

QUEM ESTAMOS ACOLHENDO? USO DE DROGAS E ACOLHIMENTO DE MULHERES E PESSOAS LGBTQIA+

¿A quién damos acogida? Consumo de drogas y acogimiento para mujeres y personas lgbtqia+

Who are we sheltering? Drug use and user sheltering for women and lgbtqia+ people

RESUMO

Neste manuscrito, tem-se o objetivo de refletir sobre o acolhimento a pessoas que usam drogas a partir da perspectiva dos estudos de gênero e diversidade sexual. A pesquisa, de caráter qualitativo, foi realizada junto à Área Técnica de Saúde Mental, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) e de uma equipe de Consultório na Rua de uma rede de saúde na região sul do Brasil. Foram realizadas observações no cotidiano dos serviços, escrita de diários de campo, entrevistas narrativas com usuários e profissionais e grupos de discussão com profissionais. Na releitura atenta dos materiais produzidos a partir da pesquisa, três elementos se destacaram como centrais para maiores aprofundamentos e discussões: o acolhimento de mulheres nos CAPS AD; relações de gênero e maternidade nas ruas; e diversidade sexual e de gênero.

Palavras-chave: Acolhimento; Drogas; Gênero; Sexualidade; Saúde Mental.

RESUMEN

En este manuscrito, el objetivo reflexionar sobre la acogida de personas que consumen drogas desde la perspectiva de los estudios de género y diversidad sexual. La investigación, de carácter cualitativo, fue realizada con el Área Técnica de Salud Mental, un Centro de Atención Psicosocial al Alcohol y otras Drogas (CAPS AD) y un equipo de Clínica de Calle de una red de salud de la región sur de Brasil. Se realizaron observaciones en los servicios diarios, redacción de diarios de campo, entrevistas narrativas con usuarios y profesionales y grupos de discusión con profesionales. En la atenta relectura de los materiales producidos a partir de la investigación, tres elementos se destacaron como centrales para profundizar y discutir: la acogida de mujeres en el CAPS AD; relaciones de género y maternidad en las calles; y diversidad sexual y de género.

Palabras clave: Acogimiento; Drogas; Género; Sexualidad; Salud Mental.

MOISES ROMANINI

<http://orcid.org/0000-0003-3288-4763>

E-mail: moisesromanini@yahoo.com.br

Doutor em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, Professor Adjunto do Departamento de Psicologia Social e Institucional e Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY. Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.

ABSTRACT

This manuscript aims to reflect on the sheltering people who use drugs from the perspective of gender and sexual diversity studies. The research is of a qualitative nature, it was carried out with the Technical Area of Mental Health, a Psychosocial Care Center for Alcohol and other Drugs (CAPS AD) and a Street Clinic's team of a health network in the southern region of Brazil. Observations were carried out in the daily services, writing field diaries, narrative interviews with users and professionals and discussion groups with professionals. In the careful re-reading the materials produced from the research, three elements stood out as central for further deepening and discussion: the user reception of women in CAPS AD; gender relations and motherhood on the streets; and sexual and gender diversity.

Keywords: User Sheltering; Drugs; Gender; Sexuality; Mental Health.

INTRODUÇÃO

No campo das políticas sobre drogas, a continuidade do cuidado visa a construção de um plano de longa duração, no qual tratamentos de maior intensidade são seguidos de tratamentos de menor intensidade. Essa continuidade está condicionada à existência de uma rede integral e com garantia de acesso aos serviços. Por um lado, a integralidade enquanto um amplo conceito que engloba práticas dos profissionais, organização dos serviços e respostas governamentais aos problemas de saúde (Mattos, 2007); por outro, a continuidade do cuidado como um conceito mais específico, refletindo os planos de tratamento do usuário, bem como de sua trajetória de cuidados (Mota et al., 2015). Ainda, conforme a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, a continuidade do cuidado nada mais é do que uma consequência da garantia do acesso, do estabelecimento de vínculos e da construção da corresponsabilidade entre profissionais e usuários dos serviços (Ministério da Saúde, 2003).

Quando trabalhamos com a política e a clínica com usuários de drogas, principalmente agora com as “novas” políticas de saúde mental e de drogas que preconizam a abstinência como meta única de tratamento, o próprio diagnóstico da dependência química parece ser um obstáculo às práticas efetivas de acolhimento e acompanhamento dessas pessoas. Urge referenciar que desde 2016 assistimos à chegada aos espaços de poder político de grupos conservadores e ultraliberais, possibilitando o desencadeamento de mudanças na organização da assistência e direcionamento ideológico da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e da Política Nacional sobre Drogas. Como principais mudanças, observa-se a inclusão dos hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas (CT) na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o aumento de investimentos públicos para instituições hospitalares e clínicas especializadas e o foco na abstinência do uso de drogas, excluindo toda e qualquer referência às perspectivas em Redução de Danos (RD). Tais mudanças representam significativos retrocessos no Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (MRPB) e no modelo pautado na desinstitucionalização, ressaltando que tais desmontes não ocorrem sem resistências.

Com a publicação do Decreto 9.761/2019, que aprova a nova Política Nacional sobre Drogas, a Redução de Danos deixou de ser o pressuposto clínico-político no/do cuidado a pessoas que sofrem com o uso de drogas. A nova Política Nacional sobre Drogas tem como diretrizes a redução da demanda e oferta de drogas, bem como a gestão da política, tendo como objetivo “buscar incessantemente atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas lícitas e ilícitas e da dependência de tais drogas” (Decreto 9.761/2019, *online*). Conforme destacam Guimarães e Rosa (2019), o período de 2010-2019 é fundamental para a reflexão sobre os ataques e os rumos da Reforma Psiquiátrica brasileira. A começar pelo Decreto 7.179 de 2010, que instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, cujos princípios foram reafirmados pela Nota Técnica do Ministério da Saúde n.º 11/2019. Nas diretrizes para uma assistência integral em saúde mental, Rosa e Feitosa (2008) apontam que a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e suas entidades colaboradoras se opõem ao modo de atenção de psicossocial por diversas razões: (a) questionam o significado da Lei n.º 10.216/2001; (b) ressaltam que o MRPB é um movimento de cunho “ideológico”; (c) entendem que os atos médicos ficaram subordinados às equipes multiprofissionais e à Promotoria Pública; (d) o MRPB seria, antes de qualquer coisa, um movimento “antimédico”, “antipsiquiátrico”, já que não se trata de atenção psiquiátrica, e sim de uma atenção psicossocial, o que excluiria o médico psiquiatra; (e) os CAPS seriam o centro do cuidado, em detrimento dos espaços de internação, o que deixaria os usuários da RAPS desassistidos.

Nesse sentido, assistimos as disputas por modelos de atenção e recursos públicos, cujo movimento de remanicomialização da Política Nacional de Saúde Mental, como ponderam Doniec e colaboradores (2018), está inscrito no desmonte geral do SUS, seguindo tendências neoliberais baseadas no trinômio austeridade-privatização-desregulamentação, acentuadas pela crise econômica e avanço de movimentos conservadores aos espaços de poder. As conquistas até então alcançadas pelos movimentos sociais, especialmente pelo Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) e MRPB, parecem pouco

sólidas diante dessa conjuntura política e econômica, que cria ainda mais obstáculos à lógica do cuidado em rede, territorial, comunitário, intersetorial e pautado na RD.

Ao deixar de lado as histórias, focando apenas em aspectos específicos da relação da pessoa com a droga, acabamos por invisibilizar esse sujeito. Spinoza (2013) nos diz que a lei da vida é a lei dos encontros. O acolhimento do sujeito e de suas histórias vai se produzindo no plano dos encontros, nos fluxos de afetos construídos a cada encontro e através destes. Se a lei da vida é a lei dos encontros, “a vida é pensada como potência que se ativa entre os sujeitos, nas relações e vínculos que constroem (e os constroem); como potência de afetar e ser afetado” (Neves & Heckert, 2010, p.162).

Nessa direção de uma potência de afetar e ser afetado, dois postulados de Spinoza (2013) nos são fundamentais para pensarmos na questão do acolhimento. O primeiro é que o corpo humano pode ser afetado de diversas formas, tendo sua potência de agir aumentada ou diminuída. Outras tantas formas de afetação do corpo não fazem uma coisa nem outra, a potência de agir continua a mesma. Quanto mais afetos positivos forem sentidos, maior a potência de agir, melhor a relação terapêutica, maior a motivação, mais produção de saúde. O segundo postulado é a de que “o corpo humano pode sofrer muitas mudanças, sem deixar, entretanto, de preservar as impressões ou os traços dos objetos” (Spinoza, 2013, p. 99), mantendo as mesmas imagens das coisas.

Essa circulação ou fluxo de afetos, é tema de discussão em uma das cartilhas da Política Nacional de Humanização (PNH). Em um trecho, a cartilha chama a atenção dos profissionais para que eles reconheçam esse fluxo de afetos como uma maneira de melhorar os processos de saúde: “É necessário aprender a prestar atenção nesses fluxos de afetos para melhor compreender-se e compreender o outro, e poder ajudar a pessoa doente a ganhar mais autonomia e lidar com a doença de modo proveitoso para ela” (Ministério da Saúde, 2007, p. 18). Nesse processo, portanto, a constituição e o trabalho da equipe de referência são essenciais, “porque os fluxos de afetos de cada membro da equipe com o usuário e familiares são diferentes, permitindo que as possibilidades de ajudar o sujeito doente sejam maiores. Sem esquecer que, dentro da própria equipe estas transferências também acontecem” (2007, p. 18).

Destacamos, portanto, a importância do afeto alegre que emerge no encontro entre profissional e usuário quando se encontra o sujeito que está por trás doença, que está além daquela trajetória de sofrimento. Neves e Heckert (2010) refletem sobre o acolhimento e nos apresentam questões fundamentais: o que queremos acolher nos processos de produção de saúde? Que tipos de vida temos acolhido na saúde? Ao que temos dado passagem nos encontros? Tomando como eixo norteador essas questões, ao longo de uma pesquisa sobre as práticas de acolhimento a pessoas que sofrem com o uso de drogas, percebi uma tensão e certa invisibilidade das questões de gênero e de diversidade sexual no contexto dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Temos conseguido dar passagem aos afetos e histórias de mulheres, mulheres gestantes e pessoas gays, lésbicas, transgêneros e travestis? A partir de entrevistas e cenas narradas, busco problematizar e tecer algumas reflexões sobre o acolhimento às mulheres usuárias de drogas (Bolzan, 2015; Costa et al., 2015; Macedo, Roso, & Lara, 2015; Medeiros, Maciel, & Sousa, 2017; Oliveira & Paiva, 2007; Pegoraro & Caldana, 2008; Prado & Queiroz, 2012;) e às pessoas LGBTQIA+ acessadas pelos serviços da RAPS (Garcia, 2013; Guaranha et al., 2015; Medeiros, Amorim, & Nobre, 2020; Simpson, 2015). A expressão pessoas ou comunidade LGBTQIA+ diz respeito à população composta por lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis, transexuais, *queer*, intersexuais e assexuais. Sendo o símbolo + acrescentado à sigla para abranger outras orientações sexuais, identidades e expressões de gênero (Reis, 2018). Destaco que, embora esse manuscrito parta dos dados de uma pesquisa de doutorado, as reflexões e problematizações aqui empreendidas são posteriores à pesquisa, indicando possibilidades para o ensino, pesquisa e extensão em relação ao tema.

MÉTODO

A pesquisa a partir da qual esse manuscrito parte está inserida no espectro das pesquisas participativas. Adotaram-se como estratégias metodológicas a observação participante, em três contextos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da cidade de Porto Alegre (RS) (Área Técnica de Saúde Mental, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas - CAPS AD e Consultório na Rua – CnR), o diário de campo, as entrevistas narrativas (com usuários e profissionais) e os grupos de discussão com os profissionais.

Nessa pesquisa, utilizamos o método da observação participante (Angrosino, 2009), acompanhado da ferramenta do diário de campo. Todas as atividades observadas foram definidas com o consentimento da equipe e dos usuários envolvidos. Concebendo o diário de campo como a principal forma de registro das informações coletadas no decorrer das observações (MacRae, 2004), incorporamos essa prática como método (não apenas de registro, mas também de construção e análise de dados) da nossa pesquisa.

Os grupos de discussão (com profissionais do CAPS AD, Consultório na Rua e Fórum dos serviços AD), inseridos nas reuniões de equipe e fóruns entre os serviços, funcionaram como dispositivos de discussão e deliberação entre profissionais dos diferentes serviços que compõem a RAPS sobre questões e impasses vivenciados no cotidiano das equipes. Os grupos de discussão foram transcritos e analisados a partir de categorias preestabelecidas, tomando como base as dimensões constitutivas do acolhimento (Portaria n. 3088/2011) e o acolhimento como uma diretriz ética, estética e política (Ministério da Saúde, 2006). A análise preliminar do grupo, observações e diário de campo serviram como base para as entrevistas narrativas.

A entrevista narrativa é considerada uma forma de entrevista não estruturada, de profundidade e com características específicas. Ela restringe o entrevistador, pois o esquema da narração substitui o esquema pergunta-resposta. O pressuposto subjacente desse método é que “a perspectiva do entrevistado se revela melhor nas histórias onde o informante está usando sua própria linguagem espontânea na narração dos acontecimentos” (Jovchelovitch & Bauer, 2008, pp. 95-96). As entrevistas foram gravadas (com o consentimento dos interlocutores) e transcritas para posterior análise. O procedimento analítico aqui adotado foi a proposta de Schütze, descrita por Jovchelovitch e Bauer (2008).

No período de aproximadamente um ano, foram concluídas 298 horas de observação participante em 86 imersões no campo de estudo. Além das observações, foram realizados três grupos de discussão e 34 entrevistas narrativas com usuários e profissionais dos serviços. Por fim, uma estratégia adotada foi a utilização de heterônimos. Essa estratégia é, ao mesmo tempo, teórico-metodológica e ética, no que tange à preservação do anonimato dos interlocutores. Assim como o título da tese da qual resulta este manuscrito, o uso dos heterônimos teve como fonte inspiradora o poeta Fernando Pessoa, conhecido, também, por utilizar amplamente heterônimos – entre os mais conhecidos, Alberto Caeiro, Álvaro de Campos, Ricardo Reis e Bernardo Soares. Tanto no caso da obra de Fernando Pessoa quanto no deste trabalho, os heterônimos fazem emergir uma concepção de sujeito cujas identidades são múltiplas, um sujeito que é atravessado por diversas e, muitas vezes, paradoxais identificações, resultando no desdobramento do ‘eu’, em seu descentramento em direção ao outro. O heterônimo foi apresentado com o nome e a primeira letra do sobrenome, seguido de ponto final.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao tomar o conjunto de dados construídos através do diário de campo, observações, entrevistas e grupos de discussão desenvolvidos na pesquisa mencionada, a primeira constatação foi a de uma ausência de questões no projeto da pesquisa sobre os aspectos de gênero e sexualidade. Foi o longo período de campo de pesquisa que me possibilitou pensar nessa perspectiva e tecer algumas reflexões iniciais sobre o engendramento desses marcadores nas experiências de mulheres e pessoas LGBTQIA+ com as drogas.

Na releitura atenta dos materiais produzidos a partir da pesquisa, três elementos se destacaram como centrais para maiores aprofundamentos e discussões: o acolhimento de mulheres nos CAPS AD; relações de gênero e maternidade nas ruas; e diversidade sexual e de gênero. São esses três eixos que

pretendo problematizar e traçar algumas reflexões ainda incipientes, com recursos de análise distintos ao usar diferentes dimensões de registros dos diários de campo e transcrições dos grupos e entrevistas, uma vez que cada um dos eixos se destacou em um contexto específico de acompanhamento e observação.

ACOLHENDO MULHERES EM UM CAPS AD

Em um serviço marcadamente masculino, com a presença de muitos homens nas oficinas e atividades em grupos, poucas foram as mulheres com as quais tive contato no período da pesquisa. Mães, tias, avós, companheiras apareciam no serviço acompanhando seus familiares, usuários do CAPS. Mas poucas são as que acessam o serviço como usuárias *diretas*. Dentre as que tive a oportunidade de conhecer e me aproximar mais, Estamira S. sinaliza uma presença tímida, mas muito significativa no contexto da discussão sobre o acolhimento.

A presença de Estamira S., mulher negra, pobre, usuária de múltiplas drogas, mãe, avó, nos indica uma ausência nas práticas do CAPS AD: o acolhimento também é generificado. Ou seja, ao tomarmos como natural o uso e abuso de drogas como uma faceta de uma performance dita masculina, nossa escuta e acolhimento ficam enviesados, de algumas formas, por essa concepção binária de gênero que, embora possa ser questionada, marca significativamente as vivências de homens e mulheres em relação as drogas.

Os estudos de gênero, em suas tendências mais contemporâneas, indicam um movimento de desconstrução das distinções dicotômicas de gênero, do binarismo de gênero. Judith Butler (2003), por exemplo, propõe que “tudo é gênero” ao afirmar que tudo é construído social e culturalmente, inclusive a materialidade do corpo. Essa radicalidade da posição do gênero como independente do sexo, faz com que concebamos gênero não apenas como dois, masculino e feminino, sendo um atributo que flui livremente. Conforme a autora, “a presunção de um sistema binário de gênero retém implicitamente a crença em uma relação mimética do gênero com o sexo” (Butler, 2003, p. 8).

Antes dessa desconstrução, promovida pelo feminismo da terceira onda, gênero foi compreendido como os “significados culturais assumidos pelo corpo sexuado” (Butler, 2003, p. 24), o que produziu a conhecida dicotomia entre sexo e gênero, biologia e cultura. Entretanto, cabe destacar que foi a partir desse conceito inicial que se tornou possível desnaturalizar práticas de violência que marcam a vida das mulheres e de qualquer outra pessoa que não se enquadre nos padrões de uma sociedade cisheteronormativa. Acrescendo o marcador social gênero, classe e raça também passaram a se constituir como marcadores importantes na produção de subjetividades e no entendimento das formas de dominação e de exploração. Nessa direção, para Saffioti (2009), “mais do que papéis sociais que se aprende nos processos de socialização, são as identidades sociais (gênero, raça e etnia, classe) que vão gestando a subordinação, a partir das experiências vividas que colocam as mulheres nesse lugar” (p. 82).

Estamira S., mulher, negra, pobre. Esses marcadores que constituem a subjetividade dessa mulher são fundamentais para pensarmos no seu acolhimento dentro de um CAPS AD, pois o uso das múltiplas drogas é atravessado por esses marcadores, e esses marcadores modificam a sua experiência e relação com as drogas. Conheci Estamira S. em um grupo terapêutico, conduzido por uma das psicólogas do serviço. Em vários encontros ela era a única mulher, em meio a vários homens. Geralmente calada, seu desconforto era visível em vários momentos do grupo, principalmente quando os relatos envolviam casos de violência contra mulheres. Em sua entrevista, Estamira S. nos traz uma inquietação em relação aos grupos: “esses dias eu fiquei bem constrangida também . . . o rapaz aquele falou que xingou a mulher, que chamou de aidética, que até eu disse pra ele que ele pegou pesado com ela”.

Ela ainda complementa: “No começo eu me sentia meio com vergonha sabe, mais depois vi que eu e todo mundo é igual com o mesmo problema, então eu comecei a me adaptar mais” (Estamira S.). Estamira S. se refere ao fato de conviver com o HIV/Aids. Uma mulher de poucas palavras, Estamira S. mais observa os grupos e atividades, participa, mas fala pouco. Durante a entrevista, diante do gravador, também não falou muito. Mas conseguiu de fato falar sobre sua vida com o gravador desligado, e, após a conversa, mostrou-se admirada por ter conseguido contar tanto de sua vida, “ainda mais para um

homem” [sic]. Para além da questão do HIV/Aids, Estamira S. traz em sua história marcas identitárias que a colocam num lugar diferente da maioria dos usuários do serviço: mulher, mãe, avó, negra, pobre, baixa escolaridade, trabalho mal remunerado e precário, vive na Vila Cruzeiro, uma região marcada por um estigma territorial, e é usuária de álcool, cocaína e crack.

Ela marca uma diferença no serviço. Todos os homens falam nesse sentimento de acolhimento, ela nos fala de uma adaptação. Em muitos momentos não se sente à vontade entre tantos homens, que “xingam as mulheres”. Escutei o mesmo de Ellen O.: mulher, negra, homossexual, baixa escolaridade e nível socioeconômico baixo, usuária de crack. Essas duas mulheres, além de produzirem uma diferença, trazem a oportunidade para o serviço repensar (ou incluir) as questões de gênero no campo da saúde mental. Elas parecem visivelmente deslocadas em algumas atividades, como se aquele lugar não fosse para elas.

Tanto Estamira S. quanto Ellen O. revivem no serviço, de alguma maneira, os efeitos do patriarcado, do machismo e da heteronormatividade que tanto marcaram suas vidas: os homens que “xingam as mulheres” nos grupos encarnam a violência e a opressão vividas pelas mulheres. Elas se calam diante dos homens. Ora as psicólogas, também mulheres, questionam e fazem refletir sobre esse lugar masculino produtor de violências, ora elas se calam, entendido por Estamira S. e Ellen O. como consentimento. Elas também consentem, se adaptam, e aproveitam melhor o tratamento em espaços mais individuais e sentem-se admiradas pelo fato de conseguirem falar tanto sobre suas vidas com um pesquisador homem.

Mas para além da questão de gênero, temos, no movimento feminista de mulheres negras, o aumento da visibilidade dos impactos do marcador racial na produção de subjetividade dessas mulheres. O conceito de interseccionalidade, portanto, tem como efeito a ampliação do foco em relação ao gênero e à classe social, pois trata-se de “uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos de subordinação” (Crenshaw, 2002, p. 177). Os eixos de poder estabelecidos pelo patriarcado, pelo racismo e pela luta de classes devem, dessa forma, ser incorporados como pontos importantes na história de vida dos sujeitos, transcendendo o problema da dependência química.

Em uma pesquisa realizada por Bolzan (2015), na qual foram analisadas as políticas públicas para o uso e abuso de álcool e outras drogas, destacou-se que a perspectiva de gênero fora mencionada no texto dessas políticas, entretanto, essa abordagem ainda se apresenta de modo incipiente no planejamento e execução das ações. Percebeu-se uma tendência à homogeneização do cuidado, não havendo atenção às questões de gênero e às especificidades das mulheres (Bolzan, 2015). Até mesmo em leituras mais superficiais das políticas sobre drogas, podemos perceber que gênero, classe e raça configuram como elementos a serem observados, mas concebidos de forma independentes, como se não interagissem entre si na produção das subjetividades e transformassem a experiência com o uso de drogas.

Tomando como foco o marcador social gênero, Pegoraro e Caldana (2008) refletem sobre o lugar da mulher que necessita de cuidados formais em saúde mental e o lugar da mulher enquanto cuidadora de usuários dos serviços de saúde mental. Em relação ao segundo aspecto, a partir da Lei n. 10.216/2001, ocorreu a redução de leitos psiquiátricos e o redirecionamento dos recursos financeiros para os serviços substitutivos, como os CAPS. Com a saúde mental adentrando e fazendo parte dos territórios, das comunidades, vimos a possibilidade de reaproximação do portador de sofrimento mental com sua família que, historicamente, foi afastada de modo que sua presença não influenciasse o paciente, nem que fosse por este influenciada – justificativa do tratamento moral e do isolamento nos hospitais psiquiátricos. As políticas de desinstitucionalização trazem consigo a importância da relação usuário-família e a necessidade de a equipe prover cuidados também aos familiares que prestam cuidados. De um modo geral, além de mães, outras mulheres como avós, irmãs e esposas respondem pelo cuidado informal de um familiar em sofrimento psíquico, que são, em sua maioria, indivíduos do sexo masculino, jovens e solteiros (Pegoraro & Caldana, 2008).

Estamira S. e Ellen O. sentem muita dificuldade em falar sobre os seus sentimentos e sobre as experiências com o uso de drogas. Nos grupos observados, muitos dos xingamentos dos homens atribuídos às mulheres referiam-se ao fato de que a mulher usuária de drogas não “sabe se cuidar”, é “desleixada” e que, ao usarem drogas, distanciam-se “da família e do cuidado dos filhos” [sic]. Essas mesmas críticas, de caráter moral, parecem não se aplicar aos homens daquele grupo, como se fosse natural ou esperado

que eles, em suas condições de vida, usassem drogas e passassem a não mais dar atenção à família. A mãe que usa drogas priva o seu filho dos cuidados necessários. O pai é apenas ausente. Privação e ausência são apenas um dos muitos exemplos que podemos pensar nessa distinção dicotômica entre homens e mulheres, nessa generificação da experiência com as drogas.

Foi nessa direção que Medeiros e colaboradores (2017) indicaram que a mulher usuária de drogas, até mais do que o homem, representa alguém que oferece perigo (principalmente ao outro – filhos, como mencionado acima) e não tem controle de si, fugindo do seu papel dócil e delicado. O desleixo e a ausência de autocuidado são percebidos, nas mulheres usuárias de drogas, como um distanciamento e ruptura dos comportamentos e papéis sociais atribuídos socialmente ao feminino. Essas percepções, apontam Medeiros et al. (2017), compartilhadas dentro dos serviços de saúde, influenciam diretamente na forma como essas mulheres lidam com o uso de drogas, bem como na expressão de suas singularidades.

Em relação à mulher que necessita de cuidados formais em saúde mental, como é o caso de Estamira S. e Ellen O., algumas demandas têm sido negligenciadas, tais como: atenção à saúde mental na gravidez, o cuidado pré e pós-natal, comorbidades, cuidado e custódia dos filhos daquelas que têm doença mental, violência doméstica, estigma, diferenças na evolução de alguns distúrbios mentais (Pegoraro & Caldana, 2008), e, eu acrescentaria, problemas devido ao uso de drogas. A constituição de um grupo de mulheres em um CAPS AD, como apontado por Prado e Queiroz (2012), pode potencializar a reflexão sobre a condição de gênero, produzindo um questionamento coletivo sobre as relações de opressão, violência e subordinação vivenciadas por elas através da imposição de lugares e papéis atribuídos historicamente a elas.

Funcionando como um grupo dispositivo que questiona a condição de gênero, Prado e Queiroz (2012) acompanharam a politização da intimidade vivenciada em um grupo de mulheres usuárias de drogas. Tendo como foco privilegiado as narrativas das mulheres sobre si mesmas, suas trajetórias de vida, experiências com as drogas, de violência, dentre outras, emergiram como algo comum, coletivo, politizado, e não apenas como experiências privadas. Para além das explicações sobre o uso e abuso de drogas, o grupo pode operar como um dispositivo que produz sentidos para essas narrativas singulares, de forma coletiva e interativa.

Essa proposta de grupo com mulheres tem potencial para promover práticas de acolhimento dentro do serviço. O uso de drogas entre as mulheres, como escutei de Estamira S. e Ellen O., faz com que elas se sintam insatisfeitas ou inadequadas em relação ao padrão ideal do que é ser mulher em nossa sociedade. Essa inadequação aumenta quando escutam dos usuários do CAPS, em grupo ou oficina, que “é feio ver uma mulher bêbada” [sic], ou ainda que “uma mãe que usa crack, deve perder seus filhos” [sic]. Estamira S. é mãe e avó. Sem encontrar formas de incluir a questão de gênero nos CAPS, mulheres como Estamira S. e Ellen O. continuarão sentindo-se adaptadas, e não acolhidas nos CAPS. Talvez seja necessário politizar a intimidade, coletivizar as experiências das mulheres com as drogas.

Esse eixo é constituído basicamente por registros nos diários de campo, uma vez que a questão do gênero e uso de drogas não constituía o campo problemático da pesquisa. A observação participante, por um período de no mínimo seis meses, foi me colocando em contato com essas mulheres. Seus relatos são aqui apresentados de modo indireto, a partir da escuta de um homem cisgênero que é interpelado pelo modo como acolhemos essas mulheres. A pouca presença de mulheres nas atividades do serviço e o seu aparente incômodo com falas machistas dos homens parece também interpelar alguns profissionais do serviço, mas não chega, até o momento da finalização da pesquisa, a ser tomada como questão ou pauta para o trabalho da equipe. Como veremos a seguir, gênero é tomado como uma questão para outra equipe, a do Consultório na Rua, mas pela via da defesa de direitos dos filhos das mulheres usuárias de crack.

RELAÇÕES DE GÊNERO E MATERNIDADE NAS RUAS

Em um dos dias em que estávamos em um parque na região central da cidade, fazendo abordagem na rua, chegou um casal empurrando um carrinho rosa de criança, com a filha deles, que deve ter entre um ano e meio e dois anos de idade. A mulher, grávida, faltando uma semana para completar o período gestacional. Sílvia L. e Ignácio B., profissionais de uma Equipe de Consultório na Rua (CnR), dedicaram

um bom tempo para o cuidado dessa mulher. Perguntaram onde ela está ficando com a filha e o companheiro, se ela não estava caminhando demais, se ainda estava sentindo muitas dores nas costas... enquanto o médico conversava com ela, Sílvia L. pegou a criança no colo. Fiquei olhando para aquela menina, linda, afetuosa, olhava-nos e sorria, fazia carinho e dava beijos no rosto de Sílvia L. e depois em mim. A criança parecia estar muito bem cuidada, limpa, bem alimentada. Nesse momento me pego pensando nos meus próprios preconceitos com essas pessoas. Parece que fiquei procurando sinais na criança para poder “confirmar” que aquela mulher não era uma “boa mãe”. Ficava me questionando: como conseguem viver na rua, dormir em albergues e cuidar bem da menina? E agora, com mais um filho? Como vai ser?

Esses questionamentos ficaram mais fortes ainda na minha cabeça quando escutei a conversa de Ignácio B. com a mulher. Ela ainda não havia agendado a cesariana no hospital, o mesmo onde ela teve sua primeira filha e onde, segundo ela, foi muito bem tratada. O médico demonstrou preocupação com a situação, pois se o parto não for normal e ela não agendou a cesariana, o parto pode demorar a acontecer e trazer complicações para o bebê. O companheiro dela se comprometeu a ir agendar a cesariana com ela, e disse que “ela é muito teimosa” [sic]. Enquanto isso, a menina continuava brincando com a Sílvia L. Fiquei mexido com aquela cena, revendo preconceitos que eu não lembrava que existiam dentro de mim. Eu estava reproduzindo o que alguns autores chamam de “hierarquias reprodutivas”: hierarquizando, numa escala das mais aptas as menos aptas, e classificando quem pode ser e quem não pode ser uma boa mãe. Uma mulher, negra, pobre, usuária de drogas e moradora de rua: marcadores sociais interseccionados que me interpelaram a rever meus preconceitos. Marcadores pautados em fortes estigmas sociais que, conforme Macedo et al. (2015), veiculados cotidianamente nas mídias acaba por sustentar e aprofundar as iniquidades sociais e discriminações de gênero. Existe a reprodução de um “novo racismo” (Macedo et al., 2015) quando abordamos a questão das mulheres gestantes usuárias de crack de forma desvinculada ao contexto histórico, político e sociocultural.

A gestação na rua, ainda mais associada ao uso de drogas, é considerada como um pré-natal de alto risco (Ministério da Saúde, 2012), conforme sugere o fluxograma do pré-natal. Sugere-se que a equipe do CR construa uma lista com os problemas identificados, para ajudar na condução do caso. Nessa avaliação, são fundamentais os fatores de cuidado à saúde (gravidez na adolescência; ausência de pré-natal adequado; HIV positivo e com abandono de tratamento; descoberta de sífilis gestacional; crescimento fetal adequado; anemia; queixas urinárias etc.), bem como os fatores emocionais (resistência em aceitar a abordagem da equipe; sinais de irritabilidade, agitação psicomotora, vontade de usar drogas, sintomas depressivos, dentre outros), possibilitando à equipe a captação precoce da gestante para o início do pré-natal ainda no primeiro trimestre da gestação, ofertando testes rápidos (gravidez, HIV e sífilis) à mulher e ao seu parceiro e qualificando o olhar na atenção ao pré-natal (2012).

Como já refletimos um pouco anteriormente, as questões de gênero complexificam o problema do uso de drogas. O consumo de drogas ilícitas entre as mulheres traz consigo uma carga emocional negativa, pois está relacionado tanto com a consideração de que o consumo de drogas é um comportamento socialmente desviante, quanto com os papéis social e culturalmente atribuídos à mulher – mãe, esposa e cuidadora da família. Quando usuária de drogas, a mulher está duplamente contrariando as normas sociais (Oliveira & Paiva, 2007). Quando usuária de drogas, em situação de rua e gestante, essa mulher encontra inúmeras resistências e reprovações. Por serem uma minoria [não apenas numérica], as mulheres que vivem nas ruas estão expostas a diversas formas de violência (Costa et al., 2015; Oliveira & Paiva, 2007) – como uma mulher que atendemos através do consultório na rua, que foi queimada por se negar a trocar sexo por crack com um homem na rua.

Frangella (2004) aponta que, para sobreviver a tais exposições, as mulheres que estão em situação de rua desenvolvem diferentes estratégias, sendo duas as mais comuns. Na primeira, as mulheres resolvem incorporar o papel ideal da mulher, tornando-se “parceiras fiéis e dóceis, prontas às práticas sexuais” (Frangella, 2004, p. 197). Ao assumir esse papel, essas mulheres tendem a se ligar a um parceiro que, em contrapartida, deve assumir o lugar de provedor e protetor. Nesse lugar, elas também se expõem mais à infecção de HIV e sífilis, por exemplo, por serem submissas à vontade do parceiro (Oliveira & Paiva, 2007). Neste caso, conforme pude observar no cotidiano das ruas, a gestação também atua como um

fator protetivo: um grupo de pessoas, na maioria homens, se compromete a proteger a mulher e o bebê. Além disso, as pessoas, transeuntes, mobilizam-se e ajudam mais nos casos em que a mulher está grávida. Escutei também, de várias pessoas em situação de rua, que a gravidez, para aquelas que se prostituem, é um elemento que encarece o programa – “muitos homens têm tara por mulheres grávidas” [sic], disse-me um homem nesse mesmo parque em costumávamos ir com a Kombi do Consultório na Rua.

A segunda estratégia mais comumente utilizada é a solidão, optando por adotar uma postura forte e agressiva com relação aos homens com quem convivem. São mulheres muito agressivas, que chegam a utilizar facas e outros instrumentos para se proteger da aproximação de homens, impedindo a apropriação de sua condição feminina. Com uma performance corporal exacerbada, elas marcam as fronteiras do seu isolamento, muitas vezes não sendo possível distinguir se tais comportamentos (movimentos de mãos, olhos arregalados, voz alta) são sintoma de algum distúrbio mental ou uma manifestação de defesa (Frangella, 2004). Acompanhei uma consulta de pré-natal de alto risco, de uma mulher forte, agressiva, quase sempre sozinha nas ruas catando materiais recicláveis. Ela tem um parceiro igualmente agressivo, que mora em uma cidade da região metropolitana, para onde vai apenas aos finais de semana. Durante a semana, ela passa os dias catando materiais e, à noite, após fumar duas pedras de crack [sim, para ela, o *crack* “acalma e faz dormir”], consegue dormir próximo a um viaduto, sentindo-se protegida pelos taxistas que passam a noite em seu ponto.

No grupo de discussão com os profissionais do CR, esse debate foi muito intenso, com opiniões diferentes sobre a “gestação nas ruas”, conforme vemos no trecho transcrito abaixo:

- A. mas aflora a maternidade, mas tem que tentar lidar, tem meninas, a S. é uma, então tu tenta explicar pra ela que ela tem direito a ser mãe, mas que nesse momento teria que ter uma organização e que na rua não se permite criança, e isso é um poder do estado . . . Mas se ela diz que quer ser mãe, isso tem que ser respeitado. E aí o nosso trabalho é de repente dar caminhos dentro da rede para possibilitar isso de uma maneira que ela não tenha essa criança e fique embaixo do viaduto, porque aquilo não vai ser permitido.
- B. ... e isso passa por uma discussão de que as pessoas têm desejos, e que as vezes os desejos delas não é o que a gente gostaria, e não é o que a gente espera. As pessoas desejam, as pessoas desejam usar drogas, as pessoas desejam ter filhos na rua, as pessoas desejam enfim muitas coisas.
- C. ... mas, daí ela não acaba com a vida dela, ela acaba com a vida de uma criança e eu acho que deveria de existir sim, entendeu, deveria de ser na marra, pra mim tinha que ser na marra, não vai ter filho, vamos aplicar [referindo-se ao anticoncepcional injetável] e pronto, tá em situação de vulnerabilidade, tu estás prejudicando outra vida, porque ela gosta de ficar na rua, é o instinto dela. (Grupo de Discussão CnR)

O debate se torna tenso e confunde duas questões: uma é o direito que essa mulher tem de engravidar; a outra é, já estando grávida, como o CR pode acolher essa mulher da melhor forma possível. A primeira questão é fundamental e nos remete ao plano dos direitos sexuais e reprodutivos (Mattar & Diniz, 2012), que não iremos nos deter aqui. A segunda nos coloca no plano da maternidade exercida dentro do contexto dos direitos humanos (Diniz, 2000; Mattar & Diniz, 2012). Nesse sentido, o CR, juntamente com as redes (de saúde, assistência social, atenção psicossocial), deve garantir o direito humano à maternidade voluntária, segura, prazerosa e socialmente amparada. Parece-me ser do interesse dessa equipe garantir, principalmente, essa maternidade socialmente amparada, entendida como trabalho social de uma sociedade que recebe aquele novo cidadão ou cidadã e garante os seus direitos. Como afirma Diniz

(2000), essa concepção de maternidade implica a defesa da própria maternidade enquanto um direito, que garante a assistência pública desde a gestação até ao acesso às creches e escolas, sendo inseparáveis os direitos das crianças dos direitos das mulheres.

Entretanto, como vimos no debate acima, essa inseparabilidade entre os direitos das mulheres e os direitos das crianças não é consenso entre os profissionais da equipe. Ainda mais quando estamos falando de uma mulher usuária de crack. Além de se afastar do ideal de mulher, de ser desviante em função de estar na rua e usar drogas, essa mulher grávida também afronta o ideal de maternidade em nossa sociedade, levando-nos a pensar no que Mattar e Diniz (2012) denominaram de “hierarquias reprodutivas”. Através das hierarquias reprodutivas, postulamos um modelo ideal de exercício da maternidade e/ou da reprodução e cuidado com os filhos. Trata-se de um sistema de hierarquização pautado em representações sexistas, generificadas, classistas e homofóbicas; ou seja, é um modelo excludente e discriminatório. Só que esse modelo ideal não é a realidade de muitas mulheres, como essas que acompanhamos no CnR. Temos que ficar atentos, pois “a somatória e a interação entre os diferentes aspectos da mulher é o que vai determinar o grau de aceitação social a determinada maternidade” (Mattar & Diniz, 2012, p. 114). Ou seja, quanto maior o número de aspectos considerados negativos, mais próximos as mulheres e os casais estarão de vivenciar processos de exclusão social e negação de direitos.

Essas outras formas de opressão e discriminação, ou os fatores que perpassam transversalmente essa hierarquia e aceitação social, como pontuam as autoras, são a raça, classe, geração/idade e parceria sexual. Dessa forma, a maternidade ideal e mais aceita socialmente é a de mulheres brancas, de classe média e alta, com idade entre 20 e 35 anos, heterossexuais e, de preferência, com parceiros fixos (Mattar & Diniz, 2012). Tudo o que foge desses padrões vai empurrando para a base da pirâmide. Ou seja, a mulher que acompanhei o pré-natal ocupa um dos piores lugares nessa hierarquia: pobre, negra, catadora de materiais recicláveis, em situação de rua, usuária de crack, soropositiva, com diagnóstico de tuberculose e sífilis, e com um companheiro estável, mas agressivo e também usuário de drogas.

Por isso o desafio em acompanhar essas mulheres é enorme e requer um exercício constante de desconstrução das nossas representações sobre maternidade, pessoas em situação de rua, mulheres e uso de drogas. Se não desconstruirmos tais representações, estaremos correndo o risco de reproduzir práticas de recolhimento onde se deveria acolher: propondo aplicar anticoncepcionais “na marra” [sic], como disse um dos profissionais do CR. Uma esterilização compulsória. Os casos acompanhados são muito heterogêneos. Desde mulheres que querem ser mães e significam a maternidade como algo muito positivo em suas vidas até mulheres que já tem 9, 10 filhos, todos sendo cuidados por familiares ou em instituições para adoção, e não parecem se importar nem um pouco com o filho que está por nascer. “Será só mais um” [sic], como escutei de uma mulher. Nesses casos, talvez, há uma incompatibilidade entre os direitos das crianças e os direitos das mulheres. De toda forma, esse é um tema, assim como tantos outros, em que não é possível generalizar e adotar estratégias uniformes. Trata-se de uma discussão séria e acredito que o conceito de “hierarquias reprodutivas” pode contribuir muito para a desconstrução desses ideais e para a efetivação de práticas de acolhimento com as mulheres gestantes usuárias de crack (ou outras drogas).

Diferente do primeiro eixo, este aborda uma questão muito debatida pela equipe do CnR. Como vimos, o debate é tenso e problematiza uma contradição vivenciada cotidianamente pela equipe - o direito que a mulher usuária de crack tem de engravidar e o acompanhamento ou acolhimento da mulher gestante e usuária de crack. Também de forma distinta em relação ao primeiro eixo de análise, aqui as questões de gênero e maternidade nas ruas emergem no campo de pesquisa principalmente pelo olhar da equipe – nesta pesquisa, poucas foram as falas registradas de mulheres. Estamos falando e discutindo por elas (ou por seus filhos). Embora existam algumas pesquisas discutindo maternidade de mulheres usuárias de drogas, algumas referenciadas neste manuscrito, urge repensarmos as formas de acolhimento a essas mulheres que não são concebidas como mães pelo Estado e pelos serviços de saúde. Parece-me que temos acolhido ainda restritos à perspectiva dos direitos das crianças e da proteção da vida, em detrimento da vida e dos direitos dessas mulheres.

DIVERSIDADE SEXUAL E DE GÊNERO

Nesta última seção do manuscrito, proponho algumas reflexões a partir de narrativas construídas principalmente por usuários do Consultório na Rua, narrativas que abordam experiências de pessoas que se identificam como LGBTQIA+ e/ou que não se enquadram nos padrões cisheteronormativos. Assim como na pesquisa de Medeiros et al. (2020), veremos que as narrativas aqui apresentadas também são analisadoras das vidas LGBTQIA+ que habitam *as* e *nas* ruas, explicitando processos de exclusão e violação de direitos humanos.

A questão do acolhimento a pessoas LGBTQIA+ usuárias de drogas foi um ponto negligenciado não apenas pelo CnR, mas pela rede como um todo e pela própria pesquisa que desenvolvi como os serviços, profissionais e usuários. Os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), incluindo aqui o CnR, vêm demonstrando um grande esforço em acolher pessoas que usam drogas. Acolhe-se a pessoa, pensa-se em estratégias de cuidado e continuidade do tratamento. Mas acho que ainda não temos conseguido discutir abertamente a questão do acolhimento à diversidade sexual e de gênero. Das seis entrevistas realizadas com usuários do CnR, três delas foram com pessoas que não se sentem acolhidas nos diversos espaços de saúde e assistência social do município: Pedro A., Oscar W. e Luma N.

Pedro A., 40 anos, conta-nos uma triste história. Natural de uma cidade do interior do Estado, veio morar em Porto Alegre ainda muito jovem por ter sido expulso de casa pelo fato de ser homossexual. Aqui, ele conhece um homem, um pouco mais velho, e começam a se relacionar. Esse homem pagou um curso de cabeleireiro para que Pedro A. pudesse ter uma profissão. Após estar trabalhando e morando junto com o companheiro há muitos anos, ele vem a falecer em decorrência de uma doença oportunista – junto com a morte do companheiro, descobre ter sido infectado pelo HIV, já tendo adquirido a doença em função dos anos sem tratamento. O apartamento em que moravam e o carro que ele estava pagando com o próprio dinheiro [o financiamento apenas havia sido feito em nome do companheiro, pois este tinha como comprovar maiores rendimentos] ficaram com a família dele. Pedro A. ficou sem nada, restou-lhe a rua. Na rua, conheceu o crack e a prostituição. Diz sofrer muito preconceito de outros moradores de rua pelo fato de ser homossexual. Diz sentir-se à vontade apenas no CnR, porque já foi “maltratado em outros serviços de saúde por ser gay e morador de rua” [sic].

O estudo de Garcia (2013) evidenciou a presença de uma forma de sociabilidade nômade, afastada de vínculos com o trabalho, família e escola, bem como uma vivência na rua suportada pelo uso de substâncias e com a forte presença de um preconceito heterossexista, como já vivido na família e no trabalho por Pedro A., e também por Oscar W. e Luma N. A vida nas ruas, ainda conforme Garcia (2013), acumula uma sinergia de situações de discriminação e violência que estão fortemente inter-relacionadas e aumentam a vulnerabilidade à infecção pelo HIV. A vida nômade e vulnerável na rua dificulta a vinculação das pessoas aos serviços de saúde e, no caso das pessoas soropositivas, a guarda da medicação antirretroviral utilizada, prejudicando o tratamento adequado nos casos de adoecimento por AIDS. Pedro A., apesar de tudo, vinculou-se bem ao CnR e segue com seu tratamento.

Oscar W., 19 anos, tem uma história de vida muito difícil. A mãe presa, acusada de tentar matar Oscar W. e outro filho, usuária de crack. O pai ele não conhece. Perambulou por casas de tios, familiares e de um casal que tentou adotá-lo. Ele refere que, “pelo jeito bom” dele, foi abusado por muitas pessoas. Abusado em dois sentidos. Na casa desse casal que o havia adotado, ele conta que era tratado como um empregado da casa e recebia muitos xingamentos. Na casa de um dos familiares, referiu implicitamente ter sido abusado sexualmente. Quando o encontrei pela última vez, ele estava com Luma N., que o “adotou nessa vida de rua” [sic]. A própria Luma N. disse que ele é muito jovem para ficar sozinho nas ruas e que ele precisa de proteção. No dia em que entrevistei os dois, eles estavam indo para a praia, na casa de uma amiga de Luma N., “passar um tempo” [sic], pois Oscar W. havia sido abusado no albergue por um morador de rua e, como foi denunciado, sofre ameaças de agressões e morte. Luma N., referindo-se a uma de suas tentativas de ser atendida em um serviço de saúde, faz um desabafo:

eu não fui atendida porque eu sou homossexual. E o pronto socorro dali, também, a UPA, não atende homossexual e travesti. . . . Eu acho que não interessa o que tu é na vida, não existe um lugar específico só pra travesti, ainda mais um hospital, ou um Posto de Saúde, ainda mais porque é direito de todos. Mas até hoje eu não conheço um lugar específico pra travesti. Que a travesti tem o direito dela de ir num lugar. Não existe isso. Por isso que eu não procuro, por mais que eu esteja doente não procuro médico. A gente não tem direito de procurar um serviço. Se tu notar, é raro tu ver um travesti trabalhando numa loja, trabalhando num supermercado, trabalhando num banco. Agora, se tu vê na rua, tu vê vários travestis varrendo rua, entendeu. Porque querendo ou não, é um diminutivo de todas nós. A gente tem duas escolhas, na vida: ou a gente se prostitui ou a gente varre rua. Eu já trabalhei em cooperativa de reciclagem, não fui bem aceita como travesti. Entendeu. Porque era um bando de homem e eu trabalhava na mesa como rejeiteira – que é o pior serviço que tem, junto com um rapaz que carrega muito peso. Então, o lugar que tem pra eu me sentir bem é fazendo programa. Entendeu. Que a vida de programa de droga, então o único lugar pra me sentir bem mesmo, é usando droga e se prostituindo. Porque na sociedade brasileira, a droga tira aquela característica da gente de ver o mundo, como ele é de verdade. Que a droga ilude. (Luma N.)

As histórias brevemente narradas aqui, mostram-nos que, mesmo que tenhamos, no Brasil, algumas garantias em termos de legislação para mulheres e para a população LGBT+, sabemos que a lei, como a Portaria n. 1.113 de 2013, que garante o uso do nome social por travestis e transexuais em serviços de saúde de Porto Alegre, não é suficiente para o enfrentamento das violações de direitos humanos e nos desrespeitos sustentados nas relações e estereótipos de gênero e de sexualidade. Apesar dos avanços, como o representado pelo projeto “Garantia de Acesso - Atendimento à diversidade”, que tem como objetivos esclarecer, desconstruir preconceitos e problematizar as discriminações relacionadas às identidades de gênero e pessoas travestis e transexuais na rede de Porto Alegre, vemos ainda perpetuarem-se práticas de discriminação, preconceito e revitimização nos serviços de saúde e assistência social.

Devemos, portanto, atentar para as possíveis dificuldades que pessoas como Luma N., Oscar W. e Pedro A. tem de acessar bens e serviços em função do preconceito e da discriminação em virtude da construção identitária de gênero. Cabe lembrar aqui também de Ellen O., usuária do CAPS AD acompanhado na pesquisa, que não se sentia confortável com o fato de ser uma mulher lésbica em meio a tantos homens. Por isso, “é fundamental desenvolver trabalhos educativos e informativos sobre os direitos da população LGBTTTT junto às instituições sociais, bem como propiciar espaços coletivos de fortalecimento e apropriação de seus direitos às travestis e pessoas trans” (Guaranha et al., 2015, p. 185). Como nos diz Keila Simpson (2015, pp. 9-11):

essa população ostenta uma identidade de gênero diversa da imposta pelos padrões heteronormativos, em que homem é homem e mulher é mulher, e qualquer coisa que fuja dessa norma é encarada com estranhamento. No caso de trans, esse estranhamento se traduz em assassinato dessa população. . . . Alguém escreveu uma vez que a aids trouxe um benefício para a população trans e eu concordo, pois foi a partir dela que se iniciou a entrada de grande parte dessa população no SUS. Antes dessa epidemia, era difícil incentivar uma travesti a cuidar da sua saúde nos serviços. Elas sempre recorriam à automedicação, procurando o médico ou os serviços de Saúde apenas quando já não havia mais como se automedicar ou quando as enfermidades não tinham cura com a automedicação.

O relato de Simpson (2015) evidencia que, historicamente, tanto a sociedade de um modo geral, quanto os serviços de saúde acabam atuando em perspectivas heteronormativas, compreendendo as prá-

ticas e relações heterossexuais como “dadas, compulsórias e naturais, e onde algumas características são desejadas, esperadas e ensinadas para os dois únicos gêneros compreendidos na lógica binária feminino/masculino” (Bohm, 2009, p. 18). Ou seja, tudo o que escapa à lógica binária feminino/masculino e da heteronormatividade é considerado estranho, anormal. E é justamente nesse sentido que as estratégias ideológicas presentes nesses discursos podem estar colaborando no estabelecimento e/ou manutenção de relações de dominação, pois isso inviabiliza a conquista de direitos e o reconhecimento das pessoas LGBTQIA+ como qualquer outro cidadão.

A heteronormatividade, ao legitimar e hierarquizar corpos, identidades e práticas sexuais, acaba definindo aquilo que Gayle Rubin (1984) chama de “sexo bom” e “sexo ruim”. O “sexo bom” é o normal, natural, saudável e suas práticas são heterossexuais, dentro de um casamento monogâmico, com fins de reprodução. Já o “sexo ruim” é o anormal, “não-natural”, doente e corresponde às práticas sexuais dos travestis, transexuais, fetichistas, sadomasoquistas, entre outros. Como uma prática é considerada boa e a outra ruim, legitima-se e justifica-se os sentimentos hostis, como aversão, desprezo, ódio, desconfiança ou medo em relação a pessoas homossexuais ou assim identificadas. Assim, seriam indícios de homofobia “o ato de se evitarem homossexuais e situações associáveis ao universo homossexual, bem como a repulsa às relações afetivas e sexuais entre pessoas do mesmo sexo” (Junqueira, 2007, p. 4).

Ao buscar conferir outra espessura para o conceito de homofobia, que não essa atrelada ao discurso clínico, a tônica deixa de ser posta na “fobia”, enfatizando situações e mecanismos sociais relacionados a preconceitos, discriminações e violências contra homossexuais, bissexuais e transgêneros, seus comportamentos e estilos de vida (Junqueira, 2007). Com essa abertura do conceito, a homofobia passa a ser concebida como fator de restrição de direitos de cidadania, educação, saúde, trabalho, segurança e direitos humanos.

Desta maneira, falar de travestilidade e transexualidade na perspectiva do SUS é trazer à tona questões que há pouco tempo eram desconhecidas por grande parte de acadêmicos, da população em geral e dos profissionais de saúde (Simpson, 2015). Os termos travestilidade e transexualidade foram criados, introjetados e sustentados pelo movimento social organizado para afirmar uma questão identitária, de um modo de viver e de construção de cidadania através da garantia do direito ao acesso à saúde, por exemplo. Por isso, a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBTQIA+ oportuniza a construção de ações para que essas pessoas consigam, de fato, acessar os serviços do SUS e buscar o cuidado em saúde que leve em consideração as especificidades das/os travestis e transexuais.

Neste terceiro eixo de análise, temos uma invisibilidade da discussão sobre acolhimento a pessoas LGBTQIA+ usuárias de drogas nas reuniões e cotidiano da equipe do CnR. Tais questões emergiram do contato com Oscar W., Luma N. e Pedro A., que nos contam suas histórias de vida a partir do convite para a realização das entrevistas narrativas. Os processos de exclusão e violência vividos por eles/as ocorrem desde a mais tenra idade, na família, na escola e em outros meios de socialização. Eles/as pouco acessam a base fixa do CnR, eles/as acessados/as nas ruas, o que nos coloca desafios importantes para implementar ações de acolhimento com essa população.

Podemos dizer que o CnR exerce uma função não apenas clínica, mas ético-política ao tensionar a rede com as demandas vindas das ruas, com as histórias e necessidades de saúde da população de rua. Mas essa função ético-política, que busca acolher pessoas usuárias de drogas, que deve incluir em suas práticas as dimensões de classe, raça e gênero/sexualidade, deveria ser de toda a RAPS, ainda mais em tempos de desinvestimento e ataque à política da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Tempos em que se negam as diversidades de gênero e sexualidade, tempos em que se nega o direito ao acesso a serviços públicos e de qualidade em saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste percurso de escrita, faz-se necessário retomar as questões que nortearam esse movimento de problematização sobre o acolhimento a pessoas usuárias de drogas na perspectiva dos estudos de gênero e de sexualidade: o que queremos acolher nos processos de produção de saúde? Que tipos de

vida temos acolhido na saúde? Ao que temos dado passagem nos encontros? Todos esses estranhamentos, desassossegos e tensionamentos, vividos no cotidiano das ruas, do Consultório na Rua, do CAPS AD, da RAPS, de profissionais e usuários, fazem-nos repensar o lugar do acolhimento, enquanto conceito, enquanto prática. Acolher o usuário de drogas na rede é, também, promover resistências e contra ações às práticas de recolhimento que acontecem nas ruas de nossas cidades.

Ainda temos escutado mais a dependência química do que o sujeito que usa e abusa de substâncias. A preocupação técnica é com a “química”, e isso se acirra neste momento de recrudescimento de ideais de abstinência, internações e negação dos pressupostos de cuidado em liberdade provenientes tanto da Reforma Psiquiátrica quanto da aposta clínica-ética-política da Redução de Danos. Esse contexto torna ainda mais importante o questionamento sobre como incluir em nossas práticas a perspectiva dos estudos de gênero e sexualidade no acolhimento a essas pessoas. A que mesmo temos dado passagem em nossos encontros se destituímos as pessoas dos seus marcadores sociais como classe, gênero e raça?

Ao longo da minha pesquisa de doutorado sobre as práticas de acolhimento a pessoas que sofrem com o uso de drogas, percebi uma tensão e certa invisibilidade das questões de gênero e de diversidade sexual no contexto dos serviços da RAPS. Temos conseguido dar passagem aos afetos e histórias de mulheres, mulheres gestantes e pessoas gays, lésbicas, transgêneros e travestis? Em alguma medida sim, pois esses afetos e histórias tem, ao menos, se tornado pauta de discussões acirradas entre as equipes, como vimos no caso das mulheres gestantes. Mas as questões de gênero e sexualidade nos serviços de saúde mental precisam ainda de mais espaços de escuta e de processos formativos. É urgente a inclusão das dimensões classe, gênero e raça nos estudos sobre política e clínica de drogas e no campo da saúde mental.

Ao longo do artigo somos interpelados por contradições e diferentes desafios à política de acolhimento aos usuários de drogas. Diferentes formas de problematizar cada um dos eixos emergem dos lugares e contextos em que as equipes atuam. Questões de gênero são tensionadas pelas próprias mulheres usuárias do CAPS AD, inexistindo, até o momento de finalização da pesquisa, o debate sobre acolhimento a mulheres na equipe; a questão da maternidade nas ruas, em detrimento das relações de gênero e dos direitos sexuais e reprodutivos, surge como um “empecilho” para a equipe do CnR, permeado por tensões e contradições – como acolher essas mulheres? Como sustentar a maternidade nas ruas e sob uso de drogas?; e, por fim, a invisibilidade das pessoas LGBTQIA+ no contexto do CnR e também do CAPS AD, que, nesta pesquisa, trazem narrativas de intenso sofrimento e precárias condições materiais de vida, cujo uso de drogas não define sobremaneira quem essas pessoas são e sequer se configura como um problema central em suas vidas – o uso de drogas, para essas três pessoas, se constitui num dos modos de suportar o cotidiano e a (in)existência. Nenhum desses debates foi observado durante o período em que acompanhei a equipe técnica de saúde mental – gênero, maternidade e pessoas LGBTQIA+ não eram preocupações manifestas da gestão naquele momento.

Há, nessa direção, uma necessidade de se repensar as práticas dos profissionais que acompanham os usuários de drogas, ainda marcadas por tecnologias duras e protocolos, muitas vezes com o intuito de se protegerem do cotidiano exaustivo de trabalho. É preciso (re)investir na formação das equipes, com cursos, encontros e supervisões institucionais, visando mitigar esses desafios e modificar, paulatinamente, práticas engessadas em moralismos e na ideia, ainda muito presente, de que o acolhimento a usuários de drogas tem como prerrogativa a abstinência, tomando todo e qualquer usuário como dependente químico. Mas as práticas dos profissionais precisam ser entendidas a partir dos seus contextos de atuação e serviços, em meio a retrocessos que vão descaracterizando a lógica territorial e de cuidado em liberdade propostos pelo MRPB. Desmonte dos serviços e das redes, lutas e resistências frente à contrarreforma psiquiátrica em curso e a precarização das vidas diante das agendas neoliberais são alguns dos fatores que mobilizam os profissionais a sustentarem os dispositivos de cuidado. Com tantas urgências, as políticas de acolhimento se tornam secundárias e podemos acabar sendo empurrados para lógicas manicomial de cuidado, que historicamente anulou modos de viver e estar no mundo. É preciso resistir e sustentar nossos dispositivos de cuidado pautados numa lógica interseccional e decolonial, dando passagem às vidas precárias que encontramos no decorrer dessa pesquisa.

Por isso, pensar nas práticas de acolhimento é também questionar, interrogar as formas de opressão que buscamos combater, opressões e violências de gênero e sexualidade. Acolher mulher e pessoas LGBTQIA+ usuárias de drogas é dar passagem aos afetos e vivências de gênero, sexualidade, classe e raça; é produzir o comum, através dos encontros cotidianos nos serviços e nas ruas, seja com mulheres negras e lésbicas, seja com travestis que estão morando na rua. Não cabe somente ao CnR, mas também ao CAPS AD, tensionar a rede com essa demanda de escuta e trabalho ético e cuidadoso, para não reproduzirmos dentro dos serviços de saúde as violências e violações de direitos que mulheres e LGBTQIA+, incorrendo no erro de reduzir toda a trajetória e história de vida das pessoas ao diagnóstico da dependência química. Esse é um grande desafio, que precisa ser encarado para que consigamos construir um SUS que seja de fato para todos, todas e *todes*.

REFERÊNCIAS

- Angrosino, M.** (2009). *Etnografia e observação participante*. Artmed.
- Bohm, A. M.** (2009). *Os “monstros” e a escola: identidade e escolaridade de sujeitos travestis* [Dissertação de Mestrado em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS]. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/29931>
- Bolzan, L. M.** (2015). *Onde estão as mulheres? A homogeneização da atenção à saúde da mulher que faz uso de drogas* [Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS]. <https://hdl.handle.net/10923/7196>
- Butler, J.** (2003). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Civilização Brasileira.
- Costa, L. C., Vida, C. P. C., Gama, I. A., Locatelli, N. T., Karam, B. J., Ping, C. T., Massari, M. G., Paula, T. B., & Bernardes, A. F. M.** (2015). Gestantes em situação de rua no município de Santos/SP: reflexões e desafios para as políticas públicas. *Saúde e Sociedade*, 24(3), 1089-1102. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015134769>
- Crenshaw, K.** (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*, 10(1), 171-188. <https://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>
- Diniz, S. G.** (2000). Maternidade voluntária, prazerosa e socialmente amparada: breve história de uma luta. In Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde (Org.), *Saúde das Mulheres: experiência e prática do coletivo feminista sexualidade e saúde* (pp. 38-44). Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde.
- Decreto n. 9.761, de 11 de abril de 2019** (2019). Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Presidência da República. <http://www.in.gov.br/web/dou/-/decreto-n-9-761-de-11-de-abril-de-2019-71137316>
- Doniec, K., Dall’Alba, R., & King, L.** (2018). Brazil’s health catastrophe in the making. *The Lancet*, 392 (10149), 731-732. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30853-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30853-5/fulltext)
- Frangella, S. M.** (2004). *Corpos urbanos errantes: uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo* [Tese de Doutorado em Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas, Campinas/SP]. <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/279907>
- Garcia, M. R. V.** (2013). Diversidade Sexual, Situação de Rua, Vivências Nômades e Contextos de Vulnerabilidade ao HIV/AIDS. *Temas em Psicologia*, 21(3), 1005-1019. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.3-EE17PT>
- Guaranha, C., Scobernatti, G., Romanini, M., & Silveira, R. S.** (2015). Reflexões sobre acolhimento em situações de violação de direitos no campo do gênero e da sexualidade. In H. C. Nardi, P. S. Machado, & R. S. Silveira (Orgs.), *Diversidade sexual e relações de gênero nas políticas públicas: o que a laicidade tem a ver com isso?* (pp. 167-198). Deriva/ABRAPSO.
- Guimarães, T. A. A. & Rosa, L. C. S.** (2019). A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. *O Social em Questão*, XXII (44), 111-138. <https://www.redalyc.org/journal/5522/552264340005/552264340005.pdf>
- Jovchelovitch, S. & Bauer, M. W.** (2008). Entrevista narrativa. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Eds.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático* (pp. 90-113). Vozes.
- Junqueira, R. D.** (2007). Homofobia: limites e possibilidades de um conceito em meio a disputas. *Bagoas*, 1(1), 1-22. <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2256/1689>

- Macedo, F. S., Roso, A., & Lara, M. P.** (2015). Mulheres, saúde e uso de crack: a reprodução do novo racismo na/pela mídia televisiva. *Saúde e Sociedade*, 24(4), 1285-1298. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015138833>
- MacRae, E.** (2004). Abordagens qualitativas na compreensão do uso de psicoativos. In L. A. Tavares et al. (Orgs.), *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo* (pp. 27-48). EDUFBA, CEETAD/UFBA.
- Mattar, L. D. & Diniz, C. S. G.** (2012). Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 16(40), 107-119. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000001>
- Mattos, R. A.** (2007). Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde* (pp. 47-62). UERJ; ABRASCO.
- Medeiros, L. P., Amorim, A. K. M. A., & Nobre, M. T.** (2020). Narrativas LGBT de pessoas em situação de rua: repensando identidades, normas e abjeções. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 15(1), 1-16. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v15n1/07.pdf>
- Medeiros, K. T., Maciel, S. C., & Sousa, P. F.** (2017). A mulher no contexto das drogas: representações sociais de usuárias em tratamento. *Paidéia*, 27(Supl.1), 439-447. <https://doi.org/10.1590/1982-432727s1201709>
- Ministério da Saúde** (2003). Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Autor. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf
- Ministério da Saúde** (2006). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Autor. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf
- Ministério da Saúde** (2007). *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Autor. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf
- Ministério da Saúde** (2012). *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Autor. http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf
- Mota, D. B., Ronzani, T. M., Tófoli, L. F., & Rush, B. R.** (2015). Construindo a continuidade do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas: alguns conceitos e questões para o trabalho em rede no Brasil. In T. M. Ronzani et al. (Orgs.), *Redes de atenção aos usuários de drogas: políticas e práticas* (pp. 85-106). Cortez.
- Neves, C. A. B. & Heckert, A. L. C.** (2010). Micropolítica do processo de acolhimento em saúde. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 10(1), 151-168. <https://doi.org/10.12957/epp.2010.9024>
- Oliveira, J. F. & Paiva, M. S.** (2007). Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao HIV/Aids em uma perspectiva de gênero. *Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem*, 11 (4), 625-631. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452007000400011>
- Pegoraro, R. F. & Caldana, R. H. L.** (2008). Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 17 (2), 82-94. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200009>
- Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011** (2011). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e outras providências. Autor. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Prado, M. A. M. & Queiroz, I. S.** (2012). A emergência da politização da intimidade na experiência de mulheres usuárias de drogas. *Estudos de Psicologia* (Natal), 17(2), 305-312. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000200015>

Reis, T. (2018). *Manual de Comunicação LGB-TI+*. Aliança Nacional LGBTI, GayLatino.

Rosa, L. C. S. & Feitosa, L. G. G. C. (2008). Processo de reestruturação da reforma da atenção em saúde mental no Brasil: avanços e desafios. *Sociedade em Debate*, 14 (2), 135-152. https://app.uff.br/observatorio/uploads/Processo_de_Reestruturação_da_Reforma_da_Atenção_em_Saúde_Mental_no_Brasil_avanços_e_desafios.pdf

Rubin, G. (1984). Thinking sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality. In C. Vance (Ed.), *Pleasure and danger* (pp. 217-319). Routledge.

Saffioti, H. I. B. (2009). *Ontogênese e Filogênese do Gênero: ordem patriarcal de gênero e a violência masculina contra mulheres*. Série Estudos/Ciências Sociais. FLASCO. https://flasco.redalivre.org.br/files/2015/03/Heleieth_Saffioti.pdf

Simpson, K. (2015). Transexualidade e travestilidade na saúde. In Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa & Departamento de Apoio à Gestão Participativa (Orgs.), *Transexualidade e travestilidade na saúde* (pp. 9-15). Ministério da Saúde.

Spinoza, B. (2013). *Ética*. Autêntica.

Histórico	<i>Submissão: 13/10/2021 Revisão: 29/02/2024 Aceite: 05/03/2024</i>
Financiamento	<i>Bolsa de demanda social, doutorado CAPES.</i>
Consentimento de uso de imagem	<i>Não se aplica.</i>
Aprovação, ética e consentimento	<i>Não se aplica.</i>