tinha... ela passava muito mal na gestação né, de fome, é, agressões[...] Fome e agressões assim né, da família, físicas e morais, assim, e...e pensar que “eu não quero esse bebê e ele tá aqui e eu tô sofrendo todas essas agressões e essas acusações porque ele tá aqui dentro de mim né”, então ele acaba sendo um peso a mais, não só um peso do corpo físico, mas um peso que eu preciso carregar, porque, é... eu acho que esse é um plus assim né, não dá pra descrever como uma mulher se... não consigo me colocar nesse lugar, uma mulher que não deseja o bebê que tá dentro da barriga, mas deve ser uma sensação de um intruso né, um intruso (Entrevistada 3).

Ainda sobre a situação de vulnerabilidade das usuárias de substâncias, a preocupação com a garantia do bem-estar da criança, incluindo moradia, alimentação e outros cuidados, juntamente com a solidão enfrentada na maternidade (pois a maioria das mulheres acompanhadas pelas entrevistadas são mães solas) atravessam a decisão pela gestação e maternidade. Somada às preocupações há também as violações que ocorrem durante a gravidez, que não apenas causam sofrimento, mas também exercem uma influência direta na relação das usuárias com a maternidade.

É um lugar sozinho, por mais rede de apoio que você tenha né, é você e aquele bebê, por mais que tenham pessoas ao seu redor assim né, é, pensar no parto, pensar no sofrimento daquilo, pensar que você vai ter que dar conta daquela vida a vida toda, isso já traz um sofrimento! Então mesmo desejando ter essas crianças, em geral o pós aquilo é um problema né, pra elas, “como é que eu vou sustentar, como é que eu vou fazer com o bebê em casa, como é que eu vou dar comida pra ele...?”(Entrevistada 3).

O parceiro, como discutido em outros capítulos, também exerce uma influência significativa na decisão de prosseguir com a gestação e na aceitação do papel maternal. Durante as entrevistas, as profissionais mencionam que percebem que algumas mulheres parecem sentir necessidade de ter um filho com cada parceiro com quem se relacionam, como uma tentativa de manter o relacionamento. Assim, mesmo que já tenham filhos de relacionamentos anteriores, ao entrar em um novo relacionamento, elas muitas vezes se sentem compelidas a engravidar novamente. É importante destacar aqui algumas questões problemáticas, como o fato de que a maioria das usuárias é mãe solo, conforme indicado nas entrevistas.

.Eu acho que, é, são várias coisas também, né. A mulher, assim, muitas vezes, ela acha que o papel principal dela é ser mãe né, tipo assim, se não for mãe...né! E aí, também tem a questão “cada parceiro que eu tenho, ah, ele quer um filho dele!” né e muitas vezes, principalmente nessa condição, a mulher não tem um parceiro só, tem vários relacionamentos que duram um período, acaba e muda e como tem essa dificuldade[...] a mulher não pensando nela né, ela, às vezes, deposita tudo naquele relacionamento, naquela pessoa. E...e eu acho que isso, é, quando outra...outra causa né, porque quando essa pessoa sai da vida dela, ela tem recaídas, né, complicadas! Porque? Porque o foco não tá em si, tá no outro! Aí quando o outro sai de cena, desmorona! (Entrevistada 13).

Assim, a fala das entrevistadas nos demonstra que, embora esses parceiros expressem o desejo de serem pais e as mulheres, devido às normas de gênero (HEISE *et al.*, 2019), atendam a esse desejo, ao concretizar essa aspiração, muitas vezes os homens não assumem responsabilidade em relação à criança. Portanto, podemos compreender que, embora a presença de um parceiro seja um apoio importante para que a mulher vivencie a gestação e a maternidade de maneira positiva, também pode ser um elemento de sofrimento e uma barreira na construção do vínculo entre mãe e filho.

A maternidade também pode ser vista como uma perspectiva de melhoria na vida da mulher usuária de substâncias. As entrevistas indicam que, quando descobrem que estão grávidas, as mulheres passam a se dedicar mais ao autocuidado, com o objetivo de preservar o bem-estar do feto, e buscam meios para suprir suas necessidades, como moradia, alimentação, entre outras. Algumas usuárias até mesmo buscam manter a abstinência ou adotam práticas de redução de danos devido à gravidez.

As profissionais entrevistadas, no entanto, destacaram os desafios de estabelecer uma nova relação com as drogas. Em contrapartida, as entrevistadas também mencionaram o interesse demonstrado pelas mulheres acompanhadas nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), algumas delas solicitando um acolhimento integral nesses serviços.

É importante compreender, portanto, que o desejo pela maternidade também influencia a adesão da mulher aos cuidados, uma vez que as entrevistas deixam claro que quando a usuária não deseja a gestação, ela mantém o mesmo padrão de uso de substâncias e demonstra indiferença em relação aos cuidados pré-natais. Em contrapartida, há uma evidente preocupação das usuárias assistidas pelas entrevistadas em resguardar a integridade do feto, especialmente em relação a agravos advindos do uso de substâncias.

Então, é... pelo que, eu já acompanhei outras gestantes né, no...no território. É... é tão, é tão estranho o comportamento, porque é como se, é...se não tivesse gerando uma criança. Elas continuam tendo a mesma prática, as mesmas coisas que elas estão habituadas a fazer e até a intensidade do uso, tal, elas continuam da mesma forma (Entrevistada 9).

A narrativa de nossas entrevistadas ao enfatizar a preocupação das usuárias grávidas, em relação ao possível prejuízo para seus filhos, tanto devido ao uso de drogas quanto à sua situação de vulnerabilidade social, coincide com os resultados encontrados por Camargo (2014). De acordo com esta autora, existe uma tendência de individualização da responsabilidade da mulher sobre o bem-estar da criança, bem como de atribuir exclusivamente ao uso de substâncias e à mulher que as consome a culpa pelo fracasso da maternidade.

O apoio da rede de saúde e assistência social, que passa a investir mais no cuidado das usuárias grávidas, também desempenha um papel fundamental para que essas mulheres vivenciem positivamente o processo de maternidade. As entrevistas destacam a importância desses serviços para garantir que as mulheres tenham uma gestação e maternidade seguras, com acesso à moradia, alimentação, atenção à saúde e outras necessidades básicas. Além disso, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), por meio de seus atendimentos e atividades, tornam-se espaços de acolhimento, apoio e garantia de acompanhamento adequado das usuárias pela rede de saúde, fortalecendo-as em sua busca por uma melhor qualidade de vida.

As entrevistas também demonstram que a maternidade restaura à mulher um valor muitas vezes perdido devido ao estigma associado ao uso de drogas, fazendo com que ela seja vista como alguém digna de existir e ser cuidada, mesmo que essa valorização ocorra devido à gravidez. Os serviços de saúde investem mais atenção nessa usuária, conforme relatado nas entrevistas, e a própria família, que em alguns casos havia rompido os laços devido ao uso de drogas, retoma o contato diante da maternidade dessa mulher.

Han... melhorar no sentido, essa pergunta é muito boa, assim, porque o sentido que eu tenho da melhora, que foi o caso que eu me referenciei, que foi uma outra usuária, ela parou de usar droga, assim, sabe, então teve essa melhora, porém, não foi só por causa do, tipo, ai deixar de usar droga ou por ter tido filho, foi porque ela começou a se enxergar como mulher[...] e aquilo foi dando um sentido pra a vida delas... para dela, né, que foi muito interessante, assim, sabe, porque ela tava ocupada, além da maternidade do... da criança, quando a criança tava na creche, ela saia por aí vendendo gelinho, então, foi assim, sabe[...] esse bebê parece que motivou ela a ser pra além de mãe, pra além de usuária, mas uma mulher que corre atrás que vai lá e faz o seu... o seu corre mesmo para sobreviver. E aí ela começou a cortar

cabelo, a se arrumar, então foi um processo de reconstrução de autoestima, também (Entrevistada 10).

Um exemplo significativo da importância do CAPS AD na construção de um processo gestacional e de maternidade saudável foi compartilhado por uma das entrevistadas. Ela relatou o caso de uma usuária que engravidou com a intenção de formar uma família com seu companheiro. No entanto, ele a abandonou ao descobrir a gravidez, alegando que não era o pai, pois ela tinha relações sexuais com outros homens. A usuária, então, rejeitou a gravidez e, até o sexto mês, continuou usando substâncias e não aderiu aos cuidados de saúde.

Por meio do acompanhamento da profissional e da equipe, que respeitaram sua rejeição à maternidade, apesar do sofrimento e da sensação de abandono pelo companheiro, ela passou a construir um vínculo com a criança. Entre o sexto e o sétimo mês de gestação, ela começou a se identificar como mãe e passou a se dedicar aos preparativos para a chegada do bebê. Ela escolheu o nome, providenciou o enxoval e outros itens necessários para o bebê, compareceu às consultas de pré-natal e permaneceu abstinente até o momento da nossa entrevista com a profissional. Apesar dos desafios, já que o bebê nasceu com algumas comorbidades, devido ao uso de substâncias pela mãe, a profissional entrevistada enfatiza que ele está sendo bem cuidado e que a usuária tem um bom vínculo com o filho.

Este caso é apresentado como um exemplo de sucesso, no qual o CAPS AD desempenhou um papel significativo na vida da usuária, a ponto de ela continuar mantendo contato com o serviço mesmo após sua alta, usando-o como sua referência de apoio e cuidado. A escuta sem julgamentos, o apoio à decisão da mulher e a valorização de suas escolhas, como descrito pela entrevistada, são elementos essenciais para um trabalho em saúde que promova os valores de cidadania, autonomia e dignidade.

Portanto, o CAPS AD assume um papel central de apoio e suporte emocional para essas usuárias, muitas das quais desenvolvem um vínculo próximo com o serviço. O impacto positivo da intervenção do CAPS AD na vida dessas mães é destacado em outro relato compartilhado durante as entrevistas. Segundo a narrativa, uma usuária que enfrentou dificuldades durante a gravidez e teve sua filha abrigada agora está trabalhando e, embora seus atendimentos no CAPS AD tenham sido espaçados, pois ela está indo bem quanto a manutenção de seu bem-estar, ela ainda frequenta o espaço e fornece feedback às profissionais sobre sua situação.

Com base nas entrevistas, fica claro que o apoio da família e a construção de uma rede de suporte que atenda às demandas de saúde e sociais dessas mulheres são cruciais para que elas tenham a oportunidade de vivenciar a maternidade de acordo com seus desejos, garantindo o bem-estar delas e de seus filhos. Esta percepção ressoa nos escritos de Camargo (2014), na medida em que a autora evidencia a importância da rede de assistência social e de saúde, assim como do apoio familiar, para que a usuária consiga se sentir segura e competente para vivenciar a maternidade.

Em última análise, podemos ver que os resultados que apresentamos neste tópico são convergentes com aquelas apresentadas por Camargo (2014). Nosso estudo, assim como os resultados da autora, apresentam uma compreensão da natureza multifacetada da experiência e desejo da maternidade influenciados por fatores sociais e históricos na vida da mulher. Também aponta aspectos importantes para que a mulher usuária de substâncias tenha uma vivência positiva da gestação e maternidade, tais como o contexto e o planejamento da gravidez, o apoio familiar, a estrutura emocional da mãe e as expectativas da mulher em relação à gravidez. Além disso, as experiências das usuárias de substâncias relatadas pelas entrevistadas em nosso estudo evidenciam que a relação com a maternidade pode mudar ao longo do processo, especialmente com a concretização da mesma, o que também foi observado por Camargo (2014).

A partir do desejo ou rejeição pela maternidade, estabelece-se uma relação positiva entre mãe e filho, o que pode impulsionar uma mudança na vida da usuária, ou o oposto, caso a maternidade seja imposta e involuntária, o que pode levar a fragilidades na garantia do bem-estar da criança e da mãe. Como exemplos, em nosso estudo, foram compartilhadas durante as entrevistas algumas histórias de mulheres que retomam ou mantêm o uso abusivo de substâncias porque não desejam ser mães, assim como não conseguem atender às necessidades de seus filhos, que por vezes são abrigados.

5.5.2 Perda da guarda e outros impedimentos para a vivência da maternidade: impactos e afetos.

Como mencionado anteriormente, o estigma e o julgamento enfrentados pelas usuárias de drogas que estão grávidas, juntamente com o sofrimento psicológico, podem criar uma barreira para a vivência da maternidade. Além disso, de acordo com as entrevistadas, em algumas situações, quando essas mulheres buscam os serviços de

saúde, especialmente durante a maternidade, a guarda da criança é retirada imediatamente, muitas vezes sem uma avaliação aprofundada das condições da mãe para cuidar do filho. Nesse sentido, durante as entrevistas, observa-se uma contradição, uma vez que a sociedade impõe a maternidade como algo "natural", mas considera mulheres usuárias de substâncias inaptas para exercê-la, atuando em diversas instâncias como uma força contrária a essa possibilidade.

[...]porque tem isso né, nesses hospitais, quando faz o uso de substância, se a pessoa é usuária, ainda mais tiver em situação de rua, automaticamente a guarda já é tirada né, no nascimento (Entrevistada 4).

Uma interpretação possível do abrigamento precoce de bebês filhos de mães usuárias de substâncias, como compartilhado pelas nossas entrevistadas, se dá pelo fato dessas mulheres estarem na base da hierarquia reprodutiva (MATTAR, DINIZ, 2012). De acordo com as autoras, existe um ideal de mulher que, socialmente, é autorizada a vivenciar a maternidade. Este padrão se manifesta em uma situação na qual existe uma relação estável, dentro de um casal heterossexual, casado, adulto, branco e monogâmico, que goza de boa saúde e dispõe de recursos financeiros e culturais adequados para criar seus filhos de forma "adequada".

Assim, sendo as mulheres usuárias de drogas um rompimento claro desse padrão, sendo consideradas inaptas para exercer a maternidade. Tendo em vista que elas não possuem, a vista da sociedade, condições de cuidar de si mesmas, quanto mais de uma criança, elas são impedidas de vivenciar de forma autônoma e amparada suas escolhas reprodutivas (MATTAR, DINIZ, 2012).

Além da guarda ser retida ainda na maternidade, as entrevistadas também mencionam a perda da guarda da criança, por parte das usuárias, via denúncia ao Conselho Tutelar ou até mesmo por decisão da família de assumir a tutela da criança, que impedem, por vezes, que a mãe tenha contato com ela. Portanto, muitas mulheres são encaminhadas ao CAPS AD pelo Conselho Tutelar com o objetivo de recuperar a guarda de seus filhos.

Além do Conselho Tutelar, a escola também evidencia-se como instituição relevante nesse processo. De acordo com as entrevistas, algumas mulheres, cujo os filhos frequentam a escola, são encaminhadas através delas para o acompanhamento no CAPS AD, ao serem identificadas enquanto gestantes usuárias de drogas.

Importante destacar que, quando esse encaminhamento é resultado de um processo institucional e judicial, as profissionais compartilharam durante nossos

encontros a dificuldade que essas mulheres têm em confiar nos profissionais do CAPS AD, pois as consideram como "um braço do judiciário" (Entrevistada 3). Assim, as profissionais entrevistadas apontam que, somente após uma aproximação com essas usuárias e o acolhimento delas, é que o medo de terem seus filhos abrigados ou de perdê-los permanentemente diminui, permitindo que elas se envolvam em seu processo terapêutico.

Além da perda da guarda por meio de processos institucionais, as entrevistadas mencionam que algumas mães rompem os laços com seus filhos quando estes entram na adolescência ou na idade adulta. Às vezes, mesmo que a mãe tenha cuidado do filho na infância, os desafios que surgem após a primeira infância, juntamente com a não aceitação do uso de drogas pela mãe, levam outras pessoas (geralmente a avó) a assumirem a guarda da criança. Esse processo, de acordo com as entrevistadas, combinado com a falta de aceitação do uso de drogas pela mãe, faz com que esses filhos evitem o contato com elas, especialmente se foram negligenciados afetivamente e em suas necessidades durante o relacionamento.

Que são... ai, é, que são, eu esqueci a palavra que eu usei, mas aquelas que são, é, excluídas vai, pelos filhos, que os filhos não querem contato por ela ser usuária, por tá fazendo uso, é, os filhos geralmente mais velhos né, que...já tem um pouco mais de consciência do uso da mãe, esses filhos que se afastam, que se isolam ou que convivem, mas que tratam com muita violência esse uso da mãe, eles geralmente...essas mulheres deprimem mais e elas acabam ficando, é, mais isoladas até que chegam no CAPS e aí a gente vai trabalhando essas relações né, ou de reconectar essa relação ou de fazer elas lidarem com essa frustração dos filhos não quererem contato, mas que elas puderem...possam ser reconhecidas a partir de um outro olhar, de um outro papel e não só da mãe bêbada, da mãe drogada (Entrevistada 1).

Podemos observar, a partir dos relatos compartilhados pelas entrevistadas, que essas mães, mesmo estando em tratamento no CAPS AD e tendo desenvolvido uma relação diferente com as drogas, não conseguem se reaproximar dos filhos devido à sua incapacidade de atender à imagem de uma mãe abstinente. Esta rejeição, por parte dos filhos, pode ser compreendida, em parte, como derivada de um ideal de maternidade que não é concretizado neste relacionamento. Zanello (2018), em seu texto, argumenta que a ruptura dos vínculos entre mãe e filho pode decorrer da falta de conformidade da mãe com o ideal de maternidade. A expectativa do filho de que a mãe corresponda ao papel social prescrito para a maternidade pode causar sofrimento e frustração quando não é cumprida, gerando conflitos e, às vezes, a ruptura do vínculo afetivo entre eles.

Outros dois relatos compartilhados por uma das entrevistadas referentes às usuárias que ela acompanha, também nos chamaram a atenção por estarem relacionados ao impedimento da maternidade por meio da violência.

O primeiro relato foi de uma usuária chamada Regina⁵, cujo marido a levou para uma clínica, alegando ser uma consulta ginecológica. Após essa primeira consulta, eles retornaram mais duas vezes para procedimentos que, posteriormente, ela descobriu serem para um aborto ao encontrar um exame de gravidez nas gavetas do marido. Regina, que desejava ser mãe, passou a consumir bebidas alcoólicas de forma abusiva para lidar com o sofrimento ao descobrir o que havia acontecido. Embora tenha tido dois filhos posteriormente, o sofrimento pelo que ocorreu afetou intensamente sua experiência com a maternidade. Regina continuou usando substâncias e seu relacionamento com seus filhos tornou-se conturbado. Atualmente, com cerca de sessenta anos, ela reside em um abrigo para mulheres e não mantém contato com os outros filhos, que romperam o vínculo devido ao uso de drogas.

O segundo relato compartilhado pela profissional, durante as entrevistas, refere-se à uma usuária que, durante um grupo de mulheres, facilitado pela própria entrevistada, compartilhou sobre a imposição de um aborto por parte de seu companheiro. A usuária não entrou em detalhes, mas narrou que, apesar de desejar a gestação e estar avançada na gravidez, seu companheiro a forçou a ingerir Cytotec. A profissional entrevistada que nos contou esse caso também mencionou que a usuária, ao compartilhar sua história, chorou intensamente, expressando seu sofrimento pelo ocorrido.

Seja por meio de processos judiciais, impedimento por parte de familiares ou violência, como nos relatos acima, podemos entender, através das narrativas das entrevistadas, que a violação da soberania da mulher sobre suas escolhas reprodutivas, como por exemplo no caso da privação do direito à maternidade é motivo de aflição para as mulheres. O abrigamento da criança reforça sentimentos de desvalorização, incapacidade e inadequação nas usuárias, mesmo aquelas que não desejam ser mães enfrentam, de acordo com as entrevistas, o luto por terem seus filhos institucionalizados.

Mal, bem mal, assim. Porque a gente vê que por mais que tenha essa dificuldade de cuidado, eu acho que gera um monte de sentimento aí de

⁵ Nome fictício

culpa, um monte de sentimento, muitas vezes, mesmo não desejando ser mãe de qualquer forma fica aquela coisa da pressão social versus o que ela entende que é dever dela, o lance da culpa...às vezes um sentimento de fracasso né? Acho que diversas sensações, um mix de coisas [...] (Entrevistada 7).

As entrevistadas também nos alertam para um aspecto interessante, que é a diferença entre exercer a maternidade e ser indiferente ao bem-estar da criança. Algumas usuárias, segundo as profissionais, desejam receber notícias e saber se seus filhos estão sendo bem cuidados, mesmo que não desejem a guarda deles, demonstrando preocupação com sua integridade. Outras, por vezes, manifestam o desejo de obter a guarda dos filhos, mas não fazem as mudanças necessárias para isso, o que as profissionais consideram uma indicação de que, na verdade, elas não desejam a maternidade, mas sentem pressão social para aceitá-la.

[...]ela oscila muito entre o que ela deseja e o que, de certa forma, é colocado, né. Tanto que ela ainda vem nessa tipo “ai, cadê meus filhos, cadê meus filhos!”, não que eu não acho...não que eu acho que ela não tá nem aí pros filhos dela, não é isso! Não querer ser mãe é completamente diferente de não estar nem aí pros filhos né, eu acho que ela...ela quer saber deles, ela quer ter notícia de que eles tão bem e tudo o mais, de que... ou até, acho que até, eu acho que ela deseja um contato, mas não deseja cuidar deles, ser mãe deles...(Entrevistada 11).

No que diz respeito à manutenção da guarda da criança pela mãe, o CAPS AD desempenha um papel fundamental. De acordo com as entrevistas, os profissionais não apenas elaboram relatórios e comparecem a audiências no processo de guarda da criança, mas também são responsáveis por, em conjunto com a mulher, organizar os elementos necessários para que a mãe possa manter o convívio com o filho. No entanto, o próprio equipamento enfrenta desafios no sistema judiciário, pois, por se tratar de um espaço destinado a pessoas que consomem drogas, suas opiniões sobre os processos de guarda tendem a ser desconsideradas.

[...] a outra coisa, assim, é a obrigatoriedade das mães que tem os filhos abrigados no SAICA[...]é... e elas são meio que obrigadas a vir aqui, pra fazer tratamento e são... a gente aqui não trabalha na perspectiva da abstinência, né, mas me parece que o serviço de assistência, principalmente nessa parte aí do conselho tutelar, relacionada a infância, impõe uma abstinência à mãe, que é muito diferente da exigência colocada ao homem[...]é muito difícil, e ela tem que sustentar isso abstinência,[...] e essas mulheres são muito pouco escutadas assim, sabe[...] (Entrevistada 10).

Por fim, as entrevistadas destacaram os desafios relacionados à manutenção da guarda dos filhos por parte das mulheres usuárias de substâncias, à medida que as autoridades encarregadas de julgar e garantir o bem-estar das crianças impõem a

abstinência como condição para que a mãe mantenha a guarda da criança. Em vez de as considerar quais são as possibilidades de adaptação do estilo de vida dessas mulheres às necessidades das crianças, as entrevistadas apontam que essas autoridades muitas vezes optam por abrigar a criança, mesmo em casos em que a mãe deseja a maternidade e tem condições de garantir o bem-estar e a segurança de seu filho, apesar do uso de drogas.

Que tudo bem, eu acho que tá certo né, é, proteger a vida do...duma criança, mas, é... muitas vezes essa mulher tem condições sim de ter esse bebê, de que esse bebê é, é um ponto de...de conexão dela com ela mesma, onde ela vai ter...a gente vai conseguir trabalhar as reduções de danos com essa mulher, a gente vai conseguir trabalhar esse uso dessa mulher a partir da maternidade. Eu vi mulheres se transformarem a partir da maternidade, né! (Entrevistada 1).

Os resultados de nossa pesquisa estão alinhados com os estudos de outras autoras que abordam o uso de substâncias e os obstáculos à maternidade. Um estudo conduzido pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (2017), em colaboração com outras instituições, que investigou mães em situação de rua e em uso abusivo de substâncias, revela desafios e experiências semelhantes às narradas pelas entrevistadas. Inicialmente, a pesquisa destacou as falhas nos processos de abrigamento de crianças, uma vez que, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a prioridade deve ser dada à manutenção do vínculo familiar em relação à institucionalização da criança. O que foi constatado neste estudo e que também se reflete nos relatos das entrevistadas é a rapidez com que as crianças são encaminhadas para adoção, sem antes recorrer à rede de assistência em saúde e social para dar à mãe ou à família estendida a oportunidade de manter a tutela (GOMES; DIAS, 2017).

Algumas justificativas apresentadas por Gomes e Dias (2017) para que o processo seja conduzido dessa maneira incluem, além do estigma que recai sobre as mulheres usuárias de substâncias, uma pressão para agilizar a garantia do bem-estar infantil, o que por vezes está relacionado à destituição do poder familiar. As pesquisadoras vinculadas à Faculdade de Direito da USP também mencionam a fragilidade na coordenação entre as instâncias judiciais e a rede de assistência, que prejudica uma avaliação minuciosa da capacidade da gestante usuária de substâncias para prover o bem-estar da criança. Essa prática também pode ser observada em nossa pesquisa, já que as entrevistadas mencionam que muitas mães têm seus filhos abrigados antes mesmo de sair da maternidade e sem uma avaliação prévia, sendo necessário lutar judicialmente pela guarda posteriormente.

É importante destacar que as discussões levantadas neste texto sobre a institucionalização de crianças e adolescentes e a maternidade não se sobrepõe ao dever de proteger a integridade de crianças e adolescentes, mas se concentram em situações que, com o apoio de políticas públicas, mães usuárias de substâncias poderiam exercer a maternidade de forma satisfatória e com apoio adequado.

5.5.3 Práticas do CAPS AD destinadas à assistência de usuárias grávidas ou mães.

Apesar das entrevistadas enfatizarem que não existe um protocolo de atendimento específico para as usuárias de drogas gestantes e puérperas, uma vez que as práticas de cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) são baseadas na singularidade de cada indivíduo, é possível listar algumas atividades desenvolvidas pelos CAPS AD voltadas para o apoio a essas mulheres. Neste tópico, apresentaremos o que nos foi dito sobre o trabalho realizado nos CAPS AD, tanto em atividades conduzidas dentro do espaço do CAPS quanto em ações externas. Perguntadas sobre trabalho em grupos para mães e gestantes, a entrevistada nos responde:

Então, eu não sei se é específico para gestante né. É o que eu falei pra você, o CAPS AD , é, a gente entende que tem a... a gente trabalha com a singularidade de cada paciente né, o PTS é construído com base nas necessidades desse paciente. Então a gente não tem é... vamos supor, um grupo de gestantes, porque acaba acontecendo de não surgir 2 gestantes ao mesmo tempo pra os cuidados né. [...]Então a gente não... quando a gente fala, é, pensando né, na saúde da mulher, pensando na orientação. Isso vai mais no individual do que de fato uma forma de grupo...(Entrevistada 9).

As atividades externas desenvolvidas pelos equipamentos participantes da pesquisa incluem a articulação da rede de saúde, o matriciamento e trabalhos realizados no território de responsabilidade da instituição. Abordaremos essas atividades com mais detalhes:

1. **Articulação da Rede de Saúde:** A articulação da rede de saúde é um componente essencial do trabalho dos CAPS AD. Isso envolve estabelecer parcerias e colaborar com outros serviços de saúde, como maternidades, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Amparo Maternal, para garantir o atendimento adequado às mulheres gestantes que usam substâncias. Essa articulação vai além do simples encaminhamento e envolve uma coordenação eficaz do cuidado, garantindo que as gestantes recebam o apoio necessário.

2. **Matriciamento:** o matriciamento é uma prática importante nos CAPS AD e consiste na troca de conhecimentos e experiências entre os profissionais de saúde

mental e os profissionais de outros serviços de saúde, como as maternidades e as UBS. Essa colaboração multidisciplinar permite uma abordagem mais abrangente e integrada no cuidado às mulheres gestantes que fazem uso de substâncias.

3. Trabalhos no Território: os CAPS AD podem desenvolver atividades no território de responsabilidade da instituição, como ações de conscientização e educação junto à comunidade local. Isso inclui atividades de sensibilização sobre os desafios enfrentados pelas mulheres gestantes que usam substâncias, com o objetivo de reduzir o estigma e promover uma compreensão mais ampla sobre estas temáticas.

É importante destacar que a articulação da rede de saúde desempenha um papel crucial na mudança de perspectiva em relação às mães usuárias de substâncias. Além disso, os CAPS ADs participantes da pesquisa têm desempenhado um papel fundamental na garantia de atendimento para as mulheres, com uma abordagem humanizada. Em alguns casos, foi possível apreender durante as entrevistas, que a centralização da responsabilidade por encaminhamentos e acompanhamentos das gestantes aprimora a coordenação do cuidado e melhora o fluxo dessas mulheres pelo sistema de saúde.

Essas práticas demonstram um compromisso em proporcionar um cuidado eficaz e compassivo às mulheres gestantes que usam substâncias, levando em consideração suas necessidades individuais e sua jornada de vida.

...a gente tem numa dinâmica de CAPS AD, é poder fazer uma articulação com a UBS para entender como é que tá sendo o cuidado dessa...dessa mulher né, como é que tá sendo o pré-natal dessa mulher, eu acho que seria até bacana, pensando assim né, no contexto que eu tô agora, fazer essa interlocução com a UBS para entender como que tá esse pré-natal pra gente também entender um pouco como tá o uso da...de substância, se é possível reduzir, se a gente encontra um caminho do meio, ali, pra que essa usuária também esteja... pra que a gente consiga, é, orientar essa usuária dos riscos também, pra que ela esteja consciente de alguns riscos pra própria saúde dela, pra saúde da criança [...]Eu acho que ter essa articulação com a UBS pra entender como que tá sendo esse acompanhamento, pra gente ir orientando coisas é super legal! [...] eu acho que a UBS é muito...muito protagonista nessa, no cuidado das gestantes, assim. ... a articulação com o SAE também é muito importante, às vezes temos gestantes que também tem questões de sífilis, HIV e que precisam de um acompanhamento mais próximo da, do...né, precisa fazer algo mais específico ou então a gente costuma, a gente costuma acompanhar o usuário no SAE, sempre acompanha (Entrevistada 11).

Além de se informarem sobre as terapêuticas implementadas pelos outros equipamentos da rede, há a participação das profissionais entrevistadas nas consultas das usuárias, com o objetivo de incentivar a adesão delas ao cuidado e fortalecer seu

vínculo com outros equipamentos. A articulação da rede de saúde também engloba o desenvolvimento de atividades em outros equipamentos, como maternidades e Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Uma das práticas mencionadas durante as entrevistas foi a realização de um grupo de gestantes na maternidade de referência da região de um dos CAPS ADs participantes da pesquisa. Esse grupo ocorre mensalmente em colaboração com os profissionais do hospital e é direcionado para as mulheres que recebem acompanhamento no CAPS AD. Além de promover a integração entre os dois equipamentos, a entrevistada enfatiza a importância dessa atividade na mudança da perspectiva em relação às mães que fazem uso de drogas. A compreensão dos profissionais do hospital, que anteriormente viam o uso de substâncias como um obstáculo para a maternidade, passa a considerar a avaliação individual de cada mulher em relação à sua capacidade de garantir a segurança e o bem-estar do bebê.

É... e a gente faz os grupos de gestante né, lá, junto com eles! Como a gente vai mensalmente, fazer um grupo de gestantes lá na maternidade, isso é legal não por conta das mulheres, tá, porque isso é legal por conta do hospital! Porque o hospital tem mudado, mas eles tinham o entendimento que “usou droga não tem que tá com o filho! Usou droga, chama a assistente social, tchau, você não merece essa criança!” e a gente tem conseguido mudar um pouco o olhar, né. É! Eles entendiam que...que necessariamente uma mulher, que faz o uso de substância, não pode ter a guarda de uma criança! (Entrevistada 3).

Outra iniciativa que facilitou o acesso de mulheres grávidas ao CAPS AD foram as atividades realizadas pela instituição nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), incluindo a sensibilização dos profissionais das UBSs sobre os serviços oferecidos pelo CAPS AD. Por meio dessa ação, o CAPS AD passou a ser informado sobre as gestantes que faziam uso de substâncias e que chegavam às UBSs, possibilitando que a equipe entrasse em contato com essas mulheres para informá-las sobre o trabalho do equipamento e aproximá-las dele.

O matriciamento também desempenha um papel relevante na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e, no caso das entrevistadas, no CAPS AD. Entre as ações de matriciamento realizadas pelas participantes da pesquisa, destacam-se as consultas compartilhadas e as visitas domiciliares. As consultas compartilhadas envolvem a presença de um profissional do CAPS AD durante o atendimento à usuária na UBS ou em outros locais, como hospitais, por exemplo.

Durante as entrevistas, uma das profissionais relatou um caso que ilustra essa atuação do CAPS AD: uma mulher que usava lança-perfume e que, devido à intoxicação e outras condições, não conseguia se deslocar até a UBS para o acompanhamento pré-natal. Com a intervenção do CAPS AD, o equipamento passou a articular com a UBS a realização do pré-natal em domicílio, com a presença de profissionais do CAPS AD durante essas consultas. A atuação inicial do CAPS AD possibilitou que essa usuária recebesse um acompanhamento adequado durante a gestação, uma vez que a UBS havia inicialmente se recusado a realizar o pré-natal em casa, mas, com a intervenção do equipamento, passou a oferecer esse serviço. Portanto, de acordo com os relatos, a equipe do CAPS AD desempenhou um papel crucial ao ajudar a usuária a construir uma nova relação com o uso de drogas e a reorganizar seu estilo de vida, visando recuperar a guarda do bebê.

As visitas domiciliares mencionadas anteriormente não se limitam a parcerias com outros equipamentos da rede de atenção à saúde e assistência social. As profissionais entrevistadas enfatizam que essa prática faz parte das ações próprias do CAPS AD, especialmente quando a usuária, por motivos de saúde, financeiros ou outros, não consegue comparecer ao equipamento. Não apenas as visitas domiciliares, mas também as intervenções realizadas no contexto das ruas do território, especialmente os atendimentos *in loco*, foram destacadas pelas entrevistadas como estratégias eficazes para promover a adesão dessas mulheres.

É isso né. Você começa a fazer mais visitas ali no território, oferta mais serviços né, porque não necessariamente ela precisa tá indo lá no CAPS né, o CAPS consegue fazer o serviço tando em situação de rua né. E quando rola essa questão da gestação, a gente precisa acionar o consultório na rua, acionar a UBS, ou outro serviço ali do território também, pra ter esse cuidado né (Entrevistada 5).

As entrevistas destacam que a inserção no território, além dos atendimentos, possibilita que as profissionais orientem as gestantes sobre onde podem acessar recursos, como moradia e alimentação, incluindo centros de acolhimento, restaurantes populares ou programas de distribuição gratuita de refeições.

Além das atividades externas ao espaço do CAPS AD, o equipamento também desenvolve algumas terapêuticas voltadas para o processo de gestação de suas usuárias. De acordo com as entrevistas, as mulheres grávidas que recebem acompanhamento no CAPS AD contam com o suporte de um médico clínico, quando esse profissional faz

parte da equipe do equipamento. Além disso, são solicitados exames para detecção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) com o objetivo de avaliar a saúde da mãe e identificar possíveis riscos para ela e o bebê.

Os CAPS ADs que participaram da pesquisa também demonstraram uma organização interna para receber melhor essas mulheres. Algumas adaptações, como a flexibilidade nos horários para possibilitar a participação nos grupos, assim como a opção de trazer os filhos para participarem das atividades, mostraram-se necessárias para que as mães pudessem comparecer ao CAPS AD. Durante as entrevistas, fica evidente que muitas mulheres, apesar do uso de substâncias, desempenham o papel de cuidadoras, seja de seus parceiros, parentes idosos e, especialmente, de seus filhos. Portanto, permitir que essas usuárias tragam seus dependentes para os espaços de atividades ou disponibilizar técnicos para cuidar deles enquanto as mulheres são atendidas é a única maneira de possibilitar que elas frequentem o equipamento.

É um grupo com uma formatação um pouco mais aberta, onde a gente permite que entre ou saia do grupo em horários diferentes daqueles que são estipulados pra começo e fim do grupo, justamente pra poder ampliar o acesso de mulheres que sejam cuidadoras ou de filhos ou de outros familiares ou outras pessoas. É... então, um filho que às vezes, precisa buscar um filho na creche, precisa sair mais cedo ou se tiver a necessidade de trazer a criança aqui, a gente também consegue acolher dentro desse... dentro do CAPS né, se for bebê fica junto com a mãe... no grupo, a gente tem um caso de uma mãe que traz o bebezinho, mas se for uma criança um pouquinho maiorzinha a gente ofere... oferta um... um técnico aqui do serviço pra fazer o acompanhamento dessa criança enquanto a mãe participa das atividades e ela pode chegar depois ou pode sair mais cedo né, a gente dá essa liberdade pra... pra que seja possível a participação no grupo (Entrevistada 1).

A disponibilidade de leitos, a partir do acolhimento integral nos CAPS AD III, também se destacou como uma estratégia de cuidado para essas mulheres. O acolhimento integral, que consiste na participação durante o dia nas atividades do CAPS e a permissão para dormir no espaço, permite que as usuárias tenham um suporte mais amplo no processo de desintoxicação e redução do uso de medicamentos, especialmente durante a gravidez, e tenham acesso a uma alimentação adequada. Além disso, é uma prática comum centralizar os atendimentos em um único horário ou turno, a fim de evitar que as mulheres tenham que se deslocar repetidamente ao CAPS AD, considerando que nem todas possuem recursos financeiros para transporte ou acesso a auxílios como o programa "Mãe Paulistana".

Então tentar marcar referência e médico no mesmo dia, porque muitos desses vão andando, ainda não tiveram acesso ao benefício, é... a questão

alimentação também, é...tem a questão nutritiva também né, elas têm, às vezes, pouco acesso a alimentação, aí a gente tenta naquelas que são possíveis de estarem mais próximas do CAPS, fazer por um período intensivo para que elas tenham acesso a alimentação e a cuidados mais próximos. Trabalhamos bastante a questão da redução de danos, pra diminuir o uso, por uma questão de segurança né, pra ela, física e integral né, dela física e do bebê né (Entrevistada 1).

Por fim, as profissionais mencionaram algumas ações que fogem aos protocolos usuais da RAPS e que possuem um caráter inovador na atenção à saúde oferecida às mães usuárias de drogas. A primeira delas seria o uso de Práticas Integrativas e Complementares (PICS), como auriculoterapia, Reiki, entre outras, em atendimentos focados nesse público. O objetivo, de acordo com a entrevistada, é proporcionar um cuidado voltado à usuária e que não tenha enfoque exclusivo na gestação.

[...]então eu acho que aqui a gente tenta focar o olhar na mãe, assim, né, até mesmo porque a gente tem disponível as práticas integrativas complementares, então a gente acaba tendo essa possibilidade de...de cuidar daquela mulher que está ali, e aí eu acho que esse espaço é muito importante num período onde o bebê é o foco central da coisa, assim, sabe, onde o bebê toma toda é...sei lá, 99% do lugar de cuidado, então a gente tenta ir nessa contramão porque a gente sabe que o bebê tá sendo olhado, né, pela UBS e tudo, até ter esse vínculo com a mãe, esse olhar com mãe é muito importante (Entrevistada 10).

Outra ação, que ainda está em fase de projeto, é o desenvolvimento de uma caderneta específica para gestantes usuárias de álcool e outras drogas. Apesar do Sistema Único de Saúde disponibilizar uma caderneta para registro do estado de saúde das mulheres durante o pré-natal, a entrevistada ressalta a necessidade de uma caderneta voltada ao público AD. Isso ocorre porque existem singularidades no acompanhamento dessas mulheres que, por vezes, não são abordadas durante o atendimento na UBS.

5.5.4 Trajetórias pelo sistema de saúde e assistência social: desafios e potencialidades.

Nos relatos anteriores, fica evidente a importância dos profissionais dos CAPS AD na garantia de atendimento para mulheres gestantes usuárias de substâncias. O estigma associado às mulheres que fazem uso de substâncias, juntamente com a ênfase na preservação da saúde do feto, influencia o acesso dessas mulheres à rede de assistência em saúde, onde esses valores podem funcionar tanto como facilitadores quanto como barreiras para que elas busquem ajuda nos equipamentos disponíveis.

Apesar de equipamentos como as UBS, CRAS, CREAS, SAE, maternidades, Consultório na Rua e Amparo Maternal serem destacados nas entrevistas como espaços importantes para o apoio às gestantes que consomem drogas, as profissionais entrevistadas apontaram tanto o potencial quanto os desafios na articulação dessa rede.

Entre as potencialidades mencionadas, as profissionais destacaram as UBS e os Consultórios na Rua como meios de acesso para essas mulheres chegarem aos CAPS AD, além de serem parceiros essenciais na inserção das profissionais entrevistadas no território. As visitas domiciliares e os atendimentos conjuntos (tanto na rua como nas residências das usuárias) não apenas possibilitam uma compreensão mais abrangente do contexto de vida e da situação de saúde das usuárias, mas também fortalecem o vínculo delas com os demais equipamentos.

A importância da parceria entre esses equipamentos também se reflete no fato de que o CAPS AD tem limitações em suas ações, uma vez que é um componente da Atenção Especializada (RAPS). Isso significa que há intervenções que não podem ser realizadas por esse equipamento, uma vez que sua abordagem está focada no âmbito da Saúde Mental. Um exemplo citado pelas entrevistadas é a necessidade de que certos exames sejam solicitados pelos médicos das UBS, uma vez que esta é competente para realizá-los.

Porque nessa parte o CAPS não consegue fazer isso, porque a gente é, o nosso... a nossa especificidade é álcool e outras drogas, quando entra na parte clínica, por mais que a gente tenha um médico clínico, tem alguns exames que ele não pode pedir pelo CAPS. A não ser pelo AMA, vamos supor, a gente desce com um paciente no AMA, ela passa com o clínico do AMA e o AMA... o AMA solicita, eles podem, enquanto o CAPS não, né! Aí no caso dessa paciente, é, eu sei que a técnica direcionou pro AMA, porque ela tava muito mal quando ela chegou e até então a gente tava sem o clínico, o clínico chegou essa semana, por isso que direcionou pra lá (Entrevistada 9).

A maternidade, conforme destacado nas entrevistas, é um momento que desperta uma maior atenção por parte dessa rede de assistência à usuária, resultando em um maior investimento no seu cuidado. No entanto, as entrevistadas também mencionam que essa atenção muitas vezes se concentra apenas no período da gravidez, deixando de lado a mulher em sua totalidade. Isso representa um desafio significativo na implementação de práticas de saúde baseadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária, que preconiza a integralidade do sujeito, ou seja, a mulher compreendida para além do ciclo gravídico-puerperal.

É, entra mais nesse ponto, diminui mais o uso, procura aí sair dessa vida Ah, vou mudar, a gente não pode ficar assim, a gente vai ter um filho, imagina uma criança aqui? E de uma certa forma, a partir do momento que descobre ali essa gestação ali, os serviços também conseguem ofertar coisas a mais né, conseguem ter um cuidado maior né, e aí é onde vai aparecendo outras possibilidades. E pensando nisso do interesse, fica, vamos se dizer assim, mais fácil conseguir né, algum Centro de Acolhida de família né, pra sair dessa condição de rua, até mesmo voltar esse vínculo familiar né, e tudo isso muda a partir do momento que tem a gestação ali envolvida. Os serviços de saúde também ficam mais próximos ali, ficam mais atentos né, tudo isso acontece aí (Entrevistada 5).

Ficou evidente nas declarações das profissionais entrevistadas a presença de julgamentos durante as interações com as usuárias do CAPS AD por parte de outros serviços e profissionais. Seja devido ao consumo de substâncias, à falta de cuidado com a saúde ou à falta de desejo pela maternidade, em algumas ocasiões a presença das profissionais do CAPS é necessária para garantir que essas mulheres recebam um atendimento adequado e tenham seus direitos assegurados.

Uma das situações compartilhadas durante as entrevistas ilustra como o preconceito pode afetar a qualidade do cuidado prestado às gestantes que usam drogas. A entrevistada compartilhou uma experiência de atendimento, durante um exame de ultrassonografia em um pré-natal, onde estavam presentes a profissional entrevistada, outra profissional da área de saúde (residente) e a médica responsável pelo exame.

Durante o procedimento, a gestante expressou sua preocupação em obter informações sobre o estado de saúde do feto, pois havia consumido drogas durante os três primeiros meses de gestação. No entanto, a médica se mostrou relutante em fornecer informações quando questionada sobre o estado do bebê. Foi necessário que as duas profissionais que acompanhavam a gestante insistissem para receber uma resposta sobre o estado de saúde do feto e as orientações necessárias. Portanto, a entrevistada conclui que, em outro contexto, a gestante provavelmente não teria recebido orientações adequadas sobre os cuidados necessários durante a gestação e sua própria saúde devido ao preconceito decorrente de seu uso de substâncias.

Então a gente foi acompanhando porque sabemos também que existe muito preconceito com uma mãe que faz uso de substância e também no sentido de garantir o atendimento dessa mulher, assim, um atendimento de qualidade dessa mulher, um cuidado. Porque, é, se a gente não tivesse pressionado a médica, estávamos em duas profissionais de saúde lá, é, não teríamos informações sobre o cuidado dessa criança, como é que... a saúde dessa criança, como é que ela tava. Ou pra observar onde precisava ser cuidada, sobre direitos, direitos básicos assim, de informação, de assistência, então é uma realidade! (Entrevistada 11).

O preconceito que perpassa a atuação dos profissionais de saúde também se expressa, de forma crítica, na violência obstétrica sofrida por usuárias de substâncias ao chegarem nas maternidades.

E aí eles ligaram dizendo que ela não tava bem e eu fui pra lá. É, as falas dos médicos né, no momento do parto, é, dizendo "vai logo! Faz força!", e xingando e falando palavrão e... são horrorosos, assim. Eu saí de lá dizendo "meu deus, como uma mulher, em um sistema público de saúde né, assim, deveria ter o seu direito garantido, precisa passar por algumas humilhações né, por algumas situações. Já é um momento extremamente difícil né, já é um momento de bastante medo né, uma mulher, que é a hora do parto e esse tipo de constrangimento...(Entrevistada 3).

Um dos relatos compartilhados por uma das entrevistadas, menciona uma mulher, usuária de lança perfume, que realizava pré-natal na maternidade de referência do território e, durante todo processo de gestação e parto sofreu maus-tratos e humilhações por parte da equipe de saúde do hospital. Durante a triagem, em uma das consultas, a profissional entrevistada relata frases proferidas, em tom de ironia, pela enfermeira que estava atendendo a gestante, como, por exemplo: "Ai, que bonito, parabéns hein?!", referindo-se ao fato dela usar substâncias e estar grávida. Por conta do preconceito e maus-tratos sofridos pela usuária dentro da maternidade, ela chegou a fugir duas vezes do hospital ao ser internada para realização de procedimentos, situação a qual, de acordo com a entrevistada, foi tratada com negligência por parte da equipe da maternidade. A mesma usuária, durante o parto, também ouviu frases vexatórias por parte da equipe que a estava acompanhando na maternidade, o que fez com que ela, em forma de retaliação, usasse uma agulha para ameaçar a equipe. O episódio ocorrido durante o parto, somado ao fato da gestante ser usuária de drogas e a criança ter nascido com sequelas devido ao uso de substâncias pela mãe, corroborou para que a mulher não saísse da maternidade com seu filho, que acabou sendo abrigado.

Por conta das violências e preconceitos sofridos, algumas mulheres que usam drogas e estão grávidas só acessam o CAPS AD a partir da maternidade, pois evitam o acompanhamento pré-natal ou qualquer articulação entre a Unidade Básica de Saúde (UBS) e o CAPS AD. Esse cenário ressalta o despreparo de alguns profissionais de saúde e serviços em lidar com essa população, criando barreiras significativas para o cuidado adequado. Também é importante destacar que, de acordo com as entrevistas, além do estigma e da violência, há uma falta de preparação dos profissionais e dos serviços de saúde para lidar com as necessidades específicas das gestantes que usam

drogas, o que acaba prejudicando a qualidade do atendimento oferecido a essas mulheres.

Eu acho que isso é um problema estrutural de formação, sabe? Sobre os cursos da enfermagem assim, médicos né, que são os que... acabam sendo necessários porque no pré natal, nas UBS, necessitando muito, porque é... uma questão que a gente precisa mudar, de informação!(Entrevistada 3).

A complexidade envolvida ao lidar com uma mulher que faz uso de substâncias e está grávida, ao mesmo tempo em que a exclui, a submete a situações de violência e dificulta o acesso à assistência. Este cenário pode ser compreendido como o resultado dos estigmas que permeiam a conduta dos profissionais, o funcionamento dos serviços e até mesmo das políticas públicas voltadas para esse grupo.

Este contexto de exclusão de usuárias de substâncias que são gestantes e/ou mães também está presente na discussão de Gomes e Dias (2017). Sua pesquisa aponta os impactos do estigma no acesso a um cuidado humanizado por parte das usuárias gestantes e mães. A reprodução de uma perspectiva moralista quanto às gestantes e mães que usam drogas, assim como a falta de preparo dos profissionais para acompanhar e construir um processo de cuidado que considere as singularidades de uma maternidade dentro do contexto de uso de drogas afastam as usuárias dos serviços de saúde (GOMES; DIAS, 2017).

A pressão por produtividade também é mencionada pelas profissionais entrevistadas como um desafio no cuidado oferecido às mulheres grávidas que usam substâncias, principalmente no ambiente das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nas UBS, há uma necessidade de cumprir metas e realizar um número específico de procedimentos, o que limita a flexibilidade do serviço para se adaptar às necessidades específicas das mulheres acompanhadas pelos CAPS AD. Isso, por sua vez, cria obstáculos para a prestação de uma assistência adequada a essas mulheres durante a gestação.

Quando ela chega na recepção, causando né, que eles falam, procurando alguém, um pouco mais exaltada, a gente dá um contorno pra isso, chama, conversa, bota na sala, escuta! Né? Acho que a UBS não dá conta de fazer isso, a UBS tá muito ligada aos números, aos procedimentos, às metas e a dar conta de tantas outras demandas e não conseguem fazer esse contorno (Entrevistada 3).

Além da necessidade de adaptação dos serviços para atender às demandas das usuárias, durante as entrevistas foi ressaltada a importância de contar com equipamentos

de assistência social dedicados a esse público. Com base nos relatos das entrevistadas, fica evidente a relevância do Amparo Maternal na oferta de moradia temporária, permitindo que essas mulheres se organizem e vivenciem a maternidade de maneira saudável tanto para elas quanto para as crianças, tendo suas necessidades básicas atendidas. Portanto, as profissionais entrevistadas enfatizam a importância de investir nesses equipamentos e em outros componentes da rede de assistência social destinados a mães e gestantes que fazem uso de substâncias.

E aí eu fui vendo muito isso quando eu fui...teve um evento só sobre mães na defensoria pública, é... que nem o Amparo Maternal, aí nasce, porque que não tem uma casa pra essa mãe cuidar do filho até os dois anos de idade..., acho que tem alguns locais no interior, né. O ambiente hospitalar onde ela tem ali essa gestação...porque que não tem os outros equipamentos que eu acho que poderia ter assim, em São Paulo? Ah, então a mãe vai cuidar do bebê nessa casa até um ano, né...vai ficar nessa casa social aqui até um ano de idade.(Entrevistada 4).

Por fim, durante as entrevistas, ficou evidente a ausência de práticas de cuidado direcionadas ao período puerperal das mulheres que fazem uso de drogas. Apesar de ser um momento delicado, o cuidado oferecido após o nascimento da criança se limita ao acompanhamento do desenvolvimento dela e às necessidades ginecológicas das mulheres. Questões como a depressão pós-parto e outras demandas de saúde mental, que são comuns na experiência da maternidade, tornam-se ainda mais complexas quando consideramos o uso de substâncias. Nesse contexto, a importância do CAPS AD é reforçada, tanto como um suporte para as mulheres elaborarem sua experiência com a maternidade e o período puerperal, quanto como garantia de um atendimento humanizado e a proteção de seus direitos básicos.

Exato! Tanto pra mãe quanto pra criança! Mas a gente não pode deixar de esquecer também que... esse processo do puerpério, é um processo bem complicado, né! É um processo que precisa de acompanhamento né, então eu acho que o CAPS tem que tá próximo pra gente olhar pra essas questões de saúde mental mesmo, né. Que essas mulheres tem muitas questões relacionadas a sofrimento durante esse período do puerpério né, coisas que ok, fazem parte do período, mas que podem se agravar ali pra algo mais...que necessita de um cuidado mais intensivo mesmo né. Tipo, pra além do baby blues assim né, que é quando essa mãe tá no puerpério e ela tá né, vivenciando algo mais deprimido, a dificuldade de tá com essa criança, é, mas pra isso não se agravar pra uma, sei lá, depressão pós parto, isso acontece muito, gente! Nossa! Quando eu tava no CAPS adulto isso aparecia direto, direto, direto! Eu falava “gente, como a gente não fala sobre isso? A gente não fala sobre a mãe que teve uma criança! A gente só fala sobre a mãe gestante, a gente não fala da mãe puerpera! (Entrevistada 11).

Certamente, é importante destacar que, além do período puerperal, sentimentos como culpa, baixa autoestima, solidão e outros similares fazem da vivência de mulheres usuárias de substâncias mães e gestantes e podem causar sofrimento. Por não atenderem a norma gênero que imputa a essas mulheres a tarefa de exercer um papel de maternidade, a vivência dessas mulheres com a gestação e maternidade é permeada por sentimento de culpa e angústia por não atenderem a um papel social de mãe exemplar.

Assim, conforme as entrevistas evidenciaram, devido às dificuldades na implementação de práticas relacionadas à saúde mental, especialmente aquelas relacionadas ao uso de substâncias, em outros serviços de saúde, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) assume um papel de destaque em sua atuação com essas mulheres, tornando-se, em muitos casos, o principal ponto de apoio para o cuidado que elas estabelecem.

De família, enfim, também essa rede de apoio né, que de repente aparece, acha que a pessoa não tem ninguém e de repente a família se interessou quando ela tava gestante, quis apoiar, ajudaram a alugar o quarto...é, isso também, pra além de rede né, de saúde, a rede de apoio é bem importante também nesse...nesse caso! (Entrevistada 4).

Portanto, a partir do exposto, compreendemos que a família, juntamente com os serviços sociais e de saúde, desempenha um papel fundamental para permitir que essa mulher tenha uma experiência materna mais positiva. Essa rede de apoio auxilia a mãe que faz uso de substâncias a se adaptar a essa nova fase da vida sem se sentir insegura quanto à sua capacidade materna, garantindo que suas necessidades sejam atendidas (FELDMANN; ROMANINI, 2022).

Além disso, a criação de vínculos por parte dos profissionais do CAPS AD possibilita que eles conheçam as histórias, desejos e preocupações das mulheres atendidas. Esse tipo de cuidado em saúde visa abordar as necessidades de forma abrangente, sendo construído a partir da relação estabelecida entre o profissional e o paciente, contribuindo para uma articulação mais efetiva da rede de saúde. Por fim, a atuação das profissionais mostrou-se fundamental na desconstrução de estigmas e na promoção de práticas de saúde integradas, humanas e que promovem a autonomia e os direitos das mulheres assistidas pelos CAPS AD entrevistados.

5.6. Violência, uso de substâncias e desigualdade de gênero.

O Brasil tem progredido em políticas de prevenção e combate à violência

desde 1995, quando assinou a Convenção de Belém do Pará, que estabelece o direito de meninas e mulheres viverem livres da violência. Algumas medidas implementadas, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) de 2004 e a Lei Maria da Penha de 2006, demonstram avanços na assistência às mulheres (VIEIRA; HASSE, 2017). No entanto, como observado por Zanello e Medeiros (2018), essas políticas ainda são insuficientes para atender completamente algumas demandas, especialmente no que diz respeito ao cuidado com a saúde mental das mulheres vítimas de violência.

É fundamental reforçar a compreensão da violência como um fenômeno social e cultural, que não é isolado da realidade das pessoas envolvidas (VIEIRA; HASSE, 2017). Além do contexto de vida, a dinâmica de desigualdade de gênero desempenha um papel crucial na geração do fenômeno da violência (SOUZA, 2013). Uma vez que o uso de substâncias por mulheres acentua essa desigualdade, e dado que esse é o público atendido pelas participantes de nossa pesquisa, é relevante discutir as interações entre violência e uso de drogas por mulheres.

A discussão sobre a violência no contexto do uso de substâncias, embora não seja um dos objetivos iniciais de nossa pesquisa, emergiu como um tema importante, uma vez que foi amplamente mencionada nas narrativas das entrevistadas. A violência de gênero foi identificada como um elemento presente não apenas na vida cotidiana das mulheres assistidas pelos CAPS ADs, mas também na experiência das profissionais que trabalham nesses estabelecimentos. Portanto, para aprofundar essa temática, elaboramos os seguintes tópicos de discussão: Violência de gênero e suas consequências, violência no ambiente dos CAPS AD e estratégias para o atendimento de mulheres vítimas de violência.

5.6.1. Violência de gênero e suas implicações.

Antes de abordarmos o tópico da violência na perspectiva da desigualdade de gênero, é relevante destacar um ponto importante mencionado pelas profissionais entrevistadas: a violência está intrinsecamente ligada a uma cultura presente entre as pessoas que fazem uso de drogas. Dessa forma, tanto homens quanto mulheres que

fazem uso de substâncias são profundamente influenciados em sua maneira de se comunicar e se relacionar pelo aspecto violento que permeia essa cultura.

O estigma, a vulnerabilidade social e a marginalização da população que faz uso de substâncias, frequentemente resultando na negação de seus direitos básicos, podem ser considerados como fatores que intensificam a violência como uma forma de vida para esse grupo.

Outra coisa muito pesada do campo AD, que tô vivendo na pele: violência! Violências, né! [...]Tipo, é uma coisa que eu fui percebendo assim, é, que... pra alguns usuários tem uma vivência né, acho que a maioria, tem um vivência muito violenta, né. E a violência na verdade é uma coisa natural, tem uma certa naturalidade então, é, a forma como eles se comunicam é a forma como eles resolvem questões e é a forma como eles solicitam coisas, né (Entrevistada 11).

No entanto, esse contexto mais amplo também é influenciado pelas normas de gênero. De acordo com as entrevistas, as mulheres que fazem uso de substâncias estão mais suscetíveis a experimentar violência sexual e física, enquanto os homens que usam drogas tendem a se envolver mais em brigas com seus pares e em situações de roubos e furtos, por exemplo.

Outra diferença significativa, destacada durante as entrevistas, é que muitas das mulheres tinham vivenciado a violência antes mesmo de começarem a usar substâncias, ao passo que essa conexão não era explicitamente mencionada em relação aos homens. Ou seja, as profissionais entrevistadas não associavam experiências prévias à utilização de drogas no caso do público masculino, relacionando tais experiências ao efeito do uso da substância.

ali, tá nos corres ali, ai eles fazem roubos, furtos ali, né. Aí vai se colocando em risco nesse movimento, alguns arrumam até confusão no território né, agridem ali, na violência [...] É isso né, de ser preso, de tá sofrendo algum tipo de agressão ali mesmo né, pelo ambiente ali, acho que seriam esses...(Entrevistada 5).

elas acabam, também, sendo expostas a violência né, a estupros né, a gente tem casos e casos aqui de mulheres que estão nas ruas né, com, é... de alguma forma né, intoxicadas né, por algum tipo de substância e acabam sendo alvo fácil, né! É...homens, a mesma coisa, né! A mesma violência, por exemplo, as brigas que ocorrem né, por exemplo, o cara quando ele, por exemplo, usou o álcool e ele tá lá no bar e ele fica agressivo, aí ele parte pra cima dos outros, às vezes eles chegam em casa sabe, todos machucados né, a gente tem muito essa queixa aqui!(Entrevistada 13).

Apesar de quase todas as mulheres que fazem uso de substâncias, acompanhadas pelas participantes de nossa pesquisa, serem vítimas de várias formas de violência, o abuso físico e sexual se destacou nas entrevistas. O contexto de uso de drogas e, em alguns casos, a situação de rua, as tornam mais vulneráveis a essas violações.

O abuso sexual contra as mulheres usuárias de substâncias apresenta algumas características que merecem atenção, dada a nossa intenção de prevenção e assistência social e de saúde para esse público. De acordo com as entrevistas, a violência sexual contra essas mulheres pode ocorrer por meio de força física, na imposição de relações sexuais não consentidas (especialmente quando estão sob o efeito da substância) e por meio de negociações coercitivas (quando são pressionadas a ter relações sexuais em troca de drogas ou para atender a necessidades básicas).

Ainda em relação ao corpo da mulher sendo usado como moeda de troca, um aspecto importante destacado pelas entrevistadas é que, embora as usuárias possam "concordar" em ter relações sexuais para obter algo, os homens envolvidos impõem práticas sexuais que não são consentidas por essas mulheres, configurando também um tipo de violência.

[...]tem a questão dos de abusos também né, de terem abusos ou serem abusadas, mesmo sem "se submeterem" entre aspas a isso, mas que se submetiam a...a ter relações com outras pessoas em troca de dinheiro, mas que não, isso não era visto como uma fonte de renda, como uma profissão[...] Faziam isso no momento de maior desespero de abstinência ou pra se alimentar ou faziam isso de uma forma mais...emergente, assim (Entrevistada 1).

Um relato apresentado durante as entrevistas ilustra a vulnerabilidade das mulheres que fazem uso de drogas, especialmente quando se encontram em situação de rua. A entrevistada narra a respeito a uma usuária que consumia crack e adotava a prática de tomar Diazepam para diminuir os efeitos da droga. Apesar da estratégia da equipe que a acompanhava de administrar o Diazepam no próprio ambiente do CAPS AD, ela conseguiu acumular a medicação para uso posterior. O uso combinado do medicamento com a droga resultava em um estado de sedação para a usuária, que acordava após o uso com dores nas genitálias e em outras partes do corpo. Através das conversas com os profissionais do CAPS AD, ficou evidente que ela estava sendo vítima de violência enquanto estava desacordada e incapaz de reagir.

Além da situação de rua e do uso de substâncias como fatores de vulnerabilidade, as profissionais entrevistadas também mencionam que a intensidade do uso da droga e o tipo de substância consumida colocam as mulheres em um maior risco de sofrerem violência. De acordo com elas, por exemplo, o álcool torna mais evidente o estado alterado das mulheres, o que faz com que os homens as percebam como mais suscetíveis a assédio e abusos.

Por fim, devido à naturalização da violência e à constante exposição das mulheres a abusos sexuais, mesmo antes de se envolverem no uso abusivo de drogas, as entrevistadas apontam que as mulheres muitas vezes têm dificuldade em reconhecer o assédio, inclusive aqueles que ocorrem dentro dos espaços do CAPS AD e por parte de seus companheiros.

Outro tipo de violência amplamente mencionado pelas entrevistadas é a violência física. Embora possa ser perpetrada por várias pessoas, na maioria dos casos, essa forma de violência é cometida pelos parceiros das mulheres, que às vezes também são usuários de substâncias. Essa dinâmica se torna ainda mais complicada quando a mulher está em situação de rua e tem pouca capacidade de sair de um relacionamento abusivo, uma vez que o parceiro, ao mesmo tempo que é o agressor, também pode ser visto como um fator de proteção contra outros abusos e violências.

Um relato compartilhado durante as entrevistas que chamou a atenção foi o de uma usuária que tinha a perna e o braço fraturados devido às agressões de seu companheiro com uma barra de ferro. No momento da nossa entrevista, a usuária estava em acolhimento integral, passando por um processo de desintoxicação e aguardando consulta para avaliação e possível cirurgia. Durante seus atendimentos com os profissionais do serviço e sua participação em grupos de mulheres, foi ressaltado o risco que ela enfrentaria ao retomar o contato com seu companheiro. No entanto, apesar das violências e das preocupações de outras mulheres, ela afirmou seu desejo de voltar para seu parceiro quando recebesse alta. É importante destacar que essa mulher vivia em situação de rua e mantinha um relacionamento com seu agressor há doze anos. Além da dinâmica de uma relação abusiva, na qual ela alegava desejar permanecer por amor, havia o fator de proteção que ele oferecia a ela. Uma frase dessa usuária, reproduzida por uma das participantes da pesquisa, que chamou a atenção foi: *"Ah, pelo menos já acaba com o meu sofrimento, ah, Deus me livre, já não aguento mais!"*. Essa

declaração, em uma análise cuidadosa, evidencia a falta de perspectiva de futuro e, inclusive, a ausência de autoestima vivenciada pela usuária, que são efeitos diretos da violência que ela sofreu.

Além da violência sexual e física, outra forma de violação que se destacou nas narrativas das entrevistadas foi a violência patrimonial. Muitas mulheres têm seus recursos limitados por seus companheiros, seja por terem que suprir suas necessidades básicas sozinhas, serem impedidas de trabalhar ou serem obrigadas a entregar suas finanças para seus parceiros, que muitas vezes as utilizam para comprar drogas. A violência patrimonial pode até mesmo partir de suas próprias famílias, não apenas dos companheiros com os quais as mulheres se relacionam. Um caso compartilhado por uma das entrevistadas envolve uma mulher assistida no CAPS AD, cuja família vendeu todos os móveis de sua casa alegando que ela não cuidava da residência.

Então, é uma violência até no sentido patrimonial né, desses companheiros, é...retirarem os direitos ao acesso a dinheiro, a documentos, pertences...(Entrevistada 1).

Também foi relatada durante as entrevistas a violência de transfobia e homofobia, que afeta principalmente homens trans e mulheres lésbicas. Essas violências ocorrem principalmente por parte de familiares, uma vez que muitas dessas pessoas são expulsas de casa e sofrem agressões verbais e outras formas de abuso. No caso das pessoas transexuais, também foi destacada a dificuldade em lidar com seu corpo, o preconceito e sua sexualidade. Muitas delas recorrem à autoagressão como uma forma de tentar enfrentar seu sofrimento.

Por fim, durante as entrevistas, também foi mencionada a violência policial, que afeta tanto os homens que, como mencionamos, se colocam em risco ao praticarem furtos, quanto as mulheres que fazem uso de substâncias e estão em situação de rua. A violência policial faz parte do cotidiano das pessoas assistidas nos CAPS ADs.

Todas as experiências de violência mencionadas até agora têm implicações significativas no bem-estar das mulheres. A violência física e sexual, conforme relatado pelas entrevistadas, é um gatilho e um fator agravante para quadros de adoecimento mental, como ansiedade e depressão.

No caso, por conta delas sofrerem bastante com violência, vulnerabilidade, a gente nota assim, bastante situação de humor deprimido, às vezes até de

quadro depressivo mesmo, já psicopatológico, é, de ansiedade né, é mais nesse sentido, assim. Tanto quem já tem outros tipos de transtornos de base, a gente vê isso associado às violências mesmo. Dá pra ter essa noção (Entrevistada 7).

Além disso, as mulheres que fazem uso de substâncias, por não se enquadrarem nas normas de gênero esperadas, muitas vezes encontram-se socialmente desamparadas. Isso ocorre porque, devido ao uso de drogas, a violência que sofrem não é reconhecida como tal e, como mencionado anteriormente, essas experiências são normalizadas. Em outras palavras, as mulheres que fazem uso de substâncias acabam sendo percebidas como não merecedoras de apoio, proteção e justiça. Tornam-se corpos sujeitos a violações.

Portanto, quando submetidas a situações de violência, frequentemente são silenciadas e negligenciadas, o que pode desencadear ou reforçar a relação abusiva com a substância, como uma tentativa de lidar com o sofrimento.

Ah... as, as mulheres sofrem muito mais violenta, muito mais violência quando tão sob efeito, hã, porque ela sofre mais risco na vida né e elas perdem a possibilidade de tá se defendendo e perdem a defesa social, né. No, a... vamos dizer, uma mulher que de repente tá...tá sendo forçada a fazer alguma coisa num lugar público, tá sendo levada pra algum outro lugar, se ela tá sóbria, geralmente alguém intervém, se ela tá bêbada não, se ela tá sob o efeito de substâncias as pessoas acham que ela tá pedindo isso e pronto (Entrevistada 6).

As violências também limitam o acesso dessas mulheres aos serviços de saúde. Seja pela falta de recursos ou pela presença do agressor nas instalações do CAPS AD, algumas usuárias deixam de frequentar esses locais e de receber assistência em saúde. Um exemplo que podemos mencionar é o caso de uma usuária, atendida em um dos equipamentos participantes de nosso estudo, que decidiu romper com seu marido agressor. A partir desse momento, a equipe do CAPS teve que fazer ajustes para que ambos fossem atendidos em locais diferentes, uma vez que ambos estavam sendo acompanhados no mesmo serviço e, de acordo com as profissionais, não é possível negar atendimento, mesmo que a pessoa tenha cometido um crime.

As mulheres que foram vítimas de abuso sexual também se encontram mais suscetíveis a Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) ou mesmo a gravidezes não planejadas. Essa experiência traumática também tem um efeito negativo, de acordo com as entrevistadas, na própria experiência sexual dessas mulheres, que passam a associar o

ato sexual a sentimentos de sofrimento e até mesmo dor física. Além disso, a percepção de seu próprio corpo, enquanto pertencente a si, e, conseqüentemente, sua autonomia em relação a ele, é prejudicada quando essas usuárias são vítimas de violência sexual.

[...]alguém que tem uma dificuldade enorme de lidar com o seu corpo, de entender o seu corpo enquanto seu [...]É... e ela tem uma relação muito ruim com o próprio corpo, com o lugar da mulher, com o lugar do feminino (Entrevistada 3).

Por fim, as entrevistadas compartilharam algumas estratégias que as mulheres que enfrentam a exposição à violência costumam adotar em seu cotidiano. Além do controverso método de buscar proteção em um parceiro, como discutido anteriormente, as mulheres às vezes optam por adotar uma aparência masculina, usando roupas largas, ou até mesmo deixam de cuidar da higiene pessoal a ponto de defecar e urinar em suas roupas, para evitar abusos sexuais por parte de homens. É relevante mencionar que, ao mesmo tempo em que essas medidas permitem que as mulheres se protejam de forma autônoma, elas também limitam suas chances de receber ajuda, uma vez que as pessoas tendem a evitar se aproximar delas devido ao odor e à aparência.

Malheiro (2020) e Medeiros; Zanello (2018) identificam em seus estudos as interconexões entre violência, saúde mental e gênero, que também podem ser observadas nos dados discutidos anteriormente. Malheiro (2020), em sua pesquisa, evidencia a violência de gênero, especialmente a violência sexual contra mulheres, como um dispositivo de manutenção de poder perpetrado por homens. De acordo com a autora, o estupro não é apenas uma questão de atender a desejos por meio da força física, mas também uma expressão de poder masculino, demonstrando violência e virilidade. A agressão sexual também funciona como um meio de punição e dominação de mulheres que desafiam as normas de gênero, como é o caso das usuárias de substâncias (HEISE *et al.*, 2019).

As normas de gênero e a hierarquia de gênero também se refletem no fato de que os confrontos físicos entre os usuários, conforme relatado pelas entrevistadas, ocorrem em condições relativamente iguais de força e capacidade de resistência. Por outro lado, as mulheres, que geralmente são alvo de violência sexual quando estão sob o efeito de substâncias ou em extrema necessidade (seja de drogas ou de necessidades básicas), não possuem os mesmos recursos de resistência. Portanto, podemos entender a violência de gênero, especialmente contra as mulheres, como um elemento estrutural

que perpetua as desigualdades de gênero.

Assim como as usuárias acompanhadas pelas nossas entrevistadas, as participantes da pesquisa de Malheiro (2020) também evidenciam o uso de substâncias não como causa, mas como sintoma da violência de gênero. Isso ocorre porque as mulheres, especialmente as usuárias de substâncias, são negligenciadas quando vivenciam violações, e o uso de substâncias se torna um meio de enfrentar o sofrimento, ao mesmo tempo em que as torna mais vulneráveis a abusos e agressões. Zanello e Medeiros (2018), além do uso de substâncias, também destacam em sua pesquisa a compreensão da violência como um fator agravante do sofrimento psicológico, corroborando pela fala da entrevistada 7, citada anteriormente.

Dado o desamparo dessas mulheres, especialmente devido ao preconceito e à desvalorização devido ao uso de substâncias, elas muitas vezes recorrem a estratégias que, em muitos casos, perpetuam a violência de gênero. Assim como as usuárias assistidas pelas nossas entrevistadas, as participantes da pesquisa de Souza (2013) também recorriam a mecanismos como a associação com um parceiro e a adoção de uma aparência masculina para se proteger contra abusos e agressões.

Observamos em nossa pesquisa, e a autora reforça, que essas estratégias reproduzem a desigualdade de gênero e não garantem a total preservação das mulheres contra violência, já que muitas das mulheres atendidas pelas nossas entrevistadas também sofriam violência física e sexual de seus parceiros (SOUZA, 2013).

Portanto, podemos compreender que a exclusão das mulheres usuárias de substâncias das políticas públicas voltadas para mulheres vítimas de violência contribui significativamente para as estatísticas de feminicídio e outros crimes apontados no Mapa da Violência (IPEA, 2022). Isso ocorre porque a mulher usuária de substâncias é frequentemente vista como responsável pela violência que sofre, enquanto os homens usuários de substâncias têm seu comportamento violento justificado e, por vezes, aceito socialmente devido ao uso de drogas (VIEIRA; HASSE, 2017).

5.6.2 Violência no ambiente do CAPS AD

No ambiente dos CAPS ADs participantes de nossa pesquisa, as experiências de violência mencionadas no tópico anterior não são eventos isolados. As mulheres,

mesmo dentro das instalações desses equipamentos, enfrentam assédio frequente por parte de outros usuários, especialmente quando estão sob a influência de substâncias. Algumas delas, após desenvolverem um vínculo de confiança, chegam a relatar essas situações às profissionais que as acompanham.

Então os homens ficam ali rondeando...rondeando...rodeando essa usuária e...e vários homens e aí aquilo é uma coisa que a princípio né, isso é uma coisa que vai aparecendo sutilmente no discurso delas quando a gente vai conversando com elas[...]Então isso acaba sendo um movimento natural de algumas usuárias né, sofrerem alguns assédios lá dentro[...] (Entrevistada 11).

Outro ponto relevante destacado pelas entrevistadas é que as violências de gênero também afetam as profissionais que trabalham nos CAPS ADs. É importante lembrar que a quase totalidade das pessoas participantes de nosso estudo são mulheres, e isso reflete a realidade desses espaços, como pudemos observar nas visitas realizadas para divulgação e convite à pesquisa.

As profissionais mencionam que se sentem vulneráveis às agressões por parte dos homens assistidos nos CAPS ADs, especialmente quando esses homens estão intoxicados. As entrevistadas também relatam que suas opiniões são frequentemente desconsideradas em espaços coletivos, como as assembleias nos CAPS ADs, simplesmente por serem mulheres. Às vezes, é necessário que um profissional do sexo masculino intervenha para que suas vozes sejam ouvidas pelos usuários.

Sim. Acho que isso é um pouco da nossa rotina também, às vezes a gente passa por situações em que os pacientes chegam a ficar hostis né, agressivos, inclusive, quase agressivos fisicamente né, sob o uso, e a gente nota que isso acontece muito mais quando eles estão sendo atendidos por mulheres né (Entrevistada 7).

Durante as entrevistas, duas experiências foram compartilhadas que destacam o risco que as profissionais enfrentam. A primeira envolveu uma intervenção no território realizada por profissionais de um dos CAPS ADs, em colaboração com o Consultório na Rua, na qual um usuário chegou a apontar uma arma para os profissionais (vale ressaltar que a profissional entrevistada não vivenciou essa situação, apenas reproduziu o relato). A segunda situação compartilhada está relacionada à companheira desse usuário, que também é atendida no mesmo equipamento e chega a agredir fisicamente e verbalmente os profissionais quando está intoxicada ou quando eles abordam assuntos sensíveis para ela.

Essas situações de violência passam a se tornar parte da cultura dos CAPS ADs, à medida que os profissionais, ao vivenciarem essas agressões, também passam a responder de forma violenta aos usuários. Isso acontece tanto devido às experiências de vulnerabilidade e estresse enfrentadas pelos profissionais quanto à falta de experiência na gestão dessas situações. É importante ressaltar que esse tipo de reação, de acordo com as entrevistadas, perpetua a dinâmica de violência dentro desses equipamentos, pois ao responderem de forma agressiva, os usuários também continuam reagindo de maneira agressiva.

É... tipo, violência como...como forma de comunicação né, tanto dos próprios...da própria equipe, quanto dos próprios usuários, né! [...]E... no começo, eu tava muito, eu...né, de certa forma angustiada com essa dinâmica de violência né, de sempre parecer que tá atacando né e sempre tentando manejar um pouco no...[...]tentando não responder a isso porque você entra na mesma dinâmica de violência que essa pessoa viveu né, você fortalece essa experiência pra essa pessoa e isso não é um mecanismo saudável. Só que conforme as coisas foram se agravando e esse contexto de violência foi tomando uma proporção muito grande, que assim, é... estávamos todos sendo violentos! [...] então eu comecei a reproduzir alguns mecanismos de violência, é, dentro do serviço e direcionado pra alguns usuários que tavam direcionando a violência e aquilo começou a me causar muito sofrimento assim, de dizer "nossa, eu acho que tá me faltando algumas estratégias pra que eu esteja respondendo dessa forma!". [...]Porque aí a gente vai alimentando esse ciclo de violência, de marginalização também (Entrevistada 11).

Esse ambiente de trabalho em que as profissionais estão inseridas não apenas coloca em risco sua integridade física, mas também contribui para problemas de saúde mental. Durante as entrevistas, foi mencionada a necessidade de algumas profissionais tirarem licença médica devido ao sofrimento mental causado pelas experiências nos CAPS AD. É importante ressaltar que, nas narrativas das entrevistadas, não foi compartilhado nenhum protocolo ou prática institucionalizada para apoiar as profissionais diante das situações de exposição à violência.

Para garantir sua autopreservação no ambiente de trabalho, as participantes de nossa pesquisa mencionaram algumas estratégias adotadas pelas equipes dos CAPS AD. Uma delas é o atendimento em dupla, especialmente no caso das profissionais que se sentem ameaçadas. Nesse cenário, elas realizam o atendimento em conjunto com um profissional do sexo masculino como uma medida de proteção.

então a gente tem alguns mecanismos né, que quando o paciente tá de um jeito ou de outro né, a gente vai em dupla né, se forem duas mulheres, muitas

vezes a gente opta por colocar um profissional homem, apesar de ser muito difícil né, você pensar: caramba né, a gente tem uma formação tão boa quanto, mas infelizmente eu vou ter que chamar o colega porque é homem. É, e a gente às vezes entende que é isso, ou a gente se expõe né, a risco de apanhar mesmo, de ser um negócio de Ah... A gente tem ai uns históricos delicados de violência, vários afastamentos né, inclusive, de saúde mental por conta disso, e então a gente vai tentando se preservar, às vezes (Entrevistada 7).

O diálogo também foi destacado como uma ferramenta importante para lidar com momentos de crise em que um usuário ou usuária apresenta comportamento violento, tanto dentro do equipamento como durante intervenções no território. Além do diálogo, a estratégia inclui a contenção espacial, na qual os profissionais se agrupam quando um deles está em risco. Isso visa fazer com que o usuário perceba a presença de mais pessoas e tenha menos espaço físico para tomar ações agressivas.

Por fim, em situações mais complexas, é possível solicitar a contenção química ou mecânica, com o envolvimento de profissionais da área médica ou de enfermagem. Em casos extremos, também pode ser solicitado o auxílio da Guarda Civil Metropolitana (GCM) para lidar com a situação.

Nunca ninguém aqui, é...faz a abordagem sozinha, a gente sempre chama o coletivo, quando tem alguma situação de crise é combinado aqui, interno, quando é aqui dentro a gente para tudo o que tá fazendo, mesmo se tiver atendendo outro paciente pede pro paciente aguardar um minuto, pra gente poder dar o suporte pro colega que tá em risco. É... a gente fica na contenção né, de espaço pra poder dar apoio e o paciente que tá na situação de crise não focar a atenção só pra aquela única pessoa.[...] A gente começa primeiro na conversa, depois é na negociação né, e é sempre assim, presença, é, de outros colegas do trabalho ajuda muito, né![...] Aí obviamente tem o médico, se for um caso de contenção mecânica ou química, aí a equipe da enfermagem e médica que toma a conduta. Agora se está no território é outro tipo de abordagem, aí não tem jeito né, aí é na base da conversa, a gente se retira do espaço, volta em outro momento...(Entrevistada 8).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reforça os dados encontrados em nosso estudo, apontando a questão da violência no ambiente de trabalho, especialmente em equipamentos de saúde, como um problema de saúde pública (BEDIN-ZANATTA; de LUCA; SILVA, 2020). Dados coletados em um estudo realizado em 11 CAPS de uma cidade de São Paulo mostram que, dos 58 participantes que relataram algum acidente de trabalho, 38 relacionam esse acidente à agressão perpetrada por usuários. É importante destacar que a maioria das violências contra os profissionais foi atribuída a momentos de crise das pessoas assistidas nos CAPS (BEDIN-ZANATTA; de LUCA;

SILVA, 2020).

O contexto de risco enfrentado pelos profissionais nos CAPS, conforme evidenciado nas falas das entrevistadas, demanda atenção e a elaboração de estratégias para a criação de um ambiente de trabalho seguro tanto para os profissionais quanto para os usuários. Nesse sentido, duas questões chamam a atenção para a compreensão dessa dinâmica: a primeira é a reprodução da violência do território dentro do equipamento e a segunda é a maior exposição de profissionais do sexo feminino a situações de risco.

Os CAPS AD não estão isolados da comunidade em que estão inseridos, portanto, as dinâmicas de opressão e violência vivenciadas pelas pessoas que frequentam o equipamento, de maneira diferenciada, também impactam e moldam seu funcionamento e as relações construídas nesse espaço. Assim, a ausência do Estado em garantir condições de vida adequadas aos usuários reflete nas vulnerabilidades vivenciadas pelos profissionais, uma vez que a experiência violenta decorrente dessa ausência também se manifesta nos espaços dos equipamentos (CIRNE; MENEZES; HONORATO, 2023).

Quando apontamos a importância de nos localizarmos coletivamente como expostos à violência, trata-se de evitar a perspectiva que opõe os trabalhadores às pessoas usuárias do Caps, como se as formas de violência que atingem uns e outros fossem completamente distintas. Localizarmo-nos como expostos (mesmo que em menor medida e de modo diferente) à mesma violência que a pessoa usuária do serviço está exposta nos inclui e nos responsabiliza; faz com que, ao invés de nos sentirmos ameaçados pelo outro, nos sintamos solidários. Esse deslocamento de perspectiva parece pouco, mas, ainda que não nos torne menos expostos à violência, faz com que não localizemos a fonte dessa violência nas pessoas usuárias do serviço – e faz toda a diferença não se sentir ameaçado por aqueles de quem cuidamos (CIRNE;MENEZES; HONORATO,p.11 2023).

Como mencionado anteriormente, a violência, embora vivenciada de forma coletiva, afeta usuários e profissionais de maneira diferenciada, e também apresenta especificidades relacionadas à raça e gênero, entre outros fatores, dentro de um mesmo grupo. Isso fica evidente quando as entrevistadas apontam que as profissionais mulheres são mais vulneráveis às agressões realizadas pelos usuários, destacando assim uma iniquidade em saúde que é produzida pela desigualdade de gênero (HEISE *et al*, 2019). Consideramos essa situação como uma iniquidade em saúde, uma vez que pode resultar em agravos, e as profissionais de saúde, de acordo com as entrevistas, estão mais

suscetíveis a esses agravos.

É importante ressaltar que nossa intenção ao levantar esse debate não é deslegitimar o sofrimento dos profissionais de saúde nem negligenciar a importância de articular estratégias de cuidado e segurança para eles. Pelo contrário, nosso objetivo é compreender as nuances envolvidas nas experiências de violência no contexto dos CAPS AD e o papel desempenhado pelos profissionais, pelos usuários e pelo Estado como responsável por ambos.

5.6.3 Estratégias para assistência em situações de violência contra mulheres assistidas pelo CAPS AD.

Apesar de alguns desafios, os CAPS AD participantes de nosso estudo implementam alguns procedimentos para prestar assistência às usuárias vítimas de violência. Alguns estão relacionados ao ambiente e à dinâmica do equipamento, enquanto outros exigem a articulação com a Rede de Assistência Social.

No âmbito do CAPS AD, as principais intervenções incluem a destinação de espaços exclusivos para mulheres, como grupos ou leitos de acolhimento. Os grupos desempenham um papel fundamental, especialmente aqueles voltados para mulheres, pois oferecem um espaço seguro para que elas compartilhem e processem suas experiências de violência. Além disso, ao interagirem com outras mulheres que vivenciaram situações semelhantes, as usuárias tornam-se mais capazes de identificar assédio e relacionamentos abusivos, desenvolvendo uma maior conscientização em relação a esses problemas. A maioria dos grupos para mulheres envolve discussões conduzidas por profissionais do sexo feminino, mas também podem incorporar metodologias específicas para facilitar a partilha de experiências. Por exemplo, em um CAPS AD, as usuárias confeccionam bonecas que servem como base para compartilhar suas vivências, enquanto em outro, a literatura é utilizada para transformar as discussões em crônicas a serem lidas posteriormente.

Aí a gente formou grupos só femininos e foi bem mais bem sucedido. E..., apareceu, a partir dos grupos unicamente femininos, a grande porcentagem de mulheres que sofreu violência sexual (Entrevistada 6).

A abordagem das Masculinidades nos grupos e assembléias também foi citada nas entrevistas enquanto uma estratégia importante para promover reflexões sobre como

as normas de gênero e o machismo podem influenciar os comportamentos dos usuários. Essa abordagem busca desconstruir estereótipos prejudiciais de masculinidade e promover uma visão mais ampla e saudável do que significa ser homem.

Um grupo voltado para construção de novas formas de comunicação, realizado em um dos equipamentos, também desempenha um papel relevante, pois auxilia os usuários na construção de novas formas de se relacionar, baseadas em princípios de respeito, empatia e comunicação eficaz. Essa abordagem pode contribuir significativamente para a prevenção e redução de conflitos e violência entre os usuários.

Além disso, a interlocução das temáticas do assédio e sua relação com a masculinidade, com base em leis e regulamentos, demonstra um esforço para conscientizar os usuários sobre a importância de respeitar os limites e a autonomia das mulheres e combater comportamentos inadequados.

Essas estratégias refletem um compromisso por parte dos profissionais dos CAPS AD em abordar as questões de gênero e promover relações mais saudáveis e igualitárias entre os usuários.

Na acolhida também né, conforme a gente vai vendo mulheres, chama elas de forma coletiva, a gente também pauta essas questões em assembleia né, a gente sempre tem proposta de assembleia ou mensal ou quinzenal, depende das demandas do serviço. A gente expõe tudo isso aos pacientes, a gente vai falando de questões inclusive de leis assim né, a gente tenta ser o mais concreto pra eles (Entrevistada 7).

Essas ações diretas das profissionais são essenciais para proteger as mulheres em situação de vulnerabilidade nos CAPS AD. Elas demonstram um comprometimento em garantir a segurança e o bem-estar das usuárias, especialmente quando estão intoxicadas e, portanto, mais suscetíveis a assédios e violações.

Ministrar soro ou fornecer um local seguro para que as usuárias não saiam do equipamento sob efeito da substância é uma maneira eficaz de prevenir abusos que possam ocorrer nas ruas. Além disso, envolver os familiares, quando possível e seguro, para buscar a usuária no equipamento é outra estratégia importante, pois pode garantir que ela retorne a um ambiente mais seguro e protegido.

Essas ações demonstram a sensibilidade das profissionais para com as necessidades e riscos enfrentados pelas mulheres assistidas nos CAPS AD, e são parte

fundamental dos esforços para prevenir e lidar com situações de violência de gênero.

[...]quando a gente percebe um grau de intoxicação muito alto das mulheres, a gente busca falar com a família, pra busca-la e não deixar sair dessa forma, que a gente sabe que assim, a vulnerabilidade é absurda. [...]Se não tiver família né, a gente... de qualquer forma a gente vai trabalhando na desintoxicação, faz algum soro, até mesmo oral, vai abaixando né, mas ainda assim, se ela não tiver uma família, a gente fica com a paciente ali até ela melhorar pra conseguir ir embora (Entrevistada 7).

Então já aconteceu também de algumas usuárias chegarem muito intoxicadas e aí a gente acolher no CAPS pra que ela, né, ofertando algumas coisas pra que ela melhore um pouco, pra que não se coloque em risco na rua, aí dos próprios usuários fazerem um movimento de assédio com essa usuária que tá ali intoxicada e aí a gente tem que ficar em cima, fiscalizando, falando "ou, sai daí!", então... isso é uma coisa que acontece bastante né! (Entrevistada 11).

A articulação com outros equipamentos e serviços da rede de assistência é crucial para oferecer um suporte eficaz às mulheres em situação de violência que são assistidas nos CAPS AD. Essa colaboração permite o acesso a uma gama de recursos e serviços que podem ajudar as mulheres a romper o ciclo de violência em que se encontram, considerando as diversas vulnerabilidades sociais que enfrentam.

Alguns dos benefícios dessa articulação incluem orientação jurídica e atendimento psicossocial fornecidos pelo Centro de Defesa e Convivência da Mulher (CDCM), moradia sigilosa para proteger as mulheres do agressor oferecida pelo Centro de Acolhida Especial para Mulheres (CAE) e ações de promoção da cultura de paz e prevenção à violência por meio do Núcleo de Prevenção à Violência (NPV).

No entanto, é preocupante e lamentável que as mulheres consumidoras de substâncias enfrentem negligência e discriminação quando tentam acessar os serviços voltados para mulheres em situação de violência. Essa atitude reflete um estigma social que deslegitima as experiências dessas mulheres e as exclui dos cuidados e dos direitos básicos de segurança e saúde. É fundamental desafiar essas normas prejudiciais e garantir que todas as mulheres, independentemente de seu consumo de substâncias, sejam tratadas com dignidade e recebam o apoio necessário para sair de situações de violência.

E...tem o serviço público né, que é a Casa da Mulher Brasileira, mas é, todas, isso aí agora é 100%, todas as, é, os contatos que a gente fez com a casa da mulher brasileira foram negados! Eles não ajudaram em nada! Nem juridicamente, nem em espaço de contenção de segurança, nem em... nada!

Porque, é... a Casa da Mulher Brasileira, a gente até brinca aqui, não é pra mulher brasileira e negra em situação de rua e usuária de droga! Eu acho que é pra Casa da Mulher Brasileira, eu e você, por exemplo, que tem RG, a gente tem casa e é isso! Eles não acolhem, porque eles, na cabeça, é, deles, é...a gente vai deixar lá como centro de acolhida, eles pensam exatamente assim! Então.. todos os casos que a gente acessou a Casa da Mulher Brasileira foi negado o cuidado deles, então assim, não tem outro meio que a gente fazer, então é bem difícil!(Entrevistada 8).

[...]uma mulher às vezes não é acolhida numa delegacia da mulher, né! Ainda mais se ela chegar intoxicada! Ou se essa mulher chegar num serviço de saúde dizendo “fui estuprada” e ela tiver intoxicada, que valor que tem a voz dessa mulher?! Porque ela é uma usuária de droga, ela é uma drogada, ela é uma bêbada, né. Então, como que essa mulher é protegida, como que ela é acolhida, se ela é usuária de droga? (Entrevistada 1).

A falta de vagas nos Albergues Femininos é uma questão preocupante, pois limita a capacidade de oferecer moradia segura e protegida para mulheres em situação de violência. O fato de esses centros não operarem com vagas rotativas e de muitas mulheres que são alocadas neles permanecerem por longos períodos acaba criando uma escassez de vagas para outras mulheres que também precisam de abrigo para escapar de situações de violência. Isso ressalta a necessidade de expandir e aprimorar os recursos disponíveis para mulheres em situação de violência, de modo a atender a demanda de forma adequada.

A formação de profissionais é igualmente importante para garantir uma assistência adequada às mulheres vítimas de violência. Isso inclui compreender as complexidades das relações abusivas e a necessidade de abordagens sensíveis e não julgadoras. Também é fundamental que os profissionais estejam preparados para lidar com situações em que a mulher opta por manter contato com o agressor, pois essa é uma escolha complexa que muitas vezes é influenciada por diversos fatores, como dependência emocional e financeira, medo e pressão psicológica. Ter profissionais treinados pode fazer a diferença na segurança e no bem-estar das mulheres em situações tão delicadas.

[...] se eu também estivesse como gestora de um serviço, acho que a gente precisa parar de naturalizar violência também, se naturaliza muito a violência e pensar em estratégias de como fazer isso sem colocar mais essas usuárias em risco. Então mulheres que sofrem violência doméstica, sofrem violência sexual, é, que nós sabemos disso, que os usuários contam, que às vezes acontece dentro do complexo de saúde, no nosso...né, na casa do lado! Tipo, como é que a gente oferece proteção pra essas mulheres, entendendo o desejo delas também e de forma estratégica (Entrevistada 11).

O relato compartilhado pela Entrevistada 11 ilustra bem os desafios e dilemas que os profissionais enfrentam ao lidar com situações de violência contra mulheres assistidas no CAPS AD. Essa situação complexa envolveu a identificação de uma mulher vítima de agressão por parte de seu companheiro e a tentativa de intervenção por parte dos profissionais.

A ambivalência da usuária em relação ao rompimento do relacionamento abusivo e a presença do agressor adicionaram uma camada de complexidade à situação. A preocupação dos profissionais era legítima, pois separar a mulher de seu companheiro sem garantir um local seguro para ela poderia colocá-la em maior risco, levando-a de volta ao ambiente de violência. A falta de opções de moradia segura para mulheres em situação de violência é um problema sério que precisa ser abordado para garantir a eficácia das intervenções.

Além disso, a ambivalência da usuária em relação ao rompimento é um aspecto comum em casos de violência doméstica, onde as vítimas muitas vezes têm laços emocionais e dependência financeira dos agressores. Abordar essa questão com sensibilidade e compreensão é essencial para oferecer o apoio adequado.

O estudo de Zanello e Medeiros (2018) destaca uma lacuna significativa na implementação de assistência em saúde mental que leve em consideração o impacto da violência de gênero. Isso é particularmente relevante porque a compreensão do sofrimento mental feminino muitas vezes se limita a uma visão simplista que o associa ao ciclo reprodutivo, ignorando as complexas dimensões sociais e raciais envolvidas nas experiências das mulheres.

Além disso, a falta de atenção à dimensão de gênero em debates e políticas públicas sobre saúde mental é um problema que afeta a capacidade de lidar eficazmente com casos de violência contra mulheres. Como evidenciado nas falas das entrevistadas, essa falta de sensibilidade quanto ao viés de gênero pode levar a desafios na condução das situações de violência vividas pelas mulheres assistidas nos CAPS AD.

É importante reconhecer que a violência de gênero é um problema complexo que afeta a saúde mental de muitas mulheres, e abordá-la adequadamente requer uma compreensão aprofundada de suas causas e consequências. Isso inclui a integração de políticas e práticas que considerem as desigualdades de gênero em todos os níveis do

sistema de saúde mental, desde a identificação e encaminhamento de casos até o apoio contínuo e a articulação com outros serviços, como assistência social e jurídica.

Nossa pesquisa também evidenciou o papel dos CAPS AD como locais privilegiados para a identificação de casos de violência contra mulheres é crucial, mas, como destacado, há desafios na articulação com a rede de assistência social e jurídica. Portanto, é fundamental trabalhar na melhoria da capacitação dos profissionais de saúde mental para lidar com essas questões de gênero e promover uma maior conscientização sobre a violência de gênero em todos os níveis do sistema de saúde e em debates públicos sobre saúde mental. Somente assim será possível oferecer o apoio necessário às mulheres em situação de violência e promover sua recuperação e bem-estar de maneira eficaz.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das contribuições que esperamos fomentar com nossa pesquisa, é importante iniciarmos as Considerações Finais discorrendo sobre as limitações de nosso estudo, a fim de pensarmos novos caminhos e estratégias para supri-las futuramente. Inicialmente, é importante destacarmos o recorte da pesquisa nas mulheres cis. Devido às limitações de nosso estudo, como: tempo, aporte teórico e disponibilidade de participantes, não foi possível ampliarmos as discussões sobre saúde sexual e reprodutiva para as populações trans e não-binárias, que também circulam nos serviços e devem ser vizibilizadas.

Assim, compreendendo que existem outras maternidades e parentalidades, incluindo pessoas trans, casais homoafetivos, dentre outros, restringir tal diálogo aos padrões sociais binários e heteronormativos constitui, igualmente, uma limitação na abordagem dos direitos sexuais e reprodutivos. Portanto, reconhecemos essa limitação em nosso estudo e recomendamos este olhar para aqueles que pesquisam saúde sexual e reprodutiva, a fim de implementarmos políticas públicas e práticas em saúde justas e eficazes.

Outro ponto importante, enquanto restrição em nossa pesquisa, foi a impossibilidade de contactar as usuárias de substâncias, principais agentes das experiências discutidas nesse trabalho. Tendo em vista o contexto da pandemia de COVID-19 e a necessidade de conduzir as entrevistas virtualmente, inviabilizou-se a participação destas mulheres, devido o contexto de vulnerabilidade social vivenciado por elas e que restringe o acesso à eletrônicos e internet.

A não participação da categoria médica em nosso estudo também se mostra relevante na medida em que são profissionais importantes na construção da assistência em saúde às usuárias. Assim, dialogar com as compreensões e práticas dessas profissionais é fundamental para construirmos uma compreensão crítica sobre os cuidados ofertados e as políticas públicas voltadas para esse público.

Por fim, a ausência de homens-cis entre as participantes da pesquisa nos chamou a atenção enquanto restrição para nosso estudo. A falta da perspectiva dos profissionais homens-cis sobre os temas abordados na pesquisa reflete um limite tendo em vista que as práticas em saúde e questões debatidas durante as entrevistas são permeadas pelas normas de gênero. Portanto, o papel social masculino desempenhado por estes profissionais influencia a condução da assistência em saúde às usuárias de

substâncias e a percepção deles a respeito da maternidade e saúde sexual das mulheres usuárias de drogas.

No entanto, apesar dessas limitações, as discussões produzidas durante nosso trabalho nos levam a apreender diferentes percepções das profissionais entrevistadas sobre o uso de substância, maternidade e Redução de Danos. Além disso, conseguimos elencar práticas de saúde exitosas, implementadas pelos CAPS ADs participantes da pesquisa, assim como desafios na consolidação de políticas públicas que garantam os Direitos Sexuais e Reprodutivos de mulheres usuárias de substâncias.

À guisa de considerações finais, a Organização das Nações Unidas, em 2019, lançou o documento “Diretrizes Internacionais sobre Direitos Humanos e Política de Drogas” que utilizaremos de referência para uma avaliação das práticas compartilhadas durante as entrevistas. Dentre as discussões levantadas pelo documento, elegemos algumas recomendações que ressoam nas falas das profissionais enquanto mudanças necessárias no funcionamento dos serviços e nas políticas públicas voltadas à assistência às pessoas usuárias de substâncias.

A primeira diretriz apresentada no documento seria a importância dos governantes garantirem a disponibilidade e acessibilidade aos serviços de Redução de Danos, conforme preconizado por agências técnicas da ONU. Para que essa recomendação seja atendida, os serviços devem receber financiamento adequado, ser adaptados às necessidades de grupos especialmente marginalizados ou vulneráveis e estar em conformidade com direitos fundamentais, além de respeitar a dignidade humana.

Essa questão se apresentou como uma problemática durante as entrevistas, principalmente no que se refere ao acesso das mulheres aos serviços de saúde, em especial devido aos estigmas e preconceitos sobre o uso de substâncias que atravessam a formulação e implementação de políticas públicas voltadas para as pessoas que usam drogas.

No entanto, a ausência de investimento, de profissionais capacitados (como os Redutores de Danos), dentre outras problemáticas elencadas pelas entrevistadas, encontra a resistência de estratégias construídas no cotidiano do serviço para suprir essas carências. As participantes citaram, como exemplo, a adaptação das atividades propostas à realidade das usuárias de substâncias responsáveis pelo cuidado de outras pessoas e que às vezes não acessam o serviço devido a essa demanda.

Além disso, assegurar a disponibilidade e acessibilidade de serviços de tratamento implica em tomar medidas para estabelecer e expandir sistemas de seguridade social que garantam igualdade de direitos incluindo acesso universal à assistência em saúde, moradia, educação e renda para os indivíduos e grupos mencionados (ONU, 2019). As entrevistadas apontam, quanto à essa questão, a dificuldade de acesso à assistência social e em saúde por parte das usuárias de substâncias devido, principalmente, aos estigmas e despreparo dos profissionais para atenderem a esse público.

Para tanto, os CAPS ADs entrevistados desempenham uma importante função enquanto mediadores para a chegada dessas mulheres aos equipamentos de saúde e assistência social, como também na garantia de um atendimento resolutivo das necessidades dessas usuárias de maneira eficaz e adequada. Assim, apesar da necessidade de outras estratégias, as entrevistadas atuam prevenindo a recusa de assistência social com base na dependência de substâncias. Vale ressaltar que esta é uma ação inerente à políticas de assistência aos usuários de substâncias que visam manter o bem-estar e os direitos dessa população sendo, portanto, atribuição de todos os serviços que atuam na rede de atenção em saúde e assistência social (ONU, 2019).

O cuidado em saúde sexual também é debatido pelas Diretrizes Internacionais sobre Direitos Humanos e Política de Drogas (2019). Uma das indicações presentes no documento refere-se à adoção de estratégias de redução de danos, a fim de minimizar riscos como overdose, HIV, hepatite viral e outras infecções e lesões associadas ao uso de substâncias. As práticas em saúde sexual, apontadas pelas entrevistadas, ainda se pautam na disponibilidade de contraceptivos específicos e orientações realizadas durante intervenções prioritariamente individuais. Este contexto sinaliza a necessidade de ampliação da articulação da rede em saúde, tendo em vista que, apesar de transversal à rede de assistência em saúde, a responsabilidade quanto ao cuidado em saúde sexual centra-se, prioritariamente, na atenção básica. Além disso, podemos apreender a necessidade de formação adequada para os profissionais que atuam nos CAPS ADs para darem orientações e encaminhamentos apropriados no que se refere a esse tema.

Quanto às usuárias de substâncias, a homogeneização do serviço, conforme elabora Bolzan (2015), é um desafio presente no contexto das profissionais entrevistadas. Conforme a ONU (2019) preconiza, tomar todas as medidas legislativas, administrativas e políticas necessárias para garantir a disponibilidade e acesso não discriminatório a serviços de redução de danos e outros serviços de saúde, sensíveis ao

gênero, para mulheres que fazem uso de substâncias é fundamental para uma assistência em saúde correspondente aos valores da Reforma Sanitária e Psiquiátrica. Para tanto, incluir programas de substituição de opioides para mulheres grávidas, adaptados para atender às necessidades específicas de mulheres que consomem drogas, são listadas enquanto ações importantes para atingir este objetivo (ONU, 2019).

Além da adaptação dos serviços às necessidades específicas de usuárias de substâncias, as Diretrizes Internacionais sobre Direitos Humanos e Política de Drogas (2019), listam outras ações importantes para a garantia do bem-estar e direitos dessas mulheres:

1. Assegurar que os serviços e políticas públicas considerem as necessidades de cuidadores únicos ou principais de crianças e outros membros da família.

2. Garantir que o uso ou dependência de substâncias por uma mulher nunca seja o único motivo para retirar uma criança de seus cuidados, uma vez que isso pode obstruir o acesso aos serviços de assistência médica relacionados a substâncias e prejudicar o direito da mulher à vida familiar e o direito da criança de permanecer sob os cuidados e a custódia de seus pais.

3. Tomar todas as medidas legislativas, administrativas e políticas necessárias para prevenir e combater a violência contra mulheres que fazem uso de substâncias e fornecer assistência a essas mulheres.

Algumas intervenções realizadas pelas entrevistadas se aproximam dessas recomendações como, por exemplo, a disponibilidade de técnicos do serviço para o cuidado dos filhos das usuárias que necessitam levar eles para as atividades desenvolvidas nos serviços. No entanto, as entrevistas também denunciam o *défict* de serviços de amparo e assistência social a essas mulheres, em especial no que se refere à moradia e proteção quanto à violência, o que evidencia a necessidade de avanço nas práticas que atendam a essa diretriz. Além disso, durante as entrevistas evidencia-se o impedimento, através do sistema judiciário e demais equipamentos, dessas mulheres vivenciarem a maternidade, quando desejada, de maneira saudável e amparada.

Assim, tendo em vista todas as discussões elaboradas durante nosso trabalho, compreendemos que a desigualdade de gênero e violência de gênero atravessam todo o processo de adoecimento e cuidado de mulheres usuárias de substâncias.

Isto se dá, pois o estigma sobre pessoas usuárias de substâncias se expressa mais significativamente em mulheres por ser um comportamento disruptivo da imagem social de feminilidade. Seja quanto ao acesso ao sistema de saúde, a sua autonomia

durante sua trajetória sexual e reprodutiva ou, até mesmo, na assistência em saúde voltada ao uso de substâncias as normas de gênero têm se mostrado, em determinados contextos, um impeditivo para o bem-viver das mulheres acompanhadas pelos CAPS ADs.

As profissionais entrevistadas evidenciaram essa problemática na medida que o funcionamento dos CAPS AD encontram desafios para se adaptar às singularidades desses públicos. Dentre as especificidades que afetam a chegada e permanência de mulheres no CAPS AD, se destacaram: a dificuldade de mulheres chegarem ao serviço, devido ao preconceito; a função de maternagem que permanece centrada em mulheres, mesmo aquelas que necessitam de cuidados; e a própria relação das usuárias de substâncias com a maternidade.

Portanto, evidencia-se a necessidade de adequar o serviço a fim de dirimir a desigualdade de gênero que atravessa a assistência em saúde. Faz-se necessário compreender a saúde da mulher, em especial da mulher usuária de substância, indissociável de sua dimensão sexual e reprodutiva, mas sem restringi-la a ela. Há uma dificuldade ainda presente nos serviços de assistência às pessoas que usam a substância de compreenderem as mulheres como parte deste público e implementarem práticas de cuidado que considerem como as normas de gênero atravessam a saúde destas mulheres, especialmente no que tange a contracepção e reprodução.

Promover práticas de saúde de forma integral e equânime, como preza os valores da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, perpassa, portanto, em instituir ações para dirimir o preconceito que pesa sobre o uso de substâncias, em especial quanto às mulheres usuárias de drogas. A escuta moralista dos profissionais, o desconhecimento do uso abusivo de substâncias como um fenômeno complexo e multideterminado, assim como o funcionamento dos serviços de saúde referenciados no público masculino (especificamente os CAPS AD) e a intervenção judicial em alguns equipamentos (em especial as maternidades), afastam as mulheres dos serviços.

Portanto, proporcionar espaços de discussão e formação dos profissionais da saúde para que estes compreendam como as iniquidades em saúde são produtos da desigualdade de gênero (HEISE; *et al*, 2019) e como o sistema de gênero impacta na assistência em saúde e na garantia da autonomia da mulher quanto as suas escolhas sexuais e reprodutivas é de extrema importância. Ampliar esta discussão permitirá, por exemplo, que estratégias para a efetivação da escolha da usuária quanto ao método contraceptivo sejam construídas e, conseqüentemente, que o uso de LARCS ou métodos

contraceptivos específicos deixem de ser a única alternativa na trajetória reprodutiva dessas mulheres.

Resgatando o que Corrêa e Petchesky (1996) afirmam, estabelecer em lei os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, sem levar em consideração o viés de gênero em sua implementação não é suficiente. Urge, portanto, atentarmos para as desigualdades de gênero ao implementarmos políticas públicas de saúde, especialmente as voltadas para saúde sexual e reprodutiva, considerando os impactos de uma estrutura cultural e social machista na elaboração das leis, na estrutura e oferta em saúde, assim como nas microrrelações entre mulheres e profissionais. Apenas desta forma caminharemos para promover, verdadeiramente, direitos sexuais e reprodutivos equitativos para homens e mulheres.

Assim, compreendemos que a ética da Redução de Danos tem valores condizentes com o que indica as Diretrizes Internacionais sobre Direitos Humanos e Política de Drogas (2019). Portanto, a política de RD em sua interlocução com os Direitos Sexuais e Reprodutivos, evidencia-se como um caminho potente para a garantia da autonomia de mulheres usuárias de substâncias quanto às suas práticas sexuais e trajetória reprodutiva. Para tanto, movimentos liderados por usuários que se concentram em reivindicações e propostas de Redução de Danos são essenciais na medida em que questionam as relações de poder moldadas historicamente pelos dispositivos de medicalização e criminalização. Além disso, é de fundamental importância, introduzir uma variedade de abordagens em relação às drogas sem que os usuários sejam necessariamente rotulados como criminosos ou doentes, promovendo uma mudança nas concepções predominantes sobre o uso de drogas.

Por fim, podemos compreender que as carências e dinâmicas apresentadas durante as entrevistas e discutidas em nosso trabalho demonstram, em termos estruturais, o papel do Estado na garantia do direito à saúde, mas também na reprodução de adoecimentos. As problemáticas discorridas pelas entrevistadas decorrentes do preconceito sofrido pelas usuárias e a falta de investimento em recursos e capacitação dos profissionais reflete uma falha do Estado em garantir a saúde enquanto direito humano inalienável (ANJALI; MAULIK, 2014).

O direito à saúde implica no dever do Estado em garantir uma vida digna e livre de preconceitos, o que não ocorre com as usuárias acompanhadas pelas profissionais entrevistadas. Frente a esse contexto, o trabalho desenvolvido pelas

participantes da pesquisa é fundamental para dirimir essas desigualdades e garantir o bem-viver das usuárias (ANJALI; MAULIK, 2014).

Assim, considerando a realidade apresentada até então e as necessidades de mudanças que apreendemos, tanto nas políticas públicas como nos serviços de saúde a fim de engajarem e cuidarem das mulheres que usam drogas, podemos elaborar algumas propostas de ações objetivando atender a essas demandas:

1. Fortalecer o diálogo entre os CAPS ADs e os serviços de segurança pública, a fim de institucionalizar práticas de prevenção à violência contra a mulher e uma condução adequada dos casos de violência contra mulheres usuárias de drogas e/ou em situação de rua. Isso pode ocorrer através de espaços formativos conduzidos pelos profissionais dos CAPS ADs, onde serão debatidos temas relacionados à violência de gênero associado ao uso de substâncias e estes poderão compartilhar suas experiências a fim de sensibilizar os profissionais da área de segurança quanto ao tema e construir, em conjunto, ações de combate e prevenção a violência.
2. Ampliar práticas de matriciamento intersetorial, agregando CRAS, CREAS e Conselho Tutelar nessas práticas, a fim de permitir uma vivência plena, autônoma e amparada da maternidade, assim como a garantia de direitos básicos às mulheres usuárias de substâncias. Espaços para debate e discussão de caso, assim como o investimento em ações conjuntas como visitas domiciliares e intervenções práticas no território podem fazer parte das ações de matriciamento intersetorial.
3. Garantir espaços de formação continuada aos profissionais de saúde (especialmente os que atuam nos CAPS ADs, UBSs e maternidades) que pode ser conduzida em parceria com as universidades e faculdades públicas, a fim de fomentar a divulgação do conhecimento e transformá-lo em ação para comunidade. Estes espaços podem conter discussões sobre Redução de Danos, a condução do cuidado à pessoa usuária de substâncias, práticas contraceptivas e a especificidade da vivência da maternidade e puerpério no contexto de uso de drogas. Esses temas foram apresentados, durante as entrevistas, como necessidade formativa das profissionais e seu debate irá proporcionar uma prática de promoção de saúde mais integral e alinhada com as necessidades das mulheres assistidas nos CAPS ADs.
4. Contratação de mais Redutores de Danos para os serviços, compreendendo a relevância desses profissionais para a adesão ao cuidado, em especial da população em situação de rua, pois eles são a principal interlocução entre o CAPS AD e o território.

5. Fornecimento de insumos para composição do kit de Redução de Danos a ser distribuído durante as intervenções no território, em especial aqueles que irão prevenir o compartilhamento de material para uso de substâncias, assim como disponibilizar produtos de higiene feminina (como absorventes, por exemplo), tendo em vista que a dignidade menstrual de mulheres em situação de rua e/ou usuárias de substâncias é uma necessidade urgente.
6. Reformular as normas de funcionamento e ampliar o número de Centros de Acolhidas a fim de ampliar o acesso para mulheres em vulnerabilidade social a uma moradia temporária, tendo em vista que este não somente é um direito básico, como também um fator importante na promoção da saúde. Ampliar o número de vagas em Centros de Acolhida Especial para Mulheres e Centro de Acolhida Especial para Famílias é fundamental para que essas mulheres desenvolvam práticas de saúde, construam autonomia financeira e possam suprir outras necessidades, a partir da garantia de abrigo. Além disso, os Centros de Acolhida Especial para Famílias permitem ampliar a possibilidade de mulheres usuárias de substâncias manterem a guarda de seus filhos, se assim desejarem, oferecendo a elas o apoio necessário para garantia do bem-estar e integridade da criança.
7. Por fim, criar e fortalecer espaços de debate e interlocução, entre usuários dos serviços dos CAPS ADs, profissionais, gestores e representantes das instâncias legislativas e executivas, no âmbito do município como, por exemplo, os Conselhos Municipais,. Estes momentos serão fundamentais para construir e consolidar ações voltadas para promoção da saúde e cidadania condizentes com as demandas e especificidades das pessoas usuárias de drogas, em especial as mulheres.

12. REFERÊNCIAS

- AGUIAR, C. M. D. de. **Vivências sexuais de mulheres jovens usuárias de crack**. 2014. Tese (Doutorado em Psicologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.
- ALBUQUERQUE, C. de S.; NOBREGA, M. do P. S. S. Barreiras e facilidades encontradas por mulheres usuárias de substâncias psicoativas na busca por tratamento especializado. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 22-29, mar. 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762016000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 out. 2023. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v12i1p22-29>.
- ALEGRETTI, F.P. Aborto e Maternidade Compulsória: Considerações acerca dos Direitos Reprodutivos das mulheres *In*: CONGRESSO NACIONAL CIÊNCIAS CRIMINAIS E DIREITOS HUMANOS, 2019, 3. , Ijuí, **Anais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2019. p. 1-13
- ANACLETO, A.A.A; MAIA, A.C.B. Sexualidade e Vulnerabilidade: Reflexões sobre a política de Redução de Danos. *In* VALLE, T.G.M., MELCHIORI, L.E. (org.). **Saúde e desenvolvimento humano [online]**. São Paulo: Editora UNESP, 2010. cap 3. p. 52-66. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788579831195>. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/sb6rs>. Acesso em: 22 ago. 2021.
- ANJALI, S.; MAULIK, C. A realização do direito à saúde por meio da Cobertura Universal de Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, v. 15, n. 2, p. 13-29, 2015. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v15i2p13-29. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/90110>. Acesso em: 8 jan. 2024.
- ARILHA, M., BERQUÓ E. Cairo +15: trajetórias globais e caminhos brasileiros em saúde reprodutiva e direitos reprodutivos. *In*: ARILHA, M.; BERQUÓ, E. **Brasil, 15 anos após a Conferência do Cairo**. Campinas, SP: Fundo de População das Nações Unidas, 2010. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. RIO DE JANEIRO: Nova Fronteira, 1985. 370 p.
- BEDIN-ZANATTA, A., LUCCA, S. R., & SILVA, B. M. C. Violência no ambiente de trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial de uma cidade no estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v.19 n.1, p.51-59, 2020. Disponível em: <https://www.rbmt.org.br/details/1577/pt-BR/a-violencia-no-trabalho-nos-centros-de-atencao-psicossocial-de-um-municipio-do-interior-do-estado-de-sao-paulo>. Acesso em: 27 de ago de 2023.
- BOLZAN, L. M. **Onde Estão as Mulheres?** A Homogeneização da Atenção à Saúde da Mulher que Faz Uso de Drogas. Porto Alegre, 2015. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, PUCRS.
- BOSKA, G., de A. *et al.* Vulnerabilidade para o comportamento sexual de risco em usuários de álcool e outras drogas. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 189-195,

2017. DOI : <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i4p189-195>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762017000400003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 11 jul. 2021.

BRASIL. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Lei nº 9.263. Brasília, DF. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm. Acesso em: 20 Fev. 2021.

BRASIL. **Política Nacional sobre Drogas**. Decreto-Lei Nº 9.761, Brasília, DF. 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20192022/2019/decreto/D9761.htm. Acesso em: 13 Set. 2020

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.86 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) ISBN 85-334-0775-0

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3**, de 28 de Setembro de 2017. Dispõe sobre a Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 25 de ago. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 5**, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html. Acesso em: 25 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 dez. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 23 ago. 2022.

BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. DA S. Vidas precárias: tecnologias de governo e modos de gestão da fecundidade de mulheres “vulneráveis”. **Horizontes Antropológicos**, v. 27, n. 61, p. 47–84, set. 2021.

BRITO, C. N. de O. **Gravidez não pretendida e sua associação com depressão pós-parto entre mulheres atendidas no pré-natal pela estratégia de saúde da família no Recife-PE**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013

CABRAL, C. da S. Articulações entre contracepção, sexualidade e relações de gênero. **Saúde e Sociedade [online]**, v. 26, n. 4, p. 1093-1104, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017000001>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/kQkFx5cx9ZFhgGSdfbYWxKG/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 23 ago. 2021.

CAMARGO, P. de O. **A visão da mulher usuária de cocaína/crack sobre a experiência da maternidade**: vivência entre mãe e filho. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

CAMARGO, P. de O.; DE OLIVEIRA, M. M.; RAMOS, C. I.; PEREIRA, G. B. O cuidado e a redução de danos como promotores de saúde no território da Cracolândia. **Revista Contexto & Saúde**, v. 20, n. 41, p. 158–169, 2020. DOI: 10.21527/2176-7114.2020.41.158-169. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/9863>. Acesso em: 11 ago. 2023.

CHIAVERINI, D. H. (Organizadora). Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. Brasília, DF: **Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva**, 2011.

CIRNE, M. C.; MENEZES, D.; HONORATO, C. E. DE M.. Situação-Limite: Por Outro Olhar sobre a Violência em um Caps AD. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 43, p. 1-15, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/SstYLZQbL8kSYJghPZvFxWM/>. Acesso em: 5 de set de 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 15 de set. 2020.

CORRÊA, S.; PETCHESKY, R.. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1-2, p. 147-177, 1996. DOI : <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73311996000100008>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311996000100008&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 16 mar. 2021.

DINIZ, C.S.G. Materno-Infantilismo, gênero e inovação em saúde maternal. *In*: Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress, 2017, Florianópolis. **Anais**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2017. p. 1-10. Disponível em: http://www.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499472423_ARQUIVO_Diniz,SimoneG-MATERNO-INFANTILISMO,GENEROEINOVACAOEMSAUDEMATERNA.pdf. Acesso em: 22 ago. 2021

FEDERICI, S. **Calibã e a bruxa**: mulheres, corpo e acumulação primitiva .1 Ed. São Paulo: Elefante, 2017.464 p.

FELDMANN, R. M.; ROMANINI, M. Cuidado em Saúde Mental com Gestantes Usuárias de Crack. **Rev. Polis e Psique**, 2022; 12(3): 213-236.

FERREIRA, V.R; COSTA, M.R; MELO, D.C.S. Planejamento Familiar: gênero e significados. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 13, n 2, p. 387-297, 2014. DOI <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2014.2.17277>. Disponível

em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/17277/12520>. Acesso em: 11 set. 2020.

FERREIRA, I. F. R. O Paradigma da Redução de Danos na Clínica com Usuários de Drogas: Inflexões, Deslocamentos e Possibilidades de Escuta e Posicionamento Clínico. *In: Boletim de Análise Político-Institucional, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*. Brasília: Ipea, n.1, p. 71-79, 2018. ISSN 2237-6208. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8846/1/Bapi_18.pdf>.

FRONTLINE AIDS. Avançando a Saúde e os Direitos Sexuais e Reprodutivos das Mulheres Usuárias de Drogas: Um Guia para Programas. Reino Unido, 2020. 36 páginas. Autores colaboradores: Ancella Voets, Bangyuan Wang, Caitlin Maslen, Luisa Orza, Revati Chawla e Ruth Birgin. Editor: Juliet Heller. Disponível em: <https://frontlineaids.org/wp-content/uploads/2020/07/Guide-for-harm-reduction-programmes-PORTUGUESE-July28-web-ready.pdf>. Acesso em: 2 de fev de 2023

GOMES, J.D.G. (coordenadora); DIAS, R. N. (editor). Primeira Infância e Maternidade nas Ruas da Cidade de São Paulo: Relatório de Pesquisa. São Paulo: **Lampião Conteúdo e Conhecimento**, 2017.

GUPTA, G. *et al.* (2019). Gender equality and gender norms: framing the opportunity for health. **The Lancet, London**, v. 393 n. 10190, p. 2550-2562, 2019. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30651-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30651-8/fulltext). Acesso em: 20 de jul. de 2022.

HEILBORN, M. L. *et al.* Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 25, p. 269-278, 2009. Supl. 2. DOI <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DsccxkQCyjbSbkd9nfYVd6Q/?lang=pt>. Acesso em: 21 ago. 2021

HEISE *et al.* Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. **The Lancet**, v. 393, n. 10189, p. 2440-2454, 2019. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30652-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30652-X/fulltext). Acesso em: 25 de jul. de 2022.

LACERDA, C. de B.; FUENTES-ROJAS, M. Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**, v. 21, n. 61, p. 363-372, 2017. DOI <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0060>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/LxLn5CncnhyPqCvw58ntW7R/?lang=pt> . Acesso em: 1 jun. 2021.

MACHADO, J. S. DE A.; PENNA, C. M. DE M.. As políticas públicas de saúde e a fragmentação do corpo feminino em útero e peito. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, n. 2, p. 1-20, 2022.

MALHEIRO, L. **Tornar-se mulher usuária de crack**. 1.Ed. Rio de Janeiro: Editora Telha, 2020. 380 p.

MALTERUD, K.; SIERSMA, V. D.; GUASSORA, A. D. Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. **Qual Health Res [online]**, v.26, n.13

p.1753-1760, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/284904065_Sample_Size_in_Qualitative_Interview_Studies_Guided_by_Information_Power. Acesso em: 22 ago. 2021

Mapa da Violência. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2022. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes/242/atlas-2022-policy-brief>. Acesso em: 25 de ago. de 2023.

MATTAR, L. D. e DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**, v. 16, n. 40, p. 107-120, 2012. DOI <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000001>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XqxCrSPzLQSyTJjsFQMdwjb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 jun.2021.

MAYKUT, P.; MOREHOUSE, R. **Beginning qualitative research: a philosophic and practical guide**. 1 Ed. Abingdon, Inglaterra: Routledge, 2001. 190 p.

MEDEIROS, M.P.de;ZANELLO, V. Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 384-403, abr. 2018 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180842812018000100021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 de set de 2022.

MILANEZ, N. *et al.* Gravidez Indesejada e Tentativa de Aborto: práticas e contextos. **Sex., Salud Soc. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 129-146, Abr. 2016. DOI <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.22.06.a>. Disponível em : [:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872016000100129&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872016000100129&lng=pt&nrm=iso) . Acesso em: 11 set. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**: Guia AD. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2015. 100 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_estrategico_cuidado_pessoas_necessidades.pdf Acesso em: 22 ago. 2021.

MORÉ, C.L.O.O. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. **Investigação Qualitativa nas Ciências Sociais**. v. 3. p. 126-131, jul. 2015.

OLIVEIRA, R. F. DE .; ANDRADE, L. O. M. DE .; GOYA, N.. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3069–3078, nov. 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Diretrizes Internacionais sobre Direitos Humanos e Política de Drogas. 2019. Disponível em: <https://www.undp.org/es/publications/directrices-internacionales-sobre-derechos-humanos-y-politica-de-drogas>. Acesso em: 29 de outubro de 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), Johns Hopkins e United States Agency International Development (USAI). Planejamento Familiar: Um Manual Global para Profissionais e Serviços de Saúde. 2007.

PETCHESKY, R. P. On the Unstable Marriage of Reproductive and Sexual Rights; The

Case For A Trial Separation. **Conscience**, v. 27, n. 1, p. 1-3, 2006.

PIERRY, L. G. *et al* . Gênero e assistência psicossocial: perspectiva de usuárias sobre o Caps-AD. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João del-Rei , v. 16, n. 1, p. 1-13, mar. 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180989082021000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 12 out. 2023.

PRADO, M. A. M.; QUEIROZ, I. S. de. A emergência da politização da intimidade na experiência de mulheres usuárias de drogas. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 17, n. 2, p. 305-312, ago. 2012. DOI <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000200015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/fKcdZ7VJzwvND98DRtwmbyr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2020.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Atenção Básica**. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=204204. Acesso em: 04 set. 2021.

QUEIROZ, I. S. **Norma de gênero e uso de drogas: normalização e diferença na experiência de mulheres**. 2015. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

QUEIROZ, I. S. de; PRADO, M. A. M. Pesquisa narrativa com mulheres que usam drogas: uma experiência etnográfica feminista. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 226-235, ago. 2018. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0103-656420170102>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010365642018000200226&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 set. 2020.

SANCHES, N.C. **Gravidez não planejada: a experiência das gestantes de um município do interior de São Paulo**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

SILVERMAN, D. A. **Doing qualitative research**. 3 Ed. Califórnia: Sage Publications, 2005 472 p.

SOUZA, A.C.T. de. Políticas públicas sobre drogas no Brasil *in* SOUZA, A.C.T. **O uso de drogas como questão social: uma análise da política de “acolhimento” compulsório de crianças e adolescentes usuários de drogas na cidade do Rio De Janeiro**. 2013. Monografia (Especialização em Políticas Públicas) - Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013. Capítulo 2 p. 29 - 49.

SOUZA, T. de P. Das Práticas em Redução de Danos à Redução de Danos nas Práticas. *In*: SURJUS, L. T. de L. e S.; FORMIGONI, M. L. O. S.; GOUVEIA, F. (Org.). **Redução de Danos: Conceitos e Práticas**. São Paulo: Universidade Virtual do Estado de São Paulo, 2019. cap. 2, p.16-30. Disponível em: https://www.tjmt.jus.br/intranet.arq/cms/grupopaginas/105/988/Redu%C3%A7%C3%A3o_de_danos_-_conceitos_e_pr%C3%A1ticas.pdf. Acesso em: 5 jul. 2023

SZYMANSKI, H.; ALMEIDA, A.R; PRANDINI, R.C.A.R. Perspectivas para análise da entrevista *In*: SZYMANSKI,(org). **A entrevista na pesquisa em Educação: a**

prática reflexiva. 4 Ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2011. Cap. 2. p. 65-88.

TURATO, E.R. Métodos Qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. **Revista Saúde Pública[online]**, v. 39, n. 3 p. 507-514, 2005. DOI <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/qtCBFFfZTRQVsCJtWhc7qnd/?lang=pt#>. Acesso em: 22 ago. 2021

VARGAS, A. de F. M.; CAMPOS, M. M. A trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 24, n. 3, p.1041- 1050, mar. 2019 . DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.34492016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/N7fjsQbtcMYvnBmPXLznnMN/?lang=pt#>. Acesso em: 7 set. 2020..

VIEIRA, E.M. Políticas públicas e contracepção no Brasil *in* BERQUÓ, E. (org.) **Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003. p. 151-195.

VIEIRA, E.M. **A medicalização do corpo feminino**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 81 p.

VIEIRA, E. M.; HASSE, M. Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 60, p. 52–62, jan. 2017.

ZANELLO, V.; PORTO, M. **Aborto e (Não) Desejo de Maternidade(s): questões para a Psicologia**. Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2016. 178 p.

ZANELLO, V.; PORTO, M. **Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação**. 1.Ed. Curitiba: Apris, 2018. 301 p.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO VIRTUAL

O Sr(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa: **“Quem pariu Mateus que balance os seus”**: Impactos das práticas de Redução de Danos na autonomia da mulher quanto a sua sexualidade e maternidade por Yárita Crys Alexandre Hissa Medeiros. Esta pesquisa é orientada pela Prof. Dra. Elisabeth Meloni Vieira e faz parte do programa de mestrado em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo (USP).

JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS:

Nesse estudo pretendemos analisar o uso das práticas de Redução de Danos e sua influência na vida sexual e reprodutiva de mulheres usuárias de substâncias. Sua participação consistirá em até três entrevistas individuais, sendo esta quantidade reavaliada de acordo com a necessidade da pesquisa e a disponibilidade do entrevistado. As entrevistas serão gravadas em áudio e/ ou imagem, podendo ocorrer por via de plataformas virtuais como Meet, Skype, dentre outras, ou presencialmente, de acordo com a disponibilidade dos participantes.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS:

O estudo desse tema proporcionará a coleta de subsídios para contribuir na melhoria dos cuidados ofertado às mulheres usuárias de substâncias e das políticas públicas de saúde. Este estudo apresenta risco mínimo, pois não haverá a realização de procedimentos invasivos. Porém, pode haver algum risco social de constrangimento por parte do entrevistado/a. Desse modo, em caso de desconforto e/ou constrangimento, você poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação em qualquer momento e suas informações não serão utilizadas para o estudo.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:

O Sr(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar, em qualquer momento que achar necessário. A sua participação é voluntária e a sua recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de qualquer benefício, você possui garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa que absorverá qualquer gasto relacionado garantindo, assim, não oneração de serviços de saúde. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com

respeito e seguirão padrões profissionais de sigilo. Seu nome, ou qualquer material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. O Sr(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma **cópia** assinada deste termo de consentimento livre e esclarecido será enviada eletronicamente ao Sr(a) e uma cópia deste documento será arquivada com o pesquisador responsável por um período de 5 anos e, após esse tempo, será destruída, caso aceite participar dessa pesquisa. O estudo poderá ser interrompido mediante aprovação prévia do CEP quanto à interrupção ou quando for necessário, para que seja salvaguardado o participante da pesquisa.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Eu, _____
_____, RG. _____, e-mail _____

estou ciente que os dados de identificação que aqui constam são necessários para conferir veracidade e legitimidade ao documento, tendo em vista que o número de RG assegura a legitimidade da minha identificação enquanto pessoa física. Em caso de dúvidas quanto ao projeto poderei chamar a pesquisadora responsável Yárita Crys Alexandre Hissa Medeiros pelo número (11) 991642388 e e-mail yaritacrys@usp.br ou, em caso de dúvidas ou denúncias quanto à questões éticas, entrarei em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, localizada na Rua Gomes de Carvalho, 250, Vila Olímpia, Sala 15, – CEP 04547-001, Telefone: (11) 3846 4815 – R 228, e- mail: smscep@gmail.com.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo também poderá ser consultado para dúvidas/denúncias relacionadas à Ética da Pesquisa e localiza-se na Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP, horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 9h às 12h e das 13h às 15h telefone, (11) 3061-7779, e-mail: coep@fsp.usp.br, que tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Ao clicar no botão abaixo, o(a) Senhor(a) concorda em participar da pesquisa nos termos deste TCLE. Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador”.

Li, compreendi e concordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aceitando assim participar desta pesquisa.

Por favor, informar sua autorização referente ao uso de áudios e imagens gravados, durante o processo de pesquisa, através de plataformas digitais, celular ou demais meios eletrônicos para fins de estudo.

sim, eu autorizo

não, eu não autorizo

Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

Data

ANEXO A - Carta de Anuência



CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE
DESENVOLVIMENTO ENSINO PESQUISA

CNPJ 46.392.148/0001-10



Carta de Anuência Institucional

Declaro conhecer o Projeto de Pesquisa Institucional intitulado: "QUEM PARIU MATEUS QUE BALANCE OS SEUS": IMPACTOS DAS PRÁTICAS DE REDUÇÃO DE DANOS NA AUTONOMIA DA MULHER QUANTO A SUA SEXUALIDADE E MATERNIDADE da pesquisadora Yárita Crys Alexandre Hissa Medeiros sob a orientação da Prof. Dra. Elisabeth Meloni Vieira da Universidade de São Paulo Faculdade de Saúde Pública Programa de Pós Graduação Em Saúde Pública.

Declaro ter ciência de que o objetivo geral da proposta é o de: "Analisar o uso das práticas de Redução de Danos, nas intervenções de profissionais do CAPS AD, como facilitadora de uma vida sexual e reprodutiva autônoma, consciente e saudável em mulheres usuárias de substâncias"

Declaro ainda conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial as Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares.

Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como **Instituição Coparticipante** do presente Projeto de Pesquisa. Assim, manifestamos- nos favoravelmente a sua execução, desde que o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa CNPJ 46.395.000/0001-39, da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo.

São Paulo, 10 de setembro de 2021.


Maria Aparecida Barbosa Nunes

Assessor Técnico I

Assessora Coordenadoria da AB/SMS.G

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA – USP

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: "QUEM PARIU MATEUS QUE BALANCE OS SEUS": IMPACTOS DAS PRÁTICAS DE REDUÇÃO DE DANOS NA AUTONOMIA DA MULHER QUANTO A SUA SEXUALIDADE E MATERNIDADE.

Pesquisador: YARITA CRYSTALENE ALEXANDRE HISSA MEDEIROS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52471721.4.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.099.451

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivos da Pesquisa" e "Avaliação de Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo de informações básicas do projeto PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1831889.pdf postado em 04/10/2021 e do projeto de pesquisa brochura.pdf postado em 28/09/2021 em resposta à Pendência Documental Emitida pelo CEP/FSP-USP em 30/9/2021.

Objetivo da Pesquisa:

"...este estudo tem como objetivo analisar o uso das práticas de Redução de Danos nas intervenções de profissionais do CAPS AD como promotora de uma vida sexual e reprodutiva autônoma, consciente e saudável em mulheres usuárias de substâncias" para "analisar a presença, ou não, das práticas de Redução de Danos no serviço ofertado pelos profissionais do CAPS AD, assim como os possíveis impactos destas práticas na forma como as mulheres usuárias de substâncias gerenciam sua vida sexual e reprodutiva".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: "Este estudo apresenta risco mínimo, pois não haverá a realização de procedimentos invasivos. Porém, pode haver algum risco social de constrangimento ou desconforto por parte do entrevistado".

Benefícios: "Construir subsídios para contribuir na melhoria dos cuidados ofertados a mulheres em

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715, localizado no prédio principal da Faculdade de Saúde Pública, andar térreo, sala de			
Bairro: Cerqueira Cesar	CEP: 01.246-904		
UF: SP	Município: SAO PAULO		
Telefone: (11)3061-7779	Fax: (11)3061-7779	E-mail: coep@fsp.usp.br	

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



Continuação do Parecer: 5.099.451

situação de uso de substância e nas políticas públicas nesta área, como também aprofundar o conhecimento sobre a temática abordada".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto para qualificação acadêmica em nível de mestrado, orientado pela Prof. Dra. Elisabeth Meloni Vieira e apoiado pela Capes. A pesquisa é conduzida com "metodologia de base qualitativa denominada Entrevista em Profundidade. Apresenta o roteiro da entrevista. São 16 profissionais dos CAPS AD de São Paulo. Brasil. Instituição coparticipante Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP. A coleta das informações se dará de janeiro a março de 2022.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais (de 6 em 6 meses) e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente analisados pelo CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1831889.pdf	04/10/2021 21:24:30		Aceito
Outros	Formulario_Resposta_Pendencia.pdf	04/10/2021 21:22:37	YARITA CRYSALEXANDRE HISSA MEDEIROS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificadonline.pdf	04/10/2021 21:22:26	YARITA CRYSALEXANDRE HISSA MEDEIROS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLEmodificado.pdf	04/10/2021 21:22:16	YARITA CRYSALEXANDRE HISSA	Aceito

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715, localizado no prédio principal da Faculdade de Saúde Pública, andar térreo, sala de
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP



Continuação do Parecer: 5.099.451

Justificativa de Ausência	TCLEmodificado.pdf	04/10/2021 21:22:16	MEDEIROS	Aceito
Orçamento	Declaracao_de_Orcamento.pdf	28/09/2021 09:37:58	YARITA CRY ALEXANDRE HISSA MEDEIROS	Aceito
Declaração de concordância	Carta_de_Anuencia_SMS_AB.pdf	28/09/2021 09:37:41	YARITA CRY ALEXANDRE HISSA MEDEIROS	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	28/09/2021 09:37:12	YARITA CRY ALEXANDRE HISSA MEDEIROS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochura.pdf	28/09/2021 09:33:59	YARITA CRY ALEXANDRE HISSA MEDEIROS	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_Rosto.pdf	28/09/2021 09:25:58	YARITA CRY ALEXANDRE HISSA MEDEIROS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

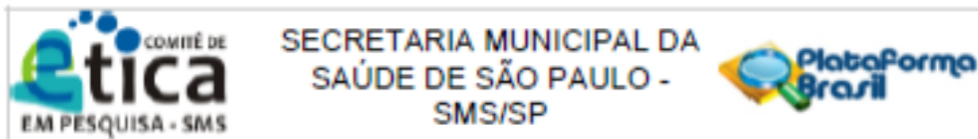
Não

SAO PAULO, 11 de Novembro de 2021

Assinado por:
Kelly Polido Kaneshiro Olympio
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Doutor Amaldo, 715, localizado no prédio principal da Faculdade de Saúde Pública, andar térreo, sala de
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 01.246-904
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 **Fax:** (11)3061-7779 **E-mail:** coep@fsp.usp.br

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: "QUEM PARIU MATEUS QUE BALANCE OS SEUS": IMPACTOS DAS PRÁTICAS DE REDUÇÃO DE DANOS NA AUTONOMIA DA MULHER QUANTO A SUA SEXUALIDADE E MATERNIDADE.

Pesquisador: YARITA CRYSTALEXANDRE HISSA MEDEIROS

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 52471721.4.3001.0086

Instituição Proponente: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.218.074

Apresentação do Projeto:

Trata-se de parecer sobre análise das respostas às seguintes pendências:

1) a reelaboração do TCLE, pois este documento é uma assunção de responsabilidade do pesquisador frente ao participante, e não o contrário, como apresentado. O pós esclarecimento, deve ser sucinto, sem a necessidade do participante declarar sua "responsabilidade" frente ao explicado. Não há necessidade de repetir todas as informações no pós esclarecido. 2) Esclarecer a necessidade de solicitar o RG do participante, que deve ser minimamente identificado.

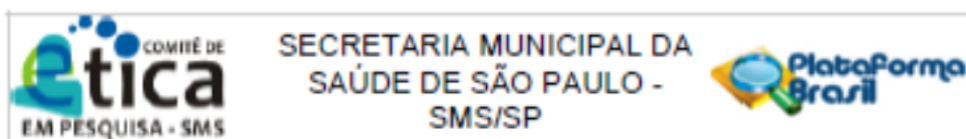
Objetivo da Pesquisa:

Geral: Analisar o uso das práticas de Redução de Danos, nas intervenções de profissionais do CAPS AD, como facilitadora de uma vida sexual e reprodutiva autônoma, consciente e saudável em mulheres usuárias de substâncias psicoativas. **Específicos:** 1. Compreender os sentidos e significados atribuídos pelos profissionais do CAPS AD às experiências da maternidade e do uso de substâncias; 2. Analisar como as práticas contraceptivas atravessam os discursos e as intervenções dos profissionais do CAPS AD; 3. Identificar a convergência/divergência entre o que preconiza as políticas de Redução de Danos e a prática no serviço.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram adequadamente analisados riscos e benefícios da pesquisa.

Endereço: Rua Gomes de Carvalho, 250 sala 15
 Bairro: Vila Olímpia CEP: 04.547-001
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3845-4815 E-mail: cep.smgabinete@prefeitura.sp.gov.br



Continuação do Parecer: 5.216.074

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

-

Recomendações:

Que seja retirado do TCLE o campo do RG do participante, pois os pesquisadores sabem quem são os participantes, que devem ser minimamente identificados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

Apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento.

Manter o arquivo da pesquisa sob sua guarda, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, por 5 anos;

Justificar perante o CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, Icone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, logo que o mesmo estiver concluído.

Encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Gomes de Carvalho, 250 sala 15
 Bairro: Vila Olímpia CEP: 04.547-001
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3845-4815 E-mail: cep.sms@gabinete@prefeitura.sp.gov.br



SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP



Continuação do Parecer: 5.218.074

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1857909.pdf	12/01/2022 19:40:22		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificado3.pdf	12/01/2022 19:39:41	YARITA CRY S ALEXANDRE HISSA MEDEIROS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEletronicomodificado3.pdf	12/01/2022 19:39:20	YARITA CRY S ALEXANDRE HISSA MEDEIROS	Aceito
Outros	Formulario_Resposta_Pendencia3.pdf	12/01/2022 19:36:08	YARITA CRY S ALEXANDRE HISSA MEDEIROS	Aceito
Outros	Formulario_Resposta_Pendencia.pdf	04/10/2021 21:22:37	YARITA CRY S ALEXANDRE HISSA MEDEIROS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificadoonline.pdf	04/10/2021 21:22:26	YARITA CRY S ALEXANDRE HISSA MEDEIROS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificado.pdf	04/10/2021 21:22:16	YARITA CRY S ALEXANDRE HISSA MEDEIROS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochura.pdf	28/09/2021 09:33:59	YARITA CRY S ALEXANDRE HISSA MEDEIROS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 31 de Janeiro de 2022

Assinado por:

SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Gomes de Carvalho, 250 sala 15

Bairro: Vila Olímpia

CEP: 04.547-001

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3846-4815

E-mail: cep_smsgabinete@prefeitura.sp.gov.br