



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CAMPUS DE SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA E
POLÍTICAS PÚBLICAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS**

LAÍS MARIA GERMANO CANUTO SALES

**OFICINAS EXPRESSIVAS COM GESTANTES USUÁRIAS DE CRACK: UMA
TECNOLOGIA SOCIAL PARA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO**

SOBRAL

2024

LAÍS MARIA GERMANO CANUTO SALES

**OFICINAS EXPRESSIVAS COM GESTANTES USUÁRIAS DE CRACK: UMA
TECNOLOGIA SOCIAL PARA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Políticas Públicas da Universidade Federal do Ceará - *campus* Sobral como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé

SOBRAL

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- S155o Sales, Laís Maria Germano Canuto.
Oficinas expressivas com gestantes usuárias de crack: Uma tecnologia social para construção do cuidado / Laís Maria Germano Canuto Sales. – 2024.
75 f.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação Profissional em Psicologia e Políticas Públicas, Sobral, 2024.
Orientação: Prof. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé.
1. Gravidez. 2. Crack. 3. Cuidado Pré-natal. I. Título.
- CDD 302.5
-

LAÍS MARIA GERMANO CANUTO SALES

OFICINAS EXPRESSIVAS COM GESTANTES USUÁRIAS DE CRACK: UMA
TECNOLOGIA SOCIAL PARA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO

Dissertação de mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Psicologia e
Políticas Públicas da Universidade Federal do
Ceará - *campus* Sobral como requisito para
obtenção do título de Mestre em Psicologia e
Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Dias
Quinderé

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr.^a Juliana Vieira Sampaio
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr.^a Regina Cláudia Barroso Cavalcante
Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE)

Ao meu pai (in memoriam), que me ensinou a ter fé, paciência e serenidade; a ver a vida como de fato ela é: com a necessidade de se viver apenas um dia após o outro.

AGRADECIMENTOS

Não teria chegado até aqui (e não me refiro apenas a conclusão desse trabalho) sem o suporte daqueles que me amam e acreditam em mim, inclusive quando eu desacredito. Lembrar da importância de alguns sonhos é difícil depois que a vida muda por conta de uma perda.

Gostaria de agradecer ao meu amor, Alexandre. Por ter aceitado vir comigo, desde o primeiro momento. Foi meu amparo e, com certeza, o maior incentivador desse percurso.

Meus amigos cumpriram um papel muito importante, me deram ânimo, me deram força, riram comigo quando nada ia bem, e me deixaram entusiasmada com a ideia de “quando tudo isso passar”.

À minha família, que sempre acreditou na necessidade das minhas idas, isso me faz acreditar também, mesmo querendo muito voltar.

Agradeço ao meu orientador, Professor Paulo Henrique Dias Quinderé, que acreditou no meu trabalho e trouxe a perspectiva da arte me tirando de um local comum.

Agradeço as participantes dessa pesquisa que me receberam, acolheram a ideia e acreditaram no nosso encontro, esse trabalho é para vocês.

Agradeço às professoras Juliana Vieira Sampaio e Regina Cláudia Barroso Cavalcante, pela disponibilidade, pela atenção e pelas contribuições.

Por fim, agradeço a Fé que me rege e me faz encontrar sentido nas escolhas que fiz, nos caminhos que percorri e nas pessoas que encontrei.

RESUMO

O uso do crack por mulheres tem sido associado ao aumento da prevalência de gravidez não planejada, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e vírus da imunodeficiência humana (HIV). Esse grupo de mulheres apresenta menor adesão às consultas pré-natais e um número maior de complicações gestacionais. A literatura e a experiência profissional demonstram que os serviços de assistência ao ciclo gravídico-puerperal não têm se adaptado a este tipo de desafio, o que acarreta prejuízos de curto e longo prazo à assistência prestada a elas e aos seus filhos. Apesar da existência de uma política pública local específica para essa demanda, o que se percebe é que geralmente os planos de cuidado não são colocados em prática devido à dificuldade em se construir vínculos entre as gestantes e os profissionais de saúde. Esse trabalho teve como objetivo descrever/identificar/discutir, os sentidos que as gestantes atribuem à maternidade e ao cuidado em saúde recebido nesse período nos dispositivos de saúde e, a partir disso, sistematizar teórica e metodologicamente a tecnologia social: “Oficinas Expressivas Com Gestantes Usuárias de Crack”. Realizou-se uma pesquisa social em saúde, com abordagem qualitativa, do tipo exploratória. Para coleta dos dados com as gestantes, foi aplicado um questionário sociodemográfico e realizado um grupo focal e duas oficinas expressivas, os dados obtidos foram interpretados por meio da técnica de Análise Temática de Conteúdo. A partir dos dados obtidos com a pesquisa de campo e o delineamento do referencial teórico, realizou-se a sistematização teórica e metodológica da tecnologia social: “Oficinas expressivas com gestantes usuárias de crack: uma estratégia para redução de danos, construção de vínculo e cuidado”. Identificou-se que entre as participantes há diferentes concepções de maternidade, influenciadas pelas suas histórias de vida, padrão de uso, vulnerabilidades sociais, suporte familiar ou falta dele. Sobre o cuidado em saúde, identificou-se resistência aos serviços de saúde onde se sentem julgadas, pressionadas e sem liberdade de escolha devido a posturas normatizadoras, moralizantes e estigmatizantes por parte dos profissionais de saúde; adesão aos espaços em que se sentem acolhidas, tenham seus direitos garantidos, oportunidade de criar vínculos e possibilidade de aprender algo. Observa-se a necessidade de estratégias de cuidado em saúde baseadas na possibilidade de construção de vínculos e incentivo à autonomia dessas mulheres e a necessidade de uma constante reflexão por parte dos profissionais a respeito de quais discursos orientam as suas estratégias. Conclui-se que, nesse contexto, as oficinas expressivas têm o potencial de levantar e trazer para o debate os anseios e necessidades das gestantes em relação ao cuidado que elas gostariam de receber, de ser um espaço para a reflexão dos profissionais de saúde que estariam em contato com outras possibilidades de convivência com essas mulheres, e assim, ser um espaço democrático para a construção de vínculos e cuidado em saúde.

Palavras-chave: gravidez; crack; cuidado pré-natal.

ABSTRACT

The use of crack cocaine by women has been associated with an increased prevalence of unplanned pregnancies, sexually transmitted infections (STIs), and human immunodeficiency virus (HIV). This group of women has lower adherence to prenatal consultations and a higher number of gestational complications. The literature and professional experience show that pregnancy-puerperal care services have not adapted to this type of challenge, which causes short- and long-term harm to the care provided to them and their children. Despite the existence of a specific local public policy for this demand, it is clear that care plans are generally not put into practice due to the difficulty in building bonds between pregnant women and health professionals. This study aimed to describe/identify/discuss the meanings that pregnant women attribute to motherhood and the health care received during this period in health services and, from this, to systematize theoretically and methodologically the social technology: “Expressive Workshops with Pregnant Women Who Use Crack”. A qualitative, exploratory social health survey was conducted. To collect data from pregnant women, a sociodemographic questionnaire was applied and a focus group and two expressive offices were held. The data obtained were interpreted using the Thematic Content Analysis technique. Based on the data obtained from the field research and the outline of the theoretical framework, the theoretical and methodological systematization of the social technology was carried out: “Expressive workshops with pregnant women who use crack: a strategy for harm reduction, bond building and care”. It was identified that among the participants there are different conceptions of motherhood, influenced by their life stories, pattern of use, social vulnerabilities, family support or lack thereof. Regarding health care, there were resistance to health services where they feel judged, pressured and without freedom of choice due to normative, moralizing and stigmatizing attitudes on the part of health professionals; adherence to spaces where they feel welcomed, have their rights guaranteed, the opportunity to create bonds and the possibility of learning something. There is a need for health care strategies based on the possibility of building bonds and encouraging the autonomy of these women and the need for constant reflection by professionals regarding which discourses guide their strategies. It is concluded that, in this context, expressive offices have the potential to raise and bring to the debate the anxieties and needs of pregnant women regarding the care they would like to receive, to be a space for reflection by health professionals who would be in contact with other possibilities of coexistence with these women, and thus, it would be a democratic space for building bonds and health care.

Keywords: pregnancy; crack; prenatal care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

SPA	Substância Psicoativa
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
TQF	Estratégia Trevo de Quatro Folhas
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
CSF	Centro de Saúde da Família
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
RD	Redução de Danos
CAS	Casa Acolhedora de Sobral
SECJEL	Secretaria de Cultura, Juventude, Esporte e Lazer
CMDCA	Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
CNMP	Conselho Nacional do Ministério Público
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Perfil sociodemográfico e caracterização das entrevistadas.....	29
Quadro 2 - Categorias Temáticas e Subcategorias de Análise.....	32
Quadro 3 - Atitudes a serem adotadas e evitadas pelo facilitador da oficina	54

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1. REFERENCIAL TEÓRICO	17
1.1 O cuidado em saúde com gestantes usuárias de crack e/ou outras drogas	17
1.2 Redução de Danos como horizonte do cuidado	19
2. METODOLOGIA	23
2.2 Aspectos éticos	24
2.3 Campo empírico – Casa Acolhedora de Sobral	24
2.4 Procedimentos de coleta de dados	26
2.5 Participantes da Pesquisa	29
2.5.1 Apresentação do perfil sociodemográfico e caracterização das mulheres entrevistadas	29
2.6 Procedimento de análise dos dados	30
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
3.1 Categoria Temática 01: Vivência da Maternidade	33
3.1.1 Subcategorias	33
3.2 Categoria Temática 02: Vivência do Cuidado em Saúde	41
3.2.1 Subcategorias	41
4 PRODUTO TÉCNICO	49
4.1 Localização histórica e teórica	49
4.2 Por que Oficinas Expressivas?	50
4.3 Uma estratégia para redução de danos, construção de vínculo e cuidado	51
4.4 Aspectos metodológicos	52
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	64
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	67
APÊNDICE C - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA GRUPO FOCAL	68
APÊNDICE D - INSTRUMENTO PARA PLANEJAMENTO, REGISTRO E AVALIAÇÃO DAS OFICINAS EXPRESSIVAS	69
ANEXOS	70

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	70
ANEXO 2 - PARECER DA PREFEITURA DE SOBRAL-CE.....	73
ANEXO 3 – CARTA DE ANUÊNCIA – UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ....	75

INTRODUÇÃO

A relação entre gestação e Substância Psicoativa (SPA) é um problema global, social e de saúde pública (Peters *et al.*, 2020). No Brasil, a prevalência do uso de álcool em gestantes é de 34,4%, tendo associação com diabetes gestacional, ideação suicida e consumo de tabaco (Kroeff *et al.*, 2004).

Um estudo de revisão identificou que, em diversas partes do mundo, há elevada prevalência de outras SPA durante a gestação, como crack-cocaína, mortalidade geral na população de gestantes usuárias de crack maior que na população de gestantes em geral e complicações obstétricas e neonatais como pré-eclâmpsia e eclâmpsia, descolamento placentário, retardo no crescimento-intrauterino do feto, desnutrição materna, prematuridade, baixo peso ao nascer, icterícia neonatal precoce e sífilis congênita (Ribeiro *et al.*, 2018).

Apesar do uso de múltiplas drogas ser comum, a maconha continua sendo a substância ilegal de uso mais frequente, acompanhada pela cocaína e pelos opioides. Ao serem comparadas com mulheres não usuárias, observa-se que as usuárias de SPA, geralmente, apresentam taxas maiores de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), hepatites, além de vivenciarem situações de violência doméstica e passarem por episódios de depressão. Consequentemente, essas mulheres comparecem menos às consultas pré-natais e apresentam um quadro maior de complicações na gestação (Coutinho; Coutinho; Coutinho, 2014). O abuso de crack e cocaína, normalmente, é seguido por fatores de risco maternos e socioeconômicos, sendo importante que os estudos que assinalam essas alterações sejam interpretados com cuidado (Brasil, 2012a).

Por mais que o uso de crack e cocaína no período gestacional seja um fenômeno crescente, existem poucos estudos que apresentem possibilidades de cuidado específico para essa população (Macedo; Mountian; Machado, 2021). Também não existem recomendações específicas do Ministério da Saúde no que diz respeito à assistência ofertada para essas mulheres, porém, algumas iniciativas vêm sendo implementadas.

Nessa perspectiva, a partir das fragilidades detectadas na assistência à gestante e à criança em Sobral (CE) – como a demora em iniciar o pré-natal, ocorrência de partos prematuros, obstáculos com aleitamento materno, e demais dificuldades observadas a partir da análise de óbitos maternos e infantis, foi criado e implementado, em 2001, a Estratégia Trevo

de Quatro Folhas (TQF), projeto fruto de propostas inovadoras na área, com objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil (Alves *et al.*, 2015).

Em 24 de novembro de 2010, por meio da Lei municipal nº 1041, a TQF se tornou política pública de saúde de apoio às gestantes, mães e de incentivo à vida, consistindo em ações intersetoriais que objetivam melhoria da atenção maternoinfantil, redução da morbimortalidade materna, perinatal e infantil, tendo como principal objetivo a reorganização da atenção maternoinfantil e a garantia de apoio social às gestantes, puérperas e crianças menores de dois anos em caso de risco clínico e social. É pertinente destacar que se compreende como risco clínico a ocorrência de complicações por doenças preexistentes e de patologias ou intercorrências na gravidez, no parto, no puerpério, período neonatal e no desenvolvimento da criança até os dois anos; e, por risco social, a falta ou pouco suporte familiar, a ausência ou carência de renda e a incapacidade da gestante/mãe para o autocuidado e/ou no cuidado com a criança (Prefeitura Municipal de Sobral, 2010).

A equipe técnica da TQF conta com um(a) coordenador(a) com nível superior na área da saúde, quatro enfermeiras, duas assistentes sociais e uma psicóloga, que ficam responsáveis pelo monitoramento, avaliação e articulação dos três níveis de saúde da atenção materno infantil. Os profissionais da Saúde da Família e os demais que atuam na assistência e no atendimento às gestantes, puérperas e crianças menores de dois anos ficam responsáveis por encaminharem à equipe técnica todos os casos que se configurem como de risco clínico e social para posterior elaboração de um plano de cuidados (Prefeitura Municipal de Sobral, 2010).

Desde 2010, após significativa demanda, a TQF iniciou o acompanhamento multidisciplinar e especializado às gestantes usuárias de crack e suas famílias, ampliando a possibilidade de cuidado integral através da articulação de toda a rede intersetorial. Sendo assim, durante o período de atuação da autora do projeto na Estratégia TQF, os casos acompanhados permitiram observar e vivenciar o funcionamento da rede de atenção à saúde materno-infantil e identificar aspectos dessas mulheres que corroboram com a pesquisa nacional sobre o uso de crack de Bastos e Bertoni (2014): são mulheres negras, inseridas em contextos de maior vulnerabilidade, que apresentam baixa escolaridade, moram com a família ou em situação de abrigo ou em situação de rua, com histórico de violência sexual, uso concomitante e intenso de drogas lícitas e ilícitas, uso infrequente de preservativos, entre outros elementos de vulnerabilidade individual e social. A trajetória dessas mulheres, marcada pela desigualdade de gênero e pela inserção social precária devido aos outros marcadores sociais

como raça e classe, se torna ainda mais adversa no contexto do uso abusivo/dependente de drogas e sua inserção nas cenas de uso.

Além disso, a pesquisa demonstrou a inter-relação entre uso de crack e comportamentos sexuais de maior risco, que se reflete na elevada prevalência da infecção pelo HIV, história de gestações com mau resultado obstétrico após o início de uso de crack e/ou similares, e acompanhamento pré-natal inadequado (assim como nas mulheres acompanhadas pela Estratégia).

É necessário ressaltar que o enfrentamento de muitos problemas relacionados a vulnerabilidades sociais no decorrer de suas vidas culminou no uso abusivo de substâncias, atualmente identificado por elas como fuga da realidade em que viviam – assim como descreve Alves *et al.* (2015) em seu estudo. Para muitas dessas mulheres, a vivência da maternidade envolve situações de acúmulo de atividades muitas vezes sem companheiro, sem apoio familiar no período de descoberta da gravidez ou após o parto, a perda da guarda dos filhos (provisória ou definitiva), entre outros momentos complexos – tal como evidenciado por Cugler e Figuerreiro (2021) em uma pesquisa sobre gênero e necessidades de saúde que envolveu mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS AD).

Além disso, foi percebida resistência dessas gestantes em aderir ao plano de cuidados proposto pela TQF, como a aceitação da visita domiciliar da equipe técnica, o comparecimento ao pré-natal no Centro de Saúde da Família (CSF), aos atendimentos no CAPS AD e aos exames e consultas agendados no Centro de Especialidades Médicas ou à Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Além disso, há entraves no aceite da conduta proposta em caso de emergência, e dificuldade de alguns profissionais e serviços em acolher e articular os cuidados em saúde necessários nesses casos.

Acerca desse último aspecto, observa-se que os profissionais de saúde apresentam dificuldades em conduzir esses casos pois existem expectativas em relação ao estabelecimento do vínculo com as gestantes (aspecto importante para a condução deles) que precisam ser discutidas e trabalhadas para que esses profissionais consigam lidar com a realidade que essa situação impõe (Sales; Quinderé, 2024). Para a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), o conceito de vínculo diz respeito à uma construção, ao longo do tempo, de relações de confiança e afeto entre o paciente e o profissional de saúde, promovendo a corresponsabilização pelo cuidado, além de proporcionar um potencial terapêutico – sendo interpretado como uma

das condições para a concretização da Política uma vez que é facilitador dos seus princípios (Brasil, 2012b).

A integralidade do processo de trabalho em saúde mental, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica, exige uma maior atenção centrada no usuário e em suas necessidades de saúde, tendo as práticas focadas no ato de cuidar e na corresponsabilização da equipe de saúde, do usuário e da gestão, em busca de uma maior integralidade da atenção (Cabral *et al.*, 2017). É nesse ponto que se coloca a indispensabilidade e o desafio de se questionar os paradigmas da atuação profissional para que se possa transformar as práticas cotidianas da atenção em saúde em expressões aliadas aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e aos princípios do SUS.

Nesse sentido, a experiência profissional e a literatura apontam para a relevância e a necessidade de se avaliar os processos de cuidado dessa rede para que sejam possibilitadas a reinvenção de diferentes estratégias profissionais e a articulação da equipe para o cuidado. Porém, como constatou Guimarães (2018) em uma pesquisa sobre as implicações das condições de cuidado sobre o modo de cuidar em um CAPS no município de Fortaleza, não basta estudar o cuidado sem considerar a que condições ele estava submetido: deve-se questionar sobre como devem ser estudados tais modos construídos pelos profissionais quando estes não estão submetidos a estruturas muito mais complexas. As condições de cuidado incidem, atravessam e imbricam no cuidado ofertado e não apenas as condições físicas estruturais, mas todo o aparato político-social que configura o serviço para além de seus muros.

Apesar da existência de uma política pública que orienta os cuidados e que surgiu com a proposta de reorganização da atenção à saúde materno infantil, o que se percebe é uma dificuldade em colocar em prática os planos de cuidados propostos para essas mulheres e a falta de diretrizes específicas para a construção desse cuidado. Mas, por que isso acontece? O cuidado em saúde, enquanto construção social processada no cotidiano, é permeado por intenções continuamente definidas, redefinidas e impulsionadas no e por meio do contato com a alteridade, e sustentado em uma relação intersubjetiva (Spink, 2015). Assim, na maioria das vezes que se discute o cuidado, a humanização ou a integralidade, se faz referência a um conjunto de princípios e estratégias que norteiam (ou devem nortear) a relação entre um sujeito (o paciente) e o profissional de saúde que o atende (Ayres, 2004).

Segundo Caldeira (2021), problematizar o cuidado ofertado às mulheres gestantes e usuárias de crack é descrever as relações de poder exercidas nesse contexto tendo em vista todas

as construções operadas pelo saber/poder. Essas jovens pobres, na sua maioria pretas, além de fazerem uso de drogas proibidas por lei e exibirem comportamentos “não compatíveis” com a “normalidade”, para o biopoder ainda “ousam engravidar”. A respeito disso, verifica-se que a literatura nessa área tem focado nos discursos médico/jurídico, demonstrando, principalmente, os efeitos clínicos do consumo da droga para a mãe e para o bebê, e estabelecendo estratégias e mecanismos de controle. Havendo poucos estudos que tragam como foco o processo de subjetivação dessa mulher e os agenciamentos¹ que atuam em sua forma de ver e estar no mundo, entende-se que seria exatamente esse o caminho para a construção de um cuidado possível, no qual sejam compreendidas as suas necessidades, seus desejos, suas angústias e esperanças, além do significado do evento “maternidade” em sua vida e quais as práticas de cuidado são dirigidas a ela.

Diante desses aspectos, lança-se a seguinte questão norteadora: Como essas mulheres se sentem em relação à maternidade, ao cuidado recebido nesse período e que tipo de cuidado elas desejam? Para isso, faz-se necessária uma investigação acerca das condições a que o cuidado está submetido: Como se norteia a relação entre essas mulheres e o profissional de saúde que lhe atende? Quem são essas mulheres? Como elas vivenciam a maternidade e o plano de cuidados ofertado? Com quais estratégias ofertadas elas mais se identificam?

Espera-se que através dessa avaliação seja possibilitada a compreensão dos impasses e potencialidades de articulação do cuidado ofertado e, assim, a possibilidade de sua reorganização e fortalecimento – que pode ser concretizada através da construção de uma tecnologia social que seja capaz de levantar os anseios e necessidades das gestantes em relação ao cuidado, além do direcionamento das ações dos serviços no Sistema de Saúde de Sobral, ou em outros locais, levando em consideração a sua fácil replicabilidade.

Essa pesquisa teve como objetivo descrever/identificar/discutir os sentidos que as gestantes atribuem à maternidade e ao cuidado em saúde recebido nesse período nos dispositivos de saúde e, a partir disso, sistematizar teórica e metodologicamente a tecnologia social: “Oficinas expressivas com gestantes usuárias de crack”.

¹ Segundo Deleuze e Guatari (1995), o conceito de agenciamento refere-se ao acoplamento de um conjunto de relações materiais a um regime de signos correspondente. São exemplos de agenciamentos o judicial, o familiar, o escolar, o midiático etc.

1. REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 O cuidado em saúde com gestantes usuárias de crack e/ou outras drogas

Os serviços de assistência ao ciclo gravídico-puerperal não têm se adaptado adequadamente ao desafio envolvendo a saúde de gestantes usuárias de drogas, o que tem acarretado prejuízos de curto e longo prazo à assistência prestada elas e aos seus filhos (Coutinho; Coutinho; Coutinho, 2014). De acordo com Oliveira (2016), isso acontece devido à uma condenação da mulher que vivencia a maternidade associada ao uso de drogas, na qual se considera que esta não é ou está adequada ao perfil de mãe ideal culturalmente construído. Essa condenação, por vezes reproduzida pela própria mulher, por pessoas próximas, pela família ou por profissionais de saúde, acaba por se constituir como elemento de vulnerabilidade, reforçada pela ideia de incompatibilidade entre maternar e consumir drogas. Tal concepção evidencia a preocupação em torno da saúde da criança em detrimento da condição de saúde da gestante, reforçando a culpabilização materna e a exclusão social.

Para Camargo *et al.* (2018), estas questões se somam ao preconceito, à discriminação e ao racismo, os quais se constituem como as principais barreiras para que mulheres em uso abusivo de substâncias solicitem tratamento. Quando elas se encontram grávidas, o preconceito é ainda maior – o que aumenta a dificuldade de acesso ao atendimento de saúde e diminui o número de acompanhamento pré-natal.

Campbell (2000, p. 25) descreve que o uso de SPA por mulheres é interpretado como “(...) uma forma de violência que elas cometem contra si mesmas e aqueles próximos delas”. Nessa perspectiva, a atenção à saúde ofertada intenciona que elas se tornem capazes de cuidar de suas famílias e, ainda, que seja possível colaborar para a prevenção de doenças à terceiros – tal como visto nas campanhas iniciais contra o HIV, fazendo com que elas não se tornem sujeitos centrais desse cuidado (Macedo; Mountian; Machado, 2021).

É importante problematizar a produção de discursos que atribuem anomalias congênitas única e exclusivamente ao uso de crack durante a gestação, tendo em vista que isso aumenta ainda mais a culpabilização acerca dessas mulheres. Do ponto de vista científico, os estudos com maior confiabilidade metodológica atribuíram unicamente como consequência do uso do crack durante a gestação a prematuridade e a restrição de crescimento intrauterino, sendo tal incidência ocorrida não somente em bebês de mães usuárias de crack, mas também naqueles

em que as mães não usam drogas, porém, que sofrem de quadros de desnutrição por não conseguirem se alimentar adequadamente (Caldeira, 2021).

Esse tipo de discurso que atribui uma série de consequências nefastas de forma exclusiva ao uso do crack durante a gestação, desconsidera outras condições de vulnerabilidade vivenciadas por muitas gestantes brasileiras e reforça o discurso de vitimização desses bebês pelo uso da droga por suas mães quando, na realidade, se analisarmos as histórias de vida dessas mulheres, o uso do crack é mais um dos fatores de risco à sua saúde e a de seus filhos e não o único (Caldeira, 2021).

É inegável que a droga usada de forma disruptiva ocasiona graves consequências à vida dos usuários, entretanto, não se pode associar apenas a ela a “medalha da paternidade” das amarguras do mundo, visto que a “maternidade” deve ser assumida por quem a gestou: o jogo político de poder, do consumo, da má distribuição de renda. O usuário de crack, frequentemente, é aquele que não é incluído ou não é alcançado pela formalização e burocratização da vida, sendo conduzidos a seguir os princípios das populações marginalizadas, com um modo de viver paralelo à hierarquia formal e, nesse modo de vida, alcançam sensações momentâneas de prazer (Albuquerque; Jorge, 2012).

Para Mattar e Diniz (2012, p. 114-115), “existem maternidades mais prestigiadas e respeitadas, enquanto outras podem ser consideradas ilegítimas, subalternas ou marginais, fonte de preconceito, discriminação e violação a direitos”. As autoras utilizam o termo hierarquias reprodutivas para se referir ao fato de que, quanto mais aspectos considerados negativos estiverem presentes na mulher, mais próximas estarão da base da pirâmide hierárquica. Nesse sentido, entende-se que são necessárias políticas públicas de suporte social à maternidade que assegurem o exercício dos direitos humanos, sem distinção, como parte de uma agenda ampla dos direitos sexuais e reprodutivos.

Nesse contexto, seria importante que os modelos de atenção à saúde que orientam as ações e tratamento aos usuários de drogas buscassem fundamentar sua atuação em aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, ou seja, uma fundamentação integral que fosse capaz de responder às peculiaridades de cada uma dessas mulheres, bem como do grupo, do tipo de droga e do ambiente sociofamiliar em que vivem (Albuquerque; Jorge, 2012).

Segundo Caldeira (2021), pensando nas gestantes usuárias de crack e/ou outras drogas, o cuidado dirigido a essas mulheres exige um olhar atento por parte dos profissionais de saúde,

que devem considerar suas subjetividades com a finalidade de compreender o lugar que a droga ocupa na vida delas bem como o que representa durante a gestação.

De acordo com Macedo, Mountian e Machado (2021), algumas ações interpretadas como cuidado, realizadas por profissionais de saúde, podem ser vistas como punição pelas mulheres. Os autores destacam que elas ocorrem com maior frequência quando se trata de mulheres identificadas com alguns marcadores sociais, como aquelas em situação de rua, por exemplo. Como exemplos dessas ações na experiência profissional, pode-se citar a ida à casa das gestantes sem aviso prévio quando estas faltam às consultas, ou aos lugares que costumam fazer uso da substância para realizar alguma abordagem repentina.

Albuquerque e Nóbrega (2016) ressaltam algumas barreiras externas que interferem na realização do tratamento em saúde dessas mulheres como o treinamento inadequado de boa parte dos profissionais de saúde sobre o tratamento do uso abusivo de SPA, e a carência de serviços especializados para o cuidado à mulher que é mãe e usuária. A influência desses fatores, além de diminuir a frequência desse público nos serviços, soma-se à rotatividade de profissionais e à precarização do trabalho, impactando de forma negativa o cuidado com as usuárias dos serviços.

1.2 Redução de Danos como horizonte do cuidado

O crescimento do uso de drogas por mulheres exige a inclusão de outras ofertas de cuidado para além das abordagens convencionais uma vez que está comprovada a forte associação do uso de drogas por este grupo com o aumento do número de filhos, a presença da gravidez durante processo de uso, a não realização de pré-natal, ao maior número de complicações obstétricas, e à resistência ao informar sobre o uso de drogas no momento do parto (Chagas; Abrahão, 2018).

Parte do desafio em incluir outras ofertas de cuidado advém da necessidade de compreensão de que mulheres usuárias de drogas não configuram em si um grupo homogêneo, portanto, a heterogeneidade dos sujeitos, as especificidades individuais e dos grupos em seus distintos contextos devem ser incorporadas no enfrentamento da questão (Medeiros *et al.*, 2015).

O que se percebe, nos poucos estudos que tratam desta temática, é que a maioria dos profissionais de saúde, subjetivados pelos saberes médico/moral/jurídicos, legitimam discursos

que podem refletir negativamente na vida dessas mulheres, não viabilizando, desta forma, outros agenciamentos que poderiam possibilitar uma outra perspectiva de vida para elas e seus bebês (Caldeira, 2021).

Desse modo, reinventar formas de produzir cuidado na precariedade e lidar com a incapacidade de resolver alguns problemas revelam o limite da clínica biomédica e exige a construção de redes fora da formalidade e do comum de um atendimento pré-natal, exigindo constantes atualizações no fazer cotidiano das equipes de saúde (Chagas; Abrahão, 2018).

Em um estudo sobre gestação e uso de substâncias psicoativas que teve como objetivo entender qual é o cuidado em saúde desejado por essas mulheres, Marcolino *et al.* (2018) demonstraram o desejo, por parte delas, em receber um cuidado sob o horizonte da integralidade e permeado pela valorização da singularidade, a necessidade de vivenciar as relações interpessoais de forma plena, e o interesse em receber um apoio específico quanto ao uso de SPA.

Compreendemos que a estratégia de Redução de Danos (RD) traduz o cuidado integral desejado por essas mulheres, pois valoriza o respeito à liberdade individual na perspectiva da cidadania e da promoção dos direitos humanos. Os profissionais que atuam sob essa lógica valorizam a construção conjunta de ações de saúde na perspectiva da autonomia do sujeito e na corresponsabilização do cuidado, suspendendo premissas repressivo-moralistas na compreensão das necessidades e no desenvolvimento de intervenções (Machado; Boarini 2013).

A RD pode ser definida como uma perspectiva ético-clínico-política, pautada nos direitos humanos, e utilizada para compreensão e intervenção acerca da problemática do uso de drogas. Ela é oriunda de práticas clínicas inovadoras da década de 1920 no Reino Unido, inspiradoras das terapias de substituição e, mais tarde, de reivindicações dos direitos das pessoas que usavam drogas, na década de 1970 na Holanda. Ela agrega uma série de ações voltadas à defesa da vida, visando à redução dos riscos e danos sociais, econômicos e à saúde das pessoas que não querem ou não conseguem deixar de usar drogas, tendo como ápice de seu reconhecimento os resultados exitosos frente ao controle da epidemia mundial de HIV/AIDS (Surjus; Formigoni; Gouveia, 2021).

Além disso, a RD se constitui como um método de intervenção que, além de concordar com a diretriz da desinstitucionalização, proporciona uma nova concepção de cuidado em saúde

para o usuário de drogas ao propor um método territorial, substitutivo ao manicômio e à lógica da abstinência (Paula, 2022).

Marllat (1999) descreveu cinco princípios da RD associados ao uso de drogas: 1) É uma alternativa de saúde pública para modelos moral/criminal e de doença do uso e da dependência de drogas; 2) Reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam danos; 3) Surgiu principalmente como uma abordagem de “baixo para cima”; 4) Promove acesso a serviços de baixa exigência como alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência; 5) Baseia-se nos princípios do pragmatismo empático versus idealismo moralista.

Segundo Paula (2022), na RD os aspectos políticos encontram-se em constante relação com os aspectos clínicos, de modo que a clínica e a política são duas instâncias que se distinguem, mas não se separam. É nessa interação que a RD vem consolidando um novo cuidado, ou seja, um método que mobiliza as minorias marginalizadas através de dispositivos organizados em redes de cooperação. Um dos pontos fundamentais deste método é o modo participativo do cuidado em saúde. Nele, os usuários de drogas são inseridos como atores políticos na produção de mudanças subjetivas, de forma que o caráter coletivo das ações permite que os usuários de drogas, que desejam ou não interromper o uso, ou aqueles que não conseguem, criem regras de conduta e de cuidado para si. Esse tipo de gestão comum permite a desconstrução do “estigma de criminoso, doente, pecador, uma vez que inserir o usuário de drogas como coautor responsável pela construção de dispositivos de atenção e gestão” (Paula, 2022, p. 37).

Porém, a RD enfrenta desafios para a materialização desse cuidado pois, atualmente, observamos a constituição de uma Política Nacional sobre Drogas (Brasil, 2019) orientada por um conjunto de leis, normas, diretrizes e portarias baseados em discursos morais – e endossados pelo discurso médico-jurídico, produzindo um saber-poder que sustenta interesses político-econômicos e utiliza estratégias de amedrontamento da população (e consequentemente dos profissionais de saúde) com relação aos perigos da droga, relacionando-os a populações específicas, que são interpretadas como ameaçadoras.

Diante disso, ao analisarmos as práticas atuais de cuidado em saúde às gestantes usuárias de crack, percebemos a atuação dessa lógica que transforma em desprezíveis os corpos dessas mulheres pobres, tornando justificável, por meio do discurso da saúde e segurança, o

recolhimento de suas crianças, com o argumento de preservar a vida e a saúde de tais mulheres (Caldeira, 2021)

Compreender a RD também diz respeito a localizá-la no enfrentamento dos discursos da psiquiatria, do Direito Penal e das instituições de confinamento, uma vez que ela questiona as relações de força mobilizadas sócio-historicamente para a criminalização e patologização do usuário de drogas. Se analisarmos a história do Brasil no início da República, podemos observar o surgimento de uma nova ordem social higienista e eugênica que criou uma rede de instituições voltadas para o governo dos corpos negros. E foi neste momento em questão que os manicômios se tornaram uma das principais instituições de governo dos pobres e pretos (Paula, 2022).

Atualmente, observa-se que a convergência entre a consolidação do neoliberalismo como nova razão mundial e da guerra às drogas como política também mundial apontam para o fato de que o conflito contra as drogas é uma nova geopolítica do racismo como racionalidade de governo. Sendo assim, essa situação acabou por se tornar um exercício de controle social e uma estratégia para a ampliação da razão neoliberal a partir do exercício da violência (Paula, 2022).

Sobre o cuidado com gestantes que usam drogas, Macedo, Mountian e Machado (2021) destacam a necessidade de fortalecer estratégias de cuidado pautadas nos direitos humanos, que contemplem questões relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos. Os autores reconhecem ainda que o cuidado com pessoas que usam drogas é um campo em disputa ética/política/econômica no país, e sugerem que as políticas públicas que atuam nesse contexto sejam avaliadas, para que se possa, de fato, verificar se estão sendo efetivadas nas ações cotidianas e se as demandas das usuárias estão sendo consideradas, para que, a partir disso, elas sejam incluídas como sujeitos ativos na construção das políticas. Segundo Paula (2022, p. 197), o desafio da RD é o próprio obstáculo da democracia: “garantir às minorias a possibilidade de expressão e cooperação política”.

2. METODOLOGIA

2.1 Estratégia de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa social em saúde, conceituada por Minayo (2014) como uma investigação que trata do fenômeno saúde/doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo de uma instituição política e de serviços.

Partindo do pressuposto de que o objeto das Ciências Sociais é histórico, as sociedades humanas existem num determinado espaço cuja formação social e configurações são específicas, e vivem o presente influenciado pelo passado e projetado para o futuro. Toda investigação social precisa registrar a historicidade humana, respeitando a especificidade da cultura que traz em si e, de forma complexa, os traços dos acontecimentos de curta, média e longa duração, expressos em seus bens materiais e simbólicos (Minayo, 2014).

O objeto das Ciências Sociais é, também, essencialmente qualitativo: a realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados que transbordam dela. A possibilidade de enumeração dos fatos, por exemplo, é uma qualidade dos indivíduos e da sociedade que contêm em si elementos de homogeneidade e de regularidades. Pode-se concluir que não é apenas o investigador que dá sentido ao seu trabalho intelectual, mas os seres humanos, os grupos e a sociedade que dão significado, intencionalidade e interpretam suas ações e construções (Minayo, 2014).

A abordagem utilizada, portanto, foi a pesquisa qualitativa em saúde, aplicada ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e opiniões (Minayo, 2014, p. 57), uma vez que se teve como produto as interpretações que as mulheres fizeram a respeito de como vivem, pensam e sentem o uso de SPA, a maternidade e o cuidado em saúde recebido. Segundo Minayo (2014), esse tipo de método permite descobrir processos sociais pouco observados, proporciona a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Por esse motivo, é utilizado para a elaboração de novas hipóteses.

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória pois teve como objetivo proporcionar maior familiaridade com o tema ‘cuidado em saúde com gestantes usuárias de crack e/ou outras drogas’, com vistas a torná-lo mais explícito e construir hipóteses e novas abordagens de atuação (Gil, 2007) através da discussão do material levantado em campo e do levantamento bibliográfico.

2.2 Aspectos éticos

No primeiro momento, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Prefeitura Municipal de Sobral - Secretaria Municipal de Saúde (protocolo nº 0295/2023) e, em seguida, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), cumprindo a Resolução 196 do Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996). A aprovação do CEP (Parecer Consubstanciado CEP nº 6.940.261) encontra-se no Anexo 1 deste estudo).

Foi realizada uma reunião com o coordenador da Casa Acolhedora a fim de apresentar a proposta e negociar a possibilidade de realização da coleta dos dados, garantindo-se a fidedignidade dos resultados e o não comprometimento das atividades da instituição. Feito isso, o projeto foi apresentado às mulheres, dando-lhes a liberdade para aceitar ou não participar do estudo. Em seguida, foi informado os dias e horários que aconteceriam os momentos (os quais ocorreram em uma sala reservada que era geralmente utilizada para a realização de oficinas, garantindo a privacidade e sigilo das informações prestadas).

A pesquisadora apresentou a proposta às participantes, leu e discutiu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) onde havia esclarecimentos a respeito da temática, dos objetivos da pesquisa, dos riscos e benefícios, da garantia do sigilo, da segurança a respeito dos seus dados, do resguardo da possibilidade de descontinuidade de participação no estudo a qualquer momento, e dos princípios éticos postulados na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (Brasil, 2012c). Todas as mulheres que apresentaram interesse no estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a autorização para utilização do gravador.

2.3 Campo empírico – Casa Acolhedora de Sobral

O local escolhido para coleta de dados foi a Casa Acolhedora de Sobral, fundada em 2014 inicialmente como um projeto (Projeto Casa Acolhedora do Arco: Cuidando da mãe e do Bebê) do então Instituto Trevo de Quatro Folhas, que foi submetido ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA). O projeto tinha como objetivo reduzir o número de crianças e adolescentes em situação de negligência e abandono relacionados ao uso do crack por parte de suas mães e fortalecer os vínculos familiares. Foi então que o CMDCA

indicou o projeto para financiamento pelo Itaú com contrapartida da Prefeitura Municipal de Sobral (Sobral, 2021).

Inicialmente, o trabalho era realizado em um imóvel alugado e, a partir de 2016, passou para uma propriedade cedida pela Prefeitura Municipal de Sobral ao Instituto Trevo Quatro Folhas. No projeto para 2016 (na renovação do financiamento com o Itaú Social), foi incluído o atendimento às gestantes usuárias de crack, na perspectiva da redução de danos. Atualmente, não se observaram atividades relacionadas a essa perspectiva.

Em janeiro de 2020, o Projeto passou a se chamar oficialmente Casa Acolhedora de Sobral (CAS). Durante o ano de 2020, em virtude da pandemia do Coronavírus, a CAS passou por uma suspensão de suas atividades, mas, em dezembro de 2021 voltou a realizar suas atividades normalmente, contando hoje com o termo de fomento via fundo CMDCA e Conselho Municipal de Assistência Social (Prefeitura Municipal de Sobral, 2021).

O público-alvo da Casa compreende-se crianças de 0 a 6 anos, adolescentes até os 12 anos, bem como gestantes e mães usuárias de crack e/ou outras drogas. Os objetivos específicos de funcionamento são: 1. Atender as gestantes e mulheres usuárias de crack visando fortalecer os vínculos familiares, para que essas mulheres possam deixar de ser usuárias do crack e terem condições de oferecer os cuidados necessários a seus filhos; 2. Realizar atividades socioeducativas e oficinas geradoras de renda para que as mulheres possam ter outra condição de vida que favoreça o cuidado com suas crianças e adolescentes; 3. Realizar atividades recreativas e educativas com as crianças junto com suas mães, visando o fortalecimento do vínculo mãe/filho e o desenvolvimento infantil; 4. Encaminhar as crianças com mais de 6 anos e os adolescentes filhos das mulheres frequentadoras da CAS para atividades esportivas; 5. Garantir junto com a Secretaria Municipal de Educação que todas as crianças e adolescentes estejam matriculadas e frequentando as creches e escolas da Rede Municipal de Ensino (Prefeitura Municipal de Sobral, 2021).

Em suas estratégias de ações estão: contato com a secretaria de saúde; contato com os serviços que compõem a Rede Socioassistencial do Município; contato com o Centro de Referência da Mulher; contato com as universidades e faculdades para atividades de estágio para graduandos da área da saúde; contato com a Secretaria de Trabalho e Desenvolvimento Económico para apoio e inclusão nas iniciativas na área de profissionalização e geração de renda; contato com a Secretaria de Cultura, Juventude, Esporte e Lazer (SECJEL) para inclusão

das crianças e adolescentes filhos das mulheres assistidas pela CAS em suas atividades disponibilizadas nos diferentes bairros (Prefeitura Municipal de Sobral, 2021).

Atualmente, a CAS conta com 10 funcionários, sendo eles: 1 coordenador; 1 assistente social; 1 pedagoga; 1 auxiliar administrativo; 1 cozinheira; 3 cuidadoras de crianças; e 1 controlador de acesso. Em relação à estrutura física, o espaço conta com 1 berçário; 1 sala para crianças de 3 a 6 anos que também funciona como complemento escolar de alfabetização; uma sala para crianças de 7 a 12 anos com atividades escolares; 1 cozinha, 1 espaço para refeições; 2 salas integradas para coordenação e administração; e 1 sala para realização de oficinas.

Quanto às mulheres atendidas, 30 estão cadastradas, tendo-se a frequência ativa de uma média de 24 mulheres e 70 crianças. O critério para que sejam assistidas pela CAS é que realizem o acompanhamento pré-natal de forma adequada (quando estão gestantes), que compareçam aos atendimentos de saúde de seus filhos e que participem das oficinas e ações socioeducativas que são realizadas.

2.4 Procedimentos de coleta de dados

A inserção no campo de estudo desta pesquisa aconteceu por meio da apresentação do projeto de pesquisa ao coordenador da Casa acolhedora que foi bastante receptivo. O grupo focal e as oficinas foram inseridos no cronograma de atividades das mulheres. No primeiro momento, ocorreu a apresentação da pesquisa com o delineamento sobre os objetivos e sua relevância e, depois, foi questionado se elas teriam interesse em participar. Não houve nenhuma recusa.

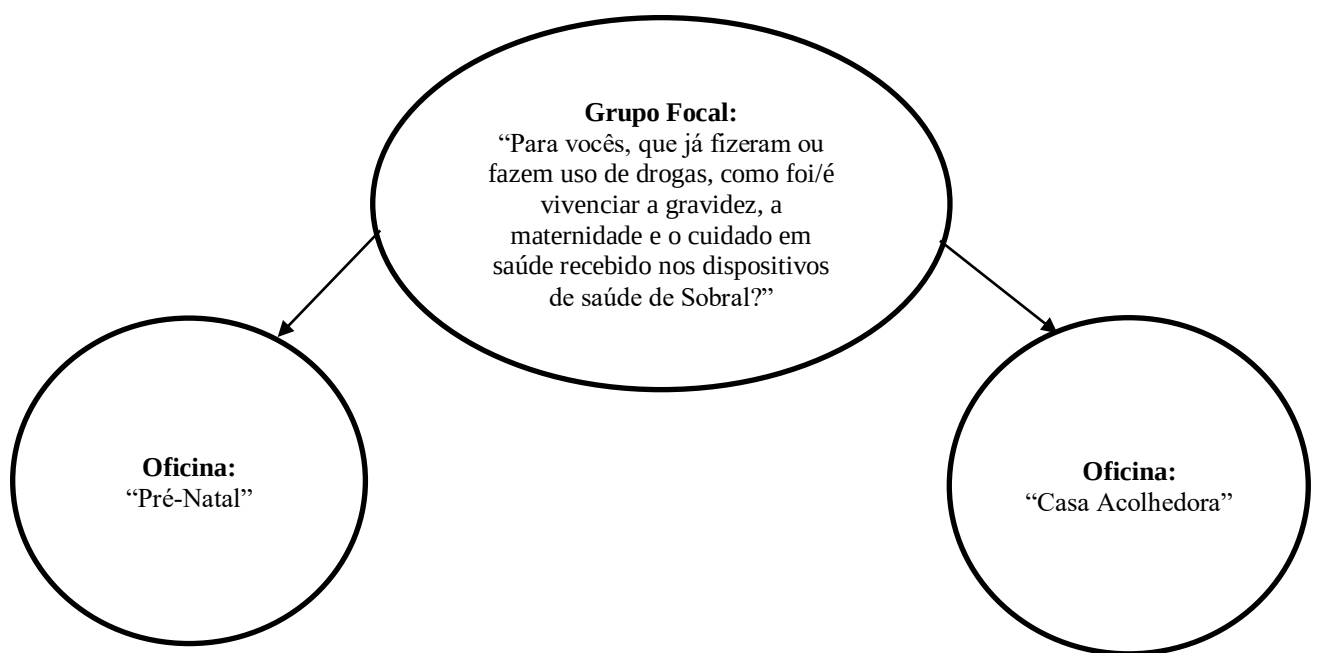
No primeiro encontro com as participantes foram explicados os objetivos da pesquisa, enfatizando-se a necessidade de os momentos serem gravados, para fins de análise, com o compromisso de assegurar o anonimato das pessoas que aceitaram o convite para participar da pesquisa. Além das gravações, também foram feitos registros em diário de campo. Nove mulheres participaram da coleta de dados e estiveram presentes nos 3 momentos da coleta de dados.

Em seguida, foi aplicado o questionário sociodemográfico contendo questões sobre características sociodemográficas (idade, raça, escolaridade, condição socioeconômica, situação conjugal, moradia, acesso à água potável e alimentação e renda familiar), a fim de conhecer e caracterizar melhor essa população.

Nesse primeiro momento, também foi realizado um grupo focal, com duração média de uma hora, que teve como objetivo reunir informações detalhadas sobre os sentidos que essas mulheres que vivenciam e/ou vivenciaram o uso de drogas atribuem à maternidade e ao cuidado em saúde recebido nesse período nos dispositivos de saúde de Sobral. O grupo focal busca colher informações que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviços (Trad, 2009). Com a orientação de um roteiro, foi feita uma pergunta central acompanhada de alguns itens que, durante a aplicação da técnica, ajudaram na condução do tema rumo à focalização (Minayo, 2014).

A partir desse momento, foram escolhidos os temas a serem trabalhados nas oficinas expressivas, tal como expresso no Fluxograma 1:

Fluxograma 1 - Temas trabalhados durante as oficinas expressivas



Fonte: elaborado pela autora.

Nos dois dias seguintes, foram feitas duas oficinas expressivas com as participantes. Essa metodologia foi escolhida pois as oficinas têm o potencial de promover o exercício ético e político ao mesmo tempo em que é gerado material para análise, proporcionando um espaço de trocas simbólicas que potencializam a discussão em grupo em relação à temática proposta, gerando conflitos construtivos com vistas ao engajamento político de transformação. Sendo

assim, os efeitos da oficina não se limitam ao registro de informações para pesquisa pois sensibilizam os participantes para a temática trabalhada, possibilitando a convivência com a multiplicidade (nem sempre harmônica) de versões e sentidos sobre o tema. Do ponto de vista teórico-metodológico, posicionamos a oficina como uma estratégia facilitadora da troca dialógica e da construção conjunta de sentidos (Spink; Menegon; Medrado, 2014).

Nesse contexto, ressalta-se que a pesquisadora optou por realizar oficinas expressivas de pintura tendo em vista a facilidade de interação e familiaridade com os materiais utilizados. A proposta metodológica da oficina foi elaborada com base em Afonso (2006), sendo a sua preparação dividida em 4 momentos:

- I) Demanda: O tema das oficinas foi proposto a partir da realização do grupo focal onde foram ouvidas as demandas do grupo;
- II) Pré-análise: Foram levantados dados e aspectos importantes a respeito da demanda (funcionamento do pré-natal; da CAS; e reflexão a respeito do tema da maternidade com mulheres usuárias de drogas);
- III) Foco e Enquadre: O tema geral da oficina é o foco em torno do qual o trabalho foi realizado. Os temas escolhidos a partir do grupo focal foram: Pré-natal e Casa acolhedora. O Enquadre diz respeito ao número de participantes (9); o local onde seria realizada as oficinas (sala de grupos da Casa Acolhedora); os materiais utilizados (cartolinas, folhas A4, pincéis, lápis de pintar, canetas, tesouras e cola, distribuídos sobre uma mesa); e o número de encontros (2), que foram pensados em termos de facilitar a livre expressão das participantes;
- IV) Planejamento Flexível: Diz respeito ao cronograma da oficina, que foi dividido em: a) um momento inicial que preparou o grupo para o trabalho realizado (conversamos sobre como elas estavam naquele momento, como estavam os filhos... E como o grupo já tinha uma boa interação, esse momento foi mais livre); b) um momento intermediário em que o grupo iria se envolver com as atividades expressivas (foi orientado que elas expressassem o que sentiam sobre os temas escolhidos); c) um momento de apresentação do material produzido (nesse momento, algumas delas demonstraram timidez, porém, na medida em iam apresentando, ficaram mais à vontade e começaram a interagir falando sobre suas vivências e explicitando o motivo da escolha dos desenhos e palavras feitos nas cartolinas). É relevante enfatizar que esse momento é importante para

sistematização e avaliação do trabalho realizado e permite que o grupo visualize melhor a sua produção como "grupo de trabalho", podendo ajudar a tomar decisões sobre os encontros seguintes.

Quadro 1 – Cronograma da Coleta de Dados

1º Dia	Apresentação da Pesquisa, Assinatura do TCLE, Aplicação do Questionário Sociodemográfico, Grupo Focal
2º Dia	Oficina Expressiva – “Pré-Natal”
3º Dia	Oficina Expressiva – “Casa Acolhedora”

Fonte: elaborado pela autora.

2.5 Participantes da Pesquisa

A pesquisa teve como foco o olhar e a perspectiva de mulheres usuárias de crack e/ou outras drogas, do município de Sobral-CE, que estavam participando das atividades da CAS. Foram incluídas aquelas que: estavam sendo ou tinham sido acompanhadas pelo Sistema de Saúde de Sobral; fossem maiores de 18 anos; e aquelas que não estivessem em condição de tutela. Excluiu-se aquelas que, por algum motivo, não puderam dar continuidade nos procedimentos da pesquisa ou não aceitaram participar.

2.5.1 Apresentação do perfil sociodemográfico e caracterização das mulheres entrevistadas

Quadro 1 - Perfil sociodemográfico e caracterização das entrevistadas

Nome	Idade	Cor	Estado Civil	Escolaridade	Trabalho	Renda	Moradia	Tempo na CA	Refeições	Filhos
Acácia	37	Preta	Solteira	5ª série	Não	Bolsa Família	Mãe e filhos	+ de 10 anos	6	4
Camélia	23	Preta	Casada	Ensino Médio Inc.	Não	Bolsa Família	Marido, Filhos	+ de 2 anos	7	4
Dália	29	Preta	Solteira	5ª série	Não	Bolsa Família	Filhos	+ de 1 ano	6	4
Gardênia	45	Preta	Casada	4ª série	Não	Bolsa família	Marido, filhos	+ de 10 anos	5	5
Íris	34	Preta	Solteira	4ª série	Não	Bolsa Família	Filhos	+ de 10 anos	5	6
Jasmim	25	Preta	Solteira	Ensino Médio	Não	Bolsa Família	Filhos	3 anos	6	2

Margarida	31	Preta	Casada	8ª série	Não	Bolsa Família	Marido, filhos	2 anos	3	7
Rosa	30	Preta	Solteira	Ensino Médio	Não	Bolsa Família	Mãe, filho, sobrinho	+ de 2 anos	3	1
Violeta	30	Preta	Casada	Ensino Médio Inc.	Não	Bolsa Família	Filho e marido	1 ano	6	5

Fonte: elaborado pela autora.

A pesquisa contou com a participação de nove mulheres. Para os nomes fictícios, designou-se, para cada uma delas, nome de flores. A listagem está em ordem alfabética.

O grupo focal e as duas oficinas expressivas foram realizadas na CAS, com duração média de 1 hora cada momento, levando em consideração a motivação e entusiasmo das mulheres em participar.

O Quadro 1 apresentado acima apresenta o perfil sociodemográfico das mulheres. A idade da participante mais nova foi 23 anos, e a da mais velha, 45. Mais da metade se encontrava na faixa dos 30 anos. 4 delas consideram que vivem em união estável e se identificam com o título de casadas. 5 delas estão solteiras.

Em relação à escolaridade, apenas uma das participantes afirmou ter concluído o Ensino Médio. 2 afirmaram não ter concluído e 6 delas não concluíram o ensino fundamental. Sobre a cor da pele, todas se autodeclararam pretas.

Sobre a situação de trabalho, nenhuma delas trabalha atualmente. Todas recebem o Bolsa Família. 2 delas moram com suas mães e filhos, 4 moram com marido e filhos e as 3 restantes moram apenas com os filhos.

Sobre o uso de substâncias, apenas duas admitiram estar em uso de álcool e maconha; as demais relataram tentar manter-se abstinente e evitaram se aprofundar a respeito do assunto. Segundo Mastroianni, Balsaneli e Palamin (2019), a própria dificuldade em se aproximar desta população e, conseqüentemente, compor a amostra, sugere que estes temas podem produzir resistências associadas ao estereótipo geralmente atribuído a estas mulheres.

2.6 Procedimento de análise dos dados

Os dados coletados no grupo focal e nas oficinas foram interpretados por meio da técnica de Análise de Conteúdo (Bardin, 2015) (através da modalidade Análise Temática de Conteúdo), por ser considerada apropriada para as investigações qualitativas em Saúde (Minayo, 2014).

Para isso, foi realizada a transcrição do formato oral para a escrita minuciosa do material coletado, mantendo a fidedignidade das falas e acrescentando-se as expressões que apresentavam manifestações afetivas à narrativa.

Operacionalmente, a modalidade desdobrou-se nas etapas: pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos, e interpretação (Minayo, 2014). Na primeira etapa, momento da pré-análise, foi realizada a leitura flutuante do conteúdo das falas e a constituição do corpus, analisando se o material contemplou os sentidos que essas mulheres, que vivenciam e/ou vivenciaram o uso de substâncias, atribuem à maternidade, bem como se abordou o cuidado em saúde recebido nesse período nos dispositivos de saúde de Sobral. Para tanto, obedeceu-se aos critérios quanto ao tema, tornando os dados pertinentes para o alcance dos objetivos da pesquisa. Nessa fase, foram elaboradas as unidades de registro (palavra-chave) e as unidades de contexto (o que faz compreender o registro), em forma de codificação dos dados.

Na segunda etapa, foi realizada a exploração do material por meio da operação classificatória para a compreensão do texto (feita através da elaboração de categorias a partir das palavras e expressões significativas para a organização dos dados). Nessa fase, elaborou-se as categorias e subcategorias, criando-se unidades relevantes que pudessem abranger um agrupamento de ideias, especificando cada tema trabalhado na interpretação dos dados.

Diante disso, foram classificadas duas categorias temáticas, sendo elas: 01) Vivência da Maternidade; e 02) Vivência do cuidado em saúde. Foram criadas também quatro subcategorias: Aspectos Psicológicos relacionados a gravidez e convivência com os filhos; Direito a Maternidade; Unidades de Saúde; e Casa Acolhedora. Faz-se importante ressaltar que todas as categorias e subcategorias foram atravessadas por falas relacionadas ao uso de substâncias.

Quadro 2 - Categorias Temáticas e Subcategorias de Análise

Categorias Temáticas	Subcategorias
01) Vivência da Maternidade	<i>a) Aspectos Psicológicos relacionados a gravidez e convivência com os filhos</i> <i>b) As encruzilhadas do Direito a Maternidade</i>
02) Vivência do Cuidado em Saúde	<i>a) Serviços de Saúde</i> <i>b) Casa Acolhedora</i>

Fonte: elaborado pela autora.

Em seguida, foi realizada a interpretação dos dados obtidos, inter-relacionando-os com o escopo teórico desenhado inicialmente, abrindo-se novas dimensões teóricas e interpretativas sugeridas pela leitura do material obtido.

A partir dos dados coletados com a pesquisa de campo e o delineamento do referencial teórico, fez-se a sistematização teórica e metodológica da tecnologia social: “Oficinas expressivas com gestantes usuárias de crack: uma estratégia para redução de danos, construção de vínculo e cuidado”.

Mas, do que se trata essa tecnologia? A tecnologia social compreende produtos, técnicas e/ou metodologias reaplicáveis, desenvolvidas na interação com a comunidade e que representem efetivas soluções de transformação social. Elas se apresentam como alternativas modernas, simples e de baixo custo para a solução de problemas estruturais das camadas mais excluídas da sociedade. Sua proposta defende o desenvolvimento e utilização de tecnologias para inclusão social com base na compreensão de que homens e mulheres devem estar envolvidos em um constante processo de ação e reflexão, de modo que a interação entre indivíduo e tecnologia permita expressar ações que valorizem uma sociedade mais justa, inclusiva e sustentável (Jesus; Costa, 2013).

A escolha por produzir uma tecnologia social parte da compreensão da necessidade de um espaço democrático e inclusivo entre profissionais de saúde e gestantes usuárias de crack e/outras drogas, onde as trocas sejam facilitadas e produzam mudanças na forma de se produzir saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Categoria Temática 01: Vivência da Maternidade

Esta categoria refere-se aos discursos sobre situações, acontecimentos e aspectos psicológicos que ocorreram na vida das mulheres após a descoberta da gravidez e a consequente vivência da maternidade.

3.1.1 Subcategorias

a) Aspectos Psicológicos relacionados à gravidez e à convivência com os filhos

Nos discursos das mulheres a respeito desse tema, foi possível observar que alguns aspectos psicológicos se fizeram presentes com a descoberta da gestação e a consequente vivência da maternidade. Elas relataram que vivenciaram emoções relacionadas à surpresa, choque, sentimento de rejeição, além de mencionarem suas experiências na construção (quando houve) de vínculo com seus filhos:

“Mulher, é porque ser mãe é um privilégio muito grande. A gente ter um filho dentro da barriga da gente, a gente vê que ele tá se gerando ali, né? É um privilégio muito grande, uma alegria muito grande” (Dália).

“Tia, quando eu soube que tava grávida eu fiquei em estado de choque, porque não foi planejado. Eu fui pega de surpresa. Eu não queria aceitar, tia. Porque tipo assim, eu morava na casa da mãe dele (companheiro) e não era bom, quando eu descobri que ia ser mãe a primeira vez, do meu filho que hoje tem 7 anos” (Jasmim).

Segundo Camacho *et al.* (2006), a gestação e o puerpério são momentos que envolvem várias mudanças na vida da mulher (físicas, hormonais, psíquicas e sociais), que podem influenciar em sua saúde mental. Além disso, como já citado anteriormente, para muitas dessas mulheres, a vivência da maternidade envolve situações de acúmulo de atividades – muitas vezes sem o companheiro, sem o apoio familiar no período de descoberta da gravidez ou após o parto, de perda da guarda dos filhos (provisória ou definitiva), entre outros momentos complexos (Cugler; Figuerreiro, 2021).

Sendo assim, é esperado que um período permeado por tantos aspectos ocasione emoções e sentimentos múltiplos e conflitantes. Além disso, foi possível identificar que o fato dessas mulheres viverem em situações de vulnerabilidade social ocasiona insegurança em relação ao sustento dos filhos e pode ser um dos motivos do sentimento de rejeição em relação à maternidade:

“Quando eu descobri, eu ainda tentei abortar, porque eu não queria aceitar, pra mim era uma coisa muito... eu ainda era de menor, era uma novidade muito assim porque eu ainda morava na casa dos outros(...)” (Camélia).

“No final da gravidez por ele se mexer muito (...) eu ficava pensando que queria criar ele, mas eu tinha medo de não conseguir. Mas eu botei na minha cabeça que como ele era meu primeiro filho ele ia ser uma companhia pra mim. E talvez com ele as coisas não seriam tão difíceis” (Violeta).

“Minha gestação não foi planejada porque o médico tinha dito que eu não podia engravidar (...). Aí de uma ressaca que eu tive, que essa ressaca não parava, era só vomitando, minha mãe disse ‘menina tu tá é grávida’. (...) Aí por curiosidade eu fui fazer o teste (...). A mulher falou ‘tá grávida’, quase desmaiava” (Rosa).

O fato da maioria das gestações não terem sido planejadas demonstra que os serviços de saúde também não conseguem aproximação com essas mulheres fora do período gestacional pois, o planejamento familiar, que também é oferecido no posto de saúde, não foi algo vivenciado por elas.

Também foi possível observar que, por vezes, as mulheres usuárias de SPA não se concentram na vivência da gestação pois estão voltadas para o consumo de drogas. É possível observar a presença do sentimento de ser mãe, porém, existe a dificuldade de levarem em consideração suas necessidades humanas básicas, como já pontuou Settani *et al.* (2022) – o que acaba por ser uma dificuldade na construção de vínculos com seus filhos:

“Eu consumia tudo na minha gravidez, álcool de drogas, a minha droga mais pesada era o crack, aí o bebê passou uns dias sem se bulir na minha barriga, eu me assustei pensando que ele tinha morrido dentro de mim (...), aí elas me levaram urgentemente pro hospital (...) Eu não sentia fome, eu usava crack. Lá o médico perguntou, você usa droga? Eu falei ‘bastante’” (Íris).

“Quando eu tava grávida eu não usava nada ainda não, eu comecei a usar maconha depois. Mas tipo assim, da minha primeira gravidez, eu era vici... antes de eu descobrir que eu tava grávida, eu descobri já tava com bem três meses, eu usava bastante o pó, eu usava bastante, eu era muito viciada mesmo” (Jasmim).

“Quando você tá usando não quer saber de nada, até sabe que não é bom (pro bebê), mas você não quer saber de nada, não escuta nada (orientações dos profissionais de saúde), só quer saber de usar” (Gardênia).

Em contrapartida, também houve discursos onde a experiência da maternidade pode ser transformadora no sentido da redução significativa do padrão de uso e, por vezes, até a interrupção total do consumo como consequência da nova situação em que esta mulher se encontra, fator verificado também no estudo de Camargo *et al.* (2018).

“Recentemente eu deixei de fazer uso (...). Mas não foi por causa daqui. Aqui tirava da minha mente, mas não me libertava, eu cansei de trazer álcool dentro da minha bolsa, eu fui pega dentro do banheiro fumando, eu vinha bêbada. Eu não ligava pra nada que falavam comigo, quando você tá em uso você não liga pra nada, eu não ligava nem pro meu filho. O que me libertou foi eu ter voltado pra presença do senhor. Eu mesma decidi, por mim e pelo meu filho” (Acácia).

“Até os 6 meses eu tava usando direto, aí quando eu descobri que era mulher, eu parei” (Margarida).

A pluralidade de discursos não diverge dos achados da literatura. Seleglim *et al.* (2011) advertem que, ao estudar populações que fazem uso de drogas, não se lida, necessariamente, com achados homogêneos.

Esse tipo de comportamento relatado nos discursos têm o potencial de trazer algumas reações desconfortáveis e frustrantes aos profissionais de saúde pois, tradicionalmente, a representação da maternidade é baseada na ideia de amor instintivo e espontâneo das mulheres por seus filhos, associada à sentimentos positivos pela condição de ser mãe e de divinização do fenômeno (Resende, 2017).

A maternidade é compreendida como função inerente às mulheres não apenas pela função reprodutiva, mas, também, pelas ações de cuidar, educar, amar e proteger a prole, desconsiderando variáveis como o número de filhos, classe social, raça/cor, ou a idade em seu

exercício. Nas representações culturais da maternidade, a mulher no papel de mãe deve abdicar-se de si mesma e de sua vida em detrimento do outro (Patias; Buaes, 2012).

Essas ideias constituem a ordem de gênero vigente sobre a maternidade na sociedade brasileira e em várias outras sociedades do mundo. Nesta ordem de gênero, a mulher que não atende as funções esperadas da maternidade sofre discriminações e passa por um processo de autocondenação (Sousa, 2013).

É possível observar a influência dessa visão tradicional nas políticas públicas de saúde, onde o uso de drogas é tido como moralmente inadequado para elas. Isso porque, vistas como futuras mães, elas são normalmente posicionadas como responsáveis pela moral da nação e da família. Nessa perspectiva, nota-se como discursos normativos sobre a maternidade orientam as abordagens em saúde dirigidas a essas mulheres (Macedo; Mountian; Machado, 2021).

Em contrapartida aos discursos tradicionais sobre maternidade, Badinter (1985) traz uma importante contribuição a respeito do mito do amor materno e da ideologia maternalista, buscando quebrar o paradigma de que a mulher é feita para ser mãe, e boa mãe. Para a autora, o amor materno existe, mas não necessariamente em todas as mulheres, ou seja, não é uma característica pré-estabelecida.

Galera, Roldán e O'Brien (2005), em seus estudos sobre o papel maternal e a vivência de mulheres no contexto das drogas e da violência, apontam que, assim como o contexto social e familiar podem contribuir para o início do consumo de drogas por mulheres, o comprometimento dos vínculos familiares pode influenciar no desenvolvimento da identidade materna.

Por parte das participantes, existem várias formas de reação em relação à notícia de uma gravidez e diferentes formas de vivência da maternidade – sendo estas influenciadas pelas suas histórias de vida, padrão de uso, vulnerabilidades enfrentadas, e suporte (ou a falta) familiar. Quando esses aspectos não são levados em consideração pelos profissionais de saúde na construção do cuidado, a tendência é que algumas expectativas relacionadas à adesão ao cuidado ofertado estejam baseadas em uma concepção de maternidade incompatível a dessas mulheres, gerando posturas moralistas e normatizadoras que interferem de forma negativa na construção do vínculo necessário para a construção do cuidado.

b) As encruzilhadas do Direito à Maternidade

Essa subcategoria diz respeito aos discursos relacionados ao direito do exercício da maternidade. Neles, percebeu-se a frequência da falta de apoio familiar no momento de descoberta da gravidez tendo em vista que, por vezes, a família tentou assumir a decisão da entrega das crianças para adoção; existência de ameaça constante da retirada da guarda dos filhos por parte das políticas públicas de saúde e a perda da guarda (de forma provisória ou definitiva) devido ao uso de substâncias.

Assim como Menandro, Garcia, Uliana (2019, p. 7) demonstraram, para mulheres pobres e usuárias de drogas, falar sobre a vivência da maternidade também diz respeito a lembrar que “há filhos paridos, há filhos criados, há filhos perdidos e há filhos tirados”.

Outro fato observado nesse contexto é que as atitudes que elas tomam em relação ao cuidado consigo e com os filhos são feitas devido às pressões impostas por profissionais das políticas públicas de saúde para que não sejam punidas perdendo a guarda dos filhos:

“Eu não gostava do pré-natal, todos os meses tinha que ir. Eu era cobrada, ameaçada, se não fosse ia tomar meus filhos” (Rosa).

“Nessa minha última gestação me cobravam pra parar de usar. Eu fui fazer o pré-natal só com 6 meses. Porque a agente de saúde foi me ameaçar, dizendo que se eu não fosse ela ia vir com o conselho tutelar pra tomar os outros meninos de mim. Aí eu fui” (Violeta).

Assim como Macedo, Mountian, Machado (2021) pontuaram, identificou-se que algumas práticas tidas como cuidado (pelos profissionais de saúde) podem ser vistas como punição pelas mulheres, principalmente quando correm o risco de perderem a guarda de seus filhos. Por vezes, essas mulheres foram ameaçadas a perderem a guarda dos filhos caso não realizassem as condutas impostas pelos profissionais de saúde. A consequência disso é que, para muitas delas, além do estigma vivenciado no campo da saúde, o risco de retirada compulsória dos seus filhos pode influenciá-las a não buscar ajuda nos serviços de saúde, aumentando a vulnerabilidade em relação aos aspectos que envolvem sua saúde. Tal discussão será aprofundada em momento posterior, no tópico sobre os Serviços de Saúde.

No momento da coleta, Margarida tinha perdido a guarda dos 3 filhos que moravam com ela e relatou que precisava cumprir algumas solicitações do Conselho Tutelar para reaver

a guarda. Para ela, a resposta estava demorando bastante, o que causava muita angústia e “*vontade de desistir de tudo*”.

O Conselho Tutelar é um órgão coletivo criado com intuito de proteger crianças e adolescentes no Brasil, intermediando a relação entre o Estado e a sociedade. Pode aplicar algumas medidas cabíveis a ele, mas não deve ter caráter punitivo, cabendo ao Poder Judiciário avaliar e julgar os conflitos de interesse, fazendo cumprir determinações legais ou punir quem as infrinja (Bulhões, 2010).

Em relação à guarda, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.609 de 1990) elege a família como instituição central “para a promoção e garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes” (Moreira, 2014, p. 30), sendo o Estado responsável pela provisão de condições para o exercício desses direitos pelas famílias. Segundo o ECA, a convivência familiar é um direito das crianças e dos adolescentes e, quando a família falha no cumprimento dos seus deveres, o Conselho Tutelar pode ser acionado e tomar medidas que visem a garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes. Algumas vezes, isso resulta no acolhimento institucional dessas crianças e na perda do poder familiar dos pais (Brasil, 1990).

Diante disso, o questionamento que emerge dessas situações é: O Estado tem, de fato, se responsabilizado pela provisão de condições para o exercício de direitos por essas famílias compostas por mulheres que fazem uso de drogas? Ou o fato delas fazerem uso de drogas é, automaticamente, interpretado com uma falha no cumprimento dos seus deveres?

O que a literatura demonstra é que o uso de substâncias psicoativas por essas mulheres passa a ser ainda mais inaceitável socialmente pois elas estão contrariando normas sociais e abdicando de assumir os papéis esperados para elas: ser mãe, esposa e cuidadora da família (Mastroianni; Balsaneli; Palamin, 2019).

A perda da guarda legal dos filhos entre mães usuárias de drogas tem mobilizado o debate sobre as implicações desta decisão sobre todos os envolvidos no processo. Dados sobre crianças e adolescentes, segundo os motivos que ensejam o acolhimento institucional, indicam que 11,3% foram abrigados por terem pais que apresentavam consumo de drogas (Silva; Aquino, 2005). De acordo com uma pesquisa do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), mais de 80% dos encaminhamentos de crianças e adolescentes a instituições de acolhimento estão vinculados ao consumo de drogas dos pais, especialmente o crack. Um levantamento realizado pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), em parceria com a

Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), identificou que o uso de drogas pelos responsáveis é o segundo principal motivo do acolhimento institucional (Assis; Farias, 2013).

Essa pesquisa observou que a disfuncionalidade do exercício dos cuidados maternos devido ao uso de álcool e drogas se dá em situações de vivências de várias vulnerabilidades. Mastroianni, Balsaneli e Palamin (2019) afirmam que é nesses cenários que se julga que as crianças necessitam de uma intervenção do Estado e do poder judiciário para terem seus direitos garantidos, sendo a solução dada para isso a institucionalização, com a justificativa de que assim serão protegidas de seus próprios responsáveis.

Esse contexto se relaciona à proposta de Bauman (1998), que diz respeito à “tendência atual de criminalizar casos que não se adequam à norma idealizada” (Bauman, 1998, p. 10). Essa tecnologia de poder que projeta a punição para além dos crimes atua nos processos de subjetivação produzindo formas de viver fundadas no medo e na insegurança, produzindo urgências e temores relacionados aos diferentes corpos marcados pelas suspeitas de serem perigosos (Caldeira, 2021). A ideia dominante é que uma mulher usuária de drogas, além de não conseguir cuidar dos seus filhos, pode ainda lhes causar algum mal.

Nesse contexto em que esses corpos pobres, em sua maioria negros e considerados “perigosos”, rompem com os padrões de normalidade (e maternidade), e perturbam a ordem estabelecida, as “políticas de cuidado”, ao influenciarem na retirada da guarda dessas crianças, se posicionam como medidas de segurança justificadas por uma legislação punitiva (Caldeira, 2021) de um Estado que não assegurou direitos básicos devido a uma biopolítica que divide os que merecem viver e dos que podem ser deixados para morrer (Foucault, 1988), pois são vidas que não inspiram políticas de cuidado, mas sim de defesa e segurança da sociedade.

Em algumas situações, a guarda dos filhos ficou com a família estendida que, por mais que gere uma retirada do convívio com os filhos, não rompe por completo com os vínculos, visto que a mãe mantém um contato:

“Eu tive uma, tem 15 anos, até hoje ela passa na minha cara. Eu só crio o de 4 anos. Eu dei os outros pra minha mãe, eu morava na casa dela. Uma tem 25, outra tem 22, tem o adolescente de 17, um de 10 e o de 4. Eu convivo com o pai dele. E os outros minha mãe cria. Esse de 10 anos foi tomado de mim pelo conselho tutelar, devido o álcool e as drogas, porque toda vida eu fui viciada, aí eu perdi ele, ele ia pra doação, só que a minha mãe entrou com o pedido de recurso pra ela. Teve audiência e perguntaram se minha mãe tinha condições de criar

ou se ia pra doação. A guarda é da minha mãe, mas eu tenho contato, ele dorme comigo” (Íris).

Porém, o que se observa é que, até hoje, apesar da convivência, esse fato traz consequências negativas para o vínculo entre mães e filhos, trazendo um sentimento de tristeza para algumas dessas mulheres visto que não foi algo escolhido por elas, mas imposto judicialmente:

“Hoje ela tem 19 anos, segue a vida do jeito que quer. Ela diz ‘mãe não sei porque a senhora fica se metendo’ aí eu falo ‘mulher, tu tem que entender que eu não te criei não foi porque eu não quis não, foi porque eu não tinha condições’. Minha mãe só vivia falando em dar ela, ela só não foi dada porque meu pai não deixou porque era a primeira neta” (Acácia).

Os estudos que analisam as interações sociais entre mães usuárias de drogas e seus filhos ainda são escassos e não identificam se a mãe é a principal cuidadora, qual o papel do suporte social na sua vida, quais as condições em que vivem suas famílias, qual a estrutura familiar etc. Ao impor a essas mães a responsabilidade exclusiva de cuidar, excluindo a importância de um suporte social que deveria ter sido ofertado antes da gestação, sua culpabilização (seja pelos profissionais de saúde, família ou elas próprias) e a perda da guarda de seus filhos tornam-se consequências possíveis (Silva; Pires; Gouvêia, 2015).

Ao contrário do estudo de Souza (2013) que evidenciou que assumir-se como incapaz de exercer a maternidade ocasionou uma situação de crise permeada por sentimento de culpa e sofrimento, algumas mulheres dessa pesquisa relataram que foi uma escolha necessária não assumir a guarda de alguns dos seus filhos:

“Atualmente eu tenho três, mas meu último filho eu dei. Eu mesma que fiz a escolha de dar. Já eu não tive coragem de dar o meu primeiro, acho que se eu tivesse dado eu tinha me arrependido, ele é muito carinhoso comigo” (Dália).

“Na última gravidez eu dei” (Margarida).

“Meu primeiro eu ia dar, mas faltou a assinatura da mãe. Só que a mãe não deixou, a mãe disse que ele não era filho de cachorro, pra poder ficar dando. Quem ia criar ele era o doutor que fez o meu parto. Eu tinha 15 anos” (Íris).

Foi possível identificar que as participantes que optaram por renunciar à guarda dos seus filhos reproduzem o discurso de que são incapazes de oferecer cuidado a eles, seja devido ao uso de substâncias ou devido às condições financeiras, psicológicas e familiares que vivenciam. As participantes que insistiram no seu direito à maternidade tiveram que enfrentar o julgamento por parte da família e dos profissionais de saúde, e a busca por garantia de seus direitos e de seus filhos, o que por muitas vezes é muito difícil – já que a todo momento estão sob vigilância e ameaça das políticas públicas e assistência social.

3.2 Categoria Temática 02: Vivência do Cuidado em Saúde

Esta categoria refere-se aos discursos sobre situações, acontecimentos e aspectos psicológicos que ocorreram na vida das mulheres devido ao cuidado em saúde vivenciado nos serviços de saúde, nas visitas que receberam dos profissionais de saúde e na Casa Acolhedora.

3.2.1 Subcategorias

a) Serviços de Saúde

No momento da coleta de dados foi possível observar resistência por parte de algumas mulheres em falar sobre os acontecimentos relacionados ao Sistema de Saúde. Algumas iniciaram suas falas informando que não tinham o que falar a respeito do pré-natal ou do cuidado recebido pelo Sistema de Saúde em outro período.

É provável que a resistência se deva ao fato de que a convivência com os serviços é atravessada por conflitos e relatar isso pode causar constrangimento pelo receio de estarem fazendo algo “errado” ao denunciarem suas insatisfações. Segundo Camargo *et al.* (2018), vergonha e medo são sentimentos comuns entre os usuários de drogas.

Além disso, como os discursos normativos e moralizantes sobre a maternidade prevalecem na abordagem à essas mulheres nas políticas públicas de saúde, como também pontuaram Macedo, Mountian e Machado (2021), elas acabam reproduzindo tais discursos e assumindo as culpas que foram depositadas sobre elas.

Houve diversidade nas falas a respeito do tema, dentre eles, motivos que geraram aproximação com os serviços de saúde: encaminhamento para Casa Acolhedora; acesso a consultas; suporte para comparecer ao serviço de saúde; descoberta de doenças no pré-natal;

aprendizado sobre o bebê; e participação em grupos. Essas situações geraram um sentimento de valorização em relação ao pré-natal, tal como se pode observar nos relatos coletados:

“Na minha época (pré-natal) eu gostei, tia, porque foi aí que eu conheci aqui (Casa Acolhedora) né? (...). Aí na época eu usava bastante mesmo, não parava, era grávida e usando direto, aí ela me indicou pra cá” (Camélia).

“Eu descobri a sífilis na gestação, quando comecei a fazer os exames, tive que tomar 6 injeções. Eu ficava toda inchada. Depois eu descobri a toxoplasmose e o médico disse que tinha o risco do meu filho nascer deficiente, quase fiquei doida (...)” (Gardênia).

“Eu coloquei como foi meu pré-natal né? Aí eu botei saúde, cuidado, preocupação, amor, sentimento bom, sentir o bebê dentro de você é maravilhoso, grupo de gestantes. La eu aprendi que quando a gente tá com sentimento bom o bebê sente. Quando a gente tá com sentimento ruim também (...)” (Dália).

“Eu fiz o pré-natal, achei bom, participava do grupo (grupo de gestantes no posto)” (Violeta).

Houve relatos que o pré-natal foi importante para se dar conta do início da gravidez e para a construção de uma conexão com o bebê:

“A ficha não tinha caído ainda. Eu só comecei a acreditar quando eu vi a caderneta (da gestante), ouvi o coração de neném bater, fiz tudo no posto” (Jasmin).

“Tem que pro ir posto fazer exames, consultas, eu gostava de ir pra ouvir o coração do bebê, ele se mexia pouco. Eu desenhei o posto porque a gente passa mais tempo lá do que em casa, tudo é no posto” (Rosa).

Em contrapartida, também estiveram presentes discursos de insatisfação com o pré-natal e com o cuidado recebido pelo Sistema de Saúde em outros momentos:

“Só falava aquela mesma coisa, repetitivo” (Gardênia).

“Eu não descobri nada na época da minha gravidez, mandaram só eu parar de tomar remédio (psicofármacos) e eu parei” (Íris).

“Na época que eu usava era só a maconha mesmo e a bebida, junto com meu companheiro. Eu era proibida de usar nos pré-natal, eu tinha abuso de pré-natal, porque quando eu ia eu não mentia. Quando eu ia, eu ia muito dopada, no pré-natal desse meu menino agora. Aí eu comecei a tomar remédio ‘controlado’ que uma amiga minha me deu” (Margarida).

“Eu não gosto do pessoal do posto e aqui eu já gosto” (Camélia).

“Eu não gostava do posto, mas eu ia era obrigada. Eu ganhei até o kit (um kit com banheira, bolsa, roupinhas; ofertado pelo trevo de 4 folhas). Aí depois eu fiquei ganhando a cesta todo mês e eles iam fazer a visita. Aí uma vez eles pegaram eu dando leite pro menino, ele tinha dificuldade pra pegar no peito. Na hora eu peguei uns carão, a mulher pegou até a mamadeira da minha mão. Ela falou que ia pensar se deixava a cesta ou não, aí depois eles deixaram e disseram que era a última vez, nunca mais eles foram atras de mim” (Jasmin).

É possível identificar que os motivos que causaram resistência dessas mulheres no acompanhamento pré-natal diz respeito à falta de sentido em comparecer às consultas (o que gera o questionamento se elas foram instruídas a respeito, se participavam das decisões tomadas sobre seu acompanhamento); aparentemente, elas não compreendiam o motivo da periodicidade exigida; às reações de julgamento e posturas moralizantes por parte profissionais de saúde quando elas admitiam o uso de drogas; sentirem-se “obrigadas” a comparecer às consultas e obedecer as instruções passadas, sem liberdade de escolha e até passarem por situações de desrespeito; não terem um bom vínculo com os profissionais de saúde do posto de saúde.

A partir dos discursos das participantes, foi possível observar que, frequentemente, elas se comportavam de forma diferente daquela esperada pelos profissionais de saúde. Estar grávida envolve uma relação esperada com os serviços de saúde, como a regulação sobre hábitos e comportamentos, entre eles a interdição ao consumo de drogas (Menandro; Garcia; Uliana, 2019). Assim como Macedo, Mountian e Machado (2021), identifica-se que a resistência das gestantes em seguir o tratamento proposto pode provocar, em alguns profissionais, impaciência e preocupação e, por vezes, uma postura mais “firme” – o que faz com que a adesão ao pré-natal não aconteça, pelo contrário, acaba por gerar o afastamento dessas mulheres e uma percepção das unidades de saúde como um lugar “ruim” para elas estarem e conviverem.

Segundo Pozo *et al.* (2013), as expectativas da sociedade sobre os deveres sociais da mulher contribuem para a marginalização e estigmatização daquelas que não se enquadram nesses padrões, favorecendo sua exclusão nos serviços de assistência social e de saúde e, portanto, tornando-as mais vulneráveis. Os discursos morais impactam no tratamento de mulheres pois, em geral, no Brasil, as políticas de drogas não estão centradas nesses grupos, ficando estes excluídos e não tendo suas especificidades consideradas (Macedo; Mountian; Machado, 2021).

As políticas públicas no Brasil dirigidas aos usuários de drogas tratam desses sujeitos de forma ambígua, ou seja, ora como pacientes, ora como infratores. Devido a isso, as redes que se propõem a cuidar dessas pessoas também as cercam (Caldeira, 2021). Martinez (2016) discute que esses comportamentos vão de encontro a um projeto assistencial que tinha como norte o cuidado em liberdade.

A partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, também conhecida como Lei Antimanicomial (Lei nº 10.216/2001), no que se refere aos cuidados para usuários de drogas, os discursos em defesa das redes de saúde são fundamentados nos direitos humanos. Entretanto, o que se percebe é que as estratégias utilizadas para o cuidado em saúde com gestantes usuárias de crack e outras drogas ainda é fortemente orientada pelos discursos antidrogas, que têm como paradigma o proibicionismo.

Nesse contexto, observamos a necessidade de avaliar os valores, normas e afetos acionados nas ações em saúde escolhidas pelos profissionais. Acerca disso, Fassin (2006) propõe a noção de Economia Moral. O emprego que o autor faz desse conceito aponta para a existência de moralidades – na medida em que não se trata de uma moral única e fixa, que circulam e se transformam nas diferentes situações. Nessa perspectiva, o conceito de Economia Moral evidencia que os comportamentos dos profissionais não podem ser entendidos fora do contexto histórico coletivo e individual. Mas, a perspectiva ético-política de cuidado predominante em cada local, além de refletir elementos desses modelos de atenção em saúde, é sustentada por concepções sociais e pessoais. No caso dessa pesquisa, identificou-se que as concepções sobre uso de drogas e maternidade orientam as ações em saúde.

As práticas de produção de cuidado orientadas por referenciais prescritivos e homogeneizantes submetem os usuários do serviço a uma ideia abstrata de vida, buscando enquadrar as suas experiências em verdades baseadas em concepções moralizantes (Caldeira, 2021).

Nesse sentido, compreender as hierarquias operantes nesse contexto permite conhecer como os valores atribuídos a essas vidas e como os princípios de justiça regem as práticas dos profissionais, especialmente quanto à tomada de decisão acerca das estratégias de tratamento, encaminhamentos na rede de saúde e decisões em relação aos filhos.

Caldeira (2021) aponta para a necessidade de considerarmos uma proposta de cuidado que favoreça uma produção singular de existência e diferentes modos de ver, ouvir, pensar, sentir e cuidar. Um cuidado que promova, nas relações entre os atores, a possibilidade de reflexões e transformações, tanto por parte dos profissionais de saúde quanto por parte dessas mulheres, construindo estratégias descoladas de normas e regras pré-estabelecidas.

b) Casa Acolhedora

A partir das falas sobre a Casa acolhedora, foi possível observar vários aspectos que geraram aproximação dessas mulheres aos serviços ofertados e cultivaram o desejo de continuarem participando das atividades: bom vínculo com os profissionais da Casa e com as outras mulheres que participam das atividades; apoio para elas e para os filhos (que podemos interpretar como garantia de direitos); o fato da Casa ser um lugar de aprendizado (oficinas profissionalizantes e ações de educação em saúde realizadas por projetos de extensão); sentimento de estar em casa (pois sentem-se à vontade); refeições ofertadas (garantia de segurança alimentar); convivência mediada por regras (apesar de assumirem que nem sempre foi fácil segui-las); e suporte na retomada da guarda dos filhos em situação de acolhimento institucional. Palavras como: cuidado, amor, apoio, paz, tranquilidade e acolhimento estiveram presentes em muitas falas:

“Eu fiz esse desenho porque a casa acolhedora pra mim é o lugar que eu sinto paz, quando eu chego aqui é um lugar que eu me sinto melhor. Aí é um lugar de paz, tranquilidade e aconchego. Eu tenho aqui como uma segunda casa. E é um lugar de apoio tanto pra nós quanto pros filhos da gente. Um lugar de aprendizado (...), e as minhas amigas também são muito importantes pra mim” (Dália).

“Fiz o nome das minhas colegas, o alimento né que não falta pra nós aqui. Nós somos uma família, um grupo. Aqui a gente é muito acolhida” (Margarida).

Foi possível identificar que o vínculo estabelecido entre as mulheres e os profissionais é fundamental para o cuidado ofertado à essas gestantes. Isso porque sustenta práticas de cuidado e tomadas de decisão pelos/as profissionais, estando em constante aprendizado sobre o próprio processo de cuidar, assim como pontuado no estudo de Macedo, Mountian e Machado (2021).

A construção do vínculo nesse contexto se trata do estabelecimento de uma técnica que qualifica o trabalho em saúde. Segundo Jorge *et al* (2011), a constituição do vínculo no cuidado em saúde mental depende da forma como os profissionais de saúde se responsabilizam pela saúde dos usuários e suas singularidades, além de ser um processo que depende de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. Observamos que só foi possível que essas mulheres estabelecessem vínculo com a equipe da Casa Acolhedora pois identificaram que a equipe contribuiu para a promoção de sua saúde. Logo, o fato delas se sentirem julgadas, vigiadas, ameaçadas e até punidas (como foi observado nas vivências relatadas no serviço de saúde), prejudica o vínculo e, conseqüentemente, o cuidado em saúde.

Um ponto importante observado foi a importância do sentimento de autonomia na permanência dessas mulheres nas atividades propostas pela Casa Acolhedora. Segundo Jaiswal *et al.* (2003), o vínculo favorece o desenvolvimento da autonomia ao usuário, pois tem como objetivo estimular o autocuidado, possibilitando sua atuação nas decisões sobre a saúde que se deseja alcançar. Dessa forma, o tratamento passa a ser compartilhado, o que fortalece as relações de confiança entre o usuário e o profissional, favorecendo a adesão ao tratamento. No tópico sobre os serviços de saúde, foi possível observar como é importante que essas mulheres encontrem sentido nas atividades que participam.

Observou-se que abrir espaço para conhecer a vida dessas mulheres, escutar e acolher seus desejos e preocupações, possibilitou que os profissionais da equipe da Casa Acolhedora construíssem vínculos que facilitassem a adesão às atividades propostas, fortalecendo as ações de cuidado com elas e seus filhos:

*“Aqui nós fizemos a casa acolhedora de Sobral, que é uma casa de apoio, que a gente se sente abraçada, aí nós fizemos uma mulher buchuda aqui, porque a casa abraça mulheres gestantes né”
(Camélia).*

“Quando estamos em um momento difícil ela abraça a gente, aconselha, ela conhece quando a gente tá passando por alguma coisa. Se uma sente uma coisa, ela cuida, ela leva, dá carinho” (Jasmim).

O fato de a Casa Acolhedora possuir regras não foi interpretado como algo negativo por essas mulheres, pelo contrário, identificou-se, convivendo com elas e vivenciando as atividades da Casa, que estas compreenderam a necessidade das regras e as consideraram importantes:

“Aqui é casa acolhedora, pra mim representa uma segunda casa também. Aqui tem o auditório onde a gente faz as nossas oficinas, tem a cantina onde nós faz nossas refeições, tem a sala das nossas crianças, de 3 anos, de bebê, de criança de 8 anos, tem a secretaria que a gente é chamada quando faz alguma coisa errada. Quando a gente tá fazendo alguma coisa que não seja do agrado deles, tipo o acompanhamento da gente, a vacina dos nossos filhos, de a gente ir pro CRAS, de passar uma orientação e a gente não fazer, eles chamam a atenção da gente” (Gardênia).

Nesse relato, observou-se que um bom vínculo com os profissionais não é garantia de uma adesão constante ao tratamento proposto ou sem o acontecimento de atritos ou discordâncias, mas, pode gerar a possibilidade de retorno quando isso acontece:

“Aí de lá pra cá eu fiquei aqui, aí teve um tempo que eu parei, aí depois a assistente social foi atrás de mim de novo. Aí continuei vindo. Mas eu gostei. Tinha atendimento pra mim lá também, trevo, aí eu ia pra lá, as vezes ela que me buscava.” (Acácia)

Isso demonstra que a construção do cuidado baseado no respeito à autonomia tem o potencial de gerar comprometimento e corresponsabilização com o serviço e ações propostas, concordando com a proposta de saúde da RD – que é contrária à modelos de atenção e gestão centralizadores (Paula, 2022).

Assim como Macedo, Mountian e Machado (2021), percebe-se a emergência de esforços por parte da equipe de construção de um cuidado que não restrinja liberdades e que busque estratégias orientadas pela RD como: respeito ao tempo da pessoa para decidir como realizar atendimentos e tratamentos; orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis (DSTs); escuta da singularidade da usuária para pensar em que o uso pode estar sendo prejudicial e como atenuá-lo; realizar o tratamento no território, evitando internações da

gestante; fazer o pré-natal nos locais onde a gestante vive, sobretudo, mostrar-se disponível às demandas da usuária.

Outro aspecto considerado importante no acompanhamento dessas mulheres foi o investimento da equipe no vínculo entre a mulher e o seu filho. Na vivência das mulheres participantes dessa pesquisa, a garantia direitos para seus filhos, o acesso a alimentação, o suporte para recuperar a guarda, a facilidade na marcação de consultas, e a oferta de atividades pedagógicas para elas foi importante para continuarem participando das atividades da Casa:

*“Casa acolhedora pra mim, ela representa amor, cuidado, família e apoio. Eles tão me ajudando muito a ter meus filhos de volta”
(Margarida).*

Assim como Camargo *et al.* (2018), observou-se que algumas delas conseguiram diminuir e, até mesmo, cessar o uso do crack por medo de perder a guarda dos seus filhos, e pela ideia de que era o certo a ser feito como mães.

Segundo Mastroianni, Balsaneli e Palamin (2019), compreender de que modo estas mulheres percebem a relação entre o tema das drogas com os cuidados maternos tem o potencial de ampliar o conhecimento dos profissionais que atuam nesse contexto, possibilitando outras estratégias na condução dos casos. Ao invés de se reforçar a exclusão e a estigmatização delas, a questão referente à maternidade e aos cuidados com os filhos pode ser utilizada pelos profissionais de saúde como elemento de motivação para o tratamento.

4 PRODUTO TÉCNICO

Tecnologia Social: Oficinas expressivas com gestantes usuárias de crack: uma estratégia para redução de danos, construção de vínculo e cuidado

4.1 Localização histórica e teórica

Segundo Guerra (2008), a proposta das oficinas no campo da saúde mental como conhecemos hoje, se orienta pela lógica da tentativa de superação dos desvios da ortopedia psiquiátrica clássica do século XX. Isso porque, após a identificação da exclusão social do modelo psiquiátrico tradicional, a assistência se reorganizou a partir de modelos abertos e dispositivos reabilitadores.

Dentre eles, as oficinas aparecem como campo de resgate da singularidade, da cidadania e da possibilidade de inserção social e, numa perspectiva mais política do que clínica, o uso da atividade se caracteriza pelo aspecto criativo e inventivo, uma vez que cria estratégias inclusivas e conta com a participação social, além de ser orientada por uma noção de terapêutico que condiz com a ampliação das possibilidades de trocas na vida pública.

As oficinas expressivas são atividades grupais e possuem a função de socialização, expressão e inserção social (Brasil, 1991). A princípio, não possuem distinção de profissionais, podendo ser coordenadas por um ou mais, mantendo a finalidade de “maior integração social e familiar, a realização de atividades produtivas e o exercício coletivo da cidadania”. As oficinas expressivas são espaços em que os usuários trabalham com a expressão plástica (pintura); expressão corporal (dança); expressão verbal (poesias, contos etc.); expressão musical; fotografia; e o teatro (Brasil, 2004, p. 20).

No Brasil, com a atual Reforma Psiquiátrica Brasileira e a entrada do elemento político-social associada à clínica nos serviços, as oficinas são utilizadas como recurso terapêutico, nas quais o sujeito da loucura será tocado, criando relações para o circuito social que serão restabelecidas pela via do resgate de sua linguagem ou de sua cidadania. Essa associação cria um conceito de clínica, denominado de clínica ampliada, antimanicomial, ou psicossocial, que traz repercussões sobre as oficinas nessa proposta (Guerra, 2008).

Para além do projeto político em que se inserem as oficinas, algumas modalidades discursivas sustentam seu ideário e sua prática no campo da saúde mental. Apontamos o Discurso da Cidadania como pressuposto teórico (ou ideológico) que orienta a prática da oficina

que gostaríamos de propor. Esse discurso traz como ideal a reinserção do portador de sofrimento mental na vida política e social da cidade, da cultura, valendo-se das noções renovadas de reabilitação e cidadania. Tendo como ideal político da Psiquiatria Democrática Italiana, aproxima-se da tentativa de construção de estratégias de trabalho perdidas ou novas voltadas para a convivência social cívica (Guerra, 2008).

4.2 Por que Oficinas Expressivas?

Há diversas modalidades de oficinas terapêuticas: oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda e oficinas de alfabetização. As oficinas expressivas são espaços em que os usuários trabalham com a expressão plástica (pintura); expressão corporal (dança); expressão verbal (poesias, contos etc.); expressão musical; fotografia; e o teatro.

As oficinas geradoras de renda são para o sustento ou para complementação da renda daqueles que possuem intenso sofrimento psíquico, e são feitas através da aprendizagem de alguma atividade específica. Podem ser de culinária, marcenaria, artesanato em geral, fabricação de velas, vendas etc., sendo importantes formas de promoção de autonomia e de reinserção social do sujeito. As oficinas de alfabetização são para aqueles que não tiveram acesso à educação formal ou não continuaram os estudos aprenderem a escrita e a leitura e, dessa forma, (re)construírem sua cidadania (Brasil, 2004).

Diferentemente do que ocorria nos manicômios, as oficinas não são práticas impostas aos usuários dos serviços de saúde mental. São propostas de acordo com o projeto terapêutico formulado pela equipe de profissionais de saúde e é o usuário quem decide se as oficinas lhe interessam ou não (Pádua; Moraes, 2010).

Para Sampaio e Barroso (2001), designa-se como oficina auto-expressiva o espaço livre destinado a um conjunto de experiências simbólicas e criativas do ser humano, além do uso da capacidade de fantasiar e de brincar. Tudo isso sem urgência, sem necessidade imediata, e sem objetivo específico uma vez que se destinam a qualquer cliente. Além disso, tem como objetivo desenvolver o gosto artístico, a dimensão estética e a experiência lúdica.

De acordo com Valladares *et al.* (2003), as atividades desenvolvidas nas oficinas expressivas valorizam a criatividade e a originalidade, promovendo despsiquiatrização do usuário de saúde mental. Assim, se posiciona como uma alternativa ao tratamento moral que objetiva produzir modos de ser e estar no mundo.

O levantamento teórico e os resultados obtidos nessa pesquisa possibilitaram reconhecer o potencial disruptivo que as oficinas expressivas possuem em relação às estratégias baseadas em discursos normatizadores, estigmatizantes e excludentes. Sendo assim, podem se tornar estratégias inovadoras e criativas que facilitarão o processo de escuta de algumas questões que poderiam não ser levantadas em consultas tradicionais, a construção de vínculos e, conseqüentemente, a do cuidado. Também tem o potencial de funcionar como um espaço onde os profissionais de saúde possam problematizar e refletir sobre suas concepções pré-estabelecidas, favorecendo deslocamentos para se pensar o cuidado em saúde ofertado a essas mulheres.

4.3 Uma estratégia para redução de danos, construção de vínculo e cuidado

Compreende-se a subjetividade dos usuários de drogas ilícitas, como as gestantes usuárias de crack, por exemplo, como efeito da produção de um discurso que influencia seu reconhecimento como pertencentes às categorias de marginal, doente, viciado, bandido etc., perpetuando comportamentos que justificam esse discurso. Essa compreensão resulta em uma quase que total submissão por parte desses indivíduos aos processos de culpa, segregação e infantilização, na medida que admitem serem impotentes perante as drogas e incapazes de transformarem aspectos de duas vidas senão através de uma ordem ditada por outros (Caldeira, 2021).

Segundo Caldeira (2021), alguns indivíduos rompem com os códigos estabelecidos como “normais” e provocam inquietações visíveis na ordem estabelecida. Com isso, percebe-se uma tentativa de enquadrá-los na “normalidade”, perpetuando um assujeitamento desses indivíduos na tentativa de eliminar os processos de singularização (Guattari; Rolnik, 1986). Para a autora, uma abordagem que potencializa as possibilidades de resignificação para gestantes usuárias de crack deve ser pautada no acolhimento e na confiança, sem um pré-julgamento sobre ela ser ou não um perigo para seus filhos.

De acordo com Foucault (2002), as condições nas quais emergiria a liberdade são: a possibilidade de se (re)construir o sujeito pelas artes do cuidado de si e as éticas do cuidado de si como prática de liberdade. Sobre o cuidado como forma de resistência ao discurso social instituído e como prática de liberdade, Caldeira (2021) destaca a importância dos profissionais de saúde tentarem construir outras relações mais livres das normas estabelecidas, onde saberes

e poderes estariam voltados para uma ética do cuidado de modo a promover uma (des)construção de valores morais mais livres desses assujeitamentos.

As atividades realizadas nas oficinas expressivas são intermediárias na construção de vínculos entre participante-oficineiro e participante-participante. Elas podem fazer com que a palavra circule e que o usuário compartilhe suas histórias, experiências e sentimentos que, até aquele momento, não tiveram a possibilidade de ser expressos, escutados e acolhidos. Assim, possibilita-se que a escuta, uma das principais ferramentas dos procedimentos terapêuticos, aconteça de outras formas além da linguagem verbal (Pádua; Moraes, 2010).

Se “cuidar é sobretudo conviver e dialogar” (Prata, 2008, p. 164), podemos perceber que as oficinas expressivas possibilitam esse espaço de convivência, de construção de vínculo e cuidado. Ao se propor uma oficina, é preciso que sejam compartilhados com os participantes o esforço cotidiano de construção de um “tratamento possível” (Prata, 2008).

A ideia de uma construção compartilhada se entrelaça com ideia de coprodução de saúde da Estratégia da RD, que resulta na corresponsabilidade. Na RD, as regras de conduta são criadas na situação de um encontro a partir dos vínculos que ele é capaz de instaurar e de como os usuários de drogas se apropriam dessa regra. Logo, pode ser considerada um método construído pelos próprios usuários de drogas, que se posiciona como um cuidado de si subversivo às regras de conduta coercitivas. Os usuários de drogas são corresponsáveis pela produção do cuidado à medida que tomam para si a tarefa desse cuidado, logo, reduzir dados é, portanto, ampliar as ofertas de cuidado dentro de um cenário democrático e participativo (Paula, 2022). Segundo Souza (2021), todas as ações que rompem com a lógica da criminalização e da abstinência na tentativa de ampliar o acesso dessa população aos serviços de saúde, poderão ser classificadas como práticas de RD.

4.4 Aspectos metodológicos

A proposta metodológica da oficina foi elaborada com base em Afonso (2006), sendo sua preparação sugerida para ser organizada a partir de 4 momentos:

- I) Demanda: A oficina pode ser proposta pelo profissional a partir de um grupo focal realizado para levantamento prévio com as mulheres (Exemplo: Temas a respeito do pré-natal, do uso de drogas, de cuidado com os filhos etc, elas teriam interesse em discutir/aprender);

- II) Pré-análise: Levantamento de dados e aspectos importantes a respeito da demanda que podem ser importantes para a condução do trabalho na oficina. O coordenador deve inteirar-se da problemática a ser discutida, refletir, estudar, coletar dados e informações;
- III) Foco e Enquadre: O tema geral da oficina é o foco, em torno do qual o trabalho deverá ser realizado. Em torno desse foco podem surgir temas-geradores que ajudarão a compor o trabalho. O Enquadre diz respeito ao número de participantes, o local, os recursos disponíveis e o número de encontros. Deve ser pensado em termos de facilitar a livre expressão das participantes (relação com o coordenador da oficina, privacidade, espaço e tempo);
- IV) Planejamento Flexível: Diz respeito ao próprio cronograma da oficina e pode ser dividido em: a) um momento inicial que prepara o grupo para o trabalho do dia (momento de relaxamento, aquecimento, dinâmica “quebra-gelo”, apresentação do tema, apresentação entre as participantes etc.); b) um momento intermediário em que o grupo vai se envolver com atividades expressivas variadas que facilitem a sua reflexão e elaboração do tema trabalhado; c) um momento de apresentação do material produzido e sistematização e avaliação do trabalho do dia. Permite que o grupo visualize melhor a sua produção como "grupo de trabalho", acompanhando o desenvolvimento de sua reflexão e o crescimento de seu processo ao longo da oficina e ajudando a tomar decisões sobre os encontros seguintes.

Esse planejamento é útil para o profissional que vai facilitar a oficina desde que seja visto como referência e não como obrigatoriedade. Pontuamos que é importante que, em cada encontro, o facilitador avalie as técnicas utilizadas e que pontos foram facilitadores ou dificultadores para a participação das mulheres, os quais podem ser vistos a partir da percepção das suas falas, comportamentos, e adesão ao trabalho proposto. Esses pontos podem ser discutidos em reuniões de equipe, que podem funcionar como supervisão das oficinas.

A partir dos dados obtidos na pesquisa, elencamos algumas atitudes a serem adotadas e evitadas pelo facilitador da oficina:

Quadro 3 - Atitudes a serem adotadas e evitadas pelo facilitador da oficina

Evitar	Oportunizar
Falas e estratégias, moralizantes, normatizadoras, estigmatizantes e excludentes;	Postura acolhedora, abertura para queixas e dúvidas;
Escolhas unilaterais e imposições a respeito dos temas escolhidos.	Incentivo ao diálogo entre elas.
Posturas autoritárias.	Aprendizado sobre cuidado em saúde consigo e com seus filhos

Fonte: elaborado pela autora.

É importante salientar que sustentar um novo projeto da saúde mental para as políticas públicas exige um constante diálogo entre seus diferentes atores – o que nem sempre é fácil pois o protagonismo dos usuários nesse processo é essencial e exige uma disponibilidade constante para abertura do saber que eles vêm construindo sobre si, sua condição e seus direitos, bem como sobre a assistência e as instituições de cuidado (Prata, 2008).

Foucault (1994) nos adverte a respeito da importância de rompermos com as certezas que orientam nosso saber e nossa prática uma vez que o que há de ser feito tem que ser sempre um processo de trabalho, de reflexões, de vai e vem, de tentativas e, sobretudo, de exercício da crítica.

Frente a isso, neste trabalho encontra-se disponibilizado um instrumento que pode ser utilizado para o planejamento das oficinas, registro e avaliação (APÊNDICE D).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre as participantes da pesquisa houve diferentes discursos a respeito das suas concepções de maternidade, constatou-se que estas são influenciadas pelas suas histórias de vida, pela reprodução de discursos tradicionais, moralizantes e normatizadores, pelas vulnerabilidades sociais enfrentadas ao longo da vida, pela presença ou ausência de suporte familiar e pelo padrão de uso de substâncias psicoativas no momento da gestação.

Para algumas das participantes, a maternidade representou surpresa, choque, sentimento de rejeição, preocupação com o futuro e a presença constante do medo da perda da guarda dos filhos, sendo este influenciado principalmente pelas ameaças sofridas pelo sistema de saúde. Por vezes “ser mãe” também representa “criar” apenas alguns dos filhos, pois entregar para adoção foi uma decisão imposta pela justiça, pela própria família ou uma escolha feita por elas próprias por acreditarem ser o certo a ser feito (tendo em vista que suas condições financeiras e psicológicas estavam em desacordo com o discurso hegemônico sobre o que seria ser uma “boa mãe”).

Em contrapartida, para algumas das participantes, a maternidade representou um privilégio, satisfação com a descoberta da gravidez, esperança em relação ao futuro e mudanças nas escolhas em relação ao uso de drogas – interpretado por elas como uma atitude correspondente ao papel de “boa mãe”.

Sobre os aspectos observados como impasses de articulação do cuidado ofertado, estiveram presentes discursos sobre os dispositivos e profissionais de saúde que reproduzem falas e estratégias moralizantes, normatizadoras, estigmatizantes e excludentes. Esses aspectos fazem com que elas se sintam julgadas, pressionadas, punidas, constrangidas e sem liberdade de escolha.

No tocante aos aspectos observados como potencialidades de articulação do cuidado ofertado, estiveram presentes discursos sobre acolhimento, garantia de direitos para elas e seus filhos, cuidado ofertado a eles, construção de vínculo entre elas e os profissionais, e a possibilidade de aprender algo (sobre o cuidado com os filhos, sobre sua própria saúde ou sobre formas de gerar renda – oficinas profissionalizantes).

Ao serem questionadas sobre o tipo de cuidado que gostariam de receber e de que forma o pré-natal poderia ter sido melhor, as respostas indicaram que estas não sabiam ou não mudariam nada. Acerca desse aspecto, acredita-se que isso aconteceu pelo fato de que, nas suas

experiências de cuidado em saúde, nunca foram questionadas a respeito e não foram convidadas – ou de alguma forma incluídas, a fazer parte da construção do cuidado. Isso porque, geralmente, o que se costuma acontecer é uma imposição de normas e comportamentos por parte das políticas públicas de saúde.

A partir dos dados obtidos nessa pesquisa, observa-se a necessidade de estratégias de cuidado em saúde baseadas na possibilidade de construção de vínculos e incentivo à autonomia dessas mulheres, levando em consideração o que elas têm a dizer a respeito do cuidado direcionado a elas. Também se identificou a carência de uma reflexão constante por parte dos profissionais que atuam políticas públicas de saúde a respeito de quais discursos orientam as estratégias escolhidas, pois, ao invés de uma oferta de cuidado, o que tem acontecido é a vulnerabilização dessas mulheres e seus filhos devido às posturas que causam seu afastamento.

A pesquisa demonstrou que as oficinas expressivas têm o potencial de levantar e trazer para o debate os anseios e as necessidades das gestantes em relação ao cuidado que elas gostariam de receber, além de se constituírem como um espaço para a reflexão dos profissionais de saúde que estariam em contato com outras possibilidades de convivência com essas mulheres. Além disso, tem a competência de contribuir para a construção de um espaço democrático voltado para a construção de vínculos e cuidados em saúde.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, Maria Lúcia Miranda. Oficinas em Dinâmica de Grupo: um método de intervenção psicossocial. In AFONSO, Maria Lúcia Miranda (Org.). **Oficinas em Dinâmica de Grupo: um método de intervenção psicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- ALBUQUERQUE, Renata Alves; JORGE, Maria Salete Bessa. **Cuidados aos Usuários de Crack e produção de subjetividades**: possibilidades de interlocução com a rede social de apoio. Fortaleza: EdUECE, 2015.
- ALBUQUERQUE, Caroline de Souza; NOBREGA, Maria do Perpétuo Socorro. Barreiras e facilidades encontradas por mulheres usuárias de substâncias psicoativas na busca por tratamento especializado. **SMAD, Revista Electronica en Salud Mental, Alcohol y Drogas**. Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 22-29, mar. 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80346410004> Acesso em: 10 ago. 2024.
- ALVES, Patrícia Pimentel; SANTOS, Vitória Régia Carvalho; CAVALCANTE, Maria Michelle Bispo; ARAGÃO, Heliandra Linhares; TEIXEIRA, Manoel Alves. Abordagem às gestantes usuárias de crack pela “Estratégia Trevo de Quatro Folhas”: relato de experiência. **SANARE – Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 14, n. 2, p. 98-103, jul/dez. 2015. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/832> Acesso em: 17 jul. 2024.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>
- BADINTER, Elisabeth. **Um Amor conquistado**: o mito do amor materno. (Tradução de Waltensir Dutra). Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2015.
- BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro; BERTONI Neilane. **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: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/10019> Acesso em: 14 mai. 2024.
- BAUMAN, Zigmunt. O mal-estar da pós-modernidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar ed., 1998.
- BULHÕES, Raquel Recker Rabello. Criação e trajetória do Conselho Tutelar no Brasil. **Lex Humana**, v. 2, n. 1, p. 109-130, 2010. Disponível em: <https://seer.ucp.br/seer/index.php/LexHumana/article/view/36> Acesso em: 24 jun. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. (5 ed.). Brasília, MS: 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: DF, 2012b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acesso em: 18 mai. 2024.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Diário Oficial da República, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, MS: 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria nº 189, de 19 de novembro de 1991**. Aprova a inclusão de grupos e procedimentos da tabela do SIH-SUS, na área de saúde mental (Hospitais Psiquiátricos). Brasília: MS, 1991.

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 1990.

CABRAL, Mariana Pompílio Gomes; MENDES, Magda Ferreira; PAULA, Milena Lima de; JORGE, Maria Salete Bessa. Possibilidades de Produção de Cuidado a Usuários de Álcool e Outras Drogas: Multiplicidade e Singularidade na Atenção Integral. In: JORGE, Maria Salete Bessa; BEZERRA, Indara Cavalcante; PAULA, PAULA, Milena Lima de; SOUZA, Fernando Sérgio Pereira de; BRILHANTE, Ana Paula Cavalcante Ramalho (Orgs.). **Experiências de Formação com Metodologias ativas nas Redes de Atenção ao Usuário de Crack e Outras Drogas**. Recife: Imprima, pp. 97- 115, 2017.

CAMACHO, Renata Sciorilli; CANTINELLI, Fábio Scaramboni; RIBEIRO, Carmen Sylvia; CANTILINO, Amaury; GONSALES, Bárbara Karina; BRAGUITTONI, Érika; JÚNIOR, Joel Rennó. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 92-102, 2006. doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000200009>

CALDEIRA, Zelia Freire. **“Mães do Crack”**: a produção de uma anormalidade. EdUERJ, Rio de Janeiro, 2021.

CAMARGO, Paola de Oliveira; OLIVEIRA, Michele Mandagará de; HERREIRA, Lieni Fredo; MARTINS, Maria de Fátima Duarte; LUFT, Camila Feijó; KANTORSKI, Luciane Prado. O enfrentamento do estigma vivido por mulheres/mães usuárias de crack*. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 196-202, dez., 2018. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000354>

CAMPBELL, Nancy Duff. **Using women: gender, drug policy and social justice**. London: Routledge, 2000.

CHAGAS, Magda de Souza; ABRAHÃO, Ana Lúcia. Desobediência Civil na produção singular de cuidado em rede: outros olhares para a mãe usuária de drogas. **Saúde em Redes**, v. 4, n. 1, p. 61-73, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1050620> Acesso em: 10 jul. 2024.

COUTINHO, Tadeu; COUTINHO, Conrado Milani; COUTINHO, Larissa Milani. Assistência pré-natal às usuárias de drogas ilícitas. **FEMINA**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 11-18, jan/fev. 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-749136> Acesso em: 25 ago. 2024.

CUGLER, Priscila Souza; FIGUEIREDO, Wagner Santos. Gênero e necessidades de saúde: A perspectiva das mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 13, n. 37, p. 161-181, 2021. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80665>. Acesso em: 20 jun. 2024.

FASSIN, Didier. Conflitos do outono de 2005 na França. *Tempo social*, São Paulo, v. 18, n. 2, p.185-196, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ts/v18n2/a09v18n2> Acesso em: 20 jul. 2024.

FOUCAULT, Michel. “Bruxaria e Loucura”. In: FOUCAULT, Michel. **Problematizações do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002, pp. 320-323.

FOUCAULT, Michel. “Table ronde du 20 mai 1978”. In: FOUCAULT, Michel. **Dits et Écrits IV**. Paris: Gallimard, 1994, pp. 842-843.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: A vontade de Saber**. 11.^a ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

GALERA, Sueli Aparecida Frari; ROLDÁN, María Carmen Bernal; O'BRIEN, Beverley. Mulheres vivendo no contexto de drogas (E violência) - Papel Maternal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. espec., p. 1-6, nov./dez., 2005. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000800007>

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica, Cartografias do Desejo**. Petrópolis: Editora Vozes, 1986.

GUERRA, Andréa Maris Campos. Oficinas de saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: COSTA, Clarice Moura; FIGUEIREDO, Ana Cristina Costa de. (Orgs.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra-Capa, 2008, pp. 23-58.

GUIMARÃES, Raquel Rubim da Rocha. **A reforma psiquiátrica como projeto inacabado: por uma crítica da clínica e da política**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2018. 158 p.

JAISWAL, Amaresh; SINGH, Vibhor; OGDEN, Jessica, PORTER Jhon, SHARMA, Pramod Parsharam; SARIN Rajiv. Adherence to tuberculosis treatment: lessons form the urban setting of Delhi, India. **Trop Med Int Health**, v. 8, n. 7, p. 625-633, jul. 2003. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1365-3156.2003.01061.x>

JESUS, Vanessa M. Brito de; COSTA, Adriano Borges. Tecnologia social: breve referencial teórico e experiências ilustrativas. In: COSTA, Adriano Borges. (Org.). **Tecnologia Social e Políticas Públicas**. São Paulo: Instituto Pólis; Brasília: Fundação Banco do Brasil, 2013.

JORGE, Maria Salete Bessa Jorge; PINTO, Diego Muniz; QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; PINTO, Antonio Germane Alves; SOUSA, Fernando Sérgio Pereira de; CAVALCANTE, Cinthia Mendonça. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3051–3060, jul. 2011. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005>

KROEFF, Locimara Ramos; MENGUE, Sotero Serrate; SCHMIDT, Maria Inês; DUNCAN, Bruce Bartholow; FAVARETTO, Ana Lenise Ferreira; NUCCI, Luciana Bertoldi. Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 261-267, abr. 2004. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000200016>

MACEDO, Fernanda dos Santos de; MOUNTIAN, Ilana; MACHADO, Paula Sandrine. O cuidado com gestantes que usam drogas: análise de práticas em políticas públicas de saúde no Sul do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 2, p. 1-21, 2021. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310223>

MACHADO, Letícia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, v. 33, n. 3, p. 580-95, 2013. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000300006>

MARCOLINO, Taís Quevedo; JOAQUIM, Regina Helena Vitale Torkomian; WERNET, Monika; GIOVANETTI, Gisele; KISHI, Renata Giannecchini Bongiovanni; MARCHI, Martinha; FEJES, Monica de Araújo Nagy; RODRIGUES, Stephany Ferreira; PASSIANOTTO, Talita Yedda da Silva; CANEIRA, Érika Gonçalves. Gestação e uso de substâncias psicoativas: qual é o cuidado em saúde desejado pelas mulheres? **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 255-260, 2018. doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201800030374>

MARLLAT, Gordon Alan. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MARTINEZ, Mariana Medina. **Redes do Cuidado: etnografia de aparatos de gestão intersectorial para usuários de drogas**. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, Brasil, 2016, 292 p.

MASTROIANNI, F., BALSANELI, E., PALAMIN, J. A influência do uso de substâncias psicoativas nos cuidados maternos segundo mães usuárias: um estudo qualitativo. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, v.11, jun. 2019. Disponível em:

MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 107-120, 2012. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000001>

MEDEIROS, Katrucky Tenório; MACIEL, Silvana Carneiro; SOUSA, Patrícia Fonseca de; VIEIRA, Giselli Lucy Souza. Vivências e representações sobre o crack: um estudo com mulheres usuárias. **Psico-USF**, v. 20, n. 3, p. 517-528, 2015. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-82712015200313>

MENANDRO, Leila Marchezi Tavares; GARCIA, Maria Lúcia Teixeira; ULIANA, Rafaela Soares da Silva. A perda da guarda de filhos: a voz das mulheres, mães e usuárias de drogas. **Psicologia & Sociedade**, v. 31, e2107982, 2019. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31210798>

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOREIRA, Maria Ignez Costa. Os impasses entre o acolhimento institucional e o direito à convivência familiar. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 28-37, 2014. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000600004>

OLIVEIRA, Daiane Santos. **Vivências e enfrentamentos de mulheres que usam drogas no exercício da maternidade**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, Bahia, Brasil, 2016. 136 p.

PÁDUA, Flávia Helena Passos; MORAIS, Maria de Lima Salum e. Oficinas expressivas: uma inclusão de singularidades. **Psicologia USP**, v. 2, n. 2, p. 457-478, 2010. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642010000200012>

PATIAS, Naiana Dapieve; BUAES, Caroline Stumpf. “Tem que ser uma escolha da mulher”! Representações de maternidade em mulheres não-mães por opção. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 300-306, mai./ago., 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3093/309326586007.pdf> Acesso em: 12 mai. 2024.

PAULA, Tadeu de. **Guerra às drogas e redução de danos: tecendo o comum nas encruzilhadas do SUS**. São Paulo: Hucitec, 2022.

PETERS, Angela Aparecida; CRUZEIRO, Hugo Ramalho; Bertolini, Otavia Gonçalves Paulino; ASSIS, Giselle de Paula; SILVA, Adriana Dias; PERES, Maria Angélica de Almeida. Gestantes em uso de substâncias psicoativas atendidas por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde. **SMAD - Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 16, n. 2, p. 66-74, 2020. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.166357>

PRATA, Nina Isabel Soalheiro dos Santos. As oficinas e o ofício de cuidar. In: Costa, Clarice Moura; FIGUEIREDO, Ana Cristina Costa de. (Orgs.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra-Capa, 2008, pp. 161-166.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRAL. Instituto Trevo de Quatro Folhas, eu apoio a vida. **Portal da Transparência**, 2021. Disponível em:

<https://transparencia.sobral.ce.gov.br/arquivo/nome:a1311e5fc24fa4fd56f05b4f8cd3eca5.pdf>
Acesso em: 14 fev. 2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRAL. **Lei nº 1041, de 24 de novembro de 2010.**

Dispõe sobre a instituição da Estratégia Trevo de Quatro Folhas, Política Pública de Apoio a Gestantes, Mães e Inventivo a Vida no Município de Sobral-CE, e dá outras providências.

Câmara Municipal de Sobral – CE: Sobral, 2010. Disponível em:

https://www.camarasobral.ce.gov.br/painel/files/docs/norma_lei/LO1041201020101124001pdf17062015094427.pdf Acesso em: 02 mar. 2024.

POZO, Gladys Baltazar; MELO, Mariane Capellato; VIEIRA, Fernanda Sousa; CORRADI-WEBSTER, Clarissa Mendonça. Gestação e consumo de substâncias psicoativas. In: LUÍS, Margarita Antonia Mendonça; DUARTE, Paulina do Carmo Villar; VENTURA, Carla Aparecida Arena; MACEDO, Jaqueline Queiroz de. (Orgs.) **Experiencias de formación en investigación con el tema sustancias psicoativas**. 1 ed. Ribeirão Preto: FIERP, 2013, v. 1, pp. 77-91.

RESENDE, Deborah Kopke. Maternidade: uma construção histórica e social. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 2, n. 4, p. 175 - 191, 5 jun. 2017.

Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15251> Acesso em: 06 de abril de 2024.

RIBEIRO, Mariana Cristina Lobato; GIUSTI, Barbara Bartuciotti; CIOSAK, Suely Itsuko; SILVA, Ivanilde Marques da. Healthcare of women crack users during pregnancy:

bibliographic review. **SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 14, n. 3, p. 185-193, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v14n3/09.pdf> Acesso em: 20 ago. 2024.

SALES, Laís Maria Germano Canuto; QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias. Experiências e estratégias de cuidado às gestantes usuárias de crack. **Revista PSI UNISC**, v. 8, n. 1, p. 27-39, 2024. <https://doi.org/10.17058/psiunisc.v8i1.18484>

SAMPAIO, José Jackson Cardoso; BARROSO, Carlos Magno Cordeiro. Centros de Atenção Psicossocial e equipes de saúde da família: diretrizes e experiências no Ceará In: LACETTI, Antônio. (Org.). **Saúde Mental e saúde da família, Série Saúde Loucura**, n. 7. São Paulo: Hucitec, 2001.

SELEGHIM, Maycon Rogério; MARANGONI, Sônia Regina; MARCON, Sonia Silva; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. Vínculo familiar de usuários de crack atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 5, s/n, set. 2011. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000500014>

SILVA, Enid Rocha Andrade da; AQUINO, Luseni Maria Cordeiro de. Os abrigos para crianças e adolescentes e o direito à convivência familiar e comunitária. Brasília, DF: IPEA Políticas Sociais - Acompanhamento e Análise, n.11, 2005. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3050> Acesso em: 15 set. 2024.

SILVA, Sofia A.; PIRES, António Augusto Pazo; GOUVEIA, Maria. Toxicodependência e maternidade: uma revisão de literatura. **Psicologia Clínica**, v. 27, n. 1, p. 83-100, 2015. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100005>

SOUZA, Márcia Rebeca Rocha de. **Repercussões do envolvimento com drogas para a saúde de mulheres atendidas em um CAPSad de Salvador-BA**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da UFBA, Bahia, Brasil, 2013.

SPINK, Mary Jane. Clientes, cidadãos, pacientes: reflexões sobre as múltiplas lógicas de cuidado na atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 115-23, 2015. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01010>

SPINK, Mary Jane; MENEGON, Vera Mincoff; MEDRADO, Benedito. Oficinas como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 32-43, abr. 2014. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000100005>

TRAD, Leny A. Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde; **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>

SETTANI, Sthefani Souza; SANTOS, Patrícia Barros dos; SILVA, Juliane Clécia Maria da; WANDERLEY, Thyago da Costa; SANTOS, Raquel Bezerra dos. Maternidade e uso de substâncias psicoativas: narrativas de mulheres atendidas em serviços de reabilitação psicossocial. **Revista Enfermagem em Foco**, v. 13, e-20223, ago. 2022, p. 1-7. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e-20223>

SOUZA, Tadeu de Paula. Das práticas em redução de danos à redução de danos nas práticas. In: SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva; FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de Souza; GOUVEIA, Fernanda. **Redução de danos: conceitos e práticas - material comemorativo aos 30 anos de redução de danos no Brasil**. UNIFESP, 2021. Disponível em: http://www.tjmt.jus.br/intranet.arq/cms/grupopaginas/105/988/Redu%C3%A7%C3%A3o_de_danos_-_conceitos_e_pr%C3%A1ticas.pdf Acesso em: 18 fev. 2024.

VALLADARES, Ana Cláudia Afonso; LAPPANN-BOTTI, Nadja Cristiane; MELLO, Rosâne; KANTORSKI, Luciane Prado; SCATENA, Maria Cecília Moraes. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 1, 2003, p. 4-9. doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v5i1.768>

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pesquisa: OFICINAS EXPRESSIVAS COM GESTANTES USUÁRIAS DE CRACK: UMA TECNOLOGIA SOCIAL PARA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO

Pesquisadora Responsável: Laís Maria Germano Canuto Sales – Mestranda em Psicologia e Políticas Públicas, Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral.

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa acima descrito. O objetivo desta pesquisa é elaborar a tecnologia social: Oficinas Expressivas Com Gestantes Usuárias de Crack, a partir da descrição/identificação/discursão dos sentidos que as mulheres usuárias de crack e/outras drogas atribuem à maternidade e ao cuidado em saúde recebido nesse período nos dispositivos de saúde de Sobral.

A participação na pesquisa acontecerá através de: I) preenchimento de um questionário sociodemográfico; II) participação em um grupo focal; III) participação em duas oficinas expressivas. Todos os momentos serão realizados na Casa Acolhedora de Sobral, com duração prevista de uma hora e meia, ambos contarão com a participação de 5 a 10 mulheres.

O questionário sociodemográfico contém questões sobre idade, raça, escolaridade, condição socioeconômica, situação conjugal, moradia, acesso à água potável e alimentação e renda familiar; a fim de caracterizar e conhecer melhor essa população. O grupo focal tem como principal objetivo reunir informações detalhadas sobre um assunto específico, sugerido por um(a) pesquisador(a), a partir de um grupo de participantes selecionados, nesse caso: os sentidos que as mulheres usuárias de crack e/outras drogas atribuem à maternidade e ao cuidado em saúde recebido nesse período nos dispositivos de saúde. As oficinas expressivas são espaços em que os participantes trabalham com a expressão plástica, como a pintura, por exemplo; a expressão corporal, como a dança; a expressão verbal, com poesias, contos etc.; a expressão musical; a fotografia; e o teatro.

É necessário que os momentos sejam gravados, para fins de uma análise detalhada, nos comprometemos a assegurar o anonimato das pessoas que aceitarem o convite para participar da pesquisa. Além das gravações, serão feitos registros em diário de campo. Os resultados serão divulgados para a comunidade e para revistas de cunho científico e/ou acadêmico. Sua participação é voluntária, ou seja, em qualquer momento da realização da pesquisa você poderá interromper o seu consentimento, deixando de participar da pesquisa, sem penalização alguma. Além disso, não haverá nenhuma forma de compensação financeira relacionada à sua participação no estudo.

A pesquisa implica um risco mínimo para o(a)s participantes, devido a possibilidade de gerar desconfortos advindos de lembranças desagradáveis. Os desconfortos serão acolhidos e manejados pela pesquisadora, durante o acontecimento do grupo focal e oficinas, ou logo após.

A qualquer momento, se for do seu interesse, você poderá ter acesso a todas as informações obtidas a seu respeito neste estudo, ou a respeito dos resultados gerais do estudo, assim como, quando o estudo for finalizado, o(a) Sr.(a) será informado sobre os principais resultados e conclusões obtidos no estudo, se assim desejar.

Caso haja necessidade de maiores esclarecimentos, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável: Laís Maria Germano Canuto Sales, pelo telefone: (88) 996976242 e/ou E-mail: laiscanutopsi@gmail.com, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA): Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Centro de Ciências da Saúde (CCS), campus do Derby, Av. Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150 – Bairro Derby – CEP 62041-040, Sobral – CE, Telefone: (88)3677-4255, E-mail: cep_uva@uvanet.br. O CEP/UVA é uma instância da Universidade Estadual Vale do Acaraú, responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa está registrada na Plataforma Brasil com o CAAE: 78427124.9.0000.5053 e nº do parecer: 6.940.261, sob o título “OFICINAS EXPRESSIVAS COM GESTANTES USUÁRIAS DE CRACK: UMA TECNOLOGIA SOCIAL PARA A CONSTRUÇÃO DO CUIDADO”.

Espera-se que essa pesquisa contribua com a ampliação de conhecimentos para a área da saúde. Desde já agradeço a sua participação.

Este termo foi elaborado em duas vias originais que devem ser devidamente assinadas e com todas as páginas rubricadas pelo pesquisador e participante, sendo que uma ficará com o pesquisador e a outra com o participante.

Declaração de Consentimento

Eu, _____, declaro que li os esclarecimentos acima e compreendi todos os itens deste termo, concordando em participar como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Sobral, CE, ____ de _____ de 2024.

Assinatura do(a) Participante

Eu, _____, declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante. Declaro ainda que me comprometo em cumprir todos os termos aqui descritos, conforme a Resolução no 466/2012 do Ministério da Saúde.

Sobral, CE, ____ de _____ de 2024.

Assinatura do(a) Pesquisador(a)

APÊNCIDE B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

Idade: _____

Com qual gênero você se identifica? _____

Raça: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena

Estado Civil: () Solteira () Casada/União Estável () Divorciada/Separada () Viúva

Número de Filhos: _____

Escolaridade: _____

Está trabalhando atualmente? () Sim () Não

Qual a sua renda mensal?

Tipo de moradia?

Com quem você mora atualmente?

Acesso a água potável? () Sim () Não

Quantas refeições faz durante o dia?

APÊNCIDE C - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA GRUPO FOCAL

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA GRUPO FOCAL

1. Breve explicação sobre o funcionamento e intenção do grupo focal;
2. Apresentação participantes: cada mulher foi incentivada a dizer o nome, idade, onde morava e há quando tempo participava das atividades da Casa Acolhedora;
3. Momento de Discussão – Pergunta norteadora: “Para vocês, que já fizeram ou ainda fazem uso de drogas, como foi/é vivenciar a gravidez, a maternidade e o cuidado em saúde recebido nos dispositivos de saúde de Sobral?”;
4. Outras questões para focalizar a discussão: “Que tipo de cuidado vocês gostariam de receber?”, “Vocês já foram questionadas a respeito de como gostariam de ser tratadas?”, “Como vocês acham que o pré-natal deveria acontecer?”.
5. Encerramento: Foi informado a respeito do encerramento do momento e questionado se elas teriam algo mais para falar sobre o assunto. Em seguida, foram escolhidos os temas para as oficinas baseados nos relatos mais presentes em suas falas.

APÊNCIDE D - INSTRUMENTO PARA PLANEJAMENTO, REGISTRO E AVALIAÇÃO DAS OFICINAS EXPRESSIVAS

Demanda	
Aspectos importantes a respeito da demanda	
Tema da oficina	
Temas-geradores	
Número de encontros	
Local	
Data/horário	
Recursos artísticos disponíveis	
Cronograma	Momento Inicial: Atividade expressiva:
Apresentação do material produzido	Como foi a apresentação? Que falas surgiram a respeito do tema? Como elas se sentiram? Como interagiram? Surgiram outras demandas?
Participantes	

ANEXOS

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OFICINAS EXPRESSIVAS COM GESTANTES USUÁRIAS DE CRACK: uma tecnologia social para construção do cuidado.

Pesquisador: LAIS MARIA GERMANO CANUTO SALES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78427124.9.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.940.261

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa social em saúde, conceituada por Minayo (2014) como uma investigação que trata do fenômeno saúde/doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo: as instituições políticas e de serviços, nesse caso e os usuários, representados nesse contexto pelas mulheres usuárias de crack e/ou outras drogas. O estudo será realizado no Sistema de Saúde da cidade de Sobral, CE. Será realizado um grupo focal e em seguida duas oficinas expressivas, com duração prevista de uma hora e meia, ambos contarão com a participação de 5 a 10 mulheres. O principal objetivo de um grupo focal é reunir informações detalhadas sobre um tópico específico, sugerido por um pesquisador, a partir de um grupo de participantes selecionados, nesse caso: os sentidos que as mulheres usuárias de crack e/ou outras drogas atribuem à maternidade e ao cuidado em saúde recebido nesse período nos dispositivos de saúde. A intenção é que sejam escolhidos os temas a serem trabalhados nas oficinas expressivas. As oficinas expressivas são atividades grupais e possuem função de socialização, expressão e inserção social (BRASIL, 1991). As oficinas expressivas são espaços em que os usuários trabalham com a expressão plástica, como a pintura, por exemplo; a expressão corporal, como a dança; a expressão verbal, com poesias, contos etc.; a expressão musical; a fotografia; e o teatro. (BRASIL, 2004, p.20).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Av Comandante Maurocélso Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** cep_uva@uvanet.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação do Parecer: 6.940.261

Elaborar a tecnologia social: oficinas expressivas com gestantes usuárias de crack.

Objetivo Secundário:

Descrever/identificar/discutir, os sentidos que as gestantes atribuem à maternidade e ao cuidado em saúde recebido nesse período nos dispositivos de saúde

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores apontam os possíveis riscos e benefícios, para os participantes envolvidos na pesquisa, bem como de estratégias de enfrentamento dos mesmos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Muito importante do ponto de vista da assistência social e do acolhimento às gestantes e situação de consumo de substâncias ilícitas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

Não se aplicam

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplicam

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por este comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Lais.pdf	19/06/2024 15:30:22	Eroteide Leite de Pinho	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2286503.pdf	24/05/2024 08:20:47		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	24/05/2024 08:17:57	LAIS MARIA GERMANO CANUTO SALES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	17/03/2024 20:02:53	LAIS MARIA GERMANO CANUTO SALES	Aceito

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** cep_uva@uvanet.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação do Parecer: 6.940.261

Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	26/02/2024 18:11:28	LAIS MARIA GERMANO CANUTO SALES	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	21/02/2024 23:03:00	LAIS MARIA GERMANO CANUTO SALES	Aceito
Orçamento	custosdiretosindiretos.pdf	11/02/2024 19:47:03	LAIS MARIA GERMANO CANUTO SALES	Aceito
Outros	esp.pdf	11/02/2024 19:46:45	LAIS MARIA GERMANO CANUTO SALES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_de_Anuencia.pdf	11/02/2024 19:44:05	LAIS MARIA GERMANO CANUTO SALES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SOBRAL, 09 de Julho de 2024

Assinado por:
Eroteide Leite de Pinho
(Coordenador(a))

Endereço: Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** cep_uva@uvanet.br

ANEXO 2 - PARECER DA PREFEITURA DE SOBRAL-CE



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

PARECER PROTOCOLO Nº 0295/2023

Declaramos ter ciência dos objetivos e da metodologia do Projeto de dissertação de mestrado do Programa de Pós Graduação Profissional em Psicologia e Políticas Públicas, intitulado “OFICINAS EXPRESSIVAS COM GESTANTES USUÁRIAS DE CRACK: uma tecnologia social para construção do cuidado” desenvolvido por Lais Maria Germano Canuto Sales sob a orientação do Profe. Dr. Paulo Henrique Dias Quinderé.

Na condição de instituição proponente do projeto supracitado, concordamos em autorizar o desenvolvimento da pesquisa a ser realizada com usuárias acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde do município de Sobral. Reitera-se a necessidade de pactuação prévia entre os pesquisadores e a gerência do serviço quanto aos melhores dias, horários e condições para realização da coleta. Por fim, recomendamos as pesquisadoras seguir às recomendações da Resolução nº 580/2018 que trata sobre especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS ao longo do projeto de pesquisa.

Ressaltamos que esta autorização NÃO desobriga os pesquisadores de se orientarem pelas determinações éticas propostas na Resolução nº 466/2012, Resolução nº como também a Resolução nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS, as quais, enquanto instituição coparticipante nos comprometemos a cumprir. Assim como de solicitar anuência aos participantes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento ou de qualquer outra ação em desfavor dos participantes ou do serviço assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Lembramos ainda que é de responsabilidade dos pesquisadores encaminhar a esta Comissão Científica cópia da pesquisa no prazo máximo de 30 dias após sua conclusão, como forma de compromisso

Código de Validação: PP41991706792304F

Emitido em: Sobral, 01 de Fevereiro de 2024, às 09:58, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC

Este documento pode ser validado no endereço plataformasabola.esf.sobral.ce.gov.br/sicc/apps/validacao, através das informações acima.



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

com a sociedade e o Sistema de Saúde de Sobral, em razão das possíveis melhorias advindas dos resultados do estudo. Reitera-se que pendências no envio do Relatório de Pesquisa podem levar a não apreciação de solicitações posteriores.

A autenticidade deste documento pode ser verificada conforme orientação constante no rodapé. Em caso de dúvidas, contate-nos pelo telefone (88) 3614-2633 ou pelo e-mail comissao.cientifica1@gmail.com

Sobral, 31 de Janeiro de 2024

Comissão Científica da Secretaria da Saúde de Sobral

Código de Validação: PP41991706792304F

Emitido em: Sobral, 01 de Fevereiro de 2024, às 09:58, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC

Este documento pode ser validado no endereço plataformasabola.esf.sobral.ce.gov.br/sicc/apps/validacao, através das informações acima.

ANEXO 3 – CARTA DE ANUÊNCIA – UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ



UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ
DIRETORIA DO CAMPUS SOBRAL

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos, para os devidos fins, que damos anuência a pesquisadora **Lais Maria Germano Canuto Sales** a desenvolver a pesquisa: **OFICINAS EXPRESSIVAS COM GESTANTES USUÁRIAS DE CRACK: uma tecnologia social para construção do cuidado**.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do pesquisador aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais das participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o pesquisador deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Sobral, 01 de fevereiro de 2024.


Prof. Mário Auréio Gomes Mota
Diretor do Campus de Sobral

Prof. Mário Auréio Gomes Mota
Diretor
Campus de UFC em Sobral



Diretoria do Campus de Sobral
Bloco I - 1º Andar, Rua Coronel Estanislau Frota, 563, Centro, CEP 62.010-560, Sobral/CE
diretoria@sobral.ufc.br | +55 88 3695.4601 | www.sobral.ufc.br

