

BRUNA MARTINS VERONI PALMA

**Um olhar psicanalítico sobre a maternidade e o uso de
substâncias psicoativas**

ASSIS
2022

BRUNA MARTINS VERONI PALMA

**Um olhar psicanalítico sobre a maternidade e o uso de
substâncias psicoativas**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Sociedade da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências e Letras, Campus de Assis-SP, como requisito para obtenção de título de mestre em Psicologia e Sociedade.

Orientadora: Mary Yoko Okamoto.

ASSIS
2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Ana Cláudia Inocente Garcia - CRB 8/6887

P171o Palma, Bruna Martins Veroni
Um olhar psicanalítico sobre a maternidade e o uso
de substâncias psicoativas / Bruna Martins Veroni Palma.
Assis, 2022.
127 p. : il.

Dissertação de Mestrado - Universidade Estadual
Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis
Orientadora: Dra. Mary Yoko Okamoto

1. Maternidade - Abuso de drogas. 2. Vulnerabilidade
social. 3. Álcool e Droga ilícita (Brasil). 4. Serviços de
saúde à maternidade. 5. Psicanálise. I. Título.

CDD 615.7

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE BRUNA MARTINS VERONI PALMA, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS E LETRAS - CÂMPUS DE ASSIS.

Aos 09 dias do mês de setembro do ano de 2022, às 14:00 horas, por meio de Videoconferência, realizou-se a defesa de DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de BRUNA MARTINS VERONI PALMA, intitulada **Um olhar psicanalítico sobre a maternidade e o uso de substâncias psicoativas**. A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Profa. Dra. MARY YOKO OKAMOTO (Orientador(a) - Participação Presencial) do(a) Departamento de Psicologia Clínica / UNESP/FCL-Assis, Profa. Dra. THÁSSIA SOUZA EMÍDIO (Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia Clínica / UNESP/FCL-Assis, Prof. Dr. MANOEL ANTONIO DOS SANTOS (Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia / USP/Ribeirão Preto. Após a exposição pela mestranda e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram do ato, de forma presencial e/ou virtual, a discente recebeu o conceito final: APROVADA. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.


Profa. Dra. MARY YOKO OKAMOTO

AGRADECIMENTOS

Começo meus agradecimentos pelos meus pais. Obrigada por me apoiarem e incentivarem por todos esses anos. A vocês, foi negado o direito de estudar e a vida foi pesada desde cedo. Ainda sim, vocês nunca deixaram de investir e de acreditar em meus projetos.

Agradeço à minha orientadora Mary Yoko Okamoto, que até o último segundo, me ajudou a concluir esse projeto. Obrigada por ser paciente e atravessar comigo esses anos que foram tão difíceis.

Agradeço minha amiga Bianca Marinheiro, meu ombro amigo há 10 anos. Obrigada por todo suporte, por “chorar as pitangas” e comemorar cada conquista comigo. Prometo que agora vou compensar todos os “rolês” que não pudemos fazer.

Agradeço também Graziela Vasconcelos, minha parceira de mestrado, com quem dividi dificuldades e alegrias nessa trajetória. Logo estaremos comemorando também sua conquista!

Aos professores Manoel Antônio dos Santos e Thassia Souza Emídio, agradeço pelas ótimas trocas e disponibilidade em contribuir com minha pesquisa.

Agradeço a todos os colegas, parceiros de trabalho e equipe, que direta e indiretamente colaboraram para o meu crescimento e que eu chegasse até aqui.

Por fim, agradecemos a cada uma de nossas entrevistadas por aceitarem contribuir com este trabalho por meio de suas vivências e perspectivas.

Muito Obrigada!

PALMA, Bruna Martins Veroni. **Um olhar psicanalítico sobre a maternidade e o uso de substâncias psicoativas**. 2022. 161 f. Dissertação (Mestrado acadêmico em Psicologia e Sociedade). – Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2022.

RESUMO

Este trabalho deriva da experiência com mães que se encontram em vulnerabilidade social, especificamente em uso de álcool e drogas ilícitas, que enfrentam o constante estigma da inadequação para o exercício da maternidade. Esses estigmas acabam, por muitas vezes, validados em documentos produzidos por profissionais, como psicólogos, culminando em uma separação precoce e judicialização dos casos ainda nos hospitais-maternidade. Consideramos fundamental a discussão do papel do psicólogo que trabalha com esse público, que deve levar em conta os atravessamentos pelos quais essa população enfrenta e promover um atendimento ético e justo para com suas demandas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que contou com a entrevista de seis psicólogas, atuantes em de hospitais-maternidade dos estados de São Paulo e Paraná. A verificação dos resultados foi realizada utilizando a análise temática e a teoria psicanalítica como referencial teórico para a discussão dos dados. Em nossos resultados, observamos que é preciso romper com os mitos relacionados à maternidade e ao uso de substâncias psicoativas, bem como a implicação de toda a rede de saúde, composta desde os profissionais, organização dos serviços de saúde e o sistema Judiciário, para que seja possível garantir um atendimento justo, ético e que seja espaço potencial transformador para as mães que fazem uso de substâncias psicoativas.

PALMA, Bruna Martins Veroni. **A psychoanalytic look at motherhood and the use of psychoactive substances**. 2022. 125 f. Dissertation (Academic Master in Psychology and Society). – Paulista State University (UNESP), Faculty of Science and Letters, Assis, 2022.

SUMMARY

This work derives from the experience with mothers who are in social vulnerability, specifically in the use of alcohol and illicit drugs, who face the constant stigma of inadequacy for the exercise of motherhood. These stigmas often end up being validated in documents produced by professionals, such as psychologists, culminating in an early separation and judicialization of cases still in maternity hospitals. We consider it essential to discuss the role of the psychologist who works with this public, who must consider the crossings through which this population faces and promote an ethical and fair service to their demands. This is qualitative research, which included the interview of six psychologists, working in maternity hospitals in the states of São Paulo and Paraná. The verification of the results was carried out using thematic analysis and psychoanalytic theory as a theoretical framework for data discussion. In our results, we observed that it is necessary to break with the myths related to motherhood and the use of psychoactive substances, as well as the implication of the entire health network, composed from professionals into the organization of health services and the Judiciary system, so that it is possible to guarantee a fair, ethical and transformative potential space for mothers who use drugs.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 DA AVALIAÇÃO AO ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL: FLUXO DA SEPARAÇÃO JUDICIAL	12
1.1 Aspectos legais, recomendações e o posicionamento de profissionais	13
1.2 Desmaternalização da mulher usuária de drogas.....	15
2 MATERNIDADES: A CONFIGURAÇÃO DO LUGAR PARA A MULHER NO CENÁRIO FAMILIAR E SOCIAL.....	19
2.1 Família e maternidade na pré-modernidade	19
2.2 Modernidade e maternidade: um paraíso para padecer.....	21
2.3 Maternidade nas classes desfavorecidas europeias	23
2.4 Maternidades no Brasil Colonial – além da Casa Grande	26
2.5 Exploração da maternidade escrava	27
2.6 A maternidade importada e seus efeitos.....	28
2.7 Revolução sexual, novas configurações?	30
2.8 Contextualizando a maternidade e o uso de drogas	31
3 PSICANÁLISE, AS MULHERES E O MATERNO	35
3.1 Discursos sobre a sexualidade: atravessamentos na teoria freudiana	35
3.2 Freud, feminilidade e maternidade.....	37
3.3 Winnicott e a maternidade	39
3.4 Piera Aulagnier, a mãe e o mundo social	42
3.5 Emilce Dio Bleichmar, gênero e subjetividade materna	45
3. 6 Estudos acerca da maternidade em contexto de vulnerabilidade: reflexões atuais	48
4. OBJETIVOS	54
5 METODOLOGIA.....	55
5.1. Público-alvo e campo de pesquisa	56
5.2 Aspectos éticos.....	57
5.3 Detalhamento da coleta de dados	58
5.5 Perfil das entrevistadas	58
5.5.1 Joana - Entrevistada 1	59
5.5.2 Amália - Entrevistada 2	60
5.5.3 Nádia - Entrevistada 3	60
5.5.4 Simone - Entrevistada 04	61
5.5.5 Virgínia - Entrevistada 5	61

5.5.6 Hellen - Entrevistada 6	62
5.6 Análise de resultados	62
6 ANÁLISE DE RESULTADOS.....	65
6.1 Prática profissional.....	65
6.1.1 Organização e funcionamento da rede de serviços de saúde.....	66
6.1.2 Sofrimento das profissionais de Psicologia	79
6.1.3 Importância da organização da prática e capacitação profissional	85
6.2 O significado atribuído pelas psicólogas à maternidade em mães com uso de substâncias	88
6.2.1 A maternidade tem o significado de possibilidade de reorganização da vida para que a mãe consiga cuidar de si e do filho	88
6.3 Justificativas para a separação da mãe e seu filho	93
6.3.1 Consideram a proteção do bebê	93
6.3.2 Concepção do vínculo estabelecido entre mãe-bebê	95
6.3.3. O grau de dependência no uso de substâncias	97
6.3.4 Efeitos da separação para a mãe	98
6.4 Papel do sistema Judiciário	99
6.4.1 Judicialização compreendida como solução de encaminhamento do caso	99
7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	101
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	114
REFERÊNCIAS	119
APÊNDICES.....	126

INTRODUÇÃO

A vivência da maternidade, nos dias atuais, ainda é encarada como algo próprio da natureza feminina, que se baseia no sacrifício e no amor incondicional por um filho. Tal visão pode ser considerada herdeira das transformações do modelo maternal, nos últimos séculos, e continua funcionando como catalisadora, no sentido de que orienta a conduta esperada de uma “boa mãe” (TRAVASSOS-RODRIGUEZ, FERES-CARNEIRO, 2013), assim como o posicionamento e a expectativa de instituições e profissionais diante dela (ACHING, 2013). Nessa perspectiva, é importante apontar que a permanência de tal visão, muitas vezes, atua como base de sustentação para as decisões técnicas dos profissionais envolvidos nos processos decisórios de instituições judiciais, interferindo sobremaneira nos relatórios emitidos.

Para algumas mulheres, a maternidade constitui um lugar social de reconhecimento, o qual lhe concede sentido e valor social. Já para outras, a capacidade e a possibilidade de exercer esse papel é questionada (GOMES, 2017). É o caso de mulheres em situação de vulnerabilidade social – em especial, as usuárias de drogas ilícitas e álcool –, que enfrentam constantemente o estigma da inadequação e da incapacidade, o qual abrange tanto o seu papel social, mas, principalmente, aquele que diz respeito à maternidade, ou melhor, à capacidade para a maternidade.

Especificamente sobre essa população, trabalhos recentes têm denunciado a prática da judicialização e separação de seus recém-nascidos, logo na maternidade, com a adoção de avaliações e protocolos que, em geral, não encontram respaldo legal para existirem. A trilha segue com uma série de violações de direitos e penalizações desses sujeitos, frequentemente endossada pelos profissionais que as atendem (GOMES, 2017).

A questão do uso de álcool e drogas ilícitas pelo público feminino demanda uma discussão que leve em consideração as especificidades dessa população. O consumo de substâncias psicoativas cresceu significativamente, nos últimos anos, entre as mulheres, tornando-se uma pauta de preocupação mundial. As estimativas ainda indicam que cerca de 90% dessas mulheres se encontram em idade reprodutiva (BRASIL, 2010; ANDRADE, 2018; OLIVEIRA, 2016).

Como apontam alguns autores, apesar de conhecidas as diferenças entre o perfil de consumo e motivação para o uso de entorpecentes entre homens e mulheres, na prática, as intervenções e serviços ainda tratam os casos de forma homogênea, distantes das necessidades e especificidades dessa população (GOMES, 2010).

Chama a atenção, também, a baixa produção de trabalhos que estudem essa questão, tendo em vista as questões subjetivas envolvidas, especialmente no terreno da maternidade. Nesse sentido, pouco se sabe sobre o destino dessas mulheres e seus filhos. Pouco se discute sobre a assistência que recebem, sobre as políticas disponíveis a essa população e, principalmente, sobre os norteadores teóricos para a abordagem desses casos.

A presente Dissertação nasce dos incômodos e questionamentos gerados a partir da atuação com essa população. Durante um ano, logo após a minha graduação, participei de um programa de aprimoramento profissional em saúde da mulher e do recém-nascido, realizado em um hospital-maternidade no município de São Paulo. Foi nesse contexto que ocorreu o meu encontro com essas mulheres, denominadas “F.19”, naquele contexto hospitalar.

O termo “F.19”, vem da Classificação Internacional de Doenças, o CID-10, e diz respeito aos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e de outras substâncias psicoativas. Era esse o termo empregado para se referir à presença de uma mulher usuária de drogas pelos membros do hospital.

As equipes de Psicologia e Serviço Social eram convocadas para fazer a avaliação das “F.19”, sempre que fosse declarado ou houvesse suspeita para o uso de entorpecentes. Durante essas avaliações, conheci mulheres com histórias difíceis, cheias de violências, mas que encontravam, naquele momento, esperança para construir um novo caminho.

O desejo de cuidar, entretanto, não era suficiente para que a equipe considerasse a manutenção do bebê com suas mães. A maioria das decisões era a favor de uma separação preventiva da dupla, de forma que essa mulher pudesse provar que estava organizada e que tinha capacidade de maternar. O que se seguia era a difícil comunicação de que ela não deixaria o hospital com seu filho.

O trato direto com esse público, a observação das práticas e decisões pela equipe, em conjunto com o luto e desamparo invisibilizado dessas mulheres, me conduziram à reflexão que se propõe esse trabalho.

É preciso deixar claro que não se pretende ignorar as consequências que o uso de drogas pode causar para a mãe e seu bebê. De fato, trata-se de um problema complexo, permeado por histórias, violências e múltiplas violações de direitos. Entretanto, tratamos de uma população com características específicas e que necessita de apoio e serviços – e não de uma repetição do ciclo de violência no qual estão inseridas.

No capítulo 1, apresentamos os fluxos que envolvem a separação de bebês das suas mães diretamente na maternidade. Abordamos as avaliações realizadas pelas equipes multiprofissionais, com reflexões sobre as principais justificativas utilizadas nessa prática. Também incluímos os aspectos legais previstos para abordagem de mães em situação de vulnerabilidade social e uso de drogas, os quais contrastam com o que é de fato executado, nesses casos.

No capítulo 2, fazemos uma retomada histórica sobre a maternidade, destacando as mudanças nesse papel, ao longo dos séculos. Consideramos para essa discussão o contexto europeu e as especificidades do papel materno, desde o Brasil-Colônia. Exploramos também a diferença dessa função nas diferentes classes sociais, expondo a diferença no trato e no propósito que a maternidade recebe, nesses lugares.

No capítulo 3, propomos uma discussão sobre a maternidade, dentro do campo psicanalítico. Focalizamos inicialmente em autores clássicos, cujas contribuições sobre a maternidade e a relação mãe bebês são amplamente conhecidas. A partir deles, discutimos os atravessamentos sócio-históricos em suas teorias e ampliamos o debate com as contribuições de autores contemporâneos.

No capítulo 4, apresentamos os objetivos da pesquisa e no capítulo 5 explicitamos a metodologia deste trabalho. A partir da análise temática de Braun e Clarke (2006) esclarecemos as etapas que compõem a análise dos resultados. Também apresentamos brevemente cada uma de nossas 6 entrevistadas.

No capítulo 6, apresentamos a análise das entrevistas, separando os temas e subtemas gerados a partir dos dados obtidos pelas falas das psicólogas. Já no capítulo 7, discutimos esses resultados, apresentando nossas considerações teóricas sobre os temas. Por fim, finalizamos com nossas considerações finais no capítulo 8.

1 DA AVALIAÇÃO AO ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL: FLUXO DA SEPARAÇÃO JUDICIAL

No hospital-maternidade em questão, local no qual se originou a minha experiência, os casos que envolvem mulheres em situação de rua e/ou suspeita de uso de substâncias psicoativas são nomeados como “casos sociais”. Cada instituição estabelece um protocolo para a abordagem dessas situações, convocando os profissionais, especialmente da Psicologia e Serviço Social, a realizarem uma avaliação. Em cerca de dois a três dias, durante o período pós-parto, a equipe precisa responder se a mulher avaliada terá ou não condições de ficar com seu bebê, definindo o melhor encaminhamento para o caso (GOMES, 2017).

Parte das mulheres atendidas, ao contrário do que se imagina, expressa o desejo de cuidar e criar seus filhos. A maternidade surge no discurso como uma luz, uma oportunidade de mudança e de construção de uma nova vida, a partir do nascimento do filho. Uma parcela, inclusive, se engaja em tratamentos e internações, durante o período gestacional, como uma forma de tentar preservar ou causar menos dano à vida que carregam (REIS et al., 2008).

Certamente, não podemos recair no perigo de pensar que o desejo pela gestação e maternidade são fatores que justificariam a permanência ou não dos bebês com essas mães; afinal, é necessário considerar a situação de vulnerabilidade em que vivem essas mães. Contudo, o mesmo argumento igualmente não justifica a desconsideração do projeto de maternidade que existe nessas mulheres. Além disso, é importante ter em vista a necessidade premente de um amparo de políticas públicas e, portanto, institucional, capaz de viabilizar e funcionar como apoio para esse desejo inicial, verificado nos discursos de parte dessa população avaliada.

Porém, mesmo diante de tal contexto, o que alguns levantamentos efetuados por institutos, grupos e pesquisas têm demonstrado é que frequentemente as avaliações dos profissionais culminam em um parecer negativo. O fato implica a separação da díade imediatamente na maternidade, após a alta do parto, com os casos encaminhados para as Varas da Infância. Os bebês, então, são direcionados para o acolhimento institucional e, posteriormente, para a adoção (GOMES, 2017).

Há uma série de prejuízos e violações de direitos, relatados no curso dessas avaliações. No campo do atendimento humanizado à mãe e ao neonato, as abordagens preveem contato pele a pele, desde o pós-parto, manutenção da díade

em alojamento conjunto, além do estímulo à amamentação, que é possível mesmo no caso de uso de drogas. Essas ações são tidas como importantes para a vinculação da dupla, além de trazer benefícios à saúde geral do bebê.

No entanto, em busca de “evitar” sofrimentos no período de avaliação, essas mulheres têm, muitas vezes, seus filhos encaminhados para as unidades de cuidados intermediários, embora estes não tenham nascido com alguma patologia. Essa separação não apenas viola os direitos de convivência, mas também expõe o neonato a um ambiente hostil à sua saúde (EDEPE, 2020).

Para Gomes (2017) e Rios (2017), isso acontece para evitar a vinculação da dupla. Seria uma tentativa de “prevenir” o sofrimento do bebê, com a possível perda de cuidados, como, por exemplo, o aleitamento. Por outro lado, surge também como forma de evitar cenas dramáticas de uma mãe apegada, no momento da separação.

Cabe ressaltar que não existe nenhuma recomendação oficial que determine o encaminhamento para as Varas da Infância como primeira opção a ser considerada pela equipe. As orientações gerais apontam para outras práticas, e somente no esgotamento de todas elas é que os casos podem ser indicados à Justiça. Mesmo nessas situações, deve-se garantir, ao máximo, a convivência familiar (EDEPE, 2020).

1.1 Aspectos legais, recomendações e o posicionamento de profissionais

Ao abordarmos o assunto, por meio das leis, orientações oficiais e relatórios produzidos nas avaliações, passamos a perceber inconsistências relevantes na condução desses casos. O conceito jurídico de “melhor interesse da criança” – presente no Código Civil e princípio norteador do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, é frequentemente utilizado como justificativa para a separação da dupla. Ocorre, entretanto, uma interpretação errônea a respeito do Estatuto, ignorando-se intervenções possíveis e, com isso, reforçando a culpabilização que recai sobre as mães, principalmente com respaldo na realidade que vivem.

Sobre os aspectos jurídicos que envolvem a família com pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, a Lei nº 13.257, de 2016, também conhecida como Marco Legal da Primeira Infância, alterou o artigo 19 do ECA. O trecho, que dispunha sobre o direito de a criança de ser criada e educada no seio de sua família, anteriormente justificava o acolhimento institucional de crianças, no caso de pais usuários de psicoativos:

Art. 19. Toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, **em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes**. (BRASIL, 1990, s/p, *grifos nossos*).

A nova redação propõe uma mudança, visando à garantia do desenvolvimento integral da criança, como forma de evitar o uso indiscriminado e sem critérios sólidos para a separação das famílias. Com a lei reeditada, entende-se:

Art. 19. É direito da criança e do adolescente ser criado e educado no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, **assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente que garanta seu desenvolvimento integral**. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016). (BRASIL, 1990, s/p, *grifos nossos*).

Preconiza-se, portanto, a orientação e a inclusão desses pais em programas de apoio e tratamento específicos, que lhes permitam superar o problema e proporcionar o ambiente esperado (DIGIÁCOMO; DIGIÁCOMO, 2017).

Apesar da mudança teórica, na prática, o fluxo que se vê ainda é outro. O alto número de casos encaminhados para as Varas de Família levou o Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério do Desenvolvimento Social, a emitir uma nota técnica, contendo diretrizes e fluxogramas para o atendimento desses casos (BRASIL, 2016). Recentemente a Defensoria Pública do Estado de São Paulo também lançou uma cartilha, contendo explicações legais e orientações para que se evite a violação de direitos dessa população (EDEPE, 2020).

Tais documentos buscam esclarecer que o encaminhamento dos casos para a Vara de família e acolhimento institucional devem ocorrer apenas em caráter de excepcionalidade. Viver em situação de rua ou pobreza extrema, assim como com questões de saúde mental, não são motivos legítimos para essa decisão. Antes, os serviços da rede, os centros de acolhida que recebam a dupla e a própria Defensoria Pública devem ser acionados.

As únicas situações justificadas para o acionamento da Justiça são:

1. quando os encaminhamentos do Conselho Tutelar forem descumpridos injustificadamente (art. 138, inciso III, alínea b, ECA); 2. quando as demais medidas de proteção adotadas pela rede de serviços que acompanharam a situação dessa família tiverem sido inadequadas ou insuficientes para afastar

a situação de ameaça ou violação dos direitos da criança; e 3. quando for o caso de afastamento do convívio familiar. (EDEPE, 2020).

Gonçalves (2015), que realizou pesquisa documental sobre casos que envolvem a separação do bebê logo na maternidade, apresenta dados importantes para essa discussão. Em seu trabalho, faz uma análise sobre os relatórios enviados pelos técnicos da instituição hospitalar (psicólogos e assistentes sociais, em sua maioria). O que se observa, nessas produções, são argumentos que avaliam questões materiais dessa população, que culpabilizam os sujeitos por sua realidade e, o principal, demonstra-se a falta de referencial teórico-técnico na composição desses documentos.

Ao analisar os documentos produzidos, de acordo com os aspectos mencionados acima, o autor afirma:

Num sentido político, [...] a Psicologia é utilizada para fabricar argumentos que reduzem a possibilidade de mudança radical. A pressão que o Direito exerce sobre a Psicologia, ou mesmo sobre o serviço social, pela produção de uma verdade dos fatos, faz com que a Psicologia não fale sobre as pessoas, mas sim no lugar das pessoas. É a voz do psicólogo, não do recém-nascido, que diz, sem qualquer embasamento teórico-técnico, que o superior interesse da criança é ser afastado dos pais. (GONÇALVES, 2015, p. 81).

Cabe ressaltar que, por determinação da Resolução CFP nº 06/2019, assim como em sua versão anterior, os psicólogos obrigatoriamente devem consubstanciar seus documentos, evidenciando, de forma clara e explícita, o referencial teórico-metodológico que embasa suas afirmações. A ausência de tais elementos implica, inclusive, o descumprimento das orientações presentes no código de ética profissional.

1.2 Desmaternalização da mulher usuária de drogas

Conforme enfatizado anteriormente, boa parte das avaliações produzidas pelos profissionais nos casos de separação de bebês nas maternidades não explicita um referencial teórico-metodológico para embasar suas decisões. Em seu lugar, argumentos relacionados a condições financeiras e ao consumo de drogas, de maneira culpabilizante para essas mães, compõem tais documentos (GONÇALVES, 2015).

Para Gomes (2017), dois fatores colaboram para que a decisão feita pelos técnicos seja o acionamento das Varas da Infância. O primeiro é o contexto de extrema pobreza enfrentado por essas mulheres, muitas vezes, sem um lar para retornar e receber o neonato. O segundo é a concepção automática de que uma mulher usuária é inapta para o exercício da maternidade.

A imagem da mulher usuária é frequentemente associada a atos de negligência e inadequação. Na mídia¹, por exemplo, facilmente encontramos notícias que reforçam esse estereótipo. Histórias que falam sobre os filhos do crack, sobre negligências e abandono – e mesmo o quanto essas mães contrariam o suposto instinto materno – compõem o imaginário social.

Ferreira-Teixeira e Aiello-Vaisberg (2017), abordando o imaginário das mães capazes de abandonar os seus filhos, ressaltam que é comum essa figura ser associada a uma mulher que tenha problemas com o uso de drogas. Como descrevem as autoras, ocorre uma polarização quanto ao que se pensa sobre essas mulheres, ora as representando como más e sem caráter, ora as compreendendo como vítimas de seu meio e falta de recursos.

Mesmo no campo das expectativas dessas mulheres com relação à própria maternidade, apontam que muitas se sentem incapazes de exercer esse papel. Isso ocorre tendo em vista que elas não conseguem enquadrar-se na imagem da mãe ideal e socialmente esperada. Em alguns casos, chegam a entregar seus filhos para adoção, motivadas por essa crença (OLIVEIRA; PAIVA, 2007; OLIVEIRA, 2016; RANGEL, 2018).

Por outro lado, pesquisas também sugerem que a maternidade pode promover mudanças no padrão de consumo da substância, sobretudo diante de uma tentativa de “[...] atender aos padrões socialmente construídos de mãe e cuidadora dos filhos e da casa.” (OLIVEIRA, PAIVA, 2007, p.630). Assim, elas passam de um uso abusivo para um uso controlado, atingindo, em alguns casos, a abstinência no período da gestação (OLIVEIRA; PAIVA, 2007; CAMARGO, 2014; OLIVEIRA, 2016).

Essas mulheres, entretanto, enfrentam muitas barreiras na busca por um tratamento especializado, diretamente ligadas à culpa e vergonha que sentem de sua condição (ALBUQUERQUE; NÓBREGA, 2016). Para acessar esses serviços, precisam superar os preconceitos que englobam a sua maternidade. Nesse sentido, Rios (2017) remete ao paradoxo da invisibilidade, a partir de uma gestação. Escreve a autora:

Há um paradoxo entre a visibilidade e invisibilidade feminina: enquanto mulher, essas vulnerabilidades muito provavelmente passaram invisíveis. Entretanto, a partir do momento em que ficaram grávidas essas mulheres se tornaram visíveis, principalmente aos julgamentos de uma sociedade que está mais propensa a condenar moralmente do que oferecer acolhimento e cuidado. (RIOS, 2017, p. 55).

Aquelas que conseguem procurar uma ajuda, durante a gestação, ainda que envolvidas em tratamentos ou em abstinência, na maioria das vezes, têm seus bebês levados ou retirados. O receio de que algo aconteça ao bebê ou de possíveis recaídas leva a equipe optar pela separação entre a mãe e o bebê, sem que, de fato, atos de negligência ou maus-tratos que justifiquem a ação tenham ocorrido (GOMES, 2017).

O que vemos com essas considerações é a constante justificativa em torno do “melhor interesse da criança” e a sua proteção, ao mesmo tempo que se anula a existência e a necessidade de cuidados que a mãe também demanda. Em seu livro, Motta (2008) enfoca a questão das mães que entregam espontaneamente o filho para a adoção e que também são invisibilizadas em suas necessidades. Apesar da temática diferente, coincidem as mesmas falhas no olhar para essa mulher “condenável”, sendo

[...] o posicionamento mais comum diante das mães biológicas é o de que elas não têm a mesma importância que o filho. Este posicionamento pressupõe que aquilo que ocorre com a mãe nada tem a ver com o filho e não o afeta. Há, entretanto, crianças que são institucionalizadas porque suas mães não têm qualquer apoio quanto às pressões externas e internas sofridas. (MOTTA, 2008, p. 23).

O pós-separação desemboca em um luto silenciado e em uma falta de assistência. A dor, revelada por alguns trabalhos que abordaram essas mulheres nesse momento, parece ser considerada inexistente, para essa população. Assim, apontamos que não existe a construção de um plano terapêutico para oferecer-lhes suporte e amparo, durante todo o processo judicial. Outro aspecto importante refere-se à falta de encaminhamentos que garantam o acesso a condições dignas de moradia e sobrevivência. Nega-se um direito básico e constitucional, delegando a esses sujeitos a responsabilidade pela busca desses recursos, o que dificulta ainda mais a reinserção social e a possibilidade de mudança, na vida dessas pessoas.

O fluxo contínuo de acolhimento dos bebês na maternidade tem também implicado um importante afastamento dessa população, na procura de serviços e no estabelecimento de vínculo com as equipes. No clima de desconfiança, respaldado

pela realidade vivida por essas mães, de separação de seus filhos na maternidade, algumas se negam a receber atendimento, outras se negam, inclusive, a buscar um hospital no momento do parto, sabendo do possível destino que sua situação receberá. Tais fatos acentuam ainda mais a situação de vulnerabilidade em que se encontram, reforçando a exclusão social e expondo-as ao risco (RIOS, 2016; GOMES, 2017).

2 MATERNIDADES: A CONFIGURAÇÃO DO LUGAR PARA A MULHER NO CENÁRIO FAMILIAR E SOCIAL

Para compreender o lugar que a maternidade ocupa para as mulheres de nosso estudo – assim como para as demais, conforme veremos a seguir –, iniciaremos nossa discussão com um resgate histórico acerca do tema. É importante contextualizar, ao longo dos séculos, as mudanças na função ocupada pela figura da mãe, na família e sociedade, a fim de romper com a visão naturalizante do exercício materno.

Salienta Alonso (2011, p. 341):

As sociedades criam mitos (cristalizações de significação que agem como organizadores de sentido do agir, pensar e sentir dos indivíduos) que dizem o que é masculino, o feminino, o que é ser mãe, mulher e como sê-lo; organizam narrativas que se repetem nos discursos médicos, religiosos, jurídicos e, fundamentalmente, nos discursos midiáticos. Pela repetição os discursos adquirem uma forte “eficácia simbólica”, sendo constitutivo de subjetividade. Eles estabelecem valorizações e desvalorizações, instituindo na subjetividade formas, estilos de ser mulher e de ser mãe.

Além da capacidade de gerar um ser vivo, a “maternidade” passou a ser entendida como uma habilidade natural, a qual pertence somente às mulheres e inclui promover o melhor cuidado que uma criança necessita. Por meio do seu amor e docilidade (também atribuído à natureza feminina) é que se pode garantir o crescimento saudável de um filho. Todo fenômeno contrário a essa norma pode ser silenciado ou, de alguma forma, patologizado (VEREA, 2005).

Cabe destacar que o processo de transformação e adaptação ao mito do amor materno não ocorreu de modo uniforme para todas as mulheres, gerando também narrativas sobre as formas adequadas e inadequadas de ser mãe. Na verdade, é preciso contar a história das múltiplas maternidades, realçando as diferenças entre as mulheres e os imperativos impostos a cada classe social.

Da mesma maneira, não é possível contar essas histórias sem contemplar as mudanças havidas na organização familiar como um todo, focalizando também as transformações no lugar ocupado pelo pai e a criança.

2.1 Família e maternidade na pré-modernidade

Na família “tradicional”, também chamada de “patriarcal” (ROUDINESCO, 2003), prevalente até o século XVII, o amor conjugal não constituía a base para os

relacionamentos, sendo estas estabelecidas em torno do patrimônio familiar. Nesse cenário, a mulher era uma espécie de propriedade do cônjuge, estando a maternidade limitada à produção de herdeiros. A família podia ser compreendida como uma unidade econômica, marcada pela desigualdade de direitos entre homens, mulheres e crianças (GIDDENS, 2007).

Durante a Antiguidade, a superioridade masculina era justificada através da natural desigualdade existente entre os seres humanos, suas linhagens e as posições que poderiam ocupar. O homem era tido como uma criatura completa, mais perfeita e acabada da natureza, com semelhança próxima ao divino. Caberia a ele, portanto, ter o domínio e a autoridade sobre as demais criaturas.

Por outro lado, a mulher era considerada, em essência, incompleta. Sua grande virtude era fornecer um bom ventre para gerar novos cidadãos, assim como ser obediente e silenciosa. Tratada como pouco capaz de tomar decisões, questão essencial para a participação na Polis, após o período de amamentação, tinha seus filhos confiados aos homens. Assim, “[...] o filho do cidadão era um ser humano e potencialmente livre. Imperfeito, porque inacabado, dotado de uma faculdade deliberativa a princípio muito reduzida, sua virtude é ser submisso e dócil ao homem maduro...” (BADINTER, 1985, p. 32).

Na Idade Média, a partir do século IV, também vemos a exploração da ideia da suposta inferioridade feminina através da Igreja e da teologia cristã. Herdeiras de Eva, as mulheres têm sua imagem associada à vaidade, à fraqueza que conduz o homem à infelicidade e ao pecado, encarnando em si o mal. Os sermões conduzidos nessa época por importantes figuras da igreja, serviram, fundamentalmente, para reforçar esse lugar. Novamente, a figura masculina é apresentada como próxima da divindade, cabendo-lhe a autoridade e a condução da família.

Durante o Absolutismo, até o século XVII, a autoridade paterna foi essencial para a manutenção de uma sociedade hierarquizada, sendo também usada como analogia para o lugar do monarca. Como o Deus-Pai, que deseja o bem de seus filhos, mas também os corrige, assim também era o reinado. Nesse período, entretanto, o poder paterno passa a sofrer algumas limitações, determinadas pelo Estado e pela Igreja. O poder de matar um filho, por exemplo, foi retirado da figura paterna, de forma a favorecer o projeto político-social dessas duas instituições.

Os cuidados destinados aos filhos nesse período, a dita maternagem, não eram em essência, uma responsabilidade feminina; as crianças frequentemente recebiam

seus cuidados de amas de leite, prática iniciada na aristocracia, mas popularizada em todas as classes sociais. Em meados do século XVIII, há inclusive uma falta de amas para suprir a demanda parisiense (ROUDINESCO, 2003; GIDDENS, 2007; IACONELLI, 2013; ARIÈS, 1978).

Os sentimentos sobre a criança também eram diferentes, não existindo uma consciência ou um sentimento sobre a infância (ARIÈS, 1978). Sua duração “[...] era reduzida a seu período mais frágil, enquanto o filhote do homem não conseguia bastar-se.” (ARIÈS, 1978, p. 9). Tão logo ela pudesse se cuidar sozinha, era inserida no mundo adulto, partilhando de suas atividades laborais e cotidianas (ARIÈS, 1978).

As taxas de mortalidade, nesse período, eram altíssimas, sendo que quase 50% dessa população não chegava aos dez anos de idade (GIDDENS, 2007). Dessa forma, com as baixas possibilidades de sobrevivência, não existia uma preocupação social para com esse período da vida. A morte de uma criança, fato recorrente, não deveria ser tomada como preocupação, pois rapidamente ela poderia ser substituída (ARIÈS, 1978).

Tal afirmação não indica uma ausência de afetos, nessas famílias, mas, de fato, demarca a principal função da criança, nesse tempo. Interessa-se muito mais pelos benefícios econômicos que podem ser alcançados por meio dela, do que, na verdade, pela sua existência enquanto alguém único e insubstituível (GIDDENS, 2007; ARIÈS, 1978).

Em suma, a família tradicional não tinha como missão principal a afetividade e a intimidade para manter a sua existência. A ela cabia “[...] a conservação dos bens, a prática comum de um ofício, a ajuda mútua em um mundo em que um homem, e mais ainda uma mulher, isolados não poderiam sobreviver, e ainda, nos casos de crise, a proteção da honra e das vidas.” (ARIÈS, 1978, p.10).

2.2 Modernidade e maternidade: um paraíso para padecer

O século XVIII foi marcado pelas revoluções e a ascensão burguesa, e, por isso, demandava uma reorganização social, a fim de viabilizar e consolidar o projeto político-econômico emergente (MOURA; ARAÚJO, 2004). Para tal, três práticas populares passaram a ser atacadas: a educação artificial de crianças ricas, a criação de bebês por amas de leite e o abandono de menores nos hospícios. Essas práticas

foram identificadas como prejudiciais para a nação, pois resultavam no empobrecimento para o país e enfraqueciam a sua elite (DONZELOT, 1986).

Cabe ressaltar que, nesse cenário, a criança passou a ser extremamente importante e insubstituível. Com o início dos estudos demográficos, no século XVII, estudiosos da época conseguiram constatar um problema quase constante relacionado à mortalidade infantil. O mapeamento permitiu perceber que, mesmo em tempos de melhora na agricultura e controle de doenças na população, o alto índice de mortalidade infantil não apresentava alteração, prejudicando o crescimento da população e, conseqüentemente, do país. A criança, rica ou pobre, passa a ter um outro valor: o econômico (BADINTER, 1985).

Assim, com base na difusão dos ideais do Iluminismo e do Romantismo, legitimados pelas prescrições da medicina, estabeleceu-se uma grande transformação sobre os conceitos de infância, família, maternidade e amor. A literatura passou a se dedicar especialmente sobre a criança e a mulher, construindo um lugar de destaque para ambos, sem, entretanto, conceder à última os mesmos direitos e poder que o homem (NUNES, 2011).

Como vimos, por muitos séculos a figura feminina foi associada a incapacidades e ao próprio mal. Ao se perceber a importância feminina para a manutenção da prole e seu lugar indispensável para o projeto econômico, uma reestruturação da sua imagem foi instaurada. A educação feminina começou a receber atenção, conferindo-lhe atributos positivos que, contudo, não deveriam ultrapassar os limites do lar (NUNES, 2011).

Politicamente, esse é um ponto importante: calcada sobre os preceitos de “liberdade, igualdade e fraternidade”, para garantir a cooperação feminina sem, no entanto, permitir-lhe o acesso à vida pública e à condição de cidadã, a diferença sexual foi utilizada para fundamentar o ideário natural e biológico, justificando a diferença fundamental entre os sexos e seus papéis. Garantiu-se, dessa forma, a manutenção da hierarquia entre homens e mulheres (NUNES, 2011).

Por meio dessa diferença, também começou a tomar forma o enredo sobre a capacidade natural e essencialmente feminina para o cuidado. O corpo da mulher principiou a ser entendido como dotado de atributos únicos e propícios para a maternidade: a concepção e a capacidade nutriz foram usadas para dar forma a esse enredo. Os desenhos da anatomia feminina passaram a representar mulheres enfatizando quadris e seios.

Não cuidar e não manter sob seus cuidados significava ir contra a natureza, e as más práticas deviam ser combatidas. Nesse ínterim, a amamentação recebeu um lugar de destaque, sendo considerada essencial para garantir a sobrevivência do bebê. As produções científicas da época dedicaram-se a atacar moralmente as amas de leite e a conduta fútil das mulheres que não cumpriam o seu papel (ROSSEAU, 1995).

Vemos que o foco ideológico, antes centrado na autoridade paterna, se deslocou progressivamente ao amor materno. O domínio da casa e a educação dos filhos foi gradativamente destinado à mulher, em um modelo de maternidade constituída sob outro valor: o amor incondicional (BADINTER, 1985; MOURA; ARAÚJO, 2004).

No fim do século XVIII, o amor materno parece um conceito novo. Não se ignora que este sentimento sempre existiu em todos os tempos, senão o tempo todo em toda parte [...] Mas o que é novo, em relação aos dois séculos precedentes é a exaltação do amor materno como um valor ao mesmo tempo natural e social, favorável à espécie e à sociedade. Alguns, mais cínicos verão nele, a longo prazo, um valor mercantil. (BADINTER, 1985, p. 145).

Parte das mulheres sensibilizou-se com esse discurso, não por obediência à demanda econômica, mas porque lhes oferecia a importância e o reconhecimento que a maioria nunca tivera. Executavam tarefa “nobre”, que somente elas poderiam realizar, em um dever que se traduzia na matriz da felicidade humana (BADINTER, 1985).

É oportuno enfatizar que as primeiras a se adequarem ao discurso, não por acaso, foram as mulheres integrantes da burguesia. Ao assumir esse lugar, a mulher burguesa ascendeu à sua posição social, pois, além do poder sobre os bens materiais da família, passava a deter o poder sobre os seres humanos, seus filhos. “Responsável pela casa, por seus bens e suas almas, a mãe é sagrada a ‘rainha do lar’.” (BADINTER, 1985, p. 222).

2.3 Maternidade nas classes desfavorecidas europeias

Nem todas as mulheres foram sensíveis aos argumentos do novo papel maternal. Dentre elas, as aristocratas, as quais não encontravam benefício nessa nova função, e as mulheres pobres, que destacaremos a partir daqui. Tal como proposta, com uma dedicação integral e incondicional para a prole, essa maternidade

era quase inacessível às menos abastadas. Essa população foi a última a se adequar ao modelo de maternidade ideal, justamente pelos desafios impostos por sua realidade.

Em contraste às mais abastadas, as mulheres pobres tinham maior necessidade de enviar seus filhos para o campo, para serem cuidados e amamentados pelas amas. Essa medida possibilitava que trabalhassem, contribuindo para a renda doméstica (BADINTER, 1985). A prática foi apenas superada no século XX, quando a esterilização permitiu o uso seguro das mamadeiras (BADINTER, 1985, DONZELOT, 1986).

Uma outra questão que incomodava os moralistas era a prole numerosa. Enquanto as famílias burguesas passavam a ter menos filhos – uma redução voluntária, pensada para oferecer cuidados de maior qualidade e mais atenção –, notava-se nas famílias pobres o que se chamava “fecundidade excessiva” (BADINTER, 1985, p.225), chegando a ser tachado de quase criminosa a circunstância de se ter muitos filhos.

A situação era incômoda porque, em muitos casos, o número excessivo de filhos levava a um outro problema que o Estado queria solucionar: o abandono de crianças. Junto à criação pelas amas, a entrega de menores contribuiu significativamente para o aumento da mortalidade infantil (BADINTER, 1985; DONZELOT, 1986).

Havia grande interesse do Estado em tornar os filhos das famílias pobres adultos úteis, gerando também menos custos para o país. Além disso, quando maiores, poderiam ser destinados a tarefas mais perigosas, como a colonização e outras fontes de trabalho:

Mas, o que se instala nessa época é uma reorganização dos comportamentos educativos em torno de dois pólos bem distintos, cada qual com a sua estratégia bem diferente. O primeiro tem por eixo a difusão da medicina doméstica, ou seja, um conjunto de conhecimentos e técnicas que devem permitir às classes burguesas tirar seus filhos da influência negativa dos serviçais e colocar esses serviçais sob a vigilância dos pais. O segundo poderia agrupar, sob a etiqueta de “economia social” todas as formas de direção da vida dos pobres com o objetivo de diminuir o custo social de sua reprodução, de obter um número desejável de trabalhadores com um mínimo de gastos públicos, em suma, o que se convencionou chamar de filantropia, (DONZELOT, 1986, p.22).

As mães consideradas descuidadas e negligentes passaram a ser vistas como indignas para exercerem seu exercício, sobretudo nesse contexto de tamanha valorização e idealização da função materna. As mais pobres eram altamente

condenadas, por exemplo, por deixarem seus filhos brincarem na rua, tida como o lugar de nascerça dos vagabundos e delinquentes. Aos olhos de moralistas e filantropos, esse era o sinal de que a família era mal conduzida e a mãe, uma incapaz (BADINTER, 1985)

Mesmo a figura do pai – que fora afastado de suas responsabilidades no cenário da educação familiar dos filhos – é também vigiada, nas camadas mais pobres. O mau pai é o operário ou pequeno artesão que se embriaga após o trabalho e descarrega sua violência na mulher e nos filhos. Com sua pouca educação, é incapaz de transmitir valores morais aos filhos, condenando-os à vagabundagem e à delinquência (BADINTER, 1985).

O Estado, por conseguinte, passou a tomar o lugar do pai, substituindo-o por meio de novas instituições em defesa das crianças, em uma vigilância mais estreita à família, substituindo o patriarcado familiar pelo do Estado. A filantropia surge como um suporte, oferecendo às famílias pobres os recursos materiais de que necessitavam. Era um modo de garantir que essas mães não abandonassem seus filhos (IACONELLI, 2013; BADINTER, 1985).

Ao mesmo, a filantropia tinha uma outra função: a de vigilância dessas famílias, exigindo-lhes, em troca da ajuda, a adequação aos ditames da organização e conduta familiar. Conforme afirma Donzelot (1986), era necessário afastar a população das camadas mais pobres dos vícios, da rua e de tudo aquilo que poderia ser um risco, ao que sabemos, ao projeto econômico. Especialmente no papel das mulheres, em comparação ao papel das mães burguesas, o autor acrescenta:

É ainda mais significativa a diferença de posições táticas em que se encontram a mulher burguesa e a mulher popular. Através da revalorização das tarefas educativas se estabelece, para a mulher burguesa, uma nova continuidade entre suas atividades familiares e suas atividades sociais. Ela descobre um domínio de missão, abre para si um novo campo profissional na propagação das novas normas assistenciais e educacionais. Pode, ao mesmo tempo, ser suporte de uma transmissão do patrimônio no interior da família e instrumento de irradiação cultural no exterior. A mulher do povo possui, por natureza, um trabalho antagônico com o seu status materno. Algumas vezes ele representa uma necessidade mas é sempre obstáculo à realização de sua função de guardiã do lar. Para ela, não se trata de irradiação: sua missão é, ao contrário, velar por uma retração social de seu marido e de seus filhos. (DONZELOT, 1986, p. 43, grifos do autor).

2.4 Maternidades no Brasil Colonial – além da Casa Grande

No Brasil, o projeto da maternidade tem início logo no período colonial. Garantir o povoamento e a produção nas terras conquistadas era essencial para o Estado português. Nessa perspectiva, a imposição de normas e condutas para os sexos fazia-se necessária, uma vez que, inicialmente, os costumes da população que aqui se instalou destoavam dos preceitos católicos que os portugueses trouxeram na bagagem e que foram utilizados desde o início da colonização (DEL PRIORE, 2009).

Assim, podemos citar o matrimônio, o qual, nas camadas mais pobres, não era comum, sendo as uniões de concubinato predominantes entre a população. Da mesma maneira, as relações ocorriam de forma miscigenada, englobando costumes dos brancos, negros e indígenas. Tais questões não se enquadravam no que determinava o modelo de exploração português (DEL PRIORE, 2009).

Levando em conta os interesses da metrópole, para que o projeto de colonização fosse mais efetivo, garantindo ordem e produtividade, era necessário um adestramento social. A Igreja, então, encabeçou esse projeto, estabelecendo o domínio das mulheres como ponto-chave para atingir tal objetivo, que servia aos interesses em questão. Ao contrário de algumas representações históricas que associavam as mulheres da Colônia como exclusivamente submissas, encontramos no exercício da maternidade um lugar de poder e de integração feminina, que foi, aos poucos, adestrado pelos ideais impostos (DEL PRIORE, 2009).

As explorações das novas terras em busca de locais mais lucrativos eram comuns, nesse momento histórico, resultando no afastamento e ausência das figuras masculinas do ambiente familiar. Assim, as mulheres se viam muitas vezes sozinhas para exercer a função de chefes de seus lares. Para se ter ideia, durante o século XVIII, em Minas Gerais, a porcentagem de famílias matrifocais chegava aos 45%, e cerca de 83% delas nunca havia se casado (DEL PRIORE, 2009).

É evidente que tais práticas domésticas não transmitiam a moral cristã proposta, de sorte que a Igreja passou a combater esse tipo de relação. A Igreja era praticamente soberana na organização dessa nova sociedade colonial, detendo o domínio ideológico, uma vez que estava fortemente atrelada à Coroa portuguesa. Garantindo o respeito aos preceitos da fé e ao mesmo tempo reforçando o seu poder, estabelece-se a nova moral. O matrimônio passa a ser a única relação legítima e a

figura materna será espelhada na santa Mãe, de acordo com o modelo religioso cristão (DEL PRIORE, 2009).

Baseado em Nossa Senhora, esse novo ideal de feminilidade e maternidade cultuava a virgindade, a devoção, a pureza e a assexualidade. Era a única forma de descolar-se da figura do mal e dos retratos da Igreja sobre a mulher e o pecado. O discurso, claramente misógino, colocava o poder e comando da mulher nas mãos do esposo (DEL PRIORE, 2009). Dessa maneira, o ideal das famílias burguesas europeias foi desenvolvido no Brasil-Colônia, na tentativa de homogeneizar as diversas culturas existentes e fazer prevalecer os valores morais cultuados na visão religiosa cristã, a qual teve grande poder e influência, nesse momento histórico.

As condutas da vida diária também deviam corresponder às exigências cristãs, e uma série de culpabilizações são criadas para os comportamentos desviantes, cada uma com uma respectiva condenação. Del Priore (2009) faz referência a um artigo, cujo autor é anônimo, o qual desenvolve 84 culpas direcionadas às mulheres. Das jovens às velhas, todas foram contempladas, condenando ter conversas sobre parceiros e pretendentes, passar o dia na janela, cantarolar ou qualquer ato diário que não estivesse relacionado ao cuidado e à própria honra (DEL PRIORE, 2009).

A mulher deveria ficar encerrada no interior de seu lar, cuidando da educação e criação da prole, submissa a seu esposo e garantindo que as filhas reproduzissem esse mesmo modelo. Em contrapartida, a mulher considerada errada, a concubina, a mãe solteira, a prostituta, estavam condenadas pelo seu pecado ao inferno e seriam altamente desqualificadas pela sociedade (DEL PRIORE, 2009).

2.5 Exploração da maternidade escrava

Dentre as figuras que merecem destaque na história, encontra-se a das mães escravas. A maternidade dessa população evidencia o caráter de exploração do corpo dessas mulheres. Com frequência, tomadas à força por seus senhores, seu corpo era desfrutado para satisfazer desejos e prazeres, sem consentimento, demonstrando o poder do homem e proprietário dos corpos e das vidas dessas mulheres (DEL PRIORE, 2009).

Manter a reprodução do grupo era importante, pois, ao fim, significava ganhar mais escravos ou obter um poder de venda. Desse modo, era um investimento interessante que a mulher negra tivesse filhos. Ela se tornou foco de campanhas de

incentivo à natalidade, no século XIX, com o objetivo de fazê-las desejar ser mãe, mantendo o nascimento daqueles indivíduos que eram essenciais ao serviço das lavouras dos senhores (DEL PRIORE, 2009).

Por outro lado, também temos referências sobre as amas-de-leite, as quais, ao contrário do contexto europeu – majoritariamente exercido por mulheres brancas e consideradas mercenárias –, por aqui, tiveram inicialmente uma recepção muito boa. Nessa atividade exercida pelas escravas, a própria medicina indicava a negra como a melhor figura para a amamentação, agregando-lhe, inclusive, valor de mercado (MUAZE, 2018; MUSSATTI-BRAGA, 2015).

Com relação aos seus filhos, a maioria dessas mães não tinha a permissão para ficar com os mesmos. Em alguns casos, seus senhores as obrigavam a entregar seus bebês às rodas dos expostos – prática ligada às instituições de caridade mantidas pela Igreja, acolhendo crianças abandonadas. Assim, as escravas ganhavam ainda mais valor de mercado, garantindo a amamentação exclusiva dos filhos de seus donos, sem distrações (MUAZE, 2018).

Mesmo na possibilidade de conservar o seu filho por perto, zelar por ele nunca seria a sua prioridade; sua tarefa era garantir primeiramente a amamentação dos filhos de seus senhores. De uma forma ou de outra, como afirma Mussatti-Braga (2015), essas mulheres foram impedidas de exercer o papel maternal para sua própria prole, tendo suas maternidades silenciadas.

2.6 A maternidade importada e seus efeitos

A transferência da família real e toda a corte para o Rio de Janeiro, no início do século XIX, transformou os interesses da administração portuguesa pela Colônia. Diante da crise absolutista no continente europeu, iniciou-se uma “reeuropeização” da família colonial, transpondo os valores de “família amorosa”, que vigoravam na Europa. O modelo dirigiu-se exclusivamente para as famílias da elite, embora, ao longo do tempo, tenha se tornado fortemente hegemônico na sociedade brasileira (MOURA; ARAÚJO, 2004).

Nesse período, importantes mudanças históricas ocorreram, das quais destacamos o fim do período de escravidão. Com isso, algumas práticas, antes comuns, que pressupunham a exploração da mão de obra escrava, se tornaram mais

difíceis. Ao mesmo tempo, os centros urbanos começaram a se expandir, acarretando novos problemas para o Estado.

O avanço do pensamento médico, somado à queda do sistema escravocrata, devido à proibição do tráfico de pessoas, contribuiu para que a amamentação realizada pelas negras fosse desaconselhada. Com as altas taxas de mortalidade infantil associadas com a dificuldade de conseguir escravos domésticos, o discurso higienista veio a apontá-las como transmissoras de determinadas doenças, como a sífilis e a tuberculose, por meio do seu leite, criando uma imagem negativa sobre essa figura.

Ademais, o europeu oitocentista, recém-chegado às terras brasileiras, também trazia consigo seus preconceitos e ideais do século XIX. Segundo salienta Mussatti-Braga (2015), além dos preconceitos que já existiam na Europa com relação à população escrava, havia também a repulsa em manter a proximidade com eles. Tal proximidade era classificada como retrógrada, porque se acreditava que essa população era povoada por indivíduos perigosos, o que não combinava com o modelo europeu que se desejava para o país, naquele momento.

A Dissertação de Barboza (2012) também nos apresenta dados importantes sobre a população mais vulnerável, especialmente mulheres e crianças, no fim do período imperial. Abordando em seu trabalho as estratégias de sobrevivência desenvolvidas pelas escravas forras e brancas pobres, nas últimas décadas do século XIX, aborda a importância da criança para a sobrevivência da família, assim como as consequências para algumas mães fora dos padrões.

Se existia uma criança no núcleo familiar, esta tinha função de suporte, auxiliando para garantir o sustento de sua família. O número de mulheres pobres que exerciam algum tipo de trabalho era grande, com uma maioria atuando como lavadeiras e cozinheiras. Os menores da casa, então, dividiam os afazeres, buscando insumos ou encomendas. Longe do ideal de infância, temos, nesse cenário, crianças quase próximas às descrições da Idade Média, feitas por Ariès (1978).

Uma outra parcela dessas crianças tinha diferente destino: parte dela era entregue voluntariamente a tutores, enquanto outras eram retiradas de suas famílias. Com efeito, se, por um lado, temos crianças coexistindo e participando do meio adulto, como na Idade Média, por outro, a Justiça passa a transformar essa concepção, atribuindo responsabilidade à família pelo bem-estar e cuidado dos menores (BARBOZA, 2012). Neste trecho, destaco uma das formas de retirada involuntária: de

acordo com a autora, “[...] as mães de crianças tuteladas, órfãs apenas de pai, muitas vezes perdiam o direito de criarem seus filhos(as) por não conseguirem provar ao juiz de órfãos que eram pessoas idôneas” (p.104), capazes de criar essa criança. A falta de alguém que testemunhasse a seu favor ou a situação de desamparo social implicavam a impossibilidade de reaver os filhos (BARBOZA, 2012).

A autora relata ainda que, no cotidiano, essas mulheres buscavam as autoridades, na tentativa de reaverem suas crianças. Muitas eram enviadas para as Companhias de Aprendizes da Marinha, como forma de garantir-lhes boas condições de vida e desenvolvimento. Havia uma crescente preocupação com o número de menores “vadiando” pela cidade, e o emprego em serviços do Estado era certamente mais útil e honrado:

As mudanças impetradas pelo Estado, no sentido de regradar os comportamentos dos moradores da cidade, restringindo a circulação de menores pelas ruas, encontraram resistência visto que este projeto interferia na concepção dos grupos populares a respeito do papel da criança e do adolescente. Apesar da resistência, o Estado conseguia, de forma mais atuante, em muitas circunstâncias, retirar a guarda dos menores de suas famílias, principalmente das mães sozinhas, encaminhando-os às famílias ou pessoas, às quais fossem consideradas em melhores condições de recebê-los. (BARBOZA, 2012, p. 110).

2.7 Revolução sexual, novas configurações?

Em um salto histórico, chegamos ao século XX, onde temos o início da família “contemporânea”. A influência do feminismo, assim como o surgimento da pílula anticoncepcional, permitiu o questionamento dos lugares que as mulheres podiam ocupar e, mais tarde, a maternidade compulsória. Movimentos sociais passaram a buscar direitos iguais, a conquista ao voto e ao mercado de trabalho (BADINTER, 1985).

A família principiou a se organizar em uma relação entre dois indivíduos buscando relações íntimas ou a realização sexual e, juntamente com a possibilidade do divórcio, abriu-se o leque para a formação das novas configurações familiares, tais como as famílias homoparentais, monoparentais, reconstituídas, dentre outras (ROUDINESCO, 2003).

Entretanto, cabe questionar até que ponto essas conquistas realmente avançaram, e qual é, de fato, o público contemplado por essas revoluções, o qual

pode – de certa forma, às vezes com algum atrito – gozar dessas novas posições. Novamente, apresentamos a perspectiva de uma parcela da população privilegiada.

Na camada mais pobre, especialmente na comunidade negra, sempre tivemos mães solo, mães trabalhadoras. Ao contrário de serem consideradas revolucionárias, são frequentemente desqualificadas na sua capacidade de criar, cuidar e amar. No imaginário social, são exemplos do fracasso familiar, compondo as chamadas “famílias desestruturadas” (ROSA, 2020).

2.8 Contextualizando a maternidade e o uso de drogas

No Brasil e no mundo, é possível observar que o uso de álcool e/ou drogas por mulheres tem crescido significativamente, nos últimos anos. Trata-se de um dos problemas de saúde pública mais importante e atual. Se compararmos os dados epidemiológicos revelados no 1º e 2º “Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil”, veremos que a diferença entre homens e mulheres que consomem drogas diminuiu, de maneira geral.

As mulheres brasileiras passaram a consumir mais drogas. Entre o público feminino, houve o aumento do uso de tabaco (2001: 7,9% - 2005: 9,0%), álcool (2001: 5,7% - 2005: 6,9%), benzodiazepínicos (2001: 4,3% - 2005: 6,9%), maconha (2001: 3,4% - 2005: 5,1%) e estimulantes (2001: 2,2% - 2005: 4,5%) (CARLINI et al., 2002, 2007). Estima-se que 90% das mulheres que fazem uso de drogas estejam em idade reprodutiva, o que aponta para a necessidade de pesquisas e políticas públicas voltadas a essa população (BRASIL, 2010; ANDRADE, 2018; OLIVEIRA, 2016).

Muitos dos efeitos adversos na gestação, frente ao uso de substâncias psicoativas, decorrem da falta de acesso a serviços básicos, a exemplo do pré-natal (ANDRADE, 2018). Nesse sentido, as abordagens precoces são fundamentais para se realizar um diagnóstico diferenciado, a fim de propor um tratamento adequado e estabelecer propostas de redução de danos (RIOS, 2017) ou de abstinência, durante o período gestacional (REIS et al., 2008).

Segundo algumas pesquisas, nesse período, há uma maior motivação para a mudança de hábitos prejudiciais, como o consumo de álcool e/ou outras drogas. Trata-se, portanto, de um bom momento para implementar intervenções que visem a sensibilizar essa população (COUTINHO; COUTINHO; COUTINHO, 2014; OLIVEIRA; PAIVA, 2007; BRASIL, 2010; ANDRADE, 2018).

No entanto, como ressaltam Albuquerque e Nóbrega (2016), essas mulheres enfrentam muitas barreiras (externas e internas), na busca por um tratamento especializado. As autoras apresentam como fatores externos relevantes, isto é, dificultadores na procura de atendimento, a falta de encorajamento de parceiros e/ou familiares para tentar obter ajuda; a falha no encaminhamento para serviços especializados; a falta de serviços de tratamento para mulheres que necessitam de cuidados com os filhos e a falta de recursos econômicos.

Dentre as barreiras internas, além da negação do problema e da suposição de que o tratamento será ineficaz, Albuquerque e Nóbrega (2016, p. 24) destacam “[...] o medo da estigmatização por parte de familiares e profissionais, a preocupação sobre a perda da guarda dos filhos por estarem em tratamento, culpa, vergonha, e o medo de transtornar a família e sofrer represálias dos maridos, também usuários de drogas.”

Culturalmente, existe um preconceito com relação às mulheres que fazem uso de drogas. Esse preconceito se acentua, quando elas estão grávidas (ANDRADE, 2018; RIOS, 2017). A literatura aponta que as mulheres tendem a sofrer um grau diferenciado de exclusão, se comparadas aos homens. Isso ocorre à medida que elas passam a ser tidas como incapazes de exercer os papéis sociais que lhes são atribuídos, como a maternidade e o papel doméstico (OLIVEIRA, 2016).

Segundo Rangel (2018), essas mulheres fogem do estereótipo materno, contrariando aquilo que ainda se entende como “essência do feminino”. Quando o pano de fundo da maternidade é construído pela doação completa ao outro, aquela que decide pelo uso de drogas – algo que pode ser interpretado como uma prática que produz um prazer individualizado – é tomada como um ser egoísta, fato que não combinaria com uma mulher e mãe “verdadeira”.

Ferreira-Teixeira e Aiello-Vaisberg (2017) demonstram que, quando se pensa em uma mãe capaz de abandonar seu filho, é comum que ela seja associada, no imaginário social, à figura da mãe “drogada”. Como descrevem as autoras, ocorre uma polarização quanto ao que se pensa sobre essas mulheres, ora as representando como más e sem caráter, ora as tomando como vítimas de seu meio.

Mesmo as pesquisas qualitativas, interessadas em compreender as expectativas desse público com relação à maternidade, apontam que muitas mulheres se sentem incapazes de exercer o papel materno, tendo em vista que elas não conseguem enquadrar-se na imagem da mãe ideal e socialmente esperada,

chegando, em alguns casos, a entregar seus filhos para adoção (OLIVEIRA; PAIVA, 2007; OLIVEIRA, 2016; RANGEL, 2018)

Entretanto, as pesquisas também sugerem que a maternidade pode promover mudanças no padrão de consumo da substância, sobretudo diante de uma tentativa de “[...] atender aos padrões socialmente construídos de mãe e cuidadora dos filhos e da casa.” (OLIVEIRA; PAIVA, 2007, p.630). Assim, elas passam de um uso abusivo para um uso controlado, atingindo, em alguns casos, a abstinência no período da gestação, em função de uma atitude de cuidado (OLIVEIRA; PAIVA, 2007; CAMARGO, 2014; OLIVEIRA, 2016).

Quanto à criação dos filhos, ao entrevistar mulheres em uso de cocaína e crack, Camargo (2014) identificou que elas compreendem como “errado” exercer a maternidade ainda sendo usuárias de drogas. Mas, ao mesmo tempo, a autora indica que essas mães buscam desconstruir os estereótipos, enfatizando o zelo pelos cuidados com a criança e com os exemplos que passarão a elas. Além disso, nesse estudo, a autora identifica ainda diversas tentativas para que o uso não interfira na relação da díade.

Em um estudo português, Mateus (2013) se dedicou à avaliação da transição para o papel materno em mulheres que fazem uso de drogas. A amostra foi comparada com um grupo-controle de mães não toxicodependentes. Em sua análise, o autor identificou que os sentimentos de ambivalência e culpabilização prejudicam o investimento emocional no bebê.

Por um lado, as mães do estudo demonstraram sentir vontade de serem mães e de viver para o seu filho. Por outro, essas mesmas mulheres sentiam uma imensa falta de espaço e de disponibilidade para a maternidade, ligadas à culpa por não conseguirem corresponder às expectativas relacionadas a esse papel e à dificuldade de abandonar o vício. Assim, a “[...] dependência e a incapacidade de controle coexistem dramaticamente com a esperança e vontade de recuperação.” (MATEUS, 2013, p.79).

Nesse estudo, é possível notar que ser mãe e dependente química são papéis vistos como incompatíveis. Por isso, é comum que a mulher tenha que escolher entre um ou outro. Nesse cenário, os cuidados acabam sendo exercidos apenas funcionalmente, ou seja, considerando os cuidados básicos (higiene, alimentação etc.) como prioritários, em detrimento das relações emocionais e lúdicas. Nesse aspecto,

as redes de apoio consistem em um fator importante, uma vez que, para essas mulheres, o apoio tende a diminuir, à medida que o bebê cresce (MATEUS, 2013).

A partir de uma investigação com mulheres que tiveram seus filhos acolhidos institucionalmente, Coppolla (2005) constata que, embora o cuidado não tenha sido oferecido de maneira considerada adequada – motivo que justificava a separação –, isso não significa que a mãe seja indiferente à criança ou a rejeite. As falas das entrevistadas permitem entrever a culpa por tê-los perdido, bem como a esperança de reencontrá-los.

Sobre esse assunto, cabe ainda ressaltar que a literatura aponta que crianças que passam pelo acolhimento institucional vivenciam rupturas importantes, as quais produzem marcas em seu psiquismo e, por isso, não deve ser a primeira medida adotada (SOUSA et al., 2016; BERNÓ, 1999). Muitas delas perdem os vínculos com seus familiares e não são inseridas em famílias de apoio ou adoção, em razão da idade ou do tempo de abrigo. Assim, essas crianças permanecem “[...] sem referências socioemocionais relevantes para apoio e conquista em direção à autonomia.” (FÁVERO; VITALE; BAPTISTA, 2009, p. 20).

Nesse contexto, uma das alternativas possíveis diz respeito aos centros de acolhimento que oferecem alojamento ao conjunto mãe-bebê. Ainda escassas no Brasil, essas instituições recebem mulheres em uso de drogas e/ou situação de vulnerabilidade social e violência. Nesses centros, elas são acolhidas por um ambiente no qual podem receber orientações de uma equipe multidisciplinar, participar de oficinas profissionalizantes, ter acesso aos serviços de saúde, entre outras oportunidades. O tempo de permanência nessas instituições varia de seis meses a dois anos (SANTOS, 2019).

Santos (2019), quanto aos casos atendidos em uma dessas instituições, alude a resultados positivos em mulheres que estiveram no centro de acolhida. A manutenção de crianças em suas famílias de origem e a reinserção de algumas mulheres no mercado de trabalho são alguns deles.

No que diz respeito à experiência com grupos de gestantes em uso de drogas, Andrade (2018) indica que a vivência em um ambiente acolhedor, que possibilite falar sobre questões e angústias, sem temer represálias e julgamentos, teve resultados positivos sobre a saúde dessas mulheres. Foi possível contemplá-las com os serviços de saúde, assim como promover a manutenção da abstinência e recuperar os vínculos familiares.

3 PSICANÁLISE, AS MULHERES E O MATERNO

Como visto até aqui, as transformações que ocorreram em torno da figura materna, ao longo dos séculos, ajudaram a compor uma história e um caminho de subjetivação para as mulheres. Os discursos, as recomendações e as práticas sociais a propósito do papel feminino agem profundamente no imaginário das mulheres, que os carregam em sua bagagem social e psíquica acerca de sua constituição na maternidade e nos contornos do papel da mulher, na vida social. Assim, verificamos que a maternidade ganhou status e passou a ocupar uma parte central da essência feminina (VEREA, 2005; CAFFE, 2020).

Sabemos, contudo, que as representações relacionadas ao tema estão ligadas a ideologias marcadas pela política de cada época, definindo os papéis, as tarefas e as relações de poder entre os sexos (CAFFE, 2020). Nesse sentido, cabe-nos, aqui, conduzir uma discussão crítica no entrecruzamento das transformações históricas e sociais e a teoria psicanalítica, no que concerne ao tema referente à maternidade.

3.1 Discursos sobre a sexualidade: atravessamentos na teoria freudiana

Imersas no auge do pensamento moderno e da moral vitoriana, algumas das ideias de Freud acabaram por reforçar o lugar da mulher, naquela sociedade, destinada ao espaço privado e à maternidade, durante o final do século XIX e à florescência do século XX. Nesse sentido, é importante retomar as concepções relacionadas à sexualidade que antecederam, assim como as que passaram a vigorar no campo científico, nesse período, as quais incidiram de forma relevante nas discussões psicanalíticas sobre a mulher (ALONSO, 2011).

Na Antiguidade, a diferença entre homens e mulheres não era caracterizada por uma diferença sexual, em termos biológicos, como vigora nos dias de hoje. A premissa central, e que predominou até o fim do século XVIII, associava-se à teoria do sexo único, constituindo uma hierarquia ontológica e social entre homens e mulheres (BIRMAN, 2001).

A teoria, desenvolvida por Aristóteles e finalizada por Galeno, estabelecia um paradigma no qual a figura masculina era caracterizada pela superioridade, cuja imagem era a mais próxima dos Deuses e, portanto, próxima da perfeição. Ao macho

caberia a transmissão da humanidade e o domínio das demais criaturas, pois seus atos carregavam a marca do divino (BIRMAN, 2001; BADINTER, 1985).

As genitálias masculina e feminina eram compreendidas em uma equivalência, mas com uma diferença que garantia, a cada um, uma inscrição diferente e oposta na sociedade. O homem era o exemplo do completo desenvolvimento, com seus órgãos projetados, voltados para o exterior. A forma feminina, em seu contrário, remetia à interioridade, com seus órgãos invaginados e que não se completaram (BIRMAN, 2001; ZANELLO, 2018).

Isso era determinado pelo que Galeno desenvolveu como teoria do humor quente. Na presença desse humor, eram concebidos os seres do sexo masculino e, em sua ausência, do feminino. O quente, portanto, englobava todas as virtudes do homem, enquanto a mulher se caracterizava pela ausência desse humor (BIRMAN, 2001).

Como a teoria se baseava em um único sexo, acreditava-se que, em uma mulher, na qual o humor quente pudesse vir a se tornar dominante, sua genitália poderia transmutar-se para a forma masculina, projetando-se para o exterior. Dessa maneira, ela poderia alcançar as virtudes do masculino, tornando-se homem. O oposto, entretanto, nunca aconteceria. O perfeito jamais poderia tornar-se imperfeito (BIRMAN, 2001).

Nessa leitura, o masculino e o feminino ocupavam polos distintos, como a luz e a escuridão, a verdade e a não verdade. A exterioridade masculina evoca os atributos da ação e da atividade, que penetra e domina os espaços. A interioridade feminina, por sua vez, remete à passividade e à recepção, determinando, assim, a postura que cada um deveria assumir na vida social (BIRMAN, 2001).

No campo da maternidade, conforme já realçado, a mulher era considerada figura secundária no ato de gerar. O mérito que poderia receber era o de possuir um bom ventre a ser semeado por seu homem. No mais, seu lugar deveria ser o de silêncio e de obediência. Não havia um protagonismo feminino ou justificativa que concedesse lugar de importância, nesse tema (BIRMAN, 2001; BADINTER, 1985).

A teoria do sexo único perdurou até o fim do século XVIII. Mesmo no período renascentista, com a aurora dos estudos anatômicos, o masculino era ainda tomado como modelo de perfeição e base para um saber adequado sobre o corpo. Contudo, no fim do século, começam a surgir novos guias anatômicos e um novo discurso, esboçando as primeiras diferenças morfológicas entre os sexos (BIRMAN, 2001).

A partir daí, formulou-se a teoria da diferença sexual, pautando-se na distinção biológica entre os sexos. Ser homem ou ser mulher passa a ser determinado por marcas fisiológicas, hormonais e, posteriormente, no século XX, até cromossômicas. Cada um deles apresentaria características e regularidades que permitiriam uma distinção precisa e determinada pela natureza. A anatomia começa, por conseguinte, a retratar cada um dos corpos, ressaltando suas diferenças estruturais e de função.

No campo social, a política se beneficiou grandemente dessa visão. Em meio à Revolução Francesa, cujos ideais de igualdade eram exaltados, surgia uma forma de legitimar posições diferentes para cada um dos sexos. Por meio da determinação biológica, garantia-se a manutenção do lugar de domínio do homem e, estrategicamente, criava-se uma função mais interessante para a mulher, associando-a à maternidade.

Vale ressaltar que as questões morais e psíquicas também passaram a ser interpretadas com base na diferença sexual e hormonal. As psicopatologias denunciavam um desequilíbrio entre o somático e o moral. “Com efeito, essas anomalias e patologias psíquicas foram concebidas como formas de antinatureza e até mesmo monstruosidade, na medida em que existiria nelas uma evidente desarmonia entre os registros somático e mental.” (BIRMAN, 2001.p.45, grifos do autor).

3.2 Freud, feminilidade e maternidade

O conceito freudiano sobre a feminilidade e o lugar que a maternidade ocupa, nessa formulação, é tema de diversas discussões. Como afirma Birman (2001), nesse ponto, a teoria concebida por Freud é atravessada por diversas contradições e ambiguidades, as quais marcaram a leitura psicanalítica sobre a subjetividade feminina.

Embora a teoria do autor mostre avanços importantes, foi concebida inicialmente sem que a sexualidade feminina fosse conceituada em sua singularidade. Segundo argumenta Alonso (2011), por muitos anos, Freud considerou que o complexo de Édipo, formulado a partir do menino, seguiria um caminho simétrico na menina. Em “Sobre teorias sexuais infantis” (FREUD, 1908/2018a), assevera inclusive que, para a criança, só há um sexo reconhecido: o pênis.

Dessa forma, a base para conceber o complexo de Édipo foi idealizada em função de uma narrativa diretamente ligada ao masculino. Nas entrelinhas, conforme frisa Birman (2001), a concepção de simetria proposta é envolta por pressupostos que se conectam com o discurso do sexo único. A figura masculina pode ser entendida como o continente iluminado, revelado, a partir do qual se poderia apreender a feminilidade.

Nesse primeiro momento teórico, entretanto, a compreensão simétrica tinha como impasse a figura materna, que era o objeto de amor inicial para ambos os sexos. Essa concepção, portanto, não bastava para explicar a feminilidade. Esse impasse levou o autor a explorar as especificidades da mulher.

Desde a década de 1920, a diferença no percurso edípico passou a ser discutida por Freud, e o feminino foi ganhando um caminho diferente. A cena edípica passa a ser uma formação secundária na menina, ganhando destaque o seu percurso no Complexo de Castração. A fase pré-edípica, vinculada à relação com a mãe e que possibilitaria a mudança de objeto para o pai, também passou a ser mais explorada pelo autor (FREUD, 1925).

O feminino será, pois, uma das saídas do Complexo de Castração, quando a menina se depara com a diferença de seu genital com relação ao masculino. Ao perceber-se inferior, por não possuir um pênis/falo, sentimentos de hostilidade seriam destinados à mãe, responsabilizando-a por sua falta e, assim, invertendo o objeto de amor para o pai. Ao reconhecer a castração, a menina buscará, de alguma forma, ter o falo (FREUD, 1925, 1931/2018a; ALONSO, 2011).

Diante disso, três resultados seriam possíveis como saída para a experiência da castração, determinados por uma passagem bem-sucedida ou não. O primeiro deles seria a inibição da sexualidade, posição que levaria às neuroses. No segundo, a menina negaria a diferença sexual, reafirmando a sua falicidade; nesse caminho, a saída seria a virilidade. Por fim, na saída feminina, considerada normal e desejável para a mulher, a menina reconhece a falta e, por meio da equivalência simbólica, realiza o desejo fálico deslocando a libido do pênis para um filho; ou seja, a saída feminina seria a maternidade (FREUD, 1925, 1931/2018a; ALONSO, 2011).

As críticas ao autor recaem exatamente sobre essa questão, na qual a feminilidade normal se encontra atrelada à maternidade. Nesse ponto, a teoria passa também a se articular com o discurso da diferença sexual do século XIX, onde a maternidade é encarada como fim natural e parte da essência do feminino. O

complexo edípico, enquanto operação secundária, e a prevalência do complexo de castração na mulher implicaram igualmente afirmações que reforçaram o lugar da mulher, naquela época (BIRMAN, 2001).

Freud manteve intacto o estatuto das mulheres estabelecido no século XVIII, segundo o qual elas seriam mães por natureza, sendo então a maternidade um traço de sua essência. Não obstante, acrescentou ainda que as mulheres deveriam ser mães por vocação libidinal e, por consequência, deveriam funcionar no espaço familiar e não no espaço público. Foi essa a renovação semântica e conceitual, proposta pelo discurso freudiano, ao modelo das relações de gênero delineado no século XVIII. O que ressalta disso tudo é que as mulheres teriam uma menor capacidade de sublimação que os homens, especificamente pelo fato de que não conheceriam, ao contrário desses últimos, a angústia de castração, mas apenas o complexo de castração. Consequentemente, seriam incapazes de construir um super-eu consistente que lhes permitisse ter acesso completo à civilização e à sublimação” (BIRMAN, 2001, p. 206).

Para Alonso (2011), certas expressões e conceitos, como a “inveja do pênis”, que aparecem a partir da década de 1920 na teoria freudiana, ainda que pareçam sutis, tiveram importantes consequências clínicas e teóricas. Desse modo, cabe-nos reconhecer em quais pontos existem aspectos na teoria psicanalítica que podem ser desconstruídos, observando-se, também, as consequências dessa herança, sobretudo levando em consideração a evolução histórica que permeia tanto o contexto teórico quanto a atualidade.

3.3 Winnicott e a maternidade

Outro autor de destaque, quando abordamos o tema da maternidade, é o psicanalista inglês Donald Winnicott, frequentemente utilizado e citado como referência, quando pensamos na importância das relações iniciais para o desenvolvimento psíquico. Para ele, o cuidado nos anos iniciais da criança é crucial para o seu desenvolvimento emocional, ressaltando a importância da relação mãe-bebê para o estabelecimento do psiquismo (WINNICOTT, 1999).

Winnicott nos deixou uma contribuição relevante, ao constatar que a vida psíquica tem início em uma relação, e que a presença de um ser humano é fundamental para a constituição psíquica. Todavia, não podemos deixar de perceber os discursos político-sociais que também atravessam a sua teoria, especialmente relacionados à maternidade (PITLIUK, 2020).

Retomando suas considerações teóricas, vemos que Winnicott (1999) afirma que, ao nascer, o bebê não é capaz de se diferenciar de sua figura materna, necessitando viver um estado de dependência absoluta com relação a ela. Gradualmente, a mãe suficientemente boa – termo cunhado pelo autor – lhe apresentará o ambiente, permitindo que o bebê experimente um sentimento de identidade, sem ser invadido precocemente pela realidade.

Para que uma mãe possa exercer uma maternagem suficientemente boa, durante o período gestacional, é preciso que ocorra um estado de retraimento e sensibilidade exacerbada. Esse estado, que em outras situações poderia ser considerado uma doença, é denominado pelo autor como preocupação materna primária. É o desenvolvimento de tal estado que ensejará uma profunda identificação da mãe com seu bebê, pela qual ela poderá atender às necessidades dessa criança ou não.

De acordo com Miranda, Timo e Belo (2019), com base no conceito de preocupação materna primária, Winnicott introduz o primeiro argumento que sustenta um papel exclusivamente feminino sobre o cuidado de crianças. Apesar de não entender como determinante que todas as mulheres atinjam esse estado, após uma gestação, o autor enfatiza que a gravidez surge como uma condição para que ela consiga se adaptar às necessidades do bebê.

Ao analisar a teoria winnicottiana, Iaconelli (2013) aponta que variáveis biológicas permeiam as considerações do autor, que concebe a capacidade feminina para o cuidado como vinda desse lugar de naturalidade que apresentamos. A autora também argumenta que, por vezes, a obra winnicottiana se confunde nesse ponto, focalizando comportamentos que são aprendidos por meio das experiências pessoais e sociais juntamente com capacidades promovidas pela fisiologia.

Com relação ao destaque que a obra desenvolvida por D. W. Winnicott recebeu, em um período histórico relevante para a discussão que propomos, Miranda, Timo e Belo (2019) ressaltam que a produção do autor despontou no período após o final da II Guerra Mundial, no qual se exigiu uma reorganização social, haja vista as consequências das concessões realizadas para suprir as necessidades do Estado, durante esse período crítico. Para abastecer a demanda da produção do país, enquanto a população masculina era deslocada para os fronts de batalha, um número maior e mais abrangente de mulheres foi introduzida ao mercado de trabalho. Esse

afastamento do lar precisava ser resolvido, ao final do período de guerra, demandando uma redomesticação feminina.

A maternidade e a importância do papel feminino no lar passam a ser tratados com mais ênfase, e esse discurso não deixou de se manifestar nas teorias psicanalíticas. Acompanha-se um movimento em direção ao maternalismo teórico, “[...] afastando-se das descrições e análises que concebem o pai como fundamento das subjetividades.” (MIRANDA; TIMO; BELO, 2019, p. 01).

Assim, nota-se uma revalorização das mulheres pela via da maternidade, colocando-as como peça central, agora também, para o desenvolvimento de um psiquismo saudável. Nesse sentido, Parker (1997) comenta o imperativo da felicidade presente na obra winnicottiana, coincidentemente associado às demandas do pós-guerra. Há uma necessidade de substituir aquela maternidade rígida e austera para uma maternidade mais leve, embebida de felicidade e realização, estimulando o retorno ao lar.

Em “A criança e o seu mundo” (WINNICOTT, 1982), assim como na obra Os bebês e suas mães (1999), o autor se dirige diretamente às mães, não com a intenção de dizer-lhes como fazer seus cuidados, mas, principalmente, para explicar o que se passa em suas reações. Dentre as considerações presentes, o autor indica a importância de a mulher desfrutar das experiências, ainda que sejam desagradáveis, com seu bebê:

Divirta-se quando ficar contrariada porque os gritos e prantos do bebê o impedem de aceitar o leite que você anseia por dar com generosidade. Divirta-se com toda espécie de sentimentos femininos que você pode nem sequer começar a explicar a um homem. Em particular, sei que a leitora vai adorar os sintomas que gradualmente irão aparecendo, de que o bebê é uma pessoa e de que você é reconhecida como uma pessoa pelo bebê. Desfrute tudo isso para seu próprio prazer, mas o prazer que você pode extrair do complicado negócio de cuidar de uma criança é vitalmente importante do ponto de vista do bebê. O bebê não quer tanto que lhe dêem a alimentação correta na hora exata como, sobretudo, ser alimentado por alguém que ama alimentar seu próprio bebê. O bebê aceita como coisas naturais a maciez das roupas ou a temperatura correta da água do banho. O que ele não pode dispensar é o prazer da mãe que acompanha o ato de vestir ou de dar banho ao seu próprio bebê. Se tudo isso lhe dá prazer, é algo como o raiar do sol para o bebê. **O prazer da mãe tem de estar presente nesses atos ou então tudo o que fizer é monótono, inútil e mecânico.** (WINNICOTT, 1982, p. 27, grifo nosso)

De acordo com Parker (1997), a presença de tais afirmações colabora para a patologização de certos comportamentos maternos, especialmente a ambivalência

materna. Segundo a autora, o destaque para o prazer e a felicidade da mãe em cuidar de seu bebê desconsidera ou anula a presença desse sentimento, no cuidado oferecido pela figura materna.

Embora Winnicott não exclua as falhas maternas como um ponto importante para o desenvolvimento psíquico, cabe-nos perceber que, nas entrelinhas, algumas prescrições sociais acabam sendo reforçadas. Ao dirigir essas orientações diretamente para as mães, não sentiriam elas culpa por não conseguirem divertir-se com momentos difíceis, na sua relação com seu filho? Nesse mesmo sentido, como nós, profissionais, somos afetados por essas premissas?

3.4 Piera Aulagnier, a mãe e o mundo social

Com Piera Aulagnier, psicanalista francesa cuja produção foi iniciada na década de 1960, temos a abertura para a entrada em destaque do discurso parental e o elemento social. Por meio do seu trabalho com psicóticos, a autora dedicou-se a questionar alguns preceitos da teoria freudiana que não eram suficientes, diante de suas observações clínicas. Sua obra, por conseguinte, proporcionou importantes contribuições à metapsicologia, à compreensão das psicopatologias, metodologia e ética no trabalho analítico (SCATOLIN, 2011).

Para a autora, a criança é gerada em um grupo de sujeitos que se comunicam na mesma língua, que pertencem a uma religião, a uma classe social, entre uma série de outras características que compõem o discurso do meio e garantem a razão de ser desse grupo, em uma determinada cultura. O bebê é investido pelo grupo, nesse contrato narcisista, o qual lhe atribui um lugar de pertença, oferecendo-lhe uma historicidade. Ao mesmo tempo, esse investimento não se faz sem uma contrapartida, que seria a expectativa de que este novo membro da família mantenha o lugar da transmissão e a preservação dos valores e ideais, tanto de seu grupo como da sociedade (AULAGNIER, 1979; KOPITKE; PEREIRA; MELLO, 2005).

Assim, conforme a autora, o Eu é uma instância constituída pelo discurso, diretamente ligado à linguagem, mas, a fim de que possa advir, é necessário que haja um habitat adequado às suas exigências. No processo de subjetivação, o casal parental atuará como um elo intermediário entre a psique singular do bebê e o meio social. O micromeio familiar, como denomina, é responsável por apresentar os

fragmentos do campo social, de forma que possa ser percebido e investido pelo *infans* (AULAGNIER, 1979).

A mãe, então, seria a primeira figura que apresenta o meio ao bebê. Para isso, antes mesmo do nascimento, um lugar, uma ideia sobre este ser que há de vir, começa a ser composta. Como será, suas semelhanças, especulações sobre sua personalidade começam a ser constituídas, criando uma espécie de imagem com a qual a mãe possa se identificar. A sombra-falada o antecipa no discurso do outro, com base no desejo e idealizações parentais referentes a essa criança. Com relação a esse aspecto, Scatolin (2011, p. 148) afirma:

como o eu do bebê é pré-enunciado e pré-investido pela mãe, não podemos esquecer que a imagem do bebê construída ao longo da gestação, a qualidade e a intensidade deste investimento são fundamentais para o seu futuro desenvolvimento psíquico. por outro lado, este eu nasce imerso na história edipiana dos pais, constituindo-se em sua própria história edipiana por meio de uma dialética identificatória.

Através do seu discurso direcionado ao bebê, a mãe atua como porta-voz, fundamental para a estruturação do psiquismo do *infans*. Ela age tanto no sentido literal, daquela que fala ao bebê, que acolhe, antecipa, acalma e acalenta seus sentimentos, como também no sentido de uma representante da ordem externa, em que o discurso apresenta suas leis e exigências.

A psique materna, portanto, atua como uma prótese, desvelando, aos poucos, uma realidade modelada a partir do seu próprio psiquismo. Tal aspecto também constitui o que a autora chama de violência primária, pois, nesse primeiro momento, o desejo do bebê é interpretado em função do desejo da mãe (AULAGNIER, 1975).

Entretanto, a autora não apresenta a ideia de um bebê passivo, uma vez que ele também se opõe, inicialmente com seu corpo, saúde e fisiologia, marcando a diferença entre o objeto e a sombra projetada. Aos poucos, essa oposição se torna necessária e precisa ser desejada por ambos. Assim, vai se estabelecendo uma diferenciação do Eu, capaz de representar e compor a sua história e, ao fim, ligar-se à cultura.

Tendo em vista a discussão acerca das características maternas atribuídas às mulheres, pelos autores psicanalíticos, Aulagnier (1975) define que a mãe pressuposta em sua obra engloba as seguintes ideias: é aquela que apresenta a repressão de sua própria sexualidade infantil, apresenta amor direcionado à sua

criança, está de acordo com o essencial do discurso da cultura sobre o que se entende como função materna e tem, ao seu lado, o pai da criança, a quem tem sentimentos positivos.

Para ela, contudo, é preciso cuidado diante de determinadas generalizações e expectativas sobre o comportamento materno, assim como correlações estabelecidas entre esses pontos e as patologias. Antes, é preciso refletir sobre as vivências que também estão fora das patologias e na análise do que é a função materna:

Sem esta análise prévia, caímos num desvio bastante frequente no discurso psicanalítico [...] É uma tautologia lembrar que todo objeto particularmente investido é, ao mesmo tempo, aquele cuja perda possível concretiza os sentimentos da angústia do sujeito. A existência deste risco será imputada ao objeto e, sem que o sujeito o saiba, o objeto não será perdoado, podendo-se, portanto, desejar inconscientemente a sua morte, para o punir ou, como autopunição, pelo excesso de amor que ele suscita. Uma análise do desejo inconsciente da mãe pela criança mostrará sempre a participação de um desejo de morte e de um sentimento de culpa e a inevitável ambivalência suscitada por este objeto que ocupa, nesta cena, o lugar de um primeiro objeto perdido: retorno acompanhado dos afetos vivenciados por este primeiro objeto, cujo lugar ele vem agora ocupar. Fazer deste universal a causa da psicose, da doença, ou da morte da criança é não somente um contra-senso, mas uma opção cujas consequências, presentes na interpretação do analista, podem ser altamente nocivas. (AULAGNIER, 1975, p. 110-111).

O pai, em sua obra, aparece com um papel relevante e desejante. Representante da lei, detentor das saídas que darão acesso ao simbólico, a autora ressalta a pequena atenção dada ao desejo da figura paterna, incluindo o seu desejo por um filho. É interessante como a autora conduz essa discussão, incluindo pai como uma figura que ocupa um lugar enquanto transmissão do desejo de tornar-se pai para o infans.

Por fim, o elemento cultural e o elemento social embasam sua obra, abrindo espaço para percebermos que os papéis, quem os desempenha, os determinantes do bom e do ruim, enfim, estão em constante movimento e sujeitos a alterações temporais. Além disso, a associação do papel materno e paterno ao desempenho, atribuída respectivamente à mulher e ao homem, é tomado pela autora como uma concessão da cultura que cede e autoriza que esses lugares sejam respectivamente atribuídos à mulher e ao homem. Assim, pontua que não importa, de fato, se as funções serão desempenhadas por outras pessoas, desde que sejam

desempenhadas, não se restringindo a sua execução à mulher, conforme a citação a seguir:

Podemos perfeitamente imaginar um sistema, no qual este representante não é o pai. Mas qualquer que ele seja (o tio, um antepassado, o sacerdote, uma classe ou uma casta ou a classe das Mães), seu papel não deixa de ser necessário. O discurso materno deverá, portanto, encontrar este ponto de referência e em seguida aceitar ser a voz que enuncia ao infans a existência desta referência. A função materna precisa se apoiar sobre um modelo, sendo este modelo o que é invocado para a criança como razão, lei, fundamento de seu agir. O suporte que, segundo as diferentes culturas, sustenta o papel de representante do discurso dos outros, não é indiferente para o destino psíquico do sujeito, como não é indiferente a maior ou menor valorização do modelo pelo grupo. (AULAGNIER, 1975, p.138).

3.5 Emilce Dio Bleichmar, gênero e subjetividade materna

Emilce Dio Bleichmar é uma psicanalista argentina cujo trabalho produziu questionamentos sobre o feminino e gênero, na teoria psicanalítica. Durante a década de 1980, iniciou uma revisão sistemática sobre a histeria, construindo um diálogo entre o feminismo acadêmico e a psicanálise.

Especificamente sobre o tema da maternidade, a autora pontua que é cada vez mais abundante a produção e a divulgação, nas grandes mídias, sobre como exercer uma maternidade saudável, considerações sobre modos de educação menos traumáticos, uma série de recomendações que passam a integrar materiais consumidos – ativa e passivamente – por mulheres (BLEICHMAR, 2016).

Com isso, em sua experiência clínica, Bleichmar (2016) relata que todo esse material divulgado amplamente pela mídia resulta num discurso de mães que chegam munidas de conceitos teóricos, em suas falas, buscando, de alguma forma, cumprir seu papel da melhor maneira, para se tornarem excelentes mães. Enfatiza que suas pacientes são atravessadas por um estado mental marcado pelo sentimento constante de que elas não se enquadram em um modelo ideal de maternidade e que, assim, não são capazes de ser uma “mãe suficientemente boa”.

A autora sugere que o uso frequente do conceito de função materna e de “mãe suficientemente boa” acarreta automaticamente a associação da relevância desse papel para o desenvolvimento do psiquismo humano, assim como dos possíveis danos que podem ocorrer, quando um Outro não comparece para acolher o bebê.

Inúmeros trabalhos discutem os efeitos das falhas da função materna para as psicopatologias (tais como indicam os termos mãe fálica, mãe esquizofrenogênica), capazes de instaurar uma leitura que conduz ao entendimento de uma culpabilização

materna pela produção sintomática dos filhos. Por outro lado, é importante destacar o questionamento, feito pela autora, de que não encontramos a mesma dedicação para compreender os efeitos que a maternidade e os papéis de gênero operam sobre a subjetividade da mulher.

Partindo do conceito de intersubjetividade, em sua relação assimétrica com os filhos, os pais transmitem suas fantasias sobre a feminilidade e a masculinidade propostas pela cultura e mediados pelas suas próprias vivências. De acordo com a autora, a feminilidade primária não tem como núcleo a anatomia genital, mas passa por uma encenação precoce da maternidade, estabelecida e transmitida na relação familiar (BLEICHMAR, 2006).

Na sua forma de brincar, privilegiada por bonecas e casinhas, a menina encena a relação familiar, trocando os papéis com a sua mãe e com os outros adultos responsáveis pelo seu cuidado, marcada por uma característica maternal, reproduzindo nessa cena o passo a passo daquilo que é tido como a principal atividade feminina, isto é, o papel de cuidadora e mantenedora do ciclo vital.

O instinto de preservação da espécie humana é reduzido ao mínimo; um recém-nascido não poderia sobreviver, se deixado por conta própria. O que na vida animal é assegurado pela “ação específica”, no ser humano, é função do adulto; e, na história da humanidade, é responsabilidade da mãe; é heteropreservação. (BLEICHMAR, 2006, s/p, tradução nossa).

Esse papel, portanto, compõe a subjetividade das mulheres. As instâncias psíquicas são assinaladas pelo gênero, e a maternidade compõe um dos primeiros núcleos do ideal de ego feminino e um dos objetivos do seu sistema narcísico, constituindo a sua representação do que é ser mulher (BLEICHMAR, 2017):

No desenvolvimento evolutivo da menina, ocorre uma situação privilegiada na constituição de um ego feminino, desde o início do reconhecimento intersubjetivo, já que a figura do apego é seu par. As atribuições de feminilidade que os pais podem conferir a esse corpo sexuado dão origem ao apego – um poderoso apego, de fato, da valorização e idealização pela menina de seu igual, que adota tal posição-chave, afetiva e instrumentalmente, durante sua vida. A identificação com a mãe e a constituição de um ideal Ego-Ego Ideal à sua própria imagem é garantida pela própria estrutura da relação. A autora afirma que essa dimensão não é suficientemente destacada nas propostas sobre a feminilidade primária. (BLEICHMAR, 2006, s/p, tradução nossa).

Em suas críticas à obra freudiana e kleiniana, pontua que, ao se tratar da mulher e da mãe, os efeitos que o papel materno produzem permaneceram praticamente invisíveis e, em decorrência de tal invisibilidade, ao se tornar aquela que garante a preservação da vida, a mulher pode experimentar sentimentos de responsabilidade, culpa e de não se sentir suficiente para cumprir esse mandato.

A autora introduz, então, o conceito de um supereu materno. Quando uma mulher se torna mãe, opera nela esse supereu, que se baseia na constante necessidade de reafirmar que está fazendo o certo e o melhor para o seu bebê, baseada em uma série de ideais, e que, pela relação com o real, entrará em conflito. A tolerância ao conflito, de lidar com a autocrítica e a autoavaliação diante da maternidade, será essencial para que essa mulher consiga realizar os cuidados com seu bebê.

Outro aspecto essencial ressaltado por Bleichmar (2016, 2017) diz respeito à existência da agressividade na relação da mãe com o seu bebê. Assim, aponta duas dimensões ocupadas pela agressividade: em sua experiência clínica, é notável a intolerância à ambivalência na maternidade, ou seja, quanto mais as mulheres possuem um alto grau de idealização sobre seu papel, mais intolerantes se tornarão à agressividade presente na sua relação com o bebê, justamente devido à dificuldade de tolerar e de se conectar com esse elemento agressivo existente no cuidado dispensado.

Por outro lado, destaca que, do ponto de vista social, os códigos morais operam de modos diferentes e em diversas intensidades, quanto aos papéis feminino e masculino, sendo que a agressividade feminina não é tolerada nem aceita. Uma mulher que não permanece com seu filho e o entrega para adoção é desqualificada e tachada como desnaturalizada (BLEICHMAR, 2017). A mensagem passada para a mulher, nas entrelinhas, seria: seja mãe ou não seja nada.

O papel do analista, no trabalho com mães, é ampliar seu olhar. Para além da compreensão importante sobre a função materna para subjetivar o bebê, é igualmente necessário abarcar o ônus que envolve e que pode dificultar o caminho de subjetivação da mulher, em torno da maternidade. A atuação profissional seria marcada pelo acolhimento, compreensão e desconstrução da culpa diante dessa tarefa tão intrinsecamente atribuída à mulher (BLEICHMAR, 2016).

3. 6 Estudos acerca da maternidade em contexto de vulnerabilidade: reflexões atuais

Stern (1998) preconiza que com o nascimento de um filho a mulher entra em uma nova e única organização psíquica: a constelação da maternidade. Essa organização é temporária, e determinará uma série de novas tendências de ações, sensibilidades, fantasias, medos e desejos na vida da mãe, especialmente durante esse período.

Durante o primeiro ano, o bebê passa a ser o eixo predominante da sua vida psíquica. Nesse ano inicial, o complexo de Édipo fica em segundo plano. Ainda para Stern (1998), as questões edípicas não deixam de ser importantes. Entretanto, a tríade edípica mãe, mãe-da-mãe, pai-da-mãe e sua reedição Mãe/Pai/Bebê dão lugar para a nova tríade psíquica mãe da mãe-mãe/bebê.

Portanto, a constelação da maternidade responde a três preocupações e discursos diferentes, mas que se relacionam interna e externamente: “[...] o discurso com a própria mãe, especialmente com sua mãe-como-mãe-para-ela-quando-criança; seu discurso para consigo mesma, especialmente com ela-mesma-como-mãe; e seu discurso com o bebê” (op. cit.p.161). A constelação requer, assim, grande trabalho e reelaboração mental.

Além disso, quatro competências também compõem essa organização:

1. Ela será capaz de manter a vida e o crescimento do bebê? Chamemos esse tema de tema de vida-crescimento.
2. Ela será capaz de envolver-se emocionalmente com o bebê de uma maneira pessoalmente autêntica, e será que esse envolvimento assegurará o desenvolvimento psíquico que ela quer para o bebê? Esse é o tema do relacionar-se primário.
3. Saberá ela criar e permitir os sistemas de apoio necessários para cumprir essas funções? Esse é o tema da matriz de apoio.
4. Ela será capaz de transformar sua auto-identidade para permitir e facilitar essas funções? Esse é o tema da reorganização da identidade. (STERN, 1998, p.162. destaques do autor).

A constelação da maternidade não é universal, tampouco inata. Dessa forma, as condições sociais, culturais e políticas desempenham um papel importante para moldar sua forma prevalente em nossa sociedade. Além disso, Stern reconhece que a sociedade atribui um grande valor à criança e ao papel maternal. No entanto, essa mesma sociedade não propicia a essas mulheres o apoio adequado para uma boa execução do papel materno (STERN, 1998).

Como já foi dito aqui, mulheres que fazem uso de álcool e/ou outras drogas enfrentam inúmeras barreiras e preconceitos quando expressam o desejo de cuidar de seus filhos (ALBUQUERQUE, NOBREGA, 2016; OLIVEIRA, 2016). São mulheres que também trazem consigo histórias de múltiplas violências e violações que devem ser levadas em consideração (MARANGONI, OLIVEIRA, 2011).

Nesse sentido, destacamos o trabalho de Aching (2013). Esse estudo buscou entender no que consiste a noção de *mãe suficientemente boa*, segundo a concepção de mulheres em situação de vulnerabilidade, moradoras de uma maternidade social. A autora aponta para a dificuldade de entrar nesse estado quando questões básicas, como moradia e alimentação não são garantidos. Além disso, segundo a autora, também ocorre a perda de laços com familiares e/ou companheiro, isto é, o afastamento de pessoas que poderiam apoiar a mãe e sua criança.

As instituições sociais, nesses casos, acabam por desempenhar um papel importante para a retomada e fortalecimento dos vínculos, bem como promover o acolhimento das necessidades emocionais dessas mulheres.

Segundo Prata e Cintra (2017), a maneira por meio da qual a maternidade é vivenciada está diretamente ligada à história pessoal e ao contexto particular no qual a gestação se desenvolve. Dessa forma, o sofrimento psíquico que essa mulher poderá enfrentar pode não estar, necessariamente, ligado ao nascimento do bebê. Ao contrário, esse sofrimento pode se originar a partir de outras ocorrências que fazem parte de sua vida, como experiências traumáticas não elaboradas.

Um estudo de orientação psicanalítica realizado em comunidades terapêuticas italianas com mulheres em uso de drogas e seus bebês, obteve resultados interessantes nesse aspecto. Vizziello, Simonelli, Pentenà (2003) apontam que a mudança para um ambiente acolhedor, que seja capaz de possibilitar às mães cuidar dos seus bebês e receber cuidados para si, constitui um fator positivo para o apego. Sustentar a maternidade, e não somente punir as mães em suas dificuldades pode permitir que revisem conteúdos de seu passado e, conseqüentemente, constituam um vínculo positivo com seus filhos.

Santos e Mota (2014), por sua vez, chegam a reflexões importantes ao buscar compreender o significado da maternidade na vida de três adolescentes institucionalizadas. Em casos em que temas como violência e vulnerabilidade perpassam a história das mulheres, a maternidade é uma saída. Para as autoras, essa experiência permite, justamente, que elas sejam vistas através de uma função (ser

mãe) bastante valorizada na sociedade. Assim, por meio do apoio e sustentação oferecidos pela equipe, cria-se condições para que elas conquistem a confiança em si e em suas habilidades.

A violência impede que o homem se torne um ser humanizado. O sentimento de entrega que existe na relação mãe e filho torna-se um desafio diante da falta de sustentação do ambiente e da insegurança interna do indivíduo. De uma geração a outra, o sentimento de insegurança é transmitido, assim como a necessidade de provocar o ambiente para saber se é possível confiar nele ou não. O que não se pode esquecer é que essa situação revela um pedido de ajuda, que se for percebido a tempo, pode modificar a maneira pela qual as relações vêm sendo construídas (SANTOS, MOTA, 2014, p. 524).

Como aponta Cecarrelli (2005), impregnados pela cultura, muitas vezes tomamos certas concepções - ligadas a um local ou a uma época - como universais, impondo uma única possibilidade de interpretação de certas realidades. No campo das famílias, facilmente somos levados a pensá-las sobre um ponto de vista ligado aos modelos tradicionalmente constituídos, fato que pode comprometer a abordagem e o trabalho ético com as diferentes organizações familiares existentes no contemporâneo.

Não existem evidências, segundo o autor, para dizer *a priori* que um modelo é mais ou menos patogênico. Encontram-se nessas famílias crianças “normais”, problemáticas, com dificuldades escolares, entre outros, da mesma forma em que encontram-se nas famílias tradicionais. “[...] o que diferencia essas crianças é o que diferencia os seres humanos: a particularidade do trajeto identificatório e das escolhas de objeto.”

Desta forma,

Temos de enfrentar questões e tentar responder a perguntas que nos permitirão separar aquilo que, de fato, se revela do domínio da psicanálise daquilo que pertence ao imaginário. Pronunciar-se sobre a dinâmica da filiação não significa prescrever como essa dinâmica deve ocorrer. Estaríamos, neste caso, colocando a psicanálise como guardião de uma organização simbólica imutável, e detentora de um saber que lhe outorgaria o poder de deliberar sobre o normal e o patológico: nada seria mais distante da ruptura freudiana! (CECARRELLI, 2005, p.270)

Tomando como base o conceito de *parentalidade*, compreendemos que o processo de tornar-se mãe ou pai, vai muito além de um enquadramento tradicional

de família ou de uma função essencialmente biológica. A construção do papel parental é complexa, trazendo consigo as marcas do contexto sociocultural, da história de cada um dos genitores, bem como das histórias de suas famílias (LEBOVICI, 2006; HOUZEL, 2006; ZORNIG, 2010b).

O conceito de *preocupação materna primária* aponta para a dimensão intergeracional da transmissão psíquica, em que o nascimento do bebê reativa as representações mentais de seus pais, e refere-se aos recursos que cada um terá para o exercício do papel parental (ZORNIG, 2010a; 2010b). Segundo Lebovici (2006), para tornar-se mãe ou pai, “[...] é preciso ter feito um trabalho interior que começa pela aceitação de que herdamos algo de nossos pais” (p.21).

O vínculo mãe-bebê, bem como o grupo familiar, constituem o que Correa (2003) chama de berço do psiquismo do sujeito, “[...] constituído por uma tecelagem psíquica grupal que atravessa outras gerações” (p.5) A sobrevivência física e psíquica do bebê, portanto, só pode ser garantida com a sua inscrição em uma história e trama familiar (ZORNIG, 2010a).

No contexto familiar, podemos distinguir duas formas da transmissão psíquica geracional, ambas interligadas. A transmissão intergeracional dirige-se ao que é transmitido entre duas gerações em relação direta, tal como ocorre dos pais para seus filhos (CORREA, 2000; ZORNIG, 2010b). O sujeito herda os conteúdos, mas adquire de forma singular o que lhe foi transmitido. Nela há espaço para a elaboração e transformação dos conteúdos, favorecendo a diferenciação entre as gerações (TRACHTENBERG, 2005).

Já a transmissão transgeracional refere-se ao material não-transformado, não-simbolizado, ocorrendo entre as gerações que podem, ou não, ter um contato direto, tais como avós, bisavós e tataravós (CORREA, 2000; ZORNIG, 2010b). É fruto de lutos, segredos, violências, vazios, traumas e tudo aquilo que não pode ser elaborado em uma determinada geração. (TRACHTENBERG, 2005).

Inegavelmente, as mulheres e bebês de nossa pesquisa se encontram em um contexto de múltiplas violências e violações que devem ser levados em consideração. Marangoni e Oliveira (2011), em uma pesquisa que entrevistou 12 mães usuárias de drogas, aponta que 11 delas relataram ter sofrido alguma violência física ou psicológica durante a infância, e ao menos 6 também referem violência sexual. O comportamento aditivo nas famílias de origem também foi relatado por

Verificou-se que os vínculos primários e afetivos das mulheres podem ser categorizados como fracos, por relações conflituosas e dinâmicas familiares inadequadas, onde as atitudes da família e dos companheiros favoreceram o comportamento aditivo. O baixo vínculo familiar e os conflitos, representados pela presença de violências física e psicológica, e relações amorosas com companheiros que faziam uso e realizavam tráfico de drogas foram determinantes para o uso/continuidade do consumo e exclusão social das mulheres. (MARANGONI, OLIVEIRA, 2011, p.669)

Tal como aponta Correa (2003), a função de continência e elaboração no grupo familiar pode ser comprometida por diversas situações de violência, tanto de ordem intrafamiliar como político-social. O silêncio diante da violência, bem como a ruptura dos vínculos são “[...] o denominador comum que percorre a falta de inscrição do sujeito na sucessão das gerações e no tecido grupal comunitário, limitando ou impedindo o acesso aos processos de simbolização que organizam uma cadeia de significantes” (p.65).

Os traumas não elaborados são capazes de interromper a transmissão intergeracional, como aponta Trachtenberg (2005), comprometendo, por exemplo, a capacidade parental de metabolizar as ansiedades primitivas do bebê. Esses sujeitos repetirão esses conteúdos ao longo das gerações, carecendo de um contexto que permita a sua transformação.

Com base em um levantamento bibliográfico acerca do tema, o campo psicanalítico apresenta algumas possibilidades para a compreensão e o trabalho com essas famílias.

Para Houzel (2006), mesmo com muitas dificuldades em exercer o papel parental, os pais podem assumir os cuidados do bebê, ainda que parcialmente seja necessária uma rede de apoio e acompanhamento que garantam a segurança da criança e ajudem a melhorar da competência dos pais. O conceito de *parentalidade parcial* propõe favorecer ao máximo o funcionamento dessas famílias, fazendo substituições somente diante de falhas graves, respeitando tudo o que pode ser exercido por esses pais.

Valorizar tanto quanto possível, essas parentalidades parciais permite ao mesmo tempo diminuir a temida ferida narcísica que experimenta todo indivíduo reconhecido como imperfeito na sua parentalidade e favorecer a construção, no mundo interno da criança, de imagos parentais de boa qualidade e evitar favorecer as

clivagens que se operam quando uma criança é confrontada com a dualidade de figuras parentais, umas (os pais substitutos) reconhecidamente sãs e competentes, outras desqualificadas e declaradas incompetentes, isto é, perigosas. (HOUZEL, 2006, p. 51)

Ademais, Arreguy (2011), ao falar especificamente da parentalidade frente às adições, propõe o oferecimento de *holding*, um suporte à maternagem dessas mulheres, superando as estigmatizações que as acompanham. Para a autora, não é possível prever os caminhos que a parentalidade podem tomar diante das precariedades sociais e subjetivas que envolvem esses sujeitos, mas é possível abrir “vias de elaboração de sentido e de ligação afetiva” (p.83) por meio do atendimento dessas essas famílias

4. OBJETIVOS

Propomos para essa pesquisa os seguintes objetivos:

Objetivos Gerais:

Investigar as concepções e as bases teóricas e técnicas dos profissionais da psicologia que realizam avaliações de mães usuárias de drogas, em tratamento ou não, durante o período do parto e pós-parto imediato em maternidades.

Objetivos Específicos:

- Especificar como esses profissionais entendem essas maternidades, levantando os principais pontos considerados para compor a decisão pela separação da díade;
- Compreender como esses profissionais se sentem diante das avaliações solicitadas para esses casos, abordando os sentimentos e conflitos envolvidos nesse momento;
- Explorar como os documentos produzidos por esses profissionais são redigidos, identificando as bases teóricas e técnicas, além dos argumentos que estruturam a sua decisão.

5 METODOLOGIA

Na presente pesquisa, escolhemos utilizar a metodologia qualitativa para a abordagem do tema. O material que compõe as investigações qualitativas está, como indicam Minayo e Sanches (2018), no que é expresso no dia a dia dos sujeitos. Encontra-se nas falas, nas conversas, nas relações afetivas, nas relações profissionais, na política, nos discursos acadêmicos etc. (MINAYO; SANCHES, 1993). Os sujeitos se apresentam ao pesquisador como “[...] uma síntese complexa de seu contexto sócio-histórico, dotado de interioridade e de uma configuração social exterior a ele.” (MINAYO; COSTA, 2018, p.17-18).

É exatamente por isso que cabe ao investigador, igualmente, compreender o caráter histórico, provisório e dinâmico que atravessa os dados coletados. Na pesquisa qualitativa, interessa ao investigador os sentidos dados pela população investigada diante do tema apresentado naquele contexto, encontrando pontos que sustentam as suas concepções, assim como potenciais transformadores em suas falas (MINAYO; COSTA, 2018). Dessa forma, a abordagem se adequa aos objetivos que buscamos atingir, por meio de nosso estudo.

A fim de abordarmos a história e vivências de mulheres usuárias que podem ter seus filhos separados logo na maternidade, através da ótica de psicólogos envolvidos nesse processo, optamos por realizar a coleta de dados através de entrevistas semidirigidas.

A entrevista fez uso de conceitos psicanalíticos, como o estabelecimento do setting, a associação livre de ideias e a apreensão das relações transferenciais. As questões abertas, adotadas por esse instrumento, e a oportunidade de tanto o entrevistador como o entrevistado direcionarem os conteúdos abordados na pesquisa permitirão a obtenção de informações relevantes, no que concerne aos objetivos investigados (TURATO, 2011).

As informações obtidas nas entrevistas contribuíram para elaborações a respeito das concepções dos psicólogos acerca do contato profissional com a experiência da maternidade em questão, além dos critérios utilizados por esses profissionais para a realização das avaliações e da produção dos relatórios técnicos. Apresentamos também os sofrimentos e conflitos existentes nesses profissionais, diante de seu contato com essa demanda de trabalho, assim como a relevância do

trabalho e o papel das redes de saúde e do sistema judiciário, que exercem impacto em todas as considerações supracitadas.

Para atingir os objetivos propostos, elaboramos um roteiro (ANEXO A) da entrevista, utilizado para sua realização.

É importante ressaltar os desafios e limitações impostos devido à pandemia pelo SARS-CoV-2, especialmente associadas à coleta de dados em campo. Inicialmente, nossa pesquisa propunha uma investigação feita diretamente com mães em uso de substâncias psicoativas. Para cumprir os objetivos determinados, a proposta previa o desenvolvimento de um estudo de caso com mães que: a) fizessem uso de drogas ou estivessem em tratamento; b) estivessem residindo em centros de acolhida especializados no recebimento da díade mãe-bebê.

Para tanto, seriam efetuadas entrevistas semidirigidas com essas mulheres. As entrevistas seriam presenciais, diretamente no centro de acolhida do qual obtivemos autorização para a coleta de dados. Todavia, devido à mudança no contexto social, em razão da pandemia por Covid-19, consideramos ser inviável a realização de entrevistas presenciais.

Soma-se a esse fato a especificidade do público-alvo da pesquisa, o qual dificulta o estabelecimento de um contato virtual. O grupo escolhido vive em situação de extrema vulnerabilidade social, não dispondo de recursos materiais, como um celular ou computador, para viabilizar a entrevista remota. Ao mesmo tempo, o centro de acolhida referido – assim como outros contatados – encontravam-se com alta demanda de trabalho, impossibilitando o manejo da equipe local para auxiliar no momento da entrevista.

Portanto, a pesquisa passou por modificações quanto aos objetivos e à população estudada, vindo a focar nos psicólogos que atuam e/ou atuaram com a população de mães usuárias de drogas em hospitais-maternidades e, por meio deles, dar voz às questões dessas mulheres.

5.1. Público-alvo e campo de pesquisa

O público-alvo desta pesquisa foi composto por psicólogos que atuam e/ou atuaram em hospitais-maternidades e que, portanto, atendem à demanda pesquisada, de acordo com os seguintes critérios estabelecidos:

a) Tenham atuado nos últimos dois anos, ou estejam atuando em hospitais-maternidades que recebem gestantes usuárias de drogas;

b) Estiveram, ou estão diretamente envolvidos nos casos de avaliação, produção de documentos e tomadas de decisão que possam culminar na judicialização dessas famílias.

A amostragem empregada na pesquisa foi proposital, intencional ou deliberada, de acordo com os critérios apresentados (TURATO, 2011). Todas as entrevistas foram realizadas de forma on-line e remota, seguindo as recomendações de biossegurança e distanciamento social.

A amostra foi composta através do método bola de neve. A partir do encontro de um participante correspondente ao nosso público-alvo, bem como de contatos da pesquisadora, solicitamos a indicação de outros indivíduos de sua rede de contatos que atendessem à proposta de pesquisa. Os indicados também puderam fazer sugestões de novos participantes, compondo, assim, a amostra final.

A técnica nomeada como bola de neve é uma forma de amostra não probabilística, a qual dispõe de uma cadeia de referência; a construção dessa amostragem se dá com a seleção de sementes, ou seja, informantes-chave que auxiliam o pesquisador a encontrar pessoas com o perfil necessário para se encaixar na população geral; em seguida, é solicitada às pessoas selecionadas a indicação de novos contatos com as características desejadas (VINUTO, 2014).

5.2 Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências e Letras de Assis, CAAE: 21757719.7.000.5401. Para as entrevistas, foi enviado antecipadamente, por e-mail, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contemplando os objetivos da pesquisa, a participação facultativa, a garantia de sigilo e os riscos. As entrevistas foram efetuadas apenas após a resposta do participante, garantindo seu aceite às condições apresentadas. Também foi realizada uma leitura do termo, durante a videochamada, no qual o participante declarou seu consentimento aos termos e à gravação.

A fim de garantir a segurança dos dados e gravações, as entrevistas gravadas não foram mantidas em aplicativos de armazenamento em nuvem, concentrando-se todo o material em pasta segura, no computador da pesquisadora.

5.3 Detalhamento da coleta de dados

A primeira fase foi composta por um levantamento bibliográfico sobre o tema, utilizando bases de pesquisa acadêmica e livros que pudessem cooperar para a compreensão do fenômeno e a análise de nossos casos. Foram consultadas as bases Scielo, Capes periódicos, Phaternon, BVS psi e repositórios oficiais de universidades.

As entrevistas ocorreram na modalidade remota, devido aos cuidados sanitários requeridos pelo contexto pandêmico. Foram adotadas, para a realização das videoconferências, os aplicativos Zoom e Google Meet, respeitando-se a preferência e a possibilidade do entrevistado. Todas foram gravadas e transcritas na íntegra, compondo o material de análise.

A busca por participantes que atendiam aos critérios da pesquisa aconteceu de setembro de 2021 a fevereiro de 2022. Para tal, a pesquisadora entrou em contato com instituições e maternidades públicas, fazendo o convite e solicitando a divulgação dentro da rede de contatos desses locais. Recebemos retornos de alguns grupos que não atenderam aos requisitos da pesquisa – como trabalhadores do CAPS e consultórios de rua – e chamou nossa atenção que raramente estes tinham um contato de um profissional atuante em maternidade para nos indicar.

As entrevistas aconteceram no período de março a maio de 2022. Nossa amostra final foi composta por seis psicólogas, e o critério utilizado foi de saturação do conteúdo. Ademais, o retorno de psicólogos que atuam/atuavam com mulheres em uso de substâncias psicoativas foi baixo, mesmo com a busca ativa e indicações. Chamou-nos também a atenção que uma parte delas tinha a expectativa de participar da pesquisa, respondendo a questionários e não por uma entrevista direta.

5.5 Perfil das entrevistadas

Neste tópico, apresentaremos uma breve descrição das psicólogas entrevistadas em nossa pesquisa. Para preservar as identidades, usaremos nomes fictícios para referenciá-las e atender aos critérios de sigilo exigidos neste tipo de

investigação. Também achamos importante explicitar os Estados aos quais pertenciam as entrevistadas, mas, visando à preservação das identidades, caracterizamos as cidades pelo número de habitantes.

Nome	Idade	Tempo de atuação como psicóloga	Tempo na atuação com maternidade	Estado	Caracterização da cidade por número médio de habitantes ¹
Joana	29 anos	06 anos	5 meses	São Paulo	Grande
Amália	70 anos	47 anos	7 anos	São Paulo	Grande
Nádia	39 anos	18 anos	6 anos	São Paulo	Grande
Simone	38 anos	13 anos	10 anos	São Paulo	Média
Virginia	25 anos	2 anos	1 ano e meio	Paraná	Pequena
Hellen	26 anos	3 anos	2 anos	Paraná	Pequena

5.5.1 Joana - Entrevistada 1

Joana tem 29 anos, atua como psicóloga há seis anos e, desde a graduação, revelou ter o interesse pela área da saúde. Após a formação, participou de residência multiprofissional em um grande hospital público paulista, optando por centralizar sua especialização na área de maternidade e saúde da mulher.

Após a conclusão da residência, atuou com atendimentos clínicos particulares e por plano de saúde, até que, em novembro de 2021, surgiu a oportunidade de atuar novamente em um hospital-maternidade. No local de trabalho atual, é a única psicóloga, e a integração de uma equipe multiprofissional começou recentemente, nesse hospital. O local não conta com nenhuma estruturação de protocolos para atendimento, carecendo de orientações e procedimentos para certas

¹ Para garantirmos o sigilo das participantes, escolhemos caracterizar as cidades com base no número médio de habitantes. Segundo nossos critérios, consideramos: pequena - até 1.000.000 habitantes; média - entre 1.000.000 e 5.000.000 habitantes; grande - acima de 5.000.000 de habitantes.

situações, como óbito neonatal e abordagem de usuárias de substâncias psicoativas, uma das dificuldades enfrentadas em sua atuação.

Atualmente, tem estruturado alguns desses protocolos, baseando-se em orientações e na aprendizagem adquirida durante a residência. Além disso, buscou uma supervisão clínica para discutir questões técnicas.

5.5.2 Amália - Entrevistada 2

Amália tem 70 anos e atua como psicóloga há 47 anos. Iniciou seu caminho na Psicologia, em hospital psiquiátrico, onde trabalhou durante oito anos, em concomitância com o trabalho clínico particular. Deixou esse hospital, quando prestou concurso público e foi selecionada para trabalhar em um hospital geral. Há sete anos, surgiu a oportunidade de transferência para o hospital-maternidade e realizou tal escolha, em função da proximidade com o local no qual reside atualmente.

Relata que o trabalho no hospital geral era muito sofrido, lidando com situações como amputação, problemas vasculares e morte, e que a mudança para a maternidade foi muito positiva para ela. No hospital, integra uma equipe multiprofissional, composta por outros psicólogos e profissionais de diferentes áreas. O serviço foi caracterizado como referência em maternidade de alto risco e possui fluxos de atendimento estabelecidos, incluindo protocolos de atendimento a usuárias de substâncias psicoativas. Amália ainda mantém sua rotina de atendimentos clínicos particulares.

5.5.3 Nádia - Entrevistada 3

Nádia tem 39 anos, atua como psicóloga há 18 anos e foi indicada pela entrevistada 2, Amália. Relata que, durante os estágios da faculdade, trabalhou com crianças e adolescentes cumprindo medidas socioeducativas, seu primeiro contato com questões que envolvem vulnerabilidade social.

Após a conclusão da graduação, trabalhou inicialmente com atendimentos clínicos particulares, mas, como seu desejo era lidar com crianças e adolescentes, começou a prestar concursos públicos para hospitais infantis. A oportunidade de trabalho no hospital-maternidade surgiu a partir da vaga remanescente de um desses concursos, atuando nessa maternidade há seis anos.

Por se tratar do mesmo hospital em que trabalha Amália, reiteramos que Nádia também faz parte de uma equipe multiprofissional composta por outros psicólogos e profissionais de diferentes áreas. Trata-se de um hospital que é referência em maternidade de alto risco, incluindo protocolos para o atendimento de usuárias de substâncias psicoativas.

5.5.4 Simone - Entrevistada 04

Simone tem 38 anos e atua como psicóloga há 13 anos. Relata que o trabalho com mulheres e na área da saúde era um desejo presente desde o período de graduação. Após formada, primeiramente realizou aprimoramento profissional em saúde da mulher e do recém-nascido, em um hospital, e posteriormente passou a atuar com atendimentos clínicos e como supervisora de estágio, em uma universidade particular da sua região.

Há 10 anos, foi contratada como psicóloga pela mesma instituição na qual fez seu aprimoramento profissional. O hospital conta com equipe multiprofissional, todavia, parte da equipe não é fixa, pois se trata de um hospital-escola. O serviço foi caracterizado como referência em maternidade de alto risco e apresenta protocolos destinados ao atendimento de usuárias.

5.5.5 Virgínia - Entrevistada 5

Virgínia tem 25 anos e atua como psicóloga há dois anos. Desde a graduação, manifestava o desejo de trabalhar com mulheres, sendo seu direcionamento em todos os processos seletivos que prestou. Nas escolhas de estágios, buscou voltar-se para o tema e efetuou pesquisa no tema de raça e gênero. O contato com mulheres em uso de substâncias psicoativas aconteceu por meio da residência em saúde da mulher, programa ao qual ainda está vinculada, concluindo o penúltimo semestre.

Na residência, pôde circular em alguns dispositivos da rede, participando dos ambulatórios e atendimento no hospital geral. Diante dos casos que envolviam usuárias de substâncias psicoativas, o atendimento era realizado em conjunto com o serviço social.

5.5.6 Hellen - Entrevistada 6

Hellen tem 26 anos e atua como psicóloga há três anos. Indicação de Virgínia, Hellen foi sua veterana na residência em saúde da mulher, mesmo local onde manteve contato com mulheres em uso de substâncias psicoativas. Além disso, a psicóloga também teve uma experiência de oito meses em uma maternidade do Rio de Janeiro, através de um intercâmbio do próprio programa. Durante a entrevista, afirmou seu desejo de trabalhar com o público feminino, contudo, não tinha ciência de que a residência seria muito voltada para a saúde perinatal.

Na residência, finalizada em dezembro de 2021, também pôde circular em alguns dispositivos da rede, realizando atendimentos nas UBS, ambulatórios e no hospital geral. Nos casos que envolviam usuárias de substâncias psicoativas, o atendimento ocorria em conjunto com o Serviço Social. Atualmente, trabalha em um consultório particular.

5.6 Análise de resultados

Para a análise e interpretação das entrevistas, optamos por utilizar a análise temática em Psicologia proposta por Braun e Clarke (2006) e a teoria psicanalítica, como base teórica.

A análise temática pode ser aplicada para identificar, analisar e relatar padrões repetidos de significados presentes nos dados coletados, de forma organizada e sistematizada. O método não está ligado a uma corrente teórica específica, tornando-o um instrumento de pesquisa flexível, o qual pode potencialmente fornecer um conjunto rico e detalhado de dados.

O processo de análise, nessa proposta, é recursivo, pressupondo um constante movimento de releitura e revisão dos dados. As informações, insights e categorias implicadas são revisitadas sempre que necessário, ao longo das fases, construindo, assim, o material que será apresentado ao final da pesquisa.

Para garantir o rigor no tratamento desses dados, as autoras propõem seis passos, observados neste estudo. São eles:

1) Familiarização com os dados:

O pesquisador realiza a transcrição dos dados, leitura e releitura do material, estabelecendo os primeiros apontamentos de ideias iniciais. Nesse sentido, faz uma imersão no material coletado, assumindo um papel ativo na procura de significados e padrões. As primeiras anotações feitas nesse momento contribuem para a próxima etapa.

2) Gerando códigos iniciais:

Essa fase se inicia após a familiarização com o material coletado e as primeiras impressões observadas e anotadas pelo pesquisador. Realiza-se, então, a primeira codificação das características interessantes do material coletado, organizando-o em grupos significativos. É codificado o maior número de potenciais temas e padrões possíveis de serem extraídos dos dados.

3) Buscando temas:

O pesquisador realiza uma triagem dos temas levantados na etapa anterior, criando agrupamentos de códigos em temas potenciais, reunindo todos os dados relevantes para cada tema proposto. Ao fim dessa fase, haverá um agrupamento de possíveis temas e subtemas que serão mais explorados adiante.

4) Revisando os temas:

Esse momento envolve um refinamento dos temas. Concretiza-se uma revisão, verificando-se se os temas propostos funcionam em relação aos códigos e ao conjunto de dados coletados, de sorte a garantir sua coerência. Ao final, o pesquisador deve obter um mapa temático, contendo o conjunto de temas e subtemas.

5) Definindo e nomeando os temas:

Um novo refinamento é proposto, nessa fase, para estabelecer as especificidades de cada tema e a história contada pela análise. A partir dessas delimitações, estabelece-se o mapa temático final, com o qual o pesquisador trabalhará, em seu relatório.

6) Produzindo o relatório:

O pesquisador estabelece a relação entre análise, questão da pesquisa e material da literatura, produzindo um relatório da análise. As suposições e a abordagem dos temas devem ser claramente explicadas, assim como deve ficar claro, ao leitor, o processo ativo instaurado pelo investigador, em sua trajetória.

A análise de resultados foi composta por quatro temas e seus respectivos subtemas, organizados de acordo com os critérios acima apresentados e que compõem o capítulo a seguir.

6 ANÁLISE DE RESULTADOS

No presente capítulo, apresentaremos a análise das entrevistas realizadas na presente pesquisa. Tal análise foi organizada em temas e subtemas, de acordo com os relatos expostos nas entrevistas. Para tanto, os temas foram definidos, considerando-se a relevância no discurso das psicólogas entrevistadas e estão acompanhados dos relatos coletados, ao longo do texto.

6.1 Prática profissional

Neste tema, focalizamos as questões que permeiam a prática profissional das psicólogas entrevistadas, tendo em vista que elas trabalham ou trabalharam no atendimento direto a gestantes e puérperas usuárias de substâncias psicoativas.

No entanto, cabe realçar que, nesta categoria, englobamos a prática realizada pelas profissionais, seja no acompanhamento do período pré-natal, seja durante o momento de puerpério. Assim, destacamos que, neste ponto, a organização da rede de serviços de saúde é uma questão imperiosa e interfere diretamente na atuação dos psicólogos.

Ressaltamos que, dentre as psicólogas entrevistadas, prevaleceram aquelas que atuam ou atuaram em maternidades com acompanhamento da mãe, principalmente no momento da concepção. Apenas uma delas possui experiência num serviço integrado de atenção à mulher. Apesar dessa discrepância na composição da amostra, é importante enfatizar que a organização do serviço é um aspecto relevante para a compreensão da atuação das profissionais, além da prática realizada.

É notável que nos relatos das profissionais que recebem as parturientes em hospitais e maternidades, estritamente no momento do parto, quando evidenciamos que não ocorre a organização de uma rede, os discursos demonstram que prevalecem situações de avaliação psicológica, cuja decisão resultará na separação ou permanência do filho com sua mãe.

No relato da profissional que atua ou atuou em uma rede organizada, percebemos que o acompanhamento psicológico ocorre no encaminhamento inicial, ou seja, desde o período pré-natal. Com isso, a intervenção tem o objetivo de um acolhimento à mãe e ao seu filho, com um tempo de duração prolongado e não restrito ao momento da concepção e puerpério. A organização do serviço oferecido pela

Psicologia está integrada à rede de cuidados à mulher, de sorte que o processo de decisão da manutenção do vínculo da mãe e seu bebê não se restringe a uma avaliação pontual. Ao contrário, observam-se a articulação e a preocupação dos cuidados necessários a serem oferecidos para o fortalecimento da mãe e para que ela tenha as condições necessárias – sociais, habitacionais e emocionais – para cuidar do seu filho.

6.1.1 Organização e funcionamento da rede de serviços de saúde

A seguir, apresentamos as diferenças existentes na organização dos serviços e o funcionamento na recepção e atendimento às gestantes e mães, que, por sua vez, resultam em diferentes práticas das psicólogas no atendimento às mães.

Consideramos a existência da organização de dois tipos de serviços, dentre as psicólogas entrevistadas, embora todas atuem ou atuaram em hospitais maternidades.

O primeiro serviço compreende os relatos das psicólogas Joana, Amália, Nádia, Virgínia e Hellen, cujo acompanhamento e trabalho com as usuárias de substâncias psicoativas acontece no parto e puerpério.

O outro tipo de serviço diz respeito ao acompanhamento das gestantes desde o período pré-natal e com o perfil de acolhimento precoce, permitindo um atendimento longitudinal das gestantes usuárias de substâncias psicoativas, desde o período gestacional, bem como a existência de uma rede de serviços estruturada para receber esses casos. Embora apenas uma das psicólogas – Simone – tenha atuado nesse tipo de serviço, os relatos de encaminhamentos para o Judiciário eram mínimos e pontuais, alterando todo o fluxo de serviço e a postura dos profissionais envolvidos.

Simone relata que a atuação com as mães usuárias tinha início com a identificação e o encaminhamento para o pré-natal, acolhimento na maternidade, avaliação do caso, contato com a rede de serviços e encaminhamentos finais:

[Simone] *Então, a gente acaba sendo, acabava, né?, sendo referência pro para essas mulheres, para esse público. [...] elas vinham para o pré-natal, é, vinham encaminhadas [pela rede]. Aí a gente fazia o acompanhamento e aí depois tinha o parto e o pós-parto, né? E algumas ainda demandavam um tempinho de acompanhamento no pós-parto por conta dos encaminhamentos e tudo mais. Então era, era esse o meu contato com elas, né? Nesse período gestacional. [...] É mais frequente elas chegarem ainda durante a gestação, porque [nome da cidade] tem um trabalho bem grande com relação a moradoras de rua, e os postos, né?, e também tem esse trabalho, assim que*

a gestante era identificada, por fazer uso de droga, ela era encaminhada para o hospital, né? Então, gestante usuária de droga não faz pré-natal no postinho, eles encaminham para o hospital. Então, a gente acabava tendo um fluxo maior. E conseguia pegar elas no período gestacional, [...] o pessoal do consultório na rua, assim que identificava também levava ela para o hospital. Então a gente acabava pegando aí. É, acho que no segundo trimestre da gestação, acho que é mais comum elas chegarem. [...] Ela chega, e, pelo nosso pré-natal, e assim que ela chega, ela passa em consulta médica e depois ela passa com a enfermeira e nesse momento, ou médico, ou a enfermeira já aciona o Serviço Social e a Psicologia. Então, um dos dois serviços atendiam essa paciente já no primeiro dia ou no máximo, no segundo dia dela de, de pré-natal. E aí esse acompanhamento, a gente fazia durante todo o período junto com os contatos de rede, né? Porque a gente atendia todos os tipos, desde aquela é mulher que tem uma estrutura familiar que tem é a sua casa, a sua família, mas que faz uso de droga. A droga leve, a droga pesada, né? Aquela moradora de rua que não tem estrutura nenhuma, que não tem para onde ir, então a gente via, vê de tudo lá, né? E a gente tentava minimamente cuidar de, de todos, todas as coisas que eram necessárias para essa mulher ir de alta depois, em segurança com o seu bebê, ou para casa ou para alguma instituição. [...] Elas chegam no nosso pré-natal, qualquer dia que elas chegam pelo pré-natal de alto risco, que acontece de segunda a sexta, que é como se fosse um filtro. E, depois dessa primeira consulta, ela é encaminhada para o nosso pré-natal de saúde mental, porque lá ela vai conseguir, né? Geralmente, a usuária de drogas precisa de um atendimento psiquiátrico para entrar com a medicação, pra conseguir cuidar, né? E por conta da gestação mesmo, E então, sim, ela era bastante frequente. [...]

As redes de serviço são um marcador importante para o tipo de intervenção concretizado com as usuárias, definindo o encaminhamento dos casos. Cabe ressaltar que observamos uma diferença entre as respostas de Joana, Amália, Nádia, de um lado, e Virgínia e Hellen, de outro.

Para Joana, Amália e Nádia, as redes aparecem como deficitárias, nem sempre presentes e incapazes de acolher suas demandas, bem como das usuárias. Já para Virgínia e Hellen, as quais vivenciaram uma residência multiprofissional que prevê a participação em diversos equipamentos da saúde, embora a rede não esteja organizada com serviços suficientemente estruturados, conseguem ter uma visão global e confiam em seus encaminhamentos.

A seguir, enfocamos o fluxo de atendimentos realizados, passando pela avaliação do caso, contato com a rede de serviços e encaminhamentos finais.

6.1.1.2 Avaliação, protocolos e produção de documentos

As profissionais entrevistadas expuseram os critérios utilizados para a avaliação das puérperas em uso de substâncias psicoativas, ou seja, quais são os aspectos avaliados para a produção dos relatórios acerca da manutenção ou não dos

filhos com suas mães, composto pelo uso das substâncias, a presença nas visitas e nos atendimentos agendados com as psicólogas, o estabelecimento e a manutenção do vínculo familiar. Vale destacar que os relatos compõem os trabalhos desenvolvidos pelas psicólogas dedicadas ao acompanhamento restrito ao período do puerpério:

[Joana] [...] *eu não abordo todas as questões no primeiro atendimento, né? Às vezes, eu faço uma apresentação inicial, às vezes, eu falo um pouco da rotina do hospital, falo um pouco da parte do bebê, do vínculo, do contexto, e aí, depois, é que eu vou fazendo as orientações, vou observando outros pontos também. Mas acho que, de cara, talvez não venha tudo, assim, pra avaliar, né? É uma introdução e depois vou avaliando, né?, nas outras. E aí, depois eu vou conversar com a equipe e depois discutir com o serviço social, às vezes, tem algum ponto que precisa abordar novamente, aí, eu vou entendendo o caso mais nas outras abordagens mesmo. Fora o que a equipe vai sinalizando, tudo mais. Depende também da frequência delas. O meu horário de atendimento, né?, eu trabalho das nove às quinze. E acontece de elas irem depois desse horário. Aí, eu não tô mais lá. Aí, às vezes, elas tiveram presentes naquele dia, mas eu não estava presente. Então, às vezes, eu não tenho esse atendimento por conta disso também. [...] mas que tipo de uso, né?, o quanto que isso te afeta, como que é o seu envolvimento assim, o quanto que, é funcional, ou não, né? E que é esse uso, né?, problemático, qual que é o seu histórico. Então, eu comecei a entender que precisa fazer esse tipo de avaliação, né?, então hoje eu já começo, às vezes, eu abordo sim, né?, diretamente, às vezes, eu vou falando, né?, conduzindo o atendimento, a gente chega nesse ponto. E, às vezes, eu explico pra mulher: “Olha, me pediram uma avaliação pra você, por conta de que sinalizaram que você faz uso de tal substância, e eu tô aqui pra entender, né?” Enfim [...], que a gente avalia esse vínculo familiar [...] O quanto que ela consegue se organizar na vida né?, acho que essa questão da funcionalidade mesmo. [...] Como que ela consegue, né?, ser funcional mesmo. Coisas básicas assim, do dia a dia, e aí, você percebe que tem um comprometimento, né?, pra entendimento, né?, às vezes, até do boletim médico, algo assim. [...] Se existe esse desejo em maternar o bebê, se existe o vínculo, o que tem ali que é observado que é bom, mas quais são as limitações? E aí, às vezes, eu coloco esses pontos, né? O que é que eu percebo ali que é limitação, o que a pessoa apresentou durante a internação. Por exemplo, frequência, ou de estar presente na hora do boletim, de compreender as informações, né?, de ter um relato que é ali coerente. Aí, se eu percebo algum comprometimento assim, eu pontuo, mas eu também tento pontuar o que a gente tem observado que é positivo, que tem interesse, no que a pessoa se manteve interessada e tudo mais.*

[Amália] *Vê se ela tem família, né?, qual é a condição, se tem retaguarda, para ter os cuidados com ela e com o bebê, né? Como que o bebê, se o bebê vai ficar, se tem na família quem vai ficar, que vai cuidar. E aí, tem que comunicar o Fórum, né? E aí, dependendo da condição, o bebê fica com a família ou já vai pra eles avaliarem, né? Se o bebê vai pra adoção, porque a ideia primeira é ficar na família, né? [...]*

[Nádia] *Tá, eu acho que o que eu acabo avaliando é mais o quanto que essa puérpera tem disponibilidade psíquica pra cuidar desse bebê. E, quando eu falo do cuidado, é um cuidado emocional e um cuidado físico, né? E junto a isso, não tão menos importante, eu avalio o suporte de outras pessoas que ela tem. Porque ela pode ter uma disponibilidade psíquica, uma disponibilidade física e não ter um suporte se ela está numa situação de vulnerabilidade social e de dependência química, né? Então, o que pesa, o*

que faz eu decidir, junto com o Serviço Social, se a gente encaminha o caso pro Fórum ou não é isso.[...] Olha, é um trabalho de C.S.I. [seriado de TV sobre investigação criminal] – [risos]. É, não tem, a gente tenta ser o mais rápido possível, porque a gente pensa que se esse bebê já estiver de alta médica ele está ali no hospital à toa, correndo o risco de infecção. Se ele está bem, se ele está saudável, mas varia, porque depende muito se a gente tem um, um suporte dessa família, dessa mãe, se essa família vem, comparecer às nossas convocações de atendimentos, se respondem às nossas ligações, se vem conversar com a gente. [...] Então, a gente avalia tudo isso, né?, às vezes, são casos em que a mãe já teve algum filho em relação a isso no hospital, a gente procura os conselhos tutelares. Então, assim, a gente acaba que tentando procurar na rede quais foram os lugares que essa mãe já passou. E aí, depende muito se o retorno que a gente tem é um retorno rápido, ou retorno lento. Por que a gente pensa o quê? A gente precisa resolver rápido. Mas a gente não tem pressa pra avaliar, porque, se a gente faz uma avaliação malfeita, é a vida de uma criança que a gente está botando em risco. Então a gente tem que tomar muita, apesar de, às vezes, o próprio hospital, os médicos, querem assim, coloca uma pressão na gente pra que a gente resolva logo esse caso. Mas é algo que a gente tenta não pegar pra gente, porque é algo que precisa de uma, de uma atenção um pouco mais especializada. [...] Hoje em dia é, até mesmo o juiz, os Fóruns, pedem pra gente reavaliar, mas, a cocaína, mas essa pessoa pra reavaliar o uso, se é um uso esporádico? Se é um uso recreativo? Se tem família? Se consegue trabalhar? Então, assim, antes é, usava cocaína, era usuária de cocaína, a gente já mandava pro Fórum. Hoje em dia não, a gente já faz um trabalho de investigação pra saber se essa mãe, mesmo usando cocaína, ela vai conseguir sair do hospital com esse bebê. Então, a gente avalia o quê? A gente avalia se ela tem suporte familiar, chamamos a família pra conversar, chamamos o pai do bebê, a mãe.

[Virgínia] É comum que mulheres em situação de rua, é que mulheres adictas, não realizassem pré-natal, por conta dessa desestruturação, né? É muito frequente que a gente recebesse essas mulheres [...] O atendimento delas era igual a de todo mundo assim, elas chegavam no pronto socorro obstétrico, eram avaliadas para ver se iam ganhar o bebê ou não, se fossem ganhar, elas subiam para a sala de parto ou elas, elas podiam ganhar lá também ou elas subiam para a sala de parto que ficava na maternidade. Elas iam pro centro cirúrgico a determinar ali. E elas recebiam os atendimentos, não tinha diferenciação da maneira como essa mulher era recebido ou não. Então, era feita só ali, no diagnóstico do prontuário mesmo, na medicação que ia ser ministrada. É uma diferenciação de como a gente recebia essa mulher na Equipe de Saúde da Mulher. A gente chegava de manhã, a gente imprimia as passagens dos casos e tinha alguns pontos que eram gatilhos ali pra gente pensar: “Bom, nesse caso, é importante passar, né?” Uma mãe menor de idade, uma mulher que não realizou pré-natal e qualquer transtorno psicológico, incluindo a adicção. Não importa se ela fumou um cigarro de maconha quando tinha 16 anos. A gente vai passar pra atender, mas é uma questão importante que era, a gente dificilmente abordava essa mulher para falar assim ó: “Você usou? A gente perguntava: “Fez uso de cigarro? Você ingere bebida alcoólica? Fez uso de alguma substância?” Se ela negasse, o não dela era a nossa verdade. [...] É, a gente fazia escuta dessa mulher. Tinha algumas perguntas ali que a gente tinha para nortear, mas eu, realmente, a gente deixava ela falar. É, a gente perguntava muito, quando começou se ela tinha feito uso durante a gestação, qual que era a frequência? O que ela pretendia fazer a partir de agora, se ela tinha o desejo de parar, a gente tinha os encaminhamentos, né? E se o companheiro, ou os familiares, das pessoas que moram com ela faziam uso também o que ela usa. E é isso, assim. Se ela tinha tentado parar em algum momento da vida, eram as perguntas que mais norteariam, mas normalmente elas iam falando, é um lugar onde as pessoas nem têm muito espaço para fala. Então, quando a gente perguntava,

elas soltavam tudo, sabe? Então, era até muito mais profundo do que estava no prontuário, que era mais um motivo para a gente levar mais em consideração a fala do que o prontuário.

[Hellen] Quando eu chegava, alguma gestante ou puérpera que, que tinha um histórico de adicção, é, havia todo um movimento de alerta na maternidade. Então, imediatamente a Equipe de Enfermagem já acionava o setor de Psicologia e Assistência Social e então a gente acabava sempre tendo algum contato com essa paciente, nem que fosse um contato pontual, em conjunto com o Serviço Social [...] A avaliação é simplesmente um modo de dizer avaliação assim, não era feito nada estruturado. A rotina do atendimento com essas mulheres fazia parte da rotina de atendimento. Então, geralmente eu ia até o leito da paciente pra fazer uma escuta realmente, se eu percebia que havia uma dificuldade dela verbalizar algumas questões, porque a gente sabe que, né?, elas não ficam sozinhas no quarto, os quartos são compartilhados. Muitas vezes, elas têm vergonha de dizer muitas das suas questões ali. Então, nesses casos, assim, eu retirava muitas vezes do quarto, levava pra alguma salinha ou até mesmo para o ambiente externo do hospital, para fazer a escuta e depois da escuta feita ou às vezes antes, não tinha muito esse critério assim, do hospital, dependendo muito da rotina e da disponibilidade da paciente. Eu fazia uma discussão com a Assistente Social. E, aí, a gente discutia o caso mesmo em cima, o que que podia ser feito e se era necessário fazer alguma coisa, né?

Quando questionada sobre o processo avaliativo e a produção de documentos em torno dos casos, Simone apontou que a produção de documentos ficava muito mais centralizada para o encaminhamento para as redes, mencionando o percurso dessas mulheres, durante o acompanhamento, além de dados relevantes para o prosseguimento do caso:

[Simone] [...] o que a gente tinha era registro no prontuário e, na alta dessa paciente, a gente acabava fazendo um relatório, mas confesso que não fazia para todas. O Serviço Social eu acho que fazia, a Psicologia ((inaudível)) em casos mais graves, né? Quando não eram casos graves, o que eu fazia, às vezes, era um contato telefônico, né?, com o CAPS, né?, com casos não tão graves a gente mandava, não tão graves não, todos os casos a gente manda para o CAPS. E quando não tem CAPS, para o Posto de Saúde, para os casos que não são tão graves. E aí fazia o contato telefônico e o encaminhamento, né? Relatório mesmo a gente fazia em caso de mulheres que iam ainda para alguma Instituição, É, Ou Em Casos Um Pouco Mais Grave, Né? O Serviço social, assim, eu tenho quase certeza que ele mandava o relatoriozinho para o Posto de Saúde. Porque parece que tem uma coisa assim, de responsabilidade, até pela questão da maternidade, por essa mãe, né?, tá saindo com o bebê, é de acionar, né?, o Posto de Saúde alguns poucos casos a gente comunicava, é CREAS, CRAS, pra, no sentido de acionar a rede de apoio dessa mulher mesmo. [...]

Outra questão abordada diz respeito ao uso de protocolos e ao tempo utilizado para a realização da avaliação psicológica. Nesse sentido, enfatizamos a inexistência

de um protocolo e, no geral, a avaliação sendo efetuada durante a internação puerperal. O tempo referido pelas profissionais teve, no máximo, um mês de duração:

[Joana] [...] é a gente não tem, assim, nenhum instrumento, ou roteiro ou algo mais específico. Eu vou mais sentindo a pessoa, e conversando com ela pra entender, né?, como que é.... Geralmente, eu escuto o caso com o serviço social, e aí, a gente pensa nos encaminhamentos. [...] Alguns dos casos, eu acho que, assim, já enviamos pra Vara, né? relatório. Mas, se o bebê é prematuro, ele fica um pouco mais pelas condições clínicas do bebê. Então, um desses casos ficou um pouco mais que um mês, mas se, assim, só a questão social mesmo, né?, que a gente fala, alta social, umas duas semanas. De duas a três semanas que fica nessa discussão, nessa avaliação. É que geralmente são bebês que, como, por exemplo, não teve pré-natal, né?, às vezes ficam por uma outra questão clínica também, né? [...] Os que são de pessoas que são usuárias sempre têm uma outra questão que precisou ficar. [...] Mas eu acho que a média é de duas a três semanas. Pra conseguir dar alta, ou pra articular com essa família, ou então a gente ir lá buscar a criança. ((inaudível)). E os meus atendimentos duram em média uns quarenta minutos, o atendimento em si. [...] enquanto não tem essa avaliação não tem alta. Então, geralmente chega. [...] geralmente, a alta está condicionada a essa avaliação, principalmente do Serviço Social. Por exemplo, se eu não conseguir atender, se eu não estiver lá, não é barrada, mas do Serviço Social sim. Do Serviço Social, se não tiver, não sai, pelo que eu já entendi, assim. Precisa ter esse contato, para que elas possam sinalizar o Conselho Tutelar, né?, às vezes, a UBS também, que essa pessoa passou por lá, teve um bebê e tem o uso, ainda que não seja algo que comprometa, mas que essa pessoa faz uso de alguma substância.

[Amália] [...] elas vão e ficam pouco tempo, sabe, porque, e tudo tem que ver no tempo que ela está lá, o que é que dá pra ser feito.

[Nádia] Eu acho que uma semana seria uma avaliação rápida, uma semana e meia, tá? E uma coisa longa, um mês, um mês e meio. Assim, o último caso longo durou dois meses, porque a gente não conseguia achar a puérpera, a gente marcava as entrevistas e ela ia nos horários que não eram nossos horários de trabalho, é, a UBS nunca conseguia pegar ela no endereço que ela tinha falado, então, procurou, até teve que fazer uma busca ativa com as outras UBS, então, foi algo mais demorado e que teve que envolver mais equipamentos pra gente poder finalizar algo. [...]

[Simone] [Quando perguntada sobre se sentia falta de algum protocolo] [...] é isso, era uma coisa que a gente é também, não que a gente sentia a falta, é, acho que a gente posso dizer que sentia falta, sim. A gente [Psicologia e Serviço Social] fazia o atendimento. Então, na verdade, eu acho que eu vou falar uma coisa bem pessoal, assim, talvez se fosse necessário, a gente ainda organizar de forma palpável, né? Porque a gente, então, a gente recebia pacientes, a gente fazia o atendimento, a gente tinha discussão, né?, entre as duas equipes, isso sempre aconteceu assim, a gente sempre trabalhou muito em conjunto. Nunca foi só uma só, a outra, né? Então, as duas profissões andando, é, bem próximas uma da outra. É, e o que a gente fazia era registro de prontuário, né? E o que eu acho que talvez fosse necessário é ter algo mais estruturado, assim, uma anamnese em conjunto, é algo que não sei se esse também seria muito, se mudaria muito.

Ao final desse processo, as psicólogas produzem um relatório encaminhado para o serviço judiciário, com as considerações acerca dos aspectos avaliados. Além

disso, as psicólogas apontaram que, em alguns hospitais, ocorre a discussão com a equipe, sendo comum que a produção de tal documento seja realizada com o Serviço Social. Outro ponto destacado diz respeito à providência de encaminhamento a outros serviços de saúde ou ao Conselho Tutelar, dentre outros:

[Joana] *O relatório eu faço para os casos que já são sinalizados pelo Conselho mesmo, de alguma forma que a gente já tem uma sinalização que eu tenho que os filhos já estão abrigados, que a gente vê ali, né que essa família não tem essa organização pra ficar com esse bebê. Aí, é algo que precisa fazer. [...] eu acabei seguindo assim, o modelo que é assim, muito, ((inaudível)) o modelo do Serviço Social, e aí eu faço muito dentro da, do modelo delas. Mas geralmente eu descrevo o contato que eu tive com aquela paciente, o contexto daquele atendimento, o que ela relata. Eu sempre tento avaliar, assim, é o contexto daquela gestação, se existe vínculo com aquele bebê, qual que é a expectativa dela, a pretensão dela, nesse sentido.*

[Amália] [...] então, faço o relatório junto com o Serviço Social, junto, assim, mas cada um faz o seu. Aí a gente encaminha para o Fórum, é uma avaliação do que foi observado, da situação que está, se existe uma família de retaguarda, se existe o desejo de cuidar da criança, ou se eles não querem mais saber da criança, sabe? Então, é esse documento tem que ser feito. Não fica assim, solto, né? Aí a gente entra em contato também com o CAPS, pra falar da questão. Com a UBS, por exemplo, que tem algumas que fizeram o pré-natal até. Porque tem as que são de situação de rua e tem as outras que tem moradia, né? Embora muito precária, mas tem, né? E, às vezes, elas até fazem o pré-natal, mal feito. Mal feito entre aspas, né?, contando com as consultas, mas foram e fizeram, né?

[Nádia] É uma das coisas que a gente tem usado bastante, até pra enfatizar o porquê que a gente está encaminhando pro Fórum, ou até mesmo pro Conselho Tutelar, quando vai pro Conselho Tutelar a criança sai com o pai ou a mãe, e até pra justificar, pra não falar que a gente tá judicializando tanto, a gente usa o ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente). E no ECA ele nos dá essa base, esse suporte pra gente justificar o motivo dos nossos encaminhamentos. Em uma das leis, fala que a criança tem que ser cuidada na sua integridade física e emocional, e que ela não pode permanecer em lugares que contenham substâncias químicas, álcool e nanana. E a gente consegue o quê? Ter suporte, principalmente, no ECA, do porquê das nossas decisões. Que essa criança, ela precisa ser protegida, e a gente percebe que ela pode não ser protegida por esses pais. Por isso que a gente justifica, pelo menos é esses encaminhamentos pelo ECA. Justamente pelo quê? Porque eles questionam: por que vocês estão judicializando? E aí, a judicializar porque ela usa cocaína, não, mas isso não é possível? Como assim? Então, a gente acaba pegando e embasando na lei, porque a impressão que me dá é que na lei as pessoas obedecem, têm medo, ou melhor, têm medo e aí faz. Tanto a lei pela rede que vai dar suporte mais rápido pra essa pessoa, pra essa puérpera, como para o próprio hospital. É porque mandar pro Fórum dá trabalho, tem que redigir relatório, é, sabe?, demora, porque até sair a decisão do juiz, o bebê fica no hospital. Então, demora, dá trabalho, né?, então a gente estava sendo muito questionada, tanto a Psicologia quanto o Serviço Social, então, a gente fomos nos embasar na lei. E aí, com a lei, parece, que assim, digamos que pegam um pouco mais leve com a gente.

[Virgínia] Como eu falei, os nossos serviços eram muito junto com o Serviço Social, a gente fazia tudo junto. Mas, em casos de adicção, casos de mulheres estrangeiras, de outras etnias e mulheres indígenas e, principalmente, de vulnerabilidade social, era contato direto, assim, trocando

informações, conversando, e elas faziam o vínculo com a rede. Elas entravam em contato com a família, para entender a rede de apoio, elas entravam em contato com a UBS, pra ver como é que foi o pré-natal. Muitas já eram acompanhadas pelo CAPS AD, né?, no caso de adicção, e mantinham esse contato para saber se a sua mulher é aderente ao tratamento, ou não é. Se está encaminhada para continuar depois do parto. Em caso de vulnerabilidade social extrema, a gente teve alguns, principalmente em outras unidades, mas na maternidade eu lembro muito especificamente de um que ficou a internação social, era muito de fazer internação social no HU. Muito difícil, não tem vaga e os médicos querem despachar essa mulher a todo o custo.

[Hellen] Para mim, nunca foi exigido, só mesmo a documentação de prontuário. E aí sempre é orientado que se faça uma, um registro em prontuário, um pouco mais detalhado nesses casos que têm algum tipo de encaminhamento.

Do ponto de vista da produção de relatório para o Judiciário, observamos em Simone uma preocupação com a produção desse documento, sendo realizado apenas sob ordem judicial, de modo a demonstrar uma diferença com relação às demais profissionais:

[Simone] [quando perguntada sobre a produção de documentos] Tá, é relatório, é uma coisa bem delicada, né?, porque são as informações da paciente. No hospital, a gente costuma fazer só com ordem judicial e respondendo só aquilo que de fato o juiz, promotor, mandou, né? A gente não, não faz muito além disso. Da mesma forma, cópia de prontuário, né? A gente só encaminha como ordem, ou, pelo desejo da paciente, né. Então os relatórios, quando eles iam, eles iam, é pelo menos os meus, né?, de forma objetiva, dizendo basicamente como a mulher é o estado emocional, né?, dessa mulher durante esse acompanhamento, e o que a gente percebia de possibilidade dela nesse, nesse pós, né? Então, assim, se era uma mulher que se manteve, que a gente observa, né. Porque a gente também não aplicava nenhum teste, né? A gente não trabalha com testes psicológicos, com nada para afirmar nada, então eu sempre tomava muito cuidado para dizer que neste momento, né?, ou durante o pré-natal ela se mostrou, né?, motivada a aderir o tratamento, né?, coisas nesse sentido. De que tem um desejo de ficar com o bebê, né? A gente sempre toma muito cuidado, porque a gente tinha, tem muito medo de como é que isso vai bater lá. E como a gente preza muito por este contato da mãe com o bebê, né?, a gente acredita, é que isso é algo que pode trazer vida de volta para essa mulher, né?, que pode trazer ela de volta para a saúde é, a gente quer que ela fique com essa criança. Lógico, tem todo um olhar para os riscos, né? A ideia também não é colocar o bebê em risco por conta disso. É, mas a gente considerando o preconceito e o julgamento, né?, que vem do outro, então a gente era muito cauteloso assim, no sentido de que, da escrita, né? Pra que não, não prejudique essa mulher por uma fala mal interpretada, né? [...] Isso, a avaliação é psicológica, social, né?, como é que ela se comportou aí, né?, é durante a gestação. O que é que a gente percebeu e é só. Nada de teoria, não.

6.1.1.3. Visão das psicólogas sobre a organização das redes de serviços

De acordo com as psicólogas entrevistadas, a rede foi apresentada principalmente como falha e insuficiente, impactando diretamente na sua percepção quanto às possibilidades de encaminhamento para os casos das mães usuárias. Há pouca segurança sobre os encaminhamentos, principalmente para as entrevistadas que trabalham nas cidades de maior porte:

[Joana] *Então, aí, elas chegam lá e parece que elas nunca foram orientadas sobre algumas coisas, assim, muito básicas, né? Então, assim, até esses filhos foram acolhidos, mas foi em um outro momento, não foi na maternidade. A impressão que eu tenho é que, na maternidade, está sendo a primeira vez. É, e aí, parece que foi muito falho o atendimento até ali, tanto às vezes, de um pré-natal, tanto de outras maternidades que passou, parece que passou batido, muita coisa passou batido até ali. Pode ser que não, mas algumas coisas, assim, até o Implanon (anticoncepcional subdérmico), porque, às vezes, são gestações que aconteceram há um ano atrás, um ano e meio, dois anos. Então, o que eu imagino, pela minha experiência, é que já tinha esse tipo de informação e tudo mais. Aí, tem até uma colega que trabalha comigo e que já trabalhou em outra maternidade, ela falou assim: “Ah, lá em [nome da cidade] não tem esse tipo de abordagem, não.” Então, assim, eu fico pensando é que já poderia ter tido uma intervenção anterior, né?, em alguma questão assim, e não estaria passando por isso, nesse momento. Porque eu acho que é uma coisa, fica muito compulsória também, elas ficam ali continuam tendo filhos abrigados, elas têm filho e é abrigado, e elas tem outro. [...] Então, assim, eu fico pensando é que já poderia ter tido uma intervenção anterior, né?, em alguma questão assim, e não estaria passando por isso nesse momento. E aí, quando tem o outro, aquele, ela acredita que vai ser diferente, aquele ali vai ficar com ela. E aí, de repente, acontece a mesma coisa, né?, o quanto que dá pra ter uma intervenção ali, né? Tanto ajudar a se organizar nessa parte de planejamento familiar mesmo, é que esse serviço acompanhe, né? Eu acho que a tentativa é sempre, né?, até uma das reuniões que a gente fez que envolveu o CRAS [Centro de Referência da Assistência Social], o CRAS não, o CREAS [Centro de Referência Especializado de Assistência Social] para continuar atendendo a família, né?, pois eles vão precisar de atendimento ainda. Mas eu acho que a intenção é essa. É fazer uma intervenção, pra que, a partir dali, seja diferente, né? Que tenha os serviços que estejam atentos àqueles casos, que possam acompanhar, e que a nossa intervenção também tenha algum resultado, né?, nos próximos, na vida dessas pessoas futuramente.*

[Amália] *Eu acho que falta política disso, né? Porque fazer a teoria é fácil, né? Então, tem muita teoria, e assim, faz a lei, a teoria e cumpra. Sem ver as condições do que precisa para cumprir, porque o pouco contato que eu tive com o pessoal do consultório na rua eles tão empenhados, sabe? São pessoas envolvidas, né? Mas falta tempo e lugares, também, para ir levar, né?*

[Nádia] [...] *Varia muito se a gente consegue ter um contato rápido e fácil com as UBS. Muitas UBS não respondem os nossos e-mails, não atendem os nossos telefones, ou os telefones estão errados, ou não atendem mesmo, está fora do sistema. [...] Eu acho que a rede, ela pode funcionar, porque as nossas políticas públicas elas são bem escritas, elas são adequadas. As nossas políticas públicas, elas têm um começo, meio e fim, ela tem os encaminhamentos. Porém, eu acho que existe uma burocratização pra gente conseguir entrar nessa rede. A porta de entrada da nossa rede, ela é burocrática, e ela é pouca. Então, eu acho que precisaria ter mais*

equipamentos, precisaria ter mais profissionais, porque é, os direcionamentos, as diretrizes, a gente tem. Mas eu acho que falta mesmo é profissional pra ter, pra receber essa porta de entrada que é muita, pra poder fazer os possíveis encaminhamentos. Eu acho que a nossa rede, ela pode funcionar. Em alguns bairros, você percebe que funciona redondinho. Principalmente, que nem UBS, que tem o NASF, que tem o PSF [Programa Saúde da Família], né?, que é o Programa da Família, que tem é esse olhar, que tem mais profissionais. Então, isso eu acho que funciona. Mas tem lugares que é uma UBS tradicional, que não tem nada. Que é só lá o médico que a pessoa vai lá, visita. Não existe visita domiciliar, não existe, não tem um agente comunitário que conhece o seu território. Então, isso dificulta um pouco [...] O contato, eu acho que esse contato acaba sendo muito mais quando a gente está dentro do hospital, que a gente tem que ter um pouco mais dessa rede. Mas você percebe que não é uma rede que é feita ((inaudível)), acaba tendo mais de contato pessoais, que forma essa rede. [...] De contatos pessoais de um caso que você atendeu lá atrás, e aí, eu vou lembrar que deu suporte, aí eu acho que vai também, é muito disso, desse acompanhamento. É, e eu acho que na maioria das vezes, quando a gente consegue liberar essa puérpera pra ir embora com esse bebê, a gente já fez esses combinados com a rede. Então, assim, a gente já documentou, mandou um e-mail falando o dia que ela teve alta, provavelmente o dia que ela já vai estar em casa, que eles podem programar a visita. Já fala qual a situação, assim, que saiu, olha tá, teve parto normal ou cesárea, está amamentando em livre demanda, ou não. É, foi feito contato com outros lugares, então, que vocês também podem entrar em contato, ou seja, Conselho Tutelar ou CAPS. [...] acaba sendo até uma coisa meio esquizofrênica, porque a gente começa, desenrola os possíveis encaminhamentos, e a gente não consegue saber esse final. Até que eu falei né?, que eu gosto quando tem final feliz, mas, na verdade, o nosso final não é um final tão feliz. É um final feliz do tipo assim, ó, que a gente pode fazer é até aqui, fazemos os contatos e os possíveis encaminhamentos, mas a gente não consegue ter muito esse retorno depois. Às vezes, o retorno que a gente tem é da pessoa que volta, e volta no hospital e nos procura pra falar, lembra de mim? Eu tô bem, olha a minha bebê, está crescida, está grande. Mas, assim, pela rede mesmo a gente não tem esse retorno. [...] É, eles estavam questionando muito que o hospital estava judicializando muitos casos que muitas vezes a gente poderia ter suporte da rede. Eu acho que é bom, porque a gente consegue pensar em planos B, em outras situações que não precisam dessa judicialização que desgasta, que demora, que é ruim pra essa usuária, pra puérpera, pra esse bebê. Até pela questão do vínculo da maternagem, mas, também, às vezes, assim, a rede não dá conta da quantidade que existe. Entendeu? Peraí, deixa ela ver se está disponível, se não, é ela a gente tem que pensar que a rede é pouca pra grande demanda. Então, muitas vezes se orienta, manda pra rede, mas a gente sabe que a rede não vai dar conta, que ela está sobrecarregada. E a rede que eu falo é o quê? É o UBS, os Conselhos Tutelares, os CAPS, os abrigos que não têm pra todo mundo, né? E aí, o nosso é medo é essa pessoa está em vulnerabilidade, ela está numa dependência, manda pra rede, a rede não dá conta, e aí? Como já aconteceu. A gente fez encaminhamentos, a rede dá conta, e depois esse bebê retorna pra gente é desnutrido, é desidratado, desidratado. Tanto que aconteceu um caso no final do ano passado é, quatro dias depois da alta, essa puérpera volta, ela tinha histórico de uso de crack, mas há muito tempo, e cocaína, então a rede dá conta, a UBS está próxima, tem NASF, né? Então, o pós-parto, assim que ela sai de alta, a gente combina com a UBS de eles fazerem uma visita puerperal, que é feita logo em seguida. Não foi realizada, não deram conta, é a gente percebe que essa criança não deve ter comido, ela não deve ter amamentado essa criança durante esses quatro dias. Voltou superdesidratado, superdesnutrido e não resistiu. Veio a falecer alguns dias depois no hospital (nome do hospital). Então, assim, foi

um caso que a gente deixou fechado com a rede, e a rede não deu conta. Então, isso eu questiono um pouco. Isso me angustia. A rede vai dar conta?

[Virgínia] Então, agora que eu estou na UBS, eu, eu acho que funciona muito, assim, que funciona bem. Gestante, puérpera é prioridade na UBS, prioridade total. Tem busca ativa, é um dos pouquíssimos grupos que existe busca ativa. Existe visita em alguns casos, né? Não é a visita puerperal da maneira como existiu anos atrás. Antes dessa, dessa precarização toda. Mas existe. Tem uma atenção redobrada para essa mulher. A gente tenta, né?, que essas mulheres passem sempre pelo atendimento da Psicologia ou pelo atendimento da Saúde da Mulher, porque, como elas já trabalham há um ano ali com a Psicologia, a gente entende que ela tem um olhar mais afinado para entender ali uma depressão pós-parto, alguma coisa. É muito, muito afinado, só que tem alguns problemas, assim. A comunicação do hospital de atenção terciária para a UBS não existe. O que existe é um papel que eu entrego para essa mulher e peço para ela ir até a UBS. E aí, eu tive uma reunião junto com a residência, com a Secretária da saúde da Mulher, semana passada, e ela falou que, assim, que essas mulheres saem do hospital, as UBS são notificadas para saberem: "Ó, essa aqui ganhou bebê, se ela é sua, faça a busca ativa." Então, é uma ação que existe e funciona. Mas ela poderia ser muito melhor ((risos)) para poder muito. Mas, em todos os encaminhamentos que eu dei até agora, assim da minha vida de psicóloga, eu sempre coloquei o telefone da UBS, o telefone da residência e me coloco à disposição, porque eu não vou poder abrir muita coisa naquele papel, mas eu quero ((inaudível)) esse caso. Eu quero encontrar o profissional que vai atender essa mulher e eu quero saber o que vai acontecer com ela. E eu ligo assim, no serviço e tento. Mas é difícil. Mas é porque também é muito sobrecarregado assim. Agora que eu tô na UBS, a gente está tirando meio que leite de pedra. A gente faz durar mais, a gente faz acontecer coisas que não sei, como que dá conta. Sabe? Com o pessoal que a gente tem, com os recursos que tem, mas é uma rede que funciona. E saber que enfim, né?, como assistente social, ela está mais próxima, para ela, esse com a rede é mais fácil. Ela entrou em contato, que ela sabe se essa mulher foi a que faltou. Onde ela foi, o que que ela faltou, o que que ela não foi, se ela vai seguir, se ela não vai seguir, me deixava muito mais segura nesses casos, de ela ir embora com o bebê e estar numa situação de muita fragilidade, muita vulnerabilidade. [...] É, por exemplo, em casos de mulheres adictas, ela conseguia saber em quais consultas ela foi no CAPS. Em quais ela faltou, para ver se ela era aderente. Era muito comum que as mulheres tivessem um movimento assim, muito relacionado à maternidade, de falar: "Nossa, agora vai ser tudo maravilhoso, agora eu não vou mais usar nada, agora eu vou, vai ser tudo ótimo." E aí a gente chegava e via o histórico dela de consulta no CAPS e via que não, né? Que talvez não fosse daquela forma, e aí ela tinha um acompanhamento mesmo do Serviço Social e, quando ela tinha alta, assim, do hospital, e a alta do é, social também era acionado o CRAS. E aí atende a psicóloga, o servidor do CRAS, ficava encarregado de acompanhar essa mulher, de fazer visita, de fazer o que fosse preciso.

[Hellen] Eu acho que o que faltaria assim que é mais gritante, é a gente conseguir realmente fazer um trabalho mais integrado com a rede. É para essas mulheres, de fato, serem amparadas, essa criança realmente ser cuidada, né? Eu acho que é o que faria mais diferença assim mesmo. De a gente ter alguma instituição, que realmente, se responsabilize por isso, que dê conta de isso, porque, infelizmente, com a rede que a gente tem hoje, principalmente a rede de saúde aqui (da cidade), é uma rede bem complicada, né?, que tem muitas fragilidades. Então, eu acho que isso é o que faria mais diferença.

No contexto referido por Simone, encontramos uma rede disponível e que não coloca empecilhos para os encaminhamentos realizados. Ao contrário, a psicóloga demonstra confiança para produzir os encaminhamentos, destoando das dúvidas e incertezas que permeiam os discursos das demais entrevistadas:

[Simone] *A gente confia nesse atendimento de redes depois, né? Eu nunca tive dificuldade. Não posso dizer: “Ai, liguei num posto de saúde e não me deram a mínima para o meu caso...” Assim, não me lembro de ter acontecido nenhuma vez, nem para Posto de Saúde nem para CAPS. Muito pelo contrário, assim, quando eu fazia o contato já no período da gestação, esse era uma paciente que eles já acompanhavam a gente discutia o caso, né? Se era uma paciente que já era do CAPS, que eles atendiam ou, pelo menos, tentavam atender, né? Quando a paciente se permitia, né? Eles também atendiam na gestação. Então, eles retomavam esse atendimento, se era uma paciente que estava gestante, né?, antes mesmo dessa criança nascer. Então, eu nunca tive problema, eu já ouvi assim, Serviço Social falando, né? “Ai, tá difícil falar com tal posto, ai, tá difícil tal contato... Eles acabam ficando mais à frente, né?, dessa rede aí, enquanto o Serviço Social... Mas, falando da saúde mental, assim é, eu não, nunca tive problema, né? Eu não sei o quanto essas mulheres aderiram depois, né? Ou quantas o Posto, de fato, deu conta de fazer esse acompanhamento. É, até porque a gente não tem pernas para isso, mas eu sei que enquanto elas estiveram no hospital, no momento da alta, elas saíram com a vida organizada.*

6.1.1.4 Encaminhamentos finais

Apesar das falhas relatadas relativas à organização e funcionamento do equipamento do serviço de saúde, todas as entrevistadas realizam o encaminhamento para a rede, sendo os principais serviços acionados o CAPS, o Conselho Tutelar e as UBS. As usuárias são orientadas a procurar esses serviços e, em alguns casos, recebem o encaminhamento em mãos pelas psicólogas.

Os relatos sinalizaram a necessidade de continuidade no acompanhamento dessas mães, em outros serviços, no período puerperal, de sorte que, em alguns casos, a alta hospitalar só ocorre após o encaminhamento:

[Joana] *Geralmente, a gente encaminha pra UBS, e, né?, pro Conselho Tutelar também, porque geralmente são casos que já estão sendo acompanhados. Inclusive, o Serviço Social lá da maternidade, a partir do momento que identifica o uso, né?, de substância, eles fazem o encaminhamento para o Conselho Tutelar. [...]. Até pra esses casos que eu faço o encaminhamento de entregar na mão do paciente. [...] Tento pensar assim, se vão dar uma atenção maior por ter sido sinalizado do hospital, quando a paciente passou por lá. Mas eu acho que é isso assim. [...] Então, eu acho que quando a gente faz um relatório é pra sinalizar, o relatório, pra mim, é um encaminhamento, né? Que esse caso ele não se encerra ali. Tem esses pontos aqui que precisam ser trabalhados e, assim, eu sempre penso na oportunidade de ser acompanhada, né?, pela assistência à saúde,*

assistência social, pra que isso, né? ((risos)), pra que se mantenha algum tipo de cuidado. [...] Até pra esses casos que eu faço o encaminhamento de entregar na mão do paciente.

[Amália] Que a gente quer ajudá-los e de eles conseguirem aceitar esse encaminhamento pra um serviço especializado pra tratamento. Como, por exemplo, os CAPS. Então, a gente manda pra rede, quando eles aceitam ter esse suporte da rede. Então, é o CAPS, é a UBS, é o Conselho Tutelar, é a família. Então, quando a família desses pais conseguem mostrar pra gente que conseguem dar um suporte adequado pra eles e para o bebê.

[Nádia] Então, a gente já acaba dando quais os possíveis direcionamentos, então, a gente acredita que já está combinado, né? Então, cabe o quê? A usuária também já está orientada, ou ela pode esperar receber essa visita, ou ela ir até lá. Então, assim, sai do hospital com essa coisa já mais combinado, tá fechado, já. O problema é: será que vai dar continuidade depois? [...] conversamos com a UBS. Se a gente percebe que ela tem uma certa estrutura que ela consegue e que não vai colocar o bebê em risco, que é uma coisa que é bem subjetiva. Mas, a gente avaliando que tem esse suporte, que a UBS tem um programa, o NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), né?, que pode dar um suporte, um acompanhamento. Se a UBS fala: “Pode mandar pra gente que a gente conhece essa usuária”, eles falam a cliente usuária, né?, a gente conhece, a gente acompanha já, pode deixar. Aí a gente libera.

[Virgínia] Nesses casos, o Conselho é acionado e o bebê fica, ele não vai para a alta junto, e aí ele é encaminhado para alguma casa, abrigo, lar de acolhimento. Mas, em casos de mães, com mães adictas, mães em extrema vulnerabilidade social, é feito esse acompanhamento na rede. Se for identificado um risco pra esse bebê, é acionado o Conselho Tutelar. [...] se a gente identificava que não, que ela não tinha condição, era acionado o Serviço Social, era acionado a Enfermagem. E a gente tentava segurar essa mulher numa internação social, para tentar, para, nesse tempo, acionar a rede, para trazer a rede aqui, para ver se a rede vai poder estar junto com ela no puerpério ou, em caso de não ter, chamar, tentar encontrar algum acolhimento mesmo. [...] Saíam com seus bebês, mas elas saíam com toda essa questão da rede ter sido acionada. É, tem, é e era muito forte isso, CAPS, o CRAS, o CREAS, se eles sempre estavam muito cientes de que essa mulher estava saindo com esse bebê, para fazer a busca ativa, pra ela no puerpério, né? Ela saía muito informada sobre o salário-maternidade, ela saía com roupa, em casos de ela não ter conseguido ter, né?, aquilo, né? Então, eu saía com o bebê, ela saía com o filho.

[Hellen] Então, nos casos que eu atendi, eram muito manejados com a assistente social lá, da responsável pela maternidade. E aí, pra fazer uma breve avaliação e dar os encaminhamentos necessários para cada caso. Assim, isso variava bastante, né? Encaminhar, às vezes, ia uma cartinha para o Posto de Saúde para fazer o acompanhamento puerperal no Posto. E, algumas vezes, para CAPS AD, algumas vezes, até foi a assistente social junto comigo, a gente avaliou que era necessário acionar o Conselho Tutelar, mas, em alguns momentos mais raros e específicos, assim. [...] Nunca presenciei um caso que a mãe não saiu com o bebê. O que eu já presenciei é acionar a família, e a família se responsabilizar por esse suporte depois e muito, algumas vezes, acionar Conselho Tutelar, pra que eles fizessem um acompanhamento dessa família, é não fazer a retirada da criança do poder familiar, mas acompanhar o caso, mesmo depois.

Por fim, em sua prática, Simone demonstrou a existência de instituições de acolhimento, as quais recebiam a mãe e o bebê, evidenciando a possibilidade de encaminhamentos mais amplos, ou seja, para além da rede de saúde e do Conselho Tutelar. Os centros de acolhida eram uma alternativa para aquelas que não tinham moradia ou família disposta a recebê-las, e, portanto, esses casos não eram necessariamente encaminhados para o Judiciário:

[Simone] Nunca era por falta de apoio, sabe, assim, nunca era, porque, aí não tenho para onde ir, porque a gente sempre dava um jeito assim. A gente tem a (menciona instituição de acolhimento da cidade), que era muito parceira. Depois, a gente tem uma outra casa, que eu não lembro o nome e recebe também as mães com os bebês. A instituição recebe mãe e bebê. Elas podem ficar lá, acho que durante um ano, se não me engano, eles arrumam um trabalho pra ela, né? Eles ficam com o bebê enquanto ela trabalha, sim, tem lugares que dão todo esse suporte, nunca é por não ter, né?, esse apoio.

6.1.2 Sofrimento das profissionais de Psicologia

Neste subtema, focalizamos o sofrimento relatado pelas psicólogas, em seu trabalho com as mães usuárias de substâncias psicoativas. Um dos pontos destacados indica que a falta de clareza em como conduzir esses casos provoca insegurança e é fonte de angústias, especialmente para as participantes Joana, Amália e Nádia, cujas avaliações podem culminar na separação dessa mãe. Além da dúvida e da impotência diante das decisões profissionais, as psicólogas mencionam o peso da responsabilidade do tipo de decisão que sentem recair sobre elas, no sentido de que suas decisões profissionais se traduzem em repercussões para todas as pessoas envolvidas no processo, não se limitando ao filho, porém, estendendo-se a toda a família:

[Joana] Eu sinto assim, não só nesse caso específico, eu acho que também das questões de saúde mental, né?, que eu te falei. Às vezes, não é uso, mas sim algum...eu acho que falta, às vezes, é alguém pra discutir, alguém pra avaliar isso, assim, pra fazer essa leitura desse relatório, talvez pontuar uma supervisão mesmo, sabe? De você entregar pra um colega e perguntar algo específico da categoria, né? Então, eu tenho sentido falta disso, eu acho que, quando eu fui buscar a supervisão por fora, a gente fez poucas supervisões até agora. A gente não entrou em nenhum caso específico, assim, né? Por exemplo, dessa questão, mas, assim, eu sinto falta de ter com quem trocar. [...] Inclusive, tem muitas usuárias, assim, que é difícil colaborar, porque acham que falar com psicólogo e assistente social é pra, que vão tirar a criança delas. Então, existe isso, então, já teve mãe que corre, que vai lá na maternidade e tira o bebê deles, né? Então, quando é chamado nessas

situações lá no Fórum é difícil. Porque, se você se deparar com elas, elas acham que a gente é responsável por isso, tanto que é dito isso.

[Amália] [...] Aí, eu sempre fico preocupada com o que eu vou pôr. Porque, assim, eu não quero ir contra, contra as mães, né? Então, é complexo. Às vezes, têm situações em que a gente manda o relatório lá pro Fórum e, depois de um certo tempo, a gente é chamada, né?, porque, pra confirmar o que foi falado, né? Mas, a gente fica, fica sem saber em que pé que está o processo, se vai para adoção, eles só querem simplesmente que você só vai confirmar o que está escrito no papel. [...] Ah, é muito desconfortável, né? ((risos)) porque, às vezes, a gente quer saber o andamento, pra que onde vai, o que vai acontecer. [...] Porque também tem casos que fica muito difícil, é responsabilidade nossa também, né?, libera, sabe? Porque tem muitos casos também que, às vezes, elas vendem as crianças, né? Aquela adoção "à brasileira", então a gente precisa ficar muito atento a tudo isso. Porque, se amanhã ou depois, descobrem, vai cair sobre a maternidade. Como vocês liberaram? Então, é muita responsabilidade. É dolorido, muito dolorido, mas você tem que ver essa questão da responsabilidade nossa, né?

[Nádia] Eu acho que pra mim acaba sendo um pouco desgastante, porque é, eu acho que é uma baita responsabilidade. Porque, querendo ou não, eu estou mexendo com a vida de várias pessoas, não é só da mãe daquele bebê, existe uma avó ali por trás, existe a família do pai. Existe um avô, existe uma tia, existe um irmão, né? Eu tô mexendo com a vida de várias pessoas ali, que vai ser influenciada pela decisão que a gente está tomando. Muitas vezes aconteceu que eu, eu achava que seria necessário encaminhar ao Fórum, o Serviço Social achou que não. Aí, no final, a diretoria também achou que não. E aí, a gente tem que fazer um relatório depois pra encaminhar pro Conselho Tutelar. E, aí, eu me recusei a fazer o relatório e a participar e a colocar o meu carimbo, porque eu não concordava com aquela decisão. Então, é uma coisa que, até então, não é tão vista com bons olhos, mas o pessoal tem respeitado, né?, por quê? Porque eu não concordo e a minha preocupação é, eu acho que ia dar algum problema depois e o meu carimbo está ali, de algo que parece que eu estava concordando com aquela situação. E eu acho que não, então, eu não participei da finalização do relatório, por não concordar.

Nos cenários de Simone e Hellen, há também a presença de angústia e preocupação com relação ao destino dos casos e o limite da atuação, sobressaindo, entretanto, a busca por uma visão mais global das dificuldades vividas pelas mães:

[Simone] Pessoalmente, assim, gera uma tristeza muito grande pensar no futuro dessas crianças, né? Eu acredito muito na mudança e isso faz com que eu continue trabalhando, né? Acho que, se a gente não acreditar que é possível a mudança de comportamento, a gente perde a esperança e perde o interesse no trabalho. É, mas em alguns momentos era triste assim, né?, ver até a própria gestação, né?, assim, a gente via tantas pacientes que seguiam, e querendo, e perdia um bebê. E aí tinha um outro, usava muita droga e não aderiu e que, aí, iam para a frente, né? Então, é pessoalmente, gera, né?, aquelas questões, né? É, mas enfim, faz tudo parte do processo, a gente acaba entendendo que cada uma tem o seu, o seu momento, cada uma tem a sua vivência, né? Então, coisas que fogem do nosso controle, o... e, por outro lado, era gostoso, né? É a participatória, a gente ver, né?, o atendimento, vê, vê que deu certo, né? Comparar como é que ela chegou e como é que ela está saindo. Ver ter uma possibilidade de vida, haver uma possibilidade de retomada de vida, de organização, né? Então, é muito

prazeroso, é um monte de coisa que aflora, né?, vários sentimentos, são vários pensamentos, reflexões. É um público desafiador.

[Hellen] Então a minha angústia, assim era, era sempre nesse sentido, né?, “Ai, o que que eu posso fazer agora? É qual que, até onde eu posso ir com esse paciente aqui, com essa mulher? Quais são os limites do meu atendimento? O que que eu posso abrir? O que que eu não posso abrir e como que vai ser depois, né?” Porque, às vezes, realmente a gente consegue vislumbrar que daria para fazer um trabalho. Que a paciente está numa boa abertura para isso. [...] Quem está ali é um sujeito, independente das suas crenças, das suas práticas. Então, não sei, isso sempre foi, essa ideia sempre foi muito importante para mim, então, eu não sei se eu consigo marcar uma diferença, talvez o que é que poderia acontecer é uma certa, uma certa angústia, uma certa ansiedade, mas não só desses casos, mas esses casos que exigem um manejo institucional um pouco maior, né? De como realizar esse manejo, mesmo de uma forma humanizada, entendendo o lugar daquela mulher, entendendo as angústias daquela mulher, é, mas também é protegendo essa criança, entendendo que é um indivíduo que também precisa de proteção, então, equilibrar esses lados, assim. Equilibrar a equipe que está ali, preocupada, ansiosa com o que está acontecendo.

A questão do tempo que envolve a intervenção com as mães usuárias de substâncias aparece igualmente como uma fonte de sofrimento para as psicólogas, aliada à responsabilidade e às dificuldades em solucionar os conflitos que tais casos demandam. O contexto hospitalar em maternidade comumente tem um alto fluxo de entradas e saídas, e, nesse contexto, as avaliações e/ou encaminhamentos devem ser realizados em poucos dias, conforme apontado anteriormente. Esses casos exigem um grau intenso de dedicação e ações rápidas, por parte das entrevistadas, as quais, em seu discurso, manifestam suas insatisfações e dificuldades em tomar a “melhor decisão”, nesses trabalhos pontuais executados. Há também a dificuldade de ver os efeitos após as intervenções concretizadas, pois, na maioria das vezes, não há reencontro depois da alta.

As psicólogas relatam a dúvida, a dificuldade, o desgaste e a angústia envolvidos na atuação profissional relativa ao atendimento desse público. Tais sofrimentos são decorrentes das inúmeras incertezas existentes para atingirem o resultado final das intervenções realizadas, demonstrando que a despeito de todo o desgaste, as profissionais não vislumbram um caminho mais efetivo de atuação que proceda a um resultado efetivo:

[Joana] O que eu menos gosto acho que são essas avaliações muito corridas que acontecem no alojamento conjunto, né? Porque assim, às vezes, a fulana de alta mas tem que fazer uma avaliação, tem que fazer um atendimento, então, assim, aquilo acontece dentro do quarto, né?, às vezes é um contato só, e aí, às vezes, eu acabo encaminhando pra UBS, entregando ali um encaminhamento, mas a gente não sabe é a repercussão disso, né? Se

consegue mesmo passar na UBS, se não, né?, como que isso, né?, se desenvolve depois [...]

[Amália] Aí, eu acho que tem uma dificuldade, assim, que, além de tudo eu acho que a gente precisaria de tempo, né?, pra poder lidar com elas, porque esse tempo da internação é pouco, assim, pra poder de tempo, de, de ter um local que pudesse realmente ficar mais tempo com elas, mas também não dá pra manter presa, né. Elas têm que sair, então, é, pra mim também a minha dificuldade de lidar com tudo isso, de lidar com esses casos.

[Nádia] Então, eu tento pensar, é algo que desgasta, porque, às vezes, você vai no seu dia de trabalho, você passa o seu dia inteiro somente naquele caso. Você não consegue trabalhar em outros casos, porque você precisa definir e decidir, em um tempo curto de tempo, é a melhor, a que você acha que está tendo a melhor decisão em prol daquele bebê, não é daquela mãe, nem é muito da mãe, é do bebê. O que você acha que vai fazer pra proteger este bebê, que vai poder dar uma qualidade de vida, um cuidado e uma segurança e proteção pra esse bebê agora. Então, é algo que desgasta, porque você tem que reunir todo o seu tempo, toda a sua energia, sua atenção naquele caso, naquela situação e que, às vezes, tem que ser decidida naquela tarde.

[Hellen] Eu sempre senti que a minha maior angústia era quando isso não podia ser feito por algum motivo, não deu tempo, o paciente recebeu alta no final de semana, quando as equipes não estavam lá e a gente não conseguiu amarrar o encaminhamento. Isso sempre foi mais difícil, mas, sempre que isso era possível ser feito, sempre me dá uma sensação de tranquilidade. [...] mas infelizmente é muito pontual, né? Nesse contexto do hospital, acho que é uma angústia muito grande para os profissionais da Psicologia que o tempo é muito caro, né?, pra nós. É muito importante, ele organiza o nosso trabalho, não é um trabalho que, que geralmente é rápido, né?, realmente precisa de um tempo para que ele aconteça, então, eu acho que sempre ficava em torno disso, assim, as minhas angústias. Eu volto a dizer, assim, eu acredito que, se tivesse um acompanhamento um, algo organizado para o pós-hospitalar, seria muito válido.

O trabalho com as usuárias também foi associado com o sentimento de impotência e de percepção das limitações, em facete do trabalho realizado, quere direcionado ao acolhimento e separação da díade, quer ao encaminhamento para as redes de serviço:

[Joana] Você não sabe a continuidade disso. Você não continua acompanhando, não tem retorno, não tem nada. [...] E, aí, você entrega na mão do paciente aquele encaminhamento, você não sabe como é o desfecho daquilo.

[Amália] O impacto é de que lida muito com a nossa impotência, né? Às vezes, está vendo alguma coisa que está acontecendo, mas você nada pode fazer. Ou, o que você faz, ou vai fazer, parece que não tem resultado, né? Que não depende só do trabalho, do meu trabalho, depende de quem que eu estou trabalhando, né? Porque eu acho difícil ter que separar, eu sempre torço para ficar com a mãe, que não precise ir pro Fórum, sabe?

[Simone] É, coloca a gente muito de frente com as nossas limitações, com a nossa impotência, né? É e é sempre uma dificuldade, né? Nunca é fácil, porque sempre é um caso novo, por mais que tenha semelhanças, é sempre

uma mulher diferente, né? E mesmo que seja a mesma mulher, ela sempre se apresenta em um outro momento, com outras questões. Então ((inaudível)), né?, é ele vai ter que é cuidar e buscar entende ela, né?, dentro dessa vivência. Daí, eu acho que, que nunca vai ser fácil assim para ninguém da equipe.

[Virgínia] É muito frustrante sempre essa sensação. Essa mulher vai decair de novo, eu não vou acompanhar, eu não vou saber. Na verdade, o atendimento no geral, assim, no (nome do hospital) era frustrante por isso, porque ia, acabava e eu não sabia que acontecia com aquela mulher, é, não tinha continuidade, mas com adictas era mais ainda, porque aí eu ficava com essa frustração, com esse medo: “Essa mulher vai cuidar desse bebê? Será que ela vai conseguir ficar com o bebê? Como será que ela vai ficar, se ela não conseguir cuidar?” Principalmente nesses casos que vê o bebê como um salvador, né? É, mas era isso, assim, eu sei, eu tenho uma, eu não sei se eu concordo totalmente com a forma como a saúde trata um caso de uso de substância.

A rede de saúde novamente aparece no discurso das participantes, como fonte de frustração e insegurança. A incerteza quanto à efetividade dos encaminhamentos realizados demonstra a fragilidade de ações e políticas que cercam a intervenção com as mães usuárias de substâncias. No entanto, apesar de as psicólogas entrevistadas apontarem as falhas na organização dos serviços oferecidos ao atendimento a esse público que pressupõe, inclusive, a efetividade dos encaminhamentos, as profissionais não apresentam uma reflexão mais crítica quanto a tal aspecto e, assim, o sofrimento recai sobre elas:

[Joana] É, mas, assim, eu acho que o que me frustra um pouco é essa questão de não ter uma rede articulada, né? Porque no hospital é muito difícil de você conseguir fazer isso né? [...] Então, você encaminha pra rede. Você quer acreditar na rede, você quer contar com isso, mas a gente sabe que isso não funciona. [...] Porque, às vezes, você liga na UBS e ninguém te atende, né? E não tem um contato muito, porque ali eu tô no (menciona um bairro) e a gente atende, assim, pessoas de (menciona outra cidade), tem gente que é do (menciona outro bairro), que (fica localizado em outra região) da cidade pra ser entendido, então, assim, é muito extenso. E, assim, às vezes, você não consegue, assim. Dos casos que eu já fiz com a UBS, às vezes, não dá certo, né?, de falar com algum profissional. E, aí, você entrega na mão do paciente aquele encaminhamento, você não sabe como é o desfecho daquilo. Então, a gente, assim, quer confiar na rede, que a rede vai acompanhar, mas até aqui a rede falhou muitas vezes com essa pessoa, então, o mais frustrante é esse atendimento em rede mesmo. É que não funciona, não dá conta também, acho que pra atender tanta gente, pra poder acompanhar esses casos. E, aí, eu tento acreditar que os casos que a gente sinaliza vão ter uma atenção maior, né?, então, eu penso assim: “Ah, a paciente falou que está tentando psicólogo na UBS tem um tempão, então, eu, do hospital, justificando, será que isso agiliza um pouco? Será que vão dar uma atenção maior pro caso dela?” Tento pensar assim, se vão dar uma atenção maior, por ter sido sinalizado do hospital, quando a paciente passou por lá. Mas eu acho que é isso, assim.

[Amália] Eu acho que falta política disso, né?. Porque fica, fazer a teoria é fácil, né? Então, tem muita teoria e, assim, faz a lei, a teoria e cumpra. Sem

ver as condições do que precisa para cumprir, porque o pouco contato que eu tive com o pessoal do consultório na rua eles tão empenhados, sabe? São pessoas envolvidas, né? Mas falta tempo e, e lugares, também, para ir levar, né?

[Virgínia] É muito frustrante sempre essa sensação. Essa mulher vai decair de novo, eu não vou acompanhar, eu não vou saber. Na verdade, o atendimento no geral, assim, no (cita o hospital), era frustrante por isso, porque ia, acabava, e eu não sabia que acontecia com aquela mulher, é, não tinha continuidade, mas com adictas era mais ainda, porque aí eu ficava com essa frustração, com esse medo de, essa mulher vai cuidar desse bebê? Será que ela vai conseguir ficar com o bebê? Como será que ela vai ficar, se ela não conseguir cuidar? Principalmente nesses casos que vê o bebê como um salvador, né? É, mas era isso, assim, eu sei, eu tenho uma, eu não sei se eu concordo totalmente com a forma como a saúde trata um caso de uso de substância.

[Hellen] Eu sempre tive para mim que, se tivesse um bom relacionamento e encaminhamentos bem amarrados com a rede, é esses casos mais graves, pode ser de drogadição ou não, tantos outros casos graves que a gente também é, acaba atendendo, se ele tiver um bom acompanhamento na rede, eu acho, eu acho que a gente consegue é dar alta para esses pacientes, despedir desse paciente com uma certa tranquilidade de que, a partir de ali, ele vai estar amparado.

Por fim, diante de todas as dificuldades, inseguranças e falhas apontadas anteriormente, na voz das psicólogas, vemos que se refere a um público difícil e com quem não gostam de trabalhar. São casos que exigem diversos processos interventivos, geram frustrações e desgaste emocional, sendo que, para parte da nossa amostra, trazem pouca gratificação. Simone resume bem todo o contexto, ao afirmar que não se trata apenas da realização de um atendimento psicológico, mas de toda a demanda exigida, envolvendo diferentes intervenções com famílias e serviços, o contato difícil com as próprias gestantes:

[Amália] Olha, na hora lá de repartir os casos, normalmente quem pega é outra psicóloga ou uma outra. Então, eu não tenho pego. Para mim, é muito difícil, pra te falar a verdade. Lidar com isso. [...] Porque é muito, é pouco gratificante, é muito frustrante e, e, é difícil, porque eu acho que, às vezes, eu acho que tem tudo pra dar certo, eu acho que é mais o meu desejo pra que dê certo, então, eu acho que o meu desejo de que tudo dê certo encobre de eu ver tudo o que está acontecendo, sabe?

[Nádia] São casos que geralmente desgasta emocionalmente a gente, né., São casos que nos esgotam um pouco mais emocionalmente, profissionalmente. São casos que a gente percebe um pouco mais de responsabilidade, então, eu acho que a atenção e a angústia cresce, e se potencializa e acaba sendo um pouco mais pesado. Quando tem casos assim pra mim, são casos que são mais pesados pra mim. É mais fácil, mais leve, às vezes, atender é a mãe angustiada, primeira viagem, uma ansiedade, um bebê, às vezes, síndrômico, não minimizando é o que é mais importante ou menos importante, todos são na sua intensidade, no seu singular. Mas esses casos que envolvem usuárias de drogas, casos encaminhados ao

Fórum, particularmente pra mim, eu acho que acaba me desgastando um pouco mais. [...] E como somos nós que, eu, psicóloga, ou assistente social que dá essa notícia, a gente acaba sendo essas vilãs. Então, toda aquela angústia, aquela raiva, é destinada pra gente. Então, muitas vezes, a gente se sente ameaçada no nosso próprio trabalho. Então, eu acho que é essa parte que eu não gosto, que desgasta emocionalmente. Então, eu acho que seria mais ou menos esses dois contrapontos aí.

[Simone] Eu confesso que não é uma coisa que eu gosto, né? Assim, não é um público que super me atrai. É, acho que até por essa dificuldade mesmo, né?, que foi colocado, é cansativo, né? [...] Então, ele demanda mais, e demanda também, porque não é só o atendimento, é, é diferente de você sentar e fazer um atendimento psicológico de uma mulher, uma gestante que tenha outras questões, não é assim. O uso da droga ela é, ele demanda da gente todo esse trabalho por trás. Então, você tem que fazer o contato com a família, você tem que fazer o contato com a rede, você tem que discutir o caso com o Serviço Social. Você tem que discutir o caso com o médico. Você tem que passar pro psiquiatra, né? Aí você tem que ir atrás da paciente, se ela não veio para o pré-natal. Você tem que ir atrás do paciente. Então, não veio na consulta da psicologia, então, é um atendimento que ele demanda mais, né?, e, então, acho que nesse ponto ele é mais cansativo, né?

6.1.3 Importância da organização da prática e capacitação profissional

Neste subtema, abordamos a importância e as implicações do preparo da capacitação para a prática das psicólogas, diante dos casos que envolvem usuárias de substâncias psicoativas. Para as entrevistadas Joana, Amália e Nádia, observamos que não há clareza de como conduzir os casos, pois as profissionais apontam a ausência de protocolos para a realização dos atendimentos e de uma equipe. Assim, as profissionais ressaltam as lacunas em suas práticas, tanto de modelos para a atuação como da necessidade de uma equipe, a qual poderia atuar como um apoio e suporte para as discussões necessárias para a tomada de decisões. Como resultado, as psicólogas vivem uma situação de incerteza, medo e insegurança sobre a sua atuação.

Joana se destaca, nesse sentido, mencionando uma situação mais crítica, quando relata que “está começando do zero”, sem uma equipe de apoio e/ou protocolos para o serviço, mas notamos que mesmo Amália e Nádia, que estão no mesmo serviço e têm mais tempo de experiência, enfrentam dificuldades em suas práticas:

[Joana] [...] lá na residência, assim, me assustava. Porque era, assim, tava ali, tudo muito novo pra mim, então eu pensava assim: “Não sei o que falar. Não sei o que eu tenho que investigar.” Eu tinha o constrangimento em, por exemplo, eu tava ali no prontuário que ela era usuária, e aí chegava esses, essa solicitação, né?, que é, ah, usuária. Quando fala usuária, não sei se

todos os lugares são assim, mais pelo menos, né?, onde eu já trabalhei ((risos)), todo mundo já entende que é usuária de drogas. E aí eu ficava assim, mas eu abordo, eu falo diretamente, eu pergunto, ou eu vou conduzindo o atendimento até chegar nessa questão, até ela trazer, se ela não trouxer, eu não abordo? Então, pra mim, era um motivo de muita insegurança, assim, nesse começo. Mas aí, assim, trocando com a equipe, entendendo como que as pessoas, né?, abordavam, né? Eu tinha uma colega de residência que ela já tinha trabalhado na área social, então, ela tinha um conhecimento um pouco maior e, aí, eu fui me sentindo mais segura para abordar esse tipo de questão. [...] Quando eu entrei no hospital-maternidade, até por ser a primeira equipe [...]. a gente está tendo de construir tudo do zero, né?, então, não tem nada. Então, a gente está criando protocolo, a gente está criando grupo, essa parte de humanização nós estamos criando. Então, tudo a gente tem que escrever, então, eu estou numa fase que, assim, que eu estou escrevendo, por exemplo, um protocolo de visita de irmãos, de visita da família estendida na UTI, de avós, irmãos e tudo mais. [...] Então, assim, tudo precisa ser criado. [...] eu fiz é... algumas supervisões, né?, com a psicóloga, né?, assim, por fora, por minha conta mesmo, procurei uma supervisão que nem foi sobre falar sobre casos, mas, sim, falar sobre o trabalho mesmo, né?, algumas orientações de como organizar o trabalho na unidade, e eu acho que, assim, foi efetivo, né?, assim, até de quantos atendimentos fazer por dia, qual que é a média de um atendimento de Psicologia. Porque não atende todas as pacientes, todos os dias, né? Porque não é só passar e falar: “Oi, fulana, tudo bem”, e colocar isso como um atendimento. Então, é mostrar que tem uma intervenção, né?, que tem ali um tempo e qual que é a média de atendimento de um psicólogo hospitalar que faz seis horas no dia. Então, tudo isso a gente está construindo ainda, né? Tem quatro meses que eu estou lá, mas, assim, já fizemos algumas coisas, mas estou construindo ainda, né?, escrevendo, é, organizando principalmente essa parte da produtividade. [...] Eu acabo trocando muito com o Serviço Social, mas eu entendo que algumas concepções, assim, são diferentes. Eu acho que eu sinto falta de ter um profissional da Psicologia pra discutir, às vezes, pra pontuar nesse relatório, pra orientar, pra ter um modelo assim. Pra esse tipo de relatório eu tenho sentido, sim, falta, né? Até o relatório que é pra Vara, pra entrega protegida também, eu tento seguir nessa linha, assim. O que a decisão dessa mulher, o que é observado, né?, mostrar o quanto que ela mostrou estar segura dessa decisão, o contexto, mesmo, dessa decisão dela, o que eu observei naquele momento, se tem alguma questão de saúde mental, algum histórico de saúde mental, alguma coisa assim. Mas eu acho que falta, sim, ter com quem discutir, alguém da área mesmo, psi.

[Amália] Olha, que eu, que eu tenho conhecimento, não. [...] Olha, eu acho que não. Tem, assim, a (menciona universidade) trabalha muito com isso, né?, eles fazem muito o trabalho ((inaudível)) e tudo o que eles fazem é bastante. Mas é algo que depende, assim, muito da gente ir buscar, se informar, pra se aperfeiçoar.

[Nádia] Pra mim, o impacto que causa em mim, eu acho que é essa preocupação se o que eu estou fazendo é certo. Até que ponto, até que ponto é eu tenho esse direito de influenciar tanto na vida do outro, né?

Por outro lado, temos o contraste na fala de Simone, que atua num serviço mais organizado, com ação mais integrada entre os serviços e respectivos encaminhamentos. Enfatizamos que a existência de uma rede de apoio e serviços surge como uma possibilidade para uma postura profissional embasada e mais segura, e o discurso da entrevistada não revela o mesmo cenário de insegurança e

temor apontados anteriormente. É interessante notar que apenas Simone alude diretamente à importância da capacitação para a prática profissional e, embora as demais entrevistadas destaquem tal necessidade, o conteúdo não aparece claramente nos discursos:

[Simone] *Ele foi mudando, foi se reestruturando, se reorganizando e, assim, ainda está caminhando para melhorias, né? É, hoje a gente tem um grupo, hoje não, já é um pouco antigo, mas eu, eu comecei a fazer parte agora, há alguns anos, poucos anos atrás. É um grupo de trabalho de maternidades, né?, então, é as maternidades de (nome da cidade), alguns responsáveis, né?, algumas pessoas, é, participam desses grupos, junto com o consultório na rua, junto com, né?, o pessoal da saúde, da prefeitura. É, buscando soluções, buscando estratégias, buscando melhorias para esse atendimento. Então, existe o empenho, sim, de algumas pessoas, né?, para que a gente consiga ter esse acolhimento, para que a gente consiga ter esse acompanhamento de uma forma adequada, humanizada. É, a gente esbarra, às vezes, né?, em algumas dificuldades, assim, lidar com esse público não é fácil. Ainda tem muito preconceito, muito julgamento, que acaba, às vezes, dificultando o trabalho, né? É, juntando já é difícil a resistência delas, né? A questão da droga, da doença, e aí você pega com profissionais que, às vezes, também já ficam cansados, né?, desmotivados e julgam. Então, a gente tem essas dificuldades, é, mas de uma forma geral, assim, ao meu ver, a coisa flui. Porque, ao mesmo tempo, que a gente tem essas dificuldades, a gente tem outras potencialidades. A gente tem um pessoal que está afim, que está, né?, superdisposto, então acaba que flui. A rede oferece um bom apoio. Tem né?, assim, a falta de capacitação profissional. Acho que é outra coisa que acaba, né?, pegando então as pessoas, às vezes, não são muito capacitadas, é para coisas simples, né? Às vezes, o postinho não consegue perceber o uso da droga, né? Mas a gente tem pacientes de uso pesado assim, que poderia já ter vindo antes, mas que passou despercebido. Ou até a própria dificuldade no manejo da paciente, né?, então, a capacitação profissional é uma coisa que é um limite também nosso aí, né?, uma coisa, é uma dificuldade. É, acho que é isso. [...] a gente estava começando a se aproximar do (nome de um ambulatório que compõe a rede de serviço), que é um grupo da (nome da universidade), né?, de apoio, aí, a mulher, é a se aproximar no sentido de treinamento, mesmo profissional, né? Então, a psiquiatria estava se aproximando mais do (nome de um serviço de acolhimento para mulheres e mães)... né? É, buscando de fato capacitar a gente para conseguir oferecer melhor esse atendimento, é, pensando justamente nisso, assim, né? É na gravidez enquanto um fator motivador, né? Então, isso a gente já tem pesquisas que apontam que sim, a gravidez auxilia nesse processo, né? É um bom período para se tratar, né?, o uso de substâncias químicas. Então, com esse desejo, assim, e até pra, pra ajudar, né?, na adesão dessa mulher pra gente conseguir trabalhar isso, a gente estava se aproximando mais, buscando essa capacitação.*

[Virgínia] *Inclusive, eu tive ontem uma capacitação no hospital aqui de (nome da cidade) e aí eles frisaram bastante a importância de usar a estratificação de, não sei se você conhece estratificação de risco em saúde mental. É, eu não sei se é um documento mais aqui do (nome do estado), porque eu conheço outras trabalham aqui na rede e falam bastante desse documento. E eu fiquei pensando que seria muito válido ter esse documento na época, para eu fazer a estratificação e mandar, né?, mas normalmente, é um encaminhamento pra UBS mesmo. É, dependendo da paciente, se ela fosse acompanhada em outros serviços, algumas eram acompanhadas ainda pelo hospital de atenção secundária, onde elas fizeram pré-natal. A gente podia encaminhar para lá também e normalmente era isso. Não tinha um protocolo,*

não tinha nada assim muito estruturado para esse, para esses casos. [...] Essa visão de que tem que parar o uso, tem que ser abstinência, tem que ser abstinência absoluta. Tipo, se você fez um uso uma vez na vida, já vai constar para sempre no seu prontuário, no seu histórico. Às vezes, a gente nem compartilhava a informação com a equipe. Em alguns casos, dava pra gente, porque não valeria a pena para essa mulher. Não seria vantajoso pro, pro atendimento dela, mas eu acho que era essa frustração. O que mais me movia, assim, esse medo e essa frustração. Mas, de resto, eram ótimas de se trabalhar, gostava muito, era muito gratificante. [...]

[Hellen] Eu acho que é uma possibilidade dela ter consciência mesmo, dela cuidar dela é transformar, né?, a vida que ela vem vivendo é, eu acho que que o serviço da Psico era muito nesse sentido, né? Da Psicologia e do Serviço Social, acho que de todo mundo, é de trazer possibilidades geralmente a mulher que está nesse meio, né?, que está fazendo uso de drogas dessa forma tão descontrolada, principalmente, ela não vê muita possibilidade. Ela não, não, não tem muito recurso, né? Emocional, externo, é, eu acho que a gente caminhar junto trazendo para ela, né?, essas possibilidades, trazendo consciência, né?, clareza dos comportamentos, porque, às vezes, elas estão num impulso, né?, e elas não estão nem percebendo o que estão fazendo, o quanto estão se prejudicando, os danos que estão causando para si mesma, para os outros. Então, eu acho que, nesse sentido, assim, né?, da gente trazer um pouquinho de consciência, trazer recursos para que elas possam fazer diferente. Que elas possam retomar, é, a carreira, conseguir retomar a sua vida profissional, é, resgataram, né?, se tiver aí, com os familiares, né? Porque, às vezes, é só uma questão de resgate mesmo. Acho que é nesse sentido. [...] normalmente elas voltam, elas recaem e tentam diminuir, mas é um processo, né? E eu acho que é bom, porque a decisão de parar é o começo desse processo, né?, não é o fim.

6.2 O significado atribuído pelas psicólogas à maternidade em mães com uso de substâncias

Abordaremos, no presente tema, as concepções apresentadas nas entrevistas acerca da maternidade em mulheres usuárias de substâncias psicoativas, considerando os momentos que definições sobre o perfil e comportamento dessas mulheres apareceram em seu discurso.

6.2.1 A maternidade tem o significado de possibilidade de reorganização da vida para que a mãe consiga cuidar de si e do filho

Para parte das nossas entrevistadas, a maternidade das usuárias aparece como uma esperança e oportunidade de renovação. Independentemente do planejamento e do desejo pela gestação, as psicólogas apontam que as mulheres vivem a possibilidade de que o bebê representa a eventualidade de mudança de vida, de constituição de uma família, constituindo um fator para que consigam deixar o uso de substâncias. Virgínia relata, inclusive, uma situação na qual há um importante investimento narcísico da mãe em seu filho, revelando que, para algumas mães, o filho tem relevante significado para a vida dessas mulheres. Ora, tal desejo indica para

o papel primordial da organização dos serviços, nesse momento das vidas das mulheres, e seria um fator essencial para o acompanhamento, nesses casos:

[Simone] *Ah, para algumas outras usuárias, talvez, que o vício não é tão comprometido assim, a gente, muitas vezes, percebe que é uma renovação de oportunidades, uma esperança. “Ah, com esse bebê, eu vou fazer diferente, eu vou tentar, eu preciso”. Então, você vê que, muitas vezes, essa criança veio para dar uma nova chance, né?, uma nova esperança, possibilidades de mudança.*

[Virgínia] *A gente percebe, assim, que dificulta mais, é a questão do consumo de drogas. Então, os momentos de abstinência, às vezes, quando ela está internada, então, que tem aí, né?, um pouco mais de dificuldade, e era a questão da substância que acabava, de fato, dificultando mais a nossa aproximação. Mas, de forma geral, e talvez essa também seja uma pergunta que você venha fazer, a gente percebia que a gestação, ela era um fator protetivo, assim, ela é um recurso motivador em relação ao consumo de drogas. Então, na grande maioria, e a gente conseguia um bom acesso com elas, né? Porque grande parte tinha o desejo de, minimamente preservar o filho, né?, de cuidar deste bebê assim, então, isso facilitava, né?, a adesão delas. [...] A gravidez acontecia sem esse planejamento, né?, muitas já tinham filhos anteriores, e pra algumas o desejo vinha e de constituir uma família, de ter a possibilidade de viver algo que ainda não tinha vivido, né? É, e muitas vezes a gente não via isso muito organizado emocionalmente para elas, né?, só aconteceu a gravidez, né? “Só é mais um filho que eu vou ter que cuidar, né?” – , e aí vinha como um desejo de mudança, né? Então, eu quero mudar a minha vida, então, eu quero parar com o uso de drogas para poder me organizar, voltar a trabalhar para poder cuidar desse bebê, né? Então, a gente via isso, mesmo que de uma forma, consciente ou não, o bebê, na grande maioria, vinha como um socorro, assim como uma forma de resgate dessa mulher. [...] teve uma mulher que eu atendi que morava num barracão, assim, num, num assentamento, e o único quarto que tinha a tela, que tinha teto mesmo de esqueci o nome ((inaudível)) era o quarto que ela montou para o bebê. E aí, era um quarto, com outro tipo de cobertura, é bem mais precária. Era isso que a gente tinha como vínculo, né?, o investimento que essa mulher está fazendo nesse bebê, o quanto ela está atenta às necessidades dessa criança.[...] elas veem o bebê muito no seu salvamento e salvação: “Agora vai mudar tudo, porque agora vou me dedicar para esse bebê...” E é. Era essa a postura, assim, esses dois polos ali, ou é só mais um filho ou é meu grande salvador.*

6.2.1.1 A mãe representa uma ameaça

Joana, Nádia e Hellen asseveram, em seus discursos, que essas mulheres representam uma ameaça, seja para as outras mães que compartilham o momento na maternidade, seja para o filho, seja mesmo para a equipe. No entanto, os relatos são contraditórios, porque, embora as psicólogas revelem os riscos de que essas mães possam fugir com o filho da maternidade, ou mesmo ter alguma reação devido a uma crise de abstinência ou ao receber a notícia de que seu caso será encaminhado para o Fórum, é notável que tais ameaças ocupam um risco potencial, e as próprias

profissionais não relatam situações concretas nas quais as mães, de fato, concretizaram as supostas ameaças ou mesmo atitudes agressivas.

Contudo, Hellen realça um importante aspecto que diz respeito ao preconceito existente com relação às mães usuárias, e compreendemos que o temor das ameaças citadas é resultante desse olhar preconceituoso, considerando que essas mães representam um modelo materno totalmente avesso àquele modelo idealizado, o que configura nesse potencial perigo que essas mães encarnam, mesmo sem a efetuação de atos agressivos e verdadeiramente ameaçadores:

[Joana] Mas o que, que eu senti de um caso de uma paciente que ela até chegou lá com uma questão de uso de drogas, mas a gente foi entender e não era uso de drogas. Ela tinha uma, um déficit cognitivo mesmo, eu acho que em algum momento ela fez uso de drogas, mas não era um uso frequente, algo assim. E as mães fiquem com medo. Elas fiquem assim, mais vigilantes, né?, com os bebês delas, quando essa pessoa estava presente, porque elas estavam se sentindo ameaçadas, aí, ela é confusa para falar tal coisa, ela confunde o nome dos bebês, por exemplo, que uma vez, assim, ela confundiu o nome do bebê dela com o nome do (bebê) que estava lá. E aí, a gente percebeu a apreensão dessa mãe. Então, eu acho que tem um certo receio, né?, um certo medo, né?, uma certa apreensão, e, aí, mas, assim, não é nada assim, evidente, é algo que eu não sinto que elas se enturmem da mesma forma como as outras. Mas eu acho que também está relacionado à questão da frequência, né?, que é muito baixa. Elas acabam fazendo visitas, ou vê o bebê, elas não ficam o dia todo, e não vão todos os dias. Tanto as mães que têm alguma questão de saúde mental, assim, algum diagnóstico, algum déficit, algo assim. Ou as que são usuárias, assim. [...] Eu acho que não é a segurança de ela fazer mal ao bebê, mas elas falam da segurança de pegarem o bebê e dizer que vai embora, né? De levar o bebê embora, à força. E nessa confusão, né?, do dia, isso fazer mal ao bebê. Mas, assim, nada que tenha sido observado, assim, que elas fariam algum mal para o bebê. A única paciente, assim, que tinha, é a que eu falei da questão da psicose, que aí ela tinha, ela balançava o bebê de um jeito que não era muito adequado, né?... então. Mas isso é orientação mesmo de falar com ela, e tudo mais. Mas não algo que sugerisse ali que elas fariam algum mal ao bebê. Mas, assim, seria mais nessa fuga, nesse desespero de querer pegar o bebê pra sair correndo, pra ir embora, né?, e, aí, isso prejudicaria de alguma forma.

[Nádia] Apesar de, eu acho que a gente atende bastante usuárias, tá?, lembrando que é considerada, assim. Para o hospital, o nosso protocolo, usuárias de substâncias lícitas e ilícitas, incluindo álcool, o excesso do álcool, tá? E, a partir de maconha, cocaína e crack, temos bastante, mas chegar nesse momento, da ameaça, né?, é pouco. Até que não é muito. Mas, principalmente, de casos de pessoas que estão muito comprometidas, muito dependentes com a droga, eu acho que acaba gerando um pouco mais dessa ameaça. Porque eles se veem diante desse desespero, dessa angústia, né?, como se eles não tivessem esperança de que eles não possam sair com esses bebês, uma vez que a gente encaminhe o caso pro Fórum. Então, ali é onde eles desesperam, e, aí, eles, a raiva deles acaba sendo mandada pra gente. Mas, apesar de ser frequente atendermos usuários de substâncias lícitas e ilícitas, não é tão frequente assim essas ameaças. O momento da notícia é algo assim, que é onde a gente corre esse risco, se a gente vê que, às vezes, é uma puérpera e um casal, né?, um marido, um pouco mais

agressivos no falar, ou podem ser violentos, a gente tenta deixar a porta aberta, a gente avisa a equipe de segurança do hospital pra ficar próximo. É um momento muito tenso, tanto pra gente, é quanto eu imagino que pra eles. [...]. Porque a gente não sabe como que vai ser a reação dessa pessoa, a gente não tem essa noção, então, a gente tem que estar preparado pra tudo. E a gente tem que manter essa calma, porque a gente não pode passar esse nervosismo pra eles, né?

[Hellen] É algo a gente sempre ia discutindo, né?, esse casos com a equipe, com os médicos, é, a Psicologia sempre era bastante acionada e o que eu escutei, algumas vezes, que era justamente para evitar uma crise de abstinência, ali dentro, porque isso poderia haver algum risco para as demais pacientes internadas, para a própria equipe, então, existia é essa ideia, assim né?, até um certo, até mesmo um certo preconceito com essas mulheres. [...] Eu acredito que sim, porque principalmente se tratando de mães, de gestantes recém-paridas, recém-puérperas, é que muitas vezes usaram algum tipo de substância durante a gestação. Isso causa um estranhamento e um julgamento muito grande para as pessoas, né? Porque, bem, se a gente tem uma ideia de uma mãe extremamente idealizada, que faz tudo pelo seu filho, que abre mão de tudo da sua vida para o cuidado desse bebê, é entrar em contato com uma mãe que escolheu, é, fazer um mal para essa criança, mesmo que indiretamente, através do uso de alguma substância, é muito difícil para a equipe. Muito difícil.

6.2.1.2 O uso de substâncias prevalece sobre os cuidados oferecidos na maternagem

Outro ponto no tocante aos cuidados oferecidos aos filhos diz respeito à irregularidade nas visitas, à dificuldade em estabelecer vínculos com outras mães e ao uso de substância. Além disso, as psicólogas relatam que as mães comumente negam o uso de substâncias e, em decorrência, as profissionais associam o não comparecimento às visitas e a desconfiança que sentem quanto à amamentação em abstinência a esse uso. Da mesma maneira, o comportamento inadequado é igualmente atribuído ao uso de substância.

O que mais chama a atenção é que, embora sejam psicólogas, nenhuma delas citou a necessidade de acompanhamento, acolhimento ou tratamento das mães, como meio para que possam cuidar de seus filhos. Ao contrário, o uso de substâncias é apresentado como um obstáculo ainda não superado pelas mães, sinalizando que as ausências nas visitas ocorrem como uma escolha entre o filho e a substância. Além disso, tal constatação nos pareceu uma inferência das psicólogas, porque não ficou clara a veracidade desta informação. Interessante enfatizar que nenhuma entrevistada faz referência a algum sofrimento das mães, apenas Amália nota uma deterioração na vida dessas mulheres, mas, para ela, esse processo é acompanhado de

irresponsabilidade, de maneira que não faz nenhuma referência a algum tipo de sofrimento:

[Joana] [...] *alguns casos que eram muito característicos. O comportamento daquela pessoa destoava, e eu sentia aquelas pessoas solitárias, assim. Não via elas fazerem vínculos, até pela frequência, né?, é uma frequência diferente. É, a pessoa não ia todos os dias. [...] E não é o mesmo, não tem, assim, as outras mães não fazem vínculos como fazem com as outras. Acho que, por conta da frequência, também, não são mães tão frequentes, não passam o dia lá com as outras, mas eu acho que destoa assim, o próprio comportamento das outras, perceber que fazem alguns comentários, nada que tenha chegado assim, da pessoa lá. [...] Uma delas está em situação de rua, então, já tinha perdido a guarda ali de dois dos filhos dela, os outros tavam, assim, com familiares, e tudo mais, e, aí, também chegou essa questão de ela ser abrigada. [...] eu estava assim sentada, a gente já tinha feito uma primeira abordagem e tudo mais. E, aí, ela negou o uso, né?, falou que não: "Não faço mais, foi antes e tudo mais." Aí, ela foi amamentar e alguém, a técnica de enfermagem, veio me falar: "Ah, a fulana está aí, ela está querendo amamentar, e agora?" Aí, eu falei: "A gente precisa conversar com ela, orientar sobre a questão se ela fez uso e tal, né?, para poder amamentar." Aí, quando eu cheguei na sala, ela já estava com o bebê no peito. Aí, depois eu chamei ela para um atendimento, e aí eu abordei essa questão. Aí, ela falou assim: "Ah, eu sabia que você ia me falar sobre isso, mas não, eu sei, eu já fui orientada antes, eu sei que não pode." Que a gente orienta o quê? Olha, precisa, eu acho que de vinte e quatro horas, que a equipe lá recomenda, e aí, não tem problema, é só você sinalizar pra gente olha, hoje eu não vou amamentar. Não precisa explicar, você só fala, olha, "Hoje eu não quero amamentar, eu não vou amamentar." A gente entende, o seu bebê vai receber o leite, não tem nenhum problema. Só pede que você se comprometa a não amamentar o bebê, se você tiver feito uso de alguma substância. E, aí, ela falou que não estava fazendo uso, porém, ela não ia todos os dias. A gente começou a perceber que ela começou a revezar, ela ia dia sim, dia não. E, aí, é a gente pensou nisso, será que no dia que ela faz uso ela não vem? Aí, no dia que ela não faz uso ela vem? A gente começou a entender isso. Mas, conversando com essa paciente, ela negava que fizesse uso. Mas teve um dos dias, principalmente em um dos dias que ela chegou e ela soube que o bebê iria para o acolhimento, ela estava muito confusa. Não dava para conversar com ela, né? Eu fui conversar com ela, ela não, estava muito agitada, ela ficava entrando e saindo, entrando e saindo, aí, chamaram a segurança pra ela, ela ficou muito irritada com os seguranças, porque estava seguindo ela pelo hospital. E, aí, conversando com ela, ela não, o discurso dela era desconexo, também. Naquele dia, a gente percebeu que ela tinha feito uso, né?*

[Amália] *E, às vezes, a pessoa é tão sofrida, está tão... vai deteriorando, né. É ruim, essa palavra, mas é o que vai acontecendo, vai deteriorando mesmo. Eu vejo, até assim, quando eu pego o metrô (nome da estação), tem muitas dessas pessoas em situação de rua, e eu vejo que estão lá, tão tudo, rapazes novos, meninas novas, estão tudo lá juntos, deitados tudo juntos. Logo, penso assim, vão estar e estão tudo assim, sabe?, tudo é algo natural pra eles, não veem as consequências, não veem nada. Às vezes, eu fico querendo conversar com eles, pra ver o que eles pensam, sabe? [...] mas é assim, elas vão e ficam pouco tempo, sabe?, porque, e tudo tem que ver no tempo que ela está lá, o que é que dá pra ser feito. Porque muitas, às vezes, elas estão tão em abstinência, que, às vezes, elas vão embora, sabe? Elas não conseguem ficar. Então, tem muitos casos que os bebês ficam e depois elas voltam, né? Pra ver o bebê, sabe?*

[Nádia] [...] era questão de que ela era usuária, porém, ela negava. Mas o UBS falava que sim, já tinha passagem pelo Conselho Tutelar de outros bairros, né? Outros dois filhos não estavam com ela, então, a gente queria saber qual era a situação agora. Porque ela era uma pessoa que, apesar de ser usuária, ela era, ela conseguia ser bem consciente. Ela era orientada no tempo-espaço, ela tinha uma razão crítica adequada, né?, que isso, às vezes, muito engana. A gente pensa que o usuário de drogas ilícitas ele é uma pessoa que não fala, que não consegue se situar em relação a si e ao ambiente. E ela não, né?, ela conseguia se situar muito bem em relação a si e ao ambiente. Falava muito bem, muito coerente, o processamento do seu pensamento era bastante adequado, era assertiva. Então, isso causou uma estranheza. Até que a gente conseguiu contato com as outras regiões da onde ela morava que confirmaram pra gente que ela e o pai do bebê eram usuários, sim, de cocaína e de crack. E aí, foi a nossa surpresa. Então, por isso que eu acho que acabou levando um pouco mais de tempo, porque o que a gente via pela conversa não batia com as histórias. Mas, assim, era uma pessoa bastante ausente nas visitas com o bebê, visitava muito rápido. Era um vínculo, porém, ainda estava empobrecido. É, ela, além disso, tinha um agravante, que ela tinha HIV e não fazia uso do tratamento, mas aí falava que ia. Daí, ela ia na primeira consulta e não voltava mais. Então, demorou um pouco pra gente ter esse retorno dos CRT (Centro de Referência e Treinamento DST/Aids), porque isso é uma questão de sigilo, só que, aí, a gente teve que explicar toda a história pra eles poderem abrir isso pra gente, porque eles não abrem em um primeiro momento. Então, eu acho que foi por isso que acabou levando um pouco mais de tempo.

6.3 Justificativas para a separação da mãe e seu filho

Serão reproduzidos, a seguir, os relatos de Joana, Amália e Nádia, os quais nos dizem sobre os principais pontos que norteiam e baseiam suas decisões pela separação da mãe usuária de seu bebê:

6.3.1 Consideram a proteção do bebê

Um dos pontos ressaltados pelas psicólogas refere-se à proteção do recém-nascido. Há uma necessidade e um dever de garantir o desenvolvimento integral, através da segurança, cuidado, acolhimento e proteção do bebê. Para que atinjam esse objetivo, a preocupação é com o bebê, que, em sua condição de dependência e insuficiência, necessita dos cuidados oferecidos pelo seu entorno. Os relatos das psicólogas apontam para a busca de um final feliz, nesses casos. Nádia entende que tal final, muitas vezes, pode ser atingido quando se obtém a conscientização da mãe ou dos pais de que o melhor para o filho é que seja afastado de suas figuras parentais.

Não questionamos as necessidades protetivas de um recém-nascido para o seu desenvolvimento, muito menos de que cabe ao seu ambiente prover tais

necessidades. Porém, pensamos que, para as entrevistadas, as mães são consideradas usuárias e incapazes de superar o uso de substâncias para cuidarem de seus filhos. Além disso, deveriam apresentar, durante o puerpério, todos os requisitos exigidos para que possam ser tidas como aptas para permanecerem com os filhos. Destacamos a visão desintegrada, presente nessas profissionais, de que o cuidado deve ser oferecido apenas ao filho, não reconhecendo a necessidade de acolhimento e proteção para as mães, a fim de que finalmente possam desenvolver as condições para atingir o exigido para que possam cuidar de seus filhos:

[Joana] *Eu acho que elas não compreendem, assim, como uma questão de segurança, né?, que é uma intervenção, que é um cuidado. Eu acho que elas não veem que o acolhimento do bebê é um cuidado.*

[Amália] *Teve uma juíza, que uma vez ela foi até fazer uma palestra lá, e ela comentou que a gente fica muito preocupada com as mães, de não tirar os bebês das mães. Mas que se precisava pensar no bem dessas crianças. E que a justiça também pensa na criança. E de que precisa dar uma condição pra essa criança se desenvolver, né? Então, é uma situação difícil, viu? Não é uma situação tranquila, não. [...] Então, é difícil, porque, às vezes, você vê a mãe que quer ficar com a criança, vai conceber, tem até um, um olhar assim, você percebe entre a criança e a mãe, mas a mãe não consegue levar isso adiante, sabe? Aí é muito dolorido. [...] Então, às vezes, eles não vão dar o cuidado que a gente acha que deveria dar, né? Porque a gente tá ali, mas que eles vão cuidar e vão ter os pais que eles têm.*

[Nádia] *Bem, final feliz é a gente conseguir explicar pra essa mãe, ou pra esse pai, o porquê da tomada desta decisão. Que a gente está protegendo a criança e, ao mesmo tempo, a gente está protegendo eles. Que a gente quer ajudá-los e de eles conseguirem aceitar esse encaminhamento pra um serviço especializado pra tratamento. [...] Então, em comum acordo, a gente faz também um trabalho junto com essa família pra conscientizar da importância do auxílio deles pra esses pais e pra esse bebê. Então, quando a gente consegue fazer esses encaminhamentos e se dá andamento, então, eu acho que é um final feliz, né? Que a gente conseguiu, talvez, mostrar pra eles a importância de eles se cuidarem e se organizarem socialmente e psicologicamente para a chegada desse bebê na vida deles, então, eu acho que o final feliz é esse. A gente conseguir plantar um pouco dessa conscientização e eles conseguirem ir atrás dessas mudanças. [...] Eu tô tentando preservar esse bebê, meu foco é o bebê. Não é nem tanto a mãe a minha preservação, a minha proteção está em cima desse bebê que não responde por si, que não consegue se cuidar sozinho. Então, eu tenho que ser muito radical nessa análise. Apesar de que a, tem alguém que ajuda, tem a vizinha que ajuda. Não. Peraí, gente. A vizinha não é parente, não é a mãe. Eu preciso entender quem vai estar 24 horas para aquele bebê que é indefeso, que não come sozinho, que não se troca, e ele não é autossuficiente. Então, às vezes, a minha responsabilidade, e a minha angústia de pensar se eu estou fazendo certo ou não, eu tenho que colocar esse bebê no pensamento. Não, peraí, quem é que vai dar esse suporte pra ele se essa mãe não consegue? Então, eu acho que em prol disso, né?, então, ((inaudível)) essa coisa de que até que ponto, né?, é uma responsabilidade. E eu espero estar sempre fazendo o melhor pra vida desse bebê. Pra proteção dele. Sei lá, eu tento pensar desse jeito que eu acho que ameniza um pouco a minha angústia. ((risos))*

6.3.2 Concepção do vínculo estabelecido entre mãe-bebê

Neste ponto, apresentamos as concepções do vínculo estabelecido pelas mães com seus bebês. As psicólogas ressaltam uma capacidade pré-existente para o estabelecimento de um vínculo; que essas mães não estabelecem vínculos como as outras mães. Amália acredita que algumas mães não estão ligadas ao filho, que não têm amor e preocupação, enquanto Nádia entende que a usuária de substância tem um vínculo comprometido.

Assim, os relatos sinalizam o desconhecimento das profissionais acerca do uso de substância e nos remetem à gravidade de que, a despeito dessa falta de conhecimento e de manejo, prevalecem concepções normativas e idealizadas utilizadas como sentenças para as mães. O uso de substâncias é concebido como justificativa para as decisões profissionais, sem qualquer relação com uma visão mais integrada e crítica voltada às intervenções realizadas. Em suma, de acordo com as psicólogas entrevistadas, as mães são incapazes de desenvolver o estabelecimento e a manutenção de vínculo com seus filhos, embora mantenham o uso de substâncias:

[Joana] O comportamento daquela pessoa destoava, e eu sentia aquelas pessoas solitárias, assim. Não via elas fazerem vínculos, até pela frequência, né?, é uma frequência diferente... É, a pessoa não ia todos os dias. [...] E não é o mesmo, não tem, assim, as outras mães não fazem vínculos como fazem com as outras. Acho que, por conta da frequência também, não são mães tão frequentes, não passam o dia lá com as outras, mas eu acho que destoa assim, o próprio comportamento das outras, perceber que fazem alguns comentários, nada que tenha chegado assim, da pessoa lá. [...] dos que foram acolhidos, eu acho que teve algumas tentativas de poder encontrar familiares, mas eu acredito que a rede não fez essa parte, durante a internação. Ficou meio que pra ser feito isso depois. Mas, durante a internação, só chegou a notificação de que vai ser acolhido. E a Vara mandar a notificação de que vai ser acolhido e não ter, assim, muito mais pelo histórico, né? Mas, não teve assim, tanto investimento pra poder e aí, a gente não ter pés pra poder fazer isso, porque os endereços que essas pessoas passavam pra gente não eram consistentes. Então, assim, "Ah, eu moro em tal lugar", e, aí, você ligar em tal lugar e aí não ter ninguém, e aí não ter uma UBS de referência. Foram duas pessoas que não fizeram pré-natal. Então, assim, não tinha UBS de referência, né? Pelo endereço que passaram, quando você entrava em contato as pessoas, também não tinham, não sabiam quem era. Informações, assim, muito inconsistentes, então, assim, "Ah, eu moro com tal pessoa", e, aí, depois, "Você pode trazer essa pessoa aqui? Você pode dar o telefone dessa pessoa?" E a pessoa desconversa, então, assim, não deu para fazer esse contato. Nós, né?, do hospital, não conseguimos fazer, e a rede também não fez e, aí, já chega a notificação da Vara mesmo, que o bebê vai ser acolhido. E a gente também não ter esse trabalho com essas mulheres, durante a internação, delas que os bebês foram acolhidos, delas acabarem não tendo contato, souberam depois, ou teve essa reação mais agressiva no momento que soube e depois, né?, não

voltou mais. Então, isso me sugere que talvez ela não tenha voltado pra visitar o bebê, né?, no abrigo, porque, depois que ela soube que seria acolhido, ela não voltou mais pro hospital. Então, eu imagino que esse é um vínculo aí que vai se perder. [...] Acho que é mais fácil de acompanhar, quando o bebê já está ali, porque até o bebê estando presente dá aquele incentivo pro cuidado, né?, de querer manter esse vínculo. Mas, quando está no abrigo, eu acho que já é muito mais fácil, não fácil, mas eu acho que já é mais difícil, no sentido de manter. Parece que já, “Ah, eu não vou conseguir mesmo, já está lá, né?, então agora eu tenho que ter outro filho...”

[Amália] [...] vínculo é assim, é estar ligada, é ter o amor, a preocupação, né?, se dedicar, se entregar. Ser, assim, uma pessoa importante para o desenvolvimento do outro. [...] Têm algumas que parece que elas não estão nem ligadas ao bebê. É algo que aconteceu e foi levando, como se não fosse nem parte delas, né?

[Nádia] Então, eu acho que a usuária de substâncias químicas, quando ela está muito comprometida, a gente percebe que esse vínculo com o bebê é um vínculo empobrecido. Ela fala, ela tem um discurso de que “Eu quero esse bebê, eu vou cuidar dele, eu vou mudar”, mas não é um discurso que se mantém numa prática, né? Porque, durante a gestação, e mesmo ela morando, às vezes, na rua, existem alguns lugares que existe o consultório de rua, né?, eles conseguem, é, fazer uma busca ativa pra essas gestantes, para, pelo menos assim, “Vamos fazer uma consulta com a médica, vamos fazer um exame.” E você vê que, mesmo diante desse, dessa tentativa dos consultórios de rua, não, não existia uma adesão. Então, às vezes, ela vem no hospital, fala que quer o bebê muito, mas, às vezes, muitas das vezes elas nem vão visitar o bebê que está no berçário. Muitas das vezes elas nem perguntam desse bebê. Então, essa maternidade é uma maternidade que não tem muito significado, ela não tem vínculo. [...] o vínculo, a gente avalia o vínculo, quando essa mãe, ela consegue ter um olhar de carinho, de preocupação e de cuidados com esse bebê. É, e, aí, a gente tenta pensar o cuidado, é um cuidado físico, é um carinho no manejo, é na disponibilidade no amamentar, se tem essa disponibilidade de amamentar, se quer. Muitas das mães, assim, é, às vezes, opta por amamentar, e nem por isso deixa de ter esse carinho, esse cuidado, né?, então, a gente avalia esse vínculo dessa maneira. O quanto que ela está disponível pra olhar e pra cuidar daquele bebê, naquele pós-parto que é tão dolorido, que é tão difícil, e, muitas vezes, angustiante. Mesmo que você tenha um suporte familiar, mesmo que seja uma gravidez que foi planejada, que foi desejada, ou que foi aceita depois, né?. É, a gente avalia esse vínculo, que é essa disponibilidade de se doar para aquele bebê naquele momento, eu acho que seria mais ou menos isso.[...] Então, nesses próximos dias, ela não consegue nem viver muito vivenciar esse desenvolvimento de vínculo com esse bebê. Porque desenvolver o vínculo com a gravidez é uma coisa, e o vínculo com esse bebê real é outra. Ela não consegue desenvolver esse vínculo, de uma maneira suficientemente boa. Ela não consegue exercer a sua maternagem, porque o bebê ainda está no hospital e tem os horários que ela pode ficar lá. Apesar de ser direito dela, ela pode dormir no hospital, mas o hospital não oferece estrutura, cama, muito menos cadeira, entendeu? Não tem isso. Então, essa maternagem, essa amamentação em livre demanda, que é uma coisa que a gente preza muito, ela é defasada, então, eu acho que causa déficits pra todo mundo. Inclusive pra esse bebê, que tem essa maternagem deficitária.

6.3.3. O grau de dependência no uso de substâncias

O grau de dependência também é um fator de risco e considerado para a avaliação dos casos. De acordo com as psicólogas, devido a isto, as mulheres apresentam comportamentos e, por vezes, são descritas como apáticas e alienadas. Seja como for, os relatos sempre desembocam para a incapacidade das mães em oferecer os cuidados necessários ao bebê. Mesmo nos casos nos quais existe a expressão do desejo de cuidar do seu bebê, assim como o de realizar um tratamento, essa disposição não é suficiente para a manutenção da dupla. Ela precisa ter algum suporte prévio, seja familiar, seja social, adequado e que atue como seu responsável e pelo bebê.

Joana é explícita, ao dizer que “falta a condição” das mães e que, ainda que recebam o suporte, elas não se importam e não se envolvem:

[Joana] *Eu acho que é porque falta a condição da mãe também, eu acho. Porque eu vejo o consultório na rua tá cuidando, de repente, a pessoa some e eles não sabem para onde é que ela foi. Aí o consultório de rua de outro lugar entra em contato e fala que está lá, sabe?, então, é, olha, é um trabalho tão difícil, que se consegue uma já é uma satisfação, é um ganho, sabe? [...] E, às vezes, fica uma coisa muito difícil, porque têm usuárias que estão tão alienadas que nem se, não se envolvem, não se importam. Mas, tem outras que não, que querem ficar com a criança. Mas, às vezes, só o querer delas não é suficiente, né? Não têm condições, né?, para a criança não seria bom, né?*

[Amália] *Eu acho que depende, não sei se eu posso falar do grau, do grau de uso, do estado que elas se encontram, sabe? [...] Outras, as pessoas que estão com elas, como, por exemplo, os profissionais de consultório de rua, que estão cuidando, que estão levando e tentam até fazer um trabalho, mas, às vezes, a pessoa não tá ligada, está sendo empurrada. Então, é algo assim, que foi por acaso, né?, não foi nem planejado. Agora, têm outras que não, que a gente percebe que sofrem, que se ligam ao bebê, que gostariam de cuidar do bebê, né? Mas que elas ficam assim, numa situação de que, mesmo sabendo, elas precisam de ter condições para cuidar do bebê, é algo que está tão intrincado nelas, tem toda uma dependência, que elas não conseguem, sabe? Às vezes, assim, eu, por exemplo, eu até aposto, e me sinto assim, até gostaria, que parece que vai dar certo, que a mãe vai ficar com o bebê, né? E, às vezes, até aposto que vai ter uma mudança, mas, de repente, você que abandona, vai embora, não volta, sabe? Porque essa dependência é mais forte, sabe? Tem até quem diz que ao encontrar o bebê tudo muda. Mas eu não vejo isso não, sabe? Infelizmente, não. [...] muitas vezes eles estão assim, tão, tão dependentes, eu não vou dizer, sei lá, tão dependentes que fala mais forte, sabe?*

[Nádia] *Se ela tem essa condição, é, e se ela tem esse suporte, esse suporte familiar, do companheiro, do companheiro, que, geralmente, também é usuário, então não tem muito. Por mais que elas falem “Ah, mas eu vou parar”, não sei o quê, a gente sabe que, quando a pessoa é dependente química, não existe só uma questão de força de vontade, eu quero parar. Tem que ter um tratamento, tem que ter suporte de várias pessoas, de vários*

profissionais, e que, às vezes, essa pessoa não está disponível cem por cento pra isso. Então, a gente acaba avaliando isso, se ela tem essa condição ou não de cuidar desse bebê, nesse momento. De um cuidado integral, e não apenas um cuidado do apenas: “Ah, eu quero cuidar, eu consigo.”

6.3.4 Efeitos da separação para a mãe

As percepções sobre como as mães usuárias de substâncias recebem a notícia e vivenciam o processo de avaliação no hospital também foram focalizadas pelas participantes. Essas mães se sentem ameaçadas diante das avaliações e têm dificuldade de aceitar a decisão resultante da intervenção da Psicologia. Algumas buscam ficar mais próximas, para tentar manter seus bebês, mostrando esforço, enquanto outras vivem a sensação de perda definitiva:

[Joana] Elas sentem que estão sendo avaliadas, e que é pra tomar o bebê, e que ficam irritadas, quando elas descobrem que, assim, a alta da parte clínica está ok, mas que ainda tem uma avaliação social. Então, elas já elas ficam bem na defensiva mesmo, se sentem ameaçadas. [...] A maioria parece que já como caso perdido... “Assim que foi acolhido, perdi.” É, eu acho que não tem aquela orientação de que não, você pode continuar tendo vínculo com o seu bebê, eu acho que elas acabam vendo como algo que uma luta perdida, que, acho que a maioria acaba não mantendo esse vínculo, e, aí, entra naquele ciclo de ter um outro bebê. [...] Mas o que eu sinto é que elas... elas veem muito mais como ameaça mesmo, né? De que “Ah, vai tomar o meu bebê...” Elas parecem que já preveem, já sabem um pouco do desfecho. E as que ficaram, né?, com a família, também tiveram esse movimento, né?, esse receio, essa coisa toda. Mas depois que tem alta e consegue estar com a família de volta, pelo menos, nesse retorno, tem uma preocupação, de mostrar que não eu tô me mantendo, tô mais organizada e tudo mais. Justificar se falta em alguma consulta, de ligar pra falar “Olha, hoje eu não posso ir.” Mas eu acho que elas se sentem observadas, mesmo, né? Acompanhada, aí, mais, quando é acolhido parece que é foi uma perda, elas já consideram como uma perda.

[Amália] Aí, é muito sofrido, é muito sofrido, e muitas não aceitam, né? Não aceitam, às vezes, ameaçam, sabe?, então, é muito difícil. E é muito difícil, porque muitas, assim, vão enquanto o bebê está lá e não foi decidido o que que o juiz decidiu pra desinternar, elas vão vendo o bebê, e vai criando o vínculo com o bebê, e muitas vão e querem mostrar que estão ligadas ao bebê. E fazem de tudo pra mostrar a importância que tem pra elas, né? E muitas vezes, é claro, é falado, elas sabem que o caso está sendo conduzido, que vai pro Fórum, nada disso é enganado. Mas, assim, não querem nem ouvir. Entra por um ouvido e sai pelo outro, né? Então, é muito sofrido, muito sofrido mesmo pras mães. Mas elas são orientadas pra elas irem no Fórum, para elas se apresentarem.

[Nádia] O momento da notícia é algo assim que é onde a gente corre esse risco, se a gente vê que, às vezes, é uma puérpera e um casal, né?, um marido, um pouco mais agressivos no falar, ou podem ser violentos, a gente tenta deixar a porta aberta, a gente avisa a equipe de segurança do hospital pra ficar próximo. É um momento muito tenso, tanto pra gente é quanto eu imagino que pra eles. Porque eles imaginam, sim, porque alguns casos elas já sabem, ou já passaram por isso em outras gravidezes e sabem que isso vai acontecer, então, isso acaba sendo muito tenso [...]. Se a gente está

angustiado, imagina eles, que são os pais da criança. Essa possibilidade na fantasia deles de perder a criança pra sempre, de ((inaudível)) por mais que a gente explique que não é assim, que existe todo um processo, mas, na hora, isso não é levado em conta. Então, lidar com essa reação imediata, que, às vezes, é de raiva, agressão verbal, e, às vezes, até uma insinuação de agressão física, é algo que angustia bastante a mim também. Eu acho que é um impacto muito grande, porque você muda todo o curso da vida dessa pessoa. Essa pessoa poderia sair sem nenhum problema com esse bebê e ir pra casa e viver a vida. Quando você faz essas intervenções, sendo elas até mesmo pro Conselho Tutelar, mesmo ela saindo com esse bebê, ou indo pro Fórum, que eu acho que é algo mais em último caso, você mexe com toda essa estrutura, porque, às vezes, é ela vai a passar a viver os próximos dias em função disso: “Será que esse bebê vai sair comigo ou não? Será que o Fórum vai deixar esse bebê com a minha mãe ou não? Será que o Fórum vai decidir que eu não tenho condição de cuidar desse bebê?”

6.4 Papel do sistema Judiciário

6.4.1 Judicialização compreendida como solução de encaminhamento do caso

Após a decisão de separação e encaminhamentos feitos pela Psicologia e pelo Serviço Social, os casos seguem para o Judiciário. Na fala das entrevistadas, observamos a expectativa de que essa instituição supra as falhas deixadas pelos serviços da rede e funcione como um encaminhamento para essas mulheres. Além disso, existe uma expectativa de que a mãe ainda possa reaver o filho, através de avaliações realizadas naquele serviço:

[Joana] É, eu tenho de entender como ocorre de sinalizar, por exemplo, em um dos casos que foi pra acolhimento, né?, o quanto que essa pessoa ela tava no sofrimento, o marido dela não permitia que ela acessasse o CAPS pra fazer o tratamento. Ela já tinha sido atendida lá, mas ele não permitia que ela fizesse o uso da medicação. Então, assim, pra sinalizar pra rede que essa pessoa precisa ser acompanhada, né? Que a gente percebeu tais questões, então, tem um ponto aqui que precisa de acompanhamento. Então, eu acho que, quando a gente faz um relatório, é pra sinalizar, o relatório, pra mim, é um encaminhamento, né? Que esse caso ele não se encerra ali. Tem esses pontos aqui que precisam ser trabalhados e, assim, eu sempre penso na oportunidade de ser acompanhada, né?, pela Assistência à saúde, Assistência Social, pra que isso, né? ((risos)), pra que se mantenha algum tipo de cuidado. Porque eu acho também que muitos casos, assim, passam, por exemplo, elas chegam lá na maternidade no terceiro, quarto filho, e eu penso assim será que nunca teve uma intervenção antes?

[Amália] [...] pelo Judiciário, ele incentiva, assim, que cuidem antes de levar pra lá, né? Evitar ao máximo que vá pra lá, né? Então, eles acham que tem que investir muito na maternagem, né? Pra que a criança fique com a família, fique com a mãe. Então, mas é muito difícil, porque eles querem que evitem, mas não tem muitos recursos pra isso aí. Por exemplo, o consultório na rua eu acho que não tem pernas pra cuidar de tudo isso, sabe?, porque precisaria de muitos profissionais pra isso, sabe? Porque você tem que ficar quase que como uma babá deles, né?, das mães. Ficar lá, presente, acompanhando, né? Levando, sabe? E não tem profissional pra isso. [...] Acho que a

importância no como o caso vai se desenvolver, prosseguir, né? Dar um embasamento para quem for decidir e tomar uma melhor decisão, né? [...] Porque o fato de o bebê não ir direto com elas e ir pro abrigo não quer dizer que elas vão ficar sem o bebê. Porque o juiz vai avaliando, dentro lá da avaliação da psicóloga do Serviço Social lá do Fórum, que, às vezes, a criança pode até ir com elas mesmo. Então, elas são orientadas a irem no Fórum, de falar da vontade de ficar, de falar das condições delas, e eles vão avaliando, né?

[Nádia] Então, diante de uma situação que a gente avalia que essa mãe não tem um suporte emocional, social e nem familiar, e que a gente resolve encaminhar pro Fórum, a gente consegue enxergar a angústia delas, né?, ao pensar que vai perder o bebê, caso a gente encaminhe pro Fórum, que vão para a adoção. Que ela nunca mais vai ver, então ali, às vezes, gera um gatilho que talvez ela fala: “Peraí, eu vou me cuidar, porque eu não quero esse destino pro meu filho, não quero perdê-lo.” Então, eu acho que tem esses dois extremos. [...] [ao ser perguntada sobre acompanhamento para as usuárias, quando não há resposta imediata da rede] Não, porque a gente não tem esse tempo. É o hospital, ele é porta aberta, e ele tem um giro, né?, a gente não tem braço, funcionário e nem espaço físico pra esperar esse tempo. E aí, é onde o quê? A gente percebe que não tem esse suporte, a gente judicializa, e, aí, a gente encaminha pro Fórum. Porque, judicializando, a gente acredita que o retorno, essa resposta, vai ser até mais rápida. E acaba sendo. Então, a gente, infelizmente, acaba judicializando.

No próximo capítulo, faremos a discussão dos resultados apresentados, tendo em vista as entrevistas realizadas.

7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Partindo dos resultados obtidos e objetivos propostos, em nosso trabalho, faremos, na sequência, a discussão dos resultados apresentados no capítulo anterior, os quais dizem respeito às entrevistas realizadas com psicólogas que trabalham ou trabalharam no atendimento a mães usuárias de substâncias, em hospitais/maternidades.

O foco desta pesquisa, a maternidade em mães usuárias de substâncias psicoativas, é um tema delicado e expõe questões relativas à naturalização da mulher diante da maternidade, ao estigma que recai sobre a mãe usuária, ao atravessamento da vulnerabilidade para a configuração dessa maternidade, à recepção e à organização e práticas em saúde oferecidas para esse público, que concentra inúmeras demandas, particularmente dos serviços de Psicologia que atuam nos hospitais e maternidades.

Em nossa investigação, algumas questões, sobretudo aquelas concernentes à organização e a práticas profissionais em saúde ofertadas e à concepção de maternidade que permeia tais práticas, ficaram evidentes.

Diante de tal cenário, apontamos inicialmente que as mães em questão revelam uma história de vulnerabilidades, exclusão, violências e violações de direito, e as mulheres são, no geral, avaliadas, julgadas e menosprezadas, em detrimento do suposto “melhor interesse da criança” (Código Civil e Estatuto da Criança e do Adolescente), e, nesse caso, a separação da díade, muitas vezes, seria uma maneira de atender a tal interesse.

De acordo com as leituras feitas e o conjunto de entrevistas que compõem a pesquisa, são evidentes o abandono e a invisibilidades dessas mães, e, nesse sentido, apontamos que os serviços aqui descritos não conduzem, em sua maioria, a uma possibilidade de remalhagem dos vínculos, tanto no que se refere ao atendimento oferecido à puérpera e seu bebê quanto para a manutenção vincular da maternidade (BENGHOZI, 2005), o que poderia levar a uma possibilidade de resiliência (no sentido psicanalítico), ou seja, de uma capacidade de malhagem dos laços psíquicos, através da desconstrução e reconstrução desses laços.

As entrevistadas apresentaram cenários diversos em relação ao serviço oferecido e, apesar da convergência em alguns temas, tais como as necessidades, preocupações e sofrimentos, há nuances em seus discursos e perspectivas sobre o

tema que apontam diferenças importantes. Buscaremos, portanto, discutir tais aspectos, em seguida.

Iniciamos a discussão com o tema relacionado à prática profissional e às redes de serviço em saúde, as quais envolvem a recepção das usuárias ao hospital-maternidade, as avaliações e como são realizadas, os encaminhamentos e a visão que as profissionais têm sobre a rede, e, por fim, enfocamos o sofrimento que atravessa esses casos para as psicólogas e as diferenças existentes na concepção da prática profissional oferecida.

Por meio das narrativas de nossas entrevistadas, identificamos diferenças significativas na condução e manejo dos casos, assim como nas possibilidades de encaminhamentos, além da perspectiva e expectativa depositada sobre as mães usuárias. As avaliações e encaminhamentos, portanto, estavam intrinsecamente associados a alguns fatores que foram observados em suas falas. O primeiro desses fatores que vamos discutir trata da maneira como as redes de saúde são organizadas e seu impacto nos trabalhos realizados.

Assim, podemos demonstrar a existência de serviços organizados em dois fluxos distintos. O primeiro fluxo é ligado a psicólogas de cidades de pequeno e grande porte, cuja atuação do serviço de Psicologia com as usuárias acontece apenas no momento do parto e puerpério e culmina na judicialização dos mesmos. Ao contrário, um segundo é implementado em cidade médio porte, cujos serviços tendem a preservar a dupla mãe-bebê e podem se organizar desde o momento do trabalho do pré-natal.

Quanto ao primeiro fluxo de serviço, é importante destacar que, além de a intervenção profissional ocorrer apenas no momento do parto, as profissionais apontaram a inexistência de protocolos para o atendimento dessa população e de um trabalho de equipe integrado, sendo notável uma visão pessimista com relação aos serviços da rede de saúde. A rede se apresenta como falha desde o início do processo, ou seja, a gestação, uma vez que elas costumam chegar sem amparo, tratamento ou mesmo um acolhimento prévio de sua situação. Os casos não vêm acompanhados de relatórios capazes de sinalizar se foi ou como foi realizado um acompanhamento, durante o período pré-natal, demonstrando, de fato, que os serviços não funcionam enquanto uma rede.

Assim, as psicólogas desse grupo não verbalizam uma confiança nos serviços, mas, principalmente, uma dificuldade no estabelecimento de contato, mesmo em

encaminhamentos para a alta, procedimento essencial, especialmente em tais casos, indicando que os equipamentos de saúde possuem uma prática isolada e não existe a comunicação e a troca das práticas efetuadas.

É preponderante a percepção de que “a rede não dá conta” e é insuficiente para receber esses casos, o que, de certa maneira, interfere em todo o fluxo que se segue. Os encaminhamentos para os CAPS e UBS não deixam de ser feitos, entretanto, uma nova tarefa ao profissional é adicionada. O papel do psicólogo na maternidade passa de um serviço de acolhimento e direcionamento para um trabalho de avaliação e investigação do caso. Um “C.S.I.” (*série televisiva de investigação criminal*), como bem pontua Nádia, uma das entrevistadas. Em suas falas, há um forte senso de responsabilidade por parte da Psicologia em dizer algo sobre essas mulheres e estar junto, nas decisões do Serviço Social.

Nesse contexto, as avaliações são realizadas em meio a um curto espaço de tempo, durante a permanência do caso no hospital, com duração máxima de um mês, buscando examinar temas complexos, que envolvem desde as condições socioeconômicas dessas mulheres, a presença de família extensa, até questões como o vínculo estabelecido entre a mãe e o bebê. A partir dessas avaliações, os casos nos quais não é possível localizar alguém que se responsabilize pela dupla – um companheiro ou família considerados adequados –, são encaminhados para o sistema judiciário, juntamente com um relatório produzido pela profissional sobre suas interações cotidianas com a usuárias.

Tal dado é corroborado pelas discussões de Gonçalves (2015), que apontam que, comumente, os relatórios produzidos por psicólogos, em tal contexto, utilizam as questões materiais dessa população bem como o uso de substâncias para justificar a separação do bebê, acarretando a culpabilização das mulheres, além da ausência de um referencial teórico-técnico para a produção de um documento tão relevante.

Cabe ressaltar que as políticas públicas desses serviços não estão organizadas para funcionar como apoio à preservação do vínculo mãe-bebê, e essa falha não é enfatizada pelas profissionais como algo que produz consequências em suas práticas. Ao contrário, ela recai sobre a díade, produzindo o encaminhamento de relatórios para as Varas da Infância quase como uma primeira ou única possibilidade de encaminhamento dos casos, sendo que, oficialmente, é preconizado que isso deveria acontecer apenas após o esgotamento de todas as práticas realizadas (EDEPE, 2020).

A despeito da Nota Técnica do Ministério do Desenvolvimento Social (BRASIL, 2016), a qual orienta para a preservação, ao máximo, da convivência familiar, as entrevistas efetuadas apontam que nem sempre é o que ocorre.

Quando tratamos do sofrimento dessas profissionais, um dos pontos que se sobressai, em seus discursos, concerne à insegurança na realização do trabalho executado. Não há confiança na condução dos casos ou mesmo se a decisão não deveria ser tomada em equipe, permanecendo a dúvida com relação à percepção da influência que suas práticas têm sobre as famílias envolvidas. Ilustramos tais aspectos através do relato de uma das entrevistadas, a qual procurou uma supervisão clínica para tentar colocar alguma ordem nos protocolos hospitalares e para obter um interlocutor em seu trabalho solitário e com tamanha responsabilidade.

É interessante notar que as profissionais destacam a falta de protocolos e as dúvidas com relação à intervenção, justificadas pela dificuldade em lidar com tal público, confirmando a ausência de referencial teórico-técnico, conforme citado anteriormente. A situação de vulnerabilidade social, comprovada pela falta de residência, emprego e condições econômicas mínimas, associada ao uso de substância, resulta na desidealização do ideal de maternidade que permeia o imaginário social, do qual as profissionais não se encontram livres; portanto, tais argumentos são, para as profissionais, comprovação da inaptidão dessas mulheres para exercerem a maternidade (GOMES, 2017).

Diante da impossibilidade de uma reflexão que leve em consideração toda a organização dos serviços, do seu papel profissional e da ausência de um referencial teórico e metodológico consistente em suas práticas, o peso dessa responsabilidade sobre os casos permeia as falas das entrevistadas. Nesse ponto, retratam a eventualidade de possíveis complicações, tais como o bebê ser colocado em risco pela mãe ou mesmo alguma cobrança direta enquanto profissionais, como se fosse viável serem condenadas por errar e, por isso, devem redobrar seus cuidados.

Segundo já mencionado em nosso trabalho, existem orientações técnicas emitidas por órgãos oficiais, como o Ministério do Desenvolvimento Social (BRASIL, 2016), as quais orientam as ações de ponta a ponta da rede, acerca da identificação dos casos, no período da gestação ao pós-parto. São normas públicas, disponíveis ao acesso pela internet. Ademais, outros órgãos oficiais, como as Defensorias Públicas, têm emitido documentos orientativos (EDEPE, 2020) para a condução desses casos.

Essas orientações visam a apresentar os fluxos de encaminhamentos para os serviços da rede, em uma perspectiva de trabalho de reestruturação da vida da mãe usuária, respeitando seu desejo de cuidar de seu filho. Cabe ressaltar que os documentos preveem a busca da família extensa para dar suporte a essa mulher, porém, caso essa família não se apresente, os fluxos podem seguir para o encaminhamento a centros de acolhida que recebam famílias. Dessa forma, o acolhimento institucional só deve acontecer em caráter de exceção, o que contrasta com o destino relatado por essas psicólogas.

Em momento algum, mesmo quando questionadas sobre documentos, leis e teorias que embasam as avaliações e encaminhamentos realizados, esses materiais foram mencionados ou diretamente criticados. O único material citado e utilizado para amparar as decisões pela judicialização dos casos foi o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (BRASIL, 2016). O tema das mães usuárias e seus destinos não parece ser algo problematizado, em suas especificidades, a ponto de proporcionar um caminho mais seguro e estruturado, com parcerias mais próximas dos serviços e que possa vir a amparar novas políticas, na sua cidade.

Em contrapartida, temos um serviço que não adota a separação do bebê de sua mãe como forma de proteção e no qual há o entendimento de que se deve acionar as redes, a fim de tentar acolhê-los. O serviço apresentado por Simone, em sua narrativa, nos chama a atenção, pois destoa do que foi predominantemente explicitado até então. Temos uma rede mais organizada, que proporciona aquilo que está previsto, inclusive pela lei: investimento até o esgotamento de possibilidades para a manutenção do bebê/criança com sua família (BRASIL, 2016). Existe um olhar dedicado para essas mulheres, nos serviços que compõem a rede, ainda que a entrevistada tenha realçado que haja necessidade de melhor capacitação das equipes e que as usuárias enfrentam preconceitos, ao longo do caminho.

O atendimento dessas mulheres é feito de forma longitudinal, com tempo para compreender suas necessidades, criar vínculos e fortalecer a confiança com as equipes, as quais, dentro do possível, buscam promover os recursos necessários para garantir o desejo expresso por essa mãe de permanecer com seu bebê e obter uma possibilidade de mudança de vida.

Em nossa leitura, essa organização da rede ensejou que a avaliação dos casos, empregando entrevistas e um pré-natal psicológico, atuasse como uma forma de investimento nessa díade. Conforme coloca em sua fala, nenhuma separação, das

poucas que vivenciou, foi realizada por ausência de recursos socioeconômicos, mas pela indisponibilidade dessa mulher em permanecer com o bebê. Quando não havia uma família ou um companheiro que pudessem proporcionar um suporte para a mulher e seus filhos, eram feitos encaminhamentos para centros que acolhessem a dupla.

É notável que a discrepância entre os dois tipos de serviços ofertados para as mães resulta em encaminhamentos igualmente diversos. Nesse último serviço, verifica-se a preocupação na preservação do vínculo materno-filial, demonstrando que a preocupação não está centralizada apenas no bebê, mas inclui as necessidades da mãe, inclusive respeitando seu desejo em permanecer com o filho, oferecendo a oportunidade de concretização e considerando que nos deparamos, ao longo das entrevistas, com o relato que comumente as mães expressam que o filho representa uma possibilidade de recomeço e de esperança.

O investimento na possibilidade de permanência oferece uma chance para a realização de mudanças no padrão de consumo de substâncias, conforme apontado por Oliveira e Paiva (2007), tendo em vista que as mães podem sentir-se amparadas e cuidadas, inclusive na tentativa de atingir os padrões socialmente construídos e exigidos para a função materna.

Devemos também ressaltar a questão dos relatórios produzidos. Para a psicóloga, um breve documento poderia ser elaborado para os serviços da rede, relatando a situação da mulher atendida, as intervenções executadas e seus resultados, e tem como principal objetivo contextualizar, para a próxima equipe, as necessidades daquela mãe. Há também uma preocupação que um relatório, encaminhado para o Judiciário, é uma importante atribuição com sérias consequências, e que palavras escritas podem não ser compreendidas em sua totalidade. Nesses casos, o documento é preparado apenas sob solicitação judicial.

Como vimos, Benghozi (2005) escreve sobre o potencial transformador que o *vínculo rede* pode proporcionar, de como a mobilização e a prática dos serviços pode se constituir em um lugar *continente* para os sujeitos se reconstituírem. Nesse sentido, as narrativas apresentadas sobre os diferentes fluxos estabelecidos nas maternidades nos permitem discutir e visualizar mais detalhadamente essa possibilidade.

Segundo aponta o autor, o *vínculo rede* não é composto apenas pelas instituições (BENGHOZI, 2005). A existência de serviços que possam receber essas mulheres é essencial para promover os encaminhamentos adequados para a dupla,

todavia, essa existência por si só não é *suficientemente* efetiva – e vemos isso, de forma clara, pelos relatos de nossas entrevistadas. É necessário que haja envolvimento e protagonistas nessa rede, preocupados em estruturar-se em torno do problema apresentado, instaurando o vínculo com respeito às necessidades daquela mulher que se apresenta.

De fato, temos serviços, como os CAPS, as UBS, o NASF, o consultório na rua, centros de acolhida e, como bem frisou Nádia, “[...] *nossas políticas são bem escritas.*” Contudo, quando cada serviço opera de forma fechada, com conexões frágeis e pontuais, quase que individualizadas, torna-se difícil confiar na efetividade dos encaminhamentos. Conforme explicitam, as histórias dessas mães acabam, quando atravessam a porta da maternidade, não havendo retorno sobre os desdobramentos dos casos, se essas mulheres procuraram atendimento, se conseguiram se organizar e ter seus filhos de volta.

É nesse sentido que a fala de Simone destoa das demais. Há todo um movimento de implicação e disponibilidade entre os serviços, com grupos de trabalho para discutir os fluxos e cobrir, da melhor forma possível, as demandas para essa mãe. Destacamos que, nesse tipo de serviço, não se considera que a mãe deveria cumprir sozinha todas as suas demandas, para, finalmente concretizar a possibilidade da maternidade, atingindo o preconizado para tais casos, ou seja, uma prática que esgota as possibilidades para a manutenção da convivência familiar e não utiliza a judicialização como um dos principais recursos a serem acionados (EDEPE, 2020)

Até mesmo o sofrimento da psicóloga difere do das demais, sendo direcionado para uma frustração quanto ao investimento em casos que eventualmente não evoluem da maneira esperada e remontando menos aos fluxos de sua prática.

Na outra ponta, composta por Joana, Amália e Nádia, é expressa a dificuldade em estabelecer conexões, em obter retorno dos serviços. Quando acontecem, resultam firmada em outros casos nos quais trabalharam juntos. Acontecem em caráter de exceção e não de regra.

A organização dos serviços expostos por tais psicólogas se equipara a uma corda, bamba, onde cada um se equilibra da maneira como pode: trabalham sozinhos com o que têm à disposição e sem a configuração de uma rede que ofereça sustentação e segurança, na atuação.

Por conseguinte, observamos que a falha das redes gera uma insegurança geral, na maneira como as psicólogas se sentem, diante dos possíveis destinos para

esses casos. Entretanto, novas contradições e contrastes, no posicionamento das profissionais, são adicionados, quando adentramos em nossos resultados, vislumbrando as concepções sobre a maternidade, fatos que vão interferir diretamente nas justificativas para a separação e a institucionalização dos casos.

As representações predominantemente feitas sobre essas mães seguem em linha com os achados de Ferreira-Teixeira e Aiello Vaisberg (2017) sobre as mulheres que fazem uso de substâncias. Elas representam ameaças, tanto para as demais mães quanto para as equipes, embora nenhuma situação concreta tenha sido relatada. Concentra-se nelas a desconfiança de sua capacidade de maternar e até de reconhecer seu filho, como vemos no relato de Joana sobre o medo de outras mães de que elas se confundam e roubem seus bebês.

Um dos grandes contrastes de fala entre nossas participantes diz respeito a como o desejo de maternidade manifestado pelas usuárias é interpretado e reconhecido pelas psicólogas. Nos serviços onde a separação não é a primeira opção, vemos que a maternidade para essas mulheres pode ser um momento de renovação, de abertura e até um pedido de socorro, um pedido para serem vista e cuidadas, a partir daquele momento. Apesar de existirem preocupações sobre o peso que é depositado sobre o bebê, a interpretação feita pelas profissionais indica que elas vislumbram atributos positivos para essas mães, com base em um investimento adequado.

Tal aspecto vai ao encontro das pesquisas de Oliveira e Paiva (2007), Camargo (2014) e Oliveira (2016), que, de fato, enfatizam essa abertura de perspectivas, gerada pela gestação, como bons momentos para que os serviços realizem as intervenções e haja um maior engajamento no tratamento do consumo de drogas.

Do ponto de vista psicanalítico, é muito interessante também, quando Virgínia associa a vivência dessa maternidade, da chegada da mulher ao serviço, como um pedido de resgate. Segundo percebemos, em Aulagnier (1975), as primeiras imagens e ideias compostas sobre o bebê remontam ao bebê que a mãe foi outrora, ao resgate de seu próprio narcisismo. É também o momento no qual os filhos são inseridos em uma trama familiar e social, podendo ocupar um lugar que nos assegure como sujeitos.

Neste trabalho, não ouvimos diretamente as histórias dessas mães usuárias, entretanto, a narrativa das entrevistadas e a literatura nos mostram que são mulheres que viveram uma série de rupturas ,em seus vínculos familiares, que estão às

margens da sociedade e de um reconhecimento enquanto sujeitos. Ao desejar cuidar desse bebê e ter um novo recomeço, a partir dessa gestação, ao ser vista pelos serviços, essa mulher também não busca possibilidade de ser maternada e investida, tal qual um bebê?

Do outro lado, nos serviços onde a institucionalização e a separação são mais frequentes, a interpretação dessas maternidades é totalmente diferente. O desejo por ficar com o bebê e fazer diferente, desde aquele momento, não aparece como uma esperança e um bom momento para investir naquela mulher. O uso da droga, na verdade, é praticamente um determinante de que esse projeto não se sustentará.

Na interpretação das profissionais, o grau de dependência impede as mulheres de estabelecer uma vinculação adequada com seus bebês, ou seja, o uso de substâncias constitui-se enquanto uma justificativa para a incapacidade da mãe em permanecer com seu filho, ao contrário do que indicam as pesquisas, as quais, conforme citamos anteriormente, demonstram que esse momento poderia funcionar justamente como uma possibilidade de intervenção, no sentido de um trabalho para a malhagem dos vínculos de filiação e, portanto, de investimento narcísico da mãe em seu filho.

No entanto, a maioria dos discursos das psicólogas entrevistadas revela exatamente o oposto e, por fim, o que as profissionais sinalizaram em sua observação profissional é a qualidade dessa vinculação, compreendida como empobrecida e, além disso, as mães não se apresentam de forma integral ao bebê, com uma frequência às visitas instável. Em alguns casos, já houve a perda da guarda de mais de um filho, atestando que essa mulher já falhou sucessivas vezes, devido ao vício. No comparativo realizado com o comportamento das demais mães, essas mulheres estão sempre aquém no desempenho de seu papel, e tais profissionais utilizam esse critério para a decisão acerca da manutenção ou não do filho com sua mãe.

Como já pontuamos, não localizamos nas entrevistas, profissionais problematizando as condições dessa maternidade ou realçando a importância e a necessidade de um acolhimento e tratamento adequado dessas mulheres, para trabalhar a dependência e proporcionar, gradualmente, sua vinculação com o bebê. É como se fosse exigido dessas mulheres uma comprovação de que possuem um desejo quase inato para a maternidade, e o tivessem que comprovar na avaliação efetuada, indicando que, na concepção das psicólogas, a mulher teria uma predisposição para a maternidade, a despeito de suas histórias e condições de vida.

Para discutirmos esse ponto, retomamos o conceito de *contrato narcisista*, de Aulagnier (1975). Segundo a autora, o sujeito é herdeiro de um discurso social, o qual rege o posicionamento dos sujeitos, determinando aquilo que será aceito ou não pelo grupo no qual está inserido. A manutenção desses preceitos garante a coerência do grupo e o sentimento de pertencimento. Não estariam os preceitos de uma maternidade ideal também prescritos em nossa herança?

De acordo com Iaconelli (2013), trabalhar com figuras parentais, especialmente aqueles que vivem uma realidade diferente daquela na qual nascemos, implica aos profissionais reconhecer as heranças recebidas bem como os vieses quanto ao tema, a fim de não impor modelos insustentáveis para aquela realidade. É preciso reconhecer a singularidade no processo de construção do papel parental e os atravessamentos que podem dificultá-lo.

Por vezes, vemos que o bem-estar, o melhor interesse do bebê, é ressaltado e aparece como superior e mais relevante do que oferecer cuidado à mãe. Há uma preocupação em garantir o desenvolvimento integral dessa criança, o que não questionamos, pois, de fato, os recursos materiais para seu desenvolvimento físico e psíquico devem ser garantidos e constituem, acima de tudo, um direito. Entretanto, a avaliação dos casos acaba desembocando na completa responsabilização dessa mulher, ignorando os múltiplos atravessamentos que perpassam esses casos.

Ao chegarem ao hospital, essas mães se apresentam desamparadas, fragilizadas, até esvaziadas, para aquela equipe, mas com uma esperança de que lhes seja oferecida uma possibilidade de recomeço. Algumas, inclusive, buscam mostrar ao máximo os comportamentos que já sabem, aqueles esperados de uma mãe ideal, tais como demonstrar interesse e estar mais próximas da equipe, a fim de provar que seu desejo é real.

O que se segue, nos serviços comentados por Joana, Amália e Nádia, no entanto, é um rompimento com esse projeto. Ao procurarem uma sustentação, um trabalho que possibilite o seu reconhecimento enquanto sujeitos e que lhes ofereça uma realidade diferente daquela que vivem, acabam se deparando com mais uma situação de rompimentos dos vínculos e impossibilidades.

Se olharmos criticamente aos atributos esperados e avaliados pelas psicólogas, para determinar as competências dessa mulher, para estar apta a cuidar de seu bebê, perceberemos uma série de imperativos ancorados muito mais em uma

visão idealizada e socialmente esperada de uma mãe, segundo verificamos em Badinter (1985), do que, de fato, em um primeiro olhar, com base teórica.

Entretanto, um dos momentos que chamou nossa atenção foi quando Nádia, ao falar do vínculo, de como o avalia, diz claramente: “*Ela (a mãe usuária) não consegue desenvolver esse vínculo, de uma maneira suficientemente boa*” – em uma clara referência ao conceito clássico e bastante difundido de Winnicott (1999). Apesar de a literatura (GONÇALVES, 2015; GOMES, 2017) sinalizar que os relatórios emitidos e encaminhados ao Judiciário não trazem referências teóricas, não podemos negar que alguns conceitos, descolados de crítica e mal aplicados, amparam, seguramente, essas decisões.

O ponto acima coopera diretamente para as críticas tecidas por Bleichmar (2017) em como a psicanálise tratou e evidenciou (ou não) a mãe, nas teorias produzidas. O vínculo aparece nas falas das psicólogas com enorme relevância e, certamente, a presença do *Outro* é essencial para que o bebê possa advir como sujeito. Todavia, se não evidenciarmos, ao transmitir a teoria, as dificuldades que envolvem conseguir desempenhar esse papel, se não salientarmos os atravessamentos socioeconômicos e o uso de substâncias e seus efeitos sobre o cuidar, evidenciando as possibilidades diante desses casos, continuaremos transmitindo uma visão de responsabilidade e culpa dessa mulher, de sorte que esses conceitos seguirão amparando essas decisões.

Nos relatos de nossas participantes, cabe ressaltar, não há referência a trabalhos de acolhimento ao sofrimento dessas mulheres, após a notícia e encaminhamento ao Judiciário. As equipes oferecem orientações de quem devem procurar, para saber onde seu bebê está, como proceder para tentar reaver a guarda, mas nada é mencionado no sentido de reconhecer e trabalhar a dor dessa mulher, naquele momento. É interessante que notamos, nesse mesmo trecho, relatos que dizem sobre as gestações de repetição, nos casos dessas mães. Motta (2015) associa as gestações de repetição como uma busca de encontrar uma resposta para um luto de uma situação não elaborada.

Apesar de relatarem não saber, de não terem notícias sobre a resolução dos casos, de quantos bebês retornaram para as suas mães ou não, há um discurso que se sustenta sobre a possibilidade de essa mãe ter de volta o seu filho. Para isso, acreditam que, se essas mães se apresentarem reorganizadas aos serviços, se cumprirem com todos os protocolos, certamente há a possibilidade de retorno.

Para finalizar nossa discussão, apontamos a relevância exercida pelo Judiciário para as participantes, cujos serviços tendem à separação da mãe e seu bebê. A despeito de ser um tema tratado de modo relativamente curto, com poucas falas, entendemos o lugar e a representação que assume essa instituição.

Como vimos, as redes de saúde não representam um continente seguro para essas psicólogas. Não há uma organização que supra seus temores, em face de evoluções negativas, de situações de risco ao bebê. Há uma sensação de desamparo, de que essa via é praticamente inviável para a resolução desse caso. Por outro lado, o Judiciário é configurado como aquele que pode promover a mudança, ordenar e dar garantias para os encaminhamentos e para o funcionamento adequado dos serviços. Mesmo quando as orientações da própria instituição preconizam o investimento na mãe e nos demais serviços, elas insistem em retornar o caso ao Judiciário e atribuir a decisão final ao “juiz”.

Diante das falhas na organização institucional, da possibilidade de oferecer um atendimento integral para a mãe e o bebê, essas profissionais evocam a presença do Estado, aqui, simbolicamente representado pelo Judiciário, o qual é exatamente aquele que faz cumprir as leis. A esperança de uma resolução adequada para o caso é justamente depositada pelas psicólogas nessa instituição. Segundo percebemos, há uma fantasia, em seus discursos, de que os casos encaminhados ao Fórum conseguem ter uma resolução positiva, de que os serviços se apresentam de maneira mais efetiva e de que essa mãe terá chance de recuperar seu bebê.

O que mostra a literatura (GOMES, 2017), entretanto, é que a minoria dos casos encaminhados à Justiça termina com a reintegração familiar, conforme argumenta Gonçalves (2015), inclusive influenciada pelos relatórios produzidos pelas maternidades, que, em geral, centralizam as questões em torno das capacidades e condições financeiras da mãe. Nesse sentido, é relevante pensarmos que temos uma série de mudanças no ECA (BRASIL, 1990), notas de recomendação elaboradas pelo Estado (BRASIL, 2016) e, ainda assim, os órgãos que deveriam ser os maiores representantes da lei e da sua execução não tomam suas decisões com base nesses preceitos.

Finalizando este capítulo, enfatizamos a importância da organização dos serviços, visando ao atendimento das mães usuárias de substâncias psicoativas, objetivando a manutenção do seu vínculo com o filho. Para tanto, o acompanhamento longitudinal, desde o início da gestação, se faz essencial, possibilitando o investimento

nas diversas demandas demonstradas nesses casos, além de proporcionar o desenvolvimento da maternidade em mulheres que ocupam um lugar o qual não atende ao modelo idealizado e naturalizado esperado.

Além disso, diante da maneira como a organização dos serviços está alicerçada, não é apenas a mãe e sua prole que se encontram desamparadas, mas as próprias psicólogas entrevistadas mencionaram o desamparo, em sua prática, seja pela ausência de uma equipe que discuta e sustente as decisões, seja pela falta de protocolos alicerçados teoricamente, seja ainda pela necessidade de atualização na formação, necessária para o rompimento e prevalência da visão idealizada e normativa de maternidade.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente trabalho, nossa intencionalidade foi a de dar voz e colocar em evidência as histórias, os desejos e os destinos que encontram os casos das mães que fazem uso de drogas e estão em situação de vulnerabilidade social. Na verdade, conforme mostramos, temos materiais, orientações e leis que preconizam encaminhamentos humanizados, que preveem a garantia de direitos básicos e a manutenção da díade, até que todos os recursos sejam esgotados. Entretanto, na realidade, os casos que envolvem esse grupo ainda são abordados sem esse embasamento, culminando em uma série de violações de direitos e novas rupturas na vida dessas mulheres.

Ademais, o trabalho nasceu dos incômodos da própria pesquisadora, a qual, através da discussão acadêmica, buscou sustentação para entender esses casos e se deparou com uma lacuna, especialmente nos campos da Psicologia e da Psicanálise. Os psicólogos que atuam em hospitais-maternidade participam da tomada de decisão sobre questões delicadas, que pressupõem camadas complexas e que não podem ser ignoradas, tornando pertinente e necessária nossa discussão.

Em meio à pandemia da Covid-19, enfrentamos uma série de obstáculos, sendo necessárias readequações, para que o tema ainda pudesse ser abordado. Por conseguinte, convertimos nosso trabalho, para ouvir as histórias das mães usuárias mediadas pela experiência das profissionais que as atendiam, que participavam da tomada de decisões e, principalmente, dos encaminhamentos que recaem no destino das díades mãe e bebê. Assim, buscamos entender como as profissionais compreendiam as maternidades dessas mulheres, como conduziam suas avaliações e encaminhamentos dos casos e, por fim, como se sentiam em face da necessidade de realizar esse trabalho.

A trajetória para conseguir alcançar os profissionais também foi difícil. Levantamos nossas redes de contatos, as quais buscaram seus contatos, mas que, por vezes, não resultaram na disponibilidade ou na indicação de um nome. De certa forma, já identificamos ali uma fragilidade entre as pontes disponibilizadas entre os serviços. Ao fim, conseguimos uma amostra de seis participantes, que nos retrataram dois cenários diferentes, colaborando na composição das narrativas que versam sobre desamparos e possibilidades.

Nosso primeiro cenário é composto pelas cinco psicólogas de cidades de grande e pequeno portes, que mostraram suas experiências em serviços de maternidades caracterizados por cenários de violação de direitos das mães usuárias. Observamos composições sem embasamento em materiais oficiais vigentes, tomadas de decisão dentro de prazos curtos e a separação, ao fim, entre a mãe e seu bebê. No segundo cenário, tivemos uma única participante, proveniente de uma cidade de médio porte, que nos possibilitou ver uma outra maneira de organização dos serviços, os quais abriam a via da possibilidade de manutenção do vínculo mãe e filho, através do investimento na mãe, de suas demandas e necessidades, para que pudesse exercer sua maternidade. Ficou evidente que essas diferentes vias dependem, em grande parte, do modo como os serviços de saúde estão organizados.

Com relação à prática profissional, verificamos que as avaliações e os documentos elaborados nas instituições onde mais ocorre a judicialização são produzidos em um curto espaço de tempo e sem a presença explícita de um referencial teórico-técnico. Há uma falta de conexão entre os serviços das redes de saúde, gerando frustrações e uma falta de segurança com respeito aos serviços.

Sobre as concepções sobre a maternidade percebidas nas psicólogas entrevistadas, constatamos também a diferença no posicionamento entre tais visões e os destinos dos casos. Nos serviços onde não prevalecia a separação da díade, vimos que o desejo pela maternidade dessas mulheres pôde ser compreendido pelas equipes como um momento propício para o investimento e que é possível a sustentação desse projeto, contando com os apoios oferecidos pelos serviços disponíveis e, portanto, investindo no projeto de maternidade das mulheres.

No entanto, esse mesmo desejo, expresso nos serviços que tendem a judicializar, é justamente visto como algo que não se sustenta, de sorte que outros elementos precisam ser levados em conta, para autorizar sua existência. O que se segue é a procura de uma série de prescrições e normas comportamentais que validem essas mães. Há uma busca por um conjunto de ideais que não são cumpridos pelas mães, predominando, nas entrevistadas, um ponto de vista que beira à crença na naturalização e à capacidade inata à mulher para maternar. Além disso, prevaleceu, nesses serviços, a preservação dos “interesses da criança” em detrimento das necessidades da mãe, para que possa desenvolver a maternidade. Entendemos que, nesses casos, muitas vezes o tal interesse da criança não seria compreendido como manter-se vinculado à sua mãe. Portanto, ela seria considerada uma ameaça

ao bom desenvolvimento de seu filho, demonstrando-se uma dicotomia entre os interesses e as necessidades da mãe e os do filho.

Vimos, pois, nas justificativas para a separação, que esses comportamentos destoantes passam a integrar os argumentos que irão compor as avaliações e direcionamentos ao Judiciário. Nesse sentido, refletimos que, apesar dos relatórios serem redigidos apenas com informações sobre a conduta daquela mãe, não mencionando referenciais teórico-metodológicos, a teoria não deixa de cruzar o seu olhar, uma vez que alguns desses critérios também são princípios da Psicologia e da Psicanálise, principalmente relacionados ao conceito de “mãe suficientemente boa”, desenvolvido por D. W. Winnicott.

Outra questão que podemos evidenciar é que, realmente, na visão da maior parte das entrevistadas, a condição de usuárias de drogas interfere no olhar sobre a maternidade que as profissionais têm acerca dessas mães, corroborado pela literatura, a qual desvela a desqualificação dessa população, principalmente porque não atende ao ideal idealizado normativo vigente no imaginário social.

Por fim, focalizamos o papel atribuído ao Judiciário, que foi representado como aquele capaz de apresentar a ordem e garantir que todas as falhas que ocorreram em todo o percurso de serviços de saúde oferecidos – ou não oferecidos – sejam supridas. Há uma expectativa de que essa instituição consiga implicar as mães em um tratamento e fazer cumprir a lei. Entretanto, constatamos, através da literatura, que se verifica menos reintegração à família de origem do que, de fato, deveria acontecer.

Apesar desse dado, as entrevistadas revelaram que esse seria o último recurso encontrado em sua prática, utilizado como uma suposta “tentativa” de que essas mães “ludem” para comprovar que realmente desejam cuidar de seus filhos e estão dispostas a abandonar o uso de drogas para o alcançar. Tal visão demonstra um desconhecimento a respeito da complexidade das histórias de vidas das mães e, sobretudo, do uso de substâncias, marcando uma posição acrítica acerca da maternidade, da condição da mulher e da importância dos serviços para as demandas da população, salientando a visão idealizada da mãe disposta a superar todos os obstáculos, sozinha e sem amparo das instituições e serviços públicos, a fim de exercer a sua maternidade.

Investigar a maternidade e o uso de substâncias, através da visão das psicólogas, permitiu-nos adicionar mais camadas de complexidade ao tema. Evidenciamos, tal como intencionávamos, o sofrimento e o desamparo que vivem

essas mães, as quais são afetadas por suas condições sociais, de exclusão social, além das inúmeras rupturas e violências que viveram, ao longo de suas vidas, mas também pudemos apresentar as dificuldades e o desamparo que vivem as psicólogas, em sua prática profissional voltada a essa população.

Foi interessante perceber que, tal qual as mães, parte de nossas profissionais também se sente desamparada, quando não há recursos, quando não há rede para compartilhar a responsabilidade por esses casos. Elas estão nos serviços, mas estão isoladas e sozinhas, vendo-se convocadas a lidar com casos e decisões que envolvem muitas responsabilidades. O cenário desnuda o contraste existente, quando os serviços funcionam de maneira integrada e organizada para tal. Isso reverbera na qualidade do trabalho do psicólogo, pois vimos que o sofrimento dela difere das preocupações e sofrimentos das demais participantes.

Não concordamos com o encaminhamento dos casos ao Judiciário, antes do esgotamento das possibilidades de investimento nessas famílias, assim como criticamos a forma como são produzidos os relatórios sobre os casos. Segundo vimos, apesar do desamparo vivido por essas profissionais, pela fragilidade dos serviços, falta um posicionamento crítico que seja evidente e possa produzir uma ruptura com uma prática alienada, impedindo-as de perceber os vieses de suas atuações profissionais, as quais resultam numa imposição de responsabilidades e exigências incompatíveis com a realidade das mães usuárias.

Entretanto, não se trata também de promover uma “caça às bruxas” e uma crítica vazia. Esse ponto convoca a todos nós, que estamos envolvidos na transmissão do conhecimento, seja dentro das universidades, em cursos de capacitação para profissionais, seja mesmo no contato com os serviços, um compromisso ético voltado para um exercício crítico sobre a maneira como abordamos a temática que enfoca a maternidade de mães usuárias de drogas, possibilitando uma compreensão mais crítica e, principalmente, atualizada acerca das diversas maternidades vigentes na realidade contemporânea, principalmente num país como o nosso, com tantos desafios a serem enfrentados.

Nosso estudo possui algumas limitações importantes a serem pontuadas. Em nossas entrevistas, não abordamos o recorte de raça e idade da população pesquisada. Esse ponto, se considerado em estudos futuros, certamente adicionará ainda mais camadas ao desenvolvimento do tema, evidenciando dados relevantes das

violências e interseccionalidades que envolvem essas maternidades e as possibilidades de encaminhamentos, diante desse recorte.

Além disso, não elegemos como critério para a composição da amostra o tamanho e a localização dos municípios nos quais os serviços das profissionais entrevistadas estão inseridos. Em se tratando de uma amostragem por “bola de neve”, ou seja, que depende da indicação de outros sujeitos, este não foi um critério inicial. Todavia, se, por um lado, trouxe a riqueza de observarmos cenários e possibilidades diferentes para a condução desses casos, por outro, questões que envolvem o histórico dessas cidades, o tipo de população que recebem e a extensão dos serviços para acolher a população podem ter diferenças significativas na organização dos serviços oferecidos.

Finalizamos nosso trabalho, destacando a necessidade de que esse tema seja ainda muito explorado e pesquisado. Nesta investigação, mostramos alguns desafios enfrentados pelas profissionais, ao mesmo tempo que lançamos luz ao sofrimento dessas mães. Aproveitamos para evidenciar que um único serviço, o qual oferece um atendimento mais integral à gestante e seu filho e, em nossa amostra, se configurou como uma exceção para o tratamento desses casos, nos provoca a pensar que talvez tal exceção não esteja tão distante dos serviços de fato oferecidos; pudemos, assim, ponderar no quanto os serviços e a formação dos psicólogos necessitam evoluir, para disponibilizar serviços capazes de propiciar diversos instrumentos de acolhimento às mães, possibilitando que possam exercer a maternidade, através do apoio dos serviços. Salientamos, ainda, a relevância de que os serviços estejam embasados em concepções mais condizentes com a realidade e atualizadas, ampliando os pontos de vista dos profissionais envolvidos.

Por fim, realçamos a constatação de que a maternidade em mulheres usuárias de substâncias psicoativas ainda sofre, devido ao olhar normativo que as aprisiona em uma única via marcada pela idealização e, nesse sentido, ao não atender a essa normatividade, são penalizadas com a separação de seus filhos, apesar de expressarem o desejo e a importância deles, para suas vidas. Essas mulheres continuam invisibilizadas e suas demandas, caladas. Por conseguinte, há muito o que se explorar sobre os casos que envolvem essas mães e seus destinos, e, no futuro, esperamos que outras pesquisas se dediquem a abordar esse tema, colaborando para a mudança de postura profissional, essencial para que um cenário de transformação seja possível.

REFERÊNCIAS

- ACHING, M. C. **A mãe suficientemente boa**: imaginário de mães em situação de vulnerabilidade social. 2013. 119 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2013.
- ALBUQUERQUE, C. de S.; NOBREGA, M. do P. S. S. Barreiras e facilidades encontradas por mulheres usuárias de substâncias psicoativas na busca por tratamento especializado. **SMAD** - Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (ed. port.), Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 22-29, mar. 2016. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762016000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 jun. 2019.
- ALONSO, S. L. **O tempo, a escuta, o feminino**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011 (Coleção Clínica Psicanalítica).
- ANDRADE, C. A. **Uso de álcool e drogas durante a gestação**: resultado materno e fetal. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2018.
- ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. 1. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1978.
- AULAGNIER, P. **A violência da interpretação**. Do pictograma ao enunciado. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARBOZA, E. C. **Estratégias de sobrevivência de escravas, forras, libertas e brancas pobres na São Paulo de fins do Império (1871-1889)**. 2012. Dissertação (Mestrado em História Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. doi:10.11606/D.8.2012.tde-23072012-082845. Acesso em: 12 abr. 2021.
- BENGHOZI, P. Resiliência familiar e conjugal numa perspectiva psicanalítica dos laços. **Psicologia Clínica [on-line]**, v. 17, n. 2, p. 101-109, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-56652005000200008>. Acesso em: 12 ago. 2022.
- BERNO, R. O trabalho do psicólogo nas varas da infância e da juventude. In: RAMOS, M. (org.). **Casal e família como paciente**. 2. ed. São Paulo: Escuta, 1999. p.138-178.
- BIRMAN, J. **Gramáticas do erotismo**: a feminilidade e as suas formas de subjetivação em psicanálise. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- BLEICHMAR, E. D. Lo que falta en la formulación de la función maternal. In: ALKOLOMBRE, P.; HOLOVKO, C. S. **Parentalidades y género**: su incidencia en la subjetividade. Buenos Aires: Letra Viva, 2016.

BLEICHMAR, E. D. The Dynamics between the “Internal bad mother” and the construction of the “bad child”. In: BLEICHMAR, E. D. **Changing Sexualities and Parental Functions in the Twenty First Century**. Local: Taylor and Francis Group, 2017.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente** - Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. DOU de 16/07/1990 – ECA. Brasília, DF: Câmara Federal, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm Acesso em: 15 set. 2018.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 302 p. (ed. 5).

CAMARGO, P. O. **A visão da mulher usuária de cocaína/crack sobre a experiência da maternidade**: vivência entre mãe e filho. 2014. 121 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

CARLINI, E. A. *et al.* **I Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CARLINI, E. A. *et al.* **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia, UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2007.

CORREA, O. B. R. Eclosão de vínculos genealógicos e transmissão psíquica. In: CORREA, O. B. R. (org.). **Os avatares da transmissão psíquica geracional**. São Paulo: Escuta, 2000.

CORREA, O. B. R. Transmissão psíquica entre as gerações. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 35-45, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010365642003000300004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 set. 2018.

COUTINHO, T.; COUTINHO, C. M.; COUTINHO, L. M. Assistência pré-natal às usuárias de drogas ilícitas. **Revista Femina**, Juiz de Fora (MG), v. 42, n.1, p.12-18, jan./fev. 2014. Disponível em: <https://www.google.com.br/search>. Acesso em: 01 jul. 2019.

DIGIÁCOMO, M. J.; DIGIÁCOMO, I. A. **Estatuto da Criança e do Adolescente Anotado e Interpretado**. Curitiba: Ministério Público do Estado do Paraná. Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente, 2017.

DONZELOT, J. **A polícia das famílias**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

EDEPE. **Maternidades e Vulnerabilidades**: efetivando direitos e fortalecendo a rede de proteção de mães e bebês. São Paulo, SP: EDEPE, 2020.

FÁVERO, E. T.; VITALE, M. A. F.; BAPTISTA, M. V. (org.). **Famílias de crianças e adolescentes abrigados: quem são, como vivem, o que pensam, o que desejam.** São Paulo: Paulus, 2009.

FERREIRA-TEIXEIRA, M.; AIELLO-VAISBERG, T. Maldade, drogas ou desespero: o imaginário sobre a mãe que abandona seu bebê. **Memorandum: Memória e História em Psicologia**, v. 33, p. 128-141, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6653>. Acesso em: 18 set. 2021.

FREUD, S. Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**, v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1925. p. 301-320.

FREUD, S. (1931) Sobre a sexualidade feminina. *In*: FREUD, S. **Amor, sexualidade, feminilidade**. Trad. de M. R. S. Moraes. Belo Horizonte: Autêntica, 2018a.

FREUD, S. (1908). Sobre as Teorias Sexuais infantis. *In*: FREUD, S. **Amor, sexualidade, feminilidade**. Trad. de M. R. S. Moraes. Belo Horizonte: Autêntica, 2018b.

GOMES, J. D. G. **Primeira infância e maternidade nas ruas de São Paulo:** relatório de pesquisa. São Paulo: Lampião - Conteúdo e Conhecimento, 2017.

GOMES, K. V. **A dependência química em mulheres:** figurações de um sintoma partilhado. 2010. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: doi:10.11606/T.47.2010.tde-10112010-082915. Acesso em: 12 abr. 2021.

GONÇALVES, M. A. B. **Assistente Técnico Judiciário na Defensoria Pública:** Suporte da teoria de Winnicott. 2015. 106 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2015.

GRANATO, T. M. M.; TACHIBANA, M.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Narrativas interativas na investigação do imaginário coletivo de enfermeiras obstétricas sobre o cuidado materno. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 23, n. spe, p. 81-89, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000400011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000400011>.

HOZEL, D. As Implicações da parentalidade, 2006. *In*: SOLIS-PONTON, L. **Ser pai, ser mãe – parentalidade: um desafio para o terceiro milênio.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 47-51.

IACONELLI, V. **Mal-estar na maternidade:** do infanticídio à função materna. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: doi:10.11606/T.47.2013.tde-07052013-102844. Acesso em: 12 abr. 2021.

KREUTZ, C. M. **A experiência da maternidade e a interação mãe-bebê em mães adolescentes e adultas**. 2001. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2001.

LEBOVICI, S. Diálogo Leticia Solis-Ponton e Serge Leibovici. *In*: SOLIS-PONTON, L. (org.), **Ser pai, ser mãe – parentalidade: um desafio para o terceiro milênio**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 21-27.

MARANGONI, S. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. **Texto Contexto Enferm.**, v. 22, n. 3, p. 662-670, 2013.

MATEUS, A. S. M. da S. **A transição para a parentalidade na toxicodependência materna: comportamento parental e suporte social**. 2013. 473 f. Tese (Doutorado) – Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa, 2013.

MIRANDA, J. J.de; TIMO, A. L. R.; BELO, F. R. R. Crítica à Teoria da Maternidade em Winnicott: é preciso ser mulher para cuidar de crianças?. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 39, e176863, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932019000100140&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2021. Epub Nov 28, 2019.

MOTTA, M. A **Mães abandonadas: a entrega de um filho em adoção**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MOURA, S. M. S. R. de; ARAUJO, M. de F. A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 44-55, mar. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 aet. 2018.

MUAZE, M. Maternidade silenciada: amas de leite no Brasil escravista, século XIX. *In*: OSÓRIO, H.; XAVIER, R. **Do tráfico ao pós-abolição: trabalho compulsório e livre e a luta por direitos sociais no Brasil**. São Leopoldo: Oikos, 2018.

MUSSATTI-BRAGA, A. P. **Os muitos nomes de Silvana: contribuições clínico-políticas da psicanálise sobre mulheres negras**. 2016. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: doi:10.11606/T.47.2016.tde-10052016-104955. Acesso em: 12 abr. 2021.

NASCIMENTO, M. L. Abrigo, pobreza e negligência: percursos de judicialização. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 24, n. spe, p. 39-44, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822012000400007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 set. 2018.

NUNES, S. A. Afinal, o que querem as mulheres? Maternidade e mal-estar. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 101-115, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010356652011000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 set. 2018.

OLIVEIRA, D. S. **Vivências e enfrentamentos de mulheres que usam drogas no exercício da maternidade**. 2016. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem UFBA, Salvador-BA, 2016.

OLIVEIRA, J. F.; PAIVA, M. S. Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao HIV/AIDS em uma perspectiva de gênero. **Rev. Enfermagem**, Esc. Anna Nery, v. 11, n.4, p. 625-631, 2007.

PARKER, R. **A mãe dividida**: a experiência da ambivalência na maternidade. Trad. de A. X. Lima e D. X. Lima). Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

PILIUK, L. Winnicott e os desafios da parentalidade. *In*: TEPERMAN, D.; GARRAFA, T.; IACONELLI, V. (org.). **Laço**. Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2020.

PRATA, A. K. A. V.; CINTRA, E. M. de U. Apoio e acolhimento à mulher que se torna mãe: uma escuta psicanalítica. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 34-50, mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142017000100034&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2017v20n1p34.3>.

RANGEL, G. L. N. **Histórias não contadas**: acolhimento institucional de recém-nascidos de mulheres usuárias de drogas. 2018. 194p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2018. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/handle/10/11110?mode=full>. Acesso em: 12 out. 2021;

REIS, S. E. H. *et al.* O cotidiano de mulheres grávidas moradoras no alojamento de uma maternidade social. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 492-501, set. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000300010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 set. 2018.

RIOS, A. G. **O fio de Ariadne**: sobre os labirintos de vida de mulheres grávidas usuárias de álcool e outras drogas. 2017. 277 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2017.

ROUDINESCO, E. **A família em desordem**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

ROUSSEAU, J. J. **Emílio ou Da Educação**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

SANTOS, K. D.; MOTTA, I. F. da. O significado da maternidade na trajetória de três jovens mães: um estudo psicanalítico. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 31, n. 4, p. 517-525, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2014000400006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 out. 2019.

SANTOS, L. D. B. Prática de acolhimento conjunto, filhos e suas mães. *In*: ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 7; ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 14.,1, 2019. **Anais [...]** Vitória, 2019.

SOUSA, C. A.; SEGUIM, C. B.; LEVISKY, F. B.; RUDGE, L. L. T.; UNGARETTI, S. S. G. O direito de construir a própria história: contribuições psicanalíticas na clínica e no abrigo. *In*: GHIRARD, M. L. A. M.; FERREIRA, M. P. (org.). **Laços e Rupturas: Leituras psicanalíticas sobre adoção e acolhimento institucional**. São Paulo: Escuta, 2016.

STERN, D. **A constelação da maternidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

TRACHTENBERG, A. R. C. Trauma, transgeracionalidade e intergeracionalidade: uma formação possível. *In*: TRACHTENBERG, A. R. C.; KOPITKE, C. C.; PEREIRA, D. Z. T.; CHEM, V. D. M.; MELLO, V. M. H. P. **Transgeracionalidade de escravo a herdeiro: um destino entre gerações**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 119-129.

TRAVASSOS-RODRIGUEZ, F.; FERES-CARNEIRO, T. Maternidade tardia e ambivalência: algumas reflexões. **Tempo psicanal.**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 1, p. 111-121, jun. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382013000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 jun. 2019.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2011.

VEREA, C. P. Maternidad: historia y cultura. **La ventana**, Guadalajara, v. 3, n. 22, p. 35-67, 2005. Disponible em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362005000200035&lng=es&nrm=iso. Accedido en: 11 abr. 2021.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago./dez. 2014. Disponível em: encurtador.com.br/wMQY5. Acesso em: 10 nov. 2021.

VIZZIELO, F. V.; SIMONELLI, A.; PENTENÀ, I. Vínculo emocional entre a mãe dependente de drogas e a criança: reflexão clínica e tendências de pesquisa em comunidades italianas. *In*: ROSA, J. T.; NASSIF, S. L. da S. **Cérebro, inteligência e vínculo emocional na dependência de drogas**. 1. ed. São Paulo: Vetor, 2003. p. 245-284.

WINNICOTT, D. W. O bebê como organização em marcha. *In*: WINNICOTT, D. W. **A criança e o seu mundo**. 6. ed.. Trad. de A. Cabral. Rio de Janeiro: LTC, 1982, p. 23-30 (Trabalho original publicado em 1957).

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ZORNIG, S. M. A. J. Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. **Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 453-470, 2010 a.

ZORNIG, S. M. A. J. Transmissão psíquica: Uma via de mão dupla? *In*: FÉRES-CARNEIRO, T. (ed.), **Casal e família: permanências e rupturas**. São Paulo: Casa do Psicólogo 2010b. p. 25-39.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevistas

I. Dados de identificação

Nome:

Local de trabalho:

Município:

Tempo de atuação nessa instituição:

Idade:

Quantos anos atua como psicólogo:

Estado civil:

II. Questões norteadoras

Antes do início da entrevista, a pesquisadora explicitará os objetivos da pesquisa e elucidará as questões éticas e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); na sequência, solicitará os dados de identificação e autorização verbalizada, na videoconferência.

1. Conte-me há quanto tempo atua nesse hospital-maternidade. É comum o atendimento de gestantes usuárias? Como é sua rotina de trabalho, quando chega uma gestante com essa característica? Você pode me contar os procedimentos realizados? Como são feitos os primeiros contatos?

2. Ao entrar em contato com essas gestantes, em qual momento você inicia o trabalho de avaliação? Como é tomada essa decisão? Quais profissionais participam desse processo?

3. Diante da necessidade de realizar uma avaliação e um relatório psicológico, você dá início ao processo de avaliação? Conte-me como efetua esse processo: quais procedimentos são realizados? Quanto tempo você tem para concretizar esse processo avaliativo? Quais técnicas você utiliza? Como é para você realizar esse processo?

4. Conte-me uma situação, preservando as identidades, em que você ficou satisfeita com a avaliação e desfecho do caso. Relate uma situação na qual você não ficou satisfeita com a avaliação e desfecho do caso.

5. Caso exista uma equipe responsável pelo processo de avaliação: como é feito o contato entre a equipe responsável? Explique-me como a equipe funciona. Como você entende o funcionamento da equipe?

6. Após o processo de avaliação, é emitido relatório psicológico? Quais as bases de conhecimento você adota para elaborar a avaliação e o relatório – teorias, leis etc.? Como você se sente, do ponto de vista profissional, emitindo esse tipo de relatório psicológico? Para

você, qual a importância e o significado desse laudo para a vida das pessoas envolvidas – a mãe e o seu filho? Explique, por favor.

7. Como profissional, como você se sente ao realizar esse tipo de intervenção? Diga-me como você se sente, ao entrar em contato com essas mães, suas histórias e seus bebês? Você apontaria alguma dificuldade para fazer esse tipo de intervenção? Explicar. Como você avalia o impacto de sua intervenção para a vida das pessoas envolvidas? E para você, enquanto profissional, você percebe algum impacto? Explicar.