

O cuidado com gestantes que usam drogas: análise de práticas em políticas públicas de saúde no Sul do Brasil

I¹ Fernanda dos Santos de Macedo, ² Ilana Mountian, ³ Paula Sandrine Machado I

Resumo: Este artigo tem como objetivo debater práticas de cuidado com gestantes usuárias de drogas nas políticas públicas, considerando o modo como relações de gênero influenciam as práticas de saúde. Partimos de uma pesquisa etnográfica realizada em uma unidade de internação psiquiátrica de um Hospital público e em um Consultório na Rua, no Rio Grande do Sul, focando na atenção voltada a gestantes que fazem uso de crack nesses espaços. Fundamentamo-nos teoricamente em estudos feministas interseccionais e descoloniais, bem como na noção de Economia Moral. O uso de drogas para fins recreativos por mulheres é comumente considerado inapropriado e motivo de estigmatizações, pois, ao afastarem-se da normatividade do que se espera sobre ser mulher, elas são, geralmente, julgadas moralmente. Junto a isso, a análise aponta para o modo como a produção biopolítica de um imaginário único sobre a maternidade incide nas maneiras segundo as quais as políticas públicas operam em relação às mulheres, o que se torna um ponto fundamental ao se considerar o contexto social no qual elas estão inseridas. Assim, o artigo destaca a importância de análises interseccionais de gênero, raça e classe no campo das políticas públicas de drogas.

► **Palavras-chave:** usuários de drogas; gestantes; gênero e saúde; política pública; atenção à saúde.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, Brasil (fernandamacedo.fsm@gmail.com).
ORCID: 0000-0001-6618-7689

² Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil (mountian@yahoo.com).
ORCID: 0000-0002-4793-5386

³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, Brasil (machadops@gmail.com).
ORCID: 0000-0002-2375-9461

Recebido em: 02/07/2019
Aprovado em: 06/11/2019
Revisado em: 24/05/2021

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310223>

Introdução

Este artigo visa debater práticas de cuidado voltadas a gestantes usuárias de drogas. Trata-se de uma discussão fundamental para conhecer como as políticas públicas de saúde e aquelas sobre drogas compreendem e atuam em relação às mulheres e, por conseguinte, para o desenvolvimento de políticas de cuidado com usuárias/os de drogas. Ao perscrutar as políticas públicas, é possível notar seu caráter produtivo, ou seja, de construção de subjetividades e categorias sobre os sujeitos. Tais políticas são concretizadas por leis e outras diretrizes, mas, igualmente, são (re) produzidas pelas práticas cotidianas.

Propondo-nos a uma abordagem das práticas em políticas públicas de saúde, partimos de um estudo etnográfico, realizado em 2015, em uma unidade de internação psiquiátrica de um Hospital e em um Consultório na Rua, no Rio Grande do Sul. Tal estudo evidenciou dilemas no cuidado de mulheres que usam drogas, relacionados a dinâmicas de gênero estabelecidas nesses espaços. Assim, no presente artigo, empreendemos uma análise crítica utilizando os estudos feministas interseccionais e descoloniais para discutirmos as práticas de cuidado direcionadas às mulheres usuárias de drogas, considerando as intersecções entre gênero, raça e classe. Para tanto, apresentaremos alguns posicionamentos discursivos em relação a mulheres que usam drogas e o modo como o gênero é frequentemente abordado nas políticas públicas consideradas, atentando-nos às práticas voltadas às mulheres e aos dilemas morais suscitados.

Utilizamos também a noção de Economia Moral, conforme proposta por Didier Fassin (2006), a qual propicia a análise dos valores, normas e afetos acionados nas decisões e ações dos/as profissionais. O emprego que o autor faz desse conceito aponta a existência de moralidades – na medida em que não se trata de uma moral única e fixa -, que circulam e se transformam nas diferentes situações. Nessa perspectiva, o conceito de Economia Moral evidencia que os comportamentos dos/as profissionais não podem ser entendidos fora do contexto histórico coletivo e individual (FASSIN, 2008).

Neste artigo não focamos em uma determinada política pública, mas nas práticas que compõem as políticas de drogas, particularmente com foco em gênero e suas intersecções, evidenciando seus dilemas e paradoxos. Com esse objetivo, traremos exemplos em que a interseccionalidade (MOUNTIAN, 2017a, 2017b) é tomada

como aspecto central de análise, apontando para a importância desse debate para as políticas públicas. O material etnográfico é a base para a discussão sobre como o cuidado com pessoas que usam drogas é permeado por diversos aspectos, por exemplo, diretrizes das políticas públicas, dimensões morais e sobretudo, marcadores sociais de diferença, que se entrelaçam nas práticas cotidianas e, por vezes, contribuem para acirrar iniquidades sociais.

Gênero e Políticas Públicas sobre drogas

No que se refere à posição da mulher em relação ao uso de drogas e políticas públicas, ela tem sido debatida em diversos estudos (CAMPBELL, 2000; ETTORRE; RISK, 1995; MOUNTIAN, 2013), os quais apontam que as mulheres são frequentemente vistas como duplamente estigmatizadas, na medida em que o uso de drogas é tido como moralmente inadequado para elas. Nessa via, nota-se como discursos normativos sobre a maternidade prevalecem na abordagem das mulheres: vistas como futuras mães, elas são normalmente posicionadas como responsáveis pela moral da nação e da família (YUVAL-DAVIS, 1997; MCCLINTOCK, 1995).

Essa posição discursiva frente à maternidade e ao cuidado do outro tem efeitos ao se tratar de mulheres que usam drogas, as quais muitas vezes são vistas como infringindo um campo moral. Conforme destacam Rodrigo e Ordaz (2012), a categoria "mulher adicta" se construiu a partir de imagens estereotipadas em torno da prostituição e de desvio das feminilidades hegemônicas e socialmente aceitáveis. A associação entre uso de drogas e sexualidade é frequentemente ressaltada: mulheres usuárias de drogas são muitas vezes vistas como "más mães", "promíscuas", "lésbicas" - usado no sentido pejorativo (MOUNTIAN, 2013).

Alguns estudos em outros contextos apontam que, muitas vezes, a atenção às mulheres usuárias de drogas não as toma efetivamente como sujeitos centrais da política, mas é ofertada para que elas possam cuidar da família ou não propagar doenças aos outros, como visto nas campanhas iniciais contra o HIV. Campbell (2000, p. 25) aponta, nesse sentido, que o uso de drogas por mulheres é visto como "uma forma de violência que elas cometem contra si mesmas e aqueles próximos delas".

Ainda, é descrito na literatura que mulheres portadoras de HIV são mais estigmatizadas que homens e, se usuárias de drogas, essa condenação aumenta, pois são tidas, muitas vezes, como promíscuas e desviantes (CAMPBELL, 2000). Hillary

Klee também aponta para essa posição da mulher na sociedade americana, a qual tem ressonância com o imaginário sobre as mulheres que usam crack no Brasil:

reações às mulheres usando drogas são geralmente negativas em todas as nações, porém o risco de causar danos à criança pelo uso de drogas, combinado à possível transmissão de HIV para ela, resultou em ações públicas nos Estados Unidos que lembraram a caça às bruxas medieval na Europa. As mães usuárias de crack (*crack mothers*) eram demonizadas, sendo amplamente reportado que eram indiferentes às suas crianças ou diretamente abusivas (KLEE, 2002, p. 4, tradução nossa).

A imagem difundida sobre usuárias de crack tem um efeito estigmatizante, e ainda mais nas mulheres gestantes - situação que é enunciada enquanto problema de saúde pública no país. Pretendemos aqui visibilizar como práticas tidas como cuidado podem ser vistas como punição pelas mulheres, principalmente quando correm o risco de perderem a guarda de seus filhos. Ainda, o próprio fato do tratamento para uso de drogas, muitas vezes, ser em instituições fechadas - com restrição de saídas, visitas, horários - leva a pensar em situações que podem ser sentidas e/ou vividas como punição pelas mulheres, mas que estão sendo efetivadas por operadores da saúde como medidas de cuidado. Destacamos que essas medidas são mais recorrentes para mulheres atravessadas por determinados marcadores sociais e situadas em lugares específicos da sociedade, como as mulheres em situação de rua.

Nesse cenário, o que também nos chama atenção é como os discursos morais impactam no tratamento de mulheres e populações LGBTTTQI (Lésbica, Gay, Bissexual, Transgênero, Travesti, Queer e Intersex). Ressalta-se que as políticas parecem tomar como dado que, quando falam de mulheres, referem-se a mulheres cis¹. É fundamental destacar que no Brasil, em geral, as políticas de drogas não estão centradas nesses grupos, e que, muitas vezes esses grupos ficam excluídos, não tendo suas especificidades consideradas. Ainda, há relatos sobre o mau atendimento de mulheres e pessoas LGBTTTQI nos centros de atenção a usuárias/os de drogas, o que impede que essas pessoas busquem tratamento, sendo mais um obstáculo à sua saúde (MOUNTIAN, 2017c). Para muitas mulheres, além do estigma que vivem no campo da saúde, o risco de retirada compulsória dos seus filhos pode dissuadi-las de buscar ajuda. Conforme ressalta Queiroz (2015), o fato das mulheres que usam drogas evitarem se aproximar dos serviços de saúde especializados, para se protegerem de situações de discriminação, pode aumentar a vulnerabilidade frente a diversos riscos à saúde.

Incorporar um cuidado atento às questões de gênero, sexualidade, raça/etnia, condições socioeconômicas nas práticas cotidianas parece ser uma tarefa que perpassa políticas instituídas e exige uma reflexão sobre a dimensão moral que, igualmente, atravessa as relações de cuidado. Portanto, nas seções seguintes lançamos algumas questões a partir das observações etnográficas acerca das práticas de cuidado com essas mulheres com intuito de fomentar discussões no campo das políticas públicas, bem como no âmbito das produções de conhecimento sobre mulheres e drogas, as quais, muitas vezes, informam tais políticas.

Metodologia: a etnografia realizada em contextos de saúde

Este artigo foi desenvolvido a partir dos resultados e discussões de uma pesquisa de mestrado, cujo objetivo foi analisar como opera a Economia Moral nas práticas dos/as profissionais em relação à atenção a gestantes que usam crack. Essa pesquisa, de cunho etnográfico, foi realizada em dois serviços públicos de saúde do Estado do Rio Grande do Sul - uma unidade de internação psiquiátrica de um Hospital público e um Consultório na Rua. Enquanto componente de atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011) o Consultório na Rua (CR) atende pessoas em situação de rua, desenvolvendo o cuidado no território dos sujeitos. A Unidade de Internação Psiquiátrica (UIP) referida oferece atendimento a mulheres adultas diagnosticadas com transtorno mental ou gestantes usuárias de drogas. Ambos os serviços oferecem atendimento integral pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O trabalho de campo, realizado no ano de 2015, foi concomitante nos dois serviços e durou cerca de três meses. No Consultório na Rua foram observadas consultas, atendimentos dos diversos profissionais, reuniões, busca ativa, ações na rua, acompanhamento de gestantes em serviços especializados, rodas de conversa desenvolvidas pelas residentes, o acolhimento, discussões de casos, as conversas informais, entre outras experiências. Na UIP foram observados atendimentos e/ou a interação das/os profissionais com as pacientes, assembleia das pacientes, passeio no pátio, fisioterapia e exercícios físicos, oficina da saúde e oficina de beleza, grupo de escuta, bem como outras oficinas. Após cerca de dois meses de observações em campo, elegemos seis profissionais para as entrevistas, três em cada serviço. Assim, o *corpus* empírico deste estudo foi composto por diários de campo e entrevistas com profissionais. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do

Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pelos CEPs vinculados aos serviços onde o trabalho de campo foi desenvolvido.

Em outro trabalho (MACEDO; MACHADO, 2016) discorremos sobre como o cuidado com gestantes que usam drogas e as decisões que são tomadas em relação a elas inscrevem-se nas lógicas de saúde e propostas terapêuticas produzidas nesses modelos de atenção em saúde, os quais denominamos modelo com ênfase psicossocial (em que se insere o CR) e modelo com ênfase hospitalar (em que se inscreve a UIP). Tendo em vista que os modelos de atenção são uma das dimensões que conformam a Economia Moral nos contextos pesquisados, ao longo deste artigo recorreremos aos modelos como elementos na análise. As demais dimensões que incidem na Economia Moral no contexto da presente pesquisa são: formação profissional, experiências pessoais, grupos sociais em que as/os profissionais se inserem.

Sobre práticas de cuidado com mulheres que usam drogas *Consultório na Rua: o cuidado aprendido nas histórias, nos vínculos, nas práticas*

A história vivenciada pela equipe do Consultório na Rua com Laura², gestante atendida pelo serviço, reverberou de modo significativo nos sentimentos e práticas das/os profissionais. Ela foi considerada como a situação mais complicada relacionada à gestação que atenderam, sendo um caso constantemente referido em conversas nos corredores e nas reuniões de equipe. Assim, servia de parâmetro para repensarem ações futuras a respeito do trabalho direcionado às gestantes.

A partir da etnografia foi possível observar que tal caso fora considerado complicado de lidar por Laura não tomar de modo regular os medicamentos antirretrovirais (o que parecia se dar principalmente por ela não querer que o companheiro soubesse sobre sua sorologia), e por continuar fazendo um uso de drogas considerado abusivo pela equipe. Por vezes, antes de entregar os antirretrovirais a ela, as técnicas de enfermagem retiravam os comprimidos da caixa e os separavam em potes transparentes para que não ficasse exposto qual remédio era. Também as/os profissionais com quem ela possuía mais vínculo, tentavam conversar em separado com Laura para falar sobre as questões ligadas ao HIV e outros aspectos relativos à gestação. Contudo, a relação entre ela e a equipe do CR passou a ficar difícil, conforme conta um profissional:

[...]nos primeiros meses da gestação foi quando a gente estava conseguindo lidar melhor com essa gestante, no sentido de ela aceitar também os antirretrovirais, a diminuição do

uso do álcool, ser mais cuidada. Com a aproximação [do final da] gestação, e da descoberta por ambos - eu digo, ela e o companheiro - que tinham HIV. Eles já sabiam que tinham HIV, só que eles dois desconheciam a posição sorológica do outro. E aí por algum motivo a vida ficou mais difícil pra ela, porque uma coisa é tu estar nos primeiros meses da gestação, e tem toda aquela atenção voltada pra ti. Outra coisa é tu estar no final da tua gestação, tu sabes que não vai poder ficar com a tua criança na rua. Tu não tens uma mínima organização de vida pra conseguir sustentar essa criança perto de ti e foi daí que nos últimos três meses que ela se desorganizou, ela não queria ser mais atendida pela gente, teve muitas dificuldades nesse sentido de acompanhá-la e acompanhar o companheiro... Mas ela continuava sendo acompanhada pelo serviço especializado, que cuida de pessoas com HIV/AIDS. E a médica também estava ciente das condições até que chegou um momento que ela falou: “- Olha só, não dá mais pra gente esperar. Ela vai ter que ser levada para uma emergência para antecipar o parto”. (Pedro, Profissional de Saúde - CR).

Algum tempo após o parto, houve uma denúncia de Laura estar com o filho na rua e ele foi retirado dela. Apesar das pessoas do CR não saberem quem fez a denúncia, Laura relacionou isso com a equipe. Fabiane, profissional do CR, conta que ao encontrá-la depois dessa situação Laura lançou-lhe um olhar em que pôde perceber todo o ódio que estava sentindo. Segundo Fabiane, a relação com Laura os fez aprender muito. Frente a todas as adversidades nas tentativas de cuidado com outra gestante, conta que não queria que buscassem a internação, justamente por terem passado por essa situação complicada com Laura que abalou o vínculo, mas que a fez repensar o que fazer nesses casos.

Renata foi uma das usuárias cujo tratamento e relação com a equipe guiaram-se pelos aprendizados proporcionados pela relação com Laura. Renata era tida como uma paciente que congregava muitas características desfavoráveis para a saúde de uma mulher: estar em situação de rua, ter HIV positivo, sífilis, tuberculose, estar gestante e fazer uso de drogas e, inicialmente, não corresponder às aproximações da equipe para realização do pré-natal. Apesar disso, ao decorrer da gestação ela torna-se, aos olhos da equipe, uma gestante que demonstrava sinais de que seria uma boa mãe.

O desfecho considerado adequado no caso de Renata (diminuir muito o uso de drogas e organizar-se para cuidar do filho) pode ser atrelado ao fato de que ela passou a evidenciar uma organização de sua rotina para manter a guarda dos filhos, o que implica certo controle dos seus usos de drogas e estabelecimento de um local seguro para cuidado da criança. Ressaltamos, no entanto, que tal organização é produzida com a equipe. Renata é aquela para qual se "empresta os ouvidos" (frase proferida

por uma profissional do CR), para quem se busca arrecadar utensílios e roupas de bebê, pela qual buscam sustentar a possibilidade de permanecer com o filho frente às instituições relacionadas a essa decisão (Hospital e Poder Judiciário). Ao abrir espaço para conhecer a vida de Renata e escutar seus desejos e preocupações, ela e algumas profissionais constroem vínculos que impulsionam seu tratamento e aprimoram relações de cuidado. Portanto, os elementos considerados fundamentais pela equipe do CR são, em grande parte, possibilitados justamente pelo investimento da equipe no vínculo entre a mulher e o bebê - descredenciado pela maioria das pessoas.

Em casos como o de Renata, percebe-se a emergência de esforços por parte da equipe de construção de um cuidado que não restrinja liberdades, como entendem que seria a internação, buscando estratégias de Redução de Danos. Estratégias como: respeito ao tempo da pessoa para decidir como realizar atendimentos e tratamentos; orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis (DSTs); escuta da singularidade da usuária para pensar em que o uso pode estar sendo prejudicial e como atenuá-lo; realizar o tratamento no território, evitando internações da gestante; fazer o pré-natal nos locais onde a gestante vive sobretudo, mostrar-se disponível às demandas da usuária. A Redução de Danos era a perspectiva de tratamento adotada no CR, pois, naquele momento, figurava entre as estratégias institucionais para cuidado com pessoas que fazem uso de drogas estabelecida em legislação (BRASIL, 2010). Mas, igualmente, por ser o modo como a equipe compreendia ser possível realizar o cuidado: não focando apenas nas drogas, mas em outras questões apresentadas por aquela população.

Entretanto, a proposta de um cuidado no sentido de acompanhar os movimentos das usuárias, não é opinião coesa da equipe. No caso de Laura, por exemplo, há pessoas que entendem que o certo seria ter feito uma internação compulsória e amenizado riscos do uso de drogas para o bebê e a gestante. A resistência de Laura frente ao tratamento proposto parecia provocar, em alguns/algumas profissionais, impaciência e preocupação, que por vezes motivava uma postura mais "firme", especialmente ao enfatizar a responsabilidade de Laura e de seu companheiro pelo próprio cuidado e a necessidade de pensar no filho.

Situações como essa mobilizam afetos nos/as profissionais, que os impele a criarem novos modos de lidar com os/as usuários e seus tratamentos em saúde. Tomar uma decisão diante desses aspectos conflitantes e de opções que não incorporam uma oferta de uma estrutura de apoio integral, exige que eles/as apostem em orientar suas

práticas baseados/as no que concebem ser uma justiça moral, a qual é balizada pelo vínculo estabelecido entre usuária e profissionais e usuária e seu/sua filho/a.

Dessa forma, o 'vínculo' estabelecido entre mulheres e profissionais é entendido pela equipe do CR como fundamental para a atenção às gestantes. O vínculo sustenta práticas de cuidado e tomadas de decisão pelos/as profissionais - como na situação de Renata - e influencia na hierarquização e investimento nas vidas, que podem ser diferentes para outras gestantes. Ou seja, estão em um constante aprender a fazer com o próprio processo de cuidar.

Hospital: a motivação balizando investimentos

Nesta seção apresentamos o caso de Amanda, uma das gestantes internadas na UIP que, apesar de se afastar do ideal moral e de características de saúde esperado para uma mulher - especialmente, grávida -, observamos provocar algumas rupturas no *script* comum a gestantes usuárias de crack nesses contextos, que é a reiteração de uma impossibilidade de afastamento do uso de drogas e recuperação de uma performance de maternidade ideal. Esse caso movimenta a equipe a "banciar" a maternidade dela - que está atrelada à cessação do uso de drogas e a outras condições de cuidado.

No modelo com ênfase hospitalar é possível perceber que dependência química é concebida como doença com bases neurofisiológicas, que deixa a paciente suscetível à vontade de usar a droga. Logo, a dependência química associada a outros fatores na situação dessas gestantes, por exemplo, prostituição, DSTs, não possuem a guarda dos/as demais filhas/os, as inseria em uma posição deslegitimada em relação ao controle, autocuidado e aos cuidados com outros/as. A recaída parecia o destino comum, tendo em vista a percepção que os/as profissionais evidenciaram sobre a realidade das pacientes: adesão ruim ao tratamento, fuga, reinternação na mesma gestação ou em seguintes.

Diante dessas concepções teóricas e observações em seus cotidianos, a motivação desponta como elemento essencial no tratamento relativo a usos de drogas na UIP. A demonstração de motivação (em parar o uso de drogas, reorganizar-se para ficar com o bebê) opera como parâmetro de "aproveitamento" do tratamento oferecido nesse contexto. Desse modo, é ao mostrar motivação, que Amanda passa a construir um espaço lido pelos/as profissionais como de alguém que "está fazendo tratamento" diferente de outras gestantes que "só estão aqui" (Trechos retirados do Diário de Campo).

Fazer tratamento pode ser entendido, nesse contexto, pelas seguintes ações de Amanda: comprometer-se em realizar as atividades propostas pela equipe - tanto oficinas quanto espaços de escuta individuais, técnicas de terapia cognitiva comportamental (por exemplo, relaxamento) -; esforçar-se em encontrar maneiras de cessar o uso de drogas; elaborar planos de organização de vida. Ressaltamos que esse investimento de Amanda em "fazer o tratamento" para cessar o uso de drogas com vistas a poder permanecer com seu bebê - pois a adesão ao tratamento é um requisito para ficar com a criança sob o olhar das/os profissionais da saúde e da justiça - é coproduzido pelo investimento que a equipe passa a direcionar a ela e à relação dela com seu bebê.

Gradualmente, ela demonstra aproximar-se das expectativas da equipe sobre adequação para cuidado com filhos/as: planejamento para vida após parto (onde morar, ter pessoas que possibilitarão suporte financeiro e emocional), organização nas rotinas da unidade (não ficar apenas deitada, aceitar realizar as oficinas, exercícios físicos), motivação para seguir o tratamento para a drogadição e para outras doenças como as sexualmente transmissíveis em outros equipamentos de saúde após a alta da UIP, a demonstração de desejo e organização em relação ao planejamento familiar e ao uso de algum método contraceptivo. Tais indícios de uma boa maternagem operam como fatores balizadores na avaliação da equipe e, posteriormente, na decisão do Juizado da Infância e da Juventude - que diversas vezes conta com parecer da equipe em relação à guarda das crianças.

Tal direcionamento da atenção está atrelado às questões institucionais que promovem e exigem uma proteção às crianças de toda a rede de saúde. Tais como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2008) - pactuada por esse Hospital, e o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), o qual instituiu legalmente no país a proteção integral à infância e adolescência. Também apreendemos que essa proteção à criança é prioridade na equipe por questões pessoais e valores compartilhados socialmente e naquele grupo. Desse modo, entendem que o lugar da criança não deve ser na rua, e junto a uma mãe que usa drogas, que provavelmente não prestará os cuidados necessários.

Um dos dilemas da equipe emerge da lacuna na rede de cuidado com essas mulheres. Apesar da proposta de tratamento na UIP ser de curta duração, no máximo de vinte e oito dias para desintoxicação, os/as profissionais relatam que algumas gestantes acabam ficando mais tempo por não haver um local protegido

para elas permanecerem até ganhar o bebê, nem suporte por parte da família para que elas se mantenham em casa. Em alguns momentos, os/as profissionais da UIP ressaltaram que esse local não pode suprir a falha na rede de atenção a dependentes químicas, sendo inclusive mais oneroso ao Estado do que outros serviços.

No que tange à UIP, a motivação demonstrada pelas gestantes é o que parece movimentar a Economia Moral naquele espaço. Para os/as profissionais, a motivação é um elemento essencial no tratamento relativo a usos de drogas, sendo que essa impulsiona e sustenta mudanças no comportamento das usuárias - sobretudo, porque percebem que o contexto social, econômico, familiar, teve importância no início e continuação do uso. O tratamento para usos de drogas e a maternidade são interligados não apenas pelo entendimento dos/as profissionais de que agem protegendo as vidas - a do bebê e a da mulher - frente a uma condição que a equipe percebe como nociva, mas porque tal concepção sustenta-se no modelo de atenção com ênfase hospitalar, o qual se produz através da noção de drogadição como doença que necessita controle dos prováveis comportamentos de risco atrelados.

Economia Moral nas práticas em saúde: valores, afetos, escolhas

As práticas profissionais inscrevem-se nas lógicas de saúde e de cuidado produzidas nos modelos de atenção enfatizados em cada serviço (hospitalar ou psicossocial). Contudo, a perspectiva ético-política de cuidado predominante em cada local, além de refletir elementos desses modelos, é sustentada em concepções sobre drogas e sobre maternidade, que conformam as Economias Morais (FASSIN, 2006; 2008). Compreender as hierarquias colocadas em jogo permite conhecer como operam os valores atribuídos às vidas nas cenas de cuidado, bem como os princípios de justiça que regem as práticas dos/as profissionais, especialmente, quanto à tomada de decisão acerca das estratégias de tratamento, encaminhamentos na rede de saúde, providências em relação aos/às filhos/as.

Durante a pesquisa de campo pôde-se observar que o uso de crack por mulheres gera um paradoxo moral na atenção despendida, justamente porque o uso de drogas e a maternidade acionam concepções dissonantes no código moral em que os/as profissionais e as práticas se inscrevem. Dessa forma, o cuidado com mulheres que fazem uso de crack é indubitavelmente diferente ao estarem gestantes. No CR foi possível observar tentativas mais incisivas para realização de tratamento (exames de pré-natal, medicações para HIV, injeções de benzetacil) quando as mulheres

estavam gestantes. Na UIP ser gestante e dependente química é o que garante a vaga nesse espaço. Sendo assim, ressaltamos que a gestação é o elemento que as insere nessa lógica de cuidado.

O cuidado à saúde de mulheres que fazem uso de drogas torna-se mais desafiador devido à lacuna de ações intersetoriais das políticas públicas e a restrita rede de apoio social. Assim, a partir análise das práticas uma questão fundamental emerge: por que não é ofertado às gestantes um apoio integral? Frente a essa não oferta, quais as possibilidades de intervenção dos profissionais de saúde? A mãe estaria sob o risco de ter seu filho retirado por causa da sua condição social? A legitimação/deslegitimação da possibilidade de algumas mulheres serem mães, que pode levar à perda da guarda dos/as filhos, ou à pressão social de manter a maternidade, é informada por uma Economia Moral que se baseia em uma visão individualista da gestação, ao não considerar a responsabilidade da sociedade (por exemplo oferecendo suporte integral à família) e de outros laços sociais importantes para as gestantes.

Hierarquias reprodutivas: questões interseccionais

Nesta seção recorreremos a noção de hierarquias reprodutivas (MATTAR; DINIZ, 2012) para problematizar que marcadores sociais e características das mulheres tornam-se balizadores da experiência de ser mulher. Portanto, nos fundamentamos nos estudos feministas descoloniais e interseccionais para, partindo do material etnográfico, discutir como as valorações das vidas são produzidas a partir da relação com a maternidade, e como isso orienta práticas de atenção às mulheres. O reconhecimento da importância da interseccionalidade tem impulsionado novas formas de pensar a complexidade e multiplicidade de relações de poder (BRAH; PHOENIX, 2004). Logo, a perspectiva interseccional auxilia a pensar como se entrecruzam e potencializam eixos de opressão. Rodrigo e Ordaz (2012) reforçam a utilidade dessa perspectiva no campo de estudos e políticas sobre drogas, para poder reconhecer outros eixos de desigualdade, que em interação com o gênero, operam no acesso, usos e repercussões de diferentes drogas.

Conforme discutimos ao longo deste artigo, é fundamental contextualizar o sujeito usuário das políticas públicas considerando a interseccionalidade entre gênero, sexualidade, raça e classe social. Ou seja, quem é a mulher que utiliza os serviços de saúde públicos e que tem a guarda do seu filho retirada? Quem é a mulher a quem os profissionais se referem? Muitas vezes em situação de rua, negras e jovens.

Outro aspecto importante refere-se às violências contra mulheres, desde homicídio a violências sexuais e domésticas, que em situação de rua pode deixá-las ainda mais vulneráveis (MALHEIRO, 2018). Assim, uma questão que vale a pena levantar é que mulheres em outras classes sociais, podem ter um uso de drogas menos visível aos olhos públicos, logo, mais garantias de manter a guarda do seu filho.

Nesta pesquisa, acompanhamos a atenção a mulheres que estão em situação de rua ou que passaram períodos na rua, com complicações de saúde (por exemplo, DSTs, tuberculose), que possuem frágil rede de apoio emocional e financeiro e que usam crack e outras drogas. Condições que não podem ser dissociadas dos marcadores sociais de diferença. Conforme já apontado em outros trabalhos, evidencia-se também nesta pesquisa que gênero, raça e classe são marcadores interrelacionados. Tal como é a situação de Renata, mulher negra, que possui baixa escolaridade e dificuldades econômicas. Nas palavras de França (2014, p. 21): "são categorias que atravessam umas às outras e demarcam o cenário das experiências de socialização dessas mulheres". Ainda, a autora ressalta:

Especialmente em relação à questão racial, há uma complexa associação de aspectos que compõem a vulnerabilidade das mulheres negras. A questão racial, quando combinada às questões de gênero, posicionam as mulheres negras numa condição subjugada também de classe e isso as expõem numa sobreposição de discriminações (FRANÇA, 2014, p. 23).

O presente estudo leva a perceber que quando se trata de mulheres de grupos minorizados, como por exemplo as que utilizam alguma droga, muitas vezes, as políticas e práticas estão prioritariamente preocupadas com a criança e com uma certa "reabilitação" dessa mulher enquanto mãe. Esses discursos reiteram a responsabilidade individual da mulher por seu feto (CAMPBELL, 2000), como se ela criasse a criança em um vácuo social, excluindo a responsabilidade da sociedade e a do pai. É essencial o desenvolvimento de políticas públicas integrais; por exemplo, como indica França (2014), a oferta de residência para as mulheres e suas famílias e de trabalho em projetos de geração de renda. Ainda, durante as observações em campo foi possível perceber uma naturalização e idealização do cuidado materno, tanto pela ausência física e no discurso da equipe e da gestante sobre o parceiro e/ou pai da criança, quanto por um movimento menor de responsabilização direcionadas a ele no cuidado com o/a filho/a, até mesmo quando acompanhava as consultas ou estava implicado de outros modos.

A partir de articulações com a analítica de Foucault sobre a gestão da população como problema político (FOUCAULT, 2002), uma das experiências ressaltadas neste artigo é a produção biopolítica de uma maneira específica de maternidade. Tal produção tem como efeito o cerceamento das vidas, corpos e escolhas de mulheres devido à capacidade reprodutiva e ao imperativo social de que elas cuidem de suas/seus filhas/as e sejam a "essência" da família de uma única forma, além de proverem recursos financeiros para o cuidado. Dessa forma, a maternidade ocupa um espaço discursivo importante tanto para entendermos o que é esperado das mulheres, quanto sobre a forma de maternidade que é esperada. O imperativo social-moral que associa o ser mulher à maternidade ecoa na produção de subjetividade das mulheres, inclusive, daquelas que se afastam da norma de gênero, porém nesses casos a gestação é vista como dissonante por grande parte da sociedade.

A normalização da maternidade engloba exigências de condições afetivas, estabilidade financeira, número de filhos, de uma idade para ser mãe (MOREIRA; NARDI, 2009) e podemos dizer que, igualmente, condições de saúde. Ao tratarmos dos discursos hegemônicos sobre o que é esperado de mulheres e do seu papel na maternidade, notamos o impacto dessas concepções sobre as mulheres em condições sociais inferiorizadas. Nesse sentido, os casos expostos colocam esses discursos em jogo, ou seja, em ambos os casos parece central o fato de que quanto mais Renata e Amanda se aproximam de uma maternidade normalizada, menos são lidas na gramática da abjeção em que são coladas as usuárias de crack pelas equipes de saúde e sociedade em geral.

Ainda, muitas gestantes não acessam os serviços devido a sua posição afastada dessa norma da maternidade que põe em suspenso muitos de seus direitos sexuais e reprodutivos. Isto agrava a situação, já que há maior incidência de complicações na gestação daquelas mulheres que fazem uso de drogas e não são assistidas por serviços de pré-natal (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013). Exercer uma maternidade sem suporte (familiar, do pai da criança, do Estado) torna as mulheres mais vulneráveis à discriminação, assim, Mattar e Diniz (2012, p.108), ressaltam que

são necessárias políticas públicas de suporte social à maternidade para as mulheres que escolham ser mães, indistintamente, visando promover o exercício de seus direitos humanos, como parte de uma agenda ampla dos direitos sexuais e reprodutivos.

A noção de hierarquias reprodutivas (MATTAR; DINIZ, 2012) auxilia a perceber que os marcadores sociais determinam que algumas maternidades são mais legítimas

e aceitas socialmente do que outras. Para as autoras, hierarquias reprodutivas dizem respeito aos aspectos considerados negativos na mulher (ou casal) no que tange aos cuidados com os filhos, que categorizam e produzem diferenciações no exercício da maternidade, tais como raça, classe social, idade e parceria sexual. Tendo em vista que os espaços de cuidado em saúde também são elementos da produção biopolítica da maternidade - a qual pressupõe concepções sobre o que é ser uma boa mãe - as características construídas socialmente para o crack operam classificando e hierarquizando as mulheres que fazem uso da substância.

Estudos feministas e antirracistas (FOUCAULT, 1988; ROHDEN, 2003; LITTLEWOOD; LIPSEGE, 1989; SAAVEDRA; NOGUEIRA, 2006; TEO, 2008) apontam para as formas em que a noção de saúde foi construída e como grupos minorizados, como mulheres, LBTTQIs, imigrantes, negros, e outros foram historicamente retratados na medicina. A condenação moral direcionada a gestantes que usam drogas deve ser analisada atentamente, pois pode simplesmente reproduzir desigualdades. Segundo Silva (2000), a maior exposição aos problemas de saúde, é ocasionada não só pelo uso de crack, mas também pela situação de pobreza e crenças do que seja ser saudável. Portanto, é crucial contextualizar as mulheres gestantes e considerar as relações interseccionais para um olhar menos estigmatizante sobre a mulher gestante, afastando-se de concepções de maternidade idealizadas e individualistas.

Considerações Finais

A presente pesquisa enfocou mulheres que usavam crack, logo, o estigma direcionado a essa droga marcava os olhares e julgamentos sobre essas mulheres. O fato de usarem crack homogeneizava as experiências e as situava em um lugar abjeto, distante do exercício da maternidade esperado. Elas passavam grande parte do tempo em situação de rua, possuíam baixas condições socioeconômicas. Mas, também possuíam diferenças: algumas acessavam com mais facilidade os serviços de saúde devido à cobertura em seu território - por exemplo, a atenção básica atuava como meio principal de cuidado e de apoio nos tratamentos, Amanda foi uma gestante que estava sendo acompanhada pela Unidade de Saúde antes da internação; muitas tinham companheiros - aspecto ponderado para manutenção da guarda das/os filhos/as, desde que esse também não fosse reconhecido como usuário.

A partir dos relatos sobre Amanda e Renata buscamos evidenciar que algumas características e elementos de suas histórias provocaram um giro entre a maternidade desacreditada e uma maternidade possível. Em cada equipe foi sendo performada a maternidade esperada e a mulher esperada para essa maternidade. Contudo, não há garantia de que uma maternidade na qual houve "investimento" da equipe e logo, legitimação, será lida do mesmo modo em outros serviços de saúde, assistência social ou justiça. Sobretudo, se considerarmos o argumento evidenciado neste trabalho de que a Economia Moral (FASSIN, 2006; 2008) é conformada por várias dimensões e produz noções de justiça moral diferentes a cada novo arranjo.

Conforme observamos nesta pesquisa, há elementos que complexificam a noção de justiça, sendo o vínculo um dos principais. No Hospital, observamos ser mais característico o estabelecimento de um vínculo pela adesão da usuária ao pré-natal e à proposta terapêutica para uso de drogas. No Consultório na Rua, percebemos vínculos emergindo do afeto construído entre profissionais e usuárias, que remetem também à vinculação da usuária aos tratamentos, mas principalmente a pequenos detalhes que permitem diferenciar as gestantes. Muitos/as profissionais referem que trabalhar com a atenção a gestantes que usam crack transformou suas concepções sobre maternidade, situação de rua, tratamento para uso de drogas. Ou seja, as experiências profissionais alteram-se também com o seu próprio fazer, sobretudo, pela construção de vínculo entre profissionais e usuárias. Assim, o estabelecimento do vínculo reverbera nas estratégias de tratamento, sendo potente na construção de novas alternativas de vida.

Cabe ressaltar que quando pensamos sobre políticas de cuidado com pessoas que fazem usos de drogas é preciso considerar muitos aspectos para além das questões de saúde. Moraes, Roso e Lara (2018), em artigo que analisa pesquisas empíricas sobre práticas de consumo de crack por mulheres, destacam que a relação mulheres/crack é considerada como um problema de saúde. As autoras apontam a importância de abordar o tema das drogas também como uma questão psicossocial, posto que esse campo

permitiria pensar os contextos culturais e históricos em que se inicia e se dá o uso de drogas, não pensando esse uso essencialmente como problema, mas propondo reflexões calcadas na crítica. Possibilitaria, também, que as produções se preocupassem com aspectos econômicos e políticos na sua interlocução com as subjetividades (MORAES, ROSO; LARA, 2018, p.21).

Além disso, salientamos a necessidade de fortalecer estratégias de cuidado pautadas nos Direitos Humanos, que contemplem questões relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos. O cuidado com pessoas que usam drogas é campo em disputa ética/política/econômica no país. Aprofundar análises locais sobre políticas públicas auxilia na percepção de como essas estão sendo efetivadas nas ações cotidianas, e como as demandas dos/as usuários/as estão sendo consideradas, visando incluí-los/as como sujeitos ativos na construção das políticas.

Agradecimentos

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

Referências

- BRAH, A.; PHOENIX, A. Ain't I A Woman? Revisiting Intersectionality. *Journal of International Women's Studies*, v. 5, n. 3, p. 75-86, 2004. Disponível em: <<https://vc.bridgew.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1543&context=jiws>>. Acesso em: 01 jul. 2019.
- BRASIL. *Leinº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Presidência da República.Casa Civil. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 29 set. 2019.
- BRASIL. *Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas*. Presidência da República.Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cuidados_prevencao_drogas/obid/publicacoes/Livros/Legisla%C3%A7%C3%A3o%20e%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%BAblicas%20sobre%20Drogas%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 29 set. 2019.
- BRASIL. *Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011*. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Ministério da SaúdeGabinete do Ministro. 2011, Brasília, Seção 1, 26 jan. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 05 mai. 2019.
- CAMPBELL, N. D. *Using women: gender, drug policy and social justice*. London: Routledge, 2000.
- ETTORRE, E.; RISKA, E. *Gendered moods: psychotropicsandsociety*. London: Routledge, 1995.
- FASSIN, D. Conflitos do outono de 2005 na França. *Tempo social*, São Paulo, v. 18, n. 2, p.185-196, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ts/v18n2/a09v18n2>>. Acesso em: 06 fev. 2019.

_____. Beyond good and evil? Questioning the anthropological discomfort with morals. *Anthropological Theory*, v. 8, n. 4, p. 333-344, 2008. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1463499608096642>>. Acesso em: 06 fev. 2019.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: A vontade de saber*. 13ª Edição. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. Aula de 17 de Março de 1976. In: _____. *Em Defesa da Sociedade*. Curso no Collège de France. São Paulo: Martins Fontes, 2002. p. 285-315.

FRANÇA, G. O. *Trajetórias afetivas, sexuais e reprodutivas de jovens mulheres em vulnerabilidade social: experiências de socialização*. 2014. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de São Carlos, Sorocaba, 2014.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. *Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2017/12/7.-FUNDO-DAS-NA%C3%87%C3%95ES-UNIDAS-PARA-A-INF%C3%82NCIA.-m%C3%B3dulo-1.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2019.

KLEE, H. Women, Family and Drugs. In: KLEE, H.; JACKSON M.; LEWIS, S. (Org.). *Drug Misuse and Motherhood*. London: Routledge, 2002. p. 3-14.

LITTLEWOOD, R.; LIPSEGE, M. *Aliens and alienists: Ethnic minorities and psychiatry*. 2ª Edição. London: Unwin Hyman Ltd, 1989.

MACEDO, F. dos S. de; MACHADO, P. S. Economia moral e modelos de atenção no cuidado com gestantes que usam crack. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 34-46, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200034&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 mai. 2021.

MALHEIRO, L. S. B. *Tornar-se mulher usuária de crack: trajetórias de vida, cultura de uso e política sobre drogas no centro de Salvador Bahia*. 2018. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

MARANGONI, S. R.; OLIVEIRA, M. L. F. de. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 662-670, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 fev. 2019.

MATTAR, L. D.; DINIZ, C.S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v.16, n.40, p.107-120, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100009&lng=en>. Acesso em: 06 fev. 2019.

- MCCLINTOCK, A. *Imperial Leather: race, gender and sexuality in the colonial contest*. London: Routledge, 1995.
- MORAES, M. E. F.; ROSO, A.; LARA, M. P. de. Gênero como uma Categoria de Análise nos Estudos Brasileiros sobre *Mulheres e Consumo de Crack*. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, Belo Horizonte, v. 11, n. 1, p. 11-25, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202018000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 mai. 2019.
- MOREIRA, L. E.; NARDI, H. C. Mãe é tudo igual? Enunciados produzindo maternidade(s) contemporânea(s). *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 569-594, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2009000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 fev. 2019.
- MOUNTIAN, I. *Cultural Ecstasies: Drugs, Gender and the Social Imaginary*. Londres, Nova York: Routledge, 2013.
- MOUNTIAN, I. (2017a), Borders and margins: debates on intersectionality for critical research, *Qualitative Research Journal*, v. 17, n.3, p. 155-163, 2017a. Disponível em: <<https://doi.org/10.1108/QRJ-11-2016-0071>>. Acesso em: 13 out. 2019.
- MOUNTIAN, I. Reflexões sobre metodologias críticas em pesquisa: interseccionalidade, reflexividade e situacionalidade. *Psicologia Política*, v.17, n.40, p. 454-469, 2017b. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v17n40/v17n40a05.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2019.
- MOUNTIAN, I. Políticas de Drogas e intersecções de Gênero, Raça e Sexualidade. In: FIGUEIREDO, R.; FEFFERMANN, M.; ADORNO, R.F.(Org.). *Drogas & sociedade contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo*. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017c. p. 129-151.
- QUEIROZ, I. S. de. *Norma de gênero e uso de drogas: normalização e diferença na experiência de mulheres*. 2015. Tese (Doutorado - Curso de Psicologia) - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2015.
- RODRIGO, M. L.; ORDAZ, R. G. Gênero y usos de drogas: dimensiones de análisis e intersección con otros ejes de desigualdad. *OSLS*, Oñati, v. 2, n.6, p. 77-96, 2012. Disponível em: <<https://ssrn.com/abstract=2111917>>. Acesso em: 06 fev. 2019.
- ROHDEN, F. A construção da diferença sexual na medicina. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S201-S212, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800002&lng=en>. Acesso em: 06 fev. 2019.
- SAAVEDRA, L.; NOGUEIRA, C. Memórias sobre o feminismo na psicologia: para a construção de memórias futuras. *Memorandum*, Belo Horizonte, v.11, p.113-127, 2006. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a11/saavedranogueira01.pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2019.

SILVA, S. L. da. *Mulheres da Luz: uma etnografia dos usos e preservação no uso do crack*. 2000. Dissertação. (Mestrado - Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Prática de Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

TEO, T. From speculation to epistemological violence in psychology. A critical-hermeneutic reconstruction. *TheoryPsychol*, v.18, n.1, p.47–67, 2008. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0959354307086922#articleCitationDownloadContainer>>. Acesso em:06fev.2019.

YUVAL-DAVIS, N. *Gender & nation*. London: Sage, 1997.

Notas

¹ O termo 'cis' refere-se a pessoas que se reconhecem com a identidade de gênero com a qual foram identificadas/registradas no nascimento.

² Os nomes dos/as participantes são fictícios.

Abstract

Care of pregnant women who use drugs: analysis of practices in public health policies in southern Brazil

This paper aims to discuss care practices used with pregnant drug users in public policies, considering how gender relations influence health practices. This is an ethnographic research on attention to pregnant women, who are crack users, in a psychiatric unit in a public hospital and a Clinic in the Street in Rio Grande do Sul. This research was based on intersectional and decolonial feminist studies, as well as the notion of moral economy. The use of drugs by women for recreational purposes is often considered inappropriate and grounds for stigma because it deviates from the normativity of what is expected from being a woman, that are often morally judged. Moreover, the analysis points out how the biopolitical production of a unique imaginary of motherhood affects the way in which public policies act towards women. This becomes a fundamental point when considering the social context in which these women are inserted. Thus, the article highlights the importance of intersectional analysis of gender, race and class for public drug policies.

► **Keywords:** Drug users; Pregnant Women; Gender and Health; Public Policy; Health Care (Public Health).



ERRATA

No artigo “O cuidado com gestantes que usam drogas: análise de práticas em políticas públicas de saúde no Sul do Brasil”, com número de DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310223> publicado no periódico Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 31, n. 2, e310223, na página 1, erro de nome de autor:

ONDE SE LÊ:

Ilana Moutian

LEIA-SE:

Ilana Mountian

