

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

JESSICA TAIANE DA SILVA

MULHERES NEGRAS, MATERNAGEM E DROGAS:

A falta de política é uma política?

Rio de Janeiro

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

JESSICA TAIANE DA SILVA

MULHERES NEGRAS, MATERNAGEM E DROGAS:

A falta de política é uma política?

Trabalho de conclusão de curso da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, apresentado à banca examinadora como requisito parcial para a conclusão da graduação em Serviço Social, sob a orientação da Profª. Dra. Rachel Gouveia Passos.

Rio de Janeiro

2021

JESSICA TAIANE DA SILVA

MULHERES NEGRAS, MATERNAGEM E DROGAS:

A falta de política é uma política?

Trabalho de conclusão de curso da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, apresentado à banca examinadora, como requisito parcial para a conclusão da graduação em Serviço Social, sob a orientação da Profa. Dra. Rachel Gouveia Passos.

Aprovado em: ____ de _____ de 2021.

Banca examinadora:

Dr.ª Rachel Gouveia Passos (Orientadora)
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Ms. Aila Fernanda dos Santos
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Ms. Ana Paula Cardoso da Silva
Hospital Federal dos Servidores do Estado

Dr.ª Melissa de Oliveira Pereira
Centro Universitário IBMR

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as mulheres e mães negras que, devido ao racismo que estrutura esta forma de sociabilidade, foram impossibilitadas de exercerem a maternagem de maneira digna desde o período colonial. Em especial à Vitória (in memoriam), que faleceu logo após a separação de sua filha, por decorrência de uma overdose em seguida ao fechamento de um serviço de acolhimento familiar.

AGRADECIMENTOS

*“Eu sou o sonho dos meus pais,
que eram sonhos dos avós,
que eram sonhos dos
meus ancestrais.”*

(EMICIDA, 2020)

Início os agradecimentos prestando reverência a todes que vieram antes de mim, lutaram, resistiram e abriram caminhos para que hoje fosse possível que uma mulher preta como eu pudesse estudar na melhor universidade do país. Apesar de todos os entraves criados e atualizados pela estrutura racista que ainda permanece, seguimos na luta!

A minha querida avó paterna, Marilene — Neizinha para os íntimos —, por todo amor, paciência e dedicação com que me criou. Por sempre fazer tudo que estava ao seu alcance para que eu conseguisse ter a melhor educação que ela pudesse me proporcionar (Você conseguiu, vó. Estou formando pela UFRJ!). Obrigada por ser exemplo de amor e bondade. Obrigada por ser inspiração e por me mostrar que podemos ser fortaleza e acalanto, ao mesmo tempo. Sou o que sou, por você. Obrigada por isso.

A minha mãe, Sabrina, por — há 25 anos — ter se deixado encantar por aquele pretinho lindo de quase 2 metros de altura, Xande, meu falecido pai. Obrigada por ter me concebido como fruto do amor de vocês. Você costuma dizer que me pareço com ele, mas depois de crescer e entender tudo o que você passou lá trás, quero me parecer cada vez mais com você, que apesar de todos os pesares, permanece firme e amorosa, por nós.

As minhas irmãs, Thaynara e Evenin, por todo amor e admiração. E ao meu irmão caçula, Samuel, por me encher de motivos para querer ser melhor a cada dia.

Ao meu companheiro de vida, Rafael Costa, por todo afeto, amor e proteção. Pelas madrugadas de conversa e crescimento mútuo. Pela escuta, apoio, e também pelos puxões de orelha, quando necessário. Agradeço por sempre me encorajar e me mostrar que o mundo é muito maior do que eu imaginava antes de te conhecer. Que possamos caminhar sempre juntos! Eu amo amar você!

A minha melhor amiga, irmã e agora, “cumadi”, Bianca Amaral. Obrigada por todo seu amor, generosidade e incentivo. Obrigada também por me presentear com a nossa linda Maria. Eu amo vocês! Ah, e você estava certa: Serviço Social é realmente a minha cara!

A minha sogra, Angélica, pela torcida, incentivo e por ser tão inspiradora. Nunca me esquecerei de tudo que faz por mim. Amo você!

A Carol Romeiro pela amizade, amor, afeto e coragem. Nosso encontro de almas aconteceu no primeiro dia de faculdade, devido a nossa timidez, juramos uma para a outra que não faríamos mais amizades, mas aí chegou a Amanda — além de muitas outras — e acabaram com nossos planos... ainda bem! Agradeço a Mands por me acolher e me ensinar tanto, todos os dias. Por todas as nossas incontáveis horas de conversa dentro do 386, no engarrafamento da Avenida Brasil, planejando ganhar o mundo. Nós estamos no caminho, minha irmã.

Ao Gabriel Nunes por seu equilíbrio, serenidade e acolhimento. Obrigada por sempre me lembrar que a vida não cabe no Lattes e que a felicidade está nas coisas mais simples (como um hambúrguer vegano no almoço do bandeirão ou passar a tarde no campinho com o pé na grama e olhando o céu). A Pri Niza por toda troca e afetos, principalmente nessa reta final. Você é luz, sorte de quem te encontrar pelo caminho!

A Rachel Gouveia, minha querida professora, coordenadora, supervisora e orientadora, por todo acolhimento, incentivo e paciência. Por acreditar em mim e por abrir caminhos fluidos para que eu pudesse ir adiante. Por me mostrar que nós, mulheres pretas, podemos e devemos ocupar os espaços de produção de saberes. Você é a cara da UFRJ que eu desejo para o futuro! Minha profunda gratidão se estende ao corpo docente e técnico da Escola de Serviço Social e a todes que seguem lutando e resistindo para oferecer uma educação pública, gratuita, laica e de qualidade, mesmo em tempos tão temerosos.

Agradeço também à equipe de Serviço Social do Hospital Federal dos Servidores do Estado. Em especial à Dani e Paulinha por todo acolhimento destinado às estagiárias, por sempre se dedicarem a participar de perto do processo formativo de futuras profissionais que irão, assim como eu, se espelhar em vocês. Que sorte a minha por tê-las ao meu lado durante este período. Obrigada por todo afeto e dedicação, por serem exemplo de ética e comprometimento em todos os momentos.

As minhas companheiras do Projeto de Pesquisa e Extensão Luta Antimanicomial e Feminismos, nossas trocas e produções foram essenciais para minha formação acadêmica. Em especial à Mel pela acolhida e dedicação. Mesmo sem nos conhecermos pessoalmente — ainda —, já me sinto íntima e consigo sentir o carinho transbordando pela aba do *Google Meet*.

E, por fim, a todas as pessoas com quem convivi ao longo desses quase 5 anos de curso, que me incentivaram e que certamente tiveram impacto, seja ele direto ou indireto, na minha formação acadêmica e pessoal.

*“Aqueles homens ali dizem que as mulheres
precisam de ajuda para subir em carruagens,
e devem ser carregadas para atravessar valas,
e que merecem o melhor lugar onde quer que estejam.
Ninguém jamais me ajudou a subir em carruagens,
ou a saltar sobre poças de lama,
e nunca me ofereceram melhor lugar algum!
E não sou uma mulher? Olhem para mim?
Olhem para meus braços!
Eu arei e plantei, e juntei a colheita nos celeiros,
e homem algum poderia estar à minha frente.
E não sou uma mulher? Eu poderia trabalhar tanto
e comer tanto quanto qualquer homem
– desde que eu tivesse oportunidade para isso –
e suportar o açoite também! E não sou uma mulher?
Eu pari treze filhos e vi a maioria deles
ser vendida para a escravidão,
e quando eu clamei com a minha dor de mãe,
ninguém a não ser Jesus me ouviu!
E não sou uma mulher? (...)*

Soujourne Truth (1851)

RESUMO

O presente trabalho de conclusão do curso de Serviço Social pretende apresentar uma problematização sobre os processos que impactam diretamente no existir mulher negra e, conseqüentemente, no seu maternar. Assim, ao analisarmos a temática da separação compulsória a partir da leitura interseccional, consideramos que os marcadores de Gênero, Raça e Classe serão determinantes para a ação invasiva e conjunta de instituições como as da Saúde, Assistência Social e Judiciário. A atuação dessas forças, enquanto braços do Estado, nos convida a refletir sobre este debate que perpassa o âmbito do cuidado, da manicomialização, e do controle dos corpos e subjetividades. Para tanto, utilizaremos como método de análise o feminismo marxista interseccional em diálogo com a decolonialidade, pois, compreendemos que, ainda que sob a alegação de proteção integral à criança, esta prática se dá por influência de ideologias conservadoras, classistas e coloniais que, historicamente, orientam a intervenção do Estado sobre as mulheres e famílias negras, pobres e periféricas.

Palavras-chave: maternagem; separação compulsória; drogas; cuidado; racismo.

ABSTRACT

The present work at the conclusion of the Social Work course intends to present a problematization of the processes that directly impact the existence of black women and, consequently, on their maternity. Thus, when analyzing the issue of compulsory separation from an intersectional reading, we consider that the markers of Gender, Race and Class will be decisive for the invasive and joint action of institutions such as Health, Social Assistance and Judiciary. The performance of these forces, as arms of the State, invites us to reflect on this debate that permeates the scope of care, of asylum. and the control of bodies and subjectivities. For this purpose, we will use as a method of analysis the intersectional Marxist feminism in dialogue with decoloniality, as we understand that, even though under the allegation of full child protection, this practice occurs under the influence of conservative, classist and colonial ideologies that historically , guide the intervention of the State on black, poor and peripheral women and families.

Keywords: maternity; compulsory separation; drugs; care; racism.

SUMÁRIO

SUMÁRIO	10
INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1	
SAÚDE MENTAL E INTERSECCIONALIDADE	14
1.1. O que é o feminismo interseccional?	14
1.2. Saúde mental e interseccionalidade	20
CAPÍTULO 2	
MULHERES NEGRAS, CUIDADO E MATERNAGEM	32
2.2. Cuidado colonial, racismo e maternagem	37
2.3. Manicomialização, mulheres negras e drogas	44
CAPÍTULO 3	
A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO	
HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO	51
3.1. Apresentando a instituição e as mulheres gestantes	51
3.2. Maternidade negada e uso prejudicial de drogas	56
3.3. Fórum Maternidade, uso de drogas e convivência familiar	62
3.3.1. Projeto Casa ELOOS e Casa das Margaridas	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS	68

INTRODUÇÃO

A presente elaboração teórica trata-se de trabalho de conclusão do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e busca analisar criticamente a prática de separação compulsória e institucionalização de filhos recém nascidos de mulheres que possuem histórico de situação de rua¹ e/ou uso de álcool e outras drogas². Esta ação costuma ser realizada de forma indiscriminada e desconsiderar o tipo de relação estabelecida com a droga, bem como a temporalidade do ato. Assim, supõe-se que o consumo de tais substâncias anularia completamente a capacidade de cuidado e proteção aos seus filhos, e os colocaria em situação de risco.

O interesse acerca deste tema surgiu em virtude de experiências vivenciadas durante o estágio supervisionado em Serviço Social realizado na Unidade Materno Fetal (UMF) do Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE), no qual as assistentes sociais e estagiárias acompanharam casos de judicialização da guarda de neonatos, contudo, parte deles não obtiveram o desfecho almejado pela equipe. Estes acontecimentos nos levaram à reflexão sobre como a justiça atua para proteger a criança, mas, em contrapartida, sentencia esta mãe que já se encontra socialmente vulnerabilizada. Destacamos que atualmente não há, no município do Rio de Janeiro, qualquer tipo de política que atenda a particularidade destas mulheres.

Além disso, a inserção neste campo de estágio propiciou a aproximação com o Fórum Maternidade, Uso de Drogas e Convivência Familiar (FMDC), no qual profissionais da Saúde, Assistência Social, Ministério Público (MP), Defensoria Pública, Judiciário, Conselho Tutelar (CT), Psicologia, entre outras áreas, debatem sobre a questão da Maternagem³, Drogas, Vivência nas Ruas e Convivência Familiar, através de uma abordagem multidisciplinar.

Em meio à trajetória acadêmica, a inserção no Projeto de Pesquisa e Extensão Luta Antimanicomial e Feminismos, coordenado pelas professoras doutoras Melissa Oliveira e Rachel Passos, e vinculado à UFRJ, propiciou o aprofundamento teórico necessário para o aprofundamento e compreensão da estrutura de poder que é composta por pelo menos quatro sistemas imbricados entre si e que criam diferenças no processo de subjetificação dos indivíduos – o colonialismo, o

¹ A expressão tem como finalidade desconstruir o estigma que essa população carrega e introduzir a ideia de que estar na rua é algo transitório e provisório, portanto, passível de modificação, mesmo com as barreiras macropolíticas existentes nesse cenário.

² Neste estudo, utilizamos o termo “droga” para nos referirmos às substâncias psicoativas (SPA) – lícitas ou ilícitas – que, quando ingeridas, podem modificar uma ou mais de suas funções (Brasil, 2010). Como exemplo, podemos citar o crack, a maconha, o álcool, o cigarro, etc. A escolha pela utilização do termo é proposital, uma vez que este carrega diversos estigmas e visões distorcidas.

³ A expressão “maternagem” deve-se ao sentido do vínculo afetivo, do cuidado e acolhimento por uma mãe ao seu filho, enquanto o termo “maternidade” é tradicionalmente permeado pela relação consanguínea entre mãe e filho. (GRADVOHL et al., 2014)

racismo, o capitalismo e o cis-heteropatriarcado⁴. As inter-relações que ocorrem em meio a este tipo de sociabilidade criam *status* diferenciados, que podem ser atravessados por privilégios ou opressões, a depender de onde o indivíduo está alocado: na zona do ser ou na *zona do não ser*. Nesse sentido, as mulheres negras, marcadas intimamente tanto pela questão de gênero quanto pela raça, estarão condenadas à segunda posição.

De antemão, apontamos que o intuito da presente elaboração teórica não será apresentar as drogas e seus efeitos no sistema biológico, mas sim os sujeitos que fazem o uso de substâncias e as políticas públicas que permeiam esta relação, uma vez que, enquanto categoria profissional que tem por objetivo analisar e intervir na sociedade, o Serviço Social deve se ater às demandas oriundas dos indivíduos e buscar respostas para tais apontamentos. Assim, precisamos dar enfoque a quem e em qual contexto social é realizado este consumo, aos retrocessos institucionais que incidem diretamente sobre este determinado público, bem como as alternativas elaboradas para a proteção de mulheres que fazem uso de substâncias psicoativas mas desejam exercer a maternagem.

Durante o presente texto buscaremos apresentar elementos que demonstrem que as mulheres que vivenciam a separação compulsória não devem ser lidas com base em uma concepção universalizante do papel de *mulher* ou de *mãe* na sociedade, mas sim a partir de uma análise interseccionalizada, compreendendo que sua localização étnico-racial, de classe, território, identificação de gênero, dentre outras, irá produzir opressões diferenciadas sobre este ser, bem como interferir no seu processo de subjetivação e no julgamento moral sobre qual seria a mulher ideal para exercer a “dádiva” da maternidade e qual seria a incapaz que precisa ser tutelada. Assim, podemos dizer que a intenção deste trabalho é demonstrar que a separação compulsória de mães e bebês é apenas mais uma expressão da colonialidade, do racismo e do sexismo que a todo instante reatualiza os mecanismos de controle e subalternização de corpos negros.

Em vista disso, através do método feminista marxista interseccional em diálogo com a decolonialidade, analisaremos a influência dos determinantes de Gênero, Raça e Classe na elaboração e execução de políticas sociais voltadas para o âmbito da proteção aos direitos das mulheres que fazem uso de substâncias psicoativas e de seus filhos recém nascidos. Objetivamos aprofundar a análise sobre as raízes político-ideológicas que dão sustentação à prática de separação compulsória, bem como explorar a concepção de cuidado convencionalizada pelas instituições e seus reais objetivos.

⁴O heteropatriarcado ou cis-heteropatriarcado (de cis[generidade], hetero[ssexualidade] e patriarcado) é um sistema sociopolítico, no qual a heterossexualidade cisgênero masculina expressa uma supremacia forjada sobre as demais formas de identidade de gênero e orientações sexuais (UFRGS, 2020).

Para tanto, realizaremos a revisão de produções acadêmicas, tendo como principais referenciais teóricos autoras e autores do campo do Serviço Social e das Ciências Sociais em geral. Dentre eles se destacam Lélia Gonzalez, Frantz Fanon, Silvio Almeida e Rachel Passos. Além disso, também serão utilizadas legislações e recomendações vigentes, produções audiovisuais, revisão do diário de campo e entrevista exploratória realizada com uma das coordenadoras do Fórum Maternidade, Drogas e Convivência Familiar. À luz destes referenciais busca-se compreender como ocorreu o posicionamento da população negra, em especial das mulheres negras, na base da pirâmide social e suas expressões na atualidade.

Nesse caminho, o presente trabalho divide-se em 3 partes primordiais para o aprofundamento desta temática: no primeiro capítulo é apresentado o feminismo interseccional e seu diálogo com a saúde mental, reconhecendo as atuais expressões do manicômio enquanto primordiais para a manutenção do sistema capitalista. Além disso, apontamos que os marcadores de Gênero, Raça e Classe são determinantes para a definição do lugar social ao qual cada ser irá ocupar no interior deste modo de sociabilidade.

Já no segundo, buscamos aprofundar o debate sobre cuidado colonial, o (não) direito de mulheres negras à maternagem e apresentaremos como as opressões sofridas por estas mulheres estão profundamente imbricadas entre si e têm, pelo menos, três raízes em comum: o sexismo, a colonialidade e o classismo. E o último tópico deste capítulo apresenta a manicomialização enquanto um dos efeitos causados pela alocação de determinados corpos na *zona do não ser*.

Por fim, no terceiro capítulo, tratamos sobre a experiência de estágio no HFSE, onde apresentaremos a instituição e o perfil das usuárias; aprofundaremos o debate sobre as mulheres negras que fazem uso prejudicial de drogas e são separadas compulsoriamente de seus filhos; e apresentaremos o Fórum Maternidade, uso de drogas e convivência familiar, que se compõe enquanto espaço multidisciplinar de trocas e recomendações conjuntas; bem como o projeto *Casa das Margaridas*, que se constitui enquanto uma possibilidade de cuidado mútuo de mães e bebês. Ressaltamos que não buscamos aqui esgotar o tema abordado, mas sim construir indagações que provoquem o senso crítico para compreender as relações complexas que perpassam a maternagem e o uso prejudicial de drogas.

CAPÍTULO 1

SAÚDE MENTAL E INTERSECCIONALIDADE

Este item possui a finalidade de introduzir o debate acerca da interseccionalidade e saúde mental, bem como problematizar o lugar social das mulheres que historicamente foram taxadas de loucas em meio à sociabilidade capitalista. Através de articulações teóricas, iremos desvelar que este louco, que por muito tempo esteve dentro dos manicômios, têm gênero, raça e classe, e que há diferenciações no cuidado em saúde mental quando trazemos estas categorias à tona.

O mesmo subdivide-se em duas partes: na primeira, tratamos sobre o que compreendemos por feminismo interseccional e seus desdobramentos no contexto brasileiro. Na segunda parte, debatemos sobre saúde mental e interseccionalidade, reconhecendo que as subjetividades são perpassadas e forjadas a partir do lugar social no qual cada ser se localiza, em outros termos, compreendemos que a Luta Antimanicomial não pode ser apreendida sem a correlação entre os feminismos e a luta de classes.

Estabeleceremos um diálogo com autoras e autores do campo do Serviço Social, Psicologia e Ciências Sociais em geral para compreendermos a forma na qual as opressões e explorações de gênero, raça e classe, que são estruturais e estruturantes da sociabilidade capitalista, produzem o apagamento e silenciamento das dores e sofrimentos físicos e psíquicos experienciados por mulheres, sobretudo negras e pobres. Além disso, traremos também o processo de desmonte da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), o que nos apresentará elementos para começarmos a responder ao questionamento que intitula o presente trabalho: A falta de política é uma política? Acompanhemos juntos.

1.1. O que é o feminismo interseccional?

Para falarmos sobre feminismo e interseccionalidade, primeiramente precisamos resgatar a luta e os escritos de nossas precursoras, mulheres, negras, indígenas, camponesas, ativistas e intelectuais que abriram caminhos para que hoje nós pudéssemos estar aqui. Há uma narrativa hegemônica que costuma associar o início do movimento feminista com a organização das mulheres pelo direito a trabalhar fora de casa, ao voto, entre outros. Entretanto, de acordo com Mattos (2020, p. 43-44), tal narrativa acerca do marco zero do feminismo refere-se somente ao contexto europeu e estadunidense, e o associa às mulheres brancas, escolarizadas e de classe média. Nesse sentido, tal

afirmação ocasiona o apagamento de mulheres que não são cisgêneras e que possuem outros perfis raciais, sociais e econômicos, mas que contribuíram e contribuem até hoje para a maneira como pensamos a luta e organização das mulheres, antes mesmo de o movimento ser nomeado como feminismo.

Em meados do século XX houve uma efervescência de movimentos sociais, novos desdobramentos teóricos e políticos que trouxeram questionamentos para a conjuntura da produção de conhecimento, organização de políticas públicas e produções acadêmicas. Os movimentos sociais marcados pelo caráter progressista como o Movimento Negro, a revolução sexual e o Feminismo foram os principais responsáveis por essas mudanças de paradigmas. Diversos campos foram afetados por este processo, dentre eles, os estudos críticos em Psiquiatria, bem como os Feminismos (PEREIRA; PASSOS, 2017). Este também foi o momento de consolidação da participação massiva das mulheres no mercado de trabalho, mas não todas as mulheres, sim as brancas, de classe média, uma vez que, a partir do colonialismo, mulheres negras não tiveram outra opção a não ser o trabalho (BIROLI; MIGUEL, 2014 *apud* PEREIRA; PASSOS, 2017).

As décadas de 1960 e 1970 foram marcadas por questionamentos acerca da noção universal do que significava ser “mulher”. Mulheres negras, indígenas e do "terceiro mundo" manifestavam a insatisfação com o dito "feminismo branco acadêmico", que considerava apenas a figura da mulher amável, frágil e heterossexual, e não levava em consideração a pluralidade das mulheres da classe trabalhadora, negras, indígenas que, além da estrutura patriarcal, também eram, e ainda são, atravessadas por outras formas de opressão (NOGUEIRA, 2013 *apud* PEREIRA; PASSOS, 2017, p. 29).

Quando eu digo “a mulher”, que imagem me vem à cabeça? Que características? Que fragilidades e potencialidades? Será que quando estou pensando nessa mulher de uma forma mais abstrata não estou apagando uma série de outras experiências, vivências, corporeidades e, com isso, demandas, pautas, lutas muito específicas? (MATTOS, 2020, p.48)

Tais tensionamentos foram essenciais para o reconhecimento das singularidades existentes, desta forma, houve o rompimento da noção universal do ser “mulher”.

No Brasil dos anos 1970, o Movimento Feminista e o Movimento Negro, ainda contundidos pela ditadura militar, lutavam pela redemocratização e pela extinção das desigualdades sociais. Contudo, segundo a crítica de algumas militantes, as mulheres negras foram invisibilizadas em ambos os movimentos. Tais grupos institucionalizaram-se partilhando uma ideia de igualdade: entre

as mulheres a questão racial não seria fundamental; e entre os negros diferenças entre homens e mulheres foram desconsideradas (CARNEIRO, 2003; GONZALEZ, 1984; RODRIGUES, 2013).

Diante dessa invisibilização, as mulheres negras passaram a lutar por suas especificidades, denunciando a ausência das suas pautas nas agendas políticas do movimento de mulheres e do movimento negro. Além disso, evidenciaram que as mulheres negras sempre estiveram em situação de desvantagem quando comparadas às mulheres brancas e aos homens negros e brancos, tais situações eram caracterizadas como múltiplas discriminações ou discriminações compostas, dupla ou tripla discriminação, e atualmente, este fenômeno é nomeado como interseccionalidade.

Nas décadas de 70 e 80, tais questionamentos geraram conflitos e rupturas nas formas com as quais os movimentos se apresentavam. De acordo com Carneiro (2003), as mulheres negras precisaram “enegrecer” a agenda do movimento feminista e “sexualizar” a do movimento negro, o que promoveu a diversificação das concepções e práticas políticas em uma dupla perspectiva, tanto afirmando novos sujeitos políticos quanto exigindo reconhecimento das diferenças e desigualdades entre esses atores.

Piscitelli (2008) destaca que é nesse contexto de efervescência de pensamento crítico, busca de categorias e pressão dos movimentos sociais, que aparecem as categorias de interseccionalidade e de articulação. O conceito de interseccionalidade surge como uma resposta teórica para lidar com o fato de que o racismo, o sexismo e as violências correlatas se sobrepõem, discriminam e criam encargos singulares entre as mulheres. Este termo, popularizado pela feminista norte-americana Kimberlé Crenshaw, simboliza uma abordagem multidisciplinar indispensável nas teorizações feministas e antirracistas, não apenas sobre as diversas formas de dominação e subordinação, como também sobre as formas de luta e organização política (CRENSHAW, 2002). A autora define a metodologia interseccional da seguinte maneira:

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento. (CRENSHAW, 2002, p.177)

O conceito popularizado por Crenshaw nos provoca a reflexão de dois aspectos importantes: em primeiro lugar, a autora afirma que não basta apenas identificar os marcadores sociais da diferença, é necessário também localizar os pontos da intersecção, ou então a análise não será

completa, e essa é uma das principais dificuldades da teoria interseccional. Outro ponto importante, tratado no *Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero*, de 2002, é a reafirmação do uso da interseccionalidade como aporte teórico metodológico para se pensar as múltiplas exclusões e como de fato construir estratégias para o enfrentamento desse paradigma. Igualmente, de acordo com Hirata (2014), a interseccionalidade é vista como uma das formas de combater as opressões múltiplas e imbricadas e, portanto, como um instrumento de luta política, sendo esta ferramenta de análise um indispensável instrumento para a intervenção de profissionais que atuam diretamente na sociedade.

Quando falamos do mito da fragilidade feminina, que justificou historicamente a proteção paternalista dos homens sobre as mulheres, de que mulheres estamos falando? (CARNEIRO, 2003)

Os marcadores sociais da diferença, ou seja, gênero, raça, classe, território, dentre outros, serão determinantes para a garantia ou violação de direitos. No entanto, destacamos que mesmo dentro de um mesmo grupo ainda pode haver diferenciações, como é o caso do gênero. Entre as mulheres, existem as que ficam mais expostas a situações de violação de direitos do que as outras, como é o caso de mulheres trans⁵ e negras⁶. A proteção dos direitos humanos das mulheres foi comprometida à medida que suas experiências poderiam ser definidas como diferentes das dos homens, conforme esclarece Crenshaw:

Embora a Declaração Universal garanta a aplicação dos direitos humanos sem distinção de gênero, no passado, os direitos das mulheres e as circunstâncias específicas em que essas sofrem abusos foram formulados como sendo diferentes da visão clássica de abuso de direitos humanos e, portanto, marginais dentro de um regime que aspirava a uma aplicação universal. Tal universalismo, entretanto, fundamentava-se firmemente nas experiências dos homens. Consequentemente, apesar da garantia formal, a proteção dos direitos humanos das mulheres foi comprometida à medida que suas experiências poderiam ser definidas como diferentes das dos homens. Assim, quando mulheres eram detidas, torturadas ou lhes eram negados outros direitos civis e políticos, de forma semelhante como acontecia com os homens, tais abusos eram obviamente percebidos como violações dos direitos humanos. Porém, quando mulheres, sob custódia, eram estupradas, espancadas no âmbito doméstico ou quando alguma tradição lhes negava acesso à tomada de decisões, suas diferenças em relação aos homens tornavam tais abusos ‘periféricos’ em se tratando das garantias básicas dos direitos humanos. (2002, p. 172)

Quanto à discriminação racial, a autora menciona que a *Declaração Universal dos Direitos Humanos* também garante a não discriminação com base na raça e a *Convenção Internacional para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial* tratou da proteção contra discriminação

⁵O termo transgênero (trans) é utilizado para se referir a uma pessoa que não se identifica com o gênero ao qual foi designado em seu nascimento (JESUS, 2012a).

⁶O gênero, cor e raça das LGBTI que morrem no Brasil são definidos pelo racismo de Estado (BOMFIM *et al.* 2019).

baseada na cor, descendência, origem étnica ou nacional. Segundo Crenshaw, “no sentido de melhor definir o alcance do direito a não discriminação racial, bem como da não discriminação de gênero, foram feitos vários esforços em conferências mundiais” (CRENSHAW, 2002, p. 173).

Para construir o conceito de interseccionalidade, Crenshaw explicita alguns equívocos realizados durante a análise, um deles é chamado de invisibilidade interseccional, que ocorre, por exemplo, quando surgem situações em que a perspectiva de gênero não permite olhar para outros marcadores sociais da desigualdade em que as mulheres se situam. Para tanto, utilizam-se dois conceitos chaves: superinclusão e subinclusão, que pretendem demarcar essas invisibilidades (ASSIS, 2019).

Nessa perspectiva, a autora aponta que, frequentemente, as discriminações sofridas pelas mulheres eram vistas como um problema geral de todas as mulheres, isto é, um problema de gênero. Crenshaw denomina essa situação como superinclusão, no qual o marcador de gênero é visto como o único possível para interpretar a condição das mulheres na sociedade. Entretanto, a realidade objetiva das mulheres negras, que ainda são marcadas pelos efeitos da colonialidade, demonstra que analisar apenas a categoria gênero é invisibilizar as outras determinações que perpassam as vidas dessas mulheres, desta forma, a categoria gênero utilizada exclusivamente se mostra insuficiente para oferecer respostas a complexidade dessas questões.

Outro equívoco apontado pela autora é um processo de subinclusão, que ocorre quando as questões de algumas mulheres não são vistas como problemas de gênero por não serem problemáticas relativas as mulheres do grupo hegemônico – brancas e cis (CRENSHAW, 2002). Desta forma, Crenshaw propõe uma metodologia de análise que leve em consideração as interações entre os marcadores de gênero e raça, usando os resultados dessa interação para evidenciar os fatos dela recorrentes, bem como pensar soluções a partir desse entendimento.

Meu objetivo é apresentar uma estrutura *provisória* que nos permita identificar a discriminação racial e a discriminação de gênero, de modo a compreender melhor como essas discriminações operam juntas, limitando as chances de sucesso das mulheres negras. O segundo objetivo é enfatizar a necessidade de empreendermos esforços abrangentes para eliminar essas barreiras. (CRENSHAW, 2004, p.1, grifo nosso).

Conforme sinalizado anteriormente, as perspectivas de análise que levam em conta as interlocuções entre um ou mais marcadores sociais já se faziam presentes no pensamento de outras intelectuais. Dentre elas, destacamos as brasileiras: Luiza Bairros (1995), Lélia Gonzalez (1988) e Beatriz Nascimento (1989), que não trabalharam com o conceito em si, mas apresentaram muitas proposições que o antecedem.

Ao retornarmos nossa lente ao contexto brasileiro, traremos ao debate a autora, intelectual, política, professora, filósofa e antropóloga, Lélia Gonzalez. Para a autora, enegrecer o feminismo foi uma tarefa de extrema relevância no sentido de demarcar a identidade branca e ocidental da formulação feminista clássica, bem como evidenciar sua insuficiência teórica e prática sobre a pluralidade dos feminismos, principalmente em sociedades com seres tão diversos quanto a brasileira. Dessa forma, enegrecer o feminismo possui uma conotação política para uma luta antirracista no Brasil (OLIVEIRA, 2020).

No texto *Racismo e sexismo na cultura brasileira* (1984), a autora relaciona raça, classe e gênero e elabora reflexões sobre a sociedade brasileira e o mito da democracia racial a partir da figura da mulher negra e o imaginário social referente a este *ser* que se encontra na zona do *não ser* (FANON, 2008). Para Fanon, o colonialismo criou uma zona do não ser, “uma região extraordinariamente estéril e árida”, ocupada pelos povos negros. Essa hierarquização colonial nega a humanidade do sujeito e o condena à invisibilidade. Logo, se este ser não é humano e está alocado nessa zona, toda e qualquer brutalidade contra ele é permitida e legitimada (FANON, 2008, p. 26).

A análise de Lélia articula o marxismo, a psicanálise, passa pelas ciências sociais e história, chegando na sua tese sobre o racismo enquanto um sintoma que caracteriza a neurose cultural brasileira. E esta concepção produz lugares pré-definidos para mulheres e homens negros em nossa sociedade.

Nós negros estamos na lata do lixo da sociedade brasileira, pois assim determina a lógica da dominação, caberia uma indagação via psicanálise. (...) Porque o negro é isso que a lógica da dominação tenta (e consegue muitas vezes nós o sabemos) domesticar? (GONZALEZ, 1984, p. 225).

Neste artigo, Gonzalez (1984) traz uma excelente reflexão sobre as três figuras que usualmente são associadas às mulheres negras: a mulata, a doméstica e, posteriormente, a figura da mãe preta. Quando articuladas, essas três noções nos trazem elementos para compreendermos como a mulher negra é situada no discurso de identificação do dominado com o dominador e como o mito da democracia racial obteve tamanho êxito no Brasil. Lélia justifica que o fenômeno de identificação do dominado com o dominador só pode ser compreendido a partir da assimilação do racismo enquanto estrutura de poder que caracteriza a neurose cultural brasileira e que, quando articulado ao sexismo, produz efeitos violentos no processo de subjetivação das mulheres negras.

Carneiro (2003), aponta que as violências que impactam a subjetividade e afetividade das mulheres negras são os efeitos da hegemonia da branquitude⁷ no imaginário social e nas relações

⁷A branquitude é um lugar de privilégios simbólicos, subjetivos e objetivo, isto é, um produtor de materiais palpáveis que colaboram para construção social e reprodução do racismo (BENTO, 2002).

sociais concretas. “É uma violência invisível que contrai saldos negativos para a subjetividade das mulheres negras, resvalando na afetividade e sexualidade destas” (CARNEIRO, 2003, p. 122). Assim, ao pensarmos sobre a produção de subjetividades podemos observar que a produção e reprodução do racismo, a fim de manter a estrutura que privilegia determinados grupos sociais, gera impactos diretos na saúde mental dos sujeitos destinados à zona do não ser.

A partir da perspectiva marxista, Netto (2009) enfatiza a necessidade de analisarmos o fenômeno para além de sua aparência, focando a pesquisa na essência da questão problematizada. Neste sentido, compreendemos que as teorias interseccionais são essenciais para uma análise mais abrangente dos casos de mulheres que fazem uso prejudicial de drogas mas desejam maternas, uma vez que, além destas sofrerem os impactos por possuírem um perfil étnico-racial e de classe bastante delineado (BASTOS, 2017), também sofrem pelo mito criado socialmente sobre o que é ser uma *boa mãe* (BADINTER, 1985), e com o estigma criado acerca do uso de drogas. Por fim, enfatizamos que estas mulheres, em sua maioria negras, atravessadas por múltiplas opressões, não devem ser enxergadas a partir de uma lente punitivista, mas sim por um olhar protetivo, compreendendo o uso prejudicial de drogas é uma questão de saúde pública e que os direitos destas mulheres precisam ser fortalecidos e integralmente garantidos.

1.2. Saúde mental e interseccionalidade

A partir do entendimento de que a interseccionalidade deve ser o instrumento de análise em todas as áreas que se propõem a pesquisar e intervir na sociedade, sinalizamos a sua utilização é imprescindível para o aprofundamento do debate sobre saúde mental e o uso de drogas. Através desta análise qualificada podemos observar qual é o público mais atingido pela contenção de investimentos em políticas sociais, pela privatização e focalização de serviços provocados pelas investidas neoliberais, sobretudo a partir da década de 1990 (CFESS, 2010). Além disso, a análise interseccional também nos auxilia na identificação das opressões que se expressam no cotidiano dos serviços e equipamentos de saúde mental, como o racismo e o sexismo, que interferem diretamente na qualidade do atendimento, escuta e diagnóstico oferecidos aos usuários.

Nesse sentido, o presente item propõe apresentar o contexto do surgimento da Reforma Psiquiátrica e suas contradições, bem como repensar o lugar social ao qual mulheres, sobretudo negras, foram historicamente postas. Saffioti (1976, p. 30), aponta que nas primeiras relações de produção já existiam seleções de cunho racial e de gênero. Portanto, reafirmamos que não é

possível tratar sobre saúde mental e suas implicações sem abordar estas intersecções. Dessa maneira, visamos trazer reflexões que desvelam a lógica moralizante e de controle de corpos e subjetividades reproduzidas a partir das intervenções profissionais e das relações sociais em geral.

Em consonância com Basaglia (2005), compreendemos que o manicômio advém e se mantém no bojo do sistema capitalista, operando como meio de exclusão de trabalhadoras e trabalhadores que perderam sua capacidade produtiva. Sendo esse uma instituição de violência, nos coloca frente a frente com as “reservas psiquiátricas” (BASAGLIA, 2005), que ganham contornos distintos quando nos referimos às opressões e explorações de gênero, raça e classe (CUNHA, 1989), tão necessárias à manutenção e perpetuação do modo de sociabilidade capitalista (DAVIS, 2016 *apud* PEREIRA e PASSOS, 2017).

Conforme mencionado no item 1.1, além da efervescência das produções feministas, os anos de 1960 e 1970 também foram cenário para questionamentos às instituições sociais. Na ocasião, a onda de críticas aos saberes, teorias e práticas das instituições asilares e da psiquiatria como um todo, desencadeou uma série de processos chamados de Reformas Psiquiátricas, abrangendo diversos países desde a década de 60 (PEREIRA; PASSOS, 2017). Assim, de acordo com Passos:

ao questionarmos o manicômio como dispositivo central de “tratamento”, a psiquiatria como saber e poder absoluto e a internação e o isolamento como única saída, é possível afirmar que está sendo colocado em xeque uma das formas de controle dos corpos, comportamentos e subjetividades mais perversa existente na sociedade (PASSOS, 2017).

Segundo Amarante (1995; 2007), as experiências de Reforma Psiquiátrica se dividiam em dois grupos: por um lado, aqueles que questionavam a organização, a estrutura dos espaços asilares e apontavam para sua reformulação; já o outro grupo considerava o Hospital Psiquiátrico como uma síncope da Psiquiatria, visando o aniquilamento destes espaços.

Dentro deste cenário, a experiência italiana, iniciada na década de 1960, se mostrou a mais exitosa, dado que foi a única a propor o encerramento completo do manicômio, e fomentar um pensamento e prática institucional que se voltassem não apenas para a reformulação dos serviços de saúde, como também para as transformações amplas na sociedade como um todo. A partir dessa experiência, que teve como precursores Franco Basaglia e Franca Basaglia⁸, houve uma significativa mudança legislativa, de atendimento à saúde, e também viabilização de novas formas de lidar com a loucura em meio às relações sociais. Tal perspectiva foi intitulada de "Psiquiatria Democrática" (AMARANTE, 2007).

⁸ Para maior aprofundamento recomendamos buscar Amarante (1994).

Conforme Basaglia, o manicômio e as diversas instituições que vão desde a família e as escolas até as prisões, são instituições da violência, uma vez que, elas dão base à reprodução do capital e a sua sociabilidade, seja pela finalidade educativa, de "culpa" ou de "doença" (2005, p. 94), além de realizarem o controle dos corpos, comportamentos e subjetividades (PASSOS, 2018). Ressaltamos também que essas instituições reproduzem diversas opressões, dentre elas destacamos o racismo e no cis-heteropatriarcado. Desta forma, uma espécie de *apartheid* social é formada a partir da sustentação exercida pelo manicômio e pela representação social da loucura.

A existência dos manicômios - símbolo daquilo que poderíamos definir como “reservas psiquiátricas”, equiparando-as ao *apartheid* do negro e aos guetos – é a expressão de uma vontade de excluir aquilo que se teme por ser desconhecido e inacessível, vontade justificada e cientificamente confirmada por uma psiquiatria que considerou o objeto dos seus estudos “incompreensível” e, enquanto tal, relegável à fileira dos excluídos... O doente mental é um excluído que, numa sociedade como a atual, jamais, poderá opor-se a quem o exclui, porque qualquer ato que venha a praticar está doravante circunscrito e definido pela doença. Assim, somente a psiquiatria, no seu duplo papel médico e social, pode ter condições de revelar ao doente o que é a sua doença e o que a sociedade lhe fez, excluindo-o dela (BASAGLIA, 2005, p. 117).

Dessa maneira, Basaglia afirma que as “reservas psiquiátricas” são formadas de parte da classe trabalhadora que já não mais produz - e que precisa não produzir. Assim, a doença mental e as instituições psiquiátricas se mostram intimamente ligadas às exclusões e opressões da sociedade. Como ressalta Passos (2017, p. 61), os manicômios sempre foram o lugar do isolamento, aprisionamento e abandono daqueles que não seguem a normalidade estabelecida pela sociabilidade burguesa, servindo assim como instrumento de ajustamento, adequação e castração dos sujeitos e suas subjetividades.

Em nome da ordem, da moral, dos bons costumes, da higienização, do patriarcado, do racismo e etc., internou-se inúmeros sujeitos que foram considerados desviantes, anormais, doentes e insanos pela psiquiatria, ou seja, todos foram vistos como transgressores (PASSOS, 2017, p. 55 e 56).

Passos (2019) sinaliza que Basaglia sofreu influência das publicações e pensamentos de Goffman, Foucault e Fanon, bem como pelo materialismo histórico dialético. No entanto, a autora denuncia que Fanon sofreu um apagamento histórico de sua contribuição na trajetória da Reforma Psiquiátrica. O autor possui uma vasta bibliografia referente à saúde mental e teve uma enorme contribuição para a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial, por sua escolha política de romper com o modelo de opressão, colonização e sujeição dos indivíduos. No entanto, a história da Reforma Psiquiátrica brasileira apagou sua contribuição e se limitou à experiência italiana de Basaglia.

De acordo com Fanon (2008), o colonialismo foi o criador da existência negra e também dos questionamentos acerca de sua humanidade, “o colono [fez] do colonizado uma espécie de quintessência do mal” (FANON, 2015, p. 58). O “negro”, produto da criação colonial, foi alocado na *zona do não ser*⁹, o lugar de inferioridade, de menosprezo, de retirada de sua humanidade, de seu valor social. Logo, tudo que fosse feito a ele não só era permitido, como também legitimado. Em seu livro, intitulado “Em Defesa da Revolução Africana”, de 1964, Fanon denuncia a função de controle e desumanização adotada pelo hospício e pela psiquiatria como estratégia de perpetuação do colonialismo (PASSOS, 2019). Nesse sentido, ressaltamos que o apagamento de sua contribuição é um retrato do racismo estrutural (ALMEIDA, 2018), sistema intrínseco à sociedade, que se manifesta através da naturalização do processo de desigualdade, subordinação, silenciamento e violência contra a população negra.

Basaglia, durante sua vinda ao Brasil, visitou o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, fundado em 1903 e popularmente conhecido como Colônia, foi o maior hospício do Brasil e cenário de um genocídio que vitimou ao menos 60 mil pessoas. O psiquiatra italiano descreveu Barbacena como um campo de concentração nazista, e que não havia presenciado nada igual em nenhum lugar do mundo. No livro “Holocausto brasileiro”, a autora Daniela Arbex (2019) retrata a realidade da Colônia e denuncia que cerca de 70% dos internos não tinham sequer diagnóstico de doença mental, eram epiléticos, homossexuais, prostitutas, alcoolistas, rebeldes, enfim, pessoas que de certa forma não se encaixavam na ordem social vigente.

Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelos menos trinta e três eram crianças. (ARBEX, 2019, p.14)

Basaglia (2005) compreende a doença mental enquanto produto das relações capitalistas, e nos convida a enxergar o sujeito como um todo, sem a classificação, patologização ou objetificação próprias dos moldes manicomial. Isso não significa ignorar a existência do sofrimento, mas sim compreender todas as suas particularidades, singularidades, problemas concretos do cotidiano e interseccionalizações presentes na construção da doença mental. O oposto da Psiquiatria Clássica, que realizava seus pareceres de acordo com valores morais e sociais da época.

A Psiquiatria Clássica se inaugurou a partir do gênero, o chamado “orgânico louco das mulheres” foi um conjunto de produções teóricas e acadêmicas que envolviam o saber psiquiátrico e

⁹ Fanon define como uma condição existencial onde o colonizado, negado em sua humanidade e consciência, é coisificado e reduzido ao “outro”, sempre contraposto ao europeu afirmado como expressão do *ser humano universal* (FAUSTINO, 2013)

sua relação com o que se considerava “feminino”. Tais estudos – amplificados não somente na área da Medicina, como também da Psicanálise, Psicologia, Sociologia, Antropologia, entre outros - analisavam corpos femininos, sobretudo negros, para afirmar sua inferioridade física, intelectual, moral e mental (MATHIEU, 2009 *apud* PEREIRA; PASSOS, 2017). A ideia de que ter um útero e uma vagina, induziriam à loucura fez com que o Brasil virasse referência internacional na retirada de ovários, grandes lábios e úteros de mulheres visando a cura da loucura, do alcoolismo, do uso de drogas ou até mesmo romper comportamentos desviantes.

Voltando à obra de Arbex (2019), o livro “Holocausto Brasileiro” também traz, despretensiosamente, um outro ponto importante para a análise da época, que são as fotografias. As imagens contidas na publicação nos apresentam um traço do perfil das pessoas que lá estiveram internadas, elas possuíam determinada cor/raça:

Esse pátio é a coisa mais horrível que se pode imaginar. **Devido à pigmentação negra de uma grande parte dos doentes aí recolhidos**, a imagem que se fica dele, é que tudo é negro. **O negro é a cor mais cortante**, mais impressionante; e contemplando uma porção de corpos negros nus, faz ela que as outras se ofusquem no nosso pensamento (BOSI, 2017, p. 26, *apud* PASSOS, 2018, grifos da autora).

À vista disso, Passos (2018), no artigo intitulado “*Holocausto ou navio negreiro?*”: *inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira*, nos convida a racializar a história da loucura no Brasil, bem como nos atentarmos aos impactos do colonialismo na construção da subjetividade negra brasileira e sua atualização em tempos de neoconservadorismo. Ou seja, a sociedade brasileira foi assentada em 3 séculos de escravização e aniquilamento da população negra e indígena, em contrapartida, não tivemos nenhuma política efetiva de reparação histórica. Ao contrário disso, nossos corpos e subjetividades continuaram a ser objetificados, estigmatizados e criminalizados. Portanto, não há como discutir sobre a história da Reforma Psiquiátrica brasileira sem racializar este debate.

De acordo com Kilomba (2016), no universo conceitual do branco, o sujeito negro é identificado como um objeto ruim e que foi projetado sobre sua existência a agressividade, a sexualidade, a ameaça, o perigo, a violência, a sujeira, o que permite com que à branquitude olhe para “si como moralmente ideal, decente, civilizada e majestosamente generosa, em controle total e livre da inquietude que sua história causa” (Kilomba, 2016, p. 174 *apud* PASSOS, 2019). Isso pode ser notado a partir de documentos e relatos da época, que revelam que as mais afetadas por procedimentos invasivos e mutiladores eram as mulheres negras, da mesma maneira os estudos anatômicos e patológicos reforçavam o estereótipo da mulher negra com a perversão sexual e a desordem mental. Desta forma, essa “ciência sexual – *racializada*” com viés altamente higienista,

reafirmava o lugar de inferioridade biológica das mulheres negras (CUNHA, 1989; MARTINS, 2004).

Tendo compreendido que a estrutura manicomial possui a função de controle dos corpos e subjetividades, que não são necessários muros para a reprodução de sua lógica (PASSOS, 2018), e que a desumanização da população negra é o retrato da estratégia de perpetuação do colonialismo, a partir deste momento avançaremos no debate sobre a Luta Antimanicomial no Brasil, seus avanços, retrocessos e os impactos sobre a população usuária dos serviços.

(...) O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida (CARTA DE BAURU, 1987).

Mesmo com muita luta e resistência desde o início do processo em 1989, a regulamentação da Reforma Psiquiátrica no Brasil se deu somente no ano de 2001, com a Lei nº 10.216, que propunha a extinção progressiva dos manicômios. A Lei aprovada diverge em muitos pontos do Projeto de Lei proposto inicialmente, mas ainda assim se materializa como um instrumento importante para o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Assim, acompanhada da portaria 336/2002, viabilizou a implantação de novos serviços e lógicas assistenciais em saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas (RTs), Leitos de Atenção Integral em Hospital Geral (LaiHG), atenção psicossocial por meio da Estratégia de Saúde da família e sua articulação com diversos setores como assistência, lazer, educação, cultura, entre outros (PEREIRA; PASSOS, 2017).

No entanto, apesar de todos esses progressos, podemos observar que questões ligadas às opressões de raça, classe e gênero, assim como a atualizações de lógicas manicomiais e outras formas de opressões existentes na sociedade capitalista, ainda são reproduzidas dentro destes espaços, visto que, a mudança não ocorre pela via da reestruturação do modelo e, sim, pela sua ruptura. E, conforme salienta Passos:

O manicômio estrutura-se para além de uma edificação, pois mesmo com o fim do hospital psiquiátrico ainda experimentamos inúmeros formatos e formas de *apartheid* social, expressas pela via da medicalização e patologização da vida, pela internação compulsória, pela esterilização coercitiva, pela higienização urbana e demais fenômenos, ou seja, o manicômio é social, uma vez que ele está introjetado e reproduzido nas relações sociais (2018, p.13).

Passos (2017) alerta que uma reforma psiquiátrica não é, necessariamente, antimanicomial, e que no próprio processo de construção da experiência brasileira identificam-se forças conservadoras da psiquiatria tradicional que defendem a reorganização dos serviços em saúde mental. “Entre os antimanicomiais também encontramos aqueles que defendem a humanização e reorganização do hospício, o que nos convoca a reflexão e debates a todo instante.” (PASSOS, 2017, p. 56). A autora afirma que desde que a Reforma Psiquiátrica se tornou uma política pública, em 1992, a direção tem sido antimanicomial expressa, principalmente, pela estratégia da desinstitucionalização, mas que há em curso uma “crise” na direção da política.

Tal disputa de projetos pode ser identificada na portaria 3088/2011, que autorizou a formalização do financiamento das Comunidades Terapêuticas (CTs)¹⁰, “ou seja, dispositivos considerados manicomiais, com carácter religioso e que não possuem uma equipe técnica passam a compor a rede de saúde mental” (PASSOS, 2017, p. 58). Este processo iniciou uma instabilidade mais aprofundada no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira e da Luta Antimanicomial (GUIMARÃES; ROSA, 2019). Esse é um retrato do projeto de modernização manicomial. Tal medida ocorreu em meio ao mandato do último coordenador de saúde mental do Ministério da Saúde, reconhecido como antimanicomial, mas que expressava o carácter de “reforma simpática”, que não tensiona as relações estabelecidas, e ainda as reproduzem (PASSOS, 2017).

Em dezembro de 2011 foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por meio da portaria 3.088. A RAPS integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. A rede é composta por diversos equipamentos, e está presente:

- Na atenção básica: Unidade Básica de Saúde; Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Consultório de Rua; Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Carácter Transitório; Centros de Convivência e Cultura;
- Na atenção psicossocial estratégica: Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades;
- Na atenção de urgência e emergência: SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência /pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde;
- Na atenção residencial de carácter transitório: Unidade de Acolhimento; Serviço de Atenção em Regime Residencial;

¹⁰ Para maior aprofundamento buscar Passos et al. (2020).

- Na atenção hospitalar: Enfermaria especializada em hospital geral; Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;
- Na estratégia de desinstitucionalização: Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Programa de Volta para Casa (PVC);
- Na estratégia de reabilitação psicossocial: Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais;

Em dezembro de 2013 ocorreu o I Encontro Nacional da RAPS, na ocasião, os participantes do evento elaboraram, aprovaram e divulgaram a “Carta do I Encontro Nacional da RAPS”. Nela, trabalhadores, usuários e familiares denunciaram a grave ameaça que a política de saúde mental, álcool e outras drogas vem sofrendo, em contrapartida ao financiamento público das CTs; o aumento exponencial das internações compulsórias e as medidas higienistas utilizadas pelo poder público (PASSOS, 2017).

Passos (2017) aponta que desde seu surgimento, a Reforma Psiquiátrica brasileira sobrevive em meio às disputas de diferentes interesses, que são: a proposta radical com base na Luta Antimanicomial, que visa não somente o fim dos manicômios em si, como também a superação do modo de sociabilidade que reproduz opressões e produz adoecimento, independentemente de muros; a proposta de manutenção da perspectiva manicomial, que tem por objetivo manter toda a estrutura que sustenta este modo de sociabilidade desigual e adoecedor; e a que tenta realizar uma modernização do manicômio, ou seja, não altera sua estrutura, apenas realiza mudanças de caráter legislativo e assistencial.

Para cumprir acordos políticos, no contexto anterior ao golpe que levou Michel Temer à presidência, propostas conservadoras e neoliberais promoveram mudanças na gestão da PNSM. A partir disso, a Reforma Psiquiátrica brasileira vem experienciando uma sucessão de ataques neoliberais que estão pondo fim a políticas que levaram pelo menos três décadas para serem consolidadas. E nesse contexto, nota-se uma reatualização de uma perspectiva manicomial, além da emergência de líderes religiosos, que em sua maioria são proprietários das CTs, e configuram-se como “salvadores” a quem se deve gratidão, ou seja, o usuário é destituído da condição de cidadão, sujeito de direitos (GUIMARÃES; ROSA, 2019).

Passos (2018) sinaliza que antes do golpe parlamentar que destituiu a presidenta Dilma Rousseff houve uma “dança das cadeiras” nos ministérios, advinda dos pactos entre os partidos que estavam no poder, para que não houvesse impeachment, mas não funcionou muito bem. No entanto,

durante todas essas mudanças, foram substituídos o Ministro da Saúde e, posteriormente, a coordenação de saúde mental:

O final do ano de 2015 foi marcado por esse enorme retrocesso, já que foi a primeira vez, depois de 23 anos, que a política de saúde mental deixa de ser gerida por alguém que não fosse em prol da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial. (PASSOS, 2018, p. 18)

Naquele contexto, Valencius Wurch¹¹ assumiu a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. No entanto, houve a organização e luta do movimento que ficou conhecido como “Fora Valencius”, e o psiquiatra foi exonerado. Após a sua saída, o médico psiquiatra Quirino Cordeiro Junior, foi indicado pelas forças conservadoras da psiquiatria tradicional para assumir o cargo. Quirino permaneceu no cargo de 2017 a 2019, e durante todo o seu mandato se mostrou contrário aos princípios e diretrizes do SUS. Podemos sinalizar esta gestão como o marco da intensificação dos retrocessos e dos ataques diretos à política de saúde mental com o desmonte da RAPS, bem como da ascensão das CTs. Em 2019, Quirino assume a Secretaria de Cuidados e Prevenção às Drogas do Ministério da Cidadania, dando seguimento ao projeto de incentivo às CTs.

De acordo com Guimarães e Rosa (2019), a Portaria GM/MS 3.588/2017, que dispõe de alterações à RAPS, provocou significativas mudanças na contramão da Reforma Psiquiátrica. Outro grande retrocesso foi a resolução 01/2018, que passa a orientar a abstinência ao invés da Estratégia de Redução de Danos (RD).

Esta estratégia parte do pressuposto de que todas as pessoas têm direito à saúde, até aquelas que não conseguem ou não desejam interromper o uso de drogas, ainda que seja um uso prejudicial, e é dever do Estado garantir esse acesso, como previsto na constituição. A política avalia que a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado, pois quando se trata de cuidar de vidas humanas é necessário lidar com as particularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. A estratégia, como o próprio nome diz, é um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas. Ao invés de prevenir o uso de drogas, previne-se os danos causados pela substância (ARAÚJO, 2021).

Este conjunto de alterações nos permitem compreender o direcionamento do cuidado que deixa de ser pautado pela redução dos riscos e passa a pautar a proibição com foco nas internações em comunidades terapêuticas (ARAÚJO 2021).

É evidente o crescimento do projeto de incentivo às CTs. Enquanto os repasses aos equipamentos públicos da RAPS estavam sendo suspensos, houveram editais milionários de financiamento de vagas em CTs. De acordo com Guimarães e Rosa (2019), no ano de 2018, R\$ 87

¹¹ Psiquiatra filiado à ideologia manicomial e privatista, Valencius foi um dos protagonistas da mais recente história de violência e violação de direitos humanos aos internos do maior hospital psiquiátrico da América Latina, do qual era diretor. O hospital era localizado em Paracambi, na Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro, e foi fechado por ordem judicial em 2012 (VIANA, 2018).

milhões foram assegurados ao novo pacto federal de acolhimento em comunidades terapêuticas através do Edital nº 01/2018 SENAD enquanto que no mesmo ano a portaria nº 3.659 suspendeu o repasse de R\$1.077.141,12 ao CAPS, SRTs, UAs e Leitos de saúde mental nos hospitais gerais. Destacamos que, de acordo com relatórios do Conselho Federal e de Psicologia sobre as CTs, todos os estabelecimentos apresentaram:

(...) violações de direitos humanos, maus tratos, violência física, compulsoriedade religiosa, laborterapia, asilamento obrigatório, abstinência como condição para o tratamento. (...) Da mesma maneira, a não participação em atividades ou a não adesão às práticas mencionadas estavam diretamente vinculadas a medidas punitivas (por vezes, chamadas de "socioeducativas"), tais como perdas de visitas familiares, telefonemas ou acesso à correspondência (PEREIRA e PASSOS, 2017, p. 117).

O ano de 2019 também foi marcado por profundos retrocessos, principalmente devido ao reconhecimento legal das CTs na chamada “Nova lei de drogas”, Lei nº 13.840, que alterou a Lei federal 11.343/06. Nesse mesmo ano também foi publicada a nova Política Nacional sobre Drogas, e ambas as legislações reconhecem e promovem incentivo às CTs e implicaram na abertura de outros editais milionários de financiamento (ARAÚJO, 2021).

O Decreto nº 9.761, de abril de 2019, aprovou a Política Nacional sobre Drogas (Pnad) e determinou, em seu artigo 3º, que a Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas do Ministério da Cidadania e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça e Segurança Pública seriam os articuladores e coordenadores da implementação da Pnad, no âmbito de suas competências. Dessa forma,

essa política tornou-se assunto de dois Ministérios, ao Ministério da Justiça e Segurança Pública coube implementar ações que visem reduzir a oferta de drogas, como a repressão ao uso de drogas ilícitas, o combate ao narcotráfico, à corrupção, à lavagem de dinheiro, ao crime organizado e crimes conexos; e a gestão de ativos criminais vinculados ao narcotráfico. Já o Ministério da Cidadania é responsável por ações que promovam a prevenção ao uso de drogas, as ações ficam concentradas na Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (Senapred), sob coordenação de Quirino Cordeiro Júnior que assumiu após deixar a pasta de saúde mental, e tem como pauta principal as comunidades terapêuticas (ARAÚJO, 2021).

Não obstante, em 2020, em meio a pandemia do Coronavírus, o Ministério da Saúde criou um Grupo de Trabalho que propunha a revogação de portarias referentes à Política Nacional de Saúde Mental, colocando em risco o funcionamento da RAPS e o modelo de atenção psicossocial. A última medida do governo Bolsonaro referente à PNSM foi a nomeação de Rafael Bernardon à

Coordenador Geral de Saúde Mental, Álcool e outras drogas, importante ressaltar que o psiquiatra ocupou a chefia do serviço de eletroconvulsoterapia¹² no estado de São Paulo.

Neste cenário, sinalizamos que propulsão das CTs em contraponto ao desfinanciamento da Raps, além de todos os outros ataques a PNSM, ocasionam a impossibilidade de uma assistência que considere aspectos múltiplos que possam tratar este determinado público de acordo com suas necessidades reais, além de reduzir o sofrimento psíquico apenas à aspectos médicos e biológicos, que desconsideram os aspectos sociais, econômicos e culturais. Apontamos também que os retrocessos na saúde mental brasileira atingem sumariamente a um determinado público usuário destes serviços, que tem cor e classe social bem determinados. Logo, não levar em consideração as complexas distinções e interseções que atravessam o público atendido nestes espaços é assegurar a reprodução da lógica manicomial e opressora que garante a manutenção do *status quo*.

De acordo com o levantamento do perfil racial dos usuários atendidos em CAPS (SILVA *et al.*, 2017), no que se refere à escolaridade dos usuários, 9% são analfabetos ou não têm grau de instrução, 55% frequentaram fundamental incompleto ou completo, 19% têm ensino médio incompleto ou completo, e apenas 4% apresentam ensino superior incompleto ou completo. Quanto à situação de trabalho, a maioria (36%) encontra-se desempregada ou sem ocupação, 7% recebem algum tipo de benefício e 7% são aposentados e 24% encontram-se na situação de assalariado, autônomo ou trabalho informal.

Apesar da raça ser um importante marcador de desigualdade social no Brasil, o uso da variável raça/cor para caracterizar os usuários dos serviços de saúde mental ainda é reduzido. Dos 17 artigos selecionados para a pesquisa, apenas três utilizaram a variável raça/cor na descrição dos usuários do serviço, e neles a proporção de negros era de 77,5% (ALMEIDA, 2014), 27,4% e 29,1% (RODRIGUES *et al.*, 2013), e estes eram referentes aos estados da Paraíba, de São Paulo e do Rio Grande do Sul, respectivamente, enquanto no mesmo período a proporção de negros nesses estados era de 58,4%, 34,6% e 16,2% (IBGE, 2012). Ou seja, a proporção de pessoas negras atendidas pelos CAPS ultrapassou a porcentagem de negros habitantes de alguns estados.

Segundo Lopes (2004), brancos e negros têm as mesmas doenças, mas a intensidade em que ela ocorre e a forma como o cuidado é ofertado são diferentes. A população negra ainda sofre com o estigma da exclusão e a segregação social, portanto, as formas de nascer, viver, adoecer e morrer são desiguais quando comparadas com a população branca. Além de serem os mais pobres,

12 Procedimento excessivamente invasivo que utiliza correntes elétricas a fim de produzir uma convulsão generalizada no usuário, tal medida era utilizada como forma de castigo e subjugação aos internos de manicômios.

possuírem as menores remunerações e terem o acesso precário, quando não restrito, aos serviços de infraestrutura e de saúde. O racismo institucional sob o qual negras e negros são submetidos cotidianamente, influencia na relação entre o profissional de saúde e o usuário do serviço (DOMINGUES *et al.*, 2013).

Em vista disso, trazemos à reflexão a autora Neuza Santos Souza, em seu livro intitulado *Tornar-se negro*, de 1983, nesta obra a autora explicita o quanto o racismo e as relações construídas a partir dessa opressão desenvolvem sofrimentos psíquicos para as mulheres negras. A autora mostra que se os sofrimentos de mulheres, a partir das opressões de gênero, são invisibilizados e lidos socialmente como “frescuras de mulher” – segundo à racialização branca da ideia do *feminino* (MATTOS, 2020, p.48, grifo nosso) –, por outro lado, o sofrimento de mulheres negras, pautado pelo racismo, não são levados em consideração e permanecem invisíveis. A dupla identidade, mulher e negra, carrega em si diversos atravessamentos gerados pelo racismo e sexismo (GONZALEZ, 1984), além dessas interseções, as mulheres negras também são atravessadas pelas opressões de sexualidade, geracionais, de territórios, entre outros lugares que fazem parte da multiplicidade dos modos de vidas de mulheres negras (LIMA, 2017).

Nesse sentido, Foucault (2014 *apud* LIMA, 2017), apresenta a raça enquanto produto fictício da modernidade para sustentar uma forma de poder político e social de indivíduos que não se consideram racializados sobre os demais. Lima (2017) aponta como essa racialização materializada em mulheres negras produz diversos processos de subjetivação singulares e diversos, entretanto, marcados pela exclusão de diversos processos sociais. Nessa perspectiva, a produção do sofrimento psíquico que atinge essas mulheres acentua-se na medida em que elas passam por violações de direitos durante o pré-natal, parto ou pela perda de suas próprias vidas durante um aborto inseguro, pela perda de seus filhos, seja em razão da “guerra às drogas” ou pela separação compulsória, pela violação nos serviços psiquiátricos, pela medicalização para silenciar suas dores, dentre tantos outros processos adoecedores nos quais a produção social da loucura ganham concretude.

Por fim, ressaltamos que as situações de opressão expressas no “tratamento” de seus sofrimentos e as experiências cotidianas, sejam elas nas cenas de uso, nos presídios e/ou hospitais de custódia, ou mesmo nos CAPS, são o retrato do silenciamento desses sofrimentos, e contribuem para a perpetuação do aniquilamento desses corpos e subjetividades.

CAPÍTULO 2

MULHERES NEGRAS, CUIDADO E MATERNAGEM

Ao explorarmos, no primeiro capítulo, a teoria interseccional e seu diálogo com a saúde mental, compreendemos que as subjetividades são forjadas a partir do lugar social no qual cada ser se localiza, e que os ataques e retrocessos sofridos pela PNSM influem diretamente sobre a saúde mental da população negra, visto que esta é a maior usuária dos serviços de saúde mental (SILVA, 2017). Assim, destacamos que o aniquilamento das possibilidades de cuidado aos sujeitos negros é mais uma das expressões do colonialismo que ainda impera na sociabilidade brasileira.

Dito isso, levantaremos aqui um outro questionamento: como pensar a maternagem de mulheres negras, sobretudo as que fazem uso prejudicial de drogas ou estão em situação de rua, sem levar em consideração todos os processos políticos e sociais que historicamente as afastam de qualquer possibilidade de cuidado? Como pensar este cuidado sem destacar também a responsabilidade constitucional do Estado de proteção às famílias?

Nesse caminho, o presente capítulo propõe-se a trazer uma discussão acerca dos conceitos de cuidado, cuidado colonial e de maternidade. O mesmo subdivide-se em três partes: na primeira, tratamos da exoneração do Estado de seu papel constitucional de proteção e promoção do cuidado em contraponto à responsabilização das famílias, ou melhor, das mulheres/mães; a segunda parte expõe o recorrente processo de violência que ainda retira as mulheres negras do lugar de humanidade e, conseqüentemente, de gênero e maternagem; já a terceira parte trata especificamente da saúde mental de mulheres negras, os processos que desencadeiam o sofrimento e a manicomialização destas mulheres.

2.1. Cuidado e família

Para adentrarmos ao debate, inicialmente apresentaremos o nosso entendimento sobre o conceito de *cuidado* a partir das categorias primordiais e os fundamentos teóricos. Para Lukács (1979), o trabalho é a relação direta de interação do ser social com a natureza. As condições para a existência e a sobrevivência do gênero humano surgem a partir deste pressuposto ontológico primário, e é por meio do trabalho que ocorre a transformação da natureza, a transformação do indivíduo com ele mesmo e a transformação das relações sociais. Ao longo desse processo de transformações, se construíram novas necessidades para a sua existência. E nesse movimento de busca pelas satisfações humanas materiais se constituíram novos processos, objetos e instrumentos,

bem como novas e diversas necessidades e capacidades. Ao transformar a natureza na busca da satisfação de suas necessidades, o ser social se transforma e se modifica, produzindo as relações sociais, constituindo sua humanidade e construindo a história (PASSOS, 2016).

A partir disso, podemos identificar três atos históricos: o primeiro se refere à produção dos meios que possibilitem a satisfação das necessidades materiais; o segundo está relacionado à ação de satisfazer a primeira necessidade e o instrumento de satisfação adquirido anteriormente, gerando novas necessidades; já o terceiro se refere ao desenvolvimento histórico dos indivíduos, em que na própria renovação da vida cotidiana inicia-se o processo de criação de outros seres, de procriar (a relação entre homem e mulher, pais e filhos) e de fundar a família (PASSOS, 2016).

Nesse processo, há uma coexistência em relação a esses três atos históricos: "a produção da vida, tanto da própria, no trabalho, quanto da alheia, na procriação, aparece desde já como uma relação dupla - de um lado, como relação *natural*, de outro como relação *social*" (Marx e Engels, 2007, p. 34, *apud* PASSOS, 2016, p. 285, grifo nosso). Para os autores, é através do processo de cooperação entre os indivíduos que podemos localizar elementos que identificam o cuidado enquanto resultado da coexistência do trabalho e das relações sociais. Assim, de acordo com Passos (2016),

Pensar o cuidado enquanto resultado da coexistência de trabalho e relações sociais possibilita-nos apontar as seguintes questões: 1) Enquanto procriação, existe a necessidade de se pensar a sobrevivência dos indivíduos que não podem executar o trabalho para satisfazer as suas necessidades ontológicas primárias; logo, é preciso que um outro trabalhe para satisfazê-los; 2) Enquanto relação social será determinado como, por quem, onde e de que forma o cuidado deve ser executado. Logo, resulta de determinadas necessidades sociais estipuladas a partir do desenvolvimento da sociabilidade e das forças produtivas (PASSOS, 2016, p. 285-286).

Destacamos que a constituição da família¹³ foi fundamental para a organização do cuidado, estabelecendo-o enquanto atribuição social a um de seus membros e às suas formas de execução. É nesse espaço que se torna possível reproduzir modos de vida social (PASSOS, 2016). De acordo com Passos, as condições de viabilização do cuidado são transformadas com o desenvolvimento das forças produtivas e da reprodução social. E, na perspectiva da ética do cuidado, o cuidado deve ser repartido por todos e não estar restrito às mulheres ou às famílias (2016; 2020).

De acordo com Passos (2020), as maneiras de provimento e viabilização do cuidado são alteradas de acordo com o desenvolvimento das forças produtivas e com o modo de reprodução

¹³ De acordo com Almeida (2014, p. 189), "a família dispõe de um lugar 'natural' de proteção dos sujeitos. (...) além de ser um grupo social, a família constitui-se em um 'valor'. De modo que a intensificação do cuidado pela família reatualiza velhos conceitos, como características e aptidões naturais de gênero ou ainda solidariedade intergeracional, entre outros. Elementos que configuram o 'sentimento de família', as definições sobre o que uma família é para um sujeito, marcadamente um grupo com o qual se pode contar, onde se oferece ajuda etc."

social. Assim, no modo de produção capitalista, e em sua divisão social e sexual, o trabalho do cuidado ficou a cargo das mulheres e vinculado à determinada “essência feminina” (PASSOS, 2017), como algo natural, e não como um valor atribuído socialmente. Contudo, a teoria interseccional nos oferece subsídios para a compreensão de que nem todas as mulheres serão designadas a ocupar esta função, e é isso que veremos mais à frente.

Abril de 2016, Sessão da Câmara dos Deputados, na qual homens brancos de classe média alta, esbravejavam “por Deus e pela proteção das famílias” para justificarem seus votos a favor do início do processo de impeachment da presidenta Dilma Rousseff ¹⁴. “Na medida em que as relações sociais e de força se naturalizam, o Estado pode se projetar como uma entidade que expressa os interesses da sociedade como um todo” (OSÓRIO, 2017, p. 26) e, no entanto, agir na garantia dos privilégios da classe dominante:

Se algo caracteriza o Estado capitalista é a fetichização das relações de poder e domínio, o que impede que essas relações apareçam tal como são, e ocorra a reconstrução da ficção de um mundo de homens livres e iguais, ao mesmo tempo em que o Estado aumenta a sua presença enquanto entidade abstrata. Com isso, a burguesia encontra a solução para um problema nada menor: a sua promessa civilizatória de construir um mundo de homens livres e iguais (OSÓRIO, 2017, p. 29).

Em menos de um ano após o golpe parlamentar, estes mesmos homens iniciaram o processo de desmonte de políticas sociais, de privatização de bens públicos e da eliminação de direitos civis, sociais e trabalhistas que garantiam minimamente condições de cidadania à população brasileira. Assim, compreendemos que o Estado nada mais é do que a própria expressão da violência que se condensa em normas e legislações, de forma que aparente um caráter imparcial, mas no fim das contas o interesse é o mesmo: a garantia de privilégios da classe dominante, e o domínio e aniquilação das classes subalternizadas.

Dados apresentados pelo IBGE ¹⁵ apontam para a impossibilidade de haver proteção das famílias nas suas características contemporâneas, com as condições de vida da população e o dismantelamento da proteção social em curso no país (MIOTO, 2020). Com isso, as perguntas a serem feitas são as seguintes: O Estado realmente protege? A qual modelo de família aqueles parlamentares se referiam? A quem eles queriam proteger?

¹⁴ Disponível em:

<http://g1.globo.com/politica/processo-de-impeachment-de-dilma/noticia/2016/04/deus-filhos-veja-os-termos-mais-citad-os-na-votacao-do-impeachment.html>. Acesso em: 26 jul. 2021.

¹⁵ Para maior aprofundamento, consultar a Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.

A Constituição Federal (CF), ao declarar a família como base da sociedade, impôs ao Estado o dever de promover a proteção especial à esta entidade¹⁶ (BRASIL, 1988). De acordo com Dias (2001), o Estado não tem somente o dever de proteger e se abster de praticar atos que atentem contra a dignidade humana, como também de ser responsável por ações positivas. Para Osório (2017), o Estado é o centro do poder político, porque é nele que se condensa a força social que organiza a vida em comum, ou seja, um organismo que realiza a intermediação das forças existentes na sociedade. No entanto, essa mediação não é feita de forma neutra. Observemos:

Em diversos pontos o Estado tem a particularidade de assumir demandas e posições de todas as classes, frações e setores. Porém, assume-as com a condição de que há classes que detêm o poder jurídico e outras não. Desta forma, muitos interesses sociais adquirem expressão na vida em comum, mas com limitações estabelecidas pelos interesses dos grupos sociais dominantes (OSÓRIO, 2017, p. 27)

Assim, ao considerarmos a formação sócio-histórica da sociedade brasileira, assentada no colonialismo, no racismo e no cis-heteropatriarcado, compreendemos que, a todo momento, o Estado se configurou enquanto um escritório da burguesia colonial, um executor de todas as opressões e violências predeterminadas pela classe dominante para que a mesma tivesse condições concretas de manter seu poder econômico.

Holanda (2017) enfatiza que a “improvisada” burguesia urbana no Brasil nasceu impregnada pela marca da família, trazendo em sua formação a assimetria entre o patriarcalismo e personalismo marcados pelos costumes e moldes de vida que se tentava construir à semelhança dos países considerados mais avançados. A Igreja Católica foi decisiva na definição de família que passou a fazer parte das constituições brasileiras. Ou seja, passou-se a considerar um “modelo ideal de família”, que era constituída por homem-pai / mulher-mãe e filhos (MIOTO, 2020). Tendo como parâmetros o eugenismo e o higienismo, tudo que fugisse à regra do modelo ideal era considerado abominável, portanto, impassível de proteção.

Partimos das contribuições de Fanon (2008; 2015), no que se refere à concepção universal de humano destinada apenas aos brancos, à supressão da pluralidade dos negros e a sua alocação na *zona do não ser*. Assim, podemos identificar o colonialismo como o marco zero da desumanização e desassistência de famílias negras, e o racismo como base estruturante e estrutural da sociabilidade brasileira (ALMEIDA, 2018), o que gera impacto direto na criação de políticas públicas e sociais, na condução das instituições e das relações sociais.

¹⁶ Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado; § 8º O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações (BRASIL, 1988).

A relação entre proteção e família tem variado ao longo do tempo. No Brasil colônia, a responsabilidade pela saúde, educação e assistência social ficava a cargo da família e da Igreja. No início do século XX, o sistema de proteção social teve como pilar o trabalho e a família (MIOTO, 2020). Goldani (2005) compreende que as “políticas referidas à família” têm na sua composição elementos que propõem o fortalecimento das funções sociais da família, principalmente no que se refere à reprodução da força de trabalho no contexto da emergência do capitalismo. As políticas familistas visam intervir na modelação das famílias, buscando conformar a partir de um modelo ideal. Dessa forma, a família através do *adequado* cumprimento de suas funções estaria, junto com outras instituições, sustentando a harmonia e a coesão social (MIOTO, 2020).

Neste contexto, as famílias que não conseguissem atender as necessidades de seus membros por meios próprios, ou seja, o trabalho remunerado formal, estariam sob tutela das ações filantrópicas. No entanto, a proteção social vinculada à figura do trabalhador se torna um enorme obstáculo para a população negra, visto que as disparidades historicamente criadas pelo processo de colonização e perpetuadas pela ausência sistemática de políticas públicas em consequência da abolição inconclusa (BURITY, 2006), que não permitiu, no período pós-escravista, que a população negra experienciasse a incorporação (formal) de sua força de trabalho na sociedade. Logo, esteve às margens do acesso às políticas sociais e da cidadania regulada (SANTOS, 1979).

Apesar da CF ter determinado ao Estado o dever pela proteção social, a família continuou tendo centralidade no campo da provisão de bem-estar. “Na formação capitalista sob a égide do liberalismo, a família se conforma como o espaço privado por excelência e, como espaço privado, deve responder pela proteção social de seus membros.” (MIOTO, 2009, p.133). Ainda hoje, o forte caráter familista encontra-se expresso nas políticas públicas que criam expectativas de funções familiares de cuidado e proteção, fundamentadas no modelo familiar eurocêntrico. Além de invisibilizarem a concepção de proteção enquanto um dever também do Estado, tais políticas ainda desconsideram que as condições objetivas para a provisão de cuidado e bem-estar são profundamente atravessadas pelas opressões e desigualdades de raça, classe, gênero (MIOTO; CAMPOS; CARLOTO, 2015).

Assim, retornamos ao questionamento levantado no início deste tópico, sobre a quais famílias aqueles homens brancos estavam se referindo, e a resposta é bem simples e direta: notoriamente se referiam ao dito modelo ideal de família, composto por um homem (branco), uma mulher (branca, bela, recatada e do lar) e seus descendentes. E nesse caminho, as famílias negras, sobretudo as que são compostas por mulheres/mães que estão em situação de rua ou que fazem uso

prejudicial de álcool e outras drogas, estarão completamente desassistidas. Dado que, de acordo com a ideologia dominante, esta mulher deveria garantir, por meios próprios, a sua proteção e a de sua família, assim, se ela não consegue dar conta disso, a culpa é única e exclusivamente dela.

Este tópico teve por objetivo desvelar que a exoneração do Estado de seu papel constitucional de proteção e promoção do cuidado, em contraponto a ampliação da responsabilização das famílias, nada mais é do que o próprio retrato de sua função de produção e reprodução das opressões que dão bases ao sistema capitalista. Cabe destacar que a face eugenista que tem sido cada vez mais escancarada pelo atual governo, não se trata de uma política atual, mas sim de uma política de Estado, visto que a proteção social e a garantia dos direitos humanos fundamentais estabelecidas na CF nunca foram plenamente experienciadas pelas famílias negras e que esse sempre foi o *modus operandi* do Estado para desumanizar, objetificar e exterminar a existência da população negra.

2.2. Cuidado colonial, racismo e maternagem

O modo de produção capitalista é composto por múltiplos grupos sociais envolvidos em relações sociais diversas, desiguais e hierárquicas. Como acompanhamos no tópico anterior, as mulheres serão destinadas à execução do cuidado a partir da noção de “essência feminina” (PASSOS, 2017). Contudo, considerando-se que a categoria “mulher” não pode ser compreendida a partir de uma noção universal e homogênea, precisamos destacar que essa essencialização do feminino, o papel de boa esposa, *boa mãe*, mulher gentil e amável, não contemplará um determinado grupo de mulheres que se encontram na intersecção dos marcadores sociais da diferença e, aqui, destacamos as mulheres negras. Segundo Passos (2017), essa sobreposição dos marcadores de gênero, raça e classe, vai levá-las a permanecerem na execução do trabalho doméstico e de cuidados, não só como uma relação de extensão da esfera reprodutiva, mas estabelecida e demarcada pela colonialidade, pelo patriarcado e pelo racismo.

Cabe recordar o discurso de Sojourner Truth, intitulado “*E eu não sou uma mulher?*”, na Convenção dos Direitos das Mulheres em Ohio:

Aquele homem ali diz que é preciso ajudar as mulheres a subir numa carruagem, é preciso carregar elas quando atravessam um lamaçal e elas devem ocupar sempre os melhores lugares. Nunca ninguém me ajuda a subir numa carruagem, a passar por cima da lama ou me cede o melhor lugar! E não sou uma mulher? Olhem para mim! Olhem para meu braço! Eu capinei, eu plantei juntei palha nos celeiros e homem nenhum conseguiu me superar! E não sou uma mulher? Eu consegui trabalhar e comer tanto quanto um homem – quando tinha o que comer – e também aguentei as chicotadas! E não sou mulher? Pari cinco filhos e

a maioria deles foi vendida como escravos. Quando manifestei minha dor de mãe, ninguém, a não ser Jesus, me ouviu! E não sou uma mulher? (TRUTH, 1851 *apud* MOURA, 2009)

Truth foi uma norte-americana ex-escravizada, que se tornou abolicionista e ativista pelos direitos das mulheres. Em 1851, Truth já denunciava a diferença crucial entre a condição das mulheres negras e brancas. Enquanto àquela época mulheres brancas lutavam pelo direito ao voto e ao trabalho, mulheres negras lutavam para serem consideradas humanas, e aqui resgatamos o caráter objetificador da colonialidade (FANON, 2008). Infelizmente, essa diferença central acompanha as mulheres negras até os dias atuais e tem suas manifestações particulares no Brasil.

Na experiência brasileira, assentada em um sistema cis-heteropatriarcal, racista e colonialista, ocorreu a imposição das mulheres negras ao papel de protagonistas do trabalho invisível e subalterno que diz respeito à esfera reprodutiva da vida, ou seja, lavar, cozinhar, passar, executar serviços de limpeza, e também, cuidar. Assim, de acordo com Passos (2017):

Essa essencialização do feminino, para a mulher negra, tende a ser explorada de forma avassaladora e perversa, antes pelo senhor de escravos (pela exploração sexual, para servir na Casa Grande, como ama de leite), agora pela mercantilização do trabalho doméstico e de cuidados, via mercado privado ou pelas políticas públicas. Podemos perceber que as atribuições permanecem as mesmas, só que em um cenário completamente diferente (PASSOS, 2017, p. 88).

Segundo Gonzalez e Hasenbalg (1982), a raça, como atributo social e historicamente elaborado, funciona como um dos critérios mais importantes na distribuição de pessoas na hierarquia social. Assim, destacamos que há, no “cuidar”, uma contradição singular que persegue as mulheres negras desde o período colonial. Note que, se por um lado, estas mulheres supostamente haveriam o “dom do cuidado”, seja para o lar ou para com o outro, como se pode encontrar nos anúncios de jornais que circulavam nos anos de 1800: “*Vende-se uma bonita negrinha de 16 annos, cose muito bem, engomma, lava e cozinha; na rua de S. Pedro, n° 161*”¹⁷. Por outro lado, estas mesmas mulheres nunca tiveram um suporte social para cuidarem de si, de seus lares ou de suas próprias famílias. Isto nos traz à recordação o quadro “Mãe preta”, de 1912, onde uma mulher, negra e jovem, sentada no chão, amamenta um bebê branco ao colo enquanto olha com um ar melancólico para um neném negro que está deitado ao lado, e a criança atenta à mãe, como quem espera a sua vez de tomar do leite materno. Podemos dizer que este é o retrato da mãe preta brasileira:

¹⁷ Jornal do Commercio, quinta-feira, 4 de janeiro de 1872; e quarta-feira, 10 de abril de 1872.



Fonte: Lucílio de Albuquerque (1912)

Ao analisarmos a experiência do ser mulher negra, a funcionalidade do seu lugar de reprodução está coisificada, ou seja, está na *zona do não ser* (FANON, 2008), não podendo esta ser mulher e nem mãe, alocada somente no papel de provedora de bem-estar e cuidado às famílias – brancas. Nesse sentido, uma das heranças destinadas e deixadas às mulheres negras pelo colonialismo é o que denominamos de “*cuidado colonial*” (PASSOS, 2021).

Conforme aponta bell hooks (2019), a mulher negra é tão distanciada de sua humanidade que para esta é negada até sua condição de mulher. Assim, podemos analisar que o colonialismo brasileiro produziu a negação da maternidade para a mulher negra, mesmo que essa seja uma condição lida socialmente como essencial para a completa experiência do ser mulher. A objetificação da mulher negra criou a mercantilização de sua maternagem, logo, a ela foram negados a escolha e o direito de ser mãe. Essa é a mulher que vai ninhar e maternar as crianças brancas, não sendo-lhe permitido construir sua família e muito menos gestar, parir e cuidar de sua prole (BADINTER, 1985; GIACOMINI, 1988; GONZALEZ; 1984; PASSOS; 2021).

(...) A realização combinada dos potenciais produtivos e reprodutivos da escrava se revelaram incompatíveis sob uma lógica que privilegiou o lucro imediato e conduziu objetivamente ao consumo dos escravos no processo de produção. Compreende-se, pois, que as negras pejadas e as que amamentavam não eram dispensadas da enxada: duras fadigas impediam em algumas o regular desenvolvimento do feto, em outras mingua a secreção do leite, em quase todas geravam o desmazelo pelo tratamento dos filhos, das doenças e a morte às pobres crianças. (GIACOMINI, 1988, p. 24 *apud* PASSOS, 2021, p. 305).

Giacomini (1988) também aponta que mesmo com o privilegiamento da capacidade produtiva em detrimento da reprodutiva, as mulheres negras não se isentaram de gestar, parir e amamentar seus filhos. No entanto, as condições da gestação, maternagem e aleitamento dessas mulheres foram as piores possíveis, o que ocasionava a penalização por suas funções reprodutivas, levando quase sempre à morte das crianças (PASSOS, 2021).

A negligência e o descaso dos senhores no tratamento da reprodução escrava parecem ter punido duplamente a portadora do ventre-gerador. Quando grávida, não lhe eram concedidas as condições mínimas necessárias ao desenvolvimento do feto. Quando, a despeito disso, a gravidez vingava, quais seriam as condições que a levariam, muito frequentemente, como sugerem nossos autores, a matar os próprios filhos? (GIACOMINI, 1988, p. 26 *apud* PASSOS, 2021, p. 305).

A subalternização de mulheres negras e sua desvinculação ao direito à maternagem está intrinsecamente vinculada ao passado escravista brasileiro. As mulheres negras escravizadas foram marcadas pelo trabalho forçado, por violências físicas, sexuais, além de terem seus filhos retirados à força e vendidos como potencial força de trabalho. Segundo bell hooks (2019), mesmo sem oferecer os meios necessários para uma gestação saudável, havia naquele momento um incentivo à reprodução da população escravizada, visto que, a riqueza era medida pela quantidade de pessoas escravizadas que cada um possuía. Assim:

A procriação era opressiva para todas as mulheres negras escravas férteis. Subnutridas, sobrecarregadas, as mulheres raramente estavam em condições físicas que lhes pudessem permitir um parto seguro e fácil. As repetidas gravidezes sem cuidados apropriados resultavam em numerosos abortos e mortes (hooks, p. 31).

De acordo com hooks (1990, p.14), o sexismo institucionalizado, estabelecido por uma sociedade patriarcal, formou a base da estrutura social nas Américas, em conjunto com o imperialismo racial. Assim, a maternidade foi um aspecto bastante complexo na vida de mulheres escravizadas. No entanto, a exploração dos corpos das mulheres negras e a restrição de sua autonomia sexual e reprodutiva não se limitaram ao contexto escravista.

Em março de 2020, o Jornal *Agência Pública* publicou a seguinte manchete: “Nas maternidades, a dor também tem cor¹⁸. O texto apresenta experiências vivenciadas cotidianamente por mulheres negras nas maternidades e, também, resgata o ponto central da questão de iniquidades em saúde no Brasil. Dentre os depoimentos, está o de Michele Monteiro, 42 anos, negra, que implorava por anestesia e pela cesárea e, durante o intervalo das intermináveis contrações, ouviu da

¹⁸ Disponível em: <https://apublica.org/2020/03/nas-maternidades-a-dor-tambem-tem-cor/>. Acesso realizado em: 13 mai. 2021.

equipe: “Mas como? Você teve quatro filhos, dois normais (...) por que você não tenta mais um? Você é forte, vai conseguir.”

Atualmente, as mulheres negras ainda têm o direito à maternidade negado, além de serem incessantemente desestimuladas a exercerem a maternagem desde o momento da gestação. De acordo com a pesquisa “*Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento*” (LEAL *et al.*, 2017), observa-se que quando se é negra, a gestante possui maior risco de pré-natal inadequado, de menor tempo de consulta, de não ser vinculada a uma maternidade, de peregrinar por mais de uma maternidade para ter o seu parto e de receber menos anestesia local quando submetida a episiotomia.

As iniquidades vivenciadas por elas têm como pano de fundo o racismo institucional presente nas unidades e equipes hospitalares que carregam em si diversas crenças fundamentadas no racismo científico do final do século XIX, justificadas na ideia de que mulheres negras aguentam mais a dor. Portanto, não precisariam de anestésicos e nem mesmo possuiriam intelecto suficiente para terem conhecimento pleno dos efeitos colaterais de certos procedimentos e medicações, como anticoncepcionais com altos níveis de hormônios que podem causar síndrome de ovários policísticos, dentre outras crenças incabíveis nos dias atuais.

Com o racismo obstétrico sofrido por mulheres negras durante o pré-natal, parto e pós parto, seus filhos também conhecem a dor inerente ao racismo ainda nos primeiros segundos de vida. Estudos realizados pela *George Mason University*¹⁹ revelam que recém-nascidos negros têm maior chance de sobrevivência quando o médico do hospital responsável por eles também é negro. Quando atendidos por um médico branco, os bebês negros têm aproximadamente três vezes mais probabilidade de morrer do que bebês brancos. Em agosto de 2020, uma bebê negra, de apenas 6 meses, foi internada para tratar de uma pneumonia. No entanto, durante a internação, a menina foi submetida a um banho a 50°C, dentro da unidade de saúde, o que provocou queimaduras nos pés, nas pernas, na região genital e em parte da barriga. A paciente precisou ser sedada, entubada e morreu alguns dias depois.²⁰

Em junho de 2021, Kathlen Romeu, jovem negra, gestante, adicionou uma publicação no *instagram*, na qual alisava a barriga e a legenda era a frase: bom dia, neném! Esta foi sua última

¹⁹Disponível em: <https://noticiapreta.com.br/bebes-negros-tem-mais-chances-de-morrer-quando-sao-cuidados-por-medicos-brancos-revela-estudo/>. Acesso em: 01 set. 2021.

²⁰Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/08/28/morre-bebe-de-seis-meses-queimada-em-banho-de-50c-em-hospital-do-rj.htm>. Acesso em:

postagem, a jovem não pôde conhecer seu filho, na verdade, foi impedida até mesmo de saber o sexo do bebê, pois sua vida foi interrompida antes. Kathlen foi atingida atingida²¹ no tórax por um tiro de fuzil, em Lins de Vasconcelos²², Zona Norte do Rio de Janeiro. Os policiais afirmam que não havia operação policial no momento em que a jovem foi atingida. No entanto, os depoimentos divergentes criaram dúvidas quanto à veracidade da versão apresentada pelos agentes do Estado. Infelizmente, Kathlen não foi a única. De acordo com a plataforma Fogo Cruzado²³, de 2017 até a presente data, 15 mulheres grávidas e 10 bebês – ainda na barriga da mãe – foram baleados, dentre os filhos, apenas 1 sobreviveu.

Além disso, há um índice crescente de crianças e adolescentes mortos por “balas achadas”²⁴, seja durante o recreio na escola, seja brincando no portão de casa, seja dentro de uma kombi junto com a mãe ou dentro da própria casa enquanto brincava com os primos. Conforme dados do IPEA (2019), filhos e companheiros de mulheres negras são alvos recorrentes da violência de Estado e do racismo institucionalizado. De acordo com o *Atlas da Violência* (IPEA, 2019), em 2017, mais de 75,5% das vítimas de homicídio eram jovens e negros. Entre 2007 e 2017, a taxa de pessoas negras mortas subiu 33%. A mortalidade de não negros subiu apenas 3,3%. É necessário destacar que estes casos não ocorrem em regiões nobres do RJ, e isto não é mera coincidência, é o Estado, através de seu braço penal, executando o gerenciamento dos espaços de morte, ou como conceitua Achille Mbembe, a necropolítica (MBEMBE, 2018b). Para Almeida (2014), esse fenômeno da violência está relacionado ao processo de desumanização das vidas negras, que se conforma como parte do racismo estrutural e se expressa por meio da violência e do racismo institucional.

Mulheres negras também são vítimas do controle de seus corpos, quer seja pela dimensão da fertilidade, ou pela punição ao engravidar sem a “permissão” do Estado. E não é à toa que Sergio Cabral, ex-governador do Rio de Janeiro, propôs a legalização do aborto como forma de conter a violência no estado e afirmou que as favelas são “fábricas de produzir marginais”²⁵. A justificativa

²¹Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-06-09/kathlen-e-seu-bebe-mais-duas-vidas-negras-interrompidas-no-brasil.html>. Acesso em: 22 ago. 2021.

²²No dia da morte de Kathlen, um dos maiores portais de notícias do país publicou a manchete “Protesto fecha autoestrada Grajaú-Jacarepaguá”, a morte da jovem vinha em detalhe, abaixo. Como diria Chico Buarque, a gestante “morreu na contramão, atrapalhando o tráfego”. Este é mais um retrato da desumanização à qual a população negra é submetida todos os dias.

²³Disponível em: <https://fogocruzado.org.br/maternidade-no-alvo/>. Acesso em: 29 ago. 2021.

²⁴Texto publicado no jornal *Folha de São Paulo*, segunda-feira, 14 de novembro de 1994, pelo jornalista Josias de Souza. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/1994/11/14/opinioao/5.html>. Acesso realizado em: 05 mai. 2021.

²⁵Segundo o ex-governador, “a interrupção da gravidez tem tudo a ver com a violência pública”. Disponível em: <https://g1.globo.com/Noticias/Politica/0,,MUL155710-5601,00-CABRAL+DEFENDE+ABORTO+CONTRA+VIOLENCIA+NO+RIO+DE+JANEIRO.html>. Acesso realizado em: 14 mai. 2021.

da famigerada guerra às drogas esconde uma política genocida contra a população negra, pobre e moradora das favelas e periferias, independentemente de envolvimento com o crime, como é alegado em grande parte das mortes provocadas por agentes do Estado²⁶.

Nesse sentido, as mulheres negras, familiares desses jovens e em sua maioria mães, são o grupo que mais sofre com os impactos desta realidade, e esse fato gera diversos tipos de adoecimentos físicos, psíquicos e mentais (ARAÚJO, 2019). Passos (2019, p.288), enfatiza que “se temos uma juventude sendo eliminada, podemos dizer que há mulheres negras atingidas por essa lógica e pouco se conhece acerca dos efeitos dessa violência em suas existências.” E Gonzalez (1984), também se debruça sobre o tema:

Mas é justamente aquela negra anônima, habitante da periferia, nas baixadas da vida, quem sofre mais tragicamente os efeitos da terrível culpabilidade branca. Exatamente porque é ela que sobrevive na base da prestação de serviços, segurando a barra familiar praticamente sozinha. Isto porque seu homem, seus irmãos ou seus filhos são objeto de perseguição policial sistemática (GONZÁLEZ, 1984, p.231).

Por fim, gostaríamos de dar destaque à outra forma de desmaternização que atravessa as mulheres negras, que é a separação compulsória ou o “sequestro” do Estado, como denominam algumas autoras (BELLOC *et al.*, 2018; MALHEIRO, 2018). “Arruma as coisas do seu filho que o Conselho Tutelar está vindo buscar ele daqui a 30 minutos.”²⁷ Yanca Miranda, 21 anos, negra, ouviu essas palavras da assistente social enquanto amamentava seu bebê na sala da maternidade. Durante os 19 dias que Yanca esteve internada no hospital, ninguém a alertou sobre a possibilidade de seu filho ser levado para um abrigo. “Disseram apenas que eu ia passar uns dias no hospital em observação porque estava escrito no meu cartão de pré-natal que eu era usuária de drogas.”, disse a jovem.

O discurso social acerca da maternidade pressupõe a existência de um vínculo natural entre mãe e filho desde antes do nascimento, espera-se da mulher o “instinto nato da maternagem”, ou

²⁶ Há um amplo debate sobre os crescentes índices de “autos de resistência”, que são ocorrências de homicídio contra civis cometidos em situação de suposto confronto, com a presunção de legítima defesa, conforme previsto no artigo 121, c/c, 73, II, do Código Penal Brasileiro. Existe um processo em tramitação na câmara chamado “excludente de ilicitude” que prevê que em caso de morte, em vez de o policial responder a processos que averiguarão se ele cometeu homicídio sem justificativa plausível, estará sempre preestabelecido que agiu em legítima defesa, assim, não haverá investigação. Ora, visto que o auto de resistência já é utilizado como estratégia para isentar-se do homicídio causado, uma vez essa proposta sendo aceita, será como uma licença para matar. Indicamos o documentário Auto de resistência (2018).

²⁷ Disponível em: <https://apublica.org/2020/03/nas-maternidades-a-dor-tambem-tem-cor/>. Acesso realizado em: 13 mai. 2021.

seja, do cuidado para com o recém-nascido. No entanto, os dados e casos apresentados nos chamam atenção para o fato de que mulheres negras são, a todo momento, impedidas de exercerem a maternagem (PASSOS, 2021). Nesse sentido, analisamos que todas as violências apresentadas anteriormente têm como ponto comum o racismo que está imbricado em todas as relações sociais e institucionais, e que as expressões dele são uma peça central para a manutenção da estrutura que retroalimenta o controle e extermínio dos corpos e subjetividades negras (PASSOS, 2019).

Acredito que as mulheres negras estão profundamente acostumadas com a tragédia. Nós esperamos a tragédia. A morte não é uma estranha em nossas vidas, em nossos mundos. Perdemos nossos pais devido a hipertensão e ataques do coração; perdemos nossos maridos e amantes vitimados pela violência policial; perdemos nossos filhos nas prisões ou no tráfico de drogas (DAVIS, B., 2006, p. 108-109).

Assim, como pensar a saúde mental destas mulheres? Como estarão as mães negras que são atravessadas por todos os tipos de opressões? Seja pelo controle de seus corpos; pelo racismo obstétrico²⁸; pela “bala achada” que atravessa o seu ventre, seus filhos e companheiros; pelo sequestro do Estado, em casos de retiradas compulsórias de bebês; pela criminalização de suas necessidades; pelo silenciamento; pela manicomialização, dentre tantas outras violências. Precisamos refletir, através de uma análise interseccional em diálogo com a luta antimanicomial, sobre como as expressões do racismo geram impactos diretos no processo de subjetivação dessas mulheres.

2.3. Manicomialização, mulheres negras e drogas

Como mencionado anteriormente, as mulheres negras são as principais executoras do trabalho do cuidado e, em contrapartida, não recebem qualquer tipo de cordialidade ou zelo em troca. Pelo contrário, estas são desvinculadas da *fragilidade* atribuída socialmente a uma característica feminina e associadas às características “fortes” ou “guerreiras”. No entanto, quando as famílias não possuem condições para a sua reprodução social, acarretada pelo contexto macroestrutural, a sociedade que antes nomeava estas mulheres como fortes, agora as colocam como incapazes e negligentes. Assim, evidencia-se o processo de individualização das necessidades

²⁸ No âmbito global da saúde da mulher, estas questões são vistas como violência obstétrica. No entanto, para a autora Tempesta, o conceito de “racismo obstétrico”, enquanto evento e ferramenta de análise, captura melhor as particularidades do cuidado reprodutivo dispensado às mulheres negras durante os períodos pré e pós-parto (2021, p. 752).

(PASSOS, 2017), ou seja, tudo que acontecer no âmbito particular é culpa exclusivamente de quem as gere, ou seja, das mulheres negras.

Nesse sentido, as expressões de violência apresentadas no item 2.2 nos oferecem subsídios para analisarmos como ocorre o *looping* eterno de violência, criminalização das necessidades, culpabilização, silenciamento, adoecimento e morte dessas mulheres negras, chefes das famílias mais afetadas pelas opressões. Salientamos que a morte citada aqui se refere tanto à física, quanto à morte em vida (GOFFMAN, 2016). Em termos foucaultianos, essa "mortificação do eu" pode ser pensada enquanto um dos dispositivos de poder do qual o capitalismo apropria para reproduzir a sua lógica (FOUCAULT, 2007: 2009).

Ao realizarmos uma interlocução com o campo da saúde mental, podemos aqui resgatar o papel central da Psiquiatria no controle do corpo das mulheres, as teorias de hierarquização racial e de gênero que surgiram durante os séculos XVIII e XIX justificaram por muito tempo as alegações de que mulheres eram naturalmente "instáveis e mais passíveis ao enlouquecimento". Assim, utilizavam-se de práticas extremamente moralistas como forma de conter, medicalizar e isolar os corpos tidos como "desviantes" (PEREIRA, 2019).

De acordo com Cunha (1986), a psiquiatria e o manicômio sempre se utilizaram de estratégias para normalizar as massas e mantê-las dóceis. Garcia (1995), evidencia que inúmeras mulheres foram institucionalizadas porque não queriam submeter-se aos ideais considerados femininos de sua época. Quanto a isso, teóricos apontam que encontraram em documentos sobre os hospícios brasileiros:

Uma clara vinculação entre os diagnósticos das mulheres e a sexualidade, enquanto os dos homens estão vinculados ao trabalho e ao papel de provedores. Critérios como a beleza e a "feiura" das mulheres, o não desejo pelo matrimônio ou pela maternidade se torna centrais nas avaliações médicas tanto para a internação quanto para a permanência das mulheres nas instituições do século XX (CUNHA, 1989; ENGEL, 2004; FACHINETTI e CUPELLO, 2011 *apud* PEREIRA e PASSOS, 2017)

.Assim, podemos afirmar que a psiquiatria sempre foi acionada a partir do momento em que mulheres ultrapassavam os limites do seu tempo (PASSOS, 2020)

Celeste (2017), conta a vida e obra de Adelina Gomes²⁹, a única mulher do atelier coordenado pela Dra. Nise da Silveira³⁰, cuja internação deu-se pelo não controle de seus impulsos

²⁹ Adelina Gomes (1916-1984), mulher negra, originária do interior do estado do Rio de Janeiro, foi internada no Centro Psiquiátrico Nacional do Engenho de Dentro no ano de 1937. Diagnosticada com esquizofrenia, passou o resto de sua vida internada, vindo a falecer no ano de 1984. Nesse período, a despeito de sua existência reclusa, produziu mais de 17.500 obras, entre pinturas e esculturas, em sua maioria retratando mulheres e flores (CELESTE, 2017).

³⁰ Nise Magalhães da Silveira (1905-1999), e ajudou a escrever e revolucionar a história da psiquiatria no Brasil e no mundo. Nascida em Maceió, Alagoas, ela ficou conhecida por humanizar o tratamento psiquiátrico e era contrária às formas agressivas usadas em sua época, como o eletrochoque (MAGALDI, 2018).

sexuais, sua origem social e por ser negra (*apud* PASSOS, 2020). Adelina foi internada no hospício aos 21 anos de idade e teve sua existência contida até a sua morte. Infelizmente, a artista não foi a única a passar por essa experiência, porém outras mulheres nunca foram identificadas, e nem sequer enterradas, pois depois de mortas tiveram seus cadáveres vendidos para escolas de medicina (ARBEX, 2013). Vale pontuar, ainda, que o corpo das mulheres negras sempre foi alvo de intervenções, sejam psiquiátricas ou judiciárias, dos escravizadores ou dos patrões (PEREIRA e PASSOS, 2017), o que revela que as violências contra corpos femininos negros nos antigos manicômios, bem como nos atuais serviço de assistência em saúde mental, são expressões da colonialidade que regula as relações de poder no Brasil.

A partir do reconhecimento do saber psiquiátrico enquanto um instrumento de dominação de corpos negros, precisamos analisar como essa dominação se expressa na atualidade. Ainda hoje, mesmo diante dos avanços que obtivemos a partir da militância pela Reforma Psiquiátrica e dos feminismos, observa-se um grande fluxo de encaminhamentos de mulheres para as instituições totais (NORO, 2021), como as comunidades terapêuticas. Ao aparecer em cena no campo da saúde mental, todas as opressões e violências – causadas pelo imbricamento entre gênero, raça e classe –, passam por um processo de abstração e o sofrimento dessas mulheres é reduzido a um mero sintoma. Os passos seguintes são a medicalização, psiquiatrização e patologização desses corpos e subjetividades, causando a individualização de questões que são coletivas e estruturais. Desse modo, evidenciamos que o apagamento e a medicalização das dores destas mulheres se configura como a máscara³¹ que silenciava as escravizadas no período colonial (KILOMBA, 2010).

A máscara, portanto, levanta muitas questões: por que deve a boca do sujeito Negro ser amarrada? Por que ela ou ele tem que ficar calado(a)? O que poderia o sujeito Negro dizer se ela ou ele não tivesse sua boca selada? E o que o sujeito branco teria que ouvir? Existe um medo apreensivo de que, se o(a) colonizado(a) falar, o(a) colonizador(a) terá que ouvir e seria forçado(a) a entrar em uma confrontação desconfortável com as verdades do ‘Outro’. Verdades que têm sido negadas, reprimidas e mantidas guardadas, como segredos (KILOMBA, 2016a, p. 176-177).

E aqui, precisamos problematizar que mesmo com o fim dos manicômios, a lógica manicomial ainda permanece e possui a sua função social crucial na manutenção do *status quo*. Para

³¹ “A máscara foi uma peça muito concreta, um instrumento real que se tornou parte do projeto colonial europeu por mais de trezentos anos. Ela era composta por um pedaço de metal colocado no interior da boca do sujeito Negro, instalado entre a língua e a mandíbula e fixado por detrás da cabeça por duas cordas, uma em torno do queixo e a outra em torno do nariz e da testa. Oficialmente, a máscara era usada pelos senhores *brancos* para evitar que africanos/as escravizados/ as comessem cana-de-açúcar ou cacau enquanto trabalhavam nas plantações, mas sua principal função era implementar um senso de mudez e de medo, visto que a boca era um lugar tanto de mudez quanto de tortura.” (JESUS, 2016)

Pereira e Passos (2019, p. 28), “a desumanização das vidas negras sempre esteve presente no manicômio e na Psiquiatria, sendo ela um dos pilares determinantes na reprodução do racismo”. Já Almeida (2018), vai dizer que “uma vez que o Estado é a principal instituição política do mundo contemporâneo, o racismo alimenta ao mesmo tempo em que é alimentado pelas estruturas estatais.” Logo, a manutenção do sistema capitalista não seria possível com o apoio de seu tripé institucional, que são as prisões, os espaços de medida socioeducativas e os asilos psiquiátricos (BASAGLIA, 2005, DAVIS, 2016).

Nas condições contemporâneas da colonização (...) Tudo leva a crer que ela foi apenas um mito, pois o caminho da desumanização do negro escolhido pelo colonizador não poderia integrá-lo. Pelo contrário, criou sua desestabilidade cultural, moral e psíquica, deixando-o sem raízes, para melhor dominá-lo e explorá-lo (MUNANGA, 2009, p.41).

Pereira (2018), afirma que a população negra e pobre é a maior usuária dos serviços de saúde mental. Já Zanello e Silva (2012), identificaram, durante uma pesquisa em dois hospitais psiquiátricos do Distrito Federal, que os diagnósticos de transtornos de ansiedade e depressão são mais recorrentes em mulheres negras, pobres e domésticas. Além do mais, já existem diversos estudos que demonstram que as mulheres são aquelas que mais fazem uso de ansiolíticos e antidepressivos no país. Logo, merece destaque o “crescente uso de psicotrópicos, em especial os ansiolíticos e antidepressivos, [como] uma das consequências da redução ao saber médico de uma série de sofrimentos contemporâneos” (PEREIRA, 2018, p. 322 apud PASSOS, 2021), e também uma forma de controlar os corpos e as suas formas indesejáveis de se expressarem, ou melhor, a máscara (KILOMBA, 2010).

Para Basaglia (2005), o manicômio e as diversas instituições, que vão desde a família e a escola, até as prisões, são *instituições da violência*. Segundo o autor, essas instituições sustentam a reprodução do capitalismo e de sua sociabilidade, a partir de lógicas específicas: “A violência e a exclusão justificam-se no plano da necessidade, como consequências da finalidade educativa, no caso das primeiras, e da “culpa” e da “doença”, no das outras” (BASAGLIA, 2005, p. 94). Assim, compreendemos que o Estado se utiliza das instituições da violência e das atuais configurações de assistência em saúde mental para gerenciar o controle destes dos corpos negros.

Aqui, vale relembrar o retrocesso sofrido pela RAPS no que se refere à inserção das CTs enquanto um de seus serviços e formalizar seu financiamento público (PEREIRA; PASSOS, 2017). Esta foi, sem dúvidas, uma enorme perda para o campo da atenção psicossocial voltada para as demandas recorrentes do uso de álcool e outras drogas no Brasil, especialmente por essas

instituições incorporarem para si grande parte da verba que, anteriormente seria investida nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps Ad)³².

Essa foi uma perda imensa, visto que que, geralmente, as CTs são vinculadas à instituições religiosas e abordam o assunto de forma leviana, o compreendendo como “falta de Deus”, propondo a abstinência total como única alternativa de "tratamento" e culpabilizando os sujeitos pela condição em que se encontram.

A proposta de internação compulsória vem sendo direcionada para a busca da “cura” para diversos comportamentos considerados como “desvios sociais”. Assim, enfatizamos que, mais uma vez, a questão de gênero vai aparecer de forma incisiva nestes espaços, para o controle e adequação de seus corpos a uma determinada ordem moral. De acordo com o *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos* (CFP, 2011), nas CTs com leitos femininos, os produtos de higiene e de beleza das internas, como acessórios de cabelos, maquiagens, sapatos de salto e bijuterias ficam trancados em um quarto e são entregues somente no dia das visitas. Além disso, em algumas CTs é proibido depilar-se e as mulheres são obrigadas a deixar o cabelo crescer. Além disso, o IPEA (2017, p. 24) mostra que as mulheres não podem usar roupas decotadas ou acima do joelho, “se houver roupas assim, os familiares retornam com elas.”

O relatório também denuncia que nenhuma das internas frequentava a escola, mesmo em idade escolar. O que foi justificado por uma das administradoras como o fato de que: “enquanto as meninas estavam na rua usando drogas, elas também não estavam estudando, logo, o estudo não é uma preocupação necessária ali” (CFP, 2011, p. 132).

Dentre tantas outras violações de direitos humanos encontradas nas CTs, destacaremos a situação de mulheres que têm filhos e estão internadas nestas instituições. Algumas CTs proibiam a saída antes de um tempo mínimo de internação. E, no caso de mulheres grávidas ou puérperas que vivessem com seus filhos nestes espaços, a saída das crianças era impedida. Além disso, caso a mãe insistisse em sair da CT, os filhos poderiam ser encaminhados para a adoção e as famílias eram orientadas a não oferecer suporte afetivo ou até mesmo moradia, para não “incentivar” a saída destas mulheres (CFP, 2011).

³² O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), de acordo com as premissas da Reforma Psiquiátrica, é um serviço público, de atenção diária, voltado não só para o tratamento dos usuários em relação ao uso de drogas mas, também, para sua reinserção familiar, social e comunitária. O CAPS propõe a quebra do modelo de cuidado tradicional, alterando a maneira de lidar com o sofrimento mental e seus determinantes. O cuidado aos usuários passa a ser prestado nesses serviços de lógica comunitária, visando a atuação no próprio território de cobertura e ampliando o processo de cuidado aos familiares e a questões de âmbito social (BRASIL, 2005).

Compreendemos assim, que apesar dos novos formatos e modelos, as CTs são parte de uma estrutura manicomial que reproduz a compulsoriedade, o asilamento e opressões de gênero, raça e classe. Assim, estas internações compulsórias reatualizam o cenário do início do século XX em que mulheres *desviantes* foram internadas por suas famílias, vizinhos e comunidades por serem consideradas “anormais” (PEREIRA; PASSOS, 2017). Atualmente, essa prática se expressa enquanto uma das facetas eugenistas e higienistas do Estado. Uma vez que, de acordo com o 3º *Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira* (BASTOS, 2017), o perfil das mulheres que fazem uso, sendo composto majoritariamente por não brancas, com baixa escolaridade, pobres e na faixa etária entre 25 a 34 anos – fase reprodutiva feminina.

Em geral, abordar temas que envolvem relações de gênero, sexualidade e raça já são uma tarefa árdua. Todavia, discutir essas questões articuladas à maternagem e drogas, complexifica ainda mais esta empreitada. Pois, destacamos que, as ações voltadas para o atendimento à mães negras que fazem uso prejudicial de drogas, frequentemente são orientadas a partir de uma lógica moralizante e punitivista, que desconsidera que o uso prejudicial de drogas é uma questão de saúde pública, e não de caráter judicial ou policial.

Precisamos destacar também que o cotidiano é profundamente atravessado pela manicomialização das relações sociais e pode se apresentar de formas variadas, seja “pela medicalização e patologização da vida, pela internação compulsória, pela esterilização coercitiva, pela “cura gay”, pela higienização urbana” (PASSOS, 2020, p. 125), e a retirada compulsória dos filhos de mulheres negras, pobres, que fazem uso prejudicial de drogas é apenas mais uma dessas expressões. Em geral, as mulheres em situação de rua ou que fazem o uso prejudicial de drogas são concebidas a partir de uma lógica positivista, que aborda a questão do ponto de vista da crença valorativa de que esta parcela da população é “um fenômeno patológico, distúrbio social que deve ser corrigido” (LEAL e CALDERÓN, 2017).

O apelo estético de pessoa suja, violenta, incapaz de promover o cuidado (portanto, incapaz de conviver com o outro pacificamente) e que não tem controle sobre si, atíca o imaginário que reafirma a imagem da vida nas ruas como nada além de um amontoado de pessoas zumbis (LEAL e CALDERÓN, 2017).

No imaginário social, lotado de caráter moralista, as pessoas que usam drogas são vistas como “infantis, imaturas, débeis”. Além disso, há uma diferenciação crucial quando o uso de drogas é associado ao gênero feminino, pois isso não faria parte do “ser mulher”, ou melhor, do ser uma boa mulher - lugar nunca ocupado pelas mulheres negras. O uso de drogas é compreendido enquanto algo permitido no mundo masculino e, por vezes, é até reconhecido como um sinal de

virilidade. No entanto, para as mulheres estarem neste lugar, precisam de permissão, o consumo precisa ser controlado, “com moderação,” para que não manche a imagem da boa mulher. “O que implica, em contrapartida, uma autonomia, maturidade e libertação também moderada e vigiada” (LEAL; CALDERÓN, 2017, p. 134-135), até aqui podemos notar o controle dos corpos femininos.

Compreendidas socialmente como guardiãs da moral e da ordem, o uso de drogas pelas mulheres é compreendido como um indício de degradação moral, como uma corrosão das bases da sociedade e “da família”. Assim, a mulher que faz o uso prejudicial de drogas é vista como aquela com “falta de limite”, e a questão do uso prejudicial ligado à saúde pública se reduz à um caráter meramente de desejo individual. Logo, quando estas mulheres não conseguem se desvencilhar do uso, são culpabilizadas.

E, além disso, a drogadicção também é vista como um ato egoísta. Pois, ora, como uma mulher, que foi ensinada socialmente a sempre estar à disposição dos outros, poderia ousar deixar de cuidar dos seus, para ter satisfação com um objeto inanimado (a droga) e por um ato centrado em si, ao seu bel prazer? As mulheres drogadictas contrariam a “essência feminina”, deixam de ocupar-se dos outros, parcial ou integralmente, deixam de ser mães e esposas (LEAL; CALDERÓN, 2017; LAGARDE, 2005, p. 726). E aqui, resgatando o conceito de cuidado colonial, qual é o lugar da mulher negra na execução dos cuidados familiares? Se a experiência do ser mulher negra já está tão coisificada a ponto desta não ter o *privilégio* da humanidade (FANON, 2008; PASSOS, 2021) e menos ainda da maternidade, por que uma mulher negra que usa drogas teria?

CAPÍTULO 3

A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO HOSPITAL FEDERAL DOS SERVIDORES DO ESTADO

A fim de apresentarmos elementos que materializem o que foi evidenciado anteriormente, trataremos neste tópico sobre a unidade de saúde que foi cenário para o surgimento das inquietações acerca da separação compulsória de recém-nascidos, bem como o perfil das usuárias atendidas na instituição e algumas situações rememoradas a partir do resgate do diário de campo referente ao período de inserção no estágio. Além disso, a partir de dados colhidos em entrevista exploratória, apresentaremos também o Fórum Maternidade, Drogas e Convivência Familiar (FMDC), que realiza um trabalho multiprofissional com o objetivo de garantia de direitos para mães e bebês do município do Rio de Janeiro.

3.1. Apresentando a instituição e as mulheres gestantes

O Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE) é uma instituição federal do Sistema Único de Saúde (SUS), com vínculo direto com o Ministério da Saúde. Insere-se enquanto instituição de alta complexidade com perfil de atendimento terciário e quaternário, não possuindo, portanto, o atendimento emergencial, e priorizando atendimentos agendados via Sistema de Regulação (SISREG)³³. Excetua-se a Unidade Materno-Fetal (UMF), que prioritariamente atende gestantes de alto risco, no entanto, recebe a todas as gestantes que chegam em trabalho de parto emergencial, mesmo que estas não estejam vinculadas ao SISREG.

A unidade hospitalar é composta por inúmeras especialidades divididas em clínicas, cirúrgicas e de apoio. Conta com 450 leitos em funcionamento, sendo 73 leitos infantis: 43 leitos Pediátricos e 30 leitos Neonatais. 377 leitos Adultos, sendo 21 destes, em Unidades fechadas. Utiliza 248 salas de ambulatório, 20 salas de cirurgias de média e grande complexidade, 5 salas de cirurgia geral ambulatorial e 4 de cirurgia oftalmológica ambulatorial. Possui 2.354 funcionários, dos quais, 604 médicos, 846 profissionais de enfermagem, além de 179 médicos residentes³⁴. Atualmente, o Serviço Social do HFSE é constituído por 37 Assistentes Sociais, sendo 22

³³ O Sistema Estadual de Regulação é a forma com que o SUS regula as vagas das unidades de saúde e a inserção do usuário neste sistema ocorre a partir das Unidades de Atenção Básica (UBS).

³⁴ Disponível em: <http://www.hse.rj.saude.gov.br/hospital/estrutura/estrutura.asp>. Acesso em: 02 ago. 2021.

servidores públicos federais, 05 pertencem ao Hospital Estadual São Sebastião; 01 cedido pela Secretaria Estadual de Saúde; 01 contrato Núcleo do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro (NERJ/MS). E estão alocados em distintas frentes de trabalho, que são: Programas de Atendimento Integral, Ambulatório, Plantão Social e Enfermarias.

O Serviço Social da Saúde Reprodutiva, enfoque do presente texto, surge no HFSE em 2009³⁵ por iniciativa da própria equipe, que começa a se organizar de modo a atender o que preconiza o SUS, numa perspectiva de atenção integral à saúde, buscando atuar priorizando as linhas de cuidado em detrimento do Modelo Biomédico hegemônico, focado no aspecto clínico da doença. Desta forma, se faz indispensável salientar o conceito de saúde reprodutiva estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1988, onde a saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não de mera ausência de doença ou enfermidade.

A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Implícito nessa última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos de regulação da fecundidade, de sua escolha, que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de atravessar, com segurança, a gestação e o parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Isso inclui também a saúde sexual, cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis (NACIONES UNIDAS, 1995, anexo, cap. VII, par. 7.2).

O objetivo do Serviço Social da Saúde Reprodutiva é garantir à mulher e sua família um acompanhamento de qualidade com uma visão mais ampliada de saúde, enfocando aspectos sociais, econômicos e culturais, ultrapassando o enfoque fisiopatológico, promovendo um trabalho interdisciplinar que vise o atendimento integral à família no âmbito da saúde reprodutiva. Dentro do campo da saúde reprodutiva, são atendidos também os casos de violência doméstica, abuso sexual e uso abusivo de substâncias psicoativas que se apresentam. Diante disso, este serviço

prioriza as ações para além das doenças em si, identificando de fato as demandas das usuárias, compreendendo-as enquanto seres complexos e, neste sentido, considerando sua

³⁵ Na época foi vinculado ao extinto Programa de Saúde da Mulher, como uma linha de cuidado.

singularidade e sua universalidade, abarcando suas relações e laços familiares e sociais. Por isso, (...) deve considerar a família, no caso do HFSE, envolvendo os binômios: mãe/ bebê, mãe/pai, pai/bebê, família/bebê etc. (SILVA, PAZ, FERRARI, 2009).

Antes de março de 2020³⁶, o Serviço Social da Saúde Reprodutiva costumava realizar atendimentos individuais junto às pacientes internadas e seus familiares, bem como atendimento grupal com as puérperas que permaneciam no Alojamento de Mães, como acompanhantes de seus bebês internados na Unidade Neonatal. Em compreensão ao momento atual de emergência sanitária e aprofundamento da crise social e de saúde pública causada pela pandemia de COVID 19, a equipe necessitou readequar ações e criar estratégias para que a qualidade do atendimento não sofresse impactos negativos.

De julho a novembro de 2019, período de inserção no campo de estágio, foi traçado o perfil das usuárias atendidas pelo Serviço Social da Saúde Reprodutiva do HFSE a partir da pesquisa e análise quantitativa e qualitativa de fichas de atendimento utilizadas pela equipe de serviço social da UMF. Além disso, também foram usadas como metodologia a observação participante, as orientações através da supervisão de estágio e pesquisas bibliográficas. Dentro do período estipulado foi possível levantar informações sobre 40 usuárias.

Conforme sinaliza Passos (2018), é necessário racializar os corpos que são alvos das políticas às quais estamos nos debruçando, sendo assim, a análise do perfil das usuárias da UMF será iniciada a partir deste dado. O conceito de raça³⁷ é considerado exclusivamente como uma construção sócio-histórica, avaliando-se como fundamental para entender a história social, do Brasil e do mundo, a partir do período da modernidade. Importante destacar também que a ideologia racial estabelece o acesso – ou o não acesso – de determinada parcela da população a bens e serviços desde os processos de colonização e escravização.

De acordo com o levantamento, 75% das usuárias se declararam negras – compreendendo o quantitativo de pretas (30%) e pardas (45%), conforme a classificação do IBGE. Enquanto as mulheres que se autodeclararam brancas somaram 25% do total. O que nos faz refletir sobre o fato do SUS, por meio de sua trajetória de desmonte, precarização e focalização, ser direcionado aos mais pobres, e a pobreza no Brasil ter uma cor bem definida. Sendo assim, uma parcela da

³⁶ Data que marca o início da pandemia de COVID-19 no Brasil.

³⁷ Para Guimarães (2011), o conceito de raça era “empregado para explicar as diferenças culturais entre os povos e o modo subordinado com que foram incorporados ao sistema mercantil global pela expansão e conquista européias. Para ser claro: abstraía-se da história e das formas sociais, econômicas e culturais para reduzir a desigualdades de situação entre os povos a caracteres físicos e biológicos.

população terá acesso aos planos de saúde privados como primeira opção³⁸, enquanto a outra parte dependerá do SUS, mesmo com todo o histórico de sucateamento da saúde pública desencadeado pelas políticas neoliberais aprofundadas a partir dos anos 1990 (CFESS, 2010).

Outro ponto de análise, apreendido a partir da observação participante, é que o racismo estrutural se reproduz em nossa sociedade afetando inclusive no modo como as usuárias se autodeclararam, destacamos algumas situações em que mulheres visivelmente pretas se declararam pardas ou até mesmo brancas. Este fenômeno pode ser apreendido através do conceito de mimetismo³⁹, onde pessoas negras tentam camuflar sua negritude a fim de evitar violências geradas pelo racismo (MARCASTRO; VARELA; DHAWAN, 2005).

No que se refere à faixa etária, a maior parte das usuárias da UMF tem entre 20 e 29 anos, ou seja, são jovens em idade laboral. Entretanto, 61,5% declararam estar desempregadas e 17,9% trabalhavam informalmente, ou seja, ao realizarmos o somatório dessas duas classificações, 79,4% das gestantes e puérperas atendidas pela Unidade não estavam asseguradas pelo INSS ou qualquer outro órgão. E, em meio à pandemia de COVID-19 este número pode ser ainda maior, visto que o governo permitiu a flexibilização de leis trabalhistas, o que desencadeou uma série de reflexos no mundo do trabalho, sobretudo as demissões em massa.

De acordo com os dados do IBGE⁴⁰, no 1º trimestre do ano, 14,7 milhões de pessoas estavam na fila por um trabalho, estes dados compreendem pretos (17,8%), pardos (15,4%) e brancos (10,4%)⁴¹. Desta forma, a proteção e o acesso a benefícios sociais são negados a essas mulheres. Destacamos que isso não se trata de algo pontual ou um projeto político que se inicia após o golpe de 2016 e o aprofundamento da investida neoliberal no Brasil, mas sim de uma política de Estado, visto que as políticas de proteção social e de garantia dos direitos humanos fundamentais preconizados pela CF nunca foram materializadas para mulheres e famílias negras.

Diante da conjuntura de desmonte das políticas públicas e retração de direitos, nas últimas décadas houve um aumento das demandas referentes ao acesso à políticas de assistência como resultado do aprofundamento das expressões da questão social na sociedade brasileira e a

³⁸ Importante ressaltar também que esses mesmos planos se eximem da responsabilidade com seus clientes quando se trata de doenças mais graves que exigem um tratamento mais caro que apenas o SUS fornece, e o HFSE por ser um hospital de alta complexidade, atende à demanda desses usuários que não conseguem cobertura dos planos.

³⁹ O exemplo mais comum de mimetismo é o de insetos, como o caso da borboleta *caligo memnon*, cujas asas abertas se parecem com o rosto de uma coruja. Essa espécie de “camuflagem” a protege de possíveis predadores e é uma estratégia de sobrevivência. Sendo assim, para serem toleradas na sociedade racista e discriminatória, as pessoas negras viram-se forçadas a praticar o mimetismo para terem acesso a espaços dos quais sempre foram excluídas.

⁴⁰ Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php> Acesso em: 29 jul. 2021.

⁴¹ Disponível em: <https://bitly.com/cbSKmS>. Acesso em: 30 jul. 2021.

diminuição de recursos referentes à proteção social. Esse processo, que estava ocorrendo de forma gradual, se intensificou em meio à pandemia de COVID-19, onde 55,2% das famílias brasileiras passaram por algum grau de insegurança alimentar⁴². Isso se deve a um Estado que violenta corpos negros a todo momento, aliado a um governo genocida presidido por Jair Messias Bolsonaro.

Sobre a territorialidade, 40% das usuárias atendidas pelo Serviço Social da Saúde Reprodutiva informou que reside nos municípios da Baixada Fluminense, seguido pelos bairros da Zona Norte, com a porcentagem de 32,5%. A grande demanda de usuários de fora do município do Rio de Janeiro retrata a dificuldade da territorialidade preconizada pelo SUS, uma vez que estas famílias e usuários precisam se deslocar de seus municípios de origem, tendo em vista que não encontraram no próprio território possibilidades para o tratamento adequado do qual necessitam para a conservação ou promoção de sua saúde. A distância até a unidade somada à questão financeira, por vezes, resulta em um entrave desde o pré-natal até o parto.

Além disso, também somam-se a estas questões o fato desses territórios serem alvos recorrentes do braço penal do Estado, que adentra às favelas e periferias com o intuito de exterminar a existência negra. Assim, torna-se importante resgatar o que Arouca (1986) compreende enquanto concepção de saúde:

Não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e, até a informações sobre como se pode dominar este mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas, que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo o tempo submetido ao medo da violência [...] (AROUCA, 1986).

Nesse sentido, como garantir a efetivação da Política Nacional da Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)⁴³? Como garantir o devido pré-natal, puerpério, bem como a produção de vida de mulheres e famílias negras? Estas são questões complexas que, sem dúvidas, o Estado não está preocupado em responder. A análise do perfil das usuárias expressa a realidade atual do país, são mulheres atingidas diretamente pelo racismo estrutural e pelas expressões da colonialidade que ainda se manifestam no cotidiano. Estão majoritariamente desempregadas, mesmo em idade laboral, o que demonstra, e os dados do IBGE confirmam, que a crise econômica e social atinge de

⁴²Dados da Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional (Rede PENSSAN). Disponível em: <http://olheparaafome.com.br/#manifestu>. Acesso em: 29 jul. 2021.

⁴³ A PNSIPN se insere no âmbito do combate às iniquidades na saúde e no aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde. A PNSIPN, quando articulada no interior do SUS, busca reduzir as desigualdades raciais, incluir grupos socialmente vulneráveis, complementar, aperfeiçoar e viabilizar a política universal no âmbito da saúde pública, utilizando seus instrumentos de gestão e observando as especificidades do processo saúde-doença da população (BATISTA *et al.*, 2013).

forma particular as mulheres negras que historicamente foram postas na base da pirâmide social, no lugar da subalternidade e subjugação.

Além da inserção no HFSE proporcionar a conexão entre teoria e prática, afetos e encontros únicos, o campo de estágio também possibilitou a vivência de experiências que serão memoráveis por toda a trajetória profissional. Inclusive, como mencionado anteriormente, o presente trabalho de conclusão de curso surge a partir de inquietações advindas da experiência no campo de estágio da UMF. Dos casos mais usuais aos mais complexos, todos tiveram sua relevância no processo formativo. No entanto, os casos que envolviam gestantes e puérperas que faziam o uso prejudicial de drogas, mas desejavam maternas, foram os que mais impactaram durante a atuação. A ausência de políticas públicas que atendessem às demandas tão específicas e complexas destas mulheres provocou diversas reflexões e, conseqüentemente, o interesse pelo aprofundamento no tema.

3.2. Maternidade negada e uso prejudicial de drogas

*“Por favor, não ‘tira’ a minha filha de mim! Por favor, eu quero cuidar dela. Me deixa cuidar dela! Eu confiei em vocês. Por que estão fazendo isso comigo?”*⁴⁴ Estas foram as falas, ou melhor, a súplica de uma puérpera, após a equipe de Serviço Social a informar sobre a decisão judicial de acolhimento institucional de sua filha. O motivo do parecer foi o histórico de uso prejudicial de crack e abandono familiar, a mesma razão que a impediu de criar suas duas outras filhas. Contudo, esta mulher, negra, de 32 anos, acreditava que desta vez poderia ser diferente, pois, de acordo com a parturiente, o nascimento da filha havia gerado uma reflexão sobre suas condições de vida e um desejo de tentar “melhorar, se reestruturar” (SIC) (SILVA, 2019).

Iniciaremos a discussão assinalando que, até mesmo nas declarações da própria puérpera, aparecem reproduções do caráter positivista pelo qual o uso de drogas é classificado, principalmente o uso prejudicial. Neste sentido, entende-se que o consumo das drogas está associado apenas ao patamar do mero desejo, da vontade individual e que, portanto, se o indivíduo não conseguir interromper o consumo, não “melhorar”, a culpa é única e exclusivamente dele (LEAL e CALDERÓN, 2017).

O tratamento de mulheres que fazem uso prejudicial de drogas ainda é um desafio às políticas públicas e profissionais de saúde, principalmente por ainda existirem diversos tabus a

⁴⁴ SILVA, Jessica Taiane. Diário de Campo do Estágio curricular de Serviço Social II referente aos meses de Setembro e Outubro. Rio de Janeiro, [s.l.], 2019.

respeito da temática, e também pela questão de gênero apresentar especificidades. De acordo com a Pesquisa Nacional Sobre o Uso do Crack, realizada pela Fiocruz, as mulheres entrevistadas relataram consumir 21 pedras de crack em dias de maior uso, enquanto os homens relataram consumir 13 pedras (BASTOS e BETONI, 2014). Outras pesquisas – realizadas com usuários de cocaína na forma inalada, fumada ou injetada – também apontam que o uso costuma ser mais intenso no caso das mulheres (ORSI *et al.*, 2004).

Dados de pesquisas nacionais e internacionais destacam alguns fatores de risco para o uso prejudicial de substâncias psicoativas, dentre eles estão: experiências de violência ao longo da vida, eventos traumáticos, uso de drogas por demais familiares e baixa escolaridade (APA, 2014; DIEHL *et al.*, 2011; LIMBERGER e ANDRETTA, 2015; LIMBERGER *et al.*, 2016; PEDROSO *et al.*, 2013). Portanto, tendo em vista o contexto brasileiro, atravessado diariamente tanto pelas expressões do colonialismo e racismo quanto pelo sexismo, os fatores de risco apresentados ratificam os dados do *Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira*, que mostra que o perfil das usuárias é majoritariamente composto por mulheres negras (BASTOS, 2017).

Assim, associado às especificidades das mulheres que fazem uso prejudicial de drogas, destaca-se a questão da maternidade (LIMBERGER *et al.*, 2015). Como acompanhamos ao longo do capítulo 2, enquanto o homem se ocupa do trabalho de produção do capital, socialmente, as mulheres possuem total responsabilidade pelos cuidados familiares, pela esfera reprodutiva da vida. Assim, partindo de uma determinada noção de cuidado, a divisão sexual-racial do trabalho tende a reforçar estereótipos e avaliar enquanto “imoral” o uso de drogas por mulheres.

Assim, ‘as mulheres adictas’ contrariam a lógica de sua essência e com isso a dos outros, porque deixam de ocupar-se dos outros (parcial ou totalmente), deixam de ser suas mães ou suas cônjuges” (LAGARDE, 2005, p. 726). Essa é a explicação de que o uso problemático de drogas nas mulheres seja visto como abandono e é também o sensível fio que diferencia a mulher heroica e transgressora dona de si da *louca* (LEAL e CALDERÓN, 2017, p. 135 - grifo das autoras).

Além disso, esta concepção equivocada sobre o uso de drogas por mulheres também irá orientar as políticas públicas e a atuação profissional de trabalhadoras e trabalhadores dos serviços socioassistenciais que lidam cotidianamente com este determinado público (SOUZA *et al.*, 2014). E aqui apontamos a complexidade que envolve a temática da maternagem associada ao uso prejudicial de drogas. Na qual, quase sempre, resulta em separação compulsória de mães e bebês.

Para Silva, Pires e Gouveia (2015, p. 94), os estudos atuais sobre a temática de separação compulsória de puerperas e seus filhos “não identificam se a mãe é a principal cuidadora, qual o

papel do suporte social na sua vida (...) quais as condições em que vivem as famílias dessas mães, quantos adultos cuidam da criança, qual a estrutura familiar, entre outros”. Destacamos também que nos artigos 19, 92 e 101 do ECA (BRASIL, 1990), foram estabelecidos o direito à convivência familiar e ao esgotamento de todas as possibilidades de reintegração familiar em casos de acolhimento institucional. Assim, ao impor somente à mãe a responsabilidade de cuidar, desconsiderando a existência de um suporte social, sua culpabilização e a perda da guarda de seus filhos tornam-se os resultados mais recorrentes (MENANDRO; GARCIA; ULIANA, 2019).

Diversos movimentos sociais reivindicam a criação de diretrizes e fluxos que visem a atenção integral à saúde das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de substâncias psicoativas e seus filhos. Tais contestações foram discutidas por órgãos governamentais, como o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), que reconheceram a necessidade do protagonismo dos Sistemas Único de Saúde (SUS) e Assistência Social (SUAS) no acompanhamento a este público devido à complexidade de suas necessidades. As decisões imediatistas foram contraindicadas e recomendou-se o acompanhamento integrado antes, durante e depois do nascimento, de modo que a avaliação das condutas fosse feita caso a caso, respeitando assim as singularidades (SIQUEIRA *et al.*, 2018).

No entanto, segundo Siqueira (*et al.*, 2018), devemos reconhecer que no cotidiano profissional - mediado por sua inerente complexidade e disputas ético-políticas -, recomendações, por melhores que sejam, não são suficientes para produzir os enfrentamentos necessários para defesa dos direitos das mães e das crianças. Assim, nos deparamos com um julgamento moral sobre quem tem e quem não tem direito à ser mãe, sendo autorizado o emprego da violência contra “uma vida que não vale a pena” em nome de outra a ser protegida, sem muita reflexão sobre os efeitos dessa separação violenta tanto sobre a “vida que não vale a pena”, como sobre a vida que supostamente está sendo defendida (SIQUEIRA *et al.*, 2018).

Partindo do pressuposto da naturalização do *mito do amor materno*, espera-se da mulher o “instinto nato” da maternagem. E há, nesse mito, uma dualidade na interpretação da maternidade, uma vez que algumas mulheres serão vistas como *boas* mães e outras como *anormais* (BADINTER, 1985; OLIVIO *et al.*, 2011). Cabe ressaltar que, além do uso prejudicial de drogas afastar estas mulheres do padrão idealizado de mulher e mãe (MENANDRO; GARCIA; ULIANA, 2019, p.1), por se tratarem majoritariamente de mulheres negras (BASTOS, 2017), essas dores serão silenciadas devido à desumanização desses corpos (FANON, 2008). Essa desumanização também pode ser definida a partir do conceito de *outridade*, cunhado por Grada Kilomba (2010). Segundo a

autora, a mulher negra é o “outro do outro”, o que as coloca em um local de mais difícil reciprocidade. Assim, a máscara do silenciamento mais uma vez segue operante (KILOMBA, 2010).

Para Almeida (2018), “o racismo decorre das marcas deixadas pela escravidão e pelo colonialismo [...] é uma manifestação das estruturas do capitalismo, que foram forjadas pela escravidão”. importante destacar que o racismo institucional não necessita de atores sociais para que ele opere, ele pode ser produzido através de instituições que conduzam suas ações e políticas mediante ao olhar universal, sem considerar os déficits nos quais os usuários e usuárias são submetidos (2018, p. 184). Dessa forma, conduzidas tanto pela ótica da dualidade quanto pela colonialidade, as ações de instituições como as da saúde, assistência social, saúde mental, do judiciário e de tantos outros serviços socioassistenciais, irão promover intervenções moralizantes e desumanizadoras (BADINTER, 1985; KILOMBA, 2010; FANON; 2008). E assim, mulheres negras que fazem uso prejudicial de drogas serão identificadas, não como mães, mas como sujeitos anormais e sem recuperação, logo, incapazes de exercerem a maternagem.

A prática de separação compulsória tornou-se cada vez mais frequente após recomendações incabíveis advindas da Vara de Infância e da Juventude de Belo Horizonte. No entanto, tais ações não se restringem aos municípios em que há estas orientações, são práticas recorrentes em muitos outros lugares. Tais medidas determinam que profissionais de saúde devem comunicar à justiça o nascimento de bebês cujas mães, ou até mesmo os neonatos, estivessem em “situação de grave risco, inclusive em virtude de dependência química ou trajetória de rua” (CRESS, 2017). O texto também prevê a apuração de responsabilidade criminal contra quem não a cumpriu, uma vez que seriam investigadas infrações do artigo 132 do Código Penal - Expor a vida ou a saúde de outrem a perigo direto e iminente, com pena de detenção, de três meses a um ano - e do artigo 236 do ECA - Impedir ou embaraçar a ação de autoridade judiciária, membro do Conselho Tutelar ou representante do Ministério Público (MP) no exercício de função, com pena de detenção, de seis meses a dois anos.

Todavia, salientamos que apesar das recomendações de acolhimento institucional dos bebês serem emitidas tanto para hospitais públicos quanto privados, não é coincidência que estas ações não ocorram na Perinatal Barra⁴⁵. Ao analisarem em quais maternidades ocorrem estes encaminhamentos, nota-se que as públicas são as que mais acionam o dispositivo de judicialização

⁴⁵ A Maternidade Perinatal é referência em Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Fetal e Cirurgia Cardíaca Neonatal e Pediátrica. Também é conhecida por realizar o parto de grande parte das mulheres da classe média do RJ. Disponível em: <https://www.perinatal.com.br/maternidade.html> . Acesso em: 30 ago. 2021.

desses casos. Já o *Dossiê Mulheres Negras* (IPEA, 2013), demonstra que o perfil das usuárias atendidas no SUS é composto por mulheres pretas e pardas, de baixa renda. Estes dados indicam que a prática de separação compulsória e de controle desses corpos está voltada apenas para determinada parcela da sociedade, explicitando o caráter classista e racista das ações do Estado.

Os *protocolos do fracasso* (BELLOC *et al.*, 2018), sejam eles oficiais ou informais, supõem que as mulheres que fazem uso prejudicial de drogas estão fadadas a fracassar nas suas funções maternas. Assim, essas mães são previamente acusadas de negligência em relação a seus filhos, sem ao menos terem a chance de tentar maternar. Medeiros *et al.* (2015), por meio de entrevistas com mulheres que se encontravam em Comunidades Terapêuticas e Clínicas de Reabilitação nos Estados da Paraíba e Pernambuco, observaram que essas mulheres se enxergavam como perigosas e sem controle de si, reproduzindo o mesmo discurso que a sociedade lança sobre elas. Assim, essa visão que a sociedade e elas possuíam sobre si mesmas impactava diretamente na forma como se relacionavam com o cuidado e lidavam com as questões da vida.

Além disso, dados de uma pesquisa realizada em um CAPSad da Bahia apontam pelo menos quatro tensões que puérperas que usam drogas tendem a sofrer: a (auto)condenação em ser mãe e usuária de drogas, ou seja, pela sua desvinculação de ideais socialmente construídos acerca da função materna; a rejeição social dessa gravidez que é entendida como suja e errada; as repercussões do efeito das drogas para mãe e feto/recém-nascido; a ausência e/ou falta de apoio da figura paterna; e o luto pela morte e/ou afastamento dos filhos, seja por opção ou imposição (OLIVEIRA, 2015, p. 20).

Já uma pesquisa realizada em 2015, no Rio Grande do Sul, mostra que 33% das mulheres usuárias de crack entrevistadas, apontaram os filhos como motivação para a busca do tratamento (LIMBERGER *et al.*, 2015). Um outro estudo, realizado com puérperas usuárias dos serviços oferecidos pelo Caps Ad, questionou como elas concebem o ato de cuidar e, para elas, o cuidado “é uma ação que envolve o atendimento a necessidades materiais e afetivas”. Elas avaliaram seus cuidados de forma positiva. Oliveira (2015) aponta que as mães usuárias do Caps Ad costumam realizar mudanças no padrão de consumo após o nascimento das crianças, tais como: redução do uso, substituição de drogas consideradas mais prejudiciais por outras consideradas menos nocivas e a busca por tratamento. Além de praticarem ações de cuidado consigo e, por conseguinte, pela criança, oferecendo cuidados diários aos filhos, e até mesmo encaminhando-os para a adoção como uma forma de proteção.

Assim, contradizendo o senso comum e as suposições das equipes, a maternagem é fator de proteção para a gestante usuária de drogas. Diante disso, salientamos que o Estado realiza novamente a mortificação da subjetividade dessas mulheres (GOFFMAN, 2008) ao concluir previamente que são incapazes de exercer a maternagem, sem considerar toda a complexidade que permeia essa relação e oferecer os meios necessários para a criação desse afeto e convívio. E que a contenção de corpos e subjetividades aniquila as potencialidades, a autonomia e reduz a experiência dessas mulheres à “drogadictas”.

Após a ocorrência de separação compulsória do bebê, para que haja a possibilidade de reintegração da guarda, é exigido das mães o tratamento da adicção e o comparecimento a constantes audiências para reavaliação do caso, entretanto, estas condicionalidades apresenta dois episódios comuns: algumas mães aceitam as condicionalidades e conseguem fazer o tratamento; já outras enxergam essas imposições como uma grande pressão, como um teste para decidir se elas são realmente merecedoras de serem mães. “O abutre quer te ver drogado pra dizer: ‘ó, num falei?!’” (EMICIDA, 2019). Assim, com as subjetividades completamente mortificadas, carregadas de medo e culpa, elas acabam não resistindo a tantas opressões criadas, principalmente pelo racismo institucional (ALMEIDA, 2018), e, por consequência, são irreparavelmente atravessadas pela desmaternização.

Tais vivências diminuem as possibilidades de elaboração do luto pela criança que foi desejada e lhe foi compulsoriamente retirada, ficando a experiência de roubo, de sequestro, de desaparecimento de seu filho, junto à vivência de uma culpa a ela imposta. E como consequência dessa falta de luto, o vazio do bebê roubado a ser preenchido por outro bebê, numa espiral de produção de gravidezes de repetição e sua desmaternização, muitas vezes com um próximo pré-natal e parto sem acompanhamento da rede de saúde e assistência, como forma radical e desesperada de constituição da maternidade (BELLOC *et al.*, 2018, p. 46).

O último ponto a ser destacado é que, geralmente, a abstinência total se apresenta enquanto a única opção de tratamento para a retomada da guarda de seus bebês. Todavia, especialistas apontam que este modelo se mostra ultrapassado, em comparação à estratégia de redução de danos. As abordagens em redução de danos são um modo de trabalho pautado por uma ética da relação, baseada na autonomia, no diálogo e na corresponsabilidade profissional-usuário (ALMEIDA, 2003; SOUZA, 2007). Dentre as ações mais utilizadas, estão:

As terapias de substituição (de drogas “pesadas” por drogas “leves”); terapias de redução do consumo; aconselhamento sobre os riscos presentes no uso; mudança na via de administração; compartilhamento (o usuário e seus familiares tomados enquanto parceiros no tratamento); resgate da cidadania e da autoestima; (...) ações desenvolvidas especificamente

com grupos considerados de risco (usuários de drogas injetáveis; pessoas em situação de rua, dentre outros); campanhas de vacinação (FONSÊCA, 2012, p. 31).

Por fim, destacamos que a escolha da abstinência total enquanto única possibilidade de tratamento não é mero acaso, pois corrobora integralmente com o projeto de manicomialização das relações sociais que foram apontados nos tópicos 1.2 e 2.3. Para se manter operante, a burguesia colonial e sexista ainda se utiliza do Estado enquanto executor das opressões e violências que atuam no controle dos corpos e subjetividades. Assim, enfatizamos que o desfinanciamento dos serviços que são referência em saúde mental, álcool e outras drogas, em contrapartida à supervalorização das CTs é um projeto, e que além de reforçar a lógica manicomial, ele também coopera para a perpetuação da estigma sobre o uso de drogas, bem como para a legitimação das violências sobre os corpos das mulheres negras.

3.3. Fórum Maternidade, uso de drogas e convivência familiar

Antes de tudo, enfatizamos que as informações contidas neste tópico têm como base a entrevista exploratória realizada com Hilda Corrêa, Assistente Social e coordenadora adjunta do Fórum Maternidade, Uso de Drogas e Convivência Familiar (FMDC). De acordo com Hilda, o fórum surge a partir de inquietações ocasionadas pelo cenário de desamparo vivenciado por jovens gestantes e puérperas que foram separadas compulsoriamente de seus filhos, na cidade do Rio de Janeiro. O ponto em comum entre todas elas era o histórico de situação de rua ou o uso prejudicial de álcool e outras drogas. Assim, ao se verem face a face com esta problemática e acompanharem de perto um alto número de casos nos quais estas mulheres foram destituídas legalmente da guarda de seus filhos, profissionais do Serviço Social e Psicologia de maternidades da cidade, além de técnicos das Defensorias Públicas e do MP, se dispuseram a criar um grupo de debates sobre a temática, que inicialmente se chamava *Oficina sobre jovens mães e gestantes usuárias de drogas*, e hoje é denominado *Fórum Maternidade, Uso de Drogas e Convivência Familiar*.

O início do FMDC se deu em 2013, e os primeiros encontros foram realizados no auditório do Conselho Regional de Serviço Social do Rio de Janeiro (CRESS/RJ). A princípio, o grupo contava com a presença de profissionais do Serviço Social e Psicologia das maternidades, além de técnicos das Defensorias Públicas e do MPRJ. Todavia, a partir do aumento exponencial de profissionais que passaram a compor o grupo, o promotor da Infância e Adolescência do MPRJ

propôs que os encontros fossem realizados no auditório do MP. A partir de então, profissionais de saúde das maternidades municipais, de outras unidades de saúde e de assistência social, instâncias do Sistema de Garantia de Direitos (Ministério Público, Varas de Infância, Juventude e Idoso, Defensoria Pública), CTs, equipes do Consultório na Rua, Universidades e Organizações da sociedade civil, passaram a compor o FMDC. É necessário destacar que este crescimento de membros se deu tanto por meio de convite, quanto pelo desejo espontâneo e necessidade de outros órgãos/categorias se apropriarem da temática abordada.

No período inicial, as reuniões tinham o objetivo de difundir uma concepção mais ampliada sobre a questão da maternagem e o uso prejudicial de drogas, ou seja, realizar um debate com outras categorias com a finalidade de superar estigmas criados e mantidos acerca da drogadicção associada ao ato de maternar. Ressaltamos que profissionais e técnicas, mesmo com ensino superior, não estão isentas de reproduzirem discursos e práticas manicomiais que rotulem e culpabilizem estas mulheres pela condição em que se encontram. Assim, com base em marcos legais como o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Política Nacional de Convivência Familiar e Comunitária, o Marco Legal da Primeira Infância, a Nota Técnica N. 001 do Ministério da Saúde/SAS e SGEP/2015, a Nota Técnica MS e SUAS, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a Política Nacional de Drogas e a Política Nacional de Saúde Mental, passaram a ocorrer debates que apontaram para a urgência da elaboração de ações intersetoriais e de trabalho em rede como forma de proteger mulheres e bebês, preservando a convivência com a família nuclear e/ou extensa.

Em meio à pandemia de COVID-19, as reuniões do FMDC precisaram ser adequadas ao contexto, assim, os encontros passaram a acontecer de forma virtual, através do *Google meet*. A partir de uma maior aproximação com o coletivo, foi possibilitada a apreensão de alguns entraves que prejudicam a plena atuação das profissionais na luta pela defesa dos direitos de mães que fazem uso prejudicial de drogas. Dentre eles, estão: a dificuldade de promoção de ações intersetoriais devido ao sucateamento dos serviços assistenciais; os frágeis vínculos trabalhistas, associados à coação sofrida por profissionais de setores-chaves para a garantia do direito à convivência familiar; e a falta de políticas públicas que se atentem para a especificidade destes casos, que são complexos e exigem uma análise mais crítica e acertada.

Mesmo com todos os obstáculos impostos pela realidade social, as reflexões advindas dos encontros do FMDC ajudaram a construir estratégias para evitar a imediata judicialização dos casos de gestantes usuárias de drogas, na cidade do Rio de Janeiro. O encontro de ideias dos mais variados setores e profissionais interessados na temática possibilitou o redirecionamento do fluxo

dos casos, através de articulações intersetoriais, reconhecendo a importância da atuação profissional em rede para que os usuários sejam atendidos integralmente. Quanto a isso, de acordo com Pinheiro e Matos (2001),

Um dos mais conhecidos sentidos atribuídos ao atendimento integral se refere ao reconhecimento do todo indivisível que cada pessoa representa, trazendo como consequência a não-fragmentação da atenção, reconhecendo os fatores sócio-econômicos e culturais como determinantes da saúde, e, principalmente, sugerindo um modelo integral de atenção que não tem como suposto a cura da doença, mas alarga os horizontes do mundo da vida espiritual e material (PINHEIRO, MATOS, 2001).

Também através de discussões fomentadas pelo grupo, as profissionais chegaram à conclusão de que em vez de afastar os bebês de suas famílias, o Estado deveria ofertar serviços que respondessem à complexidade da realidade dessas mulheres e desenvolver ações inovadoras na atenção a esse público. Assim, em 2016 foi elaborado o projeto ELOOS, que, posteriormente, deu lugar à Casa das Margaridas. Esta experiência foi pioneira no Brasil, devido à metodologia inovadora e a proposta de trabalho em rede, a partir do acolhimento conjunto da mãe e do bebê. No entanto, por não se tratar de uma política pública, mas sim de um projeto piloto, além de ter como público alvo mulheres que são entendidas enquanto não merecedoras de atenção, o serviço não obteve o devido interesse de continuidade. Com isso, atualmente as ações do FMDC têm sido voltadas para a conscientização tanto da instância municipal, quanto federal, sobre a importância da permanência deste projeto que, mesmo com o pouco tempo de funcionamento, se mostrou potente na direção da garantia de convivência familiar entre mães e bebês.

3.3.1. Projeto Casa ELOOS e Casa das Margaridas

O projeto Casa ELOOS deu início ao atendimento em maio de 2017, a partir da articulação entre a Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Assistência Social (SMASDH) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), por meio do financiamento da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), vinculada ao Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJ)⁴⁶. No entanto, a verba foi emitida de forma contingenciada, ou seja, por se tratar de um projeto piloto, não de uma política pública, o valor destinado para a sua execução não dispôs de um caráter permanente, mas sim pontual. Como resultado, a curto prazo, houveram atrasos nos salários das

⁴⁶ Cabe salientar que o projeto também recebeu o reconhecimento do Ministério da Saúde, do Ministério de Desenvolvimento Social e da Secretaria de Políticas para as Mulheres, na época da sua formulação.

funcionárias do serviço, nas despesas da Casa e, 4 meses após seu início, ocorreu a suspensão do projeto.

É necessário destacar que mesmo com o curto período de execução do projeto, um intenso trabalho foi construído junto à rede de serviços da saúde, de assistência social e aos órgãos do Sistema de Garantia de Direitos, no sentido de aproximação e sensibilização das mulheres, nas cenas de uso, para adesão ao projeto. No início, as gestantes e puérperas se sentiam desconfiadas por não conhecerem a metodologia adotada por este modelo de acolhimento e acreditarem que haveria uma lógica culpabilizante como nos outros abrigos pelos quais já tinham passado. No entanto, com o passar do tempo, criou-se uma relação de confiança e afeto com a equipe. Infelizmente, a suspensão do ELOOS causou uma grande perda no trabalho que estava sendo realizado com estas mulheres. Além disso, uma das usuárias do serviço, após perder a guarda da filha e voltar para as ruas, passou por um processo profundo⁴⁷ de desmaternização e morreu devido a uma overdose.

Em agosto de 2019, após esforços da gestão municipal, foi firmado um Termo de Parceria entre a SMASDH e a ONG CIEDS⁴⁸, para continuidade do projeto, agora nomeado como Casa das Margaridas⁴⁹, localizado em Campo Grande, Zona Oeste do RJ. A Casa passou a acolher as usuárias no final de novembro de 2019. O espaço escolhido para o funcionamento do projeto foi de fato uma casa, com quartos amplos, berços com enxoval, varanda para relaxar, cozinha para quem gosta de cozinhar, enfim, tudo isso com o propósito de fazer com que o ambiente se tornasse o mais agradável e acolhedor possível para as mães e seus filhos. O depoimento de uma das usuárias do serviço comprova que o objetivo foi alcançado:

“Eu faço tratamento na Clínica da Família em Manginhos e participo do programa “Consultório na Rua”, onde tenho o acompanhamento do pré-natal. Eles que me encaminharam pra cá. Quando eu cheguei aqui, eu me senti na casinha de boneca, porque

⁴⁷ A partir da recorrência de casos de separação compulsória, as mulheres que fazem uso prejudicial de drogas ou estão em situação de rua costumam entrar na maternidade para ter o bebê já sem esperanças de sair de lá com ele. Desse modo, precisamos refletir sobre como deve ter sido doloroso passar por uma montanha russa de sentimentos que oscilaram entre: falta de esperança em continuar com a filha - inserção no ELOOS e recuperação da expectativa de poder maternar - fechamento do projeto e separação de sua filha.

⁴⁸ Centro Integrado de Estudos e Programas de Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: <https://www.cieds.org.br/noticias/detalhe/cieds-inaugura-unidade-de-reinsercao-social-para-gravidas-e-recem-maes>. Acesso em: 18 set. 2021.

⁴⁹ A equipe havia sugerido o nome Casa Vitória, em homenagem à usuária da Casa ELOOS que faleceu após o fechamento do serviço. No entanto, a então primeira dama do RJ optou pelo nome Casa das Margaridas e o motivo é a apreciação de Sylvia Crivella por esta espécie de flor. O que podemos notar, mais uma vez, é o apagamento dos corpos pretos, designados à zona do não ser (FANON, 2008), .

aqui tem um clima acolhedor, que faz a gente se sentir bem, e aos poucos você vai se adaptando e vai conhecendo as pessoas (...)" (PREFEITURA RJ, 2019)

A dinâmica da casa, horários das refeições, cardápio do dia, alimentação, tudo isso era definido em conjunto com as usuárias do serviço, as compreendendo enquanto mulheres e mães pertencentes ao mesmo lar. E aqui enfatizamos a importância do sentido de *pertencimento* e de *lar* para a construção de um serviço que possua uma organização que busque se desvincular da reprodução de uma tendência bastante reproduzida pelos serviços de acolhimento – a de manicomialização das usuárias. A equipe de profissionais da Casa das Margaridas conseguiu criar uma metodologia consistente no atendimento a essa problemática tão complexa, através de um acolhimento humanizado, protetivo e de ações que vislumbravam a possibilidade de autonomia dos usuários em seus diversos níveis.

Como mencionado no tópico 1.2, durante muito tempo, no Brasil, imperava-se a ideologia manicomial de que as pessoas com algum nível de sofrimento psíquico deveriam ter um tratamento pautado em longas internações em hospitais psiquiátricos, em meio ao abandono e violência (ARAÚJO, 2021). Para Basaglia, a transformação do modelo hospitalar em um modelo moderno, higienizado, humanizado não é o bastante, pois as características asilares não permitem avanços significativos e nos fazem retroceder. Portanto, a ação da Casa das Margaridas se diferencia no sentido de promoção da autonomia das mulheres, através do fortalecimento dos serviços territoriais, “atuar no território significa transformar o lugar social da loucura em uma sociedade” (AMARANTE, 2007, p.106).

No primeiro ano de funcionamento, 37 vidas foram acolhidas, sendo 16 mulheres, entre as quais 10 gestantes. Os demais acolhidos eram bebês ou crianças, filhos das mulheres acolhidas. De acordo com a coordenadora do FMDC, no que se corresponde ao perfil, a idade média das mulheres é de 28 anos; 47% com trajetória de vida nas ruas; 67% em dependência de drogas; 13% egressas do sistema prisional; 20% egressas do sistema socioeducativo; 27% não dispunham de documentos. O percentual de reinserção nas famílias foi de 53%. Já no segundo ano de funcionamento da Casa, no período de janeiro a março de 2021, foram acolhidas 41 vidas e foi alcançado o número de 14 reinserções familiares e comunitárias.

No entanto, apesar dos esforços coletivos para a continuidade do projeto e toda a importância desta modalidade de serviço para a proteção integral de mães e bebês, a Casa foi fechada mais uma vez por falta de recursos – interesse – para mantê-la. Como já era sabido desde o retorno do serviço, o Acordo de Parceria com o CIEDS tinha um prazo determinado, que se findou

em março deste ano, gerando impactos no funcionamento do serviço, visto que novos acolhimentos foram suspensos. A SMASDH chegou a prorrogar a parceria até junho, mas as condições de funcionamento do projeto já eram mais tão palpáveis devido ao atraso nos salários e despesas fixas com o funcionamento da casa, bem como a suspensão de novos acolhimentos.

Diante disso, as ações do FMDC têm sido voltadas para demonstrar aos órgãos governamentais a importância do retorno e permanência deste serviço de forma permanente, para que o mesmo seja inserido no quadro de serviços de proteção especial da Política de Assistência Social. Consideramos que a Casa Das Margaridas se consolida como um estabelecimento criativo e inovador na assistência a mulher usuária de drogas e a aos seus filhos e que corresponde ao estabelecido no Marco Legal da Primeira Infância (MLPI/2016)⁵⁰.

A Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, de 2014, prevê a necessidade de serviço que considerem as especificidades de cada público, veja:

O atendimento prestado deve ser personalizado e em pequenos grupos e favorecer o convívio familiar e comunitário, bem como a utilização dos equipamentos e serviços disponíveis na comunidade local. As regras de gestão e de convivência deverão ser construídas de forma participativa e coletiva, a fim de assegurar a autonomia dos usuários, conforme perfis (BRASIL, 2014).

Assim, de acordo com Hilda, é possível inserir a Casa das Margaridas no quadro de serviços de Proteção social de média e de alta complexidade por estar em consonância com o previsto na Tipificação. Os serviços socioassistenciais listados no documento privilegiam o atendimento especializado à famílias e indivíduos na intenção de preservar vínculos familiares e comunitários e fortalecer a função protetiva das famílias em vista ao conjunto de vulnerabilidades a que muitas famílias estão submetidas. Todavia, para que a Casa não sofra mais uma vez com as incertezas devido ao repasse de verbas, a gestão pública municipal também precisa se responsabilizar e assumir o gerenciamento deste serviço, como parte dos equipamentos da assistência social, independente de recursos provenientes de convênios com outras esferas de governo.

Ressaltamos que compreendemos a complexidade desta demanda, visto que, assim como foi ressaltado nos tópicos 1.2 e 2.3, existem diferentes projetos em disputa, dentre eles, o de precarização da rede socioassistencial e de avanço das comunidades terapêuticas. Além disso, tendo em vista que a Casa das Margaridas se configura enquanto um modelo que objetiva se distinguir dos demais e transpor a lógica de culpabilização, manicomialização e controle dos corpos destas

⁵⁰ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/113257.htm. Acesso em: 18 set. 2021.

mulheres, este projeto não se mostra interessante para a manutenção do *status quo*. Ainda assim, o Fórum Maternidade, Uso de Drogas e Convivência Familiar segue na luta pelo retorno das atividades da Casa, bem como pela garantia integral dos direitos das mulheres negras e de seus filhos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho buscamos abordar algumas inquietações acerca das dificuldades impostas ao exercício da maternagem de mulheres negras, principalmente quando associada ao uso prejudicial de drogas. Analisar a temática da separação compulsória a partir da leitura interseccional foi uma tentativa de compreendermos como, e o quanto, os marcadores sociais de Classe, Raça e Gênero serão determinantes na concepção sobre o que é ser uma boa mãe e o que é ser uma mãe anormal, irresponsável. Bem como compreender que as ações do Estado e de suas instituições da violência serão guiados por essa lógica dualista, onde mulheres negras historicamente serão alvo da culpabilização, da punição e do controle.

Assim, buscando identificar elementos que nos auxiliassem a responder ao questionamento que intitula o presente trabalho, desmembramos o tema ao longo de três capítulos, percorrendo caminhos entre a interseccionalidade, a noção de cuidado que orienta as intervenções institucionais, a manicomialização de mulheres negras e, por fim, o exercício da maternagem associado ao uso de drogas. Assim, no primeiro capítulo buscamos apresentar subsídios que demonstrassem que o debate feminista não pode ser reduzido apenas à questão de gênero, visto que, descolada das outras localizações sociais, somente ela não é capaz de abranger questões objetivas e subjetivas da pluralidade de mulheres existentes na sociedade, especialmente em se tratando da realidade brasileira lotada de relações complexas e desiguais. Além disso, os debates sobre os retrocessos no campo da saúde mental nos auxiliaram na identificação de quais corpos são os mais atingidos pela manicomialização das relações sociais.

No capítulo dois, nosso objetivo foi demonstrar que a desmaternização das mulheres negras não se inicia a partir do uso de drogas, como pudemos acompanhar, o direito à maternagem é completamente negado a essas mulheres e tais ações vêm de muito antes. Nesse sentido, abordamos o cuidado colonial enquanto uma herança que cria mecanismos cada vez mais sofisticados para o controle de mulheres negras e de suas famílias, através da produção das opressões e violências sobre seus corpos. Desse modo, ao resgatarmos o histórico das famílias negras, captamos o cerne da

questão: a díade proteção-negligência concebida pelo Estado e as instituições que o cercam é encoberta pelo véu da colonialidade (MBEMBE, 2018, p. 69). Ou seja, a partir de uma visão distorcida, cria-se uma expectativa de cuidado praticamente inalcançável para as famílias e mulheres negras, uma vez que estas são expostas à diversas manifestações de violência, “vivem e convivem em condições-limite de vida e sobrevivência, fragilidade dos vínculos familiares, desemprego/subemprego, entre outros desdobramentos da questão social” (BERBERIAN, 2015).

No mesmo capítulo, acompanhamos também os processos de manicomialização que ocorrem com as mulheres-mães negras. Precisamos pensar na relação entre cuidado, mulheres negras e sofrimento a partir da compreensão de que o manicômio também compõe as relações sociais ultrapassando os muros institucionais (PASSOS, 2020), assim, o *looping* eterno de violência, criminalização das necessidades, culpabilização, silenciamento de suas dores causam o adoecimento e morte dessas mulheres negras, seja física ou em vida.

Por fim, o terceiro capítulo buscou apresentar o campo de estágio, que foi um espaço fundamental para o encontro entre teoria e prática, além disso, este cenário também deu início às inquietações que deram origem ao presente trabalho. Por conseguinte, o segundo ponto abordou especificamente a questão de mulheres que fazem uso prejudicial de drogas, mas desejam ser mães. Apontamos que, se as mulheres negras já são violentadas, culpabilizadas e exoneradas do papel de mãe, aquelas que estão em situação de rua ou fazem uso de drogas estarão numa posição ainda pior.

Notamos que o Estado costuma justificar a separação compulsória sob o argumento de preservar sua saúde e a vida dos bebês. E isso nos traz alguns questionamentos: E as vidas dessas mulheres a quem interessa? Depois do parto, tendo seu bebê retirado ainda na maternidade, que encaminhamentos são feitos à elas? A prática nos mostra que, na maioria das vezes, as mesmas voltam para as ruas, aumentam o uso prejudicial devido a dor causada pela desmaternização e, muito frequentemente, engravidam novamente e todo o processo se repete. Por que não tentar uma outra forma de cuidado com essas mulheres que ofereça outras possibilidades reais de escolhas para sua vida e a de seu bebê?

Reconhecemos, o quanto esta temática é complexa, todavia, precisamos ter a consciência de que estas mulheres estão adoecidas devido às ações do próprio Estado sobre seus corpos. Você ainda está se perguntando se a falta de política é uma política? Pois bem, nós responderemos. Sim, é uma política. No entanto, ela não é nenhuma novidade. Inclusive, opera no Brasil desde 1500, e

ainda é a mesma política que sempre criou a desmaternização das mulheres negras; a mesma política que criminaliza a população negra pelas necessidades criadas por esse sistema sórdido; a mesma que pratica o racismo obstétrico; também é ela que realiza a separação compulsória; que autoriza o braço penal a atravessar seus corpos, de seus filhos e companheiros; continua sendo ela que nos mata em vida todos os dias e, depois, nos oferece rivotril como resposta. Nunca foi outra, esta política só atualiza para controlar nossos corpos e subjetividades visando a manutenção da ordem social que está posta.

BIBLIOGRAFIA

ALBUQUERQUE, L. **Mãe Preta**. In: ENCICLOPÉDIA Itaú Cultural de Arte e Cultura Brasileiras. São Paulo: Itaú Cultural, 1912. Disponível em: <<http://enciclopedia.itaucultural.org.br/obra3242/mae-preta>>. Acesso em: 02 de Abr. 2021.

ALMEIDA, S. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte: Letramento, 2018.

ALMEIDA, R. A. et al. **Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 526-538, 2014.

ALMEIDA, C. C. L. **Saúde e cuidado: elementos para o trabalho com famílias**. In: DUARTE, M. J. O. et al. Política de saúde hoje: interfaces & desafios no trabalho de assistentes sociais. São Paulo: Papel Social, 2014.

ALMEIDA, C. B. **Conceito de redução de danos: uma apreciação crítica**. Boletim da Saúde, v. 17, n. 1, 2003, 53-61.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. **Algumas reflexões sobre ética, cidadania e desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica**. Revista Saúde em Debate, n. 45, p. 43-46, dez. 1994.

APA - American Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. DSM-5 (5. ed.). Porto Alegre: Artmed. 2014.

ARAÚJO, G.C.L., **Saúde mental e drogas: o caso das comunidades terapêuticas no município do Rio de Janeiro**. Trabalho de conclusão de curso de Serviço Social, 78p. UFRJ, 2021.

ARAÚJO, V. S. de. **Mães da resistência: um olhar sobre o papel do racismo no processo de adoecimento de mães militantes que perderam seus filhos para a violência de Estado**. 2019. 130 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil. 1ªed – Rio de Janeiro: Intrínseca, 2019.

AROUCA, A. Sérgio S. **Saúde é democracia**. Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 35- 42.

ASSIS, Dayane N. Conceição de. **Interseccionalidades** / Dayane N. Conceição de Assis. - Salvador: UFBA, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências; Superintendência de Educação a Distância, 2019.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1985.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BAIROS, L. **Mulher negra: o reforço da subordinação**. In: LOVELL, P. (Org.). Desigualdade racial no Brasil contemporâneo. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 1991.

BASTOS, F. I. P. M. (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017.

BASTOS, F. I., & BERTONI, N. (Orgs.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ. 2014.

BATISTA, L.E.; MONTEIRO, R.B.; MEDEIROS, R.A. **Iniquidades raciais e saúde: o ciclo da política de saúde da população negra**. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 681-690, 2013.

BELL HOOKS. **E eu não sou uma mulher? Mulheres negras e feminismo**. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos, 2019.

BELLOC, M. M.; CABRAL, K. V.; OLIVEIRA, C. S. **A desmaternização das gestantes usuárias de drogas: violação de direitos e lacunas do cuidado**. Saúde em Redes, v.4, p.37-49, 2018.

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

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Câmara dos Deputados, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. DOU de 16/07/1990 – ECA. Brasília, DF. 1990.

BURITY, J. A. **Desigualdades e a Abolição Inconclusa**. Revista Impulso, Piracicaba, v. 17, n. 43, mai./ago., p. 21-31, 2006.

CARNEIRO, S. **Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero**. In: ASHOKA Empreendimentos Sociais; TAKANO Cidadania (Orgs.). Racismos contemporâneos. Rio de Janeiro; Takano Editora, 2003.

CELESTE, H. C. **Mulheres, loucura e gênero: resistências de Adelina Gomes na Instituição Total**. 2017. Dissertação (Mestrado em Cultura e Territorialidade) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2017.

CFP. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos**. locais de internação para usuários de drogas. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

CRENSHAW, Kimberle W. **A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero**. In: VV.AA. Cruzamento: raça e gênero. Brasília: Unifem, 2004.

CRENSHAW, Kimberlé. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero**. Revista Estudos Feministas, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002.

CFESS. **Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília: CFESS, 2010. http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf

CRESS. **Bebês são retirados das mães nas maternidades de Belo Horizonte**. Conselho Regional de Serviço Social 6ª Região (Minas Gerais). Belo Horizonte, 2017.

CUNHA, M.C. **Loucura, gênero feminino: as mulheres do Juquery na São Paulo do início do século XX**. Revista Brasileira de História, São Paulo, v.9, n. 18, p.121-144, ago/set. 1989.

CUNHA, M. C. P. **O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DAVIS, A. **Mulheres, Raça e Classe**. São Paulo: Editora Boitempo, 2016.

DAVIS, B. **Falando da perda: hoje estou mal, espero que você entenda**. In: WERNECK, J; MENDONÇA, M.; WHITE, E. O livro da saúde das mulheres negras: nossos passos vêm de longe. 2. ed. Rio de Janeiro: Pallas/Criola, p.103-110. 2006.

DIAS, M.B. **O dever da fidelidade**. Revista AJURIS, Rio Grande do Sul. 2001.

DIEHL, A., Cordeiro, D. C., & Laranjeira, R. **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed. 2011.

DOMINGUES, P. M. L. et al. **Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres**. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 285-292, 2013.

DUARTE, M. J. O. **Saúde mental, drogas e direitos humanos: por intervenções cidadãs aos usuários de drogas em contexto de internação compulsória**. Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 37, dez. 2013.

EMICIDA. **Ismália**. Laboratório Fantasma. Sony Music, São Paulo. 2019. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=4pBp8hRmynI>. Acesso em: 14 set. 2021.

EMICIDA. **Trevo, figuinho e suor na camisa**. Laboratório Fantasma, Sony Music, 2020. Disponível em <https://music.youtube.com/watch?v=dv9IIJ14M4k&list=RDAMVMdv9IIJ14M4k>. acesso em: 30 ago. 2021.

- FANON, F. **Condenados da Terra**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2015.
- FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. Tradução: Renato da Silveira. Salvador: EDUFBA, 2008.
- FONSÊCA, C.J.B. **Conhecendo a Redução de Danos Enquanto uma Proposta Ética**. Psicologia & Saberes. Pernambuco, 2012.
- GARCIA, C. C. **Ovelhas na névoa: um estudo sobre as mulheres e a loucura**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1995.
- GIACOMINI, S. M. **Mulher e Escrava: uma introdução histórica ao estudo da mulher negra no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1988.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2008.
- GOLDANI, A. M. **Reinventar políticas para as famílias reinventadas: entre la “realidad” brasileira y la utopia**. Lineamientos de acción y propuestas de políticas hacia las familias. Serie Seminarios y Conferencias, Chile, n. 46, CEPAL, p.319-345, 2005.
- GONZALEZ, L.; HASENBALG, C. **Lugar de Negro**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1982.
- GONZALEZ, L. **A categoria político-cultural de amefricanidade**. In: Tempo Brasileiro. Rio de Janeiro, n. 92/93, jan./jun, p. 69-82. 1988b.
- GONZALEZ, L. **Racismo e sexismo na cultura brasileira**. Revista Ciências Sociais Hoje, Anpocs, 2, 223-244, 1984.
- GUIMARÃES, A.S.A. **Raça, cor, cor da pele e etnia**. cadernos de campo, São Paulo, n. 20, p. 1-360, 2011.
- GUIMARÃES. Thaís de Andrade Alves. ROSA. Lucia Cristina dos Santos. **A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista**. O Social em Questão - Ano XXII - nº 44 – p. 111 a 138. 2019.
- HIRATA, Helena. **Gênero, classe e raça: Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais**. Tempo social. vol. 26 nº.1 São Paulo Jan./Jun 2014
- HOLANDA, S. B.de. **Raízes do Brasil**. 27. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro, 2012.
- IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Atlas da violência**, 2019.

IPEA. **Dossiê Mulheres Negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil**. IPEA, Brasília, 2013.

IPEA. **Nota Técnica nº 21. Perfil das Comunidades Terapêuticas Brasileiras**. Brasília: IPEA, 2017.

KILOMBA, G. **A máscara**. Cadernos de Literatura em Tradução, São Paulo, n. 16, 2016.

KILOMBA, G. **Plantation Memories: Episodes of Everyday Racism**. Münster: UNRAST – Verlag. 2010.

LEAL, M. do C. et al. **A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, n. supl.1, 2017.

LEAL; CALDERÓN, 2017. **Espaços do (im)provável: uma experiência política de mulheres em situação de rua usuárias de crack**. In: PEREIRA, M. O.; PASSOS, R. G. (Orgs.) **Luta antimanicomial e feminismo para a Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

LIMA. Fátima. **Vidas pretas, processos de subjetivação e sofrimento psíquico: sobre viveres, feminismo, interseccionalidades e mulheres negras**. In: **Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica brasileira**. Orgs. Melissa de Oliveira Pereira... [et al.]. Rio de Janeiro, RJ. Autografia, 2017.

LIMBERGER, J. et al. **Especificidades do tratamento de mulheres usuárias de crack: interface com direitos humanos**. Revista Psicologia em Pesquisa. | UFJF v. 9 n. 2, 2015.

LIMBERGER, J., Andretta, I. **Novas problemáticas sociais: o uso do crack em mulheres e a perspectiva de gênero**. 2015.

LIMBERGER, J., Nascimento, R. S., Schneider, J. A., & Andretta, I. (2016). **Women users of crack: systematic review of Brazilian literature**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(1), 82-88. 2016.

LOPES, F. **Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil**. In: SEMINÁRIO SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA, 1., Brasília, 2004.

LUKÁCS, G. **Os princípios ontológicos fundamentais de Marx**. S. Paulo, Ciências Humanas. 1979.

MAGALDI, F. **A metamorfose de Adelina Gomes: gênero e sexualidade na psicologia analítica de Nise da Silveira**. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. Rio de Janeiro, dez, 2018.

MALHEIRO, L.S.B. **Tornar-se mulher usuária de crack: Trajetórias de vida, cultura do uso e política sobre drogas no Centro de Salvador, Bahia**. Encontro da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisas sobre Mulher e Relações de Gênero, nº20, 2018.

MARX; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Boitempo, 2007.

MBEMBE, A. **Crítica da razão negra**. São Paulo: n-1 edições, 2018.

MEDEIROS, K.T.; MACIEL, S.C.; SOUSA, P.F.; VIEIRA, G.L.S.; **Vivências e Representações sobre o Crack: Um Estudo com Mulheres Usuárias**. Psico-USF, v.20, p. 517-528, 2015.

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

MIOTO, R. C. T. Família e políticas sociais. In: BOSCHETTI, I. et.al (Orgs.). **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008.

MIOTO, R. C. T.; CAMPOS, M. S; CARLOTO, C. M. (Orgs.) **Familismo, direito e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Cortez, 2015.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família e políticas sociais. In: BOSCHETTI, Elaine et al. [Org.] **Política Social no Capitalismo: Tendências contemporâneas**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2009, p.130-148.

MTSM. **Carta de Bauru. Bauru: Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental**, 1987.

MUNANGA, K. **Negritude – usos e sentidos**. Coleção Cultura Negra e Identidades. 2009. p.40.

NASCIMENTO, B. **Textos e narração de Ori. Transcrição (mimeo)**. 1989. In RATTI, Alex. Eu sou Atlântica. - sobre a trajetória de vida de Beatriz Nascimento. São Paulo: Imprensa Oficial.

MARCASTRO, María; VARELA; DHAWAN, Nikita. **“Kritische Weibseinforschung in Deutschland” – Mythen, Subjekte, Masken**. 2005.

MARTINS, A.P. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

MATTOS. A.R. **Movimentos feministas: desnaturalizando e interseccionando o gênero**. In: Luta Antimanicomial e Feminismos: formação e militâncias. Orgs. Melissa de Oliveira Pereira... [et al.]. Rio de Janeiro, RJ: Autografia, 2020.

NACIONES UNIDAS. **Informe de la Conferencia Internacional sobre La Población y El desarrollo: El Cairo**, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: Naciones Unidas, 1995. Disponível em: <http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/572_filename_final-report_icpd_spa.pdf>. Acesso em: 02 ago. de 2021.

NETTO, J.P. **Introdução ao método da teoria social**. In: CFESS; ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. CEAD/UnB. Brasília. 2009.

OLIVEIRA, Ana Caroline Amorim. **Lélia Gonzalez e o pensamento interseccional: uma reflexão sobre o mito da democracia racial no Brasil**. Interritórios. Revista de Educação Universidade Federal de Pernambuco, 2020.

OLIVIO, M. C.; GRACZYK, R. C. **Mulheres usuárias de crack e maternidade: breves considerações**. II Simpósio Gênero e Políticas Públicas. Universidade Estadual de Londrina. Paraná, 2011. ANAIS...

OLIVEIRA, D. S. **Vivências e enfrentamentos de mulheres que usam drogas no exercício da maternidade**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Enfermagem, UFBA, 2015.

ORSI, M. M., Kessler, F., Pechansky, F., Araújo, R., Oliveira, M. S., & Souza, A. C. **Características do uso de cocaína em indivíduos internados em comunidades de tratamento de Porto Alegre**, RS. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 53(6), 351-358. 2004.

OSÓRIO, J.S. **Sobre o Estado, o poder político e o Estado dependente**. Temporalis, Brasília (DF), ano 17, n. 34. jul/dez, 2017.

PASSOS, R. G. **“De escravas a cuidadoras”:** invisibilidade e subalternidade das mulheres negras na política de saúde mental brasileira. Revista O social em Questão, Ano XX, nº 38, mai/ago, 2017.

_____. **“E o lixo vai falar, e numa boa!”**. Revista Katalysis, Florianópolis, v.24, n. 2, p. 301-309, maio/ago. 2021.

_____. **Mulheres negras, sofrimento e cuidado colonial**. Revista em Pauta, Rio de Janeiro, vol. 18, n. 45, p. 116 – 129, 1º Semestre de 2020.

_____. **Racismo, violência e o sofrimento das mulheres negras: diálogos a partir de Heleieth Saffioti**. Revista do Núcleo de Estudos de Ideologias e Lutas Sociais, São Paulo, vol. 23, n. 43, p. 285-295, jul./dez. 2019.

_____. **Trabalho, cuidado e sociabilidade: contribuições marxianas para o debate contemporâneo**. Serviço Social e Sociedade (126), mai/ago, 2016.

PEDROSO, R. S., Kessler, F., & Pechansky, F. (2013). **Treatment of female and male inpatient crack users: a qualitative study**. Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 35(1), 36-45. 2013.

PEDROSO, D. T. (2013). **Girls on Crack: the Use and the Dependence Vulnerabilities**. Revista de Psicologia da IMED, 5(2), 126-132. 2013.

PEREIRA, M.O. **Mulheres e Reforma Psiquiátrica Brasileira: experiências e agir político**. Tese defendida para obtenção do Título de Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2019, p. 30, 41-42.

PEREIRA, M.O. **Diálogos enodados para uma aproximação entre saúde mental e mulheres**. In: BOITEUX, Luciana; MAGNO, Patrícia Carlos; BENEVIDES, Laize (Orgs.). Gênero, feminismos e

sistemas de Justiça: discussões interseccionais de gênero, raça e classe. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, p. 135-328, 2018.

PEREIRA, M. O.; PASSOS, R. G. **Luta Antimanicomial, feminismos e interseccionalidades.** (Orgs.) Luta antimanicomial e feminismo para a Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Autografia, 2017

PREFEITURA RJ. **Assistência inaugura URS Casa das Margaridas em Campo Grande.** Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://prefeitura.rio/assistencia-social-direitos-humanos/assistencia-inaugura-urs-casa-das-margaridas-em-campo-grande/>, Acesso em: 07 ago. 2021.

PISCITELLI, Adriana. **Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras.** Sociedade e cultura, v. 11, n.02, jul/dez.2008.

RODRIGUES, L. S. A. et al. **Perfil dos usuários atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial: Álcool e drogas.** Revista de Enfermagem UFPE Online, Recife, v. 7, n. 8, p. 5191-5197, 2013.

RODRIGUES, Cristiano. **Atualidade do conceito de interseccionalidade para a pesquisa prática feminista no Brasil.** Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013.

SAFFIOTI, H. **A mulher na sociedade de classes: mito e realidade.** Petrópolis: Vozes, 1976.

SANTOS, G.C.; CONSTANTINO, P.; SCHENKER, M.; RODRIGUES, L.B.; **O consumo de crack por mulheres: uma análise sobre os sentidos construídos por profissionais de consultórios na rua da cidade do Rio de Janeiro, Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v.25, p. 3795-2808, 2020.

SANTOS, W.G. **Cidadania e Justiça.** Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SILVA, Ana Paula; PAZ, Danielle; FERRARI, Michelle. **Projeto de intervenção saúde da mulher do Hospital Federal dos Servidores do Estado.** Rio de Janeiro, 2009.

SILVA, Jessica Taiane. **Diário de Campo do Estágio curricular de Serviço Social II referente aos meses de Setembro e Outubro.** Rio de Janeiro, [s.I], 2019.

SILVA, S.A.; PIRES, A.P.; GOUVEIA, M.J. **Toxicodependência e maternidade: uma revisão de literatura.** Revista Psicologia Clínica, 27(1), 83-100, 2015.

SILVA, N.G.; BARROS, S; AZEVEDO, F CHRISTIANE DE; BATISTA, LUÍS EDUARDO; POLICARPO, VALÉRIA CAMARGO. **O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial.** Saúde e Sociedade, v. v. 26, p. 100-114, 2017.

SIQUEIRA, P. M. et al. **Oh pedaço de mim, oh metade amputada de mim...** Revista 136 Saúde em Rede. 2018; 4(Supl.1), p 51-60.

SOUZA, M. R. R., Oliveira, J. F., & Nascimento, E. R. (2014). **A saúde de mulheres e o fenômeno das drogas em revistas brasileiras.** Texto & Contexto Enfermagem. 23(1), 92-100.

SOUZA, T. P. **Redução de danos no Brasil: a clínica e a política em movimento.** Niterói: UFF, 2007.

TEMPESTA, Giovana Acacia; ENEILE, Morgana. **Racismo obstétrico: a política racial da gravidez, do parto e do nascimento.** Amazônica - Revista de Antropologia, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 751-778, fev. 2021. ISSN 2176-0675. Disponível em:<https://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/9194/6927>. Acesso em: 01 out. 2021.

TRUTH, Sojourner. **Sojourner Truth** (1797-1883): ain't I a woman? Women's Convention, Ohio. 1851.

ZANELLO, V.; SILVA, R.M.C. **Saúde Mental, gênero e violência estrutural.** Revista Bioética, v. 2, n. 20, p. 267-79, 2012.