



LARISSA NADINE RYBKA

A DIALÉTICA RESISTÊNCIA/ENTREGA NO USO NOCIVO DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS POR MULHERES

CAMPINAS

2015



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas

LARISSA NADINE RYBKA

A DIALÉTICA RESISTÊNCIA/ENTREGA NO USO NOCIVO DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS POR MULHERES

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde, na Área de Concentração Política, Gestão e Planejamento.

ORIENTADORA: JULIANA LUPORINI DO NASCIMENTO

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA
ALUNA LARISSA NADINE RYBKA, E ORIENTADA PELA
PROFA. DRA. JULIANA LUPORINI DO NASCIMENTO.

CAMPINAS

2015

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

R96d Rybka, Larissa Nadine, 1980 -
A dialética resistência/entrega no uso nocivo de
substâncias psicoativas por mulheres / Larissa Nadine
Rybka. -- Campinas, SP : [s.n.], 2015.

Orientador : Juliana Luporini do Nascimento.
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Uso de substâncias psicoativas. 2. Gênero. 3.
Feminismo. 4. Saúde mental. 5. Materialismo histórico-
dialético. I. Nascimento, Juliana Luporini do, 1974-. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: The dialectic resistance/surrender in the harmful use of
psychoactive substances by women

Palavras-chave em inglês:

Use of psychoactive substances

Gender

Feminism

Mental health

Historical-dialectic materialism

Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Banca examinadora:

Juliana Luporini do Nascimento [Orientador]

Raquel Souza Lobo Guzzo

Rafael Afonso da Silva

Data de defesa: 27-02-2015

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

LARISSA NADINE RYBKA

Orientador (a) PROF(A). DR(A). JULIANA LUPORINI DO NASCIMENTO

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). JULIANA LUPORINI DO NASCIMENTO

2. PROF(A). DR(A). RAQUEL SOUZA LOBO GUZZO

3. PROF(A). DR(A). RAFAEL AFONSO DA SILVA

Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 27 de fevereiro de 2015

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, às quatro mulheres que aceitaram narrar suas histórias de vida para mim, pela disponibilidade e confiança.

Agradeço à minha orientadora, Juliana, por ter topado me acompanhar nesta jornada, assentando as balizas enquanto me deixava caminhar. Admiro sua capacidade de dosar a dureza e a ternura neste processo.

Sou grata aos professores que compuseram a banca de qualificação e de defesa, Raquel e Rafael, pela leitura cuidadosa deste trabalho, pela crítica, pelas novas ideias e pelo incentivo para seguir em frente. Aproveito para agradecer também a tantas outras mestras e mestres que participaram da minha formação e, especificamente no caso desta pesquisa, à Teca (Terezinha Martins dos Santos Souza), pelo pontapé inicial.

Obrigada, colegas de trabalho (principalmente do CAPS AD Independência) e de mestrado, pelo aprendizado no cotidiano, pela solidariedade e pelas trocas afetivas e intelectuais que renovam as energias e a esperança, em meio ao enorme desafio que representa produzir *saúde* nesta sociedade...

Um agradecimento especial às minhas amigas e amigos, pelo compartilhamento das alegrias e tristezas, das conquistas e frustrações; por multiplicarem o meu riso e acolherem a minha dor, as minhas inseguranças e angústias; enfim, por colorirem, cada qual com os seus tons únicos, a minha vida!

Sou profundamente grata a meus pais (Odilia e Udo) e irmãos (Simone e Fábio – *in memoriam*) pelo apoio incondicional, pelo carinho de sempre e pelo respeito aos meus valores e às minhas escolhas.

“Last but not least”, um MUITO OBRIGADA à minha pequena Helena, companheira de tantas aventuras, fonte de tantas alegrias, doce presença no meu dia-a-dia. Obrigada *mesmo* pela paciência e compreensão durante mais este período da minha vida tão exigente em tempo, dedicação e esforço. Finalmente, posso responder à sua pergunta – “Já acabou?” – com um sonoro SIM!

Por que cantamos (Mario Benedetti)

Se cada hora vem com sua morte
se o tempo é um covil de ladrões
os ares já não são tão bons ares
e a vida é nada mais que um alvo móvel

você perguntará por que cantamos

se nossos bravos ficam sem abraço
a pátria está morrendo de tristeza
e o coração do homem se fez cacos
antes mesmo de explodir a vergonha

você perguntará por que cantamos

se estamos longe como um horizonte
se lá ficaram as árvores e céu
se cada noite é sempre alguma ausência
e cada despertar um desencontro

você perguntará por que cantamos

cantamos porque o rio está soando
e quando soa o rio / soa o rio
cantamos porque o cruel não tem nome
embora tenha nome seu destino

cantamos pela infância e porque tudo
e porque algum futuro e porque o povo
cantamos porque os sobreviventes
e nossos mortos querem que cantemos

cantamos porque o grito só não basta
e já não basta o pranto nem a raiva
cantamos porque cremos nessa gente
e porque venceremos a derrota

cantamos porque o sol nos reconhece
e porque o campo cheira a primavera
e porque nesse talo e lá no fruto
cada pergunta tem a sua resposta

cantamos porque chove sobre o sulco
e somos militantes desta vida
e porque não podemos nem queremos
deixar que a canção se torne cinzas.

RESUMO

O presente estudo se propõe a compreender o desenvolvimento do uso nocivo de substâncias psicoativas (SPA) na trajetória de quatro usuárias de um CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) localizado no município de Campinas (SP). A pesquisadora trabalhou neste serviço de saúde mental como médica (clínica geral) no período de 2009 a 2014. O material de campo consiste em quatro narrativas de histórias de vida, sendo a técnica utilizada para sua coleta a entrevista individual, do tipo aberta. Os referenciais teórico-metodológicos fundamentais da pesquisa são o materialismo histórico-dialético, o feminismo marxista crítico e a Epistemologia Qualitativa - esta última um desenvolvimento da teoria histórico-cultural da subjetividade. No processo de análise das narrativas, buscou-se apreender os *sentidos subjetivos do uso de SPA* na produção da existência cotidiana de cada entrevistada, em diferentes momentos de suas vidas. A seguir, estas configurações singulares de sentidos foram relacionadas entre si e com a realidade tomada como totalidade histórico-social nesta pesquisa. Dentre os principais resultados, evidenciou-se a diversidade de configurações assumidas por experiências ideologicamente construídas como universais e homogêneas (como a maternidade, a prostituição e o próprio uso de SPA). As narrativas explicitam ainda inúmeras facetas da *violência social/racial/patriarcal* - cujos elementos estão entrelaçados em uma dinâmica de coprodução e de reforço mútuo - e seus efeitos perversos sobre a subjetividade individual e social. No campo desta pesquisa, o uso de SPA se revela como um recurso psicossocial importante para *enfrentar* e ao mesmo tempo *suportar* as situações de extrema violência, exploração e opressão que marcam as histórias de vida analisadas. Conclui-se que uso de SPA compõe *estratégias singulares de resistência* construídas conforme os recursos disponíveis em cada contexto particular e acessíveis (objetiva e subjetivamente) a cada uma das entrevistadas. Simultânea e dialeticamente, o uso nocivo de SPA assume um caráter de *entrega* - expressão utilizada por uma das entrevistadas, mas cujos múltiplos sentidos (de desistência, rendição, afronta) estão presentes em todas as narrativas.

Palavras-chave: uso de substâncias psicoativas, gênero, feminismo, saúde mental, materialismo histórico-dialético.

ABSTRACT

This study seeks to understand the development of the harmful use of psychoactive substances (PAS) in the life trajectories of four users of a Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs (CAPS AD) in the city of Campinas, São Paulo State, Brazil. The author worked at CAPS AD as a staff physician in general medicine from 2009 to 2014. Fieldwork material consists of four life narratives, obtained through individual, open-ended interviews. The theoretical-methodological references that underlie this research are the historical-dialectical materialism, the critical Marxist feminism and the qualitative epistemology – the latter a development of the historical-cultural theory of subjectivity. Throughout the analytical process of the four narratives, the author sought to capture the *subjective significations of PAS use* in the production of everyday existence, in different moments of each interviewee's life. Subsequently, these singular configurations of meanings were related amongst themselves and also with the reality that was taken as a historic social totality for the purpose of this research. The main results highlighted the diversity of configurations assumed by experiences ideologically constructed as universal and homogenous (such as maternity, prostitution and PAS use itself). Moreover, the narratives make explicit various facets of social/racial/patriarchal violence – whose elements are intertwined in a dynamic of co-production and mutual reinforcement – and its perverse effects over social and individual subjectivity. In the realms of this research the use of PAS turned out to be an important psychosocial resource to *challenge* and, at the same time, to *endure* situations of extreme violence, exploitation and oppression that so much characterize these four life stories. Finally, the author concludes that the use of PAS is a component of *singular strategies of resistance* built in accordance with the resources that, being at hand in these four particular contexts, can be accessed (both objectively and subjectively) by each of the interviewees. Simultaneously and dialectically, the harmful use of PAS is an act of *surrender* – an expression quoted from one of the interviews, which multiplicity of meanings (renunciation, rendition, challenge), however, is a consistent presence in all four narratives.

Keywords: use of psychoactive substances, gender, feminism, mental health, historical-dialectic materialism.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

EUA - Estados Unidos da América

LSD - Lysergsäurediethylamid (nome [alemão](#) da dietilamida do ácido lisérgico, uma SPA com propriedades alucinógenas)

NADeQ - Núcleo de Atenção à Dependência Química

NOT - Núcleo de Oficinas de Trabalho

SAMIM - Serviço de Atendimento ao Migrante, Itinerante e Mendicante de Campinas

SPA - substância(s) psicoativa(s)

SSCF - Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira

SUS - Sistema Único de Saúde

URSS - União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

SUMÁRIO

Esclarecimentos preliminares	1
Apresentação	5
Introdução: Apresentando o campo de pesquisa	
1. Nascimento e “primeira infância” de um CAPS AD	11
2. A co-responsabilização como estratégia de cuidado: impasses, desafios e possibilidades no contexto atual	16
3. Questões de gênero na abordagem clínica do uso nocivo de SPA	20
Objetivos	25
Capítulo I: Dando nomes aos bois: os mortos e feridos na “guerra às drogas”	
1. O Paradigma Proibicionista	27
1.1 Medicalização	30
1.2 Criminalização	33
2. A implantação do proibicionismo no Brasil	36
2.1 História das políticas de álcool e drogas no Brasil	39
2.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira	49
2.3 As políticas atuais de atenção a usuários de substâncias psicoativas (e o proibicionismo que persiste...)	54
2.4 A Redução de Danos como paradigma alternativo ao proibicionismo	60
Capítulo II: Tecendo um referencial teórico	63
1. O materialismo histórico-dialético	63
2. A práxis feminista: múltiplas subversões	66

2.1 A crítica e a autocrítica como elementos fundamentais na constituição de um campo teórico feminista -----	67
2.2 O feminismo socialista -----	75
2.3 O movimento feminista na encruzilhada do início do século XXI -----	85
3. A constituição dos sujeitos sociais - subjetividade social e individual -----	92
Capítulo III: A Construção de um Caminho Metodológico -----	97
1. Implicação com o objeto de estudo -----	98
2. A construção do cenário social da pesquisa -----	101
3. Abordagem analítica -----	106
Capítulo IV: Análise -----	111
Síntese da Entrevista 1 -----	113
Análise da Entrevista 1 -----	115
Sentidos subjetivos do uso de cocaína para A. -----	127
Síntese da Entrevista 2 -----	130
Análise da Entrevista 2 -----	132
Sentidos subjetivos do uso de álcool e crack para A.R. -----	137
Síntese da Entrevista 3 -----	139
Análise da Entrevista 3 -----	142
Sentidos subjetivos do uso de álcool para R. -----	149
Síntese da Entrevista 4 -----	151
Análise da Entrevista 4 -----	156
Sentidos subjetivos do uso de crack para S. -----	162
Considerações Finais -----	165

ESCLARECIMENTOS PRELIMINARES

Antes de iniciar o texto de dissertação propriamente dito, considero importante esclarecer dois pontos que não podem ser tratados como pressupostos, pois consistem em escolhas, certamente passíveis de questionamento e em relação às quais me coloco aberta à discussão. O primeiro esclarecimento diz respeito à decisão de manter as normas da linguagem convencional, a despeito de seu viés sexista. O segundo se refere à adoção da expressão “uso nocivo de SPA”.

1. O sexismo na linguagem

Ao iniciar a escrita deste trabalho, cogitei utilizar uma das alternativas de linguagem em voga nos meios críticos ao sexismo para eliminar o viés androcêntrico presente, por exemplo, na regra de usar o masculino para abarcar a ambos os gêneros. Contam entre as alternativas, neste caso, o uso da letra “e” ou da @, ou ainda a explicitação da referência a elementos de ambos os gêneros, citando primeiramente os femininos e a seguir os masculinos.

Em poucas páginas, percebi o quanto seria desgastante, tanto para mim como para as leitoras e os leitores, a adoção de qualquer destas estratégias ao longo de todo o texto. Ademais, por se tratar de um trabalho acadêmico, havia um risco significativo de impedimentos burocráticos cujo enfrentamento me exigiria tempo e dedicação para além dos que me eram disponíveis no âmbito do mestrado.

Uma das reflexões interessantes que encontrei sobre este tema - que não é menor para uma pesquisa feminista - foi a de Izquierdo (1). Após uma breve descrição de sua experiência com o uso de algumas das alternativas supracitadas, esta autora conclui:

Depois de dar muitas voltas, cheguei à conclusão, não sei se temporária ou definitiva, de que quando se escreve se busca uma aproximação com quem se importa em ler o escrito. Minhas práticas anteriores acrescentavam dificuldade à leitura, não somente aos homens, mas também às mulheres. (p. 9)¹

¹No original: “Después de darle muchas vueltas he llegado a la conclusión, no sé si temporal o definitiva, de que cuando se escribe se busca el acercamiento a quien se toma la molestia de leer lo

Assim, optei por usar o padrão convencional de linguagem, “driblando” o sexismo sempre que possível em minhas formulações, e sem deixar de fazer, logo de início, este apontamento crítico.

2. Justificativa da escolha da expressão “uso nocivo de substâncias psicoativas”

Primeiramente, adjetivar o uso de SPA implica reconhecer a existência de diversas formas de uso, nem todas geradoras de danos (físicos e/ou psicossociais). Este discernimento é importante para fazer um contraponto às perspectivas que concebem *todo* uso de SPA como negativo e condenável, postulando o ideal de uma “sociedade sem drogas” - o que não é nem possível (como nos demonstra a História) nem desejável (considerando as múltiplas dimensões da experiência humana que esta prática integra, como a recreativa, a místico-religiosa e a terapêutica, para citar apenas algumas delas).

Posto isso, olhemos para as expressões mais utilizadas na clínica e nos estudos acadêmicos para se referir às formas de uso de álcool e drogas que produzem efeitos indesejáveis. Ao lado do selecionado, predominam os termos *abusivo*, *problemático* e *indevido*, cujos sentidos dominantes não me parecem coerentes com os pressupostos teóricos e ético-políticos desta pesquisa, pelos motivos expostos a seguir.

O termo *abusivo* remete à ideia de uma norma universal, tanto no sentido quantitativo (quando utilizado com o significado de *excessivo*) quanto no sentido moral (quando empregado como *mau uso*). O termo *problemático* poderia ser uma opção interessante, do ponto de vista etimológico, mas o sentido hegemônico que adquiriu possivelmente evocaria, no caso da expressão “uso problemático de SPA”, a ideia de um desvio moral/comportamental a ser curado, corrigido, resolvido. Ou seja, haveria um risco significativo de alimentar a patologização e a estigmatização que este trabalho busca desconstruir. Por fim, o termo *indevido* explicita plenamente a defesa de uma instância julgadora com o papel de definir o que e quanto *deve ou não* ser consumido.

escrito. Mis prácticas anteriores añadían dificultad a la lectura, no sólo a los hombres, sino también a las mujeres.”

O conceito de nocividade, presente na expressão escolhida para este estudo, certamente também é passível de críticas, diante do significado predominante que assume principalmente nos campos jurídico-legal e da saúde. Por isso, considero importante esclarecer, já de início, em que sentido será adotado nesta pesquisa.

Segundo Canguilhem (2), não se trata de uma definição objetiva e universalmente aplicável, mas de um testemunho do sujeito sobre o seu sofrimento. Cada sujeito percebe como nocivo o que lhe provoca dor, desconforto e limitações (ou mesmo o impedimento) à realização de tarefas e de atividades que fazem sentido para si, que estão ligadas à sua capacidade de relacionar-se, de trocar vivências e afetos e de transformar o mundo (material e simbólico). O conceito de nocividade é amplo o suficiente para incluir estas diversas esferas de produção da existência humana. Assim, a expressão “uso nocivo de SPA” designa os efeitos indesejáveis deste uso nas relações intersubjetivas e nos espaços de circulação do sujeito. Porém, sendo o sujeito social e historicamente constituído, a discussão da nocividade do uso de SPA (incluindo seu desenvolvimento, sua dinâmica e suas consequências) remete, simultaneamente, às esferas mais abrangentes de organização das relações sociais.

APRESENTAÇÃO

Este projeto de pesquisa nasceu e se desenvolveu a partir do encontro da minha formação acadêmica no campo da Saúde Coletiva, da minha atuação profissional na Saúde Mental e da minha trajetória política (principalmente nos movimentos estudantil, pelo direito à saúde e feminista).

No primeiro ano da graduação (em 2000), iniciei minha participação no movimento estudantil da Unicamp, debatendo questões como o acesso à universidade e o papel da mesma em uma sociedade marcada por interesses não apenas contraditórios, mas *antagônicos*. A estrutura hierárquica dos espaços decisórios, o tipo de conhecimento hegemonicamente produzido pela universidade, a forma de financiamento e as prioridades de investimento dos recursos foram alvo de críticas do movimento estudantil, em parceria com setores dos movimentos de trabalhadores e de docentes. Os debates e ações se deram nos níveis local, estadual e nacional, em Congressos, Encontros e outros espaços políticos, sempre buscando dialogar com movimentos sociais não diretamente ligados à universidade, mas interessados em sua produção.

Além destas pautas gerais, realizamos intervenções nas áreas específicas de conhecimento, nas três frentes de atuação da universidade pública brasileira: o ensino, a pesquisa e a extensão. Na área da saúde, participei das discussões sobre formação profissional, que no início dos anos 2000 se concentraram em torno da reforma curricular para o curso de Medicina. Dediquei-me mais intensamente a um projeto de extensão comunitária, através do qual desenvolvemos, junto ao Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST), um trabalho de prevenção e cuidados primários em saúde. Este trabalho foi realizado no acampamento Irmã Alberta, localizado no município de Cajamar (SP), no período de 2001 a 2003. A parceria com o MST neste projeto e em outros momentos da militância trouxe muitos aprendizados, principalmente em relação à organização política e às estratégias de luta, além do contato com uma concepção e vivência radical da solidariedade, que me tocou profundamente. Guardo até hoje enorme admiração e respeito por este movimento.

No final da graduação, aproximei-me dos movimentos feminista e pela diversidade sexual, junto aos quais desenvolvi minha militância nos anos seguintes.

Particpei do grupo Identidade (sediado em Campinas e que desde 1997 tem uma atuação política pelo direito à diversidade sexual, em articulação com outros movimentos sociais) e do NuDU (Núcleo de Diversidade Sexual da Unicamp). De forma mais intensa, militei no movimento feminista, enquanto membro da Secretaria Estadual de Mulheres do PSOL (Partido Socialismo e Liberdade). Nos embates travados por estes movimentos, a inclusão de questões consideradas estranhas à política, a busca por formas de organização mais horizontais e por estratégias de luta plurais e o modo de lidar com as diferenças ampliaram a minha compreensão do político.

Acompanhar e contribuir para a construção de um novo partido de esquerda no Brasil foi uma experiência marcante, inclusive em função dos incômodos provocados por algumas práticas internas e por determinadas concepções de luta política que terminam por reproduzir a lógica de poder que se busca superar. O engajamento neste processo de construção a partir de uma posição feminista socialista que transcendia a organização partidária gerou reflexões importantes sobre as possibilidades e os limites institucionais e suas contradições, que não são apenas “externas”, mas estão interiorizadas mesmo nas e nos militantes e coletivos políticos que lutam por transformações sociais profundas (contradições das quais também não estou isenta).

Neste mesmo período, fiz a Residência Médica em Saúde Coletiva na Unicamp (2006/2007) e tive a minha primeira experiência profissional, como co-gestora da Vigilância em Saúde, no município de Sumaré (SP). Estas experiências me confrontaram com os limites concretos do Estado Democrático de Direito para a implementação de uma política pública de caráter universal e integral em um país capitalista periférico, em tempos neoliberais. Os estágios da Residência (nos espaços de gestão de diversas políticas específicas do SUS) e a vivência na gestão municipal de Sumaré (cargo ocupado por concurso público, durante o governo do Partido dos Trabalhadores) trouxeram também novos questionamentos sobre estratégias políticas, relações de poder e construção do conhecimento.

Por fim, nos últimos cinco anos, vieram se somar às reflexões, indagações e inquietações citadas até aqui aquelas que emergiram da minha experiência de trabalho na saúde mental e que serão abordadas de forma mais direta e aprofundada nesta pesquisa. Neste momento, importa apenas registrar que estão relacionadas à constituição do sujeito,

através de suas estratégias de resistência ao sofrimento e de busca de prazer, construídas em meio às contradições de uma sociedade cujas mudanças e permanências nós construímos cotidianamente.

A posição social a partir da qual desenvolverei a presente pesquisa é resultado da intersecção de todas estas experiências (e de tantas outras, que aparecerão apenas de forma indireta). As enormes desigualdades e injustiças de diversas ordens com as quais fui confrontada nesta trajetória não serão entendidas como “efeitos colaterais” ou “acidentes de percurso” do modo capitalista de produção e reprodução da vida, mas como necessariamente constituintes do mesmo. Assim, uma práxis transformadora desta realidade exige compreender e intervir sobre contextos específicos sem perder de vista sua inserção na totalidade histórico-social (3).

As questões a serem tratadas neste trabalho emergiram a partir da minha atuação como médica em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), localizado no município de Campinas-SP. O CAPS AD Independência, onde trabalhei no período de 2009 a 2014, é o serviço de referência no tratamento de casos graves de sofrimento psíquico associado ao uso nocivo de substâncias psicoativas (SPA) para o Distrito de Saúde Sul de Campinas (aproximadamente 286.000 habitantes²). A equipe do CAPS AD Independência desenvolve um trabalho interdisciplinar, na perspectiva da Redução de Danos, assumindo o duplo papel atribuído a este dispositivo na Reforma Psiquiátrica Brasileira: a assistência aos casos de maior complexidade e a articulação da rede de cuidados aos usuários de álcool e outras drogas em seu território de referência.

Na clínica cotidiana, foi-me possível observar várias condições que influenciam tanto o desenvolvimento de diversas formas de uso nocivo de SPA quanto a busca/manutenção do tratamento quando este uso começa a gerar danos físicos e psicossociais. Tais condições se produzem objetiva e subjetivamente, na complexa intersecção entre relações de etnia, de gênero e de classe.

O olhar sensível às relações de gênero (que atravessam todas as relações sociais) motivou meu interesse em compreender o desenvolvimento do uso nocivo de substâncias psicoativas na trajetória de algumas mulheres, e particularmente quais os *sentidos subjetivos* que pode assumir. Questionar seus sentidos implica reconhecer o uso de

² 286.473 habitantes, segundo dados do Censo Demográfico 2010 (4).

SPA não como algo caótico e irracional, ou como sujeição ao objeto “droga”, mas enquanto prática integrada à produção da existência cotidiana, em suas rupturas e continuidades, em seus processos de resistência, entrega e busca de prazer.

Debrucei-me sobre a questão de pesquisa a partir de uma abordagem qualitativa, utilizando a entrevista individual do tipo aberta como técnica para obtenção do material de campo, o qual consiste em quatro narrativas das histórias de vida de usuárias do CAPS AD Independência.

Objetivando facilitar a leitura, descreverei a seguir a forma como o texto está organizado. Na Introdução, apresento o campo de pesquisa e as questões que me chamaram a atenção durante os anos em que ali atuei como clínica geral, e que motivaram a realização deste estudo. A Introdução contém ainda uma revisão da literatura sobre o uso de SPA entre mulheres no contexto brasileiro.

O Capítulo I está dividido em duas partes. Na primeira, faço uma contextualização ampla do uso de SPA na história da humanidade e uma crítica ao paradigma proibicionista, que instituiu a “questão das drogas” em âmbito internacional no início do século XX, perdurando até os dias atuais. A segunda parte do Capítulo aborda a instituição e o desenvolvimento do proibicionismo no Brasil, em quatro subitens. Primeiramente, apresento a configuração histórica particular na qual as drogas emergiram como questão a ser tratada publicamente na sociedade brasileira e discuto as políticas de álcool e drogas a partir de seus dois eixos estruturantes: a medicalização e a criminalização. O segundo subitem trata do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, de suas propostas contra-hegemônicas para a abordagem da loucura e, mais recentemente, do uso nocivo de substâncias psicoativas. No terceiro subitem, discuto o cenário brasileiro atual de políticas de atenção a usuários de SPA, no qual convivem políticas contraditórias, dentro de um quadro mais geral de persistência do paradigma proibicionista. Por fim, no último subitem deste capítulo, apresento sucintamente o arcabouço teórico-conceitual da Redução de Danos, que considero a mais elaborada e consistente alternativa ao proibicionismo.

O capítulo II corresponde ao referencial teórico escolhido para a abordagem das questões de pesquisa e está organizado em três partes. Inicialmente, os fundamentos teóricos e as principais categorias do materialismo histórico-dialético são apresentados. Na segunda parte, retomo o processo de constituição do campo teórico feminista e as novas

visões de mundo, de sujeito, das relações sociais e da própria produção de conhecimento introduzidas pela práxis feminista; a seguir, há um aprofundamento na leitura realizada pelo feminismo socialista/marxista sobre a produção, a reprodução e a transformação das relações de gênero nas sociedades capitalistas-racistas-patriarcais. Concluo esta segunda parte com uma análise da configuração da ordem patriarcal de gênero e das perspectivas para a luta feminista no contexto brasileiro atual. A terceira e última parte do Capítulo apresenta a teoria da subjetividade desenvolvida pela Epistemologia Qualitativa, assumida como referencial teórico-metodológico para a análise das narrativas das histórias de vida.

No Capítulo III, que trata da metodologia de pesquisa, são discutidas três questões fundamentais: minha implicação com o objeto de estudo; o preparo e a realização do trabalho de campo (com uma reflexão sobre os aspectos éticos e técnico-organizacionais envolvidos neste processo); e a abordagem analítica das narrativas. O principal desafio metodológico colocado para esta pesquisa talvez seja o de como abordar o material de campo como um todo (e não enquanto quatro estudos de caso isolados), sem perder a singularidade de cada trajetória de vida.

Procurei responder a este desafio analisando primeiramente cada uma das narrativas (no Capítulo IV), com ênfase na apreensão *dos sentidos subjetivos do uso de SPA*. A seguir, nas Considerações Finais, relaciono estas configurações singulares de sentidos entre si e com a realidade tomada como totalidade histórico-social na pesquisa (delineada nos Capítulos I e II). Assim, o processo de análise evidencia a relação dialética entre as dimensões singular, particular e universal do objeto de estudo, bem como as contradições que o constituem e que se apresentam em termos de prazer/sofrimento, desejo/necessidade, potência/vulnerabilidade, resistência/entrega.

INTRODUÇÃO

APRESENTANDO O CAMPO DE PESQUISA

1. Nascimento e “primeira infância” de um CAPS AD

O CAPS AD Independência está vinculado ao Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, primeiro sanatório psiquiátrico filantrópico do Estado de São Paulo. Fundada em 1924, esta instituição prestou diversas modalidades de assistência psiquiátrica ao longo de sua história, desde as práticas que se inscrevem no campo da higiene mental, que predominaram na primeira metade do século XX, até aquelas orientadas pelos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Em 1990, a Prefeitura Municipal de Campinas firmou um convênio de cogestão com o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF), como parte do projeto de implantação da Reforma Psiquiátrica no município. Teve início então o processo de desinstitucionalização, com a criação de serviços comunitários para o tratamento da saúde mental e reabilitação psicossocial (como as Residências Terapêuticas, as Oficinas de Trabalho, os Centros de Atenção Psicossocial e os Centros de Convivência), acompanhada da progressiva redução de leitos de internação.

O prédio do antigo manicômio foi mantido, abrigando leitos de internação e de curta permanência (leitos-noite), que se tornaram dispositivos com critérios claros de indicação para compor Projetos Terapêuticos Singulares construídos com os usuários e com suas redes sociais de apoio. Portanto, para além da redução de leitos, a clínica desenvolvida na instituição hospitalar também sofreu transformações profundas, no sentido da desconstrução de práticas manicomialis e da produção de novas formas de cuidado, articuladas com outros serviços de saúde e da rede intersetorial (Assistência Social, Cultura, Habitação, Trabalho e Geração de Renda, Transportes e Educação).

Assim, ao longo das décadas de 1990 e 2000, consolidou-se uma rede de atenção psicossocial baseada nos princípios éticos, políticos e técnicos elaborados principalmente pelos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, os

quais, em Campinas, têm uma trajetória importante de elaboração teórica e experimentação de práticas em saúde pública³.

Especificamente em relação aos cuidados voltados ao uso nocivo de SPA, em 2001 foi criado o Núcleo de Atenção à Dependência Química (NADeQ), sediado no hospital do SSCF. As ações desenvolvidas pela equipe multiprofissional estavam organizadas em torno de dois eixos: o da assistência ofertava 25 vagas de internação, cinco leitos-noite, atendimento ambulatorial (individual e em grupo), pronto-atendimento e atenção a familiares/rede social de apoio; o segundo eixo incluía atividades de matriciamento⁴ desenvolvidas junto à rede municipal de saúde, oferta de campos de estágio e de aprimoramento profissional, palestras, orientações, discussões clínicas, a participação no Fórum de Dependência Química de Campinas e os processos de Educação Permanente com os próprios profissionais do NADeQ.

Assim, mesmo se tratando de um núcleo assistencial criado dentro de um hospital psiquiátrico, o mesmo se propunha a cumprir o duplo papel atribuído aos CAPS, de assistência e matriciamento. Nesta época (início dos anos 2000), Campinas contava com apenas um CAPS AD (do tipo II, chamado Reviver), formado a partir de um centro de referência para a atenção ao uso nocivo de SPA que havia sido fundado antes do início do processo de Reforma Psiquiátrica.

Em 2007, foi inaugurado o CAPS AD Independência (também um CAPS II), com uma equipe formada por parte dos profissionais que atuavam no NADeQ. No mesmo ano, o ambulatório do NADeQ foi extinto, houve uma redução no número de leitos de internação (de 25 para dez), e um aumento de leitos-noite (de cinco para dez). Até 2011, o CAPS AD Independência foi o serviço de referência no tratamento de casos graves de sofrimento psíquico associado ao uso nocivo de SPA para os Distritos de Saúde Sul e

³A história da saúde pública em Campinas é tributária, em grande medida, da íntima articulação entre a construção do SUS (nos níveis municipal, regional e nacional) e a produção de conhecimento junto ao Departamento de Saúde Coletiva da Unicamp. Esta cultura de construção simultânea de redes de cuidado em saúde e de conhecimentos, ou seja, esta *práxis* vem se constituindo em uma estratégia potente de formação e de resistência ao processo de apropriação do SUS (não apenas em Campinas) pelo projeto neoliberal.

⁴Segundo o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental, “o matriciamento deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população” (5) (pp. 14-5). O processo como um todo visa ampliar o campo de atuação de equipes interdisciplinares e qualificar suas ações de saúde individual e coletiva.

Sudoeste de Campinas (somando aproximadamente 500 mil habitantes). Com a inauguração de um terceiro CAPS AD no município (chamado Antonio Orlando), em dezembro de 2011, o CAPS AD Independência manteve-se como referência apenas para o Distrito de Saúde Sul (aproximadamente 286.000 habitantes). No ano seguinte, o NADeQ se fundiu aos dois Núcleos de Atenção à Crise do SSCF, formando-se um serviço assistencial hospitalar único, denominado Núcleo de Retaguarda, cuja oferta para usuários de álcool e drogas é de dez leitos de internação e de dez leitos-noite.

O CAPS AD Independência segue as diretrizes da Portaria do Ministério da Saúde que regulamentou este tipo de serviço (6). Os dois eixos da organização do processo de trabalho já iniciada no NADeQ foram mantidos, sendo agora desenvolvidos a partir de uma inserção mais favorável da equipe interdisciplinar no território. Dentre as atividades realizadas no território, podem ser citadas as ações de redução de danos externas ao CAPS, as visitas domiciliares, o matriciamento (que inclui a participação em fóruns que tratam das questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas) e a articulação da rede de cuidados junto a outros serviços de saúde (Centros de Saúde, Prontos Socorros, Hospitais, Centros de Convivência, outros CAPS) e à rede intersetorial.

No CAPS AD Independência, ocorrem atividades como acolhimento, atendimentos individuais e em grupos, oficinas terapêuticas e atenção à família, além de reuniões semanais de equipe. Em outubro de 2012, foi inaugurada uma Unidade de Acolhimento com dez vagas, localizada na mesma rua do CAPS e sob gestão do mesmo. Trata-se de um novo equipamento na rede de atenção psicossocial, criado no contexto do Plano de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, que tem como objetivo “oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo” (7). A inserção de usuários na Unidade de Acolhimento deve se dar a partir de seus projetos terapêuticos singulares e a permanência na mesma é limitada a seis meses (uma vez que este dispositivo se enquadra no componente de atenção residencial de caráter transitório da rede de atenção psicossocial).

Em todo esse processo de construção, foram (e são) inúmeras as dificuldades, dúvidas, tensões e desafios, que podem ser situados em dois planos. O primeiro, mais geral,

está relacionado à contradição fundamental representada pela tentativa de construção de uma política social de caráter público e universal, pautada pela integralidade, em um momento histórico de avanço do projeto neoliberal no Brasil. Esta tensão é potencializada pela particularidade de a política social em questão visar o cuidado e a garantia de direitos a uma população considerada descartável, um verdadeiro estorvo para a ordem social estabelecida.

Os esforços para a articulação de uma rede intersetorial capaz de oferecer atenção integral a usuários de álcool e outras drogas esbarram em políticas que oscilam entre o paternalismo (bastante presente na Assistência Social e na própria Saúde) e a repressão/violência, características das políticas de Segurança Pública. As duas vertentes não se excluem mutuamente, muito pelo contrário, encontram-se articuladas nas políticas governamentais, nos três níveis de gestão. O exemplo mais emblemático desta articulação em Campinas foi o programa Tolerância Zero, apresentado pelo Correio Popular (um dos jornais de grande circulação no município) como:

(...) uma espécie de força-tarefa municipal realizada em parceria com as polícias Civil e Militar, [que] visa combater o descumprimento da ordem social atuando em diversas frentes, como na fiscalização de estabelecimentos, abuso do solo público, perturbação do sossego público e a segurança aos cidadãos. (8)

O programa Tolerância Zero englobava a famigerada operação “Bom Dia, Morador de Rua”, cuja oitava edição foi descrita da seguinte forma em notícia divulgada no site da Prefeitura:

Nesta primeira edição de 2010, 92 pessoas foram abordadas e encaminhadas para a base de atendimento, sendo 15 mulheres e 77 homens, conforme balanço fornecido pela secretária de Cidadania, Assistência e Inclusão Social, Darci Silva. Do total, 54 são novos atendimentos e 38 são reincidentes. (...) Segundo o balanço da operação, 72 pessoas atendidas têm algum tipo de dependência química. Os demais atendidos são dependentes químicos com transtorno mental (5); dependentes químicos com deficiência física (3); demandas sociais (10); deficiente mental sem dependência química (1) e sem informação (1). (9)

Em relação ao cenário político da saúde mental em Campinas, podemos dizer que durante 20 anos, aproximadamente, o SSCF, quando não pôde estabelecer parcerias frutíferas com a gestão municipal (como a ocorrida no início dos anos 2000), ao menos gozou de relativa autonomia na execução das ações de saúde mental. Nos últimos anos, no entanto, e particularmente no governo atual (2012 – 2016), o modelo de gestão e assistência em saúde mental passou a ser disputado. Há um processo de “enxugamento” e mesmo de desmonte de serviços e dos espaços de troca e construção das redes de cuidado, operado através da restrição do repasse de verbas ao SSCF e do estabelecimento de novas diretrizes e formas de controle da produtividade.

O fato de o convênio estabelecido entre esta instituição e a Prefeitura Municipal de Campinas precisar ser renovado anualmente gera uma situação de instabilidade, vivida de forma intensa na atualidade. Com o aumento da rotatividade dos trabalhadores e dos gestores de uma instituição historicamente comprometida com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, a política e a clínica até então desenvolvidas tendem a perder sustentabilidade, facilitando o processo de reversão do modelo.

Neste contexto, as políticas voltadas para o uso nocivo de álcool e outras drogas tornam-se mais suscetíveis à apropriação pela agenda neoliberal, não apenas por serem, por assim dizer, “a bola da vez”, mas também em função da fragilidade decorrente de sua formulação relativamente tardia no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas foi lançada com atraso de uma década em relação às políticas para o cuidado de portadores de transtornos mentais gerais graves. Assim, a criação de tecnologias específicas para o cuidado de pessoas que fazem uso nocivo de SPA que estejam referenciadas nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica é muito recente, podendo ser considerada ainda de caráter experimental:

As experiências de cuidado que estão sendo criadas nos dispositivos psicossociais ainda guardam um forte componente experimental e estão dentro de um campo em fase de estruturação, com a ampliação dos dispositivos psicossociais e a definição de novas diretrizes para essa área. (10) (p. 39)

Os fazeres seguiram o caminho de uma empiria, informados, oscilantemente, pelas três fontes disponíveis no campo: a clínica ampliada gerada pelos experimentos antimanicomial, mas pouco específicas para o

tema do uso de álcool e drogas; a clínica do desejo, de origem lacaniana, muitas vezes em uma versão aligeirada e pouco profunda; e o antigo e poderoso ‘paradigma da abstinência’, sempre revisitado como uma espécie de fundo de base retroalimentado pelas fontes da desqualificação moral que impregnam a cultura. (10) (p. 57)

De fato, a abordagem do uso nocivo de SPA constitui um enorme desafio, por remeter simultaneamente a problemáticas estruturais e culturais na constituição da subjetividade contemporânea. A apresentação da “questão das drogas” na sociedade brasileira atual pode ser considerada uma das expressões mais eloquentes da articulação perversa entre desigualdade social e consumismo.

Na sociedade de consumo, a busca do prazer é mediada pelo imperativo de gozo constante. As substâncias psicoativas podem ser consideradas o protótipo do objeto capaz de satisfazer esta necessidade, pois seus efeitos se produzem em um simples trago (de bebida, de fumaça, de comprimidos), *aparentemente* prescindindo da relação com o outro ou da mediação com quaisquer elementos do universo simbólico/cultural. Há uma espécie de “curto-circuito” do desejo nesta forma de prazer que, idealmente, poderia se repetir indefinidamente e independentemente da situação. Assim, a escassez de fontes de prazer e satisfação (ou sua captura pelo consumismo), associada a relações sociais marcadas pela violência, exploração e opressão, formam um contexto favorável ao desenvolvimento do uso compulsivo de SPA.

As toxicomanias, com ou sem drogas (dependência ao sexo, compras, jogo, amor, entre outras), são figuras do nosso tempo, expressão de uma saída pela fascinação em relação aos objetos de consumo. A droga, para o toxicômano, é o encontro, a escolha de um objeto ‘adequado’ que teria a facilidade de estar ao alcance da mão, ou seja, também pode ser compreendida como um atalho para a felicidade. É uma espécie de metáfora de todos os objetos (...). (11) (p. 98)

No mesmo artigo, que trata de consumismo, uso de drogas e criminalidade, os autores concluem: “Em um país que tem uma das piores distribuições de renda do mundo, o impacto dos ideais identitários calcados no consumo é avassalador” (p. 104).

2. A co-responsabilização como estratégia de cuidado: impasses, desafios e possibilidades no contexto atual

Diante das condições objetivas e subjetivas (individuais e sociais) expostas acima e que serão aprofundadas nos capítulos a seguir, impõe-se a questão sobre como abordar o uso nocivo de SPA. No serviço que foi campo desta pesquisa, o Projeto Terapêutico Singular tem um papel estruturante da clínica. O mesmo se constitui em dispositivo central na construção de estratégias de cuidado junto a cada usuário e à sua rede social, a partir de seus desejos e necessidades. Os objetivos desta clínica são o enriquecimento da existência global dos sujeitos em sofrimento, a promoção de sua autonomia e a co-responsabilização pelo cuidado (entre a rede de atenção psicossocial, o próprio usuário e sua rede de sociabilidade e apoio).

A questão da *co-responsabilização*, pensada a partir da experiência de trabalho no CAPS AD Independência, merece uma discussão mais aprofundada. Elemento central na clínica de álcool e drogas, o conceito de co-responsabilidade, tal como foi elaborado pelos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, remete às noções de autonomia, vínculo, territorialidade, compartilhamento, garantia de direitos e construção de redes. Operar com este conceito no cotidiano de um serviço como o CAPS AD Independência, que acolhe diariamente sujeitos que se encontram em uma situação de extrema vulnerabilidade⁵, constitui talvez um dos maiores desafios desta clínica.

As ideologias que pairam em torno da “questão das drogas” criam um imaginário social no qual os usuários, dependendo da posição que ocupam na sociedade e da instância julgadora, são representados como culpados (imorais, perigosos, perversos) ou vítimas (doentes, incapazes, fracos). Em ambas as representações, há um apagamento do sujeito, de sua história, de seus desejos e de suas escolhas.

Este reducionismo também se manifesta na atribuição quase imediata do sofrimento psíquico e de condições de vida precárias ao uso nocivo de SPA - muitas vezes

⁵Segundo Ayres (12), a vulnerabilidade deve ser compreendida “a partir de totalidades conformadas por sínteses pragmaticamente construídas com base em três dimensões analíticas: aspectos individualizáveis (biológicos, comportamentais, afetivos), que implicam exposição e suscetibilidade ao agravo em questão; características próprias a contextos e relações socialmente configurados, que sobredeterminam aqueles aspectos e, particularizado a partir destes últimos, o modo e o sentido em que as tecnologias já operantes nestes contextos (políticas, programas, serviços, ações) interferem sobre a situação – chamadas, respectivamente, de dimensão individual, social e programática” (pp. 16-7). O autor chama a atenção para a relevância de se remeter a análise de cada dimensão às outras duas, pois a realidade é una.

inclusive pelo próprio usuário, por pessoas de sua rede social e por trabalhadores dos serviços assistenciais -, tomando-se a interrupção do uso como solução óbvia. No entanto, as trajetórias de vida evidenciam uma relação dialética entre o uso nocivo de SPA e a vulnerabilidade, e não uma relação de causalidade ou determinação pura e simples.

Diante da desqualificação moral e das consequências concretas de determinadas formas de uso, a obtenção de prazer e o alívio do sofrimento buscados nas substâncias psicoativas se revertem em agravamento das situações geradoras de sofrimento e insegurança. Dentre estas situações, destacam-se os conflitos familiares, a inserção precária no mercado de trabalho, a pobreza, a exposição a diversos tipos de violência e de agravos à saúde física e mental. Estas condições, por sua vez, são apontadas pelos sujeitos como motivadoras da continuidade/intensificação do uso nocivo de SPA, tornando-os ainda mais vulneráveis, em uma espiral descendente que leva ao que muitos chamam de “fundo do poço”.

Nos Grupos de Acolhimento, um dos temas mais frequentes são as perdas sofridas em várias dimensões da vida - perdas materiais/financeiras, de laços afetivos e sociais, da saúde física e mental. O esgotamento dos recursos subjetivos, a fragilidade das redes sociais informais e a precariedade dos serviços públicos compõem um cenário que dificulta enormemente a construção de processos de co-responsabilização pelo cuidado destes sujeitos. Resta em muitos momentos um sentimento de impotência diante da imposição brutal, no plano concreto, “da ideia liberal de que o ‘bem-estar social’ pertence ao foro dos indivíduos, famílias e comunidades” (13) (p. 3).

A retração do Estado, no que se refere às políticas de seguridade social e à garantia de direitos, tem contribuído para as novas configurações da “questão social” no Brasil, principalmente desde os anos 1990⁶. A intensificação da exploração e expropriação das classes trabalhadoras e a marginalização de amplos contingentes humanos, agravadas

⁶Ao lado da crítica à desresponsabilização do Estado pela garantia dos direitos humanos fundamentais, é importante não perder de vista a crítica à perda da autonomia dos sujeitos e comunidades sobre a produção de saberes e cuidados em relação à saúde individual e coletiva. Tal perda é consequente ao intenso processo de medicalização vivido nas sociedades ocidentais modernas desde o início do século XX (que será abordado no Capítulo I). A despotencialização dos agentes sociais através da expropriação de seu tempo, de seus saberes e práticas foi discutida por autores como Georges Canguilhem, Ivan Illich, Michel Foucault e, no Brasil, Eymard Mourão Vasconcelos.

pela ausência ou precariedade de instituições públicas que promovam a proteção social, colocaram as camadas populares em uma situação de extrema instabilidade e vulnerabilidade social.

Segundo o sociólogo polonês [Zygmunt Bauman], a velocidade da economia globalizada integra partes do mundo, mas simultaneamente gera contingentes populacionais imprestáveis à lógica do capitalismo porque são, a um só tempo, consumidores imperfeitos (sem capacidade de compra dos bens comercializados) e figuras perigosas (porque pobres, imigrantes, desocupados, marginais). (14) (p. 100)

A periculosidade associada às famílias pobres e ao seu território de vida - representação social em cuja elaboração a questão das drogas desempenha um papel central - legitima o processo de criminalização da pobreza a que temos assistido. Este ambiente cultural de “banalização do humano” (15) (p. 125) é engendrado por condições de produção e reprodução da vida nas quais inúmeros sujeitos são considerados descartáveis.

Neste contexto, a construção de estratégias de sobrevivência pelas camadas empobrecidas passa principalmente pela família, que assume o papel de agente privado de proteção social - seja diretamente ou através dos programas e políticas sociais focalizados, que a tomam como instância privilegiada de intervenção (numa reedição neoliberal da antiga questão da responsabilização da família⁷ pelo bem-estar social). Em se tratando de prestação de cuidados e de garantia do bem-estar físico e emocional, dada a divisão sexual do trabalho que estrutura nossa sociedade (que será discutida no Capítulo II), “família” efetivamente significa “mulheres”. Assim, a privatização do cuidado e da proteção social se realiza fundamentalmente através do trabalho invisível e não pago⁸ realizado pelas mulheres (16).

⁷A multiplicidade de configurações assumidas pela família na atualidade não impede que a mesma seja convocada a assumir seu papel de proteção social.

⁸Em sua vertente mercantilizada, a privatização do cuidado ocorre sob a forma de contratação de serviços pelas classes mais abastadas, situação na qual este trabalho adquire o *status* de profissão. Estes serviços são prestados predominantemente por mulheres oriundas das classes trabalhadoras, seja de forma autônoma ou enquanto profissionais contratadas por empresas (ramo econômico ainda incipiente, mas em pleno processo de expansão no Brasil). Para uma discussão mais aprofundada sobre o que vem sendo chamado de *care* na literatura especializada, sugiro os trabalhos de Helena Hirata.

No CAPS AD Independência, se lida cotidianamente com esta nova configuração da questão social. Ela se manifesta mais explicitamente no contato com os familiares, em sua grande maioria mulheres: mães, cônjuges, filhas, irmãs dos usuários - sendo a maior parte destes, por sua vez, constituída por homens. Estas familiares/cuidadoras frequentemente também apresentam sofrimento psíquico intenso, decorrente de todo um complexo de tarefas, responsabilidades e funções acumuladas, que incluem o cuidado demandado (em intensidades variáveis) pelo sujeito atendido no CAPS.

Assim, aquilo que é usualmente considerado pelas equipes de saúde, de assistência social etc. como “resistência da família” à participação no Projeto Terapêutico Singular (ou seja, à co-responsabilização), sob um olhar mais cuidadoso pode se revelar como esgotamento dos recursos emocionais e materiais para lidar com determinada situação. É neste sentido que devem ser compreendidos os insistentes pedidos de internação e de prescrição de medicamentos por parte de familiares, frequentemente já no primeiro atendimento. Por parte dos usuários, este pedido pode ser interpretado como desejo de distanciamento/anestesia em relação a um ambiente sociocultural gerador de sofrimento, em função de situações de violência, opressão e carência nele vivenciados, e/ou como alívio da culpa pelo peso que representam para a família.

Em decorrência de um processo histórico de medicalização do uso de SPA (que será abordado no Capítulo I), a internação hospitalar e o uso de psicofármacos se tornaram os recursos de tratamento mais disponíveis no imaginário social.

3. Questões de gênero na abordagem clínica do uso nocivo de SPA

Nos estudos com esta temática, os sentimentos decorrentes da estigmatização, como a vergonha, a culpa e o temor do julgamento (e de suas consequências concretas, como a perda da guarda dos filhos), são apontados como os principais motivos para o início tardio e a alta taxa de abandono do tratamento entre as mulheres (17). Outras barreiras identificadas pelas autoras são a falta de creche, de ajuda legal e de emprego, além da oposição do companheiro.

Diferentemente dos homens, que, em geral, consomem drogas com seu grupo de pares, as mulheres costumam iniciar e manter o uso em função do companheiro que, em muitos casos, também é drogadicto. Assim, não é raro que esse companheiro, por não pretender abordar sua própria dependência, oponha-se ao tratamento, o que resulta não só em falta de suporte, mas em um temor de rompimento da relação amorosa. (17) (p. 290)

Esta influência de pessoas do sexo masculino sobre o início e a manutenção do consumo de SPA pelas mulheres é considerada relevante na maior parte dos estudos. Os homens são fornecedores principalmente de drogas ilegais, atitude interpretada por Oliveira *et al.* (18) como uma forma de “proteção” das mulheres, ao evitar que se exponham a situações de humilhação e de risco, mas também como uma reafirmação da hegemonia masculina - expressa neste caso pela dominação dos homens nas “biqueiras” e pela dependência de muitas mulheres em relação à aquisição e disponibilização de drogas pelos mesmos. As autoras apontam ainda a tendência das mulheres a constituir uma rede de uso limitada ao parceiro, aos amigos e familiares, como uma conduta de autoproteção contra atos de violência, principalmente abuso sexual, e de discriminação por parte da comunidade e de outros usuários de drogas.

Diversos estudos também encontraram entre as mulheres uma relação significativamente maior entre o desenvolvimento do uso nocivo de SPA e a ocorrência de eventos vitais de grande impacto emocional (como a morte do cônjuge ou uma separação), quando comparada ao grupo masculino. No estudo realizado por Ribeiro (19) sobre o uso abusivo de cocaína, os motivos para iniciação do uso relatados pelas mulheres foram depressão, sentimentos de isolamento social, pressões profissionais e familiares e problemas de saúde, enquanto os homens citaram como motivo os efeitos da intoxicação.

Estas questões apontadas na literatura especializada também aparecem de forma bastante evidente no CAPS AD Independência, embora nunca seja demais lembrar que são apontamentos gerais, que se apresentam de forma singular em cada caso e que evidentemente não se aplicam a todas as usuárias (e usuários).

Dentre as questões levantadas, o *estigma social* merece algumas reflexões já nesta parte introdutória da pesquisa, em função de seus efeitos subjetivos nefastos sobre as mulheres que fazem uso nocivo de SPA, que se revelam intensamente nas narrativas das histórias de vida. As vivências singulares da estigmatização serão abordadas na discussão e

análise das entrevistas; neste momento, apenas trarei alguns elementos para uma reflexão mais geral sobre o tema.

Primeiramente, ao contrário do que se poderia supor a partir de sua representação hegemônica como irresponsáveis, descomprometidas e incapazes, a observação do campo de pesquisa permite afirmar que a maior parte das usuárias do CAPS AD Independência continua realizando trabalho doméstico⁹ e que uma proporção menor exerce algum tipo de trabalho remunerado. No entanto, o cumprimento insatisfatório (segundo as expectativas determinadas pelos valores morais dominantes) dos múltiplos papéis sociais atribuídos às mulheres - de trabalhadora, esposa, mãe, cuidadora etc. - gera sentimentos intensos de culpa, insegurança e menos valia.

De todas as funções nas quais estas mulheres “fracassaram”, aquela que merece maior atenção das instituições públicas é, sem dúvida, a maternidade (confirmando a histórica centralidade do papel reprodutor das mulheres nas políticas públicas). A quase totalidade dos encaminhamentos realizados pelo Conselho Tutelar ao CAPS é de mulheres (os poucos homens encaminhados por esta via o são juntamente com suas parceiras, ou seja, quando o Conselho determina tratamento para ambos). Outro grupo significativo de mulheres que chegam ao CAPS são as gestantes, encaminhadas principalmente pelos Centros de Saúde ou, no caso de estarem em situação de rua, por equipes que realizam atendimentos no território, como o Consultório de Rua e os Redutores de Danos.

A crítica à visão predominante da mulher como reprodutora e cuidadora nas políticas públicas de saúde não pretende negar problemáticas como o uso intenso de determinadas SPA (como o álcool e o crack) durante a gestação ou a violação de direitos de crianças e adolescentes em contextos de extrema vulnerabilidade social. Trata-se de criar estratégias de cuidado e de proteção social que, em primeiro lugar, reconheçam as necessidades destas mulheres em sua integralidade e, em segundo lugar, respeitem seus modos de vida e suas redes informais de apoio. Estas redes, segundo Freitas e Mesquita (16), foram construídas em um longo processo histórico e cultural e incluem ajuda financeira, divisão de responsabilidades e apoio emocional: “(...) no Brasil, há séculos as

⁹ “Definimos o trabalho doméstico como um conjunto de tarefas relacionadas ao cuidado das pessoas e que são executadas no contexto da família – domicílio conjugal e parentela – trabalho gratuito realizado essencialmente por mulheres” (20) (p. 257).

mulheres de classe média e popular, em proporções diferenciadas, criam estratégias, ‘tecidas por trás dos panos’, que variam de contexto e independem do poder do Estado” (p. 16).

As autoras citam pesquisas que estudaram fenômenos como a “maternidade transferida”, as “redes de solidariedade e reciprocidade” e a “circulação de crianças”, exemplos concretos de redes sociais de solidariedade, troca e partilha construídas entre as mulheres. Estas estratégias, nas diversas configurações que assumiram no tempo e no espaço, viabilizaram, além do apoio mútuo (principalmente em situações de separação, morte, adoecimento e dificuldades econômicas), a ocupação da esfera pública pelas mulheres, para o desenvolvimento de atividades como trabalho, estudo e lazer.

Tendo em vista este processo histórico-social, há dois elementos essenciais a serem considerados pelos serviços públicos que compõem a rede de atenção psicossocial: a constituição de “um outro tipo de cidadania (...), que se dá na esfera do informal, fora do alcance do poder público” e a existência de “‘outras normalidades’ que sucedem entre as práticas familiares na sociedade complexa atual” (16) (p. 17).

Sem o reconhecimento desta realidade social, corre-se o risco - ainda que em nome de “boas intenções” - de tentar adaptar os sujeitos às normas sociais hegemônicas¹⁰. Uma clínica que pretenda contribuir para processos de emancipação e de transformação social deve se questionar permanentemente sobre suas práticas e manter-se crítica em relação às teorias nas quais as mesmas se referenciam. O Projeto Terapêutico Singular, por exemplo, dependendo de como for construído, pode se transformar em um poderoso instrumento de normalização.

Com o mesmo olhar solidário e não condenatório que sempre busquei manter na clínica, adentrei o território do CAPS, agora tornado campo de pesquisa. Consciente dos enormes desafios colocados pelo cenário político atual (aos quais a produção de um trabalho acadêmico não escapa), confesso que há neste estudo uma expectativa de que tal olhar possa contribuir para a desconstrução de estigmas (que pesam especialmente sobre as

¹⁰ Há uma vasta produção na Psicologia sobre o papel histórico desta ciência de “enquadrar” os sujeitos nos papéis sociais que lhes cabem na ordem social capitalista, racista e patriarcal. Efetivamente, a maior parte das intervenções psicológicas contribui para que os sujeitos suportem/se sintam mais confortáveis nas posições sociais específicas que ocupam dentro desta ordem. Algumas referências para este debate no Brasil são os trabalhos de Ana Mercês Bahia Bock, Sílvia Lane e Angela Maria Pires Caniato.

mulheres usuárias de SPA) e para a construção de políticas públicas que respeitem a história, os desejos e as estratégias de vida de cada sujeito, em sua singularidade.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Compreender o desenvolvimento do uso nocivo de substâncias psicoativas na trajetória de quatro mulheres, tanto na relação com a totalidade histórico-social na qual esta prática se inscreve quanto nas configurações singulares que a mesma assume na produção da existência cotidiana dos sujeitos da pesquisa, em diferentes momentos de suas vidas.

Objetivos específicos

Analisar a percepção das entrevistadas sobre a articulação de seu uso de SPA com outras experiências, práticas e relações sociais que as constituem como sujeitos.

Apresentar a história de vida e o cotidiano de mulheres que fazem uso nocivo de SPA, contribuindo para a desconstrução de representações sociais mistificadoras, homogeneizantes e estigmatizantes.

Evidenciar a importância de se considerar as vulnerabilidades relacionadas à violência de gênero nas estratégias de promoção à saúde e de prevenção e tratamento do uso nocivo de SPA.

CAPÍTULO I

DANDO NOMES AOS BOIS: OS MORTOS E FERIDOS NA “GUERRA ÀS DROGAS”

1. O Paradigma Proibicionista

Olhar para a “questão das drogas” (21) (p. 107) no Brasil neste início do século XXI, buscando compreender sua dinâmica psicossocial para além das verdades construídas na complexa intersecção de discursos políticos, científicos e midiáticos, constitui, sem dúvida, um grande desafio. Ainda que o paradigma dominante adotado para lidar com o consumo de SPA nas sociedades modernas produza imensos e injustificáveis danos, ousar colocá-lo em questão significa correr o risco de ser julgado por estar “compactuando com o uso” (22) (p.1). O peso moral que paira sobre esta questão gera mitos, preconceitos e reducionismos que dificultam enormemente a concepção e a construção de abordagens alternativas, capazes de reduzir os danos relacionados aos psicoativos - danos estes causados em grande parte pelo próprio tratamento que lhes vem sendo dispensado há pouco mais de cem anos.

As drogas emergiram como questão a ser tratada publicamente na virada do século XIX para o século XX, ou seja, trata-se de uma problemática recente se considerarmos que ao longo de toda a História a humanidade fez uso de substâncias psicoativas, com diversas finalidades (23). As alterações do humor, da percepção, do pensamento e do comportamento provocadas pela interação SPA-sujeito-contexto social são buscadas para fins recreativos, místico-religiosos e medicinais. Segundo MacRae (22):

Uma das razões pelas quais durante a maior parte da história o uso de drogas não apresentasse maiores ameaças à sociedade constituída é que ele geralmente se dava no bojo de rituais coletivos ou orientado por objetivos que a sociedade reconhecia como expressão de seus próprios valores. (p. 1)

Este quadro começou a mudar a partir do século XVI, quando, com as Grandes Navegações, os europeus entraram em contato com uma diversidade de produtos, entre eles

as SPA. O caráter de resistência cultural ao processo de colonização assumido por algumas destas substâncias fez com que inicialmente seu uso pelos povos nativos fosse violentamente reprimido pelos colonizadores, como foi o caso do ópio na Ásia e da folha de coca na América Latina (23). No entanto, as metrópoles não tardaram a perceber que alguma tolerância em relação ao uso destas SPA era estratégica para a dominação dos povos colonizados e que, além disso, o comércio das mesmas poderia ser bastante lucrativo. Assim, diversas SPA originárias das colônias foram progressivamente introduzidas nas sociedades europeias.

Com o desenvolvimento e a expansão global do capitalismo, paulatinamente as SPA se converteram em mercadorias, o que alterou todo o seu processo de produção, distribuição e consumo. Silva (24) considera como marco histórico deste processo de mercantilização as Guerras do Ópio (1839 e 1865). Em nome do “livre comércio”, a Inglaterra declarou guerra à China, e com isso garantiu o monopólio internacional sobre a distribuição de ópio, consolidou seu domínio no Extremo Oriente e inaugurou a prática do comércio de substâncias psicoativas em larga escala.

A partir de então, houve a popularização do consumo desses produtos no contexto sociocultural de cada nação - desprovido de qualquer “lastro cultural” que funcionasse como mecanismo de controle informal do consumo -, o que acarretou uma série de desdobramentos e impactos sociais, tais como relatos de overdoses, complicações crônicas à saúde e o desmantelamento de hábitos sociais locais tradicionalmente instituídos.
(24)

Ainda no século XIX, com o avanço do conhecimento científico, substâncias como a heroína e a cocaína foram isoladas quimicamente, permitindo sua produção em laboratório, em concentrações muito superiores às encontradas nas plantas cultivadas ao longo de séculos e milênios em seus territórios de origem. Além das SPA já conhecidas e consumidas, inúmeras novas substâncias passaram a ser sintetizadas em laboratório, abrindo um mercado muito promissor. O interesse econômico em torno das SPA evidencia-se no crescimento vertiginoso dos valores movimentados em seu comércio ao longo do

século XX, tanto pelo tráfico internacional de drogas¹¹ quanto na produção e venda legal de medicamentos psicotrópicos pela indústria farmacêutica¹². Se o primeiro se beneficia de taxas de lucro que somente podem ser obtidas na condição de ilegalidade, a última conquistou o monopólio da produção e do comércio de grande parte das drogas legais (em um processo contínuo de desenvolvimento de novos produtos, legitimado pela ciência).

Certamente, a motivação econômica foi fundamental para o desenvolvimento do paradigma proibicionista no início do século XX e para o interesse em sua manutenção até os dias atuais, a despeito de seus efeitos desastrosos (principalmente sobre as classes sociais mais desfavorecidas). No entanto, os ganhos econômicos diretos por si só não explicam a opção por este modelo; eles não explicam, por exemplo, o critério de classificação das SPA em lícitas e ilícitas, critério que obviamente também não se justifica pelos efeitos supostamente mais danosos das últimas, como quer fazer crer o discurso oficial. Tal argumentação não resiste aos dados mais elementares de saúde pública (nacionais e internacionais), nos quais o álcool aparece em primeiro lugar como causa de morbimortalidade pelo uso de SPA, seguido pelo tabaco (27).

Assim, o proibicionismo deve cumprir com outro objetivo estratégico além da reprodução do capital, conforme apontado na seguinte formulação de Karam (28):

O proibicionismo, em uma primeira aproximação, pode ser entendido como um posicionamento ideológico de fundo moral, que se traduz em ações políticas voltadas para a regulação de fenômenos, comportamentos ou produtos vistos como negativos, através de proibições estabelecidas notadamente com a intervenção do sistema penal (...), sem deixar espaço para as escolhas individuais, para o âmbito de liberdade de cada um, ainda quando os comportamentos regulados não impliquem em um dano ou em um perigo concreto de dano para terceiros. (p. 181)

A contextualização histórica da questão das drogas no Brasil, realizada na segunda parte deste Capítulo, deve evidenciar o seu papel no exercício do *controle social* necessário ao estabelecimento de uma ordem social geradora das mais diversas formas de

¹¹ Lucro estimado pela ONU em U\$ 320 bilhões ao ano, sendo assim considerada a atividade econômica ilegal mais lucrativa (25).

¹² Lucro de U\$ 724 bilhões em 2008, segundo dados da IMS Health apresentados pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, Administrativas e Contábeis de Minas Gerais (IPEAD/FACE/UFGM) (26).

violência, injustiça e opressão. Segundo Karam (29), a tolerância ou a repressão ao uso de determinadas SPA em uma sociedade estão relacionadas à inscrição deste uso em rituais coletivos que expressam valores sociais dominantes ou, pelo contrário, a circunstâncias de uso que constituem uma ameaça à ordem social estabelecida. Nesta perspectiva,

(...) o “crackeiro” seria apenas o sucessor, na linha evolutiva das substâncias vitimadoras, do “cachaceiro” e do “maconheiro”, que lhe antecederam nessa história de violência e dominação, na qual a miséria econômica, associada à marca de raça e de classe, antecipa o risco do desenvolvimento da miséria moral, condição de uma desqualificação plena daqueles indivíduos que não foram “fortes o bastante”, “resilientes” e “sucumbiram ao mal”. (10) (p. 23)

A individualização da problemática do uso nocivo de SPA cumpre o papel ideológico de velar as relações sociais historicamente constituídas que produzem este fenômeno. De fato, o proibicionismo, em função de seus efeitos psicossociais e sobre questões relacionadas às próprias SPA tornadas ilícitas (como sua qualidade e o acesso às mesmas), é um dos fatores centrais na geração dos danos que, segundo seus objetivos explícitos, pretende combater. Diante do evidente fracasso desta política em alcançar os objetivos declarados por seus defensores e executores, não deixa de ser intrigante compreender como conquistou tamanha legitimidade social.

De forma sintética, é possível dizer que os discursos e as práticas sociais que sustentam o paradigma proibicionista estão organizados em torno de dois eixos: a medicalização e a criminalização, ambos associados a questões morais profundamente arraigadas nas sociedades que o adotaram. Os elementos centrais que compõem cada um destes eixos serão apresentados a seguir, em caráter introdutório. Esta divisão serve apenas a fins analíticos, uma vez que a medicalização e a criminalização estão intimamente articuladas, como deve ficar claro na segunda parte deste capítulo, que trata das particularidades históricas das políticas de álcool e drogas na sociedade brasileira.

1.1 Medicalização

A medicina conseguiu se legitimar como ciência através de um processo longo e complexo, no qual buscou desenvolver seus saberes segundo os parâmetros do

pensamento científico que se tornou hegemônico nas sociedades ocidentais modernas. Este pensamento, inaugurado com o Iluminismo, tem como base filosófica o positivismo, caracterizado pela crença no conhecimento científico como o único verdadeiro, capaz de descobrir as leis que regem os fenômenos naturais e sociais. Estas leis poderiam ser determinadas pela observação dos fenômenos e das relações constantes entre os mesmos; assim, só poderiam ser objetos científicos aqueles passíveis de observação e experimentação (30). O método empírico seria o único válido para a ciência, concebida como neutra e objetiva, questionadora apenas do “como” (e não dos “por quês”) e promotora do progresso da humanidade.

A aplicação rigorosa destes princípios ao desenvolvimento dos métodos, teorias e práticas da medicina ao longo do século XIX, além de lhe garantir legitimidade científica, tornou-a um instrumento de grande interesse para a consolidação da sociedade capitalista (31). Os saberes médicos assim concebidos são particularmente estratégicos para o disciplinamento e controle (individual e social), por permitirem uma intervenção direta sobre os corpos e sobre a organização da vida cotidiana. A história da Medicina Social e da Clínica Médica é repleta de exemplos de instrumentalização de seus saberes (que foram deslocando e deslegitimando outros) para o controle dos processos vitais humanos.

Ao longo do século XX, a normatividade médica estendeu-se progressivamente para toda a vida social, definindo os limites entre o normal e o patológico, classificando e hierarquizando os seres humanos em todas as práticas que o constituem (trabalho, reprodução/sexualidade, higiene, alimentação, educação). O desenvolvimento de tecnologias para intervir sobre os aspectos considerados patológicos, desviantes ou indesejáveis permitiu a expansão de um setor econômico altamente lucrativo, atualmente denominado complexo industrial da saúde.

Interessa, para o objeto deste estudo, deter-se na medicalização do sofrimento psíquico e, particularmente, do uso de SPA. Nas últimas décadas, houve uma impressionante proliferação de entidades nosológicas psiquiátricas, acompanhadas/precedidas da invenção de medicamentos psicotrópicos capazes de curá-las ou ao menos de controlar os sintomas a elas associados. Especificamente em relação ao uso de SPA, cristalizou-se a noção da dependência química como doença, estabeleceu-se a

abstinência como meta do tratamento e definiu-se como papel das ciências da saúde nesta área a busca do controle sobre a adicção.

As intervenções terapêuticas frequentemente são definidas com pouca ou nenhuma participação dos sujeitos que fazem uso nocivo de SPA. Neste tipo de abordagem, infelizmente ainda hoje hegemônica no campo da saúde, os sujeitos são destituídos de seus direitos e responsabilidades, reduzidos à condição de dependentes químicos e culpabilizados pela sua situação. Quando aspectos socioculturais ou elementos da trajetória de vida são considerados, em geral o são em uma perspectiva determinista e estigmatizante, incapaz de apreender a complexidade psicossocial da questão das drogas.

A visão crítica do modo de produção e reprodução da vida nas sociedades capitalistas e de seu impacto sobre a constituição da subjetividade, sobre as condições de existência e sobre os próprios controles sociais informais do uso de SPA foi fundamental para a formulação de abordagens alternativas desta problemática. A Redução de Danos pode ser considerada a experiência mais difundida neste sentido, tendo sido incorporada enquanto política pública em alguns países (inclusive no Brasil, ainda que de forma marginalizada). Seus fundamentos teóricos e sua proposta de abordagem serão apresentados no final deste capítulo.

Antes de passar à discussão do segundo eixo estruturante do paradigma proibicionista - a criminalização -, é importante esclarecer dois pontos, para evitar interpretações equivocadas a respeito da crítica à medicalização. Primeiramente, as concepções e práticas em relação ao uso de SPA discutidas acima não são as únicas presentes nas instituições médicas e entre os profissionais desta categoria; em segundo lugar, a crítica não se dirige especificamente aos mesmos. Na formulação de Fiore (32):

(...) uma sociedade medicalizada, na falta de um outro termo melhor, não é necessariamente aquela em que os médicos e suas prescrições impõem seu poder, na condição de sujeitos, sobre cidadãos leigos sujeitados; trata-se de uma sociabilidade em que os dilemas colocados pelos saberes médicos são compartilhados enquanto valores fundamentais e perseguidos continuamente. Buscar a vida saudável, afastar a morte, aliviar o sofrimento, identificar as patologias e alcançar a normalidade: dilemas que, sem dúvida, balizam a sociedade contemporânea, berço e produto da medicina enquanto conhecimento científico legitimado. (p. 143)

1.2 Criminalização

Embora tenham existido leis pontuais referentes à produção, distribuição e consumo de SPA precedentes, sua proibição sistemática, organizada e internacionalmente articulada data do início do século XX. Os EUA foram os principais impulsionadores das legislações internacionais e da criação de leis nacionais de cunho proibicionista. As motivações para a criminalização das substâncias a partir de então denominadas *drogas* são múltiplas e complexas:

(...) não se “explica” o empreendimento proibicionista por uma única motivação histórica. Sua realização se deu numa conjunção de fatores, que incluem a radicalização política do puritanismo norte-americano, o interesse da nascente indústria médico-farmacêutica pela monopolização da produção de drogas, os novos conflitos geopolíticos do século XX e o clamor das elites assustadas com a desordem urbana. (33) (p. 9)

A Convenção Internacional sobre o Ópio foi o primeiro tratado internacional de controle de drogas, assinado em Haia, em 1912, e sendo posteriormente adotado pela Liga das Nações. O texto desta convenção, da qual o Brasil também foi signatário, dizia, em seu Artigo 20: “Os Poderes contratantes devem examinar a possibilidade de editar leis ou regulamentos tornando um ilícito penal a posse ilegal de ópio natural, ópio refinado, morfina, cocaína e seus respectivos sais, a não ser que já existentes leis ou regulamentos na matéria” (28) (p. 204).

A Convenção de Genebra de 1931 complementou as anteriores Convenções Internacionais sobre o Ópio (a já referida de 1912 e a de 1925), restringindo a produção, a distribuição e o consumo das substâncias e matérias-primas tornadas ilícitas a fins exclusivamente médicos e científicos, o que demonstra a estreita relação entre criminalização e medicalização.

A partir dos anos 1960, o discurso e as práticas repressivas em relação às drogas assumem um caráter belicista. Em 1961, a Convenção Única sobre Entorpecentes da ONU - defendida, patrocinada e sediada pelos EUA - implantou globalmente o paradigma proibicionista no seu formato atual (33). Silva (24) assim resume seu conteúdo:

A Convenção estabelece as medidas de controle e fiscalização, disciplina o procedimento para a inclusão de novas substâncias que devam ser controladas e fixa a competência das Nações Unidas em matéria de fiscalização internacional de entorpecentes. Aponta ainda as medidas que devem ser adotadas no plano nacional para a efetiva ação contra o tráfico ilícito, prestando-se aos Estados assistência recíproca em luta coordenada, providenciando que a cooperação internacional entre os serviços se faça de maneira rápida. Trouxe disposições penais, recomendando que todas as formas dolosas de tráfico, produção, posse etc. de entorpecentes em desacordo com a mesma fossem punidas adequadamente e recomendou tratamento médico aos toxicômanos e que fossem criadas facilidades à sua reabilitação.

Esta Convenção, ratificada por cerca de cem países, lançou as bases legais da política internacional de “guerra às drogas”¹³, vigente até os dias atuais. A adoção do modelo bélico para o tratamento de determinadas SPA pode ser explicada por dois fatores principais. Em primeiro lugar, estamos falando do período da “Guerra Fria”, no qual a militarização das relações internacionais e internas a cada Estado era interessante para justificar e manter os gastos bilionários com armamentos por parte dos dois blocos antagônicos, liderados pelos EUA e pela União Soviética. Em segundo lugar, a década de 1960, no mundo ocidental, é a década dos chamados movimentos de contracultura, da ascensão da luta operária (principalmente na Europa Ocidental, mas também em muitos países periféricos, com conquistas importantes para a classe trabalhadora), dos movimentos pela independência na África e contra as ditaduras na América Latina. A repressão a todos estes movimentos que de alguma forma questionavam o modelo de sociedade vigente também exigia um Estado militarizado. Assim, a “guerra santa contra as drogas” cumpriu um papel fundamental nas relações geopolíticas internacionais e na política interna das nações que a ela aderiram, com a vantagem de não ter restrições nem padrões regulatórios, com os fins justificando os meios (24).

Neste período, surgiram ideologias baseadas na noção maniqueísta de “luta do bem contra o mal”. Em um contexto de aumento no consumo principalmente da maconha e de novas drogas sintéticas (algumas inclusive produzidas pela indústria farmacêutica, como o LSD) entre jovens das classes média e alta, a diferenciação conceitual e de tratamento entre “traficantes” e “toxicômanos” ganhou importância. Assim, o pequeno distribuidor de

¹³ Em um discurso realizado em 1972, o então presidente dos EUA, Richard Nixon, afirmou que as drogas eram o novo inimigo número um do país, declarando “guerra às drogas” (14).

drogas, vindo dos guetos, suposto incitador do consumo, era qualificado como delinquente. Já o consumidor, filho de “boa família”, supostamente corrompido pelos traficantes, era qualificado como doente/dependente, merecendo receber tratamento médico e psicológico. Esta construção ideológica também se reproduziu em escala internacional, com a representação dos países “produtores de drogas” (como Colômbia, Bolívia e China) como países-agressores, e dos EUA e dos países da Europa Ocidental como países-vítimas.

Ainda que sem sustentação, a divisão entre “produtores” e “consumidores” passou a cumprir um relevante papel geopolítico: ao exteriorizar o problema, identificando “fontes” além-fronteiras, o Estado norte-americano pôde apresentar o tema do narcotráfico como uma questão de segurança nacional. (...) O discurso da “guerra às drogas” serviu de base para uma importante reformulação das prioridades geopolíticas estadunidenses em regiões do globo como a América Latina e o sudeste asiático (Brouet, 1991). Tal redimensionamento fez com que o tema do narcotráfico crescesse de importância na agenda diplomático-militar dos EUA ao longo dos anos 1980, na medida em que diminuía a atenção dada ao “perigo comunista”. Houve um período de hibridização das ameaças, nas chamadas narco-guerrilhas – como as Forças Armadas Revolucionárias da Colômbia (FARC) e o Sendero Luminoso peruano –, que a partir dos anos 1990 consolidou-se na forma da associação tráfico-terrorismo, hoje muito importante não apenas na política externa estadunidense, mas também nas de seus aliados e nos debates travados nos foros políticos internacionais. (14) (p. 99)

Vale lembrar que toda guerra é uma guerra contra pessoas e que a imensa maioria de suas vítimas são indivíduos oriundos das classes sociais mais pobres e estigmatizadas. No caso da “guerra às drogas”, o pretense combate ao tráfico se concentra no comércio varejista, ocupado por aqueles que obtêm o menor lucro na cadeia internacional do tráfico. Trata-se de sujeitos considerados descartáveis e perigosos para a ordem social estabelecida, que devem ser controlados ou eliminados.

No Brasil, os efeitos desta guerra são dramáticos e se evidenciam no extermínio e no encarceramento em massa da população jovem, pobre e negra (em sua maioria), conforme os dados que serão apresentados a seguir. Rodrigues (14) usa a expressão “confinamentos ampliados” para se referir ao fato de que o próprio território de vida destes sujeitos, que também é o de atuação do tráfico, é uma prisão (as favelas, os morros, as periferias dos grandes centros urbanos). Para este autor, a guerra às drogas se configura como uma “potente tática de controle social e perseguição seletiva” (p. 102).

Para um olhar mais atento, são inúmeras as evidências dos reais propósitos da cruzada moral e bélica “contra as drogas”. A partir de uma perspectiva de defesa dos direitos humanos, pode-se afirmar que o proibicionismo, além de ser absolutamente ineficaz no que *supostamente* se propõe a realizar, gera imensos riscos e danos, que se distribuem de forma desigual na população. Como bem resumiu MacRae (22):

Com a repetição de ideias falseadas, autoritárias e preconceituosas, tem-se operado uma desqualificação e demonização do usuário e do “traficante” (também tratado de maneira pouco matizada). O reducionismo dessa estereotipação, ao encobrir alguns dos reais problemas estruturais da sociedade, criando um inimigo imaginário que tem sua utilidade na manutenção do *status quo*, acaba por aumentar a marginalização dos usuários, assim como leva à cristalização uma “subcultura da droga” de pouca permeabilidade a agentes de saúde ou a representantes de qualquer tipo de discurso oficial. E, como uma profecia que cumpre a si mesma, isso leva à criação de novas ameaças à ordem e à saúde nessa sociedade. Igualmente, ao dar tanta ênfase ao uso das drogas ilícitas, envolvendo uma minoria da população facilmente estigmatizável, desvia-se a atenção da necessidade de um maior controle da produção e comercialização das drogas lícitas, de uso generalizado, altamente lucrativas e responsáveis pela grande maioria dos problemas relacionados aos psicoativos em geral. (pp. 1-2)

2. A implantação do proibicionismo no Brasil

Conforme apontado acima, a emergência da questão das drogas enquanto problemática merecedora de intervenções por parte do poder público se deu na virada do século XIX para o século XX, tendo já nascido “internacional”. Abordar este contexto histórico no Brasil, ainda que apenas tangencialmente, justifica-se nesta pesquisa pelo fato de o tratamento dispensado à questão das drogas na sociedade brasileira atual ter aí suas raízes.

Trata-se do período de formação do Estado burguês no Brasil, cujos marcos históricos, segundo Saes (34), são a Abolição da Escravidão em 1888 e a Proclamação da República em 1889. Com a “Revolução política burguesa de 1888 - 1891”, teve início o

processo de transição da formação social brasileira para o modo de produção capitalista¹⁴. Isto significa um processo acelerado de urbanização e industrialização, acompanhado de condições miseráveis de trabalho e de existência para a maior parte da população. Assim se produziu o que desde então vem sendo denominado *questão social*, expressão que abarca diversas manifestações de um complexo fenômeno político, econômico e cultural. A questão social foi tratada, durante a Primeira República Brasileira (1889 – 1930), com um amplo espectro de medidas, que abarcam desde a embrionária política de regulamentação do mercado de trabalho até o reforço das ações policiais repressivas, passando, no campo das políticas de saúde, por práticas higienistas, que articulam intervenções de cunho sanitário e social/moral.

É neste contexto que se deve situar a emergente “questão das drogas”. Dentre as diversas SPA consumidas no Brasil neste período, foram o álcool e a maconha os alvos dos discursos médico-científicos e jurídico-criminais que legitimavam a repressão política, a depreciação social e a desqualificação moral de grupos sociais subalternos. Assim, estas duas substâncias têm papel de destaque no engendramento de uma sensibilidade social peculiar, historicamente construída, que modula as percepções e enquadramentos que essa problemática recebe em nossa cultura.

“Álcool”, neste caso, refere-se especificamente à aguardente, subproduto da indústria da cana-de-açúcar, de uso amplamente disseminado entre a população escravizada - “seja como componente calórico agregado à dieta, seja como recompensa, seja como recurso anestésico complementar à obra de dominação exercitada pela violência escravagista” (10) (p. 20). O enquadramento moralista dado à questão do álcool no Brasil remonta à sua associação com uma determinada “pertença sócio-étnico-racial”:

No pós-abolição e no início da república, diante da opção deliberada em não fazer dos negros a mão de obra assalariada - expressa na deliberação política de “importar” mais de quatro milhões de europeus com vistas a constituir a nascente classe operária brasileira -, a condição de abandono social a que foram relegados os ex-escravos e seus descendentes, e todos os agravos que possam ser resultantes disso, marcam a associação entre o uso desregrado do álcool, a droga mais popular do Brasil, e a condição de

¹⁴ “A transição para o capitalismo, iniciada no Brasil com a Revolução política burguesa de 1888 – 1891, não se encerra com a Revolução de Trinta. Tal processo chega a seu termo apenas no fim da década de 1950 (...)” (34) (p. 24).

uma das mais importantes fontes de vergonha social, a saber: a escravidão e seus efeitos continuados nas mais variadas formas de racismo. Desse modo, assistiremos à constituição social de um tipo de alcoolismo, tido e havido como “originário” e “endêmico” aos negros, naturalizado como uma característica étnica (...). (10) (p. 20)

Quanto à maconha, era conhecida tanto dos portugueses quanto das populações de matriz africana, embora utilizada com diferentes finalidades. Os primeiros valorizavam as fibras do cânhamo para a produção de um tecido resistente usado, por exemplo, na confecção das velas para seus navios. Já entre os principais grupos étnicos que compuseram as levas de negros escravizados que chegaram ao Brasil, a maconha era usada como erva sagrada em rituais religiosos, como recurso medicinal e como indutora de relaxamento e do sono. Assim como o álcool, a mesma compôs o cenário da escravidão brasileira e manteve-se presente após a abolição. O uso da maconha foi violentamente reprimido enquanto elemento simbólico associado a diversas manifestações culturais entre os afrodescendentes, consideradas tão perigosas quanto seus praticantes. De fato, diante do bloqueio a qualquer possibilidade de integração ou ascensão social via participação na produção, o início do século XX foi marcado pelas rebeliões urbanas dos afrodescendentes¹⁵, ao lado de outras lutas sociais ameaçadoras ao estabelecimento de uma nova ordem social¹⁶.

Diante da necessidade de conter esta ameaça e de formar uma classe trabalhadora constituída de indivíduos saudáveis e dóceis, o combate ao uso de determinadas SPA (ou a determinadas formas de uso das mesmas, como no caso do álcool) foi uma das estratégias de enfrentamento da luta das classes populares insatisfeitas com suas condições de existência.

A “demonização” das drogas entre nós seria apenas mais uma expressão componente do racismo derivado de uma história das relações raciais marcada por um profundo e secular desprezo étnico em relação aos negros e afrodescendentes. Básica matriz da depreciação social e desqualificação moral, que se estende por nossas “classes populares” quando estas traem o

¹⁵ Entre as lutas sociais ocorridas durante a Primeira República Brasileira com grande participação da população negra destacam-se a Guerra de Canudos (1896 – 1897), a Revolta da Vacina (1904) e a Revolta da Chibata (1910).

¹⁶ Compuseram ainda o cenário político as greves operárias de 1907 e 1917, as organizações anarquistas e comunistas - com a fundação do Partido Comunista Brasileiro em 1922 - e a realização da Semana de Arte Moderna no mesmo ano, para citar apenas os movimentos mais emblemáticos deste período.

figurino das expectativas em relação ao tipo “pobre, porém honesto e limpinho”. Mais que o mero resultado de um “proibicionismo”, (...) seria importante reconhecer, no caso da sociedade brasileira, a existência de um percurso autóctone e anterior, produtor de outra ordem de argumentação depreciativa, que vincula a percepção do usuário de drogas, sobretudo nos seus casos problemáticos, a uma ordem inusitada de depreciação moral da qual urge se diferenciar. (10) (pp. 22-3)

Assim, as políticas proibicionistas que passaram a ser implantadas globalmente no início do século XX encontraram em nosso país um “campo fértil”, do ponto de vista da representação social do uso de SPA. De fato, o paradigma proibicionista contou não apenas com a aprovação das elites nacionais que ocupavam o poder no Brasil, mas também com a participação ativa destas em sua formulação nos fóruns internacionais, conforme será visto a seguir.

2.1 História das políticas de álcool e drogas no Brasil

Olharemos agora mais detalhadamente para os desdobramentos da questão das drogas no Brasil, a partir da compreensão do processo histórico e social através do qual a medicalização e a criminalização se desenvolveram, de forma articulada, nas políticas públicas brasileiras.

No período colonial, praticamente inexistiam ações estatais de saúde, havendo um predomínio das práticas de curandeiros, parteiras e afins. Nas grandes fazendas, algumas ações de saúde coletiva dirigidas à mão-de-obra escrava, como a proteção à maternidade e aos recém-nascidos, a instalação de enfermarias e os cuidados com alimentação, vestuário e higiene foram adotadas. As primeiras instituições hospitalares e asilares do Brasil foram fundadas e mantidas pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, e até o século XIX realizavam práticas caritativas, mais do que assistência médica tal qual a compreendemos hoje. Os portadores de transtornos mentais eram bastante integrados às relações sociais cotidianas, sendo também alvos de ações assistenciais pontuais desenvolvidas principalmente pela Igreja Católica (35).

No período imperial (1822 – 1889), com a vinda da família real e a transferência do poder da metrópole para o Brasil, houve um grande impulso ao desenvolvimento social, científico e econômico e teve início um processo de

institucionalização das ações de saúde. Neste período, foram fundadas as primeiras instituições psiquiátricas, sendo a primeira delas o Hospício Dom Pedro II, inaugurado no Rio de Janeiro, em 1852. A principal referência para a psiquiatria brasileira nesta época era a escola francesa de Philippe Pinel (1745 – 1826), figura-símbolo do processo de apropriação da loucura pela nascente Psiquiatria no final do século XVIII. Pinel propunha o tratamento moral, que tinha no manicômio seu principal instrumento de cura (36). Nas palavras de Esquirol, seu principal discípulo (*apud* Pessotti):

O internamento de um louco deve tender a dar nova direção às suas ideias e aos seus afetos e a impedir qualquer desordem, qualquer distúrbio do qual ele possa ser a causa, e para impedir o mal que ele possa fazer a si mesmo e aos outros, se for deixado em liberdade. Assegurando-lhe novas impressões, livrando-se de seus hábitos e mudando seu modo de vida, chega-se àquilo que se destina o isolamento. (37) (p. 135)

As primeiras instituições psiquiátricas brasileiras, criadas no final do século XIX, se tornaram, ao lado das cadeias públicas e das instituições de caridade, o destino de grande parte da população-alvo das políticas de controle social, composta principalmente por negros recém-libertos do regime de escravidão, alcoolistas, prostitutas, homossexuais, órfãos, portadores de deficiências e de sofrimento mental.

No entanto, o tratamento moral proposto por Pinel entrou em crise já nas primeiras décadas após a sua implantação, tanto pelos resultados insatisfatórios que alcançou, quanto por não corresponder aos princípios de cientificidade que se consolidavam ao longo do século XIX. A Medicina buscava se adequar ao pensamento positivista, então em franco processo de expansão e de conquista de hegemonia. Também a Psiquiatria, procurando ocupar o seu lugar na Medicina, progressivamente adotou a doutrina organicista, o que significava voltar o foco às pesquisas anatomopatológicas, fisiológicas e farmacológicas e correspondia na prática a procedimentos terapêuticos físicos e medicamentosos.

Foi em nome dessa nova verdade que o tratamento manicomial se transformou em um conjunto de intervenções mais ou menos violentas sobre as funções orgânicas. Infligir o sofrimento físico e a violência, para atuar sobre o cérebro doente, passou a ser rotina terapêutica. O manicômio não é mais um “instrumento de cura”. Nem instrumento. Passou a ser, ele

também, um *locus*, apenas um lugar onde o louco está à mão, para submeter-se aos diversos “tratamentos físicos”. É, sem dúvida, um panorama sombrio. (37) (p. 285)

Durante o século XIX, a Psiquiatria passou por um processo de autoquestionamento profundo (inicialmente na Europa e depois no Brasil), tendo grandes dificuldades em formular um novo modelo condizente com o referencial positivista hegemônico. Neste esforço de reformulação das bases do saber psiquiátrico, destacam-se duas teorias desenvolvidas na segunda metade do século XIX e que influenciaram significativamente a Psiquiatria brasileira no início do período republicano: a teoria da degenerescência de Bénédict Morel e a nova classificação nosológica proposta pelo psiquiatra alemão Emil Kraepelin.

Na concepção de degenerescência de Morel, as doenças mentais, os “vícios” e as “taras” se transmitiriam hereditariamente, manifestando-se de forma mais acentuada a cada geração, até a esterilidade e extinção de uma linhagem (38). A hereditariedade não estaria restrita ao plano biológico, mas incluiria dimensões morais e comportamentais. Esta concepção contribuiu para a ampliação do objeto de conhecimento e do campo de intervenção da Psiquiatria, que passariam a incluir, além da “doença mental”, as “degenerescências físicas, intelectuais e morais”. As últimas poderiam ter como causa “intoxicações diversas, moléstias adquiridas ou congênicas ou influências do meio social ou da hereditariedade” (39). Este pensamento forneceu suporte teórico para práticas higienistas no campo da saúde mental, conforme será discutido a seguir.

Kraepelin, por sua vez, se destacou na aplicação da racionalidade médica à Psiquiatria, criando um sistema de classificação baseado na observação e descrição minuciosas dos sintomas e da evolução das doenças. O trabalho que desenvolveu tem como fundamento:

[um] princípio nosológico-clínico, composto pela noção de unidades nosológicas, com uma compreensão longitudinal, diferenciada em grupos, de acordo com a etiologia, a sintomatologia, o curso, a terminação e a anatomopatologia de cada enfermidade. (...) Com a consolidação do conceito de personalidades psicopáticas, Kraepelin insere importante novidade no saber psiquiátrico, que diz respeito à noção de “anormalidade”. (36) (p. 59)

O principal difusor das ideias de Morel e de Kraepelin no Brasil foi o psiquiatra Juliano Moreira (1873 – 1932), que articulou conceitos oriundos de diversas áreas do conhecimento, como a anatomia patológica, a clínica médica e a psicologia experimental, para elaborar uma teoria e uma nosografia das doenças mentais.

Juliano Moreira representa o primeiro esforço de elaboração de um corpo teórico científico no Brasil, ao rejeitar a simples compilação das teorias psiquiátricas francesas. Ele introduziu, no início do século XIX, o modelo teórico e assistencial baseado na psiquiatria alemã, representado pelo eminente psiquiatra Emil Kraepelin. Juliano Moreira ocupou, de 1903 a 1930, o cargo de diretor geral da Assistência a Psicopatas do Distrito Federal. Conseguiu a promulgação de uma lei de reforma da assistência a alienados. Remodelou o antigo Hospício D. Pedro II (retirada das grades, abolição dos coletes e das camisas de força), onde instalou um laboratório. Criou, em 1911, a Colônia de Engenho de Dentro. Instaurou a admissão voluntária de insanos e assistência heterofamiliar. Em 1919, inaugurou o primeiro Manicômio Judiciário do Brasil. (39) (pp. 13-4)

Juliano Moreira foi a figura central no processo de psiquiatrização da sociedade brasileira no início do século XX, ao expandir o campo de ação da Psiquiatria, até então restrito ao hospício, para uma diversidade de instituições asilares e mesmo não asilares, como a escola, a família e as Forças Armadas, sob a justificativa da prevenção da doença mental e das degenerescências. Tal expansão interessava ao Estado brasileiro, pois lhe fornecia um ponto de apoio essencial para o exercício do poder a partir do mandato social conquistado pela medicina, da qual a Psiquiatria havia se tornado parte legítima. Assim, o saber psiquiátrico que se consolidou no Brasil no início do século XX foi, dialeticamente, produto e produtor de uma ordem social que demandava novas formas de controle, tanto no plano ideológico quanto nas suas intervenções concretas sobre os corpos a serem disciplinados.

O processo de medicalização da loucura teve sua principal expressão nas políticas de higiene mental, que orientaram as intervenções estatais no campo da saúde mental da década de 1920 até a de 1940 e consistiam em ações profiláticas, associadas à diversificação das modalidades de assistência psiquiátrica acima descrita. A chamada profilaxia mental tinha a família e a escola como instâncias privilegiadas do projeto de normalização social em curso (40). Esta capacidade socialmente legitimada de penetração nas diversas instâncias das estruturas sociais permitiu à Psiquiatria higienista abranger em

suas ações qualquer indivíduo ou grupo social julgado desajustado ou sob este risco: “Todo indisciplinável, e não só o louco, passa a ser considerado do ponto de vista da doença” (39) (p. 39). A Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), fundada em 1923 pelo psiquiatra Gustavo Riedel, foi a instituição mais expressiva da Psiquiatria higienista.

A LBHM apoiava politicamente o discurso de fortalecimento eugênico da população, mas deixava entrever que o projeto da higiene mental estava também voltado para garantir que os indivíduos pudessem ser tratados pela psiquiatria, a despeito da predisposição à degeneração. A psiquiatria começa a se voltar para os que supostamente seriam normais ou para aqueles cujas manifestações das “taras hereditárias” pudessem ser mitigadas pelo adestramento mental proposto em seu programa. A oferta psiquiátrica passará a conjugar o controle estrito da herança, pela defesa da eugenia, com a educação dos “instintos” na direção da adaptação ao convívio social. Coerente com o projeto de adaptação que se insinuava no interior do discurso da higiene mental, justificava-se o interesse na prevenção da formação não apenas do “degenerado”, mas também do “desajustado”. (40) (pp. 630-1)

Dentre os “vícios”, considerados marcas da degenerescência e do desajustamento social, o uso nocivo de SPA se destacava por sua relevância epidemiológica e social. O Estado brasileiro buscou combatê-lo através de intervenções referenciadas nos princípios da higiene mental e através da violência policial, respaldada pelas leis que passaram a criminalizar a produção, o comércio e o uso de determinadas SPA no início do século XX.

O arcabouço legal direcionado à questão das drogas era composto tanto por convenções internacionais ratificadas pelo governo brasileiro quanto por leis nacionais. O papel pioneiro do Brasil em relação à criminalização da maconha é revelador do significado sociocultural que o uso desta substância alcançou em nosso país. Na Convenção de Genebra, convocada pela recém-formada Liga das Nações em 1925, os representantes do Brasil e do Egito recomendaram a incorporação do cânhamo na lista de substâncias proibidas. Um decreto brasileiro de 1932, que tornava mais severos os efeitos penais e extrapenais da infração à lei, incluiu a maconha na lista de substâncias proibidas - cinco anos antes de o mesmo ocorrer nos EUA (24, 33)¹⁷.

¹⁷ A Câmara Municipal do Rio de Janeiro já havia proibido em 1830 a venda e o uso do “pito de pango”, o cachimbo de barro usado para fumar maconha (24).

Na década de 1930 e no início dos anos 1940, as práticas de higiene mental continuaram hegemônicas nas campanhas preventivas da doença mental e nas intervenções estatais sobre os “desajustados”, apesar das profundas transformações sofridas pela sociedade brasileira neste período. Com o impacto da crise econômica internacional no final dos anos 1920 e a Revolução de 1930, iniciou-se um novo ciclo econômico e político no país, com a aceleração dos processos de urbanização e industrialização, e o conseqüente declínio do poder oligárquico, ainda hegemônico na República Velha. Instalou-se no poder um governo de coalizão, composto por grupos oligárquicos e pela burguesia emergente, presidido por Getúlio Vargas. A era getulista caracterizou-se pelo autoritarismo, sustentado por uma estrutura administrativa corporativa e por medidas populistas. Houve uma reconfiguração do papel do Estado brasileiro, que passou a assumir uma postura intervencionista na economia e nas políticas sociais.

O governo de Getúlio Vargas fortaleceu a política de saúde ancorada na assistência médica previdenciária, destinada a grupos de trabalhadores urbanos mais organizados, através da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) via unificação das antigas CAPs (Caixas de Aposentadorias e Pensões). As IAPs mantiveram a prestação da assistência médica dependente da contribuição dos trabalhadores, confirmando a concepção predominante de que a saúde individual não era da competência da saúde pública (41). Em relação à saúde mental, as mudanças mais significativas foram a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (1941), responsável pela federalização da assistência psiquiátrica, e a presença significativa de organizações privadas filantrópicas.

No plano legal, o Código Penal de 1940 basicamente incorporou um decreto-lei de 1938 que havia consolidado todas as leis e decretos até então editados em relação à produção, ao comércio e ao uso de substâncias como a heroína, a cocaína e a maconha.

(...) com o Decreto-lei 891/38, promulgado na ditadura do Estado Novo, a proibição alcança maior sistematização e alcance. Ali é estabelecida a internação obrigatória de “toxicômanos” e sugestivamente se prevê como circunstância agravante da pena impositiva a produtores, comerciantes e consumidores o fato do agente, com a conduta relacionada às drogas tornadas ilícitas, “sugerir ou procurar satisfação de prazeres sexuais”. (42) (p. 4)

A internação obrigatória poderia ocorrer “quando provada a necessidade de tratamento adequado ao enfermo, ou for conveniente à ordem pública” (art. 29) e poderia ser por tempo indeterminado (24).

Não houve mudanças significativas na legislação brasileira sobre drogas no período compreendido entre o fim do Estado Novo (1945) e o golpe militar de 1964. Já as políticas de saúde sofreram transformações importantes. No período desenvolvimentista (1946 - 1964)¹⁸, o setor saúde foi considerado estratégico para o desenvolvimento econômico, tanto pela sua função fundamental na reprodução da força de trabalho quanto pelo seu potencial mercadológico. Influenciado pelos EUA e sua política de difusão e expansão do modelo assistencial hospitalocêntrico de alta tecnologia, o governo nacional criou em 1946 um decreto-lei que estimulava a construção de hospitais psiquiátricos pelos governos estaduais. Esta política reforçadora da hospitalização como eixo principal da assistência, associada à incorporação da internação psiquiátrica na cobertura assistencial dos IAPs, teve como resultado o aumento no número de leitos psiquiátricos de 24.234 em 1950 para 34.550 em 1955 ¹⁹.

Outra novidade deste período, de enorme impacto sobre a assistência psiquiátrica e sobre a produção científica na área, foi o crescimento vertiginoso da disponibilidade de drogas psicotrópicas no mercado a partir da metade da década de 1950 ²⁰. Esta tecnologia aumentou de forma espetacular a capacidade de intervenção terapêutica da Psiquiatria, dando um novo impulso ao processo de medicalização das mais diversas dimensões da vida.

Mas a experiência traumática da Segunda Guerra Mundial também provocou críticas mais sistemáticas ao modelo manicomial e à grave violação de direitos humanos

¹⁸ Um dado econômico relevante deste período é a superação da agricultura pela indústria, em termos de porcentagem do PIB, no final da década de 1950 (34). O processo de transição da sociedade brasileira para o capitalismo havia se completado.

¹⁹ dados de Alves *et al* (1992) e Costa (2002) *apud* Dias, 2012 (41)

²⁰ No pós-Segunda Guerra Mundial, a coincidência da abertura ao capital estrangeiro (que caracterizou a política econômica desenvolvimentista) com o interesse expansionista do complexo farmacêutico internacional levou à instalação de diversas empresas transnacionais deste ramo no Brasil. Até o final da década de 1950, já havia cinco grupos de psicofármacos no mercado brasileiro: antipsicóticos (clorpromazina, haloperidol), antidepressivos tricíclicos (imipramina), antidepressivos IMAO (iproniazida), ansiolíticos (meprobamato e clordiazepóxido) e antimania (lítio) (43).

nele perpetrada. Surgiram novas propostas terapêuticas, inclusive no Brasil, construídas de forma pontual em alguns serviços, merecendo destaque os trabalhos de Ulysses Pernambuco (1892 - 1943) em Recife e de Nise da Silveira (1905 - 1999) no hospital de Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro. Para além da saúde mental, intensificou-se a crítica à forma de organização da assistência à saúde no país, ainda determinada pela divisão entre a saúde pública, com seu modelo higienista, e a atenção médica previdenciária, de cunho curativista e privado.

Um amplo debate nacional sobre o papel do Estado na implantação de um efetivo sistema de saúde se realiza, com sua grande expressão na 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963), quando o Ministério da Saúde propôs a criação de um Plano Nacional de Saúde e a Municipalização dos serviços de saúde no Brasil. Contudo, esta possibilidade de significativa mudança no modo de atenção à saúde no país vai ser postergada por algumas décadas. (41) (p. 1033)

Conforme discutido na primeira parte deste capítulo, a partir da década de 1960, sob a liderança dos EUA, o paradigma proibicionista passa a se revestir de um discurso e a atuar segundo uma lógica declaradamente belicista (processo que atinge sua maturidade na década de 1980). Às três dimensões de periculosidade associadas às drogas desde o início do século XX (a moral, a saúde e a segurança pública), somaram-se então as da segurança nacional e internacional, tornando “o tema do tráfico de drogas não apenas (...) um problema de segurança doméstica ou de um Estado, mas um perigo associado a uma ameaça à ‘ordem mundial’” (14) (p. 100). O marco legal que inaugura a política de “guerra às drogas” é a Convenção Única sobre Entorpecentes da ONU, de 1961, promulgada pelo governo brasileiro em 1964, já sob a ditadura militar e a doutrina da segurança nacional.

Além da adesão à radicalização estadunidense no plano internacional, houve um endurecimento das leis “antidrogas” brasileiras durante a ditadura militar. Em dezembro de 1968 (mesmo mês da aprovação do AI-5), um decreto-lei equiparou a pena do usuário à do traficante, destoando inclusive da orientação internacional, que trazia o discurso de diferenciação (24). Em 1971, uma nova lei mantinha a equiparação entre usuário e traficante, aumentava a pena máxima de cinco para seis anos de reclusão e conclamava a nação para a “guerra contra as drogas”:

Art 1º É dever de toda pessoa física ou jurídica colaborar no combate ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. (44)

A lei permitia ainda a substituição da pena pelo tratamento psiquiátrico:

Art 10. Quando o Juiz absolver o agente, reconhecendo que, em razão do vício, não possui esta a capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, ordenará sua internação em estabelecimento hospitalar para tratamento psiquiátrico pelo tempo necessário à sua recuperação. (44)

Na prática, este último artigo destinava-se aos “filhos de boa família, corrompidos pelos traficantes”, qualificados como doentes ou dependentes (24). Ainda sob o governo militar, foi editada a Lei 6.368/76, que, “diferenciando as penas previstas para a posse para uso pessoal, estabeleceu-as em seis meses a dois anos de detenção, triplicando, porém, as penas para as condutas identificadas ao dito ‘tráfico’, que, então, passaram a ser de três a 15 anos de reclusão” (42) (p. 5).

Quanto à política sanitária, a ditadura civil-militar (1964 - 1985) radicalizou o modelo de produção de saúde estruturado pela lógica dos negócios, impulsionado pela modernização dos padrões de consumo estimulada pelo regime (45). Multiplicaram-se os convênios com empresas e o incentivo estatal para construir e equipar hospitais privados que prestavam serviço ao sistema previdenciário, unificado em 1966. Houve uma transformação das práticas de saúde, cada vez mais centradas no trabalho médico e em procedimentos com alto grau de incorporação tecnológica, garantindo a lucratividade das empresas transnacionais dos ramos farmacêutico e de equipamentos e insumos médico-hospitalares, que se instalavam no país sob incentivos fiscais do governo militar.

Em relação à saúde mental, um decreto de 1967 instituiu a Campanha Nacional de Saúde Mental, que, além de medidas preventivas, propunha a criação de ambulatórios de saúde mental, visando reduzir os gastos com hospitais psiquiátricos (41). No entanto, não se verificou uma diminuição efetiva no financiamento das internações psiquiátricas. O quadro dramático verificado nas instituições psiquiátricas desde o final dos anos 1950 se manteve: superlotação, deficiência de pessoal, maus-tratos, falta de vestuário e de alimentação, péssimas condições físicas e cuidados técnicos escassos.

Criou-se assim a chamada “indústria da loucura”. No final dos anos 1980, o Brasil chegou a ter cerca de 100.000 leitos em 313 hospitais psiquiátricos, sendo 20% públicos e 80% privados, (...) concentrados principalmente no Rio de Janeiro, em São Paulo e em Minas Gerais. Os gastos públicos com internações psiquiátricas ocupavam o segundo lugar entre todos os gastos com internações pagas pelo Ministério da Saúde. Eram raras outras alternativas de assistência – mesmo as mais simples, como o atendimento ambulatorial. Também é preciso citar que se estabeleceu a divisão entre uma assistência destinada aos indigentes – recebidos pela rede pública – e outra aos previdenciários e seus dependentes – encaminhados aos hospitais privados conveniados. De qualquer forma, as condições dos hospitais, privados ou públicos, continuavam extremamente precárias. Além disso, o poder público não exercia qualquer controle efetivo da justificativa, da qualidade e da duração das internações. (10) (p. 53)

Este modelo dispendioso, além do uso do fundo previdenciário para outros fins e do desvio de recursos por corrupção, contribuiu para a crise do setor saúde nos anos 1970 e 1980, colocando na ordem do dia a necessidade de uma reforma sanitária. Assim, na segunda metade dos anos 1970, o Movimento de Reforma Sanitária, sufocado durante o período mais repressivo da ditadura, voltou a se fortalecer, alcançado grande visibilidade e legitimidade social. A compreensão das condições gerais de vida - como moradia, alimentação, saneamento básico, condições de trabalho, educação e lazer - enquanto determinantes das condições de saúde individual e coletiva oferecia a base política para a articulação com outros movimentos sociais em processo de (re)organização neste período.

Já no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, surgiram propostas e experiências concretas de mudança no modelo de atenção à saúde no Brasil, que não estavam isoladas dos debates internacionais, por exemplo, sobre a Atenção Primária à Saúde enquanto estratégia de construção de sistemas de saúde de menor custo e maior eficiência. A Declaração de Alma-Ata, produto da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em 1978, foi assinada por 134 países, dentre eles o Brasil. Este documento continha princípios semelhantes aos que nortearam as discussões do Movimento de Reforma Sanitária no Brasil, desde a concepção de saúde e seus determinantes até os pilares de organização do sistema: a universalidade, a integralidade, a descentralização/regionalização e a participação social.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, com o tema “Democracia é Saúde”, foi o marco político decisivo para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), ao afirmar a saúde como direito humano fundamental e discutir a forma de organização e as bases de financiamento do novo modelo. A incorporação da saúde como direito de todos e dever do Estado na Constituição Federal de 1988 foi uma vitória importante para o movimento nos campos político e legal.

2.2 A Reforma Psiquiátrica Brasileira

Neste contexto de construção do Estado Democrático de Direito e de (re)organização de diversos movimentos sociais no Brasil, começou a tomar corpo o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental. Nos primeiros anos de sua existência, do final dos anos 1970 até metade da década de 1980, este movimento esteve focado na denúncia das péssimas condições a que estavam submetidos os sujeitos internados em manicômios e na busca de humanizar o tratamento nestas instituições.

Diante da constatação da insuficiência desta estratégia e sob a influência das discussões no campo da saúde como um todo e dos processos de reforma psiquiátrica em curso em diversos países, houve uma radicalização do movimento (35). A reformulação de seus objetivos e dos termos nos quais passou a pautar o debate sobre o tratamento a ser dispensado à loucura encontra uma boa síntese na máxima “Por uma sociedade sem manicômios!”. Esta palavra de ordem encerra o documento que ficou conhecido como “Carta de Bauru”, em referência ao II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em Bauru (SP) em 1987, marco histórico da proposta de ruptura com a cultura manicomial.

A partir de então, já não se tratava de humanizar o tratamento nas instituições psiquiátricas existentes, mas de questionar os próprios fundamentos filosóficos e a função social da Psiquiatria, dos quais a violência institucionalizada é consequência. O movimento rapidamente ganhou a adesão de usuários, familiares e militantes de outros movimentos sociais, passando a se chamar Movimento da Luta Antimanicomial. A política de saúde mental defendida pelo movimento tem como referências o Movimento da Reforma

Sanitária e os processos de Reforma Psiquiátrica vivenciados principalmente em países europeus, após a Segunda Guerra Mundial.

(...) com o projeto de Reconstrução Nacional da Europa sob princípios democráticos, era necessário rever o funcionamento dos hospitais Psiquiátricos. Importante considerar o enorme contingente de pessoas jovens que estavam traumatizadas pelos efeitos da guerra e a necessidade de recuperá-las a fim de utilizar a força do seu trabalho no projeto de reconstrução dos países. A necessidade de implantar sistemas de saúde e a existência de uma vontade coletiva de rever valores, de reconstruir as sociedades sobre bases e princípios de liberdade e de solidariedade, levaram à implantação de sistemas sanitários e à necessidade de revisão do funcionamento dos hospitais. (35) (p. 59)

Dentre as experiências internacionais que mais influenciaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira estão: a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor (França), as Comunidades Terapêuticas no sistema de saúde da Grã-Bretanha, a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva (EUA) e a Psiquiatria Democrática italiana. Esta última foi, sem dúvida, a influência mais significativa no processo brasileiro, tanto em relação à concepção de loucura quanto em relação à proposta de desinstitucionalização, no sentido radical em que foi formulada por Basaglia e Rotelli nos anos 1970. Segundo um dos principais atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a ruptura paradigmática nas dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural se explica:

Em primeiro lugar, por romper com o processo de objetivação da loucura e do louco (inscrevendo a questão homem-natureza ou a questão do normal-patológico em termos éticos, isto é, de relação e não de objetivação). Em segundo lugar, por romper com o processo de patologização dos comportamentos humanos, com base em um pressuposto teleológico ou ontológico de normalidade. Daí advém o princípio de colocar a doença mental entre parênteses, como forma de inverter a tradição psiquiátrica, que é a de colocar o homem entre parênteses para se ocupar da doença, como ressaltou Basaglia. (46) (p. 48)

A tradução desta proposta, em termos de política pública, consiste na substituição progressiva das instituições psiquiátricas tradicionais por serviços comunitários de saúde mental, articulados em uma ampla rede (intra- e intersetorial) produtora de vida, de sentido e de sociabilidade (47). Assim, dentro dos marcos da

construção do SUS, teve início um processo de redução de leitos em hospitais psiquiátricos e de estruturação de uma rede de atenção psicossocial substitutiva, orientada pelos princípios da territorialidade, do vínculo entre usuários e equipes multiprofissionais, da promoção de autonomia e da participação social. Podem ser citados como acontecimentos emblemáticos neste processo (35):

- a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde;

- o Encontro de Bauru (1987), quando foi criado o movimento da Luta Antimanicomial e instituído o dia 18 de Maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial;

- o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início do processo de Reforma Psiquiátrica no município de Santos (SP), em 1989, com a criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), cooperativas, residências para os egressos do hospital psiquiátrico (Casa de Saúde Anchieta) e associações;

- a apresentação do Projeto de Lei do deputado federal Paulo Delgado (PT/MG), em 1989, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, inaugurando a luta do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo;

- as Leis 8080 e 8142, ambas de 1990, marcos legais da instituição e regulamentação do Sistema Único de Saúde;

- a realização de mais três Conferências Nacionais de Saúde Mental (em 1992, 2001 e 2010), além dos Encontros Nacionais de Usuários e dos Encontros Nacionais da Luta Antimanicomial;

- a aprovação da Lei Federal 10.216/2001, 22 anos depois da apresentação do projeto de lei de autoria do deputado Paulo Delgado, a partir do qual foi elaborada; esta lei, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, “embora não se expresse com a determinação do projeto original em relação à efetiva extinção dos hospitais psiquiátricos, aponta para a reorientação do modelo assistencial e garante direitos humanos mínimos aos portadores de sofrimento mental” (35) (p. 66).

No início dos anos 1990, surgiram as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. No entanto, estas normatizações de 1992 não vieram acompanhadas de uma linha específica de financiamento para os serviços substitutivos, nem de mecanismos sistemáticos para a redução de leitos em hospitais psiquiátricos, tornando as mudanças no modelo de assistência à saúde mental dependentes da iniciativa dos governos locais. Até o final da década de 1990, havia apenas 208 CAPS funcionando em todo o país, e cerca de 93% dos recursos da Saúde Mental ainda eram destinados aos hospitais psiquiátricos (48).

Com a promulgação da Lei 10.216 e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, houve um novo impulso e uma aceleração do processo da Reforma Psiquiátrica. As linhas específicas de financiamento do Ministério da Saúde para a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico possibilitaram uma expansão significativa da rede de atenção psicossocial²¹. Os gastos com dispositivos terapêuticos extra-hospitalares superaram os gastos com a rede hospitalar em 2006, tendência que continua nesta direção - em 2010, os primeiros atingiram aproximadamente 70% do total de gastos federais com a Política de Saúde Mental (49). É importante registrar que a implantação dos dispositivos terapêuticos citados se deu de forma bastante heterogênea/desigual nas diferentes regiões do país.

De modo geral, todo este processo de mudança foi atravessado pelas inúmeras dificuldades decorrentes das contradições colocadas pela construção de uma política social de caráter público, que busca garantir direitos humanos fundamentais a uma população à qual os mesmos foram historicamente negados, em um momento histórico de avanço e consolidação do projeto neoliberal. Estas contradições não são exclusivas da Reforma

²¹ Em 2011, já havia 1742 CAPS no Brasil, o que significa uma cobertura assistencial de 72%, tomando-se como referência o indicador CAPS/100.000 habitantes. Houve ainda uma expansão dos Serviços Residenciais Terapêuticos - de 85 em 2002 para 625 em 2011, contando então com 3470 moradores. O Programa “De Volta para Casa” (que visa a desinstitucionalização de pessoas internadas por longos períodos) havia beneficiado mais de 4 mil usuários até fevereiro de 2012. A rede de atenção psicossocial também contava com 640 iniciativas de geração de trabalho e renda para pessoas com transtornos mentais e com 92 Consultórios na Rua, até 2010. Paralelamente à construção da Rede de Atenção Psicossocial substitutiva, houve uma redução de leitos em Hospitais Psiquiátricos (de 51.393 em 2002 para 32.284 em 2011). Até 2011, havia 3910 leitos de psiquiatria habilitados em Hospitais Gerais, distribuídos em 646 Hospitais por todo país (49).

Psiquiátrica, limitando também o alcance do SUS como um todo e do mais recente SUAS (Sistema Único de Assistência Social), que podem ser consideradas as políticas sociais brasileiras mais avançadas em suas proposições.

Nas últimas duas décadas, as políticas públicas passaram a conviver simultaneamente com as dificuldades representadas por elementos historicamente constituintes do Estado brasileiro (a burocratização, a centralização, o autoritarismo, a corrupção, entre outros) e com os problemas advindos do/aprofundados pelo modelo neoliberal (como a privatização, a fragmentação e a desresponsabilização social). As dificuldades se fazem sentir principalmente na assistência aos grupos sociais mais vulneráveis, que demandam estratégias de cuidado cuja construção depende de ações transversais e integradas.

O desafio de realizar a Reforma Psiquiátrica no Brasil a partir dos anos 1990 pode ser considerado particularmente complexo, em função da radicalidade de sua proposta, tanto em relação à crítica epistemológica ao saber médico quanto em relação à reconstrução do objeto das políticas de saúde mental - o sujeito histórico em sua “existência-sofrimento” (47) (p. 90). A criação de novos dispositivos e a inserção das ações de saúde mental na rede assistencial pública permitem atualmente novas abordagens às pessoas em situação de sofrimento psíquico; no entanto, a implementação destas políticas não garante a mudança paradigmática do modelo de atenção à saúde mental. As experiências transformadoras do cuidado ainda convivem com a institucionalização (em serviços públicos, conveniados ou privados, tanto novos quanto antigos) e com suas práticas centradas no intervencionismo diagnóstico e terapêutico.

As contradições acima referidas (tanto no plano mais geral de proposição e gestão das políticas públicas quanto no cotidiano dos serviços) são bastante evidentes no caso das políticas de saúde mental voltadas a usuários de álcool e outras drogas. Conforme apontado na Introdução, há que se reconhecer o atraso de uma década na implantação destas políticas em relação àquelas destinadas aos portadores de transtornos mentais gerais.

Por muito tempo, a única opção de atenção para usuários de álcool e outras drogas foi dada pelo paradigma da abstinência, por meio da internação em grandes hospitais psiquiátricos ou instituições com características asilares que marcaram a institucionalização do saber psiquiátrico no Brasil. Multiplicaram-se, também, iniciativas de cunho

religioso e de apoio mútuo entre os próprios usuários, que encaravam a questão do uso e abuso de drogas a partir do enfoque biomédico, ao considerá-la uma doença incurável. (...) O próprio movimento da Reforma Psiquiátrica, preocupado com a desinstitucionalização da loucura, tardou em perceber a especificidade da questão do álcool e outras drogas, e a urgência no desenvolvimento e na consolidação de tecnologias de cuidado para esse campo. (10) (pp. 32-3)

2.3 As políticas atuais de atenção a usuários de substâncias psicoativas (e o proibicionismo que persiste...)

Somente em 2003 o Ministério da Saúde apresentou sua Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Até então, além das abordagens hegemônicas descritas acima, havia algumas experiências alternativas pontuais, impulsionadas principalmente por centros de pesquisa e tratamento²² e por organizações engajadas no enfrentamento da epidemia de AIDS, a partir da década de 1980. Dentre estas experiências, destaca-se a Redução de Danos, implantada de forma pioneira (enquanto política pública) no município de Santos (SP), no contexto da Reforma Psiquiátrica ali iniciada em 1989.

Na metade da década de 1990, outros municípios – como Salvador e Porto Alegre – também começaram a desenvolver ações para a abordagem do uso nocivo de SPA segundo esta perspectiva. Ao longo da década de 1990, a Redução de Danos se fortaleceu enquanto movimento social no Brasil, levando, em 1997, à criação da Associação Brasileira de Redutores de Danos (Aborda), que tem um papel fundamental na discussão das políticas de álcool e drogas até os dias atuais. Os fundamentos teóricos e os principais conceitos da Redução de Danos serão discutidos no próximo subitem deste capítulo. Neste momento, serão apresentados apenas os princípios básicos que orientam sua atuação (50):

a) um olhar histórico sobre o uso de SPA, considerando três elementos para a análise desta prática em determinada sociedade ou grupo social: as substâncias, os sujeitos que as consomem e o contexto sociocultural em que ocorre o uso;

²² Alguns destes centros, vinculados a universidades, se tornaram referência para as políticas de álcool e outras drogas atuais: o Centro de Estudos e Terapias ao Abuso de Drogas (CETAD), em Salvador; o Núcleo de Estudos e Pesquisa em Atenção ao Uso de Drogas (NEPAD), no Rio de Janeiro; o Programa de Orientação e Assistência a Dependentes (PROAD), em São Paulo; e o Centro Mineiro de Toxicomanias (CMT), em Belo Horizonte.

b) o discernimento entre diversos padrões de uso de substâncias psicoativas, nem todos nocivos;

c) a crítica ao discurso demagógico e hipócrita de uma “sociedade sem drogas”;

d) a crítica à medicalização e à criminalização, enquanto respostas violadoras de direitos humanos;

e) a construção de políticas públicas intersetoriais de forma participativa, respeitando os Direitos Humanos e a autonomia dos sujeitos e considerando os mecanismos de auto-regulação já existentes;

f) a oferta de tratamento em serviços públicos de saúde, articulados com políticas de outros setores (como Assistência Social, Cultura, Educação, Lazer, Transporte e Trabalho/Geração de Renda), para os casos de uso nocivo de substâncias psicoativas, causador de sofrimento ao usuário e à comunidade; o projeto terapêutico deve ser singular e deve respeitar as escolhas do sujeito, contribuindo para a redução de danos relacionados ao uso da(s) substância(s) em questão e para a (re)criação de condições de existência mais dignas e satisfatórias.

Embora a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas de 2003 tenha incorporado a Redução de Danos enquanto diretriz, a atual política de álcool e drogas brasileira é constituída por abordagens extremamente contraditórias entre si. No “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas”, criado por decreto presidencial em 2010, estava prevista a criação de 6.120 leitos de internação, sendo 2.500 destes destinados às comunidades terapêuticas, instituições cujas práticas se opõem aos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica. O convênio com as mesmas foi objeto de moções de repúdio em diversos fóruns democráticos, como a IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010), o 1º. Encontro Nacional da Rede de Atenção Psicossocial (2013) e o X Encontro Nacional da Luta Antimanicomial (2014).

As comunidades terapêuticas funcionam, muitas vezes, sem qualquer regulamentação e em desacordo com a Lei da Reforma Psiquiátrica e as demais políticas que orientam a atenção em saúde mental e os cuidados com os usuários de álcool e outras drogas. As principais características dessas instituições são a prática de internação prolongada, o isolamento e o forte componente religioso que orienta as suas práticas, além da inexistência de um projeto terapêutico singular, institucional e educacional, que incentive a autonomia e participação das pessoas que

estão na condição de internos. Deve-se considerar também que, de acordo com o “Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: sobre os locais de internação para usuários de drogas” (CFP, 2011), algumas dessas instituições incluem em suas práticas o uso excessivo de psicofármacos, evidenciando a pobreza de outros recursos terapêuticos e clínicos. As comunidades terapêuticas, que defendem o paradigma da abstinência, reproduzem práticas sociais com características disciplinares e normalizadoras próprias dos espaços prisionais e manicomial. (10) (p. 30)

Como as comunidades terapêuticas não cumprem com requisitos mínimos para credenciamento pelo SUS (como os exigidos pela Vigilância Sanitária), os convênios vêm sendo celebrados com as Secretarias de Assistência Social e de Justiça, que não têm regras claras em relação a este tipo de serviço.

Sob a enorme pressão de grupos políticos, religiosos e midiáticos por respostas mais efetivas em relação à “epidemia do crack” e suas consequências, o governo federal lançou, em dezembro de 2011, o programa intersetorial “Crack, é possível vencer”, coordenado pelo Ministério da Justiça. O programa visa a ampliação de recursos para o “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas” e a integração das ações de saúde, assistência social, educação e segurança pública, a partir de três eixos de atuação - cuidado, prevenção e autoridade.

No eixo “autoridade”, são previstas as ações nas áreas conhecidas como cracolândias, por meio do policiamento ostensivo, recuperação da infraestrutura pública e restabelecimento da convivência comunitária. No entanto, essas medidas próprias do campo da segurança pública são controversas, pois reforçam estratégias de vigilância e estigmatização dos usuários de drogas com a instalação de câmeras de videomonitoramento nas áreas de uso. A utilização dos Consultórios de Rua como porta de entrada para internações compulsórias também é questionada, por desvirtuar a função desse dispositivo que atua no território. (...) As atuais ações de “recolhimento compulsório” da população em situação de rua, apresentada na mídia como usuários de crack, e a banalização das internações compulsórias ou involuntárias de crianças e adolescentes em diversas cidades brasileiras evidenciam um grave retrocesso para as políticas públicas, tão arduamente conquistadas e que apostam na integralidade do cuidado e na intersetorialidade das ações para as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. (10) (pp. 29 e 31)

Assim, para além das dificuldades próprias ao setor da saúde, a abordagem jurídico-legal da questão das drogas tem interferido cada vez mais neste campo, afetando

profundamente as ações de saúde pautadas pelo respeito à autonomia e pela defesa dos direitos dos usuários de SPA. De fato, o cenário atual demonstra claramente as conexões entre medicalização e criminalização. Para compreender o cenário proibicionista pós-ditadura militar no Brasil, além das políticas desenvolvidas no âmbito do SUS e da Reforma Psiquiátrica, devemos olhar brevemente para a configuração assumida pela criminalização das drogas neste contexto.

A Constituição Federal de 1988 definiu o tráfico de drogas como crime hediondo, prevendo sua inafiançabilidade e a proibição de graça ou anistia. Autorizou ainda a extradição do brasileiro naturalizado “se comprovado envolvimento com tráfico ilícito de entorpecentes e drogas afins” (24). O inciso da Constituição Federal que diz respeito a esta matéria foi regulamentado pela Lei 8.072/90, que acrescentou ao tráfico de drogas a proibição de progressão de regime, liberdade provisória e indulto, além de aumentar prazos da prisão temporária e para o livramento condicional (24). Ou seja, a chamada “Constituição Cidadã”²³ não apenas manteve como aprofundou o modelo proibicionista em relação às drogas.

A mudança legislativa significativa mais recente ocorreu em 2006, quando foi promulgada a Lei nº 11.343, considerada por Fiore (33) a expressão legal da modernização do paradigma proibicionista. Esta versão moderna consistiria, por um lado, no endurecimento do combate ao tráfico e, por outro, na oferta de tratamento pelo Estado aos usuários/dependentes. Estes princípios estariam contemplados na nova lei, que aumentou a pena mínima de prisão por tráfico de drogas de três para cinco anos e eliminou a pena de prisão para os indivíduos flagrados com drogas para seu próprio uso. A lei foi comemorada como um avanço por alguns setores progressistas, em uma leitura de que ela seria um passo rumo à descriminalização do uso de SPA. No entanto, além de manter a criminalização do consumidor (uma vez que o uso de determinadas SPA continua incluído no Código Penal), a nova lei tem consequências perversas, pois:

(...) ao não estipular quantidades ou outros critérios objetivos para definir se a droga é destinada para venda ou para o consumo, continua sendo conferida à autoridade policial a responsabilidade dessa interpretação e a

²³ Alcinha recebida pela Constituição Federal de 1988 por parte de Ulysses Guimarães, presidente da Assembleia Constituinte responsável por sua elaboração.

instauração de inquérito, avaliado posteriormente pelo Ministério Público e pelo poder Judiciário. Duas pesquisas recentes mostraram que a lei encarcera jovens, normalmente pobres, primários e que portam pouca quantidade de drogas. Além disso, uma vez enquadrados como traficantes, grande parte deles responde ao processo encarcerado e dificilmente consegue escapar de condenação. Em segundo lugar, ao aumentar o fosso que divide consumidores e traficantes, a lei parece ter aumentado o rigor policial, que desde sua promulgação cresceu substancialmente (...). (33) (pp. 16-7)

A violência da “guerra às drogas” se expressa principalmente nas altas taxas de homicídio e no encarceramento em massa, que atingem os diversos grupos sociais de forma extremamente variável, segundo o pertencimento étnico e de classe. Os dados do “Mapa da Violência 2013: Homicídio e Juventude no Brasil” (51) são alarmantes:

- entre 1980 e 2011, o homicídio de jovens cresceu 326,1%;
- dos 467,7 mil homicídios contabilizados entre 2002 e 2010, 307,6 mil (65,8%)

foram de negros;

- neste mesmo período (2002 – 2010), houve decréscimo de 26,4% nos casos de homicídios de brancos e acréscimo de 30,6% nos de negros.

Os dados sobre o encarceramento decorrente do proibicionismo também são bastante preocupantes²⁴:

- o Brasil tem atualmente a quarta maior população carcerária do mundo;
- em dezembro de 2012, havia 548.003 presidiários no país, o que corresponde

a 287,31 presos por cem mil habitantes (a média mundial, segundo dados de maio de 2011, é de 146 por cem mil habitantes);

- nos últimos vinte anos, o Brasil praticamente quadruplicou sua população carcerária;

- em dezembro de 2005 (quando começaram a ser fornecidos dados relacionando o número de presos com as espécies de crimes), os acusados e condenados por tráfico de drogas representavam 9,1% do total dos presos brasileiros; em dezembro de 2012, chegavam a 26,9%;

²⁴ Fonte: Ministério da Justiça do Brasil e International Centre for Prison Studies, *apud* Karam (52).

- entre as mulheres, essa proporção alcança praticamente metade das presas (47,35%), tendo chegado a quase 60% no ano anterior (em dezembro de 2011, eram 57,62%).

Olhar para o panorama atual da questão das drogas a partir de suas raízes históricas, compreendendo os interesses políticos, econômicos e sociais que levaram à sua constituição, significa também explicitar a hipocrisia e as distorções presentes nos discursos médicos, jurídicos, religiosos, científicos e midiáticos hegemônicos. Rodrigues (14) faz uma boa síntese dos elementos mobilizados na “guerra às drogas” que possibilitam o alcance de seus objetivos não declarados e a tornam, afinal, vitoriosa:

Nesse sentido, não se quer afirmar que o proibicionismo seja a única, ou mesmo a mais importante, técnica de assédio e aprisionamento destinado às “classes perigosas”, mas que ele é um importante recurso nessa função global de disciplina e contenção. Cada crime produzido por novas legislações inaugura um novo flanco de combate aos “perigosos”, um novo acesso ao sistema penitenciário, uma outra entrada para a vigilância constante. Se existe um crime que é forjado com tamanha carga de reprovação moral e científica, temos à frente um “perigo” de considerável importância que conquista e catalisa sem dificuldades o consenso repressivo das sociedades. O “fracasso” da proibição, então, potencializa-se em positividade: a guerra perdida contra “as drogas” significa a guerra diariamente renovada e eficaz contra pobres, imigrantes, negros, camponeses entre outros “ameaçadores”. (p. 98)

Apesar do cenário desfavorável (ou justamente pela situação-limite à qual chegamos), multiplicaram-se nos últimos anos organizações políticas que assumiram o anti-proibicionismo como pauta central. Esta discussão também vem sendo progressivamente incorporada na agenda de lutas de diversos movimentos sociais. As iniciativas anti-proibicionistas estão articuladas em redes internacionais e têm ocupado espaço na mídia, nas ruas, nas universidades e no próprio Estado (através de mandatos legislativos, da participação em fóruns democráticos nacionais e internacionais, da ocupação de cargos de gestão e do atendimento direto à população nos serviços de assistência social, de saúde e do sistema jurídico-penal).

As reflexões e propostas apresentadas por estes atores demonstram que a defesa de um modelo alternativo ao proibicionismo não significa negar os problemas associados

ao consumo de SPA em nossa sociedade, nem a necessidade de construção de políticas públicas para abordá-los (acusações frequentemente levantadas na tentativa de desqualificar o movimento anti-proibicionista). Significa precisamente rediscutir o papel do Estado, de forma que suas ações contribuam de fato para a redução de danos e para a promoção de autonomia, que pressupõe a co-responsabilização e a garantia de direitos humanos.

2.4 A Redução de Danos como paradigma alternativo ao proibicionismo

A face mais visível da violência provocada pela “guerra às drogas” é a que está associada à produção e à comercialização de SPA ilícitas (que inclui, além dos homicídios e do encarceramento em massa, a exploração do trabalho - inclusive infantil - e a corrupção de agentes públicos). No entanto, as consequências nefastas do proibicionismo também se manifestam no âmbito do consumo.

Primeiramente, a criminalização expõe os consumidores de drogas ilegais a riscos para a obtenção e o uso das mesmas, através da forçosa relação com o tráfico e da possibilidade de repressão e extorsão pelos agentes de segurança pública. Uma das decorrências de um marco regulatório tão simplório que divide a enorme diversidade de SPA num esquema binário (permitidas e proibidas) é que “duas drogas tão diferentes como maconha e cocaína, por exemplo, misturam-se não só no imaginário, mas nos locais e/ ou nas pessoas que as vendem” (33) (p. 16).

Outro aspecto negativo do modelo proibicionista para os consumidores é a ausência de controle sobre a qualidade das drogas ilegais. Ao contrário do que acontece com o álcool ou com os medicamentos psicotrópicos, por exemplo, ao consumir drogas ilegais, ignora-se o que e quanto se está consumindo. As consequências vão desde o efeito insatisfatório da substância até as *overdoses*, passando por efeitos colaterais mais ou menos graves. A enorme variabilidade na composição das drogas ilegais também dificulta o fornecimento de informações sobre formas de uso mais seguras e a promoção do autocuidado.

Conforme citado no subitem anterior, na perspectiva da Redução de Danos, deve-se considerar sempre três elementos para compreender a dinâmica psicossocial do uso de drogas em uma determinada realidade: a substância, o sujeito e o contexto de uso. Em

relação à substância psicoativa, alguns aspectos relevantes são suas propriedades farmacológicas, a presença (ou não) de contaminantes e o acesso às mesmas (influenciado por fatores como preço, disponibilidade e *status* legal). Os sujeitos que as consomem devem ser abordados em sua singularidade (história de vida, integração do uso de SPA na organização da vida cotidiana, sentidos e efeitos do uso). Por fim, há rituais e controles sociais formais e informais específicos para o consumo de cada SPA, em cada contexto sociocultural.

Apesar da ampla difusão da ideia de que o consumo de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas) é regido pelo caos e pela loucura, ele raramente ocorre de maneira desregulada (22). No mesmo artigo, MacRae resgata as formulações de diversos pesquisadores sobre os aspectos socioculturais do uso de drogas, que constituem a base da política de Redução de Danos. Assim, para o médico Norman Zinberg:

“Sanções sociais” seriam as normas que definem se e como determinada droga deve ser usada. Incluiriam tanto os valores e regras de conduta compartilhados informalmente por grupos (embora frequentemente de maneira não explicitada) quanto as leis e políticas formais que regulamentam o uso de drogas. Já os “rituais sociais” seriam padrões estilizados de comportamento recomendado em relação ao uso de uma droga. Eles seriam aplicados aos métodos de aquisição e administração da substância, à seleção do meio físico e social para usa-la, às atividades empreendidas após o uso, e às maneiras de evitar efeitos indesejados. Dessa forma, esses rituais reforçariam e simbolizariam as sanções sociais. (p. 2)

Estes controles sociais existem em várias dimensões, desde grupos específicos até âmbitos culturais mais amplos, e são flexíveis (como demonstra a suspensão das sanções sociais em relação ao uso de inalantes durante o carnaval, no Brasil). Ainda segundo MacRae (22):

Zinberg faz a ressalva de que a existência dessas sanções ou rituais não significa que forçosamente serão eficazes e nem significa que todas as sanções e rituais tenham sido criados como mecanismos para ajudar o controle. Afirmar, também, que nem sempre a existência ou aplicação dos controles sociais significa que o uso seja moderado ou decoroso, segundo os padrões da sociedade envolvente. (p. 2)

Uma questão importante é como os sujeitos singulares lidam com *conflitos entre sanções* - por exemplo, entre as restrições legais, por um lado, e a tolerância ao uso por parte do grupo social, por outro -, os quais podem interferir significativamente na relação do sujeito com a droga.

O autor faz referência também aos trabalhos sobre a toxicomania desenvolvidos por Robert Castel e Anne Coppel, que apontam três instâncias de regulação: os heterocontroles seriam representados por leis, instituições de saúde etc.; os controles societários poderiam ser exemplificados por pressões informais de pares e vizinhos; e os autocontroles consistiriam nos “variados graus de controle que os próprios usuários são capazes de exercer sobre suas práticas de consumo”, sendo muitas vezes “internalizações dos controles societários e legais” (22) (p. 3). Na visão dos autores citados, enquanto a ação dos heterocontroles “é pontual e restrita a certas situações, os controles societários seriam muito mais eficazes por se exercerem de maneira permanente através das redes de sociabilidade” (22) (p. 3).

Em resumo, pode-se dizer que a política de redução de danos relacionados ao uso de drogas preconiza a valorização do *autocuidado* e dos *controles sociais* desenvolvidos nas redes de sociabilidade dos próprios usuários. Esta abordagem implica uma postura aberta, respeitosa e participativa, que tem se mostrado muito mais eficaz em limitar os efeitos indesejáveis do uso de SPA (inclusive das legalizadas) do que o proibicionismo. A começar pela credibilidade entre as redes de usuários, para cuja construção MacRae (22) sugere o abandono de “posicionamentos apriorísticos e condenatórios” e a demonstração de “uma real familiaridade com os valores e práticas correntes naquele ‘mundo das drogas’ que se está endereçando” (p. 4).

CAPÍTULO II

TECENDO UM REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico desta pesquisa é a tradição filosófica do materialismo histórico-dialético. No entanto, incorporo, ao longo de todo o texto, algumas leituras oriundas de outras vertentes teóricas que contribuem para a apreensão do objeto de estudo. Nas últimas duas décadas, tanto no campo dos estudos de gênero quanto no da saúde mental (e, neste, especificamente em relação à problemática do consumo de SPA), houve uma produção científica significativa referenciada no pensamento pós-estruturalista. Assim, inúmeros fenômenos sociais relacionados ao tema desta pesquisa foram abordados sob esta perspectiva nos estudos mais recentes. Procurei incorporar criticamente suas contribuições, porém sem abrir mão de uma análise global que permita compreender as raízes estruturais e históricas dos fenômenos e da configuração das relações sociais na realidade analisada (53).

A primeira parte deste Capítulo abordará brevemente as bases teóricas do materialismo histórico-dialético. A seguir, apresentarei os principais debates que conformaram historicamente o campo feminista, aprofundando-me nos conceitos e categorias fundamentais da corrente socialista/marxista dentro deste campo. Esta segunda parte termina com uma leitura das relações de gênero no contexto brasileiro atual. Na terceira e última parte deste Capítulo, discutirei a constituição do sujeito a partir das contribuições da Epistemologia Qualitativa, desenvolvimento da teoria histórico-cultural da subjetividade que tem o psicólogo cubano Fernando Luís González Rey como principal formulador.

1. O materialismo histórico-dialético

Considero o materialismo histórico-dialético a teoria mais adequada para abordar a questão colocada pela presente pesquisa, pois permite compreendê-la em suas múltiplas relações com a realidade social particular da qual emerge. Esta realidade é concebida como em permanente transformação, assim como o próprio objeto de estudo, e é precisamente este movimento que a lógica dialética busca apreender. A Introdução e o

Capítulo I representam o esforço de situar o objeto de estudo em uma *totalidade histórico-social* constituída por relações contraditórias, que se concretizam no próprio fenômeno analisado.

Na concepção materialista, o desenvolvimento da história se dá através das contradições que emergem do processo de produção e reprodução da existência humana. As condições materiais e simbólicas de determinada sociedade, ao mesmo tempo em que constituem uma realidade aparentemente dada, são constantemente produzidas, reproduzidas e transformadas pela atividade humana. Assim, o ser humano é considerado - simultânea e dialeticamente - *produto e produtor da história* (3).

Daí a centralidade da categoria *trabalho* nesta teoria social, cujo significado é o de atividade criadora e transformadora, através da qual os seres humanos transformam o meio social, a si mesmos e suas relações recíprocas, na busca da satisfação de suas necessidades objetivas e subjetivas. Neste processo, há um desenvolvimento do próprio trabalho. Assim, além de seus produtos diretos (materiais e simbólicos/culturais), o próprio trabalho torna-se mais complexo com o desenvolvimento social, em diversos aspectos (organização, divisão de tarefas, produção de instrumentos de trabalho - aí incluídos conhecimentos, técnicas e objetos).

No entanto, nas sociedades capitalistas, a forma predominantemente assumida pelo produto do trabalho humano é a de *mercadoria*. Isto significa que seu *valor de uso*, ou seja, seu potencial de satisfação de necessidades humanas, está subordinado ao seu *valor de troca*, que somente se realiza no ato de sua venda no mercado. Este último é o momento essencial do modo de produção capitalista, que permite “a criação de mais-valia, a valorização do valor, a reprodução e autovalorização do capital” (54) (p. 63). A “autovalorização do capital” só é possível porque parte do valor contido na mercadoria não é paga aos seus produtores, mas apropriado pelos capitalistas, enquanto lucro.

Marx reconheceu a contradição essencial do trabalho no modo de produção capitalista a partir do duplo caráter (também essencialmente contraditório) da mercadoria. A subordinação do *valor de uso*, contido no produto de todo trabalho, ao *valor de troca*, específico da forma mercadoria, corresponde à subordinação do *trabalho útil-concreto* ao *trabalho abstrato*:

Enquanto o trabalho útil-concreto é qualitativo e cria os valores de uso necessários ao ser humano, para satisfazer socialmente as suas necessidades físicas e espirituais, o trabalho abstrato é, pura e simplesmente, quantitativo, a substância e a grandeza do valor, e produz mais-valia (valor excedente) para o capital. (54) (p. 65)

Esta constitui, na perspectiva do materialismo histórico-dialético, a base da *exploração do trabalho*, ou seja, da apropriação da maior parte da riqueza social produzida pela humanidade pelas classes dominantes. Isto explica a avidez do capital pela transformação de todos os produtos possíveis da atividade humana em mercadorias. Assim, com o desenvolvimento da sociedade capitalista, avança também o processo de mercantilização em todas as esferas de produção e reprodução da existência humana (55), levando ao acirramento das contradições deste modo de produção.

Uma das contradições centrais abordadas pela teoria marxista é o não reconhecimento do produto do trabalho social por seus produtores, de modo que grande parte do trabalho realizado nas sociedades capitalistas configura-se como *trabalho alienado*. A sensação de transcendência da realidade em relação à atividade humana daí resultante constitui a base para as diversas *construções ideológicas*. Quanto mais a sociedade se complexifica, mais surgem elementos mediadores entre a atividade criadora e transformadora (especificamente humana) e seus efeitos, potencializando o fenômeno do *estranhamento/alienação*.

Em seu processo de socialização, os sujeitos devem se apropriar de determinados recursos (culturais, linguísticos, comunicacionais, tecnológicos etc.) do conjunto da produção humana existente em cada formação social específica, para que possam “dominar o sistema de referências do contexto em que vivem” (56) (p. 3). O fato de estes recursos assumirem a forma de mercadoria no modo de produção capitalista gera, além dos efeitos alienantes referidos acima, a extrema *desigualdade* no acesso ao patrimônio material e cultural acumulado pela humanidade, uma vez que as possibilidades de sua aquisição no mercado variam em função da posição social ocupada pelos sujeitos singulares.

Estas posições se constituem na complexa intersecção entre classe, gênero e etnia, que produzem diferentes *vulnerabilidades* aos processos de dominação aqui apontados. Mas aonde há exploração e opressão, há *resistência*. E as lutas sociais daí

resultantes são, em última instância, “o motor da história” (como nos ensinou Marx). O desenvolvimento histórico e social se configura como um processo permanente e dialético de reprodução e transformação da realidade.

Diante das contradições e da violência constitutivas da realidade social da qual trata esta pesquisa, os sujeitos (individuais e coletivos) assumem posturas que variam conforme sua posição social, as condições objetivas e emocionais em cada momento, a correlação de forças em determinada conjuntura etc. Estas posturas abrangem um largo espectro que vai desde o enfrentamento (nos diversos níveis de ação) até atitudes que poderiam ser definidas como rendição, abandono ou renúncia – e que uma das entrevistadas expressa com o termo *entrega*. O material de campo do presente estudo permite abordar estes processos psicossociais em seu nível mais singular de manifestação: a subjetividade.

A análise das narrativas de histórias de vida (Capítulo IV) terá como foco a *dialética resistência/entrega* tal como se apresenta no uso nocivo de SPA, buscando compreender os múltiplos sentidos que esta prática assume na produção da existência cotidiana das mulheres entrevistadas. Resistência e entrega só podem ser pensadas em relação a algo - que, nesta pesquisa, são as diversas formas de violência perpetradas contra as mulheres para manter seu lugar subordinado na construção das relações de gênero na sociedade brasileira atual. Não é demais lembrar que a violência patriarcal está entrelaçada à violência racista e àquela exercida pela classe dominante sobre a classe trabalhadora, todas estas formas de violência constituindo-se e reforçando-se mutuamente.

2. A práxis feminista: múltiplas subversões

As teorias feministas foram produzidas a partir de uma crítica ao poder exercido pelos sujeitos classificados como masculinos sobre aqueles classificados como femininos, fenômeno observado em praticamente todas as sociedades conhecidas, segundo padrões culturais variáveis. (A questão sobre se houve em algum momento histórico sociedades igualitárias do ponto de vista das relações de gênero - ou caracterizadas pela dominação feminina - permanece em aberto.)

A análise desta relação de poder pelas teorias feministas em diversas formações histórico-sociais é indissociável das práticas políticas que buscam combater e superar as

diferentes formas de desigualdade entre homens e mulheres produzidas nos diversos contextos. Assim, ainda que o foco deste capítulo sejam as discussões sobre os conceitos e categorias desenvolvidos pelas diferentes correntes teóricas feministas, não se deve perder de vista que estas formulações emergiram de um engajamento político com as múltiplas dimensões da vida social atravessadas pelas desigualdades de gênero. As teorias feministas devem ser pensadas enquanto *práxis social*, ou seja, teoria e prática se retroalimentando permanentemente.

O subitem a seguir tratará da constituição de um campo teórico feminista nas instituições legitimadas para a produção de saber nas sociedades ocidentais, processo que teve início na década de 1970 (em ritmos e formas variáveis).

2.1 A crítica e a autocrítica como elementos fundamentais na constituição de um campo teórico feminista

Ao longo da história da ciência, inúmeras concepções a respeito da *diferença sexual* foram desenvolvidas. Sem desconsiderar a enorme diversidade destas concepções, conforme a época, a cultura e o arcabouço teórico mais amplo dentro do qual foram formuladas, pode-se afirmar que seu denominador comum consiste em considerar a desigualdade de funções e papéis entre homens e mulheres como determinada por suas diferentes naturezas, sendo, portanto, inquestionável e imutável. Assim, a afirmação da diferença sexual serviu historicamente para sustentar a inferioridade feminina e para legitimar o lugar social da mulher fundamentalmente como esposa e mãe, limitando sua autonomia e sua participação em outras esferas da vida social (57). Por outro lado, na maioria das sociedades estudadas até o momento, coube prioritariamente aos homens a ocupação dos espaços de decisão e intervenção, nas esferas política, militar, religiosa etc.

Esta perspectiva dualista, biologizante e essencialista reflete e constrói relações sociais de gênero marcadas pela polarização masculino-feminino, com a desvalorização do segundo destes polos:

As concepções culturais de masculino e feminino como duas categorias complementares, mas que se excluem mutuamente, nas quais todos os seres humanos são classificados formam, dentro de cada cultura, um

sistema de gênero, um sistema simbólico ou um sistema de significações que relaciona o sexo a conteúdos culturais de acordo com valores e hierarquias sociais. Embora os significados possam variar de uma cultura para outra, qualquer sistema de sexo-gênero está sempre intimamente interligado a fatores políticos e econômicos em cada sociedade. (58) (p. 211)

As categorias de conhecimento legitimadas em determinada sociedade também são aquelas que se conformam a seus padrões culturais e a seus interesses materiais hegemônicos, de modo que “a ciência sustenta, mantém e alimenta as relações sociais prevalentes, onde o conceito de gênero está subjacente” (57) (p. 18).

A partir da década de 1970, o movimento feminista passou a criticar de forma mais sistemática a produção científica nas mais diversas áreas de conhecimento, desafiando sua presumida neutralidade e objetividade. As primeiras críticas limitaram-se à denúncia do viés sexista e androcêntrico das pesquisas, propondo, como forma de superá-lo, a inclusão da perspectiva e das experiências “femininas”. A formulação de novas questões e a elaboração de novas categorias e conceitos para abordá-las abriu um vasto campo de pesquisa até então excluído do mundo da ciência, mas deixou intactos seus pressupostos teóricos e metodológicos.

Assim, as primeiras críticas feministas podem ser consideradas de caráter empiricista, pois não desafiaram “as crenças acerca dos sujeitos das pesquisas e dos observadores, os fundamentos do método científico, da observação, da análise, da predição e da generalização e a aquisição do conhecimento” (57) (p. 18). Ainda segundo Nogueira (57), manteve-se, nestas primeiras formulações, o dualismo clássico representado pelas noções de feminilidade e masculinidade, permitindo que o homem continuasse a ser tomado enquanto sujeito universal nos diversos campos disciplinares, sendo a mulher incluída como o “outro” problematizado.

Apesar da necessidade de apontar e superar estas limitações, decorrentes da manutenção de um pensamento dicotômico e de um olhar restrito a um dos polos estabelecidos nas relações de gênero assim pensadas, há que se reconhecer o importante papel desempenhado pelos “estudos da mulher”, principalmente no que se refere ao acúmulo de conhecimentos sobre a diversidade de experiências femininas e à promoção da visibilidade das mulheres como sujeitos sociais nas diferentes épocas e lugares estudados.

Com a diversidade evidenciada por este campo de estudos e pelas experiências de organização e luta do movimento feminista (às quais os “estudos da mulher” estavam intimamente articulados), uma série de conceitos e categorias passou a ser questionada. Ainda na década de 1970, categorias como patriarcado, dominação, opressão, homem e mulher, masculino e feminino foram alvo de críticas formuladas no seio do próprio feminismo. Tal qual haviam sido concebidas até então, foram consideradas inadequadas devido às suas características universalizantes e essencializantes, que refletiriam principalmente as experiências das mulheres brancas e heterossexuais dos países desenvolvidos. As críticas também se dirigiam às explicações para a relação de dominação/opressão entre os sexos, que estariam baseadas na diferença física entre homens e mulheres, assumida como aspecto universal e invariável (59).

Neste contexto de intensas discussões político-filosóficas, o conceito de *gênero* foi introduzido no campo de debate feminista, a partir da publicação do célebre ensaio de Gayle Rubin - “O tráfico das mulheres: notas sobre a economia política do sexo” -, em 1975. Esta autora elaborou o conceito de *sistema de sexo/gênero*, definido como “um conjunto de arranjos através dos quais a matéria prima biológica do sexo humano e da procriação é modelada pela intervenção social humana” (Rubin, *apud* Piscitelli, 2002, p. 14).

O conceito de gênero provocou debates importantes no feminismo e em algumas áreas específicas do conhecimento, principalmente nas ciências humanas. Seu uso foi rapidamente incorporado no meio acadêmico, tendo, porém, encontrado resistência junto a alguns setores do movimento feminista, que se viram ameaçados de perder seu sujeito político e jurídico – a mulher. Apesar do grande impacto que causou e de sua apropriação por diferentes correntes de pensamento (com o desenvolvimento de diversos significados), o conceito de gênero também passou a ser alvo de críticas feministas a partir dos anos 1990. Estas críticas estão relacionadas principalmente aos dualismos (sexo/gênero, natureza/cultura) que suas categorias de análise contêm.

É interessante observar que grande parte das críticas ao conceito de gênero tem conteúdo semelhante às aquelas dirigidas à noção de patriarcado e a categorias como homem e mulher, que o conceito de gênero pretendia superar. Cabe aqui uma reflexão importante de Lauretis (60), de que a teoria feminista teria se desenvolvido através de uma série de

posições opostas, não apenas em relação ao contexto “externo”, mas também, de forma inter-relacionada, em seus próprios processos “internos” de autocrítica. Duas destas oposições que marcaram o debate feminista nos EUA foram a oposição teoria/prática (feminismo acadêmico/ativismo), a partir da década de 1970, e a étnico-racial, a partir dos anos 1980.

Em relação à oposição étnico-racial, Lauretis (60) observa que a identidade “mulheres de cor”²⁵ foi então assumida por mulheres de etnias e culturas muito diversas: “Asian, Native American, Black American and Caribbean women, Chicanas, Latinas, etc.” (p. 27). Este seria um exemplo de consciência pessoal/política que não está baseada simplesmente em diferenças étnicas ou culturais em relação à cultura dominante branca. Não se trata da oposição de um conjunto de valores culturais presumivelmente estáveis em dada minoria étnica em relação aos valores, igualmente presumidos como estáveis, da maioria dominante. Segundo esta autora, a identidade “mulher de cor” é adquirida e desenvolvida a partir da experiência histórica específica não da etnicidade, mas do *racismo* da dominação branca e masculina da sociedade estadunidense.

Assim como as “mulheres de cor”, aquelas que viviam sua sexualidade fora dos padrões da heteronormatividade e outros grupos de mulheres que não se sentiam representadas nas categorias construídas pelas teorias do patriarcado e de gênero começaram a levantar suas vozes. Lauretis (60) considera as divisões que marcaram o feminismo como resultado de divisões (de gênero, sexo, raça, classe, etnia, sexualidade, etc.) que existem no social. “As fronteiras discursivas e os limites subjetivos que o feminismo definiu e redefiniu para si, contingentemente, historicamente”²⁶ (p. 26) teriam se constituído precisamente no processo de seu engajamento com diversas formações sociais e culturais. A experiência política advinda deste engajamento, aliada ao exercício permanente de reflexão e autocrítica, teria levado aos “paradoxos e contradições que constituem a história efetiva, a diferença essencial, do pensamento feminista”²⁷ (p. 27).

²⁵ No original: “women of color” (p. 27).

²⁶ No original: “(...) the discursive boundaries and subjective limits that feminism has defined and redefined for itself contingently, historically (...)”.

²⁷ No original: “(...) paradoxes and contradictions that constitute the effective history, the essential difference, of feminist thought”.

Assim, as posturas adotadas pelas diversas autoras estão relacionadas a posições políticas que extrapolam o campo do feminismo, exatamente pela necessária articulação deste com as diversas instituições, discursos e práticas que constituem o todo social, conforme a análise de Lauretis. A crítica aos conceitos de gênero e de patriarcado e a categorias como homem e mulher vem sendo realizada principalmente pela vertente feminista filiada ao movimento intelectual e político que tem origem no final dos anos 1960, chamado pós-estruturalista ou desconstrutivista.

Ainda que uma grande diversidade de posicionamentos filosóficos seja atualmente situada neste campo teórico, é possível afirmar que os mesmos têm como base comum o questionamento da noção de sujeito e dos grandes esquemas explicativos do mundo social construídos pela modernidade²⁸ (53). Estas abordagens tiveram um grande impacto sobre a práxis feminista, ao colocarem em questão, junto com os conceitos e categorias acima referidos, o próprio sujeito do feminismo e seus pressupostos teóricos e políticos vigentes até então.

Uma das principais autoras engajadas em abordagens desconstrutivistas é a filósofa estadunidense Judith Butler, cujas formulações tiveram grande influência no desenvolvimento da teoria feminista a partir da década de 1990 e no surgimento da teoria *queer*²⁹, inclusive no Brasil. Na primeira parte de uma de suas obras mais conhecidas - “Gender Trouble”, publicada em 1990 -, Butler se propõe a realizar uma genealogia feminista da categoria mulher. Ao traçar as operações políticas que produzem este sujeito jurídico - que só então viria a ser representado pelo feminismo -, a autora afirma encontrar um sujeito “coerente e estável”, que reafirma as relações de gênero construídas dentro da matriz heterossexual. Butler critica o fato de o caráter imutável do sexo não ter sido questionado a fundo pela teoria feminista, embora se trate de um conceito tão culturalmente construído quanto o de gênero.

It would make no sense, then, to define gender as the cultural interpretation of sex, if sex itself is a gendered category. Gender ought not

²⁸ motivo pelo qual são também denominados “pós-modernos”

²⁹ Uma das principais teóricas *queer* no Brasil, Bento (61), assim define este campo de estudos: “Estamos diante de um *corpus* teórico que tem na radical desnaturalização das identidades um dos seus objetivos principais, uma desnaturalização que se assenta no pressuposto filosófico da diferença como princípio estruturante das subjetividades, das relações e lutas sociais.” (p. 88).

to be conceived merely as the cultural inscription of meaning on a pre-given sex (a juridical conception); gender must also designate the very apparatus of production whereby the sexes themselves are established. As a result, gender is not to culture as sex is to nature; gender is also the discursive/cultural means by which “sexed nature” or “a natural sex” is produced and established as “pre-discursive”, prior to culture, a politically neutral surface *on which* culture acts.³⁰ (62) (p. 7)

Outra autora que se tornou referência neste movimento de reelaboração teórica que questiona o conceito de gênero é a estadunidense Donna Haraway, bióloga e historiadora da ciência. Sua crítica também é fundamentalmente de ordem epistemológica. Esta autora problematiza a lógica de análise implicada na própria *distinção sexo/gênero*, apontando que o primeiro membro deste par foi tomado como dado, de modo que sua construção (também histórico-social) não foi analisada/criticada nas diversas teorias que se apropriaram do conceito de gênero (59).

Tanto na obra de Haraway quanto na de Butler, há uma “radicalização dos esforços por eliminar qualquer naturalização na conceitualização da diferença sexual” (59) (p. 22). Butler se aprofunda também na crítica à noção de identidade, argumentando que a construção desta se dá em conformidade com padrões inteligíveis de gênero. Assim, as possibilidades de configurações de gênero estariam constrangidas a serem imaginadas e realizadas nos termos de um discurso cultural hegemônico baseado em estruturas binárias, que aparecem como a linguagem da racionalidade universal (62).

Com a introdução destas discussões no campo feminista, ganhou força, a partir dos anos 1990, uma perspectiva que coloca em xeque a construção da diferença sexual nos diversos campos de saber institucionalizados, que rejeita explicações e soluções universais e que centra suas análises na ordem simbólica (permeada por relações de poder e constituída, entre outros, pelo próprio discurso científico).

³⁰ “Não faria sentido, então, definir gênero como a interpretação cultural do sexo, se o próprio sexo é uma categoria gendrada. Gênero não deveria ser concebido meramente como a inscrição cultural de significado em um sexo dado (uma concepção jurídica); gênero também deve designar todo o aparelho de produção através do qual os próprios sexos são estabelecidos. Como resultado, gênero não está para cultura como sexo está para natureza; gênero são também os meios discursivos/culturais através dos quais uma ‘natureza sexuada’ ou ‘um sexo natural’ é produzido e estabelecido como ‘pré-discursivo’, anterior à cultura, uma superfície politicamente neutra *sobre a qual* a cultura age.” (tradução minha)

É dentro da tradição do pensamento feminista discutida acima, baseada na práxis política e no processo permanente de crítica/autocrítica, que a tendência dos últimos anos de (re)criação de categorias e conceitos que superem o universalismo, o essencialismo e o binarismo deve ser compreendida. A proposta de reconstrução da categoria “mulher” que emergiu dos debates travados desde a década de 1970 é assim apresentada por Piscitelli (59):

Bem, e como é essa nova formulação de “mulher”? Nos termos de Nicholson, trata-se de uma ideia de mulher que, atenta à historicidade, não tem um sentido definido. Isto é, seu sentido não é encontrado através da elucidação de uma característica específica, mas através da elaboração de uma complexa rede de características que não podem ser pressupostas, mas descobertas. Algumas dessas características exerceriam um papel dominante dentro dessa rede por longos períodos de tempo, em certos contextos – o que não significa que possam ser universalizadas. Nessa proposta, não se trata de pensar em “mulheres como tais”, ou “mulheres nas sociedades patriarcais”, mas em “mulheres em contextos específicos”. (p. 26-7)

O uso do termo “mulher(es)” nesta pesquisa carrega em si estas elaborações sobre a complexidade e a singularidade dos sujeitos, que o próprio material de campo obriga a enxergar ou – nos termos de Piscitelli – a descobrir. Mas entendo que os “contextos específicos” apontados pela autora também são parte (constituente e constituída) de uma totalidade histórico-social. Segundo Netto (63), “não é o ‘tamanho do objeto’ que define a sua relação com a totalidade”; é possível “fazer micropesquisas conservando uma perspectiva ampla de sociedade, do processo social e de história” (p. 83).

Assim, considero tão importante quanto analisar as singularidades presentes em cada história de vida que me foi narrada, compreender a *relação dialética entre as dimensões singular, particular e universal* do objeto de estudo:

(...) a relação dialética singular-particular-universal é fundamental e, enquanto tal, indispensável para que se possa compreender essa complexidade da universalidade que se concretiza na singularidade, numa dinâmica multifacetada, através das mediações sociais - a particularidade. (56) (p. 2)

Vejo uma possibilidade de diálogo com a posição de Piscitelli se considerarmos o que ela denominou “contextos específicos” como a dimensão da *particularidade*, que faz a mediação entre a universalidade e a singularidade. E se tomarmos sua crítica à universalização como uma crítica dirigida ao caráter idealista, engessante e homogeneizante que o conceito de universalidade frequentemente adquire no senso comum e em diversas teorias sociais. No entanto, para o materialismo histórico-dialético:

A universalidade é uma abstração que tem sua base concreta na própria realidade. Ela não pode ser compreendida por si mesma. Assim, a ciência, utilizando-se dessas abstrações mais gerais (representadas pelas categorias) pode fazer refletir adequadamente, no pensamento, o desenvolvimento processual da realidade em seu movimento concreto, em sua multilateralidade, dentro de suas complexas proporções. (56) (p. 3)

O referencial teórico-metodológico adotado nesta pesquisa propõe a análise do objeto de estudo em suas relações com o modo de produção e reprodução da vida na realidade particular da qual emerge. O esforço de compreender as condições materiais e simbólicas de produção da existência humana em um contexto *específico* elimina (ou deveria eliminar) qualquer pretensão universalista. No entanto, esta perspectiva teórica não elimina o fato de que toda/o pesquisador/a fala a partir de uma posição social resultante da intersecção das diferentes relações em que está inserida/o. Procurei explicitar a posição a partir da qual estou produzindo este trabalho na Apresentação e na Introdução.

Há que se considerar ainda que os próprios lugares legitimados para a produção de saber, ainda que sejam campos de disputa entre visões de mundo e projetos de sociedade conflitantes, são hegemônicos pelos interesses dominantes. Lerner (64) alerta as feministas sobre a importância de manter a crítica “diante do nosso próprio pensamento que, afinal, é um pensamento formado dentro da tradição patriarcal” (p. 65)³¹. Daí a necessidade de historicizar inclusive os conceitos e as categorias de análise, de forma a compreendê-los em sua relação com a totalidade histórico-social dentro da qual são produzidos, utilizados e transformados.

³¹ No original: “(...) ante nuestro propio pensamiento que, después de todo, es un pensamiento formado dentro de la tradición patriarcal”.

2.2 O feminismo socialista

Pode-se afirmar que o nascimento do feminismo socialista (enquanto crítica social e projeto político) é contemporâneo do próprio socialismo. Já os socialistas utópicos Saint-Simon e Fourier publicaram trabalhos sobre a relação entre a exploração da classe trabalhadora e a opressão das mulheres (65). Poucos anos depois, Flora Tristan, considerada uma socialista da fase de transição entre o utopismo e o marxismo e uma das primeiras a compreender a íntima relação existente entre a emancipação dos trabalhadores e a emancipação das mulheres, publicou duas obras que abordavam esta temática: “Um passeio por Londres” (1840) e “União Operária” (1843). Também os formuladores do socialismo científico - Karl Marx e Friedrich Engels - desde seus trabalhos iniciais criticaram o patriarcado e afirmaram a emancipação da mulher como parte fundamental da superação da sociedade de classes³².

A compreensão da especificidade da opressão das mulheres foi aprofundada por diversas autoras e autores marxistas até os dias atuais, gerando sempre novas polêmicas - o que reforça a hipótese de Teresa de Lauretis (apresentada no subitem 2.1), sobre os paradoxos e contradições provocados pelo exercício permanente de reflexão e autocrítica que caracteriza o pensamento feminista.

Sem desconsiderar as especificidades deste processo em cada contexto histórico-social, pode-se dizer que a incorporação das pautas feministas pelos movimentos de esquerda ao redor do mundo não ocorreu sem resistências. Em amplos setores destes movimentos, “a contradição capital/trabalho acabou por ser erigida em contradição principal, que absorvia todas as outras” (66) (p. 7). Este é um dos motivos pelos quais, além da participação nos partidos e movimentos de caráter classista, as feministas identificadas com os princípios do socialismo também criaram organizações próprias, tanto nas sociedades capitalistas quanto nas experiências socialistas³³.

³² “A sagrada família” foi a primeira obra escrita em colaboração por estes dois autores, em 1844 (sua primeira publicação data de 1845).

³³ A feminista Clara Zetkin, uma das principais lideranças do movimento socialista alemão e internacional no final do século XIX e início do século XX, resumiu as tensões causadas pela reivindicação de direitos para as mulheres nas organizações proletárias com as palavras: “A formação de uma organização internacional das mulheres proletárias e socialistas para uma ação

Apesar das tensões e resistências, na primeira oportunidade histórica concreta de implantação de um programa socialista, advinda com a Revolução Russa de 1917, a conquista de direitos para as mulheres avançou a passos largos, principalmente nos primeiros anos após a Revolução. Em pouco mais de uma década, foram instituídos o direito ao voto feminino, ao divórcio e ao aborto, o reconhecimento de uniões não formalizadas (através da extensão às mesmas dos direitos e deveres do casamento registrado) e a socialização do trabalho doméstico (com a criação de serviços públicos como creches, lavanderias e cantinas). Houve enormes avanços na educação e nas condições de trabalho (em geral e particularmente das mulheres)³⁴.

A maior parte destes direitos levaria décadas para ser instituída nos países capitalistas com as legislações mais avançadas, e a sua conquista de forma tão condensada (como a ocorrida na URSS entre 1917 e o final da década de 1920) não voltou a se repetir em nenhuma parte do mundo até os dias atuais. Tal feito se deve em grande medida ao desenvolvimento de um potente movimento feminista soviético no período pré-revolucionário (dirigido por Inessa Armand e Alexandra Kollontai)³⁵. No entanto, a partir de meados da década de 1930, impôs-se uma visão economicista, com graves retrocessos nos campos político, teórico, cultural e moral, que também atingiram duramente as conquistas feministas.

Não caberia analisar em detalhes, no âmbito desta pesquisa, as consequências da experiência política da URSS para a práxis feminista, bastando registrar aqui que esta experiência marcou de forma decisiva a trajetória do século XX, incluindo aí a do movimento feminista.

Passemos então às questões centrais levantadas e analisadas pelo feminismo socialista. Seus debates inaugurais se deram em torno da articulação entre a *divisão social* e a *divisão sexual do trabalho* - ambas entendidas como pré-existentes ao capitalismo, mas aprofundadas por este modo de produção. Estes debates emergiram no contexto das profundas mudanças produzidas em todos os âmbitos da vida social com a consolidação do

unitária e decidida nasceu à margem de sua organização, de forma autônoma” (Zetkin, 1976, *apud* Buonicore, 2012, pp. 143-4).

³⁴ Vide dados apresentados por Buonicore (65).

³⁵ É significativo, porém, que precisamente as pautas do programa feminista relacionadas à liberdade sexual das mulheres tenham sido as que encontraram maior resistência entre as lideranças do processo revolucionário.

capitalismo (ocorrida ao longo do século XIX na Europa e no início do século XX no Brasil). Neste processo, inicialmente as unidades de produção familiar foram transformadas em indústrias domésticas (cuja produção já se dirigia para o mercado mais amplo). Ante a necessidade objetiva de desenvolvimento das forças produtivas, houve uma transferência progressiva da produção para as fábricas.

Com o crescimento dos centros urbanos e a expansão da sociedade industrial, o trabalho produtivo passou a ser exercido no espaço público, separando-se da vida doméstica. Ou seja, a família perde a sua função de produção e torna-se uma unidade assalariada. Nesse contexto, disseminou-se a ideia de que o lugar da mulher era o lar, ficando sob sua responsabilidade o cuidado dos filhos e do marido – em que pese um grande número de mulheres das classes menos favorecidas integrar a produção social e ser fundamental para os homens o seu trabalho doméstico e extradoméstico. (67) (p. 286)

A separação entre as esferas da *produção* (dos bens materiais e culturais desenvolvidos por determinada sociedade) e a da *reprodução* (ou seja, as atividades necessárias à manutenção da vida, como alimentação, higiene e o cuidado de crianças, idosos e enfermos) transformou significativamente as relações sociais e, em especial, as relações de gênero. Os efeitos foram variáveis entre as classes sociais, mas a ideologia que sustentava o novo modo de divisão social e sexual do trabalho tinha uma pretensão de validade universal. Baseada em construções de gênero binárias e essencializantes, a ideologia classista e patriarcal preconizava que os homens deveriam se dedicar *necessária e prioritariamente* às tarefas da produção, enquanto a responsabilidade pelas tarefas reprodutivas recaiu (quase) *exclusivamente* sobre as mulheres - exercessem elas também um trabalho remunerado ou não.

A separação entre os dois tipos de atividade vem acompanhada de uma clara hierarquização: o trabalho reprodutivo é desvalorizado socialmente, não remunerado e praticamente invisível, ou seja, não é nem mesmo reconhecido enquanto trabalho; já o trabalho dito “produtivo” é valorizado pela ideologia dominante, pois é ali que ocorre a exploração direta dos trabalhadores, com a extração de *mais valia*, essencial à manutenção do capitalismo.

As primeiras elaborações sobre a divisão sexual do trabalho foram posteriormente criticadas quanto à rigidez das fronteiras estabelecidas entre, por um lado, o trabalho “produtivo” (associado à exploração, à extração de *mais valia* e à produção de valor de troca) e, por outro lado, o trabalho “reprodutivo” (associado à dominação/opressão e à produção de valores de uso). Na busca de compreender a integração destas duas esferas na organização do *conjunto do trabalho social*, novas formulações no campo feminista marxista contribuíram para a apreensão de sua complexidade e de suas contradições, nas diversas realidades estudadas.

Estes estudos se iniciaram na década de 1960 e ainda se mantêm vigorosos nos dias atuais, de modo que há uma extensa produção teórica sobre gênero e trabalho, na qual não será possível se aprofundar no âmbito desta pesquisa. Mas é importante reter ao menos algumas de suas questões fundamentais.

Primeiramente, a realização das “tarefas reprodutivas” no espaço doméstico são tão essenciais para o sistema capitalista quanto o “trabalho produtivo”, pois são aquelas que garantem a *reprodução gratuita da força de trabalho* - tanto daqueles já inseridos no mercado (ainda que estejam desempregados) quanto da nova geração de trabalhadores. No sentido inverso, os produtos do trabalho assalariado também são essenciais à reprodução da vida. Dada a interdependência destas duas esferas, a própria distinção produção/reprodução foi questionada por algumas autoras, para quem “a família permanece o lugar de uma exploração econômica das mulheres”³⁶ (20) (p. 258).

Em segundo lugar, o trabalho “reprodutivo” também pode se tornar assalariado, quando realizado para outros que não os próprios familiares, geralmente em unidades domésticas com renda *per capita* superior à da trabalhadora. Mesmo quando remunerado, o trabalho doméstico se mantém relativamente invisível, por ser realizado no espaço privado e na maioria das vezes sem contrato formal. Trabalhos como o de faxineira, babá, cozinheira e cuidadora são realizados majoritariamente por mulheres das camadas mais empobrecidas, sendo questões como etnia e nacionalidade/migração de grande importância na composição desta mão de obra na maioria dos países.

³⁶ Uma das questões teóricas levantadas pelas feministas marxistas pode ser assim formulada: se o trabalho doméstico não está incluído no salário pago à/ao trabalhador/a (sendo, porém, necessário para sua reprodução), isto não significa que o mesmo entra na composição da *mais valia*, autorizando então que se fale em *exploração do trabalho doméstico*?

Apenas nos últimos anos esta realidade vem ganhando alguma visibilidade, cujo desdobramento principal é a discussão sobre *direitos* - especialmente os trabalhistas, o que implica seu reconhecimento social enquanto trabalho. No Brasil, a principal conquista neste campo foi a aprovação, em 2013, daquela que ficou conhecida como “PEC das domésticas”, que garante direitos básicos (como salário mínimo, jornada de 8 horas diárias e pagamento de horas extras) às/aos trabalhadoras/es domésticas/os. Este desenvolvimento pode ser atribuído em parte à própria atuação do movimento feminista, mas também se deve ao intenso processo de mercantilização destas atividades, destacando-se o cuidado de idosos³⁷.

Por fim, temos as pesquisas que abordam a inserção das mulheres no mercado de trabalho e que dialogam com o campo mais amplo de estudos - principalmente sociológicos - sobre o trabalho. A primeira “missão” das feministas neste campo foi evidenciar as particularidades da exploração do trabalho feminino nos diversos contextos e períodos históricos. Este olhar sensível às relações de gênero encontra uma boa síntese na afirmação “a classe operária tem dois sexos”³⁸. Os estudos em questão revelaram a enorme desvantagem em que se encontram as mulheres também neste universo:

A participação da mulher no mercado de trabalho deu-se de forma crescente entre as décadas de 20 e 80, acompanhando os processos de industrialização e de urbanização da sociedade brasileira. Este período é marcado por continuidades no que diz respeito à inserção das mulheres no mundo do trabalho extra-doméstico - um grande contingente de mulheres ocupa posições não qualificadas, com vínculo empregatício e condições de trabalho precários, mal remuneradas e sem proteção social. Elas estão predominantemente nas ocupações femininas tradicionais - trabalho doméstico, atividades de produção para consumo próprio e do grupo familiar - e em certos nichos - magistério, enfermagem, comércio, telefonia, alguns setores industriais, como os ramos têxtil e do vestuário, e nos serviços pessoais como cabelereiras, manicures, lavadeiras. (68) (p. 133)

³⁷ Há uma linha de pesquisa específica sobre gênero e cuidado, desenvolvida principalmente na Europa, mas que vem se expandindo rapidamente para outras regiões, inclusive o Brasil. Para um aprofundamento teórico neste tema, sugiro a leitura dos trabalhos de Helena Hirata.

³⁸ Título da obra que compila artigos escritos por Elisabeth Souza-Lobo entre 1982 e 1991, organizada por suas companheiras de militância em sua homenagem. O livro “A classe operária tem dois sexos: trabalho, dominação e resistência” foi publicado no mesmo ano de sua morte trágica em um acidente de carro, em 1991, e reeditado pela Fundação Perseu Abramo em 2011.

A partir da década de 1990, os processos de globalização e de reestruturação produtiva provocaram mudanças significativas no mundo do trabalho. Para a classe trabalhadora, estas mudanças se traduzem em uma degradação das condições e relações de trabalho, que “incidem de forma especial e mais aguda sobre as mulheres trabalhadoras, pois, no seu caso, as novas formas de exclusão se sobrepõem aos antigos mecanismos de exclusão de gênero, potencializando-os” (68) (p. 135).

Neste contexto, o termo “feminização do trabalho”, que vem sendo empregado por pesquisadoras e pesquisadores do assunto, carrega diversos significados. Destes, o mais evidente talvez seja a tendência de maior participação das mulheres em setores tradicionalmente ocupados por homens, devendo-se considerar, porém, a permanência da baixa ocupação de cargos de direção e a manutenção de nichos “femininos” no mercado de trabalho. Um segundo significado está relacionado à precarização das condições e relações de trabalho atuais, que lhes confere características semelhantes às aquelas historicamente predominantes no trabalho feminino. Tal situação levou Antônio Negri a afirmar que, na sociedade contemporânea, “trabalhar se conjuga antes no feminino que no masculino” (*apud* Araújo, 2002, pp. 134-5). O terceiro sentido que pode ser atribuído ao fenômeno da “feminização do trabalho” é o requerimento de novas habilidades, consideradas tradicionalmente femininas, pelos novos métodos de gerenciamento da produção e dos serviços.

No entanto, isto não significa que a crescente importância da subjetividade e destas “qualificações femininas”, como elementos fundamentais para a melhoria da qualidade e para o aumento da produtividade, tenha alterado de modo significativo a situação de segregação e confinamento em que se encontram as mulheres no mercado de trabalho. (...) as mulheres, em sua maioria, estão sendo incorporadas através dos contratos por tempo determinado, com jornada parcial, atividades por conta própria e trabalho a domicílio - que vem sendo utilizado com mais frequência como forma de redução de custos - ou ainda nos postos informais, sem registro em carteira, de pequenas empresas subcontratadas tanto no setor de serviços quanto na indústria. (68) (p. 135)

Os estudos feministas mais recentes sobre o mundo do trabalho também abordam outros efeitos das transformações em curso, como a heterogeneização da mão de

obra feminina, ou seja, a tendência de aumento das desigualdades entre as próprias mulheres, na qual as desigualdades étnico-raciais desempenham um papel essencial.

Nos últimos anos - e não apenas em relação à categoria trabalho - vêm ganhando espaço no campo dos estudos de gênero as análises que tomam como ponto de partida “as conceitualizações que integram, numa unidade indissociável, sexo, raça e classe” (69). O conceito mais utilizado nestas abordagens é o de *interseccionalidade*. No entanto, o mesmo é questionado por autoras como Kergoat (70), que critica a noção “geométrica” de intersecção, na qual as categorias analíticas seriam naturalizadas e as posições sociais fixadas, mascarando a dinâmica das relações sociais de dominação e resistência.

Esta autora trabalha, desde os anos 1970, com dois outros conceitos: o de *consustancialidade* e o de *coextensividade*. O primeiro é definido como “o entrecruzamento dinâmico e complexo do conjunto de relações sociais, cada uma imprimindo sua marca nas outras, ajustando-se às outras e construindo-se de maneira recíproca”; já a coextensividade “aponta para o dinamismo das relações sociais” e “procura dar conta do fato de que elas se produzem mutuamente” (70) (p. 100). No final do mesmo artigo, Kergoat explicita o sentido político do uso destes conceitos:

Compreender melhor as relações sociais e seu entrelaçamento, analisá-las e elaborar um método para pensá-las, é dar um passo em direção à sua superação. Recusar-se a pensar por ideias e categorias fixas (raciocínio que leva a aporias em termos de ação política, como vimos - cf. os debates sobre o uso do véu islâmico) permite recolocar no centro da análise o sujeito político (e não a vítima de múltiplas dominações), levando em consideração todas as suas práticas, frequentemente ambíguas e ambivalentes. Trata-se de um esforço para pensar - e para fornecer um método para pensar - tanto a pluralidade dos regimes de poder como a alquimia que transforma, em mais ou menos longo prazo, esta dominação interiorizada em práticas de resistência. É, portanto, um método para detectar os germes de utopia na realidade social contemporânea. (p. 103)

Estas concepções surgiram de forma embrionária nas décadas de 1960 e 1970, nas formulações teóricas do feminismo, das lutas pela libertação sexual, dos movimentos anti-racistas e anticolonialistas. Influenciadas pelos intensos debates travados neste período, algumas vertentes do feminismo socialista também ampliaram seu entendimento sobre as diversas formas de *opressão*, reconhecendo que muitos de seus mecanismos

“transbordavam” a luta de classes. As implicações políticas desta mudança de olhar do movimento feminista foram analisadas por Piscitelli (59):

(...) o desenvolvimento do conceito de opressão incidiu num alargamento dos significados do político. (...) a política passava a envolver qualquer relação de poder, independentemente de estar ou não relacionada com a esfera pública. (...) A conhecida ideia “o pessoal é político” foi implementada para mapear um sistema de dominação que operava no nível da relação mais íntima de cada homem com cada mulher. (p. 12)

Nas décadas de 1970 e 1980, multiplicaram-se estudos focados em temas como família, casamento, sexualidade, prostituição, maternidade e violência, que apontavam a diversidade de configurações possíveis destas experiências entre as diferentes culturas (e entre grupos sociais dentro de uma mesma cultura), além da singularidade de sua vivência por cada sujeito. Ao mesmo tempo, reconheciam-se, nas múltiplas construções ideológicas e nas várias formas de violência que organizavam estas experiências (material e simbolicamente), as manifestações particulares de um sistema opressor que visava controlar as funções reprodutivas femininas: o *patriarcado*.

A ideologia patriarcal atribui características físicas, psicológicas e comportamentais opostas a homens e mulheres, expressas em termos de atividade/passividade, razão/emoção, força/delicadeza, autoridade/submissão etc. As funções sociais masculinas e femininas seriam uma decorrência natural destas características, concebidas como complementares. Assim, as mulheres estariam naturalmente destinadas à maternidade e aos cuidados, e os homens ao provimento das condições materiais de vida e à gestão da sociedade, em todas as suas dimensões.

Segundo Izquierdo (1), uma sociedade é sexista quando o lugar ocupado pelos sujeitos está relacionado à atribuição, desde o momento de seu nascimento, a uma das categorias sexuais estabelecidas, classificação esta que prescreve/delimita um campo de possibilidades de subjetivação e de conformação de estilos de vida, aspirações e projetos. Não se trata apenas de classificar, de atribuir posições, de diferenciar, mas também de construir hierarquias, ou seja, trata-se de relações de poder.

As ideologias são interiorizadas por homens e mulheres em seu processo de socialização, necessário para a assimilação dos valores e das prescrições sociais de

determinada cultura. Este processo se dá através da relação dos sujeitos com as diversas instituições sociais, desde as instâncias primárias de socialização, como a família e a escola, até as instituições médicas, jurídicas, religiosas, científicas, do mundo do trabalho etc. Nas sociedades capitalistas, as instituições simultaneamente produzem e são produzidas por ideologias classistas, racistas e patriarcais intimamente articuladas entre si.

No entanto, os valores morais, normas, hábitos, crenças, técnicas e conhecimentos não são nem transmitidos nem interiorizados mecanicamente. Pelo contrário, os mesmos são constantemente ressignificados e transformados, tanto no processo de sua produção social quanto nas formas variáveis de sua assimilação pelos sujeitos. Assim, há contradições e conflitos intrínsecos às construções ideológicas que compõem o universo simbólico de cada cultura. Nestas incoerências “internas” às ideologias e no fato de não corresponderem à realidade vivida pelos grupos sociais oprimidos residem as possibilidades concretas de sua superação, que passa pela formação de consciência e pela resistência organizada.

Ideologia e violência são as duas faces de um mesmo processo de dominação-exploração-opressão. A manutenção da ordem patriarcal de gênero requer o uso sistemático da violência, legitimada pelas construções ideológicas e perpetrada pelas instituições sociais referidas acima. Segundo uma das principais pesquisadoras da violência contra as mulheres no Brasil:

A violência de gênero expressará, deste modo, um ato masculino para a aculturação da mulher nos referentes do mais antigo e maior poder do masculino, que é o patriarcado. Em crises ou ameaças de ruptura dessa dominação tradicional, comportamentos de reconquista do poder e da autoridade perdidos ou simplesmente de prevenção dessa perda serão não só possíveis, no universo simbólico da masculinidade hegemônica, mas necessários. (71) (pp. 1023-4)

Em outro artigo, Schraiber (72) discrimina os atos e comportamentos concretos incluídos na definição de violência contra a mulher:

(...) quanto aos atos e comportamentos, podemos assumir que a violência contra a mulher em geral diz respeito a assassinatos, estupros, agressões físicas e sexuais, abusos emocionais, assédio sexual, espancamentos, compêlir a pânico, aterrorizar, prostituição forçada, coerção à pornografia,

mutilação genital, violência por causa de dote, violação conjugal, violência tolerada ou perpetrada pelo Estado (crimes de guerra, por exemplo), todos eles dirigidos contra a mulher. Esta violência inclui, ainda, por referência ao âmbito da vida familiar, além das agressões e abusos já discriminados, impedimentos ao trabalho ou estudo, recusa de apoio financeiro para a lida doméstica, controle dos bens do casal e/ou dos bens da mulher exclusivamente pelos homens da casa, ameaças de expulsão da casa e perda de bens, como forma de ‘educar’ ou punir por comportamentos que a mulher tenha adotado (Heise *et al.*, 1999). (p. 43)

Mais de 70% dos casos de violência contra a mulher no Brasil ocorrem dentro de casa³⁹, motivo pelo qual a *violência doméstica* é a mais pesquisada no campo dos estudos de gênero. Este tipo de violência se caracteriza pela repetição/rotinização, pelo borramento das fronteiras entre as esferas psicológica, física e sexual e pela gravidade crescente dos episódios de agressão, sendo o principal agressor, em mais de 80% dos casos, o parceiro íntimo ou ex-parceiro (71).

As pesquisas apontam a ambiguidade de sentimentos e comportamentos nas vítimas de agressões e abusos cometidos por pessoas com as quais mantêm uma relação afetiva. Vergonha, humilhação, culpa, medo e raiva convivem com a busca de justificativas para a violência, com a expectativa de mudança de atitude do parceiro e com a insegurança (afetiva e/ou econômica); esta última é agravada pela insuficiência de políticas públicas de proteção e apoio às vítimas de violência. Além disso, apesar dos avanços significativos alcançados pelas campanhas feministas - sintetizadas em máximas como “em briga de marido e mulher se mete a colher” e “quem ama não mata” -, em diversos contextos socioculturais a violência doméstica ainda é tratada como um assunto privado. Para as próprias mulheres que a sofrem:

São muitos os matizes que recobrem as representações da violência, e que parecem estar ligados tanto a uma diferenciação entre o que acontece com ela própria e o que ocorre em geral na sociedade, como a outras dimensões correlacionadas a esta diferenciação, como: o grau de implicação que teria a mulher no episódio de violência como sujeito em uma relação interpessoal e a responsabilidade que daí adviria; a pressão de ordem sociocultural que estigmatiza a violência do âmbito doméstico; o

³⁹ Fonte: relatório da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) da Violência Contra Mulher, disponível em <http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/25856:relatorio-da-cpmi-da-violencia-contra-a-mulher-sugere-aco-es-ao-cnj>

não reconhecimento desta forma de violência como violação do direito.
(72) (p. 51)

Assim, apesar do aumento significativo de denúncias e de busca de ajuda nos últimos anos, o silêncio e a invisibilidade continuam sendo a marca da violência de gênero em suas várias formas de manifestação, e da violência doméstica em particular (72).

Concluo aqui este subitem, acreditando ter abordado os temas, conceitos e categorias fundamentais criados, assimilados e/ou desenvolvidos pelas feministas socialistas para uma análise da realidade que vise sua transformação. Remeto ao Capítulo IV (discussão e análise do material de campo) outras reflexões teóricas e resultados de pesquisas sobre relações familiares e conjugais, sexualidade, prostituição, maternidade, trabalho e violência pertinentes a esta pesquisa. Desse modo, a produção acadêmica relacionada aos referidos temas será trazida já em um diálogo com o objeto de estudo.

Entendo que as principais contribuições do feminismo socialista para a compreensão da realidade enquanto totalidade histórico-social - proposta pela teoria marxista - foram a problematização da esfera da reprodução (indissociável do mundo da produção) e a elaboração do conceito de opressão, ao lado do de exploração. A complexificação da análise teórica foi acompanhada de novas reivindicações políticas, cujo lugar, na perspectiva feminista, não poderia ser apenas o de apêndice dos projetos de transformação social.

2.3 O movimento feminista na encruzilhada do início do século XXI

A história do Brasil é marcada pela herança colonial e escravocrata, pela superexploração do trabalho (decorrente da posição periférica ocupada pelo país no capitalismo global) e por uma tradição de autoritarismo e violência nas relações sociais. Este contexto levou os movimentos sociais a construírem frentes amplas para o enfrentamento da repressão política e produziu a trajetória “marcadamente esquerdista” do movimento feminista no Brasil (73). Assim, a íntima articulação com as lutas gerais e a necessidade de priorizar as questões concretas e urgentes da sobrevivência cotidiana conferiram à luta feminista em nosso país um caráter classista, de luta contra todas as formas de opressão, pelas liberdades democráticas e pelos ideais socialistas.

As conquistas alcançadas ao longo desta trajetória são muitas e inegáveis: o direito ao voto feminino (conquistado em 1932), ao trabalho e à educação para mulheres (ampliados ao longo do século XX); o direito ao divórcio (conquistado em 1977); a criação de políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher, a partir de meados da década de 1980. No entanto, é bastante revelador do moralismo reinante na sociedade brasileira o fato de os direitos sexuais e reprodutivos e o direito ao trabalho das prostitutas, por exemplo, - considerados “direitos sujos” - venham “mancando” atrás dos direitos conquistados nas outras esferas da vida social.

Segundo relatório do Grupo Gay da Bahia⁴⁰, “o Brasil continua sendo o campeão mundial de crimes homo-transfóbicos”, com 312 assassinatos de gays, travestis, lésbicas e bissexuais documentados em 2013. No “Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil: ano de 2012”, publicado pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), constam 27,34 violações de direitos humanos de caráter homofóbico por dia, atingindo 13,29 pessoas por dia no país (dados que revelam um padrão de sobreposição de violências cometidas contra essa população). Há que se considerar ainda que este tipo de violência é das mais subnotificadas em nosso país.

Somente em 2013, uma decisão do STF regulamentou o casamento civil entre pessoas do mesmo sexo em todo o Brasil. Mas o direito ao casamento igualitário ainda não está garantido na Constituição e no Código Civil, o que significa que ainda pode ser revertido - e principalmente os parlamentares ligados a grupos religiosos de caráter fundamentalista têm empreendido um grande esforço neste sentido.

O Brasil também está muito longe de garantir os direitos reprodutivos em sua plenitude. A concepção da maternidade como direito pressupõe a liberdade de decisão sobre se, quando e quantos filhos ter, o que também implica amparo social para as mulheres/casais/famílias que desejarem ter esta experiência. Em termos de políticas de saúde, o direito à maternidade se concretiza no acesso a uma assistência qualificada e humanizada ao planejamento reprodutivo, à gravidez, ao parto e ao puerpério, mas também

⁴⁰ Disponível em:

<http://www.midianews.com.br/storage/webdisco/2014/02/14/outros/747486191270d149b81fdfe548b921d1.pdf>

no direito de não levar adiante uma gravidez indesejada, ou seja, na possibilidade de sua interrupção em serviços de saúde públicos, humanizados e de qualidade.

O Brasil é um dos países com os piores dados no que se refere à assistência obstétrica, cujos efeitos são ainda mais desastrosos em relação ao aborto, prática ilegal em nosso país. A estimativa do número de abortos clandestinos realizados no Brasil em 2000 é de até 1,4 milhão⁴¹, demonstrando que a ilegalidade não impede que sejam feitos, mas aumenta enormemente os riscos associados à sua realização em condições inseguras. Apesar de todas as consequências trágicas da criminalização do aborto, pode-se dizer que a luta pela sua legalização é a pauta feminista que menos avançou no Brasil. As perspectivas se tornaram ainda mais desfavoráveis nos últimos anos, com a ofensiva reacionária liderada principalmente por representantes das igrejas neopentecostais - não apenas, mas de forma particularmente agressiva, em relação a este tema.

Em outras frentes de luta pela garantia dos direitos reprodutivos, assistimos a avanços importantes. A constituição de um movimento abrangente, nacionalmente articulado, tem contribuído para a ampliação do debate sobre a maternidade enquanto direito individual e social, através da denúncia das diversas formas de violência obstétrica, do questionamento da medicalização dos ciclos reprodutivos e de propostas de humanização do parto (tanto em ambiente hospitalar quanto extra-hospitalar).

Por outro lado, as reivindicações atuais do movimento feminista referentes ao direito à saúde se mantêm praticamente idênticas às aquelas levantadas pelo PAISM (“Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática”), lançado pelo Ministério da Saúde em 1984 e considerado como marco histórico desta luta.

Por fim, não é possível deixar de citar as discussões em torno da regulamentação da prostituição no cenário político brasileiro atual. Este tema extremamente polêmico, inclusive no movimento feminista, ganhou visibilidade nos últimos anos, com a organização das prostitutas e a emergência de questões relacionadas principalmente aos direitos trabalhistas, à saúde e à violência à qual estas trabalhadoras estão expostas.

⁴¹ Dados do “Dossiê Aborto Inseguro”, produzido pela Rede Feminista de Saúde e acessível em <http://www.redesaude.org.br/home/biblioteca.php>. Pelo mesmo link, é possível acessar outros dossiês, além de artigos, boletins, cartilhas, normas técnicas, legislações, políticas e programas, todos relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos.

O PL (Projeto de Lei) 4.211/2012, denominado “Lei Gabriela Leite”, de autoria do deputado federal Jean Wyllys (PSOL-RJ), visa reduzir o estigma da prostituição e a marginalização das pessoas que a exercem, garantir os direitos dos trabalhadores do sexo e distinguir entre o exercício regular e voluntário da profissão e a exploração sexual. A proposta é que sejam enquadradas nesta última, além da exploração de menores de dezoito anos ou de pessoas que não gozem plenamente de suas faculdades mentais, as seguintes situações: “apropriação total ou maior que 50% do rendimento de prestação de serviço sexual por terceiro; o não pagamento pelo serviço sexual contratado; forçar alguém a praticar prostituição mediante grave ameaça ou violência”.

Com a legalização das casas de prostituição, espera-se evitar abusos de cafetões e da polícia, além de garantir o cumprimento de normas em relação a higiene, controle sanitário, infraestrutura, segurança, saúde etc. A proposta também permite às prostitutas se organizarem em cooperativas (atualmente, a associação para prostituição é crime), possibilitando maior autonomia no exercício da profissão. Por fim, o PL propõe assegurar ao profissional do sexo a aposentadoria especial de 25 anos de contribuição, já garantida para as categorias profissionais cujas condições de trabalho são prejudiciais à saúde ou à integridade física.

Este debate tem alguns paralelos com a crítica ao modelo proibicionista adotado em relação às drogas (discutido no Capítulo I). Em última instância, trata-se de reduzir os danos associados à prática da prostituição sob as condições atuais. No entanto, também em relação a esta problemática, o conservadorismo da elite política do país, a estigmatização social da prostituição e os interesses econômicos envolvidos na manutenção de sua condição de ilegalidade tornam difícil vislumbrar avanços significativos a curto ou médio prazo. Mas a entrada desta discussão na pauta política nacional ao menos explicita as diversas formas de tratamento da prostituição em disputa e amplia o espaço para uma perspectiva comprometida com os direitos humanos de uma população historicamente discriminada.

Não é demais lembrar que as mulheres negras e pardas e as pertencentes às classes sociais mais baixas são as mais vulneráveis à violação de direitos sexuais e reprodutivos, aos riscos e danos relacionados à prostituição e às diversas formas de violência perpetradas pela sociedade racista, patriarcal e classista que é a brasileira.

Seguindo uma tendência geral das sociedades ocidentais, nos últimos anos diversas políticas para mulheres vêm sendo implementadas pelo Estado brasileiro. A partir da década de 1990, foram criadas Secretarias de Políticas para as Mulheres e Conselhos dos Direitos da Mulher nos três níveis de governo, além do desenvolvimento de políticas específicas para a população feminina em diversos setores. Paralelamente, multiplicaram-se os serviços ligados ao “terceiro setor”, com financiamento misto (público e privado). Esta realidade permite afirmar que o feminismo vem passando por um processo de *institucionalização*.

Os potenciais ganhos e os riscos associados à tática de conquista de direitos através da ocupação das instituições da sociedade capitalista é uma questão antiga e bastante polêmica nos movimentos que lutam por sua superação. A perspectiva adotada neste trabalho reconhece a importância da ampliação de direitos possível dentro dos limites do Estado Democrático de Direito. O principal exemplo histórico neste sentido é a construção dos Estados de Bem-Estar Social na Europa Ocidental no período pós-Segunda Guerra Mundial até a década de 1980, resultado da organização política da classe trabalhadora desde o século XIX. No entanto, as conquistas se limitam às demandas assimiláveis pela ordem social gerida por esta institucionalidade, em cada formação histórico-social específica. Mais que isso: ainda que estas conquistas sejam generalizáveis a virtualmente toda a população de determinada nação, elas não o são para toda a humanidade, dada a própria lógica de acumulação (baseada na exploração do trabalho) que organiza as relações sociais em nível global.

Assim, não se trata de questionar a legitimidade da luta institucional, mas o lugar que ela ocupa dentro de uma estratégia mais ampla de luta política. A história já demonstrou inúmeras vezes que os movimentos que têm como horizonte a superação da desigualdade e das injustiças produzidas pela ordem racista-patriarcal-capitalista não cumprirão seus objetivos se priorizarem a ocupação de espaços institucionais que existem precisamente para gerir esta ordem. Transformar a luta por reformas em estratégia única ou central leva à cooptação de lideranças e ao enquadramento das reivindicações do movimento nos limites da institucionalidade, mais do que à efetiva transformação das relações sociais.

No caso das políticas para mulheres, assim como nas demais políticas sociais da atualidade, trata-se de políticas focais, incapazes de compensar as enormes perdas decorrentes da política macroeconômica (como a precarização do trabalho e o sucateamento de setores como a saúde e a previdência social). Ou seja, é como “tirar com escavadeira e repor com colher de chá”.

A Reforma da Previdência realizada em 2003 no Brasil é um dos exemplos mais dramáticos de perda de direitos para a classe trabalhadora como um todo, mas sobretudo para as mulheres trabalhadoras. Conforme o documento publicado em 2003 pelo CFEMEA (Centro Feminista de Estudos e Assessoria), intitulado “As mulheres na Reforma da Previdência: o desafio da inclusão social” e produzido a partir de uma articulação com 37 organizações feministas (75):

A atual proposta de reforma previdenciária, já encaminhada pelo governo Lula ao Congresso, além de não corrigir essas injustiças anteriores para as mulheres e para os trabalhadores de baixa renda que ingressam cedo no mercado de trabalho, pode provocar uma precarização sem precedentes das servidoras e dos servidores públicos, sobretudo daqueles que trabalham nas áreas de saúde e educação cujo contingente é predominantemente feminino. Ao supostamente fazer uma tentativa de “igualar” os dois regimes (o geral e o próprio) mantendo regras anteriores, o que se está promovendo é um perigoso nivelamento por baixo. A reforma terá impacto, portanto, não apenas sobre cada uma das mulheres trabalhadoras individualmente - sejam elas do setor privado ou do setor público - mas afetará suas respectivas famílias crescentemente dependentes da figura feminina. Diante do quadro social brasileiro, os efeitos sociais dessa reforma serão ainda mais graves frente ao número crescente de mulheres vulnerabilizadas pela velhice, pela doença, pelo desamparo, pela responsabilidade familiar crescente, mergulhadas em situações de pobreza e precariedade. (p. 41)

Outras políticas são apresentadas como grandes avanços para a superação da desigualdade de gênero, mas não recebem os recursos necessários à sua plena implementação, como o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher, lançado em 2007. A estrutura absolutamente insuficiente da rede de serviços especializados e o despreparo dos profissionais que prestam atendimento às mulheres vítimas de violência tornam seu impacto reduzido diante da dimensão desta problemática na sociedade brasileira.

Por fim, temos as políticas neoconservadoras, frequentemente fundamentadas em valores religiosos, como o PL 478/2007, que está em tramitação na Câmara dos Deputados. Mais conhecido como Estatuto do Nascituro, o mesmo propõe a criminalização do aborto nas situações em que este procedimento é permitido pela Lei atual (nos casos de estupro, gravidez com riscos à saúde materna e gravidez de fetos anencefálicos), além do pagamento de pensão alimentícia até a maioridade pelo esturador/genitor ou pelo Estado, caso o primeiro não seja identificado. Este PL vem sendo duramente criticado pelo movimento feminista, que o apelidou de “bolsa-estupro”. Obrigar as mulheres a darem à luz a uma criança concebida por estupro ou portadora de malformações incompatíveis com a vida, ou ainda em circunstâncias que colocam em risco a saúde (ou a vida) materna, representa a radicalização da noção que o feminismo chamou de “maternidade compulsória”. Este princípio já embasa ideologicamente a legislação atual, que proíbe a realização do aborto fora destas condições.

Estes são apenas alguns exemplos que representam, respectivamente, as práticas liberais, populistas e reacionárias existentes no cenário político brasileiro neste início do século XXI.

O processo acelerado de globalização sob o signo do neoliberalismo exacerbou a cultura do individualismo e da competitividade, que por sua vez contribuiu para legitimar a retração do Estado na garantia de direitos e de proteção social. Segundo os princípios e valores da ideologia liberal, os indivíduos agem livremente, sendo responsáveis por suas conquistas e por seus fracassos. Com os avanços conquistados nos planos institucional/legal e cultural, atualmente todas as possibilidades estariam abertas também às mulheres: a realização na vida profissional, a constituição de família (inclusive sob novos arranjos), a vivência da sexualidade de forma mais livre. Assim, as lutas travadas pelo movimento feminista ter-se-iam tornado obsoletas:

O discurso neoliberal considera os feminismos uma “velharia do passado”. Para que servem as lutas feministas se cada mulher pode, por mérito próprio, atingir a igualdade e o sucesso? A igualdade de oportunidades existe porque o quadro legislativo consigna direitos. É, pois, um desafio de cada mulher escolher o seu percurso de vida. As discriminações positivas são encaradas como medidas protecionistas e paternalistas das mulheres. Tal como afirmava Margaret Thatcher: “Eu tive sucesso por mérito próprio; as mulheres não deveriam esperar por

especiais favores ou tratamento”. A materialização dos direitos é uma questão de evolução das mentalidades. Desvaloriza-se o papel do Estado na criação de condições sociais. (66) (p. 8)

O quadro descrito evidencia os enormes desafios colocados para o feminismo na atualidade. Está em curso uma mudança profunda no cenário político internacional. Enquanto se observa o refluxo dos modelos de organização e das estratégias de luta desenvolvidos pelos movimentos sociais “pós-1968”, surgem novos desenvolvimentos teóricos e novas formas de ação política. Neste sentido, o movimento feminista é emblemático. Se nos anos 1970 era possível distinguir de forma relativamente clara as correntes feministas radical, socialista-marxista e liberal, atualmente está aberto um processo de reconfiguração do movimento feminista. Neste processo, a emergência do pensamento desconstrutivista (apresentado no subitem 2.1 deste capítulo), a reorganização dos movimentos da esquerda tradicional e a hegemonia neoliberal nos planos econômico e ideológico parecem ser as forças determinantes.

3. A constituição dos sujeitos sociais - subjetividade social e individual

Passemos então à terceira e última parte deste Capítulo, que tratará do processo de constituição dos sujeitos. A teoria da subjetividade adotada como referência epistemológica e metodológica nesta pesquisa será aquela desenvolvida pelo psicólogo cubano Fernando Luís González Rey. A Epistemologia Qualitativa formulada por este autor é um desenvolvimento da teoria histórico-cultural da subjetividade, inaugurada nas décadas de 1920 e 1930 pela vertente da psicologia soviética da qual Lev S. Vygotsky foi o principal representante.

González Rey (76, 77) faz uma crítica ampla e profunda aos fundamentos teórico-metodológicos das correntes de pensamento dominantes nos diferentes momentos da história da psicologia⁴² e propõe uma abordagem da subjetividade individual e social a partir de uma perspectiva marxista crítica.

⁴² O autor critica inclusive o desenvolvimento ulterior da psicologia soviética em direção a um reducionismo e mecanicismo coerentes com a versão materialista que se impôs a todas as dimensões da vida social na antiga URSS a partir dos anos 1930, e que não tinha mais nada de

O conceito de classe representa, a meu ver, uma primeira contribuição interessante para o desenvolvimento do conceito de sujeito social. Só que, para Marx, o que impulsionava a ação de uma classe era sua posição com relação ao processo produtivo, enquanto que a história nos mostra que os sujeitos sociais se configuram subjetivamente em determinados momentos históricos, sem excluir a participação do econômico nesses processos de subjetivação, mas também não considerando o econômico como determinante privilegiado nem último. A constituição dos sujeitos sociais é um processo que integra de várias formas elementos da subjetividade social e individual e não o processo objetivamente justificado que o marxismo tentou visualizar através da luta de classes. (77) (p. 151)

A partir da crítica ao racionalismo que identifica no pensamento de Marx, no qual o indivíduo apareceria muito mais como um agente governado por forças macrossociais do que como sujeito, e incorporando reflexões de outros autores que se debruçaram sobre o tema do sujeito, este autor desenvolve uma teoria da subjetividade cujas categorias principais apresentarei a seguir.

Assim como as formulações de outras correntes críticas no campo da psicologia, os conceitos e categorias elaborados por González Rey buscam romper com as dicotomias que atravessam toda a história do pensamento psicológico, nomeadamente as dicotomias objetivo-subjetivo, interno-externo, individual-social. A Epistemologia Qualitativa rejeita tanto a “determinação direta e linear da subjetividade individual por um ‘social’ colocado em uma dimensão externa e objetiva com relação ao indivíduo” (77) (p. 128) quanto as variadas formas de determinismo de natureza intrapsíquica que historicamente dominaram a produção científica e as práticas da psicologia. No lugar dos determinismos social e individual, há uma compreensão da *unidade dialética entre indivíduo e sociedade*, que se expressa no reconhecimento da “condição subjetiva, geradora, participativa do sujeito individual” e da “necessidade de integrá-lo aos processos sociais que constitui e nos quais se constitui na multiplicidade de caminhos possíveis da produção de sentidos subjetivos” (77) (p. 142).

A subjetividade é compreendida enquanto *configuração histórica de sentidos*. Ao mesmo tempo em que os sentidos subjetivos são permanentemente produzidos nos

histórico e dialético (77). Na mesma obra, o modo como o pensamento de Vygotsky foi hegemonicamente apropriado pela psicologia ocidental também é criticado.

diversos espaços sociais, eles constituem a subjetividade individual e social em suas configurações históricas singulares e, assim, as possibilidades de produção de sentido em cada momento e contexto histórico-social específico. Esta concepção dialética e processual de sujeito está bem expressa na seguinte formulação:

A produção de sentidos está configurada sobre a base de elementos de procedência muito variada, que se articulam entre si como elementos de sentido no espaço sensível de uma configuração subjetiva em desenvolvimento. Nenhum evento adquire sentido isoladamente por sua condição objetiva. Toda produção de sentido produz-se na moldura de uma configuração que tem uma história e na qual o novo evento surge no processo de desenvolvimento de uma configuração subjetiva e só adquire sentido subjetivo como momento desse desenvolvimento. (77) (p. 143)

No presente estudo, o espaço dialógico criado pelas entrevistas pode ser considerado um contexto produtor de sentidos, mas necessariamente - conforme a citação acima - “na moldura de uma configuração que tem uma história”. Como a configuração histórica de sentidos subjetivos se constitui através da experiência social, conhecer o processo de produção de sentidos e sua forma de organização em um sujeito singular implica um conhecimento sobre os espaços sociais pelos quais este transita/transitou ao longo de sua história.

No curso diferenciado da ação do sujeito em seus vários campos e diante de suas várias experiências, assim como na construção sobre esses acontecimentos e de sua própria autobiografia, produz-se uma história social diferenciada que nos põe em contato com o mundo social através de uma história pessoal. (77) (p. 160)

O registro subjetivo da experiência social integra elementos simbólicos e emocionais constituídos na história do sujeito, em um processo que não está subordinado a uma lógica racional de apreensão de uma realidade externa. Pelo contrário, os sentidos subjetivos são sempre diversos e contraditórios.

Cada configuração de sentidos relativos a uma experiência ou campo de expressão pode estar associada a sentidos referentes a diferentes espaços da vida social, pelo que o estudo de casos nos irá informar de forma constante dos destinos e cenários das práticas sociais do sujeito. Deste modo, pela própria natureza da subjetividade, na investigação aparecerão

de forma simultânea informações procedentes dos diferentes sistemas de constituição subjetiva: o individual e o social. (76) (p. 267)

Esta reflexão elaborada a partir do campo da psicologia dialoga com categorias fundamentais do referencial teórico mais amplo da presente pesquisa: a singularidade, a particularidade e a universalidade. Estas três esferas se constituem reciprocamente, sendo, portanto, indissociáveis; o esforço de compreender suas articulações e os processos através dos quais se realiza sua mútua construção perpassa todo este estudo.

CAPÍTULO III

A CONSTRUÇÃO DE UM CAMINHO METODOLÓGICO

O caminho metodológico da presente pesquisa foi construído a partir de uma *práxis* que se referencia na visão de mundo e de sujeito apresentada no marco teórico (Capítulo II).

A *práxis* tem como ponto de partida e de chegada a realidade concreta, entendida como essencialmente contraditória e em permanente transformação (63). Assim, o momento inicial da investigação se dá com a seleção de um objeto como ponto de partida, que será analisado em seu movimento histórico, a partir das relações contraditórias que o atravessam e o constituem. No processo de análise, estas relações “transbordam” o objeto de estudo, através da revelação das mediações específicas que as ligam entre si e a uma totalidade histórico-social. Importa ressaltar que esta totalidade é sempre considerada provisória e incompleta, pela sua própria dinâmica e pelo fato de ser conformada a partir das relações consideradas relevantes pela pesquisadora na construção do objeto inicial.

As narrativas das histórias de vida que constituem o material de campo desta pesquisa serão analisadas através da abordagem proposta pela Epistemologia Qualitativa, cujos fundamentos teóricos foram discutidos no final do Capítulo II e cujos aspectos metodológicos serão discutidos no terceiro item deste Capítulo. Ao momento de análise deve suceder o da síntese, no qual o objeto é ressignificado pela compreensão de sua inserção no processo histórico-social. Assim, a realidade analisada é apreendida não mais em sua imediatez, mas em sua complexidade e multiplicidade.

A síntese é a visão de conjunto que permite ao homem descobrir a estrutura significativa da realidade com que se defronta, numa situação dada. E é essa estrutura significativa - que a visão de conjunto proporciona - que é chamada de totalidade. (55) (pág. 18)

Nas Considerações Finais, realizarei a síntese definida por Konder na citação acima, procurando reinserir o objeto de estudo na totalidade histórico social da qual é constituinte e na qual foi constituído (estando ambos em permanente transformação). Desta

forma, o pensamento dialético busca apropriar-se da lógica inerente ao movimento da própria realidade (56), produzindo um movimento em espiral, uma vez que o retorno ao objeto inicial o apreende já em outro nível de complexidade.

Feito este resgate das concepções fundamentais do método científico adotado nesta pesquisa, passarei à discussão de seus aspectos metodológicos. Este Capítulo está organizado em três partes. Na primeira, me aprofundarei nas reflexões sobre a minha *implicação* com o objeto de estudo, abordada de forma tangencial na Apresentação e na Introdução. A seguir, descreverei o processo de *construção do cenário social da pesquisa*, concebido pela Epistemologia Qualitativa como a criação das condições para a expressão da subjetividade individual e social no contexto pesquisado (78). O último item tratará dos principais conceitos e categorias da *metodologia construtivo-interpretativa*, proposta por Fernando Luís González Rey.

1. Implicação com o objeto de estudo

Começamos pela seleção do objeto de estudo, primeiro recorte realizado na realidade concreta representada pelo universo do CAPS AD Independência (apresentado na Introdução). A multiplicidade de relações (institucionais, profissionais, pessoais - todas entrelaçadas) que atravessam este espaço social e a diversidade de práticas que ali se concretizam oferecem um grande leque de possíveis objetos de pesquisa. Dentre as possibilidades que se apresentam, a escolha das histórias de vida de algumas usuárias do CAPS certamente revela algo sobre a trajetória, os interesses e motivações da pesquisadora. Shacklock e Thorp (79) propõem uma questão bastante provocadora para a reflexão sobre a implicação do pesquisador com as histórias de vida que toma como objeto de estudo: “(...) how, as researcher, you came to be telling another’s story in your words, and through an interpretive frame built upon your (other) experiences, assumptions and individual knowledge of human life”⁴³ (p. 157).

⁴³ “(...) como, enquanto pesquisador/a, você veio a contar a história de um outro nas suas palavras, e através de um quadro interpretativo construído com base nas suas (outras) experiências, pressupostos e conhecimentos sobre a vida humana.” (tradução minha)

Esta questão remete a aspectos éticos que não podem ser ignorados em um empreendimento como o proposto nesta pesquisa. Sem pretender formular uma resposta definitiva e completa a esta pergunta, acredito ser importante tocar nas temáticas que ela evoca.

O cotidiano do CAPS AD Independência é permeado por uma trama densa de afetos, uma vez que os sujeitos que demandam cuidados estão em sofrimento mental intenso e/ou apresentam uma perda importante de autonomia e de autocuidado. Estas situações têm um grande impacto sobre as relações familiares e comunitárias e sobre outras redes sociais nas quais estes sujeitos circulam. No processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a reabilitação psicossocial foi um dos dispositivos centrais para o redirecionamento das práticas em saúde mental. A rede de serviços substitutivos aos manicômios deve atuar junto a cada usuário e, quando possível, às pessoas de sua rede social de apoio (em geral também bastante fragilizada) no sentido de (re)construir possibilidades de existência mais integradas e autônomas.

É importante lembrar que a reabilitação psicossocial foi conceitualizada e implementada a partir de perspectivas e interesses situados em um amplo espectro político, que abrange desde os princípios democráticos da Reforma Psiquiátrica Italiana até os preceitos liberais da Organização Mundial de Saúde. O que estas perspectivas têm em comum é que todas remetem à noção de cidadania (cujo significado também varia conforme o projeto político nos marcos do qual foi formulada).

Esta estratégia é passível de crítica, uma vez que, mesmo em suas versões “bem intencionadas”, termina por validar um modelo de cidadania produzido por um sistema no qual “quando uns ganham, outros, indefectivelmente, perdem”⁴⁴ (1) (p. 13). Ou seja, grandes contingentes populacionais ficarão necessariamente excluídos do estatuto de cidadãos, porque os direitos não são generalizáveis nos marcos do próprio sistema que criou a noção de cidadania. Neste sentido, a autora questiona se “se trata de que nos integrem à sociedade ou de que desintegremos, ao transformá-las, as condições de relação que negam toda possibilidade de autonomia”⁴⁵ (p. 13).

⁴⁴ No original: “cuando unos ganan, otros, indefectiblemente, pierden”.

⁴⁵ No original: “Se trata de que nos integren en ‘la sociedad’ o de que nosotras desintegremos, al transformarlas, unas condiciones de relación que niegan toda posibilidad de autonomía?”.

Embora na obra citada esta crítica esteja voltada às estratégias feministas, considero a mesma pertinente à reflexão sobre os caminhos trilhados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Seja buscando tornar os sujeitos “mal adaptados” aptos a existir em um mundo que permanentemente gera traumas e privações, seja buscando construir redes de circulação social alternativas/protegidas - sob o risco de produzir novas formas de psiquiatrização -, as abordagens clínicas dominantes deixam de tocar na questão fundamental do sofrimento psicossocial: as relações de extrema violência, desigualdade e injustiça. E, quando não procuramos razões e possíveis caminhos de mudança para um estado de exploração e opressão, tendemos a naturalizá-lo (80).

Imergir na experiência de trabalhadora do CAPS AD Independência por alguns anos significou, para mim, viver o conflito entre a brutalidade com a qual as relações opressoras se manifestam subjetivamente e os limites político-institucionais para tratar destas questões. O que não deve causar surpresa, sendo antes uma demonstração concreta da assimilação das políticas públicas pelo Estado capitalista e suas instituições apenas na medida em que não ameacem a ordem social vigente. Daí a importância de uma clínica comprometida com a vida e com os direitos humanos estar permanentemente articulada à luta política autônoma, para além dos espaços institucionais.

Ao mesmo tempo, procurei evitar a vitimização dos usuários, uma visão determinista que significaria desumanizá-los e negar os processos de resistência que necessariamente surgem aonde há violência. De fato, a abordagem dos sujeitos que fazem uso nocivo de SPA em geral recai em uma postura vitimizadora ou culpabilizadora, não contribuindo, em nenhum dos casos, para compreender a dinâmica singular que este uso assume nas condições histórico-sociais concretas nas quais cada sujeito se constitui. E, assim, deixa-se de apreender o que talvez seja a contradição fundamental do uso nocivo de SPA: um recurso subjetivo de resistência/sobrevivência, mas também uma expressão de impotência, abandono, desistência, que aumenta a vulnerabilidade dos sujeitos.

O lugar de médica em um serviço especializado na atenção psicossocial a usuários de álcool e drogas propiciou que eu vivenciasse “de perto” os conflitos subjetivos advindos desta contradição. Esta vivência profissional, que é também política e pessoal, me tocou profundamente e me comprometeu tanto com as questões singulares trazidas pelos

sujeitos que encontrei nesta trajetória quanto com as problemáticas mais amplas que sua existência (enquanto sujeitos sociais) evidencia, muitas vezes de forma dramática.

Minha história de militância no movimento feminista possivelmente fez com que as questões de gênero presentes neste campo política, social e subjetivamente tão denso me chamassem particularmente a atenção. Assim como em outras esferas da vida pública, há uma relativa invisibilidade das mulheres na “questão das drogas”. Quando aparecem, sua condição de usuárias ou “dependentes” de SPA é especialmente estigmatizada, uma vez que esta prática é associada à promiscuidade, à imoralidade e à irresponsabilidade, chocando-se frontalmente com as expectativas de nossa sociedade patriarcal em relação às mulheres.

Ante a hostilidade com a qual esta problemática é tratada pela quase totalidade das instituições sociais (inclusive os serviços de saúde), o uso nocivo de álcool e drogas entre mulheres permanece “escondido”, sendo em geral identificado tardiamente, quando complicações físicas e psicossociais graves já estão instaladas. Muitas mulheres só acessam os serviços da rede de saúde e de proteção social quando não dão mais conta do cuidado de outros sujeitos (por exemplo, nos casos frequentes de encaminhamento pelo Conselho Tutelar).

Retornando à questão que levou a estas reflexões, creio que o desejo de compreender as estratégias de resistência aos diversos tipos de violência sofridos cotidianamente e de busca de prazer desenvolvidas por estas mulheres fez com que eu me encontrasse agora na posição de “estar contando suas histórias...”. Evidentemente, há também uma expectativa de que este estudo, em conjunto com outros trabalhos acadêmicos e práticas educativas e assistenciais desenvolvidos em uma perspectiva ético-política semelhante, possam contribuir para a superação das abordagens reificantes e estigmatizantes, ainda hegemônicas, e para a transformação dos olhares, das práticas e, em última instância, das relações humanas.

2. A construção do cenário social da pesquisa

Esta é uma etapa de enorme importância para o estudo da subjetividade na perspectiva da Epistemologia Qualitativa, pois visa à construção de vínculos entre o

pesquisador e os participantes, constituindo-se os últimos também em sujeitos do processo de investigação. Uma boa definição deste momento é oferecida por Rossato *et al.*(78):

Diferente do *local da pesquisa*, o *cenário social da pesquisa* é uma construção relacional do pesquisador, um espaço de relações entre os sujeitos que integram o espaço a ser pesquisado. A principal função da constituição do cenário social com os participantes da pesquisa é o estabelecimento de uma relação dialógica e comunicacional com os mesmos. O seu processo de constituição é o momento de desenvolver essa relação, quando os participantes poderão ver, no pesquisador, uma pessoa de confiança e, principalmente, sentirem-se motivados a participar da pesquisa. (p. 42, grifado no original)

No caso deste estudo, minha atuação, durante quase cinco anos (incluindo o período de realização das entrevistas), como médica na instituição em que realizei a pesquisa certamente facilitou a estratégia de entrada em campo e o estabelecimento dos vínculos supracitados - dois pontos críticos da pesquisa qualitativa. Já havia um pertencimento meu àquele espaço, reconhecido como legítimo pelas participantes da pesquisa, além de um vínculo construído através da relação médica-usuárias. No período em que trabalhei no CAPS, todas as usuárias entrevistadas passaram por diversos tipos de atendimento comigo: acolhimento, acompanhamento médico, atenção à crise. Assim, partes das histórias de vida me eram mais ou menos conhecidas antes da realização das entrevistas, porém de forma fragmentária e mais focadas nas preocupações presentes no momento do atendimento⁴⁶.

Diante desta inserção prévia no espaço que veio a se tornar o campo de pesquisa, percebo a construção do cenário social da pesquisa como a tentativa de “cavar” um novo espaço dialógico, com características diferenciadas, dentro de uma relação já constituída e ineliminável. Entendo este processo também como a tentativa de criar um microcenário temporário dentro do cenário mais amplo e duradouro representado pela instituição de saúde mental.

⁴⁶ Exceção feita a uma das entrevistadas, que foi a primeira usuária que acolhi quando ingressei no CAPS, em junho de 2009. Foi um atendimento longo, no qual ela relatou sua história de vida. Em relação às demais participantes da pesquisa, eu não havia tido a oportunidade de ouvir uma narrativa de suas histórias de vida nos atendimentos que realizei enquanto profissional.

No entanto, esta posição de partida que pode ser considerada privilegiada sob determinados aspectos não elimina algumas problemáticas, como a assimetria nas posições pesquisadora/participantes, provavelmente reforçada pela relação de poder médica-usuárias previamente estabelecida. Intimamente relacionada à primeira, há a questão do borramento das fronteiras entre os papéis assumidos pelas respectivas atoras no CAPS enquanto serviço assistencial, por um lado, e enquanto campo de pesquisa, por outro. Esta última questão é evidenciada, por exemplo, pelo fato de a segunda entrevistada ter se referido a mim como “*doutora*” 73 vezes durante a entrevista. A terceira entrevistada usou esta expressão uma vez, em um momento da entrevista no qual solicitou a minha intervenção junto à equipe do Núcleo de Retaguarda (onde estava internada) para alterar uma situação definida em seu projeto terapêutico, com a qual não concordava e que a estava angustiando muito. Este deslocamento do lugar de pesquisadora para o de profissional da saúde mental, embora esperado em algum momento do trabalho de campo, me colocou em uma situação com a qual tive dificuldade de lidar, talvez por ter ocorrido na forma de um pedido de ajuda carregado de angústia. Esta dificuldade e a situação geradora de intenso sofrimento para a entrevistada serão analisadas no Capítulo IV.

Mas, de um modo geral, o trabalho de campo, desde a abordagem inicial das usuárias até a realização das entrevistas (e a continuidade da relação médica-usuárias após este contato enquanto pesquisadora/entrevistadas⁴⁷) transcorreu sem grandes dificuldades. A realização das entrevistas fora do CAPS foi fundamental, tanto para demarcar concretamente (para todas as envolvidas) a diferença entre a atividade de pesquisa e os atendimentos clínicos, quanto para evitar interrupções, uma vez que durante quase todos os períodos em que estava no CAPS eu era a única médica presente, sendo grande o risco de ser interrompida para atender uma urgência, por exemplo.

⁴⁷ Como pedi demissão da instituição algumas semanas após a realização das entrevistas (para poder me dedicar exclusivamente ao mestrado no período pré-qualificação), meu tempo de contato com as entrevistadas após o trabalho de campo foi curto. No entanto, nestas poucas semanas, não identifiquei dificuldades no restabelecimento da relação com as mesmas a partir das posições de médica/usuárias. Percebi uma intensificação do vínculo e a emergência de um sentimento de cumplicidade, que acredito estarem ligadas à confidencialidade do que compartilharam comigo em suas narrativas, e que transcendia a relação até então construída. Este tipo de mudança qualitativa também pode ocorrer no âmbito da própria relação terapêutica, por exemplo, após uma visita domiciliar ou um acolhimento realizado em um momento de crise.

O ambiente onde foram realizadas as entrevistas - uma sala do Distrito de Saúde Sul - não era completamente silencioso. A maior parte das pessoas que circulavam pelo espaço externo (que também sedia atividades de outras Secretarias municipais) não estava ciente de que a sala estava reservada; uma entrevista teve de ser interrompida por alguns minutos devido à entrada de um funcionário. Após este episódio, passei a trancar a sala por dentro. No entanto, a proximidade do CAPS e a rapidez com que a sala foi disponibilizada (sem demandas burocráticas) foram muito favoráveis ao desenvolvimento do trabalho de campo, e sou grata à Apoiadora Distrital que viabilizou este espaço.

Acredito que possam ter contribuído para este discernimento entre o momento empírico da pesquisa e os atendimentos clínicos, além da mudança de *setting* (do CAPS para a sala disponibilizada no Distrito de Saúde Sul), a formalidade representada pela leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a gravação da entrevista em áudio⁴⁸. Outra questão importante foram as diferentes posturas que assumi enquanto médica e enquanto pesquisadora. A posição de pesquisadora permitiu que eu me afastasse do padrão de comunicação que estrutura a clínica médica (embora este esforço tenha permeado também a minha atividade profissional).

Na interação médico-paciente, tal qual postulada pela medicina ocidental moderna, o primeiro elemento deste par pretende obter informações objetivas e precisas sobre algo que é considerado (ou que se suspeita ser) um problema de saúde, enquanto o “paciente” é um mero fornecedor de informações sobre a doença da qual é (potencialmente) portador. A habilidade do médico na anamnese se mede pelo emprego de estratégias de comunicação capazes - *apesar* da subjetividade do paciente - de desenterrar uma verdade escondida. Trata-se de “pôr ordem” em um discurso que está permanentemente sob suspeita (e, no caso do uso nocivo de SPA, ainda mais do que em outras questões abordadas como problemas de saúde). A relação de poder implicada nesta interação transcende a postura e as intenções dos sujeitos singulares que ocupam os lugares de médico e de paciente.

⁴⁸ As entrevistas foram realizadas em maio de 2014, após o cadastramento da pesquisa na Plataforma Brasil e a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Fiz a leitura conjunta do TCLE (em anexo) com cada participante, pedindo autorização para gravar as entrevistas em áudio. O material foi transcrito por uma aluna da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Unicamp, que fez estágio no CAPS AD Independência.

Ainda que não seja possível escapar por completo de um papel legitimado socialmente e entranhado nas instituições de saúde, acredito que nas entrevistas pude me desvencilhar ao menos parcialmente do papel de médica. Procurei adotar uma postura de escuta ativa, de forma que a maior parte das entrevistadas falou livremente, sendo raros os momentos em que intervim nas narrativas. Apenas uma das entrevistas (aquela com a participante que estava internada) exigiu uma condução mais ativa, por razões que devem ficar claras na análise do material.

Em relação aos critérios de seleção das participantes, primeiramente excluí: as usuárias recém-inseridas no CAPS (que poderiam ter maior dificuldade em diferenciar a entrevista das atividades terapêuticas); as que apresentavam perdas cognitivas; as que estavam em crise (devido à intensa mobilização de sentimentos que poderia ser causada pela narrativa da história de vida); e, por fim, as que eu temia que pudessem atribuir ao convite para participar da pesquisa significados que viriam a prejudicar a relação terapêutica.

Dentre as usuárias que poderiam ser incluídas como participantes da pesquisa, as quatro selecionadas o foram com base em dois critérios. O primeiro, essencialmente pragmático, foi sua frequência mais assídua no CAPS nas semanas em que realizei o trabalho de campo. Este critério se justifica pela grande dificuldade em agendar as entrevistas, uma vez que o contato por telefone (fixo ou celular) é quase inviável - seja pela ausência deste recurso de comunicação, seja pela dinâmica de vida das usuárias - e, mesmo quando combinada pessoalmente para outro dia, por duas vezes as usuárias não compareceram à entrevista agendada. Assim, quando encontrava alguma usuária que já havia aceitado participar da pesquisa no CAPS pela manhã, perguntava se podíamos fazer a entrevista na tarde do mesmo dia. Íamos então à sede do Distrito de Saúde Sul, que fica próxima ao CAPS, retornando ao mesmo após a entrevista. O segundo critério de inclusão consistiu na tentativa de captar no campo de pesquisa a diversidade de posições sociais ocupadas pelas usuárias do CAPS (o que ficará evidente na apresentação e análise das narrativas e será discutido nas considerações finais).

Todas as usuárias convidadas a participar da pesquisa aceitaram prontamente o convite, sendo o principal motivo declarado o desejo de colaborar com a minha pesquisa, como uma forma de retribuir a atenção que dediquei a elas enquanto médica. Percebi

também uma sensação de valorização de suas histórias de vida, tratadas como desprezíveis na maioria dos espaços sociais. Ao convidá-las, deixei claro que não sofreriam nenhum tipo de prejuízo ao tratamento caso recusassem participar, nem obteriam vantagens pela participação. Ainda assim, estes podem ter sido motivos (conscientes ou inconscientes) para a disponibilidade em participar da pesquisa.

As usuárias que chegaram a ser entrevistadas afirmaram, no final da entrevista, terem se sentido bem, fazendo referência a sentimentos de desabafo, leveza e confiança. Algumas reflexões de Pierre Bourdieu podem ajudar a explicar este efeito, particularmente neste caso, em que as entrevistadas são pessoas em busca de mudanças de vida profundas. No artigo “A ilusão biográfica”, este autor chama a atenção para a propensão dos sujeitos a relatarem suas histórias de vida como uma sequência coerente de acontecimentos, estabelecendo entre eles conexões que dão *sentido* à sua biografia como um todo (no duplo sentido de *significado e direção*).

Sem dúvida, cabe supor que o relato autobiográfico se baseia sempre, ou pelo menos em parte, na preocupação de dar sentido, de tornar razoável, de extrair uma lógica ao mesmo tempo retrospectiva e prospectiva, uma consistência e uma constância, estabelecendo relações inteligíveis, como a do efeito à causa eficiente ou final, entre os estados sucessivos, assim constituídos em etapas de um desenvolvimento necessário. E é provável que esse ganho de coerência e de necessidade esteja na origem do interesse, variável segundo a posição e a trajetória, que os investigados têm pelo empreendimento biográfico. (81) (p. 184)

A busca deste “ganho de coerência” ficou bastante evidente nas histórias de vida narradas para o presente estudo. A condenação moral que pesa sobre as mulheres que fazem um uso nocivo de SPA, associada à situação de intenso sofrimento psíquico, vulnerabilidade e insegurança em que se encontram, parece potencializar a necessidade de dotar de sentido a trajetória que as conduziu à posição social que ora ocupam. As entrevistas são permeadas de justificativas e de (auto)questionamentos (em relação ao que é considerado injustificável - pelo menos no contexto sociorrelacional específico de produção destas narrativas).

3. Abordagem analítica

A abordagem qualitativa, com a utilização da entrevista como técnica para a obtenção de informações no campo, foi considerada a mais adequada para alcançar os objetivos desta pesquisa. Há uma vasta produção nas ciências sociais sobre o uso de histórias de vida como material empírico. Levantarei alguns elementos que devem esclarecer o motivo desta escolha e sua potência para a análise das questões colocadas nesta pesquisa.

O primeiro apontamento importante é que as histórias de vida não constituem um objeto dado *a priori*; elas foram construídas a partir da interação pesquisadora-pesquisadas, no contexto específico de cada entrevista. Assim, esta técnica de pesquisa torna evidente que não há uma relação de exterioridade entre sujeito e objeto do conhecimento, tampouco de identidade, mas de unidade, de implicação, da qual emerge o objeto de estudo (63).

Segundo Shacklock e Thorp (79), na narrativa da história de vida, um sujeito busca tornar inteligível para outro sujeito sua experiência de estar no mundo. Por isso, consideram fundamental valorizar a construção da narrativa, preocupando-se menos com a coerência e “veracidade” dos conteúdos narrados do que com o significado atribuído pelo sujeito às suas experiências e com as formas como busca enquadrá-las no campo do inteligível suposto em seu interlocutor. Assim, a narrativa da história de vida revela, além das condições objetivas e das relações intersubjetivas nas quais se engendra uma trajetória singular, os elementos da subjetividade social que a dotam de significação e sentido.

A produção de conhecimento sobre a subjetividade nos marcos propostos pela Epistemologia Qualitativa tem caráter *construtivo-interpretativo*. Isto significa que o conhecimento sobre os sentidos subjetivos diversos e contraditórios da experiência humana exige, além do acesso aos espaços de expressão dos sujeitos investigados, “a implicação ativa e criativa do pesquisador na construção teórica dessa experiência” (76) (p. 268). Sustentar que a produção de conhecimento implica necessariamente a experiência social do pesquisador representa uma ruptura epistemológica com o cientificismo dominante, para o qual a “boa ciência” se pauta pela neutralidade e pela objetividade. A Epistemologia Qualitativa, por sua vez, enfatiza:

(...) o posicionamento do pesquisador como sujeito, pois significa apropriar-se reflexivamente das teorias sem reproduzi-las, e operar com elas de maneira que façam sentido na produção intelectual do processo de pesquisa. Da mesma maneira, o método não é um conjunto de regras que aplicamos assepticamente para alcançar um resultado, mas demanda produção de pesquisador. Suas ideias dialogam com a teoria na relação com o momento empírico. Sua imaginação e envolvimento são cruciais para avançar em novas representações do problema. (82) (p. 124)

A articulação entre a teoria, o momento empírico e as interpretações do próprio pesquisador é fundamental nesta metodologia, expressando-se na construção de *indicadores*. González Rey (83) define este conceito como “uma ideia que se torna orientadora para abrir uma possível hipótese no curso da pesquisa; pois o próprio indicador tem caráter hipotético, por isso, é sempre uma ideia do pesquisador, nunca um significado inerente ao fato” (p. 28). Trata-se de um recurso de produção de inteligibilidade sobre a experiência social em questão, que permite avançar além das evidências explicitadas no material empírico.

Os indicadores não são categorias a serem utilizadas como referência, senão categorias produzidas no próprio processo de construção do conhecimento que se constituem em ferramentas essenciais para a definição de novas zonas de sentido sobre o problema estudado. Os indicadores são produzidos com uma finalidade explicativa, não descritiva. (González Rey, 1999, *apud* Mori, 2014, p. 116)

Os indicadores podem ser considerados elementos de uma hipótese em construção. Sua definição é um processo reflexivo e criativo que mantém “a tensão entre as nossas ideias e o material da pesquisa” (83) (p. 30).

No Capítulo IV (Análise), buscarei apreender os *sentidos subjetivos do uso de SPA* para cada entrevistada, para então (nas Considerações Finais) relacionar estas configurações singulares de sentidos entre si e com a realidade tomada como totalidade histórico-social nesta pesquisa. É importante lembrar que a produção de sentidos subjetivos integra elementos provenientes de várias esferas e momentos de uma trajetória singular, que se articulam segundo uma lógica que não é a da racionalidade e da objetividade (como quis a filosofia moderna do sujeito). Pelo contrário, os sentidos subjetivos “se configuram

em integrações e rupturas múltiplas que acompanham os processos simbólicos e emocionais do sujeito em sua história de vida” (77) (p. 168).

CAPÍTULO IV

ANÁLISE

Antes de proceder à análise propriamente dita, farei uma breve apresentação do material de campo, que consiste de quatro entrevistas, com duração de 50 a 160 minutos cada. A faixa etária das entrevistadas se situa entre 28 e 41 anos. Duas são naturais de Campinas e as outras duas do interior do Paraná; das últimas, uma se mudou para Campinas na primeira infância e a outra na juventude (por volta dos 20 anos de idade). Não perguntei diretamente sobre a renda, mas a profissão dos pais das entrevistadas permite situar sua origem familiar na classe trabalhadora: dos pais, um era operário em uma fábrica de fogões, um era caminhoneiro, outro era mestre de obras e uma das entrevistadas não especificou a profissão do pai; das mães, três eram donas de casa e uma foi prostituta, traficante e dona de um bar.

Ainda que todas as participantes da pesquisa pertençam à classe trabalhadora, os contextos de vida narrados apontam para diferenças significativas de renda familiar e condições gerais de vida. As duas entrevistadas com história de migração pertencem a camadas mais empobrecidas, apresentando também menor escolaridade (uma delas fez apenas a 1ª. série do ensino fundamental, sendo analfabeta funcional, e a segunda estudou até a 5ª. série). As duas que são naturais de Campinas completaram o ensino médio e uma delas chegou a ingressar na faculdade, abandonando o curso no primeiro semestre em função da gravidez. Nenhuma das entrevistadas tinha trabalho formal no período da coleta do material de campo desta pesquisa, mas duas estão inseridas em Oficinas Terapêuticas do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, aonde recebem uma bolsa de valor inferior a um salário mínimo.

Em relação às condições de moradia, a primeira entrevistada estava morando com os pais e o filho de dois anos de idade no momento de realização da entrevista; a segunda alterna períodos em que vive em pensão com outros em que vive na casa da mãe; a terceira vive em pensão há muitos anos; e a última vive sozinha, compartilhando o mesmo terreno com o ex-marido e os três filhos mais novos (que moram em uma casa separada).

Todas as entrevistadas são mães, sendo que três delas têm um filho e uma tem cinco. Nenhuma delas se encontrava em parceria estável no momento da entrevista.

A análise de cada história de vida será precedida de uma apresentação sintética da mesma, com o objetivo de situar as questões julgadas pertinentes ao objeto de estudo nas trajetórias singulares nas quais foram engendradas e na narrativa, também singular, dentro da qual foram significadas. Bourdieu (81) resumiu bem estas duas dimensões da história de vida com a frase: “uma história é inseparavelmente o conjunto dos acontecimentos de uma existência individual concebida como uma história e o relato dessa história” (p. 183).

Na síntese de cada narrativa, priorizei os termos utilizados pelas entrevistadas e suas próprias construções, que aparecerão no texto entre aspas e em itálico, assim como as falas transcritas no momento de análise das narrativas. Tal procedimento visa diferenciar o discurso das participantes da pesquisa das minhas formulações e das citações da literatura.

Além da localização mais geral dentro das narrativas, que procurei garantir com a síntese que precede a análise de cada uma delas, as vivências, emoções e reflexões contidas nos trechos transcritos serão abordadas dentro do contexto sociorrelacional específico no qual emergiram. Esta espécie de “zoom” sobre as condições de emergência das produções subjetivas destacadas terá a profundidade e a abrangência consideradas necessárias para que o leitor possa acompanhar o desenvolvimento - e avaliar a pertinência - da análise realizada.

Conforme discutido no Capítulo III, as interpretações serão construídas a partir de *indicadores* que:

(...) permite[m] que o leitor acompanhe a processualidade do pensamento da pesquisadora nas suas construções, pois integra discussões teóricas e construções próprias para significar o momento empírico. (...) O participante da pesquisa não expressa diretamente os processos subjetivos configurados na sua história. Esses elementos aparecem dispersos na expressão da pessoa, por isso, é necessária a interpretação e a construção para produzir inteligibilidade sobre eles. (82) (p. 120-3)

Nesse processo, tenciona-se abrir novas *zonas de sentido* sobre o problema estudado, transcendendo as evidências imediatas do material de campo.

Síntese da Entrevista 1

Dados de identificação: A., 28 anos, branca, natural de Campinas, 2º. grau completo, recepcionista (atualmente desempregada), morando com os pais e com o filho de 2 anos de idade (sob guarda provisória da avó materna)

Data da entrevista: 15/05/14

A. nasceu em Campinas, em uma família cuja organização econômica e afetividade remetem ao modelo de família patriarcal moderna. Seu pai era operário (mecânico de manutenção em uma fábrica de fogões) e sua mãe, dona de casa. A. descreve o pai como “*muito ausente*” durante sua infância e adolescência, devido ao trabalho, que, no entanto, assegurou uma relativa estabilidade e a progressiva melhora da condição financeira da família. Além da ausência, A. critica o pai por sua avareza e por “*sempre ter acreditado mais*” em seu irmão do que nela, que era “*muito levada*” e apanhava por isso. Já a mãe é descrita como “*um amor. (...) Tudo que ela pôde ela fez por nós.*”.

A. inicia a entrevista relatando ter sofrido abuso sexual pelo irmão quando tinha nove anos de idade, e ele, 13. Diz ter sentido vergonha, receio, medo, “*muitas coisas*”. Falou pela primeira vez deste acontecimento há quatro anos, em sua primeira internação psiquiátrica, mas nunca contou nada à família. Sofria ameaças do irmão: “*Se você contar pro meu pai e pra minha... pro nosso pai ou pra nossa mãe, eles vão bater em você, vão te expulsar de casa, e eu quero ver!*”.

Aos 18 anos, seu irmão sofreu um acidente e ela, então com 14 anos, teve que cuidar dele. Esta situação trouxe à tona novamente os sentimentos de raiva, medo e culpa e parece ter intensificado uma fantasia persistente durante toda sua adolescência: a de matá-lo. As falas de A. relacionadas a este conflito dilacerante, vivido solitariamente, serão analisadas a seguir.

Quando perguntada sobre suas vivências de infância e juventude para além do âmbito familiar, A. responde que “*na escola foi tudo maravilhoso*”, que sempre gostou de estudar (ainda sonha em ser professora) e que tinha muitos amigos. Diz que sempre teve mais amigos do que amigas - fato que atribui à inveja das mulheres por ela ser bonita e por, desde a adolescência, falar abertamente com os homens sobre assuntos relacionados à

sexualidade (como DST, primeira vez, menstruação, gravidez etc.). Aos 13 anos, A. “perdeu a virgindade” e, nos anos seguintes, teve algumas experiências sexuais (com homens e com mulheres) e iniciou o uso de SPA (mas “não ligou”).

Assim que terminou o 2º. grau, aos 17 anos, casou-se pela primeira vez, para “se libertar” dos pais, mas “se enganou totalmente”. A. diz que era tratada como “propriedade” pelo marido; parou de sair, de estudar, de trabalhar, de encontrar amigos. Quanto mais se isolava, mais se “afundava nas drogas” (cocaína). Sete anos depois, pediu ajuda à família, separou-se dele e foi internada pela primeira vez (“fiquei um mês e sete dias, engordei 22 quilos”), ficando “sem usar nada” por alguns meses após a alta.

Voltou a morar com seus pais e entrou em conflito com eles devido às “noitadas”, aos namoros (“com vários”) e ao uso de SPA. Teve uma experiência de prostituição, por “curiosidade”. Nesse período, começou a frequentar o CAPS AD Independência.

Casou-se pela segunda vez, com um homem de quem havia engravidado depois de um mês de relacionamento. Ficaram juntos por três anos, até poucos meses antes da entrevista. Mais uma vez, A. viveu um relacionamento amoroso marcado por diversos tipos de violência, sendo a física um agravante em relação à violência que sofrera no primeiro casamento. Na época em que foi realizada a entrevista, os termos da separação ainda estavam sendo acertados judicialmente. Apesar da determinação em contrário emitida pelo juiz, o ex-marido continuava mantendo contato com A., ameaçando-a e agredindo-a. A guarda de seu filho estava em disputa entre seu ex-marido e sua mãe, tendo sido concedida à avó materna, em caráter provisório.

A descrição de A. de seu consumo de cocaína indica um uso compulsivo, com o objetivo principal de atenuar o sofrimento (“esquecer os problemas”). No entanto, os efeitos negativos do uso aparecem mais em suas falas do que os prazerosos: perda da libido, desejo de se isolar, mal-estar/constrangimento ao permanecer em espaços públicos, sensação de asfixia (“Não vejo a hora da loucura passar!”). Para além dos efeitos imediatos do uso, A. percebe perdas de ordem mais geral em sua vida: de outros prazeres, do respeito, do amor-próprio, da beleza.

No final da entrevista, em resposta à pergunta se ainda gostaria de dizer algo ou se havia mais alguma coisa que considerava importante em sua história de vida, A. disse:

“A única coisa que eu tenho pra falar é o seguinte: Se existisse uma máquina do tempo, eu tinha voltado lá nos meus... 14 anos, não teria amigado, não teria conhecido droga nenhuma. Mas... Ainda não existe.”

Análise da Entrevista 1

Há duas experiências que A. relaciona com o desenvolvimento de seu uso nocivo de cocaína: o abuso sexual pelo irmão mais velho e seu primeiro casamento.

A importância do abuso sexual na constituição de sua subjetividade é indicada pelo fato de A. iniciar a narrativa de sua história de vida com as seguintes palavras:

A minha infância... Eu sempre fui muito... levada. Apesar que tem um... um fator muito importante assim que poucos desconhecem (sic). Que... Eu fui abusada pelo meu irmão mais velho... É o único que eu tenho, né? Infelizmente. Aos nove anos de idade. Eu tinha nove, ele tinha 13.

Ela sofreu assédio sexual de forma continuada no final da infância/início da adolescência, havendo um episódio com penetração (“foi só uma única vez”):

Na verdade, ele tentava assim, né, me molestar... Molestar é quando não há... né, penetração, essas coisas. Ele tentava me molestar, mas eu fugia. Até que um dia realmente... aconteceu. Aí depois que aconteceu eu... comecei a ficar... Eu tinha medo de ficar com ele sozinha... Mas o que que eu ia... Ia fazer o que? Ia falar o que? Entendeu? (...) antes a minha família era muito unida... Eu sabia que se eu falasse também a família inteira ia ficar sabendo... Eu tinha vergonha, eu tinha receio, eu tinha medo, eu tinha... Eu tive muitas coisas no começo. Isso que fez assim... eu não falar.

Os sentimentos relatados por A. (vergonha, receio, medo, “muitas coisas”) são comuns na fala de mulheres vítimas de violência, principalmente no caso da violência sexual. Ela não cita a raiva, no entanto, este sentimento mostra-se muito presente quando conta que, aos 18 anos, seu irmão sofreu um acidente (que o deixou “deficiente físico”) e ela, então com 14 anos, cuidou dele:

Então assim, eu tive que ficar com ele no hospital... Tanto é que eu ia cuidar dele, mas eu tinha aquele receio tipo... “Ai se eu fizer...” Porque por mais que... o que aconteceu tenha me abalado, eu e ele a gente brigava muito, mas ele é meu irmão, ele é meu sangue! Então assim, eu brigo com ele, eu xingo ele, mas não admitia que ninguém falasse, ninguém brigasse. Mas eu fui assim meio insegura, porque eu tinha medo de... matar ele se... Até porque... já aconteceu da “aborrescência”, eu chegar e dar facada nele! E dar facada nele... não dá, porque... Eu falava: “Meu Deus, ele é meu irmão!” E chegar a dá no sofá, mas não dá nele, entendeu? Eu e ele sempre debatemo...

A situação de ter que cuidar de seu agressor, além de provavelmente ser percebida como injusta, obrigou A. a uma intimidade ainda maior com o mesmo do que a convivência cotidiana, sob o mesmo teto, como irmãos. O desejo de matá-lo (como vingança e/ou como solução extrema para a situação de opressão que vivia) é reprimido pelo significado moral/religioso do fratricídio. Quando ela diz “*ele é meu sangue!*” e “*dar facada nele não dá porque (...) Meu Deus, ele é meu irmão!*”, fica implícito que a relação de parentesco e os respectivos lugares que ocupam nesta relação a desautorizam a reagir. A condição vulnerável em que seu irmão se encontra após o acidente, dependente dos cuidados dela, ao mesmo tempo em que objetivamente facilitaria a realização de seu desejo, parece potencializar a sensação de culpa e o impedimento moral a qualquer ato agressivo/vingativo, quando seu papel era o de cuidar dele. A desautorização de qualquer reação ao estupro também está nos discursos de duas outras instituições (além da religiosa) que têm grande importância na história de vida de A.: a familiar e a psiquiátrica.

Não é à toa que por causa... né, da minha situação, do... do acontecido lá... com nove anos, eu tinha medo do meu pai. E eu falava: “Nossa, eu vou contar!” O meu irmão falava: “Se você contar pro meu pai e pra minha... pro nosso pai ou pra nossa mãe, eles vão bater em você, vão te expulsar de casa, e eu quero ver!” E daí eu tinha uma certa insegurança. Medo, porque eles acreditavam mais no meu irmão do que em mim.

Nessa minha última internação, o psicólogo chegou em mim e falou: “Olha, eu não acho certo hoje trazer essa história antiga à tona, esse problema que você tem, essa mágoa que você tem à tona, porque se não pode destruir o casamento dele... Seus pais pode ficar... né, mexidos psicologicamente... É... A família pode ser

abalada.” Mas daí eu fico pensano... Mas... às vezes eu acho até que é isso. Mas... Será que é mesmo? E se eu abrir e as coisas piorarem e não for isso? E se eu mesmo assim não conseguir sair da droga por causa disso?

Eu contei lá no CAPS, a pessoa me falou que uma hora vai ser necessário eu abrir o jogo, a minha referência... e depois disso, toda vez que eu explodo, no... no limite assim, que eu falo: “Ai, seu filho não é tão santo como vocês pensa”, é... sempre eles retrucam com alguma coisa e... essa última vez no domingo... No domingo, não, na segunda-feira agora... a minha mãe falou uma coisa que deu a entender que ela sabe, mas ela não quer falar. Ela falou assim: “É, se... ele não é tão santo assim, você devia ter falado lá atrás! Não agora! Quando aconteceu! Não agora.” Então, eu não sei se é... assim... uma maneira que ela teve de falar pra mim não falar, porque já que eu não me abri na época pra que se abrir agora... Eu não entendi. Na verdade, eu fiquei mais confusa do que antes.

Há uma evidente cumplicidade das duas instituições citadas acima (e, na esfera familiar, inclusive da mãe) em relação ao estupro ocorrido, através do silenciamento da denúncia que A. tem “ensaiado” fazer desde o início do processo terapêutico no CAPS. A. relaciona explicitamente seu uso nocivo de cocaína à experiência da violência sexual, e parece querer garantias de uma reparação dos danos que sofreu para que valha a pena enfrentar a família e correr os riscos que isso implicaria: “*E se eu abrir e as coisas piorarem e não for isso? E se eu mesmo assim não conseguir sair da droga por causa disso?*”.

Na construção da justificativa do uso nocivo de cocaína por A., enquanto o abuso sexual aparece com mediações (principalmente com a dinâmica familiar global), seu primeiro casamento é diretamente associado ao uso. Mas estas duas esferas (a família e o primeiro casamento) também guardam uma relação entre si. A. considera esse casamento como uma tentativa de “*se libertar*” da dominação de seus pais:

Meu pai é dos antigo! Que filha dele só casava depois que... Aliás, só perdia a virgindade depois de casada!

Eu saí da casa dos meus pais com 17 anos pra ir morar com ele achando que meus pais me prendia e que a partir do momento que eu fosse morar com outra pessoa eu ia ser liberta. Me enganei

totalmente! Porque eu me livrei dos meus pais, que me pôs no mundo, que tinha toda a razão de me orientar, de brigar, né? De falar... E fui morar com uma pessoa que... me levou pro fundo do poço. Porque talvez se eu não tivesse ido morar com ele, hoje eu não taria assim... Poderia até ter experimentado, como eu já tinha experimentado antes de morar com ele, mas eu não tinha virado uma viciada.

Que marido eu acho que manda mais do que pai e mãe. Se sentem... Homem se sente... Depois que cê casa com um homem, ele se sente que você é propriedade dele. E ninguém é propriedade de ninguém.

É interessante observar que A. considera a primeira “prisão” mais legítima que a segunda, como se os laços “de sangue” (retomando a expressão que ela utilizou para justificar a repressão de seu desejo de vingança em relação ao irmão) autorizassem seu pai a “mandar” nela, ao contrário do marido - relação que, segundo o imaginário social, se estabelece com liberdade de escolha.

Além do pai e do marido, A. também identifica em seu irmão a tentativa de manter uma relação de posse com ela, buscando isolá-la socialmente e impedir qualquer interação afetiva/sexual com outros homens:

E... todo mundo... falava que ele [o irmão] tinha ciúmes de mim. Eu não podia ficar perto de amigos dele. Se amigo dele chegasse, ele já falava: “Olha pai, ó mãe! Óia essa menina aqui, ó! Tá se exibindo pros meus amigos!” E às vezes eu só queria participar, entendeu? Da conversa. Mas ele sempre foi muito... xaropão.

Chama atenção a amenidade da expressão que ela usa para se referir à conduta do irmão nos espaços de sociabilidade com os amigos (“xaropão”), apesar de reconhecer a relação entre esta atitude adotada no espaço público e a violência sexual praticada diretamente sobre seu corpo, no espaço privado. Uma interpretação possível para esta aparente discrepância seria a tentativa de banalização da situação como um todo, para se proteger do intenso sofrimento causado não apenas pela violência sexual, mas também pelo não reconhecimento da mesma por parte de sua família. O irmão de A. parece contar com o respaldo dos pais para sua atitude ciumenta (“‘Olha pai, ó mãe! Óia essa menina aqui, ó! Tá se exibindo pros meus amigos!’”), assim como conta com a cumplicidade dos mesmos

em relação ao estupro, quando ameaça A. com a provável reação dos pais caso ela o denunciasse (“... *eles vão bater em você, vão te expulsar de casa, e eu quero ver!*”).

A percepção de A. de ser tratada como “*propriedade*” pelo pai, pelo irmão mais velho e pelo marido nos remete à noção de *patrimônio*, categoria fundamental nas teorias do patriarcado:

Sexismo y familia no se pueden disociar, tampoco sexismo y patriarcado. (...) en la cima de la jerarquía se halla un varón adulto que representa al conjunto de la familia y respecto del cual el resto de los miembros, la mujer e los hijos, se hallan en posición de dependencia y subordinación. (...) El patriarcado se funda en la división sexual del trabajo y la supeditación del *patrimonio* – la mujer y los hijos – al *patriarca* – el hombre – cuya relación en la actualidad se significa como de *amor*. (...) el sexismo es un sistema de clasificación y, por tanto, de exclusión y discriminación de las mujeres, y el patriarcado es un modo de producción y recuperación de las fuerzas que reproduce la clasificación por sexo y por edad. (1) (pp. 17, 23 e 25, grifado no original)

Acompanhemos então a trajetória de A. após a saída da casa de seus pais. Ela descreve seu primeiro casamento da seguinte forma:

Adolescência eu não tive muito, porque... amigar com 17, sair de uma “amigação” com 24... Minha... Minha adolescência mesmo ficou ali, né? Eu era casada... Tinha que... fazer tudo o que o marido... Virei submissa a um homem! Foi onde eu deixei de viver pra mim pra viver pra ele. Foi nessa parte que eu me perdi: “Eu não sei quem eu sou.” Por quê? Porque eu não... não vivia mais pra mim, eu vivia pra ele. Tudo que eu fazia era por ele. “Ah, tô casada, então eu tenho que fazer isso, isso e isso.” Entendeu? Parei de estudar, ele não me deixava fazer faculdade, ele não me deixava sair... Então por isso que foi onde eu fui mais me afundando às drogas e fazendo as coisas da casa...

(...) se eu olhasse pro lado ele falava: “E aí, já ficou com fulano? Por que cê tá olhando? Cê gosta dele?” Então, pra não causar atrito, eu até às festa... até à sociedade eu deixei de ir, serviço, sociedade, amigos... Tudo! (...) quando eu... eu virei uma viciada, eu ficava só dentro de casa. Eu usava pra limpar minha casa, pra ficar de boa.

A interiorização de determinadas normas sociais de gênero por A. – “Ah, tô casada, então eu tenho que fazer isso, isso e isso” –, articulada à violência psicológica exercida por seu primeiro marido, produziu uma mudança brutal em sua vida social após o casamento. De uma ampla rede social construída na juventude, ela caiu em um isolamento extremo, com o qual passou a lidar através do uso intenso de cocaína. Mas se tal prática representou um recurso subjetivo para suportar condições de vida intoleráveis, ao mesmo tempo contribuiu para mantê-las, inclusive se revertendo em aumento da vulnerabilidade social, fortemente marcada pela violência de gênero.

Uma das esferas nas quais A. se tornou mais vulnerável após o início do uso nocivo de cocaína foi exatamente aquela na qual identifica a irrupção de seu “vício” - a das relações afetivo-sexuais -, como fica claro na descrição de seu segundo casamento:

Ele sempre se sentiu superior a mim por ele ter mais controle com a droga do que eu. Só que ele fuma maconha, ele bebe... droga sintética, ele bebe... Então, quer dizer: Pra mim ele é usuário como eu. Só que como ele tem controle e eu não, né, então eu sou mais... Como ele mesmo diz: Eu sou nória. Ele não. Entendeu? Que ele tem o controle e eu não. Eu não tenho memo! Se eu começar a cheirar, eu não quero parar mais!

Esse era pior. Esse me agredia. Esse me batia, me espancava... fazia um monte de coisa. Me trancava dentro de casa... Já chegou a me agredir com o meu filho no colo... Esse aí foi um pouco pior. Que o outro pelo menos nunca me bateu.

Aqui a violência física aparece como um agravante em relação ao primeiro casamento. A desqualificação moral contida no termo “nória” (usado de forma pejorativa entre os próprios usuários para se referir a pessoas que fazem uso compulsivo de cocaína e/ou crack) torna evidente o papel da droga como instrumento de violência psicológica. A afirmação de que A. é “nória” serviu para inferiorizá-la e humilhá-la neste relacionamento, além de legitimar outros tipos de violência.

O segundo casamento esteve associado a outra experiência com a qual o uso de cocaína se relaciona de forma complexa na história de A.: a maternidade. Os sentimentos de culpa e de fracasso perpassam toda a sua narrativa, mas se expressam com particular intensidade em relação à maternidade. (*Todos os momentos em que ela chora na entrevista*

estão relacionados a esta vivência.) O “fracasso” diante das construções sociais que compõem a *configuração de sentidos subjetivos de “ser mãe”* para A. produz um sentimento extremo de culpa, que aparece em suas falas mais carregadas de sofrimento ao longo da narrativa.

Ai, todo mundo fala que mãe chora quando vê o nenê pela primeira vez, que sente algo de outro mundo... Eu não senti. Eu não sei se era porque na noite que ele nasceu... Na manhã, né? Porque ele nasceu seis horas. Mas na... no dia que ele nasceu... Que eu dei entrada na maternidade, eu tinha feito uso. Eu fiz uso às seis da tarde, ele nasceu às seis da manhã. Fiquei 24 horas sem dar mama pra ele. Pra mim aquilo ali... Depois que eu ganhei ele, na hora que eu ganhei, eu não senti aquele... impacto, sabe? Aquela... Aquele amor, mesmo, de mãe. Mas... depois que eu vi ele indo pra... pra... pro berçário, não poder ficar com ele no quarto, eu não poder dar mama pra ele em 24 horas... Isso me machucou muito... (...) Ai eu não sei se foi isso, sabe, que fez... eu ficar um pouco mais mal e depois que ele nasceu ter a recaída, sabe?

Nesta fala aparece o que Badinter (84) chamou, na extensa pesquisa que empreendeu sobre a história do comportamento materno das francesas, de “mito do amor materno”. O estudo demonstra o longo processo de construção do *amor materno* como sentimento inato, universal e incondicional, a partir do final do século XVIII. Ao longo dos séculos XIX e XX, multiplicaram-se os discursos médicos, pedagógicos, filosóficos, político-econômicos e religiosos que exortavam as mulheres a cumprirem suas tarefas e responsabilidades de “boa mãe”.

Como o destino físico e moral deste depende totalmente dela, o filho será o sinal e o critério da sua virtude ou de seu vício, de sua vitória ou de seu fracasso. (...) Essa imensa responsabilidade que pesou sobre as mulheres teve uma dupla consequência. Se estavam todos de acordo em santificar a mãe admirável, estavam também em fustigar a que fracassava em sua missão sagrada. Da responsabilidade à culpa havia apenas um passo, que levava diretamente à condenação. (p. 272)

Pode-se dizer que a ideologia do amor materno enquanto algo essencial, profundamente inscrito na natureza feminina, foi vitoriosa nas sociedades ocidentais, mostrando-se ainda muito viva na atualidade. A. admite que não sentiu “*algo de outro*

mundo”, “*aquele amor, mesmo, de mãe*” quando seu filho nasceu. Mas busca imediatamente uma justificativa para tal “escândalo”⁴⁹: o uso de cocaína horas antes do parto.

O uso da droga nesta situação contém uma enorme carga moral, mas também exige A. de se confrontar com seus sentimentos em relação à maternidade, que não correspondem às expectativas de seu entorno. Assim, os reducionismos de várias ordens operados pela abordagem hegemônica da “questão das drogas” produzem, simultânea e contraditoriamente, a *culpa* (uma vez que as pessoas usariam drogas “porque querem”) e a *desculpa* (pois todo comportamento que foge à norma é atribuído ao uso nocivo de SPA). Neste caso, o poder explicativo do uso de cocaína para justificar a ausência do amor materno varreu os aspectos subjetivos e socioculturais do campo de discussão, produzindo uma das inúmeras formas de alienação individual e social quanto ao fenômeno em questão. Mais uma vez, A. parece entrar em um círculo vicioso, no qual o uso de cocaína a ajuda a lidar com as emoções intensas, complexas e contraditórias vividas em relação à maternidade, mas a torna mais vulnerável aos conflitos produzidos pelo cumprimento insatisfatório do papel social de mãe.

O último trecho transcrito da narrativa de A. também expressa o lugar simbólico ocupado pelo aleitamento materno em nossa cultura. Ainda segundo Badinter (84), dentro da representação social da maternidade enquanto sacrifício, devotamento e doação, “o aleitamento ao seio é a primeira prova de amor da mãe pelo filho” (p. 310). Mesmo não tendo sentido “*aquele impacto*” do amor materno (inscrito no imaginário social como algo natural e obrigatório), A. diz ter ficado muito machucada com o fato de não ter podido amamentar nem permanecer com seu filho logo após o seu nascimento. Ser considerada inapta para amamentar é praticamente um atestado de incompetência, fracasso e insuficiência enquanto mulher, uma vez que se trataria de uma das mais nobres tarefas dentro da mais sagrada das funções “femininas” – a maternidade. Mas a vivência do fracasso como mãe não parou por aí...

⁴⁹ “(...) vemos sempre como uma aberração, ou um escândalo, a mãe que não ama seu filho” (84) (p. 22).

Aí depois que eu engravidei eu tive algumas recaídas, assim, na gestação... Mas depois que eu ganhei meu filho eu fiquei 45 dias limpa de tudo! Porque eu falei: “A hora que eu entrar na maternidade pra ganhar nenê eu não fumo mais! Porque se eu conseguir ficar três dias sem fumar eu não fumo mais.” Não uso nenhuma droga, né? E daí eu fiquei 45 dias. Até que teve um dia que bateu um revertério, falei assim pra uma amiga minha; falei: “Vamo ali na biqueira comigo e com o nenê, cê segura o nenê e eu vou lá buscar?!” Hoje eu vejo que se ela tivesse falado: “Ó, eu não vou... ficar com... com a criança pra você ir”, talvez eu não tivesse recaído. Porque... eu ia parar e falar: “Pô, se a minha amiga não quer ficar com meu filho eu não vou com o meu filho lá, né?” Mas não, ela aceitou.

Este episódio teve um peso importante no processo que levou à perda da guarda de seu filho, consumação legal de um julgamento que até então era de ordem moral (o que não significa que já não estivesse ligado às circunstâncias concretas de cuidado da criança, em suas dimensões objetiva e subjetiva). O reconhecimento da autoria de um ato considerado tão perverso, imoral e criminoso em nosso contexto sociocultural parece ser a tal ponto insuportável que A. o atribui a um “*revertério*” - termo que pode abranger uma grande variedade de determinantes, mas que são claramente significados como externos. Coerente com esta perspectiva, a única possibilidade vislumbrada por A. para evitar o ocorrido teria sido a contrariedade de sua amiga, ou seja, a intervenção de um outro. Em nenhum momento ela se coloca como sujeito deste ato, provavelmente por ser o mais condenável dentro de uma postura geral que não corresponde absolutamente às expectativas sociais em relação à maternidade. No entanto, tal mecanismo de defesa não dá conta de protegê-la da culpa que parece estruturar toda a sua experiência materna:

Ai, porque eu queria um filho homem, né?! Não sei! É um desejo meu que eu tinha e Deus me deu. Eu falava que eu queria ter parto normal pra sofrer tudo as dor sem ter que ficar anestesiada em nenhum momento. Eu tive meu filho em parto normal. Eu falava assim: “Senhor, o dia que o Senhor me der um filho eu vou ser a mãe pra ele! Vou dar de tudo, vou trabalhar, vou fazer da minha... do meu coração... das tripa coração pra dar tudo do bom e do melhor. E eu quero ter um filho e não ter pai!” Sabe? “Eu quero ser uma mulher independente que cuide do meu filho.” E eu não sou! Eu tinha paciência c’as crianças antigamente, eu amava

criança, tinha uma paciência de outro mundo! Com o meu filho eu não tenho! Sabe, eu queria ser mais amorosa com ele.

Este trecho possibilita algumas reflexões interessantes. Logo no início, o desejo manifesto de ter um filho homem pode ser interpretado como um desejo (mais ou menos consciente) de poupá-lo dos sofrimentos que A. viveu a partir da posição social de mulher. Este indicador se nutre das falas em que A. associa o poder e a liberdade com a masculinidade, como a seguinte: “*Eu sou uma mulher... que eu gosto de ser... uma mulher que eu possa fazer tudo, até que homem faz, entendeu?*”.

Além do desejo de ter um filho homem, A. deseja “*ser a mãe pra ele*”, o que remete mais uma vez à figura materna ideal e universal referida por Badinter (84), cuidadosamente esculpida ao longo de mais de dois séculos. A expressão “*fazer das tripas coração*”, “*pra dar tudo do bom e do melhor*” traz a ideia da sujeição da vontade, do prazer e das ambições maternas ao bem-estar do filho. A culpa que A. sente pela suposta insuficiência de seu amor pelo filho, que a impediria de se sacrificar a ponto de garantir o pleno bem-estar dele, é agravada pelo “*mal*” que acredita lhe causar em função de seu uso de SPA:

Por mais louca que eu esteja, ele me abraça, ele me beija, ele me dá um carinho assim que... às vezes eu acho que eu nunca vou ter o mesmo carinho pra retribuir. (Chorando) E olha que ele é uma criança. E meu filho ele... é meu filho, né? Saiu de dentro de mim, como diz minha mãe... porque se eu tiver... Eu tô longe dele agora, mas se eu fizer uso aqui agora, ele começa a ficar bravo, agitado, parece que... ele tá... ele sabe o que eu tô passando, sabe? Ele é muito ligado comigo. (...) Eu falo: “Nossa, como eu sou desgraçada! Saber que ele vai ficar mal junto comigo... e mesmo assim eu fazer!”. Eu acho que eu não mereço ter o filho que eu tenho, nem a família que eu tenho. (Chorando) Por isso que eu já pensei em me matar várias vezes, não consigo... Já pensei até em tomar... chumbinho, mas... não dá! Alguma coisa me impede. Eu acho que é Deus, sabe?

Esta fala exprime o intenso sofrimento de A. por se sentir em dívida para com o filho e a família. Acredita “*não merecê-los*”, por não pagar o preço cobrado às mulheres para ter um filho e uma família: sacrificar-se, abrir mão de suas vontades e de seus

prazeres. O preço mínimo que A. percebe ser exigido dela é deixar de “fazer” (uso de cocaína - significativamente não nomeada neste trecho, nem naqueles nos quais narra o parto/pós-parto e a “recaída”).

No último trecho citado, há ainda um indicador importante de um sentido subjetivo em relação à maternidade que é bastante presente na subjetividade social, no contexto particular abordado nesta pesquisa. Ao dizer que seu filho “fica mal junto com ela” quando usa cocaína, A. não se refere a eventuais situações de negligência, abandono ou violência associadas a este uso, mas aos efeitos *diretos* da cocaína sobre o bem-estar físico e emocional de seu filho. A ligação que ela menciona - “ele é muito ligado comigo” – aparece como dada fisicamente, por seus corpos, independentemente de outras condições objetivas e subjetivas envolvidas na construção (ou não) desta relação singular. Esta visão naturalizada da relação mãe-filho fica bastante explícita na expressão “saiu de dentro de mim”, que A. anuncia como incorporada a partir do discurso de sua mãe.

Conforme discutido no capítulo II, a *naturalização* dos papéis e das relações de gênero é um dos dispositivos ideológicos fundamentais na construção do “ser mulher” e do “ser homem”. O pertencimento a uma destas categorias, construídas como binárias e mutuamente excludentes, é tomado como um dado da natureza. No entanto, a noção de *natureza* se aplica de forma diferenciada a cada uma das categorias, crítica que Guillaumin (85) sintetizou de forma brilhante (provocando as mais diversas tradições filosóficas com a ironia que lhe é característica):

Em suma, se houver realmente uma natureza própria a cada um dos grupos, uma dessas naturezas tende para a natureza, ao passo que a outra tende para a cultura (a civilização, a técnica, o pensamento, a religião etc.: ponha aqui o termo ditado por sua escolha teórica, culturalista, marxista, mística, psicanalítica, funcionalista...). Qualquer que seja o termo escolhido, ele deverá implicar que a natureza tende aqui, NESTE grupo (o grupo dos homens), a transcender-se, a distanciar-se, a transformar-se, a dominar-se etc. E uma outra natureza, esta essencial, imóvel, permanente (aquela das mulheres, dos dominados em geral), se manifesta principalmente numa prática repetitiva e caprichosa, permanente e explosiva, cíclica, mas, em nenhum caso, mantendo, consigo mesma e com o mundo exterior, relações *dialéticas* e *antagônicas*; uma pura natureza, que se desdobra. (p. 54, grifado no original)

Dentro do universo de funções, comportamentos e emoções tidos como “femininos”, aqueles referentes à maternidade são particularmente naturalizados. E o que foge à inexorabilidade das leis naturais apenas pode ser causado por uma força equiparável (ou superior): “*Nossa, como eu sou desgraçada!*”. A visão da existência humana como determinada por forças sobre-humanas aparece de forma mais explícita na generalização que A. faz sobre o fenômeno do uso de SPA no final da entrevista, em resposta ao seu questionamento sobre por que “*entregou tudo pra droga*”: “*E por que que a droga toma tanto conta assim? Porque o inimigo é sujo. Que a nossa vida, na verdade, não somos nós. É o bem e o mal. Entendeu?*”.

Mas na maior parte da narrativa da história de vida de A. predomina a visão do “sujeito capaz de autodeterminar-se, autorealizar-se, autoatualizar-se (...) sujeito racional, dono de seus atos e dominado por impulsos são” (76) (p. 59):

O dia que eu tiver apta pra cuidar do meu filho, cê pode ter certeza que daí vai ser eu e ele, entendeu? Não vou mais morar com meus pais... Não vou mais precisar da ajuda de ninguém! Eu vou ser a mãe que... eu falei lá atrás que eu queria ser, entendeu? Eu vou trabalhar, vou ter a minha vida, vou ter a minha casa, meu... meus bens, né? Que eu conquistei... Vou ter minha vida profissional... estabilizada... E vou criar meu filho sem precisar da ajuda de ninguém. (...) Porque a partir do momento que cê recebe a ajuda de alguém... Pelo menos na minha família, tá? Meu pai ele é uma pessoa que ele te dá uma coisa hoje e amanhã ele cobra. E pra não ter essa cobrança, teria que ser só eu mesmo. (...) Ninguém nunca me ajudou sem querer algo em troca de mim.

Chama atenção a ênfase colocada na independência. Já nas primeiras formulações de seu desejo de ser mãe (ainda na adolescência), A. excluía até mesmo o pai, a quem caberia legalmente assumir a co-responsabilidade por uma criança: “*E eu quero ter um filho e não ter pai!*”. Neste posicionamento radical de “*não precisar da ajuda de ninguém*”, articulam-se a ideologia liberal da mulher moderna, capaz de conciliar trabalho, maternidade, lazer, vida sexual etc. (da qual a mulher/mãe idealizada por A. se aproxima), e as experiências concretas de A., que a levam a conceber a ajuda como algo humilhante, que um dia será cobrado.

O ideal da mulher independente, multifuncional e bem sucedida (principalmente nas funções “femininas”), constantemente veiculado pela indústria cultural, pode ser compreendido como o contraponto mais disponível no imaginário social à figura fracassada, desprezível e não merecedora de estar neste mundo que A. enxerga em si. Sua origem de classe possivelmente reforça a projeção para sua própria vida deste ideal, que não aparece nas falas das demais entrevistadas.

Para uma compreensão adequada da minha crítica a esta imagem idealizada da mulher nas sociedades ocidentais atuais, considero importante destacar que ela não se confunde com a desvalorização da autonomia, questão central em toda a produção teórica e nas práticas feministas. No entanto, na perspectiva ética e política adotada nesta pesquisa, a noção de autonomia difere profundamente do individualismo que caracteriza a ideologia liberal. A interdependência é constitutiva das relações humanas; é a desigualdade que a converte em relações de exploração, opressão e violência.

Sentidos subjetivos do uso de cocaína por A.

Podemos encontrar na narrativa da história de vida de A. vários indicadores de um sentimento permanente de *apropriação*, evidenciado principalmente na relação com o pai e com os maridos, mas também com outros homens com quem se relacionou e com o irmão. A apropriação social das mulheres define o que Guillaumin (85) chamou de “sexagem”, relação que compreende ao mesmo tempo uma apropriação coletiva e uma apropriação privada:

Nas relações de sexagem, as expressões particulares dessa relação de apropriação (aquela do conjunto do grupo de mulheres, aquela do corpo material individual de cada mulher) são: a) a apropriação do tempo; b) a apropriação dos produtos do corpo; c) a obrigação sexual; d) o encargo físico dos membros inválidos do grupo (inválidos por idade – bebês, crianças, velhos – ou doentes e deficientes), bem como dos *membros válidos do sexo macho*. (p. 7)

A afirmação de que a forma específica de apossamento da força de trabalho das mulheres implica a apropriação material de seu corpo se sustenta no fato de que não há medição de tempo, nem remuneração, nem qualquer limitação ao seu emprego, ou seja, “o

tempo das mulheres (seu trabalho) está à disposição sem contrapartida contratual” (85) (p. 7). Assim, a força de trabalho das mulheres, “contida no interior dos limites característicos que um corpo individual material representa, é tomada em bloco, sem medição. O corpo é um reservatório de força de trabalho, e é enquanto tal que ele é apropriado” (85) (p. 6).

Na história de A., as manifestações da apropriação de seu tempo, de seu trabalho e de seu corpo percebidas subjetivamente como as mais violentas foram: o abuso sexual sofrido na infância/adolescência (acompanhado do silenciamento, por parte de diversas instituições sociais, de qualquer forma de denúncia), os seus dois casamentos e a experiência da maternidade. O corolário dessa apropriação material é o desapossamento de si mesma, expresso em falas como: “*Eu quero poder começar a ter a minha vida! Viver pra mim, não pros outro! Porque até então, eu só vivi pros outros!*” e “*Eu sei o meu nome, mas eu não sei quem eu sou. Não sei meus sentimentos como que é mais. Eu não sei que tipo de prazer... de prazeres eu tenho mais...*”.

No entanto, A. atribui seu apagamento como sujeito ao uso de cocaína, o que demonstra o papel ideológico assumido pelas SPA, de bode expiatório para relações sociais violentas, injustas e desiguais. No final da narrativa, há um trecho no qual o uso de cocaína, por sua vez, é atribuído a forças malignas, ao “*inimigo*”, o que possivelmente alivia (ao menos em parte) o peso da responsabilização individual.

Mas, olhando para a narrativa como um todo, pode-se dizer que predomina a perspectiva descrita no final da análise de sua história de vida: da mulher onipotente, segura de si, que se aproxima da ideia de “*self-made woman*”. Coerente com esta projeção, A. busca saídas individuais, dependentes de seu próprio esforço, para a situação de sofrimento e insatisfação na qual se encontra:

Meu primeiro projeto é parar de usar. Que nem, eu quero me internar agora... Se tudo der certo, Larissa, eu pretendo ficar o tempo, né, da internação, pensar em mim, me descobrir, sabe? Voltar a ter o meu amor próprio... (...) Eu vou me amar mais do que tudo, eu vou me respeitar, sabe? Vou me pôr em primeiro lugar. (...) Nunca é tarde, a não ser o dia que eu tiver morta! Aí eu não posso mudar mais nada, entendeu? Mas enquanto isso eu vou batalhar sim! Nem que seja a última coisa que eu faça da minha vida!

Nos processos de subjetivação de A., a cocaína parece assumir um papel contraditório: por um lado, de dominação/submissão/prisão (“*eu quero mesmo me libertar de todas as drogas*”, “*a droga toma conta*”); e, por outro, de conferir maior poder/controle sobre os próprios sentimentos e um distanciamento dos problemas (“*Ah, eu gosto de usar porque... eu me sinto bem. Eu fico tão louca na brisa da farinha que eu esqueço os meus problemas, sabe? Só quero usar, usar, usar!*”). A compulsão de A. pela cocaína pode ser lida como a medida de seu desejo de poder, independência e liberdade (as sensações mais comumente descritas como efeito do uso desta substância).

Também no final da entrevista, A. fala do desconforto produzido pelo contato com o outro quando está sob efeito de cocaína: “*perco totalmente o tesão*”; “*eu amava dançar, hoje em dia eu não consigo dançar, não consigo ouvir música... se eu tiver louca*”.

Eu me sinto mal se alguém relar em mim e eu tiver usando droga. Na... Tiver na... loucura da farinha e alguém chegar em mim, querer me beijar... Até o beijo pra mim... me sufoca! É uma coisa... Parece uma... Asfixia. É horrível! Eu não gosto de ficar perto de ninguém quando eu fico louca demais. Essa é a verdade. (...) me tranco... em algum lugar. Ou eu vou pra casa de alguém e falo: “Ai, posso dormir aqui?” Eu fico ali, nem que eu fico fritano, mas eu fico ali, sozinha... Não gosto de claridade... Ai, eu viro uma morcega!

Este desejo de se isolar lembra a fala acima, sobre o ideal da auto-suficiência, formulada como “*Não vou mais precisar da ajuda de ninguém!*”. Conforme discutido na Introdução, a produção das sensações desejadas (e o afastamento de outras) através do uso de SPA *aparentemente* prescinde da relação com o outro ou da mediação com quaisquer elementos do universo simbólico/cultural, numa repetição infinita, independente das circunstâncias. A presença de um outro possivelmente rompe com essa ilusão, o que explicaria a preferência de A. pelo uso solitário de cocaína.

Síntese da Entrevista 2

Dados de identificação: A.R., 40 anos, negra, natural do interior do Paraná, sem escolaridade, mosaicista (no Núcleo de Oficinas de Trabalho do SSCF), vive em pensão, tem um filho de 22 anos (preso)

Data da entrevista: 19/05/14

A.R. nasceu no interior do Paraná, sendo a terceira de seis filhos. Diz ter muita “revolta” e um “remorso” de sua mãe, por seus atos de violência e negligência, mas principalmente por se sentir menos amada que seus irmãos. A maior evidência disto, para A.R., é o fato de ser a única filha que não foi vacinada contra poliomielite, vivendo desde a idade de um ano e sete meses com uma deficiência que adquiriu como sequela desta doença. Nesta mesma idade, A.R. se mudou com a família para Campinas.

Sua infância foi profundamente marcada pela violência, vivida tanto no ambiente familiar como na rua. Além de presenciar cenas de extrema violência entre seus pais (que eram alcoolistas), sofreu violência física, psicológica e sexual em casa (esta última pelo irmão mais velho). A.R. associa o início de seu uso de álcool à violência doméstica: “*Então em casa eu só levei pancada! Era paulada, fio de ferro, entendeu? Aí eu comecei beber... em casa. Meu pai mandava eu buscar uma garrafa de pinga, eu trazia uma pra ele, uma pra mim! Aí ele desconfiado que eu tava bebendo, me bateu e foi quando eu fugi de casa, entende?*”. Aos oito anos, já bebia diariamente. A narrativa de A.R. indica que alternava períodos na casa dos pais e na rua entre os oito e os doze anos de idade. Na rua, entrou em contato com outras SPA, como inalantes (cola) e maconha.

Quando A.R. tinha 10 anos, seu pai foi embora, porque descobriu que sua mãe estava se prostituindo e havia engravidado de outro homem. Sua mãe se casou novamente. A.R. sofreu violência física do padrasto, que também abusava sexualmente de suas irmãs. A reação de A.R. à violência continuada que sofreu durante a infância não foi apenas a fuga de casa, mas também o enfrentamento físico dos agressores (pai, irmão, padrasto), conforme será apresentado - nas palavras da entrevistada - e analisado a seguir.

Não fica claro na narrativa em que momento isso acontece, mas A.R. conta que sua mãe ficou internada por um ano em um manicômio em Joaquim Egídio, e que nesta

época “*eu, por ser, assim... a mais atirada, mais... eu tinha que sair, pedir... pra não deixar meus irmão passar fome, pequeno, que eles era muito pequeno*”.

Aos 12 anos, “*foi para a zona*”, no mesmo bairro onde passou a infância - o Jardim Itatinga. A.R. descreve a prostituição como uma experiência horrível. Diz que “*sempre gostou de mulher*”; sentia nojo de ter relações sexuais com homens.

Refere-se à cafetina e dona da casa aonde viveu esses anos como sua “*madrinha de coração*”; considera-a sua protetora e aquela que lhe “*ensinou tudo, o que era certo, o que era errado*”. Ainda tem vínculos importantes no Jardim Itatinga, mas também perdeu muitos amigos (mortes por violência).

Aos 16 anos, iniciou um tratamento de reabilitação física (fisioterapia, 13 cirurgias), com a ajuda “*dos Vicentinos da Vila Industrial*” e de sua “*madrinha de coração*”. Em um dos retornos ao hospital em Jundiaí, quando estava com 17 anos, diagnosticaram a gravidez. Inicialmente, queria abortar, mas a equipe do hospital a convenceu a levar adiante a gravidez (a narrativa de A.R. sugere que um dos argumentos foi o fato de ela não ter “*passagem, por causa da bacia, por causa do problema da paralisia...*”). Acolheram-na, ofereceram-lhe um curso. “*Aí eu comecei a pegar amor naquela coisa que mexia dentro de mim, sabe?*”.

A.R. teve seu filho em Jundiaí e logo depois retornou a Campinas. Mas não suportou morar com a mãe devido à péssima relação com o padrasto. “*Larguei ele [o filho] cá minha mãe, só que todo, todo mês, toda semana chegava um táxi lá lotado...! De mantimento, de fralda, dinheiro, comida, roupa pra ele...*”. Voltou a se prostituir e a consumir SPA (“*e retornei de novo... o vício de novo*”).

A.R. diz se sentir culpada por não ter sido “*uma mãe presente*”, mas se orgulha de nunca ter deixado faltar nada para seu filho. Quando ele tinha aproximadamente 10 anos, foi morar com ela; na época, A.R. estava casada com uma mulher que havia “*tirado da zona*” e com a qual viveu por oito anos.

Diz que ele era “*um menino trabalhador, esforçado*”, mas se envolveu em atividades criminosas e acabou sendo preso. Aos 15 anos, ele começou a pressioná-la para que contasse quem era seu pai. Este já estava morto, mas A.R. lhe apresentou seus irmãos por parte de pai (“*um é traficante, outro é bandido, outro é matador*”). Sente-se culpada, “*porque daí ele conheceu esses irmão dele, que é tudo... da pá virada, né, se juntaram*”.

que... irmão, né? Se juntaram e eu... acho que também um pouco foi isso que levou ele pra cadeia, entende?”.

A.R. também fala com muito sofrimento do suicídio de uma das duas irmãs com as quais tinha uma relação mais próxima:

Eu não perdi uma irmã, eu perdi uma grande amiga! Até uns tempo atrás... eu chamava o nome dela, gritava, ia lá onde ela morava, sentava, oiava pra cima... perguntava por que não levou eu, entendeu? E... Isso me dói ainda muito. (...) Parece pra mim que foi onti! 10 ano. Não consigo esquecer. Eu tento! Não consigo.

Depois desta perda, voltou a fazer uso de SPA, após três anos de abstinência. A.R. faz uso intenso de álcool e de crack; diz que “*não consegue usar pouco*” e que usa por qualquer motivo, sem pensar.

Aí eu esqueço um pouco dos pobrema. Eu esqueço um pouco. Mas depois... depois... depois que caba de usar, que cê volta a si, aí que... o negócio... o bicho é feio! Entendeu? Vem a revolta, vem a depressão... Entende? Mas enquanto cê tá usando ali, tá bem! Não lembra dos pobrema! Não tá nem ai c’os pobrema!

Questionada sobre seus projetos e sonhos, A.R. responde que quer voltar à Oficina de Mosaico (da qual estava afastada na época da entrevista), ter sua casa, uma “*joguinha*” (moto) e suas coisas, voltar a cozinhar (sua grande paixão) e “*que Deus abra a porta daquele inferno que meu filho tá pra gente se reencontrar. É só isso que eu quero! E que Ele me dê saúde!*”.

Análise da Entrevista 2

A experiência da violência marcou profundamente a trajetória de A.R., e é interessante observar que todas as situações de violência narradas vêm acompanhadas de alguma forma de *resistência*. Os trechos a seguir retratam de forma muito viva diversos conflitos familiares inter-relacionados que permearam a infância de A.R., e como ela se posicionou em relação aos mesmos.

Meu pai deu facada na minha mãe, nós ficamo no mato três dia... com medo dele...! Aí teve uma hora que nós foi mais crescendo, eu fui ficano mais grande, nós começamo a bater nele, sabe? Aí a minha mãe um dia tacou uma bandeja de... eu não sei se era de lasanha, aquelas bandeja de inox, de... é de vidro, desbandou o braço dele assim, sabe? Metade do braço dele assim caiu, entende? Daí... foi quando ele tomou a atitude dele ir embora, que ele descobriu que ela tava grávida e não era dele.

O meu irmão tudo, me estrupava, irmão mais velho, que meu pai foi embora com 10 ano, pediu pra ele cuidar da gente. Disse que ele era o homem da casa, tudo... Tentou me estrupar, daí eu fiquei mais revoltada ainda, né? Aí fui falar com a minha mãe, minha mãe... desacreditou de mim, não acreditou em mim, acreditou nele, que ele era o homem, era o mais velho! Entende? Me deu um murro na rótula do meu joelho, que eu perdi a rótula do meu joelho, entende?! Por causa de eu ter a poliomielite! Entende? Depois dessa vida eu não quis mais voltar pra casa, eu fiquei no mundão!

No primeiro dos dois trechos acima há uma descrição do enfrentamento do pai (“nóis foi mais crescendo, eu fui ficano mais grande, nós começamo a bater nele, sabe?”), e, no segundo, da denúncia para a mãe da tentativa de estupro que sofreu por parte de seu irmão mais velho. Na narrativa da tentativa de estupro, A.R. estabelece uma relação de causalidade entre este acontecimento e o fato deste irmão ter se tornado “o homem da casa” após a partida do pai: “**que** meu pai foi embora com 10 ano, pediu pra ele cuidar da gente. Disse que ele era o homem da casa, tudo...”.

Mais uma vez, os conceitos da teoria do patriarcado se fazem úteis para analisar a situação e sua significação por A.R.: ao tornar-se o novo *patriarca* da casa, seu irmão mais velho adquire o “direito” de se apropriar do *patrimônio* - os membros classificados como pertencentes ao sexo feminino e os mais jovens -, reproduzindo as relações de poder relacionadas a gênero e idade. A “obrigação sexual” consta dos elementos apontados por Guillaumin (85) como “expressões particulares dessa relação de apropriação” (p. 7).

A.R. tentou denunciar a tentativa de estupro imediatamente após a ocorrência, mas sua mãe não apenas não acreditou nela como ainda a agrediu fisicamente. Neste ponto, a história de A.R. dialoga com a de A. Ser desacreditada pelos pais era exatamente a ameaça feita pelo irmão de A. para que ela não o denunciasse, e ela teve medo porque sua

experiência lhe dizia que este era de fato o cenário mais provável (“*Meu pai sempre acreditou mais no meu irmão do que em mim...*”). A. identifica a desigualdade de tratamento/credibilidade, mas não chega a formular em sua narrativa motivos para tal, como o faz A.R.: “... *acreditou nele, ‘que ele era o homem, era o mais velho’*”. Esta afirmação traz implícita uma crítica à desvalorização e à desconfiança permanentes da fala feminina na cultura patriarcal - particularmente no que diz respeito à sexualidade.

Retomando a história de A.R., ela conseguiu evitar o estupro através do enfrentamento físico com o irmão, narrado de modo vívido no próximo trecho transcrito. A luta aberta entre os dois acabou tendo um dos efeitos possivelmente desejados por A.R. quando foi falar com sua mãe (porém frustrados pela via da palavra): a publicização do ocorrido e a emergência da indignação e intervenção das pessoas de sua rede social.

Eu lutei muito com ele, porque homem é forte... Ele é mais forte que eu. (...) Aí consegui catar o cabo da vassoura e consegui por ele pra fora, ele desceu a ladeira, que nós morava no Morro dos Macaco ali nos Campos Elísios, desceu a ladeira e ficou lá até minha mãe chegar do serviço, que eu falei que ia matar ele e dentro de casa ele não entrava. (...) Os vizinho também veio... Entendeu? Querer comprar, tudo, aí eu falei: “Ih, ele já sumiu já! Ele já deve tá lá pra cidade!” Pra não dizer que tava lá embaixo, porque eles podia machucar ele, entende? Até isso... nisso eu ainda fui boa. Mas... eu não me dou também com ele, não.

A violência sexual doméstica também foi vivenciada por A.R. na relação de seu padrasto (que passa a ocupar o lugar de *patriarca*) com suas irmãs. Assim como anteriormente a violência física por parte do pai, esta situação de violência foi enfrentada coletivamente pelos irmãos/irmãs (não fica claro se os irmãos homens ajudaram a “*armar a cilada*”):

E... depois ela [a mãe] arrumou um homem também, o homem não queria só ela, dava pra ver que ele queria ela e as fia, a gente falava com ela: “Mãe, abre os óio, mãe! É assim, assim, assado, mãe! Pelo amor de Deus!” E daí era nós que era puta... e biscate... Nós nem sabia o que que era isso, Doutora. Cê entende? Ela não acreditou. Aí um dia nós armou uma cilada... pra ele, porque ele levava minha mãe pra beber, pra vim abusar das minhas irmãs. (...) Aí foi aquele alvoroço quando ele tava... molestando a minha irmã.

Foi aquele alvoroço, aí foi quando a minha mãe... abriu a mente, né? Quando ela abriu a mente, ela falou: “É verdade!” Aí ela começou a ter mais... mais um pouco de cuidado. Mas mesmo assim, ela quase matou uma irmã minha a facada por causa desse cara, de ciúmes.

Percebe-se nesta fala novamente a busca de proteção e cuidado da mãe, expectativa esta que parece se apoiar mais em um imaginário social (descrito na análise da Entrevista 1) do que na relação concreta com sua mãe. Mais uma vez, a denúncia da violência sexual foi respondida com xingamentos (“puta, biscate”) que reproduzem a cultura de atribuição da culpa pelo abuso sexual às vítimas, e com violência física (“ela quase matou uma irmã minha a facada por causa desse cara, de ciúmes”).

Assim, a separação dos pais de A.R. não resolveu a situação de violência doméstica continuada; pelo contrário, esta se perpetuou primeiro com o irmão mais velho, depois com o padrasto, em colaboração com a mãe:

Aí a minha mãe e esse meu padrasto me bateu. Eles só não bateram nessa perna, mas o resto do corpo tudo tinha hematoma. Porque eu cheguei alcoolizada e foi uma pessoa lá dizer que eu tinha xingado ela, e ele invés de esperar eu sarar, escutar a minha versão, não. Aí me bateram, largaram meus óio roxo, aí eu processei ela e ele, entende?

Infelizmente, a violência não marcou apenas o ambiente familiar/doméstico e a infância de A.R., mas praticamente todos os espaços sociais e momentos de sua trajetória. Ela cresceu no bairro onde depois se prostituiu (Jardim Itatinga – “a maior zona da América Latina”) e onde sua mãe vive até hoje. A seguinte fala é bastante emblemática de sua experiência na prostituição (chamo a atenção para mais uma de suas estratégias de resistência, que aparece aqui):

Nossa! Foi horrível, Doutora! Coisa mais horrível é você fazer uma coisa que você não gosta! Mas cê tem que fazer pra você se manter! Nossa, eu odiava, Doutora! Dava vontade de pegar cada cara que deitava comigo na cama, dava vontade de arrancar o pescoço dele! Tinha uns que eu nem saía! Eu fazia pagar adiantado e sumia da vida deles! (...) Ia gastar cás muié lá pra cima! A dona da casa ficava louca comigo! Eu falava: “Sou obrigada... pra esses homi?”

Não gosto de homi!” Entendeu? Ela ficava louca! “Mas isso vai te matar! Eles tá pagando! Eles vai te matar!” – “Deixa que mata!” Sabe?

Além do sofrimento que a prostituição em si lhe causava, A.R. presenciou cenas de extrema violência e perdeu muitos amigos e conhecidos lá:

Infelizmente, da minha época... da minha época sobrou eu, a F. e o D. O resto eles mataram tudo, Doutora! (...) O último foi... foi feio demais! Deram tiro na cabeça, quebraro... viraro as perna dele, quebraro assim pra trai, tacaro fogo, sabe? (...) Quando a gente encontrava o corpo do amigo nosso já tava... em decomposição. Já tava... naquele estado horrível, sabe?

Por outro lado, ela conta com uma rede social de apoio e com vínculos afetivos importantes no Jardim Itatinga: “*Até hoje, eu vou lá: ‘Pô, A., chega aí...!’ Uns me chama pra mim comê... Uns me dá dinheiro, sabe? Então eu tenho um vínculo muito grande lá dentro. Eu tenho... tenho direito de ir e vir lá dentro. Eu não fiz nada de errado lá!’*”

Também no âmbito das relações familiares, a violência continuou presente, frequentemente de forma dramática, como no suicídio da irmã e nos crimes cometidos por seu filho - tanto para ganhar dinheiro (o que o levou à prisão), quanto em suas relações afetivas, conforme narrado no trecho a seguir:

Aí ele arrumou uma muié, aí eu puis essa mulher dentro de casa junto com dois filho que ela tinha, aí... ele... com muito ciúme dessa muié, ciúme doentio, começou a bater nessa muié, eu comecei entrar no meio... da briga... Aí também ele já começou a querer bater em mim... Aí eu peguei, mais uma vez saí de casa e larguei eles cá casa. Aí quando eu retornei... foi vê ele já tava preso. E a muié lá toda machucada, que ele bateu com chave de roda de carro, deformou o rosto da muié, tudo, sabe?

A.R. resume sua história de vida com as seguintes palavras: “*E foi assim a minha vida, Doutora, sempre sofrimento. Não tenho nada pra dizer... Que... eu fui feliz, que... eu tive uma festa de aniversário, que... a minha mãe me bajulou, pegava no colo, dava risada comigo... Disso eu não lembro de nada.*”

Minha adolescência foi isso, a minha infância foi essa. E agora eu tô tentando viver de novo, eu tô tentando recuperar, entendeu? Tô indo pra Igreja... Tô tentando sair desse mundo... que só me fez sofrer! Eu queria ser mais um pouco feliz! Mas eu sinto que só depende de mim agora. O que passou... deixa pra lá! Eu acho assim... Mas tá... Mas... Mas... tá dentro... difícil de tirar, mas não consegue.

Sentidos subjetivos do uso de álcool e crack por A.R.

Na narrativa de A.R., há muitos indicadores de que o uso de álcool (e depois, na vida adulta, também do crack) está relacionado com sua capacidade de resistência, que apresenta uma face mais ativa, de enfrentamento, e uma mais “passiva”, no sentido de suportar as diversas formas de violência com as quais se confrontou ao longo de sua trajetória de vida.

Na maior parte das situações narradas, ambos os aspectos estão presentes, como na violência doméstica sofrida na infância, anestesiada e ao mesmo tempo enfrentada com o uso de álcool: *“Então em casa eu só levei pancada! Era paulada, fio de ferro, entendeu? Aí eu comecei beber... em casa.”* / *“Eu bebia e vinha fazer escândalo pros outro! Não deixava ninguém passar batido! Ninguém... oiava torto pra mim! Então, vem de dentro de casa também, sabe? Eu descobri assim... Eu comecei... Eu viciiei... na canelinha.”*

Também na experiência de prostituição, o uso de SPA, além de potencializar as estratégias de enfrentamento expostas acima, tinha a função de fazê-la suportar o insuportável, como indica a fala: *“que eu tinha que tá louca pra mim fazer aquilo”* (ter relações sexuais com os clientes).

Em algumas situações, o uso de SPA parece assumir um sentido de desistência ou abandono - notadamente naquelas associadas a um sentimento de impotência, como a perda da irmã e as repetidas frustrações na relação com a mãe.

A minha irmã se matou por causa do maldito crack, entende? Fazia três ano que eu não usava mais nada! Mais nada mesmo, só no cigarro! Depois que a minha irmã veio se matar, o inferno abriu de novo pra mim! Aquilo tudo que eu tinha parado, três anos atrás, cabou em dois dia, um dia! E até agora eu não consegui... me recuperar dessa minha vida, né?

Fui lá na Páscoa, não... não fui bem recebida por ela [a mãe], a gente sente... quando é bem recebido... Não perguntou nem se eu queria um copo d'água, não perguntou se eu queria comer. Eu fui lá antes do almoço... pra ver se tinha, né, almoço de Páscoa. Não perguntou nada, só perguntou se tinha dinheiro e queria saber do meu filho na cadeia. Aí eu peguei, virei as costas e já fui beber lá numa favela, tô sempre na favela...

A dialética entre enfrentamento e abandono (“virar as costas”) se configura como uma estratégia de sobrevivência construída por A.R. ao longo de sua história, estratégia para cujo acionamento o uso de SPA parece ser um recurso importante. Este sentido subjetivo do uso de SPA aparece, entre outros, no seguinte trecho de sua narrativa:

Me deixa calma! (...) Acalma, eu fico menos agitada! Mas se um já oiá torto pra mim, falou alguma coisa pra mim, eu já brigo, Doutora! Eu não suporto, não sei! Muita gente já falou pra mim: “A., eu não sei como cê tá viva ainda!” Entende? Que eu sou estourada, eu tenho que mudar esse meu jeito! Eu sou assim. Lá no CAPS hoje eu pus um pra correr!

O uso de álcool (ao qual A.R. se refere no início desta fala) parece ser um elemento importante para compreendermos o desenvolvimento de sua forma singular de estar no mundo e de se relacionar com o outro (enquanto sujeito individual ou coletivo), ou seja, para compreendermos o processo de sua constituição subjetiva, “em que o sentido aparece como registro emocional comprometido com os significados e as necessidades que vão desenvolvendo-se no decorrer de sua história” (76) (p. 235).

Síntese da Entrevista 3

Dados de identificação: R., 41 anos, branca, natural de Campinas, 2º. grau completo, brochurista (no Núcleo de Oficinas de Trabalho do SSCF), vive em pensão, tem um filho de 19 anos (que mora com a avó materna).

Data da entrevista: 22/05/14

Observação: R. estava internada no período em que foi realizada a entrevista (eu já a havia convidado a participar da pesquisa antes da internação, e ela havia aceitado). A continuidade dos atendimentos semanais com a psicóloga no CAPS era parte de seu projeto terapêutico. Assim, diante da avaliação conjunta (entre a usuária, a psicóloga e eu) de que ela estava em condições psíquicas para entrar em contato com sua história de vida, aproveitamos uma de suas vindas ao CAPS para fazer a entrevista.

R. é a mais velha de quatro filhos, tendo crescido no núcleo familiar constituído pelos seus pais e seus irmãos. Diz que seus pais brigavam muito entre si e com os filhos, devido ao “nervosismo” da mãe e ao alcoolismo do pai:

A minha mãe era... muito nervosa! A minha mãe tentou suicídio. Ela jogou... álcool no corpo e... tentou se matar. Aí depois que ela conheceu meu pai. Ficou tudo grudado aqui no pescoço, no tronco, braço... Ela sofreu muito! (...) Aí ela conheceu meu pai, meu pai era alcoólatra, ela tirou meu pai da sarjeta e... eles se casaram...

R. considera que sua infância foi “*muito legal*”; não passou por carências materiais nem afetivas, ia bem na escola e tinha amigos. Mas fala em diversos momentos de uma “*falta*” que sempre a acompanhou e que não consegue definir: “*Eu não sei como explicar, mas faltava alguma coisa na minha vida! (...) Dava uma tristeza porque faltava... Aí quando eu comecei a... a cheirar gasolina, parece que completava, parece que dava aquela calma ni mim... entendeu? Completava.*” Este foi seu primeiro contato com SPA, aos 11 anos. Quando sua mãe descobriu, deu-lhe uma “*surra*” e passou a esconder a gasolina que seu pai (caminhoneiro) tirava do tanque para vender.

Começou a beber aos 18 anos, quando seu pai faleceu, mas “*não se viciou*”. Teve experiências sexuais com homens e com mulheres na juventude, o que considera um

“*problema sexual*”, porque “*não conseguia se decidir*”. Perguntada, diz ter sofrido pressão neste sentido, por parte das amigas e de namorados, e que sua mãe “*nem sonhava*” com sua bissexualidade.

R. não conta como conheceu seu marido, nem por que se casou. Diz que estudou um semestre de Psicologia na PUCC, mas interrompeu o curso quando ficou grávida, por exigência do então marido: “*Ele fez eu trancar!*”. Descreve seu ex-marido como violento e ciumento, diz que ele não a deixava trabalhar. Relaciona o desenvolvimento do uso nocivo de álcool ao casamento:

Aos 21 anos eu fiquei grávida e casei, no meu casamento meu marido me batia muito e... eu não achava como me defender. (...) Aí um certo dia eu tava tomando uma cerveja lá em casa e... descobri que ele chegou, começou a brigar comigo, perguntou “cadê a janta?” e... começou a brigar, começou a me xingar de nomes que eu não gostei... e eu fui pra cima dele, né? Eu tive reação, porque eu tava alcoolizada. Aí pronto! Aí eu comecei a beber todo dia porque... eu tinha reação. Na hora que ele me batia, eu tinha reação. Eu reagia. Aí foi isso. Ficamos brigando esses nove anos, aí a gente separou... quando a gente separou, eu já... já... tava alcoólatra. Já tava alcoolista já.

Refere-se ao casamento como um divisor de águas: “*É assim, antes e depois do I., entendeu? (...) Antes do I. era mais legal, depois do I. foi um inferno! Mas eu tive um filho maravilhoso, tive um filho lindo...!*”. R. parou de beber durante a gravidez, mas voltou ao uso logo que seu filho nasceu. Orgulha-se de ter “*dado conta*” das funções maternas apesar do alcoolismo: “*Mas assim, eu bebia, mas eu deixava... eu dava a comidinha dele, ele tomava banhinho... eu trocava roupa limpinha pra ele... (...) Do meu filho eu sempre dei conta.*”.

Após a separação, R. voltou a morar com a mãe. Gastou a sua parte do dinheiro do divórcio em “*noitada*” e “*bebedeira*”. Sua mãe ficava com seu filho “*enquanto eu ia pra baderna, pra bagunça*”. Quando acabou o dinheiro, sua mãe a mandou embora de casa porque “*não aguentava mais*”.

R. morou no albergue da Prefeitura (SAMIM⁵⁰) por um ano. Conta que sofreu muito lá; às vezes, não podia entrar porque estava alcoolizada, então dormia na rua. Nessa época, começou o tratamento no SSCF (sua primeira internação foi em 2000, quando seu irmão faleceu em um acidente de trânsito). Depois da internação, passou a morar em pensão, iniciou as atividades no NOT e reduziu o consumo de álcool.

Atualmente, alterna períodos de abstinência com outros de consumo intenso: “*Não sei... Não sei onde começa, não sei por que começa... não sei por que termina.*”. As seguintes falas expressam a fissura e a compulsão de R. pelo álcool:

Quando eu não tenho dinheiro, eu vou no mercado e roubo... algo... pra mim beber. (...) E foi isso que aconteceu esse último mês. Eu fiquei o mês inteirinho bebendo, bebendo, bebendo, bebendo, bebendo e... acabei com o meu fígado... e... e fui internada.

Já tomei álcool de posto, já tomei álcool de casa, já tomei acetona...

À pergunta sobre o que o álcool lhe causa, R. responde, chorando, que é alegria: “*É... uma alegria que eu não tenho. (...) A minha depressão é muito forte! Eu penso em... em tirar a minha vida, eu penso em... Mas ao mesmo tempo eu penso no meu filho. Aí eu falo: ‘Não, não vou me matar! Eu vou beber, é mais fácil!’*”. R. identifica o início dos sintomas depressivos quando seu filho nasceu.

Porque a minha família queria uma coisa, e a família dele queria outra, entendeu? E eu ficava dividida. Tanto é que o dia que foram me buscar no hospital, foram as duas família e eu não sabia com quem ir. Aí eu acabei indo com a minha mãe, e a... e a minha sogra ficou com raiva de mim.

Narra uma situação que ilustra sua angústia e sua solidão nesse período:

Um dia eu tava... fritando frango... e ele tava na cozinha, quando eu tive depressão pós-parto. Ele tava chorando, eu não podia socorrer... deixar o frango e socorrer pra... pra... Eu pensei... em

⁵⁰ Serviço de Atendimento ao Migrante, Itinerante e Mendicante de Campinas, vinculado à Secretaria Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social.

jogar toda a gordura... nele. Gordura quente, fervendo, pra ele parar de chorar. Aí ao mesmo tempo eu agarrei ele, fui pra sala, comecei a chorar que nem... uma louca e... não tinha ninguém! (chorando) Nunca teve ninguém...

R. se considera muito sozinha, carente e triste. Diz não ter amigos atualmente. Depois da separação, voltou a se relacionar com homens e mulheres, mas “*o que eu espero de uma pessoa... eu não... não consigo, seja homem, seja mulher... Eu não consigo. (...) Proteção. (...) Carinho e proteção! Independente de quem for!*” (chorando).

Fala também de perdas acumuladas: “*Agora eu perdi minha juventude, perdi minha beleza, perdi... perdi a infância do meu filho... Eu perdi quase tudo! Que... a tendência é perder mais ainda!*” (chorando). Fica muito angustiada ao falar do medo de perder sua mãe: “*Eu vou perder ela! Mas ninguém entende isso, Larissa! Ela tá muito velhinha! E eu não vou ter tempo de...*” (chorando).

Conta que na atual internação foi liberada um fim de semana para o aniversário de sua mãe; quando retornou ao SSCF, mentiu que havia bebido porque estava com medo de ter alta, por não ter para onde ir. Após este episódio, as suas saídas foram suspensas. Neste momento da entrevista, pede minha intervenção para que possa visitar novamente sua mãe e seu filho aos finais de semana (esta situação será analisada a seguir). No final da entrevista, pergunto sobre seus projetos e sonhos, ao que R. responde:

Eu tenho plano de... de... parar de beber mesmo... porque agora... agora... meu fígado tá machucado. Eu quero... arrumar um lugarzinho pra mim ficar, ficar uns dois, três meses e voltar pra minha casa. Pra minha mãe, pro meu filho, esse é meu plano. (...) E voltar a estudar. (...) agora eu tô... querendo ser cuidadora de... idosos pra mim cuidar dela. Eu vou fazer um curso... de cuidadora de idosos.

Análise da Entrevista 3

A narrativa de R. se diferencia das outras três por ser bastante factual, praticamente restrita aos acontecimentos concretos, que se sucedem como fatalidades às quais ela estivesse sujeitada. Os processos simbólicos e emocionais raramente são verbalizados, de modo que a significação da experiência vivida fica como que submersa na

narrativa, tendo sido um esforço constante ao longo desta entrevista o de trazer os sentidos subjetivos à tona. Uma das passagens que ilustra bem esta dinâmica é a seguinte:

Entrevistada: *A minha primeira internação foi quando meu irmão morreu. Eu não me lembro o ano. Foi em 2000. Desculpa, foi em 2000. E... Eu queria ir no enterro, ninguém queria deixar eu ir no enterro, fazia três dias que eu tinha sumido de casa, eu só tava bebendo. E... tava com um cara completamente desconhecido, né? Que tava me dando álcool e... aí meu irmão faleceu...*

Entrevistadora: Ele faleceu de que, seu irmão?

Entrevistada: *Ele tinha... Ele teve mal súbito no trânsito e... bateu com o carro no poste.*

A primeira frase transcrita neste trecho indica a existência de uma ligação entre a primeira internação de R. e a morte de seu irmão. A frase seguinte coloca em cena uma série de elementos (“*Eu queria ir no enterro, ninguém queria deixar eu ir no enterro, fazia três dias que eu tinha sumido de casa, eu só tava bebendo.*”) que remetem a desejos, conflitos e situações cujos sentidos, no entanto, não são desenvolvidos na narrativa. Utilizei-me da estratégia de perguntar por detalhes das vivências em questão para que o registro subjetivo das mesmas aparecesse de alguma forma – sem sucesso. A resposta de R. à minha pergunta sobre as circunstâncias da morte de seu irmão se limita a duas informações objetivas (“*Ele teve mal súbito no trânsito e... bateu com o carro no poste.*”), seguindo-se um silêncio.

Este tipo de situação repetiu-se diversas vezes ao longo da entrevista. Assim, para além da necessidade de uma condução muito mais ativa de minha parte do que nas demais, a sensação de entrar em sucessivas ruas sem saída e ter que retornar para procurar outro caminho me acompanhou por toda a entrevista. Houve um momento particularmente difícil de encontrar qualquer vereda que me conduzisse, nem que só mais um pouquinho, pela história de vida de R. (Este momento será analisado mais adiante.)

Pelos motivos expostos, considero esta entrevista - a mais breve, com 48 minutos de duração - a mais desafiadora, tanto no que se refere ao momento de sua realização quanto ao processo de análise. Mas foi-me possível identificar ao menos quatro *sentidos subjetivos do uso de álcool* na narrativa de R., que serão apresentados e discutidos a seguir. O primeiro deles abre a entrevista, que se inicia com as seguintes palavras:

A minha infância foi uma infância... que nem toda criança tem, né? Só que... faltava alguma coisa. Eu acho que é o gene do álcool que meu vô tinha, passou pro meu... passou pro... pro meu irmão, que passou pra mim. Eu acho que... Eu não sei se isso... é verdade, eu não sei se isso... na pesquisa que eles fazem é certo, ou não é correto... Eu não sei se tem... se tem um 'gen' de álcool, né? Que passa de... de geração pra geração, de pai pra filho, mas meu... meu... meu pai era alcoólatra, meu vô era muito alcoólatra, e eu... a minha família parece que foi presenteada, né?

O alcoolismo, concebido como fenômeno universal, é atribuído a uma fatalidade genética, em um processo de busca de causas que também se tornam universalizadas, independentes da história dos sujeitos singulares. Ainda que eu não tenha me manifestado sobre tal concepção durante a entrevista, R. parece me conceder o direito de questioná-la, conhecendo a minha perspectiva, divergente da sua, a partir dos meus posicionamentos clínico-políticos no CAPS AD, e provavelmente me reconhecendo como “especialista” no assunto (enquanto médica e pesquisadora do tema). Apesar da valorização do universo científico, que se evidencia na busca de um respaldo para sua visão “*na pesquisa que eles fazem*”, no final da fala a realidade do alcoolismo em sua família é trazida novamente como prova suficiente de uma determinação desta condição por forças que se impõem como um destino inescapável.

Não me interessa aqui o embate teórico-conceitual em torno do fenômeno do alcoolismo, mas a compreensão do sentido subjetivo desta fala que, como já dito, inaugura a entrevista. Percebo este primeiro significado trazido por R. sobre seu uso de álcool como uma forma de proteção contra a culpabilização profundamente inscrita em nossa cultura em relação a esta prática. A definição do alcoolismo como uma determinação biológica representa uma tentativa de escapar ao julgamento moral e à estigmatização que afetam principalmente as mulheres (conforme discutido na Introdução).

O segundo sentido está relacionado à “*falta*” que R. já mencionou neste trecho inicial da entrevista e que reaparece em dois outros momentos, sendo sempre associada ao uso de álcool:

Eu não sei como explicar, mas faltava alguma coisa na minha vida! Era bom... Eu ia de vestidinho pra escola, é... saí... voltava, brincava com as minhas bonecas... É... E eu sentia falta de alguma coisa. Sentia falta de alguma coisa. (...) Sentia necessidade de alguma coisa. Não era conversar, não era brincar, não era... não era me divertir, porque isso eu fazia... Eu tinha a minha diversão, a minha infância foi uma infância muito legal. (...) Mas eu tinha falta de fazer alguma arte... Como... se diz por aí, né? De fazer alguma... alguma... Porque eu via as minhas colegas... minhas “colegzinhas” fazerem, né? Beberem cerveja... já novinhas... E eu, como não tinha dinheiro pra isso, eu comecei a cheirar gasolina, que meu pai deixava.

Mas a minha infância foi uma infância legal! A gente tinha de tudo! Entendeu? E... tinha inclusive carinho, mas... faltava... (...) Mas faltava alguma coisa. Não sei se você entende, Larissa, quando tá faltando alguma coisa...! Parece que é... quando ouvia uma música, quando ouvia... conhecia um... uma pessoa, assim, faltava alguma coisa assim... Dava uma tristeza porque faltava... Aí quando eu comecei a... a cheirar gasolina, parece que completava, parece que dava aquela calma ni mim... entendeu? Completava.

R. tenta definir a falta pelo seu negativo (“*não era conversar, não era brincar, não era me divertir*”), nem era falta de “*carinho*”), diante da dificuldade, talvez constitutiva da própria falta, de defini-la pelo seu conteúdo. Na primeira das duas últimas falas transcritas, chama atenção a construção: “*Era bom... Eu ia de vestidinho pra escola, é... saí... voltava, brincava com as minhas bonecas... É... E eu sentia falta de alguma coisa.*”. Soa como se sua adequação social (expressa através de marcadores de feminilidade) devesse garantir uma completude que, no entanto, não se realiza.

O que “*completava*” sua falta era cheirar gasolina, pois, além de produzir efeitos psíquicos/sensoriais (“*dava aquela calma ni mim*”), significava “*fazer alguma arte*” equivalente ao consumo de cerveja por suas “*colegzinhas*”. Eis aí um elemento importante na configuração de sentidos, no plano da subjetividade social, em relação ao uso de SPA por mulheres. A fala de R. indica que tal prática representava, para ela e para as adolescentes com quem convivia, uma ruptura com os padrões de sociabilidade que lhes eram prescritos. Parece haver um reconhecimento coletivo e bastante precoce da necessidade de “*fazer arte*”, de escapar a uma normatividade que não cumpre com sua

promessa de completude/suficiência, e em cuja construção as relações de gênero têm um papel fundamental.

Um terceiro sentido do uso de álcool para R. emerge na fala transcrita na síntese de sua história de vida, na qual relata o desenvolvimento de um uso nocivo após perceber que, quando estava alcoolizada, conseguia reagir à violência de seu então marido: “*Eu tive reação, porque eu tava alcoolizada. Aí pronto! Aí eu comecei a beber todo dia porque... eu tinha reação.*”. Aqui, como em outras entrevistas, o uso de álcool aparece como recurso subjetivo para enfrentar a violência: “*Eu tinha coragem de partir pra cima. O álcool me dava coragem. E... Quando eu separei, eu já tava bem alcoólatra, entendeu?*”. Perguntada sobre o que era capaz de fazer sob efeito do álcool, R. responde:

Nossa! Eu... partia pra cima dele! Eu sou grande também... Entendeu? Ele ficava com medo de mim!
Entrevistadora: *Aí ele parava de te bater?*
Entrevistada: *Aí ele parava! Parava até de me violentar.*

A partir de um determinado momento de sua trajetória, o uso de álcool perde o sentido de proteção que R. lhe atribuía no período crítico em que sofreu violência conjugal, passando a ser nocivo do ponto de vista psicossocial e da saúde física. Seu alcoolismo, embora tenha se desenvolvido durante o casamento, ganhou visibilidade - tanto pública quanto em suas relações interpessoais - após a separação:

Eu saía bastante... Eu saía na quinta, voltava no domingo, e não tava dando atenção pro meu filho. (...) Aí a minha mãe tomou as rédeas da situação, né? Ficou com ele enquanto eu ia pra baderna, pra bagunça! (...) Chegava, ele tava dormindo! Aí eu saía de manhã, esperava a padaria abrir, seis horas da manhã, já ia beber. Chegava em casa, ia beber 10 horas, depois ia beber meio dia e ficava assim. Meu corpo tava tão acostumado a beber que não... não fazia mais mal. Não ficava mais tonta. (...) Teve um dia que eu acordei tremendo, com vontade de beber e a padaria não abria logo, eu tomei álcool. Já tomei álcool de posto, já tomei álcool de casa, já tomei acetona...

Com o dinheiro do apartamento era só noitada, quando acabou o dinheiro do apartamento eu... A minha mãe me mandou embora de casa porque... ela não aguentava mais... de tanto escândalo, tanto...

tanta gritaria, tanta... Comprometeu muito a saúde dela. Aí eu fui morar num albergue, no SAMIM. Fiquei um ano morando lá. Aí a M., que era assistente social do SAMIM, falou que eu já tava há muito tempo lá e ela arrumou essa pensão pra mim, né? Eu... sofri muito no SAMIM, sabe? (...) Bebendo também... Tinha dia que eu não podia entrar, porque eu tava alcoolizada, aí dormia na rua... (...) É... E... Na pensão também eu bebia, aí me arrumaram essa oficina. Na oficina eu diminui muito a quantidade de beber, né? Diminui bastante!

A partir do diagnóstico de alcoolismo, R. foi inserida na rede de atenção psicossocial (SAMIM, serviços de saúde mental, Núcleo de Oficinas de Trabalho). Isto significa o reconhecimento social de um sofrimento intenso e a possibilidade de receber cuidados. Assim, a identidade de “*alcoólatra*”, assumida por R. diversas vezes ao longo da entrevista, legitima simultaneamente a posição de ser cuidada e a transferência da responsabilidade pelo cuidado de seu filho para sua mãe. E é exatamente nesta *subversão/inversão do papel de cuidadora*, atribuído pela cultura patriarcal principalmente às mulheres em idade reprodutiva, que identifico o quarto sentido subjetivo do uso de álcool para R.

A fala que mais evidencia o sofrimento e a solidão deste papel é aquela transcrita na síntese desta entrevista, na qual R. narra uma situação em que estava cozinhando e pensou em jogar gordura fervendo no filho (ainda bebê), para que ele parasse de chorar. E prossegue: “*Aí ao mesmo tempo eu agarrei ele, fui pra sala, comecei a chorar que nem... uma louca e... não tinha ninguém!* (chorando) *Nunca teve ninguém...*”.

A fantasia de eliminação instantânea do outro quando este demanda, incomoda ou agride aparece em vários outros momentos da narrativa, como nos seguintes trechos (referentes ao seu ex-marido): “*Eu não tava mais gostando que ele tava chegando em casa. Eu preferia que ele não chegasse mais.*” / “*Queria tanto que ele morresse...!*”. R. parece se sentir impotente diante das situações geradoras de sofrimento, com grande dificuldade em agenciar recursos (individuais e/ou sociais) que lhe permitam transformá-las.

Um indicador importante do papel do uso de álcool como libertador da responsabilidade inclusive pelo *autocuidado* é a passagem na qual R. conta que mentiu para o médico do serviço aonde estava internada que havia bebido durante uma licença:

Aí eles me liberaram no aniversário da minha mãe, né? Aí chegou no aniversário da minha mãe, foi tudo bem. A gente almoçou, tudo, aí eu peguei e fui embora. Fui embora. Aí o Doutor G. perguntou se foi tudo bem comigo, e eu falei: “Não, Doutor G., não foi tudo bem.” Você me conhece, você sabe... Você saberia que eu tava mentindo! O Doutor M. também! Só que ele... não sacou que eu tava mentindo! Eu falei assim: “Não, Doutor, eu fui na padaria, tomei um... uma dose de vodka e voltei pra casa, porque eu tava sem remédio, eu tava muito ansiosa... vendo todo mundo beber, eu tava muito ansiosa.” Larissa, eu ia conseguir ficar num copo de vodka, numa dose? Do jeito que você me conhece?

Perguntada sobre o motivo de ter mentido, responde que estava com medo de receber alta, por não ter para onde ir. Mas a estratégia mostrou-se desfavorável, pois a partir deste episódio suas saídas foram suspensas⁵¹. Nesse momento, R. interrompe a narrativa de sua história de vida para solicitar a minha intervenção junto à equipe do serviço de internação, para que possa voltar a ver a mãe e o filho aos finais de semana. Diante de sua angústia, não pude deixar de assumir o lugar de cuidadora, sendo este o único momento, ao longo das quatro entrevistas realizadas, em que houve um deslocamento explícito da minha posição de pesquisadora para a de médica. Garanti-lhe que conversaria com sua profissional de referência no CAPS (o que fiz no mesmo dia). A seguir, tentei retomar a entrevista, mas as falas de R. ficaram ainda mais breves, restritas às minhas perguntas. Assim, encerramos poucos minutos depois, após R. responder negativamente à minha pergunta se teria mais alguma coisa a dizer.

Mas esta quebra na narrativa foi bastante reveladora da relação que R. estabelece com os sujeitos e com as instituições que constituem sua rede social (basicamente sua mãe, seu filho e os serviços de atenção psicossocial). Parece haver uma expectativa de que o outro assuma integralmente a responsabilidade e o cuidado por ela, expectativa esta nunca satisfeita, que vem alimentar a falta à qual R. se refere repetidamente na narrativa de sua história de vida.

⁵¹ Não seria pertinente avaliar aqui o sentido desta decisão do ponto de vista terapêutico e mesmo ético (considerando os princípios da Reforma Psiquiátrica e de construção do Projeto Terapêutico Singular). Deixarei registrado apenas que não se trata de uma conduta consensual entre os profissionais das equipes de saúde mental envolvidas.

O único desejo manifestado por R. no final da entrevista é voltar a morar com sua mãe e com seu filho: “*Voltar pra minha casa.*” (a casa da mãe). Acrescenta, um pouco adiante, que gostaria de fazer um curso de cuidadora de idosos, para cuidar de sua mãe; ou seja, seu único projeto de vida é a obtenção de um diploma que oficialize/legitime a manutenção deste vínculo até o fim. E se angustia profundamente com a perspectiva de perder sua mãe: “*Eu vou perder ela! Mas ninguém entende isso, Larissa! Ela tá muito velhinha! (...) Eu não vou ter tempo de... resgatar a minha mãe. Mas eu... o pouco tempo... o pouco... o pouco que eu tenho pra passar com ela eu queria passar intensamente, entendeu?*” (chorando). A expressão “*resgatar a minha mãe*” instiga algumas questões. O que R. gostaria de recuperar? O que se perdeu? Se “sempre faltou alguma coisa” em sua vida, este resgate parece remeter a algo anterior à sua própria existência, simbolizado na figura de sua mãe.

Sentidos subjetivos do uso de álcool por R.

A configuração de sentidos subjetivos do uso de álcool em R., assim como nas demais histórias de vida analisadas nesta pesquisa, traz elementos de resistência e de abandono/renúncia, em uma relação dialética entre si. O papel de resistência fica mais explícito na reação à violência conjugal, mas também é fundamental no enfrentamento aos sintomas depressivos, cujo início R. identifica no período puerperal (após o parto). Sua resposta à minha pergunta sobre o que busca no álcool é: “*Alegria! (...) É... uma alegria que eu não tenho. (...) A minha depressão é muito forte!*”.

Ao mesmo tempo, R. significa seu uso de álcool como um substituto do suicídio que não ousa cometer: “*Eu penso em... em tirar a minha vida, eu penso em... Mas ao mesmo tempo eu penso no meu filho. Aí eu falo: ‘Não, não vou me matar! Eu vou beber, é mais fácil!’*”. A maternidade acrescenta ao suicídio um peso moral que lhe parece insuportável, sendo o alcoolismo um caminho “*mais fácil*” para aliviar o sofrimento ou mesmo para conduzi-la à redenção definitiva que é a morte.

Ficar a meio caminho entre a vida e a morte significa assumir o lugar de doente (no caso, de deprimida e “*alcoólatra*”). A narrativa de R. é a que mais evidencia o processo de produção de novos sentidos subjetivos a partir de uma posição social de vulnerabilidade.

R. vem ocupando, nos últimos anos, um lugar de fragilidade, incapacidade e dependência em suas relações, conforme apontado na análise acima a respeito de sua relação com as instituições de saúde mental e com sua mãe. Inclusive seu filho (com 19 anos no momento da entrevista) é colocado no lugar de cuidador/responsável por ela: *“Porque meu filho falou que se eu voltasse pra essa pensão que eu tô, ele não ia me ajudar. Porque a pensão lá é só álcool. É só álcool. E eu não quero mais saber de beber.”*.

Esta posição se reproduz nas relações afetivas/sexuais: *“O que eu espero de uma pessoa... eu não... não consigo, seja homem, seja mulher... Eu não consigo. (...) Carinho e proteção! Independente de quem for!”* (chorando). Neste sentido, também é significativa sua autodescrição no final da entrevista: *“frágil... sentimentalmente”*; *“uma pessoa... que precisa de atenção, que precisa de... carinho, que... se não tem isso, ela... bebe... com... com... alcoolizada ela se sente melhor...”*; *“sou muito carente, sou muito triste...”*.

Por um lado, o alcoolismo e a depressão deram a R. uma possibilidade de identificação, uma justificativa moral para abandonar determinados papéis e um lugar no mundo a partir do qual possa estabelecer suas relações sociais (o que não significa que se trate de uma escolha racional e plenamente consciente). Por outro lado, esta estratégia de sobrevivência também produziu uma paralisia, uma perda da capacidade de enfrentamento e de transformação das condições geradoras de sofrimento. Nas palavras de González Rey (77): *“o sujeito perde a capacidade de assumir posições próprias diante das situações sociais que enfrenta, ou seja, perde a capacidade de ação como sujeito, transformando-se em vítima das circunstâncias”* (p. 162).

Ao ouvir R. narrar sua história de vida, tem-se a impressão de que ela se coloca mais como expectadora/submetida à sua história do que como sujeito desta. Retomando suas próprias palavras para significar este abandono/desistência da vida (tanto no plano simbólico quanto no concreto): *“Não, não vou me matar! Eu vou beber, é mais fácil!”*.

Síntese da Entrevista 4

Dados de identificação: S., 39 anos, parda, natural de Campo Mourão (PR), vive em Campinas há 17 anos, estudou até a 5ª. série, atualmente é “do lar”, tem 5 filhos (entre 16 e 23 anos de idade), mora com o mais novo.

Data da entrevista: 26 e 27/05/14

Observação: Esta é a mais longa das entrevistas, com 2:40 h de duração ao todo, tendo sido realizada em dois dias.

S. foi criada pelos pais, junto com seus irmãos, sendo a única “filha mulher” de cinco. Tinha muitas obrigações em casa e, se não as cumprisse, apanhava da mãe:

Toda vez que... nós tava na cozinha, nós dua junto, começava a discutir... ela já vinha com faca, pra dar ni mim assim. Foi aonde ela me cortou muitas vezes, ó: aqui, aqui... Tem mais sinais aqui na minha mão aqui. Que eu ia com a mão, sabe? Pra me defender. Onde pegava... Ixe! Na hora arregaçava a minha mão.

Além da exploração do trabalho doméstico, a relação da mãe com ela era marcada pelo ciúme e pelo controle/proteção: “A única coisa que tinha ali no meu quarto era a porta do meu quarto, que dava saída pro quarto da minha mãe, daí abria a... a... o quarto da minha mãe, pra mim sair pro resto da casa! E a janelinha que tinha no meu quarto era exatamente igual a essa aí, ó! Só! Prisioneira memo!”. Também sofria violência psicológica e moral da mãe, que a xingava de “piranha” e a acusava publicamente de “dá pro marido dos outro”.

*E meu pai era o homem melhor do mundo que existia pra mim! (...)
E eu falava assim pra ela: “Mãe, eu vou casar com um homem igual o pai!” (risos) “O meu homem vai ser igual o pai! Tem que ser igual o pai”. (...) Ele nunca batia nos filhos, nunca! Agora ela... Eu chorava de ver meus irmão apanhar, porque ela batia com... com fio, com pau memo assim de... sair sangue! Meus irmão ficava tudo sinalizado assim, dava dó. Eu chorava... chorava...*

S. também era “*explorada sexualmente*” por um irmão mais velho, desde os sete anos de idade:

Ele ia pro Paraguai... e trazia rádio, trazia as coisa, sabe? Aí ele ia me dando assim... pra comprar mesmo. (...) Ele nunca teve uma penetração comigo! Só que... Assim ó, a hora que ele queria que eu chupasse ele, eu tinha que chupar! A hora que ele queria que eu batesse uma punheta pra ele, eu tinha que bater! Só que... a minha boca tinha que ser... fechada, direta e reta porque se não... eu apanhava mesmo, dele, né?

Quando a situação de abuso sexual começou a “*doer demais*”, S. se abriu com a coordenadora da escola. Algumas meninas ficaram sabendo de suas conversas com a coordenadora e começaram a tirar sarro dela. S. ficou três anos na 5ª. série, até o dia em que bateu nas meninas e abandonou os estudos. “*Eu saí aquele dia da escola pra me matar! Fui parar no rio. Pra me jogar no rio.*”

Aos 11 anos, foi acompanhar a mãe em uma cirurgia em Curitiba e ficou na casa dos tios. Nesta ocasião, foi seduzida pelo tio, que tirou sua virgindade. Sua mãe, que pouco tempo antes havia tentado entregá-la no fórum (“*passar a minha guarda... me enfiar não sei na onde que ela queria!*”), pretendia deixá-la em Curitiba. Mas sua tia percebeu a situação de abuso sexual e a mandou de volta para Campo Mourão.

Assim, ainda com 11 anos, S. resolveu “*trabaiar pra fora, na casa dos outro. Morar no emprego.*”. Depois de ser injustamente acusada de furto na casa onde trabalhava, foi morar com um rapaz com o qual estava envolvida. Mas ele a “*chifrou com a ex-mulher...! Ah, eu falei: ‘Sabe o que? Eu vou é ser prostituta que eu ganho mais!’ Aí entrei num barzinho pra ser prostituta.*”.

Aos 15 anos, conheceu seu ex-marido (pai dos seus filhos), na prostituição. Eles brigavam muito: “*Eu tinha muito ciúme dele! (...) E por eu ter sido uma prostituta, eu não me valorizava...! Eu mesma não me dava valor.*”. S. sofreu agressão física inúmeras vezes neste casamento:

Como eu apanhava muito da minha mãe é... eu dava reação na hora! Que ele vinha em cima de mim assim eu já reagia! Aí se ele me dava um tapa, eu ia dá um tapa nele também! Aí é aonde que

ele pegava e... mostrava que ele era o macho, que ele podia bater, e eu tinha... como era a fêmea, tinha que apanhar, ficar quieta e boa! E eu nunca aceitei. E eu já tinha assim um trauma ni mim muito grande de apanhar da minha mãe.

S. o abandonou porque desconfiou que ele a estava traindo “*com uma negra rabuda, boa*”. Deixou a filha com sua mãe e foi trabalhar em uma residência. Mas “*toda noite quase eu ia sondar ele, pra ver se era isso memo*”, até que o flagrou com essa mulher, e ele a agrediu: “*Ele me arrastou no asfalto. A minha costa... saiu o coró todinho! Saiu o coró! Rasgou a... camiseta que eu tava, e o coró da minha costa ficou no asfalto.*”.

Depois disso, “*eu cá numa depressão mai tão fudida, tava lascada, sabe? Eu sei que esse homem... que eu tava trabaiano, ele já tava de zóio ni mim! Sabe, eu era muito bonita! (risos) Eu era muito bonita! Aí ele... começou a me acariciar, a me acarinhar, até conseguir... ter sexo comigo! Foi... pá-buf! Engravidei.*”. Saiu do emprego e foi para Londrina, grávida; mas voltou 15 dias depois porque não suportou a saudade da filha, que havia ficado com sua mãe.

Retornando a Campo Mourão, reencontrou o ex-marido, que pediu para voltar com ela e assumiu a paternidade de sua 2ª. filha (que nasceu “*branquinha*”). “*Ele sempre tratou ela como filha. Eu tiro o chapéu pra ele!*”. Mas ele continuou a trai-la, o que a colocava no lugar de prostituta, e não de esposa (visão explicitada em uma fala que será analisada a seguir). S. diz que continuou com I. pela relação dele com os filhos e por “*dó*”, pois ele havia sido criado sem pai. “*Não sei explicar. Eu sei que... Eu sei que eu continuei com ele.*” Tiveram mais três filhos.

Durante a gravidez do quarto filho, S. fumou maconha pela primeira vez, em família (com o marido, o irmão e a cunhada). Até então, só fumava cigarro – “*eu era viciada no cigarro!*”. Passou a usar maconha eventualmente, “*mas quando eu vim embora pra Campinas foi que... Eu comecei memo, fumar maconha memo! Era meu vício! Era cigarro!*”.

S. mudou-se para Campinas aos 23 anos, quando mais uma vez decidiu se separar de I. Um irmão mais novo a acompanhou e, inicialmente, ela trouxe apenas o filho mais novo, que ainda mamava no peito. O segundo mais novo ficou com o pai e as três meninas (mais velhas) ficaram com a mãe de S., todos em Campo Mourão.

Em Campinas, S., seu filho mais novo e seu irmão foram morar na ocupação onde outro de seus irmãos já estava morando. Depois de trabalhar em alguns empregos (bar, produção de linguiça), S. decidiu se prostituir novamente, para poder mandar dinheiro para suas filhas. Algum tempo depois, I. também se mudou para Campinas, à procura de trabalho, trazendo o filho que estava com ele.

Ele ficou dentro do meu barraquinho, morando dentro do meu barraquinho, eu aceitei... Mas... eu continuava na vida que eu tava, me prostituindo e junto do S., tava com ele. (...) E o I., a única coisa que ele sabia fazer era trabalhar e enfiar o dinheiro na Universal pra Universal trazer eu de volta pra ele. Orar e trazer eu de volta.

Quando percebeu que sua filha mais velha estava sendo “judiada” pela avó da mesma forma que ela o havia sido, decidiu trazer as meninas para Campinas. Nesta ocasião, teve uma grande briga com sua mãe, na qual denunciou as traições desta: “Pai, o senhor é um chifrudo, um corno, um desgraçado! Que ela sempre meteu o chifre no senhor!”. Então S. apanhou de seu pai pela primeira vez, de cinta.

De volta a Campinas, S. conheceu um rapaz e em pouco tempo mudou-se com os cinco filhos para a casa dele. Viveram juntos por dez anos. Ele tinha uma oficina e ela o ajudava. Através dele, conheceu o espiritismo. Nesta época, fez terapia de regressão, tomava florais, fazia caminhadas e parou de fumar. Este parece ter sido um período de relativa calma na vida de S.

Até que uma sucessão de eventos dramáticos e de perdas importantes a abalou novamente: um de seus filhos foi atropelado na rodovia (ficou em coma, sobreviveu, mas ficou com sequelas físicas e mentais); depois disso, em um período de seis meses, S. perdeu o pai (quando duas de suas filhas estavam no 8º. mês de gestação), um irmão (o que abusava sexualmente dela na infância) e uma tia. Além disso, quando voltou do enterro do irmão e da tia para Campinas, percebeu que seu marido a estava traindo.

“E comecei a ficar quieta, mais quieta... E foi trancano aquela tristeza, Larissa! Mas trancano, trancano assim que... Nossa!”. S. conta que, nesse momento de extremo sofrimento, um dia pediu para seu irmão trazer duas pedras de crack para ela fumar. No dia seguinte, *“fumei foi é... cinco, seis. No outro dia depois foi 10... Passei a*

noite fumano no outro dia...”. Assim, em poucos dias desenvolveu um uso intenso de crack, que já durava mais de seis anos quando realizamos a entrevista.

Pouco tempo depois do início do uso de crack, separou-se do segundo marido. Desde então, mora no mesmo quintal que o pai de seus filhos, que ficou tomando conta dos três mais novos (as duas mais velhas já estavam casadas e com filhos). S. reconhece que nos últimos anos não tem mais dado conta de cuidar de seus filhos: *“Eu me afastei memo deles. Me afastei, abandonei, larguei memo!”*.

No final da entrevista, peço que S. fale sobre a experiência da maternidade nas diferentes fases de sua vida:

Eu adoro ficar grávida! (...) Criança pra mim é tudo na minha vida! Eu amo! (...) Eu queria aprender como ser mãe! (risos) Eu queria... ir atrás de tudo quanto é coisa assim pra aprender ser mãe! Porque eu... Eu achava que eu não sabia ser mãe, sabe? E eu queria ser melhor que a minha mãe!

Diz que batia neles (*“de ferro, de caibro, de cinta, de fio”*) e depois chorava. Mas também demonstrava muito afeto: *“Eu vivi fia... em cima da barriga da... das duas! Conversano com elas, acarinhando, beijando, sabe? Eu vivia em cima da barriguinha delas!”* (das duas filhas, quando estavam grávidas). S. lamenta o fato de ser *“desprezada”* pelos filhos desde que iniciou o uso de crack:

Ela me deu... uma caixa de bombom assim... de presente de dia das mães. E eu fui e vendi. Por cinco reais pra fumar um crack. (risos) Menina...! Ela ficou tão chateada, tão chateada...! Ela falou: “Mãe, nunca mais a senhora ganha nada de mim! Nada!” E nisso, nem parabéns... pelo dia das mães... De todos! Eu fui deserdada! Desprezada!

Conta também que, dias antes de entrevista, *“tava... com a pedra assim no cachimbo. Ele foi e deu um chute!”* (um de seus filhos). O filho que mais se afastou dela foi o que sofreu o acidente:

Professor, Diretor de escola... Tudo! Colocaram eu... muito assim... é... pro M. me desclassificar, pro M. não ter confiança ni mim...

porque eu sou uma usuária de crack... (...) Um por um que colocou meu filho contra mim vão pagar! Vão pagar! Porque não sabe o sofrimento que eu tive por aquele menino, não sabe os problema da minha vida que eu... que eu tive, e que eu passei...! Pra colocar... Agora, porque eu... comecei a ser uma usuária do crack eu sou... é... o ser mais baixo da face da Terra, que não vale nada! Que meu filho tem que me desprezar mesmo...! Vão pagar, Larissa!

Quando pergunto sobre seus projetos e sonhos, S. cita apenas um: “O meu sonho maior da minha vida é ter a firmeza de olhar no teu olho e falar assim: ‘Larissa, eu nem penso no tal do crack!’”.

Análise da Entrevista 4

Assim como a de A.R. (entrevista 2), a trajetória de S. é marcada pela pobreza, pelo abandono precoce da escola, pela prostituição e por diversas formas de violência, sofridas desde a infância. A divisão radical dos papéis de gênero em sua família, reproduzida principalmente por sua mãe na educação dos filhos (enquanto responsável por esta função na divisão sexual do trabalho), se evidencia particularmente no trabalho doméstico e no campo da sexualidade.

Como única filha de cinco, parece ter sido um pressuposto que S. assumiria todas as tarefas domésticas junto com sua mãe, além de ter sua sexualidade permanentemente “vigiada”. Os intensos conflitos entre as duas demonstram que houve resistência por parte de S. à imposição violenta deste padrão de feminilidade.

Eu tenho quatro irmão homens, né, só eu de filha mulher. Então... eu sempre fui a... a mais pegada no pé, porque eu acho que a minha mãe, eu acho que ela tinha muito ciúme, por eu ser filha mulher, assim... Eu acho que ela... pensava que ela tinha que cuidar por demais e ao mesmo tempo ela tinha medo por demais de dar esses cuidados, sabe? Eu não posso julgar ou... sei lá! Eu sei que... eu tinha muitas obrigações dentro de casa que... tinha que cumprir! Se eu não cumprisse eu apanhava... porque eu não tinha feito...

Em relação à sexualidade, S. reconhece no comportamento de sua mãe uma pretensão de cuidado/proteção, expressa de forma muito concreta na disposição de seu

quarto (descrita no trecho transcrito na síntese desta entrevista), que a fazia se sentir “prisioneira”. Porém, nas diversas situações em que sofreu assédio sexual, S. foi acusada e exposta publicamente pela mãe, ao invés de ser protegida - atitude que julga desleal e que condena duramente. O trecho a seguir é bastante ilustrativo do alcance destes conflitos:

E minha mãe tinha feito um julgamento muito sério no Campo Mourão comigo. Disse que eu tava saindo com um... lazarento dum homem lá que... não, lógico que não! Eu não tava saindo com aquele homem. Ai só que tipo... tipo assim: Eu não posso dizer que eu não estava saindo com ele. Mas tipo assim, ele estava tentando me beijar, tentando me abraçar, sabe? E a minha mãe ela percebeu, aí ela já falou pra mulher dele, que é... tipo cunhada dela assim, né, que eu tava saindo com ele. Cê acha?! Em vez dela chegar nele então e... né? Eu era de menor, pô! Era criança! Como que ela ia chegar ni mim, cobrar uma coisa de mim, e não ia chegar num homem??? Cê acha?! A minha atitude seria muito diferente! Se fosse uma filha minha! A minha atitude era nele mesmo e pronto, sabe?! Mai não! A atitude dela foi chegar na minha pessoa! E me desclassificar no último! Aí foi quando... eu agarrei pros cabelo dela! Eu peguei ela pelos cabelo, perto da mulher...

S. também condenava as relações extraconjugais que sua mãe mantinha com outros homens (inclusive com o tio que a desvirginou aos 11 anos), o que tornava as acusações de sua mãe não apenas injustas, mas também hipócritas. “(...) eu percebia que ela traía meu pai... Isso me doía. (...) Eu tinha muito ciúme do meu pai! Eu tinha um ciúme do meu pai por causa dela que nossa...! Ela fazia eu ficar com ciúme do meu pai daí, né? Porque... o que ela fazia com o meu pai eu não aceitava, de jeito nenhum!”.

No universo no qual S. cresceu e em toda a sua trajetória de vida, a monogamia foi um pressuposto, e os valores que a sustentam foram cultivados e exaltados na mesma medida em que foram traídos. Desde sua infância, S. conviveu com a traição (na família e na comunidade), e também a sofreu e praticou em seus relacionamentos amorosos - sendo que considera as traições de sua parte como reativas às que sofreu (“descontar o chifre”). Ao longo dos anos, o sonho de encontrar um homem para passar a vida ao seu lado transformou-se em uma pálida esperança, e as tentativas de realizá-lo justificam suas múltiplas relações:

De alma continua o meu sonho aqui dentro! Em arrumar um companheiro, em arrumar um homem pra minha vida... Da onde que ia aparecer, da onde que ia surgir eu não sei! Mas... até hoje... eu falo pra você, eu acho que hoje acabou! Eu acho que eu matei dentro de mim esse sonho, porque eu... não acredito mais que eu vou arrumar esse homem. Por isso que foi tantos homens na minha vida, sabe?

Em vários momentos da narrativa, S. evoca sua beleza, que despertava o desejo dos homens e a inveja das mulheres. Aqui aparece mais um elemento da subjetividade social na cultura patriarcal: a incitação permanente à competitividade e à inveja entre as mulheres, representadas como “inimigas naturais”. S. aprendeu esta lei do patriarcado muito precoce e dolorosamente, na relação com sua mãe.

Neste contexto, a beleza é uma faca de dois gumes: por um lado, significa uma maior exposição ao assédio/violência sexual por parte dos homens e à hostilidade de outras mulheres; por outro lado, pode servir como um recurso para a obtenção de reconhecimento, atenção e afeto, além de vantagens materiais.

Já aos sete anos de idade, quando começou a sofrer abuso sexual por parte de um de seus irmãos, S. adquiriu a consciência de que seu corpo era uma moeda de troca valiosa e que, mesmo se tratando de uma relação desigual, mantida sob a ameaça constante de violência, era possível extrair dela alguns benefícios materiais. A complexa articulação entre violência e satisfação de desejos e necessidades sustentou esta situação de abuso sexual por anos.

Eu era... explorada sexualmente... pelo... um irmão, mais velho. Só que ele achava assim, da minha parte, que eu... que eu gostava, porque eu era prostituta, mas não! Na realidade, o meu gostar era o que? De ter as coisa que eu queria ter. Eu queria! Eu queria ter as coisa diferente, eu queria as coisa assim, sabe? Que a minha mãe às vezes ela... não dava. E às vezes ele me dava por escondido e ela não podia saber!

Quando perdeu a virgindade com um tio, aos 11 anos, S. diz que não tentou resistir. Reconstruindo sua percepção de então a partir do olhar atual sobre sua história de

vida, atribui a ausência de reação à normalidade com que encarou esta situação na época e ao fato desta relação ter suprido, naquele momento, suas carências afetivas:

E quem... acabou tirando a minha virgindade foi o meu tio. (...) Ah, eu não reagi nada não! Que... Achei que... Sei lá, era tio...! Era normal então, né?! (risos) Sei lá, né, o que passou na minha cabeça! (...) A questão eu acho que foi muito carinho, foi muito... Sabe assim? Você... Sabe o que você sempre sente falta na sua vida: carinho, atenção, preocupação, dedicação, consideração... Sabe assim? Foi o que ele... tentou... passar pra mim. Viu a minha necessidade, a minha falta, isso já foi tudo maquinado na cabeça dele, eu acho, né?

Com o amadurecimento e o acúmulo de experiências, S. desenvolve a capacidade de explorar consciente e voluntariamente sua sensualidade para alcançar os mais diversos fins. O trecho transcrito a seguir ilustra de forma muito viva um episódio no qual S. usa deliberadamente seu corpo como estratégia de enfrentamento (psíquico e social) de uma situação de abuso sexual de um de seus filhos. Recém-chegada a Campinas, S. pagava uma tia para cuidar de seu filho mais novo enquanto trabalhava como prostituta; mas descobriu que esta tia o deixava com um irmão de S. e que este estava molestando o menino, então com um ano de idade.

Ela deixava muito na mão do N., meu irmão. E eu comecei a desconfiar. Eu sempre tive uma maior desconfiança com meus irmão... de sexo. Sempre! Sempre! Nada saía da minha cabeça que... que eles podia fazer qualquer coisa. (...) Eu falei assim: “Olha, tia, eu confiei tanto na senhora, da senhora cuidar do meu filho, agora a senhora... pra senhora... ganhar meu dinheirinho e ficar livre do meu filho a senhora pega e entrega na mão do... do N. e... deixa o N. levar ele pra onde ele quiser?”. Aí ela falou assim: “Ah, mas é tio dele!”. Eu falei assim: “Tia, se eu confiasse... eu... eu pagaria pra ele então cuidar! Não pra senhora!”. Aí ela ficou assim... chateada comigo, sabe? E ficou uma chateação lascada comigo, me chamando de biscate... (...) Foi um dia que meu tio pegou, me convidou pra sair com ele. Eu falei assim: “Vamo! Vamo sair sim! Agora ela vai saber a biscate, a galinha, a vagabunda que eu sou! Mas é assim: Não é esconderijo não, viu, tio? Eu vou ficar com o senhor, só que ela vai saber! Da minha boca!”. (...) Olhei na cara dela e ri! Eu falei assim: “Agora eu sou uma puta, sou uma galinha... Sabe por quê? Eu fiquei com teu marido!”. (risos) Quase

matei a muié do coração! Eu não vejo ela nunca mais. Nunca mais eu vi ela.

Este episódio é rico em indicadores das concepções e expectativas de S. quanto às relações de gênero. Há uma desconfiança basal dos homens, um pressuposto de que eles possam “*fazer qualquer coisa*”. A indignação de S. se volta contra sua tia, e não contra seu irmão, que praticou o ato de abuso sexual. Na perspectiva de S., construída a partir de sua experiência social concreta, a violência sexual aparece como intrínseca à natureza masculina, não sendo, portanto, passível de intervenção. A única possibilidade de resistência à violência sexual parece ser a constituição de uma rede de solidariedade e proteção entre as mulheres – traída por sua tia.

A resposta de S., além de levar a uma ruptura com o elemento desta rede que se mostrou disfuncional (por não produzir proteção), se constitui em um recurso emocional para lidar com a situação. Mas, para além do impacto sobre a dinâmica psicossocial (no âmbito das relações entre os sujeitos diretamente envolvidos), a ousadia do ato de S. confere ao mesmo enorme alcance simbólico. Ela usa seu corpo como “arma de vingança” contra sua tia, em uma ação mediada pelo corpo/desejo de seu tio. Ou seja, neste caso, o corpo masculino cumpre o papel de *objeto-meio* para a concretização de um ato protagonizado por duas mulheres.

Isto evidentemente não elimina as contradições da ordem de gênero que inclusive estrutura esta situação específica. Mas a ação precisamente calculada por S. ao mesmo tempo *expõe* (por partir de seus pressupostos) e *subverte* (ainda que por apenas um instante) as posições ocupadas pelos corpos sexuados na ordem patriarcal de gênero. O ato sexual de S. transcende a vingança pessoal contra sua tia, denunciando a hipocrisia e as relações de poder implicadas na família patriarcal. Por esta denúncia, S. paga o preço de sua desmoralização pública.

A maior autonomia sobre seu corpo na vida adulta significa, além da exploração da sexualidade como recurso subjetivo na construção de suas relações sociais, a expansão da capacidade de estabelecer limites (dentro da dinâmica específica de cada relação) ao que Guillaumin (85) chamou de apropriação social das mulheres. Assim, a resposta de S. a uma nova abordagem sexual por parte do tio que a havia desvirginado,

desta vez na ocasião do enterro de sua tia (esposa deste tio), foi não apenas a recusa do ato sexual, mas uma crítica indignada à imoralidade da proposta:

Cê acredita que eu tomando banho, ele chegou na porta do banheiro e bateu e queria transar comigo?! Mas olha, faltou foi pouquinho pra eu enfiar a faca nele! Faltou! Eu falei assim: “Cê tá pensando que eu sou criança hoje? E... justamente no que que você vem falar uma merda dessa? Cê não... Será que você não... não se enxerga, não se toca? Cê acha que eu não respeito a minha tia? Cê acha que eu não gosto da minha tia? Cê é louco? Vim fazer uma proposta dessa pra mim!” Menina!

No entanto, o empoderamento de S. no campo da sexualidade não eliminou a ambiguidade de sentimentos vivenciados neste processo – expressa, por exemplo, nas falas a seguir, sobre sua relação com a prostituição. Por um lado, esta atividade foi para ela uma fonte de valorização, representada pelo registro de sua imagem em um “book”, pela atração exercida sobre a clientela e pelo acesso a bens materiais (sendo mencionados principalmente acessórios, roupas e cosméticos - uma espécie de retroalimentação da beleza a partir da qual os conquistara):

Eu gostava, porque eu comprava tudo que eu queria! (risos) Roupa, calçado... pintura... arrumava meu cabelo... Comprava tudo. Tirava foto... Eu tive um book, de foto assim, pelada! De calcinha, pelada... (...) Me sentia bem! Apreciada, porque... era a única da casa que tinha... é... como diz? Freguesia. Constantemente. (...) Aí, né, eu me sentia... Sabe? A... A poderosa da casa.

Por outro lado, a desvalorização moral da prostituição e a dicotomia “mulher para namorar/casar” x prostituta, profundamente arraigadas na subjetividade social, também participam da configuração singular em S. dos sentidos subjetivos da ocupação destas respectivas posições sociais:

Só que... eu, no início do nosso namoro, eu falei: “L, você não vai me tratar como uma prostituta, né?” – “Não, S., eu não vou.” – “Você não vai me trair?” – “Não, eu não vou.” – “Você não vai me bater?” – “Não, eu não vou.” (...) – “A partir do primeiro momento que você me trair, se a gente não se largar, você não tem

mulher! Você vai ter uma prostituta. Mulher cê não vai ter, porque daí... pra mim vai acabar.” Já tinha avisado ele. E foi assim... a nossa vida toda. Eu voltei com ele, mas não voltando... Eu voltei não voltando! Eu voltei de corpo, mas de alma não!

Para S., apanhar e ser traída significa ser colocada no lugar de prostituta, e não de esposa. A relação com o pai de seus filhos, que se iniciou como uma paixão, associada à admiração por ele aceitá-la como uma prostituta e ao desejo de mudar os rumos de sua vida, rapidamente se transformou em uma história marcada pelo ciúme e pela violência, com sucessivas separações e reconciliações. Ainda que não se configure como um relacionamento amoroso há muitos anos, algo como uma parceria estruturada fundamentalmente pela relação com seus cinco filhos e por questões contingenciais (como moradia) se mantém até os dias atuais. S. e I. vivem no mesmo lote, com os três filhos mais novos.

Mas a relação de S. com seus filhos sofreu mudanças profundas desde que iniciou o uso de crack, tanto do ponto de vista emocional quanto das tarefas cotidianas relacionadas ao cuidado. O “*desprezo*” por parte de seus filhos, o impacto avassalador sobre seu corpo/sua beleza e a desmoralização pública constituem as principais perdas identificadas por S. em relação ao seu uso de crack.

Sentidos subjetivos do uso de crack por S.

Ao contrário das demais histórias de vida, nas quais o uso nocivo de SPA se desenvolve de forma insidiosa, na história de S. este se instala bruscamente, “da noite para o dia”. A sensação transmitida pela sua narrativa é de que o início do uso de crack foi um transbordamento, resultante de um acúmulo de sofrimentos e perdas. A sucessão de eventos relatados na síntese desta entrevista (o atropelamento de um de seus filhos, a perda do pai, de um irmão e de uma tia - em um período de seis meses, no qual duas de suas filhas estavam grávidas - e a descoberta da traição de seu segundo marido) parece ter sido a gota d’água em “um pote até aqui de mágoa”⁵².

⁵² Referência à música “Gota d’água”, de Chico Buarque: “Por favor/deixe em paz meu coração/que ele é um pote até aqui de mágoa/e qualquer desatenção/faça não/pode ser a gota d’água”.

Após descrever a evolução de seu uso de crack, de duas pedras no primeiro dia para dez no terceiro, chegando rapidamente a “*passar a noite fumando*”, S. diz: “*Menina! Eu me entreguei pra pedra! Totalmente! Totalmente assim...! Eu me entreguei pra pedra! Sabe? Com tudo aquele choque que eu tava dentro, o que... o que... Assim... O... O meio que eu via de... de aliviar, era a pedra! Era a pedra só!*”.

Este é o único trecho da entrevista no qual S. fala diretamente do sentido de seu uso de crack, o qual descreve como único meio de “*aliviar o choque*” que a havia tomado naquele momento de sua vida. Ou seja, trata-se de um recurso para aliviar um sofrimento insuportável. Quando peço que descreva o que sente sob efeito do crack, S. responde: “*Ai... Vinha tudo na minha mente de uma vez! Tudo! Tudo! Rápido!*”.

Portanto, neste caso, não se produz um distanciamento ou desligamento (ainda que temporário) dos motivos de seu sofrimento, mas aparentemente uma percepção de unidade, de fusão dos acontecimentos em um todo. O alívio ao qual S. se refere pode estar relacionado às alterações emocionais decorrentes do uso de crack, sob as quais o contato com os eventos traumáticos não produziria “*choque*”, mas um ganho de familiaridade com os acontecimentos e uma compreensão mais integrada e coerente de sua situação de vida. Há ainda a sensação de potência comumente atribuída ao uso de crack, cujo sentido subjetivo em um momento de paralisia/“*entrega*” não deve ser subestimado, ainda que não se converta em um aumento “*efetivo*” da capacidade de ação do sujeito.

O principal parâmetro usado por S. para medir o impacto negativo de seu uso de crack é seu corpo, especificamente a perda de peso (e da beleza): “*Em um mês eu já tava magra, magra, magra pra caramba! Em um mês! Pensa bem. Eu tava pensando 74 quilo. Com o corpo assim bem expert⁵³ mesmo, sabe? E... Em um mês assim eu acho que eu já tava com 53 quilos.*”. Tal referência permite resgatar a discussão realizada na análise, sobre o lugar fundamental ocupado pelo corpo/pela sexualidade nas estratégias de resistência construídas por S.⁵⁴.

Considerando a importância desta dimensão para sua capacidade de ação como sujeito, é bastante simbólico que o processo de “*entrega*” (como S. define sua relação com

⁵³ dificuldade de compreensão no áudio

⁵⁴ Ainda que A. (entrevista 1) e R. (entrevista 3) também tenham trazido os efeitos negativos do uso de SPA sobre o corpo e a beleza como uma perda significativa, em suas narrativas esta questão não assume a centralidade ocupada na história de S.

“a pedra”) seja acompanhado de um definhamento físico. “*Entregar-se totalmente*” equivale a desistir. E a desistência se inscreve em seu corpo – outrora fonte de resistência.

Paralelamente à destruição material de seu corpo, o uso compulsivo de crack desencadeia um processo de destruição moral, narrado nos trechos transcritos na síntese desta entrevista. A desmoralização de S. tem como ponto de apoio fundamental a maternidade. Mais do que por qualquer outro motivo, S. é condenada (e se condena) por ter “*abandonado*” o papel de mãe. Particularmente seu filho portador de sequelas físicas e mentais tornou-se o grande argumento das instituições reprodutoras da moral dominante para “*desclassificá-la*” como “*o ser mais baixo da face da Terra, que não vale nada*”.

Esta percepção de S. remete à discussão realizada na Introdução sobre o estigma que pesa principalmente sobre as mulheres usuárias de SPA, quando o uso ameaça ou afeta o cumprimento das múltiplas tarefas e responsabilidades consideradas “femininas”. O julgamento moral de seu uso de crack, dissociado da compreensão do desenvolvimento do mesmo, é criticado por S.: “*Um por um que colocou meu filho contra mim vão pagar! Vão pagar! Porque não sabe o sofrimento que eu tive por aquele menino, não sabe os pobrema da minha vida que eu... que eu tive, e que eu passei...!*”. Mesmo com a autoestima e a capacidade de ação profundamente abaladas, S. não abandona a postura de enfrentamento (“*vão me pagar*”).

O fato de S. citar como único sonho a interrupção do uso de crack indica a centralidade que esta atividade adquiriu nos últimos anos, a ponto de ela não conseguir formular nenhum projeto de vida para além de cessar o uso, parecendo estar convencida apenas de que esta é uma pré-condição para recuperar sua autoestima e sua dignidade e para reconstruir suas relações sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa permite conhecer as *configurações singulares* assumidas por experiências ideologicamente construídas como universais e homogêneas (como a maternidade, a prostituição e o uso de SPA). A diversidade de configurações destas experiências não é aleatória; pelo contrário, está ligada às diferentes *posições sociais* ocupadas pelas entrevistadas - posições estas condicionadas pelo entrelaçamento das relações de classe, de gênero e étnico-raciais, em sua dinâmica de coprodução e de reforço mútuo. A forma como a prostituição aparece no material de campo ilustra bem o significado desta afirmação.

Para as duas mulheres de origem mais pobre, com menor escolaridade e não brancas (negra e parda), a prostituição constituiu a principal atividade profissional desenvolvida por um longo período de suas vidas. Das outras duas entrevistadas, que são brancas, concluíram o Ensino Médio e são oriundas de famílias com uma posição econômica mais favorável, apenas uma teve uma experiência pontual de prostituição, “*por curiosidade*”. Ainda que não se trate de uma amostra estatisticamente significativa (nem sendo este o tipo de análise pretendida nesta pesquisa), não se pode afirmar que esta diferença seja casual. Os estudos que inter-relacionam gênero, etnia, classe, fluxos migratórios, sexualidade e prostituição apontam, entre outras questões, a perspectiva dominante (eurocêntrica) sobre as mulheres negras como “*naturalmente sexualizadas* – de um lado, a sexualização do exótico, da raça e da etnia; de outro, a racialização da sexualidade” (86) (p. 331, grifo meu).

No entanto, a posição social não determina quais experiências serão vividas pelos sujeitos, nem como. Permanecendo ainda no exemplo da prostituição, as narrativas explicitam vivências bastante distintas nas histórias de A.R. e de S.. Enquanto para a primeira esta foi uma experiência extremamente sofrida, principalmente em função de sua homossexualidade, para a segunda a prostituição representou uma fonte de valorização, de elevação da autoestima (o que não significa que tenha sido isenta de conflitos subjetivos, conforme discutido na análise da história de S.).

Se olharmos para as vivências singulares da maternidade, também encontraremos uma grande diversidade de condições objetivas e subjetivas que configuram

esta experiência (presente em todas as narrativas). Inclusive em *cada* história de vida há momentos bastante distintos no que diz respeito aos desejos, afetos, conflitos e dificuldades relacionados à maternidade.

É interessante observar que todas as entrevistadas, em algum momento de suas trajetórias, não “deram conta” de ser a principal ou exclusiva responsável pelo cuidado de seus filhos, conforme exigido pela cultura e pela organização social patriarcal. E, em todas as histórias, as avós maternas assumiram o cuidado das crianças/adolescentes - uma tremenda demonstração da força do patriarcado, capaz de garantir um de seus mecanismos centrais de reprodução através da convocação das *mães* daquelas que falharam em sua função materna, como substitutas “naturais” para o cumprimento desta mesma função⁵⁵.

As narrativas revelam que as dificuldades no desempenho da “função materna” são anteriores ao uso nocivo de SPA. Porém mais importante do que se perguntar o que veio antes é reconhecer as estratégias de *resistência* (conscientes e inconscientes) às implicações do cumprimento impecável deste papel - e de outros prescritos pela sociedade patriarcal. E mais especificamente, no caso da presente pesquisa, compreender o papel das SPA na construção destas estratégias de resistência. Impõe-se, portanto, em relação à maternidade, a seguinte questão: estas mulheres não conseguem ser “boas mães” porque fazem uso nocivo de SPA ou este uso se inscreve em uma dinâmica psicossocial complexa e contraditória de resistência/culpa, prazer/sofrimento, potência/vulnerabilidade, que não pode ser reduzida a uma relação de causa e efeito?

De fato, o estabelecimento de uma relação simplista de causa e efeito entre os fenômenos em questão interessa à ideologia da “boa mãe”, insistentemente reproduzida pelas mais diversas instituições das sociedades ocidentais nos últimos dois séculos (conforme discutido na análise da Entrevista 1). A evocação permanente de tal ideologia (sempre atualizada para os momentos e contextos sociais particulares) demonstra sua importância central para a manutenção de uma ordem de gênero que tem um papel estruturante das relações de produção e reprodução da vida sob o capitalismo.

⁵⁵ No caso de S., o pai também se responsabiliza pelo cuidado dos filhos em alguns períodos, particularmente nos últimos anos, quando ela os “abandona”. No entanto, o caráter de *transferência* de uma responsabilidade que continua sendo concebida como fundamentalmente *materna* fica claro na seguinte fala de S.: “*Me afastei, abandonei, larguei memo! ... c’o I., assim: ‘Agora cê toma um pouco de conta!’ Sabe?’*”.

No entanto, a universalização e a homogeneização referidas acima, baseadas na suposta “naturalidade” de uma determinada configuração da relação mãe-filho(s), não resistem a um olhar honesto e cuidadoso sobre a história da maternidade. Eis o resultado ao qual Badinter (84) chegou, em seu estudo já referido no Capítulo IV:

Ao se percorrer a história das atitudes maternas, nasce a convicção de que o instinto materno é um mito. Não encontramos nenhuma conduta universal e necessária da mãe. Ao contrário, constatamos a extrema variabilidade de seus sentimentos, segundo sua cultura, ambições ou frustrações. Como, então, não chegar à conclusão, mesmo que ela pareça cruel, de que o amor materno é apenas um sentimento e, como tal, essencialmente contingente? Esse sentimento pode existir ou não existir; ser e desaparecer. Mostrar-se forte ou frágil. Preferir um filho ou entregar-se a todos. Tudo depende da mãe, de sua história e da História. Não, não há uma lei universal nessa matéria, que escape ao determinismo natural. O amor materno não é inerente às mulheres. É “adicional”. (p. 367)

Além da imposição violenta de um “amor materno” concebido como natural e, portanto, universal, as narrativas explicitam inúmeras outras facetas da violência social/patriarcal e seus efeitos perversos sobre a subjetividade individual e social. As narrativas evidenciam ainda as *estratégias singulares de resistência*, construídas conforme os recursos disponíveis em cada contexto particular e acessíveis (objetiva e subjetivamente) a cada uma das entrevistadas. No campo desta pesquisa, o uso de SPA se revela como um recurso psicossocial importante para *enfrentar* e ao mesmo tempo *suportar* as situações de extrema violência, exploração e opressão que marcam as histórias de vida analisadas.

Nas narrativas, o uso de SPA é associado à obtenção de prazer, ao alívio do sofrimento e ao aumento da capacidade de resistência – efeitos percebidos como imediatos, ou seja, independentes do contexto de vida. Isto significa um enorme poder de regulação da realidade (ou do registro subjetivo da mesma), quase como num toque de magia. Assim, uma das interpretações para o desenvolvimento de um uso intenso de SPA, na realidade particular analisada no presente estudo, é a potência representada por esta prática ante a escassez de outros recursos psicossociais que permitam enfrentar/transformar relações e contextos sociais geradores de intenso sofrimento.

Entretanto, além deste sentido de *resistência*, há outro, de “*entrega*” – expressão utilizada por S. para descrever seu uso de crack, mas cujo significado também

pode ser encontrado, em outros termos, nas demais entrevistas. Identifico duas configurações de sentido distintas para a *entrega*: a primeira enquanto *afrenta* aos papéis, às responsabilidades, às expectativas e exigências sociais, expressa, por exemplo, nesta fala de A.: “*Pegou demais, eu vou lá: ‘Quer saber? Tô com dor de cabeça, isso tá dando errado, família tá questionando... Eu vou é embora! Vou cheirar, porque eu ganho mais!’*”; e a segunda enquanto *desistência/rendição*, manifesta de forma mais extrema no seguinte trecho da narrativa de R. (já transcrito e analisado no Capítulo IV): “*Não, não vou me matar! Eu vou beber, é mais fácil!*”.

No decorrer do desenvolvimento do uso de SPA para formas nocivas, o *sentido subjetivo de entrega* parece se tornar predominante; e este, mesmo em sua versão de recusa de determinadas condições de vida, tende a aumentar a vulnerabilidade dos sujeitos. Esta tendência pode se dar em várias dimensões, como o adoecimento (físico e psíquico), o esgarçamento das redes sociais de apoio (frequentemente já bastante fragilizadas) e a piora das condições objetivas de vida, devido aos gastos implicados no uso intenso de SPA e à dificuldade crescente em garantir uma fonte de renda suficiente e estável.

Portanto, seja enquanto uma recusa solitária, incapaz de desencadear processos transformadores das condições geradoras de sofrimento, seja enquanto meio de tornar suportável o insuportável, essa forma de uso de SPA termina por contribuir para a manutenção de relações de violência, exploração e opressão. Uma contribuição interessante para esta discussão foi formulada por uma vertente da Psicologia desenvolvida na década de 1970, na Universidade Livre de Berlim (Alemanha), chamada *Kritische Psychologie* (Psicologia Crítica). Situada no campo teórico marxista, esta corrente ganhou espaço em outros Institutos de Psicologia (principalmente de universidades europeias) nas décadas seguintes, contando ainda hoje com alguns núcleos acadêmicos e campos de prática, inclusive na abordagem de problemas relacionados ao uso de álcool e drogas⁵⁶.

A Psicologia Crítica considera que os sujeitos agem em função do significado que atribuem às suas condições sociais, selecionando, dentre as possibilidades de ação que se lhes apresentam, aquelas que acreditam corresponder aos seus interesses e necessidades.

⁵⁶ Tive a oportunidade de cursar duas disciplinas e de conhecer um trabalho com usuários de SPA, desenvolvido na perspectiva da Psicologia Crítica, durante minha estadia em Berlim, de junho de 2011 a setembro de 2012.

Para analisar a forma como os sujeitos se posicionam diante da contradição fundamental da sociedade capitalista - a preservação ou expansão dos interesses individuais mediante a concorrência com os interesses dos outros -, a Psicologia Crítica trabalha com as categorias de *ação restritiva* e *ação ampliada* (87).

A ação restritiva é aquela que, a curto prazo, garante determinada posição social alcançada pelo sujeito, ou ao menos lhe permite suportá-la; no entanto, a longo prazo, limita seu próprio campo de possibilidades e o da coletividade, ao reproduzir as relações de poder existentes. Já a ação ampliada expande as possibilidades de ação através da transformação das condições sociais, de forma cooperativa, mas implica o risco de perdas imediatas (por exemplo, a perda do emprego em função da adesão a uma greve).

O uso nocivo de SPA representa uma forma de ação restritiva, pois significa “dar conta” - ao menos temporariamente - de determinada situação, porém contribui para perpetuá-la (88). A Psicologia Crítica entende que nenhum sujeito age conscientemente contra seus interesses (tal como os percebe). Assim, as formas de ação restritiva se apresentam como as únicas ou as mais adequadas na situação concreta vivenciada pelo sujeito, sendo o campo de possibilidades de ação delimitado pelas condições materiais e ideológicas, sempre mediadas pela subjetividade individual e social.

Há que se acrescentar que nossas escolhas se realizam e se desdobram dentro de uma dinâmica social imprevisível e incontrolável, que elas passam a nos constituir como sujeitos e que não nos é concedido retornar aos pontos que identificamos como divisores de água em nossas vidas para fazer novas escolhas - um antigo sonho humano, assim expresso por A.: “*Se existisse uma máquina do tempo, eu tinha voltado lá nos meus... 14 anos, não teria amigado, não teria conhecido droga nenhuma. Mas... Ainda não existe.*”.

A partir desta fala de A., resgatarei brevemente o contexto de vida singular que cada entrevistada identifica como o momento de transição para o uso nocivo de SPA. Na história de A., trata-se da situação de isolamento e violência psicológica vivida no primeiro casamento; o uso de cocaína parece ter funcionado como um anestésico para o sofrimento decorrente desta situação e como uma compensação dos prazeres perdidos (amigos, estudos, trabalho, lazer, vida social). A.R. afirma ter se tornado alcoolista aos oito anos de idade, encontrando na “*canelinha*” um recurso para lidar com a violência doméstica, grave e continuada, sofrida na infância; o álcool contribuiu tanto para o enfrentamento da

violência quanto para o alívio do sofrimento. R. desenvolveu um uso nocivo de álcool ao longo do casamento, no qual sofreu violência física, psicológica e sexual; o álcool lhe dava “*coragem de partir pra cima*” (do então marido). S. evoluiu em poucos dias da experimentação para um uso intenso de crack, em um momento de extremo sofrimento, devido a uma sucessão de perdas ocorridas em uma trajetória já marcada por múltiplas formas de violência; a “*pedra*” foi o meio encontrado por ela para “*aliviar o choque*”.

Chama atenção que todas as entrevistadas estabelecem uma relação entre o desenvolvimento do uso nocivo de SPA e as diversas formas de violência que sofreram. Irônica e tragicamente, sobrepõe-se às mesmas a violência da estigmatização, da criminalização e do julgamento moral com os quais nossa cultura trata o uso nocivo de SPA. Em relação às mulheres, a condenação recai principalmente sobre três esferas: o abandono das tarefas e responsabilidades ligadas ao *cuidado* de outros sujeitos; os comportamentos considerados imorais (dentro de uma diferenciação por gênero que o movimento feminista definiu como *dupla moral sexual*); e os efeitos sobre o *corpo* (cuja importância na construção da feminilidade foi discutida no Capítulo IV, principalmente a partir das formulações de Guillaumin).

No entanto, a partir do momento que se considera o uso nocivo de SPA como um problema de saúde e de segurança públicas (cujo desenvolvimento histórico foi abordado no Capítulo I), também se assume implicitamente seu caráter social. Em outras palavras, a dimensão sociorrelacional desta problemática se torna demasiado evidente para que sua individualização dê conta de explicá-la. Assim, observa-se um segundo movimento, de culpabilização das próprias SPA (objetos inertes, vale lembrar!) pelo mal-estar social que o uso nocivo das mesmas explicita⁵⁷. Tal *inversão da relação sujeito/objeto* serve fundamentalmente, no plano da subjetividade social, para mascarar os antagonismos que esgarçam o tecido social; mas também é apropriada pelas entrevistadas como mecanismo de isenção de uma culpa cujo peso produz um sofrimento insuportável.

⁵⁷ Neste ponto, remeto à discussão feita na Introdução (p. 17) sobre a representação social dos usuários de SPA - dependendo da posição que ocupam na sociedade e da instância julgadora - ora como culpados (imorais, perigosos, perversos), ora como vítimas (doentes, incapazes, fracos). Em ambas as representações, há um apagamento do sujeito, de sua história, de seus desejos e de suas escolhas.

Portanto, esta manobra ideológica funciona como um acordo tácito, que contribui para a manutenção do *status quo*.

A inversão da relação sujeito/objeto pode ser observada em todas as narrativas, tanto no que se refere à localização *nas SPA* da fonte de resistência (como no trecho supracitado, no qual R. atribui exclusivamente ao álcool a “*coragem de partir pra cima*”), quanto no que diz respeito à elaboração de justificativas para o “fracasso social”, o sofrimento e os conflitos intersubjetivos. Assim, em relação à subjetividade individual, os principais efeitos desta construção ideológica são o apagamento dos sujeitos e uma idealização da interrupção do uso de SPA como solução para as contradições dilacerantes que vivenciam. Efetivamente, a interrupção do uso de SPA é o elemento central nas respostas de todas as entrevistadas à minha pergunta, feita no final de cada entrevista, sobre seus projetos de vida:

A.: Meu primeiro projeto é parar de usar. (...) Primeira fase é essa, sabe? Me libertar e gostar de mim. Ter meu amor próprio. A partir do momento que eu tiver, eu quero voltar a estudar, eu quero ter um trabalho... digno, sabe? Eu quero poder começar a ter a minha vida! Viver pra mim, não pros outro! Porque até então, eu só vivi pros outros!

A.R.: Tenho vontade de ter a minha casa, minhas coisa, sim, Doutora. Meu maior sonho é comprar uma joguê⁵⁸ pra mim. Eu vou conseguir. (...) E pra isso eu tenho parar de beber! (...) É por isso que eu vou lutar, vou gostar mais de mim porque eu quero... alcançar meus objetivo e dá tempo ainda. (...) Eu vou fazer de tudo pra mim... tirar essa pinga da minha vida, e essa droga maldita! Vou fazer de tudo pra isso acontecer!

R.: Eu tenho plano de... de... parar de beber mesmo... porque agora... agora... meu fígado tá machucado. Eu quero... arrumar um lugarzinho pra mim ficar, ficar uns dois, três meses e voltar pra minha casa. Pra minha mãe, pro meu filho, esse é meu plano.

S.: O meu sonho maior da minha vida é ter a firmeza de olhar no teu olho e falar assim: ‘Larissa, eu nem penso no tal do crack!’. É isso. Meu sonho maior da minha vida. Por Deus, é isso! (chorando) É olhar no seu olho assim, falar assim: ‘Larissa, eu nem sonho...! Eu nem penso no tal do crack!’. Entendeu? Tô sendo firme e forte

⁵⁸ explicada, a pedido meu, como “*essas motinha*” (motocicleta).

pra isso... porque nesse momento eu não posso... Então é um sonho mesmo que eu tenho... de realmente isso acontecer!

Estas falas nos conduzem novamente ao campo do qual brotaram as questões desta pesquisa. Diante das considerações aqui levantadas, penso que uma “clínica AD” comprometida com a vida consiste essencialmente em resgatar/construir, junto aos sujeitos em sofrimento, recursos psicossociais que permitam (re)criar condições de existência mais dignas e satisfatórias, nas quais o uso de SPA possa assumir um outro lugar. Uma clínica, portanto, indissociável da luta política; uma clínica na qual, tomando emprestadas as palavras de Mario Benedetti (que abrem esta pesquisa), *o grito possa se tornar canto*:

(...)

cantamos porque o grito só não basta
e já não basta o pranto nem a raiva
cantamos porque cremos nessa gente
e porque venceremos a derrota

cantamos porque o sol nos reconhece
e porque o campo cheira a primavera
e porque nesse talo e lá no fruto
cada pergunta tem a sua resposta

cantamos porque chove sobre o sulco
e somos militantes desta vida
e porque não podemos nem queremos
deixar que a canção se torne cinzas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Izquierdo MJ. Sin vuelta de hoja. Sexismo: poder, placer y trabajo. Barcelona: Edicions Bellaterra; 2001. 118 p.
2. Canguilhem G. O normal e o patológico. 6ª. edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009. 154 p.
3. Lane STM, Codo W (org.) Psicologia Social: o homem em movimento. 13ª. edição. São Paulo: Brasiliense; 1994. 220 p.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010, Base de Informações por Setor Censitário. Fonte: Coordenadoria de Informação e Informática/SMS-Campinas.
5. Brasil. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. Brasília; 2011. 236 p.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Disponível em:
http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html
8. Correio Popular. Prefeitura de Campinas amplia Tolerância Zero. Publicado na seção Cidades, 15 jan. 2010.
9. Prefeitura Municipal de Campinas. Tolerância Zero realiza primeira operação “Bom dia morador de rua” em 2010. 19 jan. 2010. Disponível em:
<http://www.campinas.sp.gov.br/noticias-integra.php?id=445>
10. Conselho Federal de Psicologia. Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogas/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas. Brasília: CFP; 2013. 82 p.

11. Conte M, Oliveira CS, Henn RC, Wolff MP. Consumismo, uso de drogas e criminalidade: riscos e responsabilidades. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2007; 27(1):94-105.
12. Ayres JRCM. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*. 2009; 18(2):11-23.
13. Iamamoto MV. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. Mota AE *et al*, 2006, pp. 161-96.
14. Rodrigues T. Tráfico, Guerra, Proibição. In: Labate BC, Goulart S, Fiore M, MacRae E, Carneiro H (org.). *Drogas e Cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA; 2008. pp. 91-104.
15. Iamamoto MV. *Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. 8ª. edição. São Paulo: Cortez; 2007. 480 p.
16. Freitas RCS, Mesquita AA. As novas expressões da “questão social” e as famílias brasileiras: reflexões para o Serviço Social. Encontro Nacional de Políticas Sociais; 2011. Disponível no site do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra: http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/1097_enps%20-%20fam%EDlias%20e%20quest%E3o%20social.pdf
17. Brasiliano S, Hochgraf PB. Drogadicção feminina: a experiência de um percurso. In: Silveira DX, Moreira FG (org.). *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu; 2005. pp. 289-95.
18. Oliveira JF, Paiva MS, Valente CML. A interferência do contexto assistencial na visibilidade do consumo de drogas por mulheres. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Mar./Abr. 2007; 15(2):247-52.
19. Ribeiro DVA. Significações psicológicas sobre a adesão ao tratamento ambulatorial de mulheres dependentes de substâncias psicoativas – Um estudo clínico-qualitativo [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2009.
20. Fougeyrollas-Schwebel D. Trabalho doméstico. In: Hirata H, Laborie F, Doaré HL, Senotier D (org.). *Dicionário Crítico do Feminismo*. São Paulo: Editora UNESP; 2009. pp. 256-62.

21. MacRae E. O Controle Social do Uso de Substâncias Psicoativas. In: Passetti E, Silva RBD (org.). Conversações Abolicionistas: Uma crítica do sistema penal e da sociedade punitiva. São Paulo: IBCCrim; 1997. pp. 107-16.
22. MacRae E. Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos. (s/d) Disponível em: <http://www.neip.info/downloads/edward2.pdf>
23. Escotado A. Historia General de las Drogas. Madrid: Espasa Calpe, S. A.; 1998. 1542 p.
24. Silva AFLM. Drogas: histórico no Brasil e nas convenções internacionais. Revista Jus Navigandi, Teresina, ano 16, n. 2934, 14 jul. 2011. Disponível em: <http://jus.com.br/artigos/19551>.
25. United Nations Office on Drugs and Crime. Transnational Organized Crime – The Globalized Illegal Economy. 2012. Disponível em: http://www.unodc.org/documents/toc/factsheets/TOC12_fs_general_EN_HIRES.pdf
26. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, Administrativas e Contábeis de Minas Gerais. Diagnóstico do Complexo Industrial de Saúde: Estrutura nacional e inserção da região metropolitana de Belo Horizonte. Belo Horizonte: IPEAD/FACE/UFMG; 2011.
27. Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas / Duarte PAV, Stempliuk VA, Barroso LP (org.). Relatório brasileiro sobre drogas. Brasília: SENAD; 2009. 364 p.
28. Karam ML. Legislações proibicionistas em matéria de drogas e danos aos direitos fundamentais. Revista verve; 2007; 12: 181-212.
29. Karam ML. Proibições, Riscos, Danos e Enganos: As Drogas Tornadas Ilícitas. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2009. 57 p.
30. Ribeiro Junior J. O que é Positivismo. 8ª. edição. São Paulo: Brasiliense; 1989. 40 p.
31. Donnangelo MCF. Medicina e Sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975. 174 p.
32. Fiore M. Prazer e Risco: uma discussão a respeito dos saberes médicos sobre uso de “drogas”. In: Labate BC, Goulart S, Fiore M, MacRae E, Carneiro H (org.). Drogas e Cultura: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA; 2008. pp. 141-53.
33. Fiore M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. Novos Estudos CEBRAP. Março de 2012; 92:9-21.

34. Saes DAM. Direitos sociais e transição para o capitalismo: o caso da Primeira República Brasileira (1889-1930). *Estudos de Sociologia*. 2006; 11(20):23-51.
35. Conselho Federal de Psicologia. Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial. Brasília: CFP; 2013. 132 p.
36. Amarante PDC. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1996. 142 p.
37. Pessotti I. O Século dos Manicômios. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996. 304 p.
38. Pereira MEC. Morel e a questão da degenerescência. *Rev Latinoam Psicopat Fund*. Set 2008; 11(3):490-6.
39. Portocarrero V. Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. 152 p.
40. Oliveira C. Eugenizar a alma: a constituição da *euphrenia* no projeto de higiene mental voltado à infância da Liga Brasileira de Higiene Mental. *Rev Latinoam Psicopat Fund*. Dez 2011; 14(4):627-41.
41. Dias MTG. História e reflexão sobre as políticas de saúde mental no Brasil e no Rio Grande do Sul. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 2012; 12(3):1024-45.
42. Karam ML. Drogas: legislação brasileira e violações a direitos fundamentais. Texto elaborado para curso de extensão promovido pelo Núcleo de Estudos Drogas/Aids e Direitos Humanos do Laboratório de Políticas Públicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, abril de 2010. Disponível em:
<http://www.leapbrasil.com.br/textos>
43. Gorenstein C, Scavone C. Avanços em psicofarmacologia - mecanismos de ação de psicofármacos hoje. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Jan./Mar. 1999; 21(1):64-73.
44. Brasil. Lei n. 5.726, de 29 de outubro de 1971. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. Disponível em:
<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-5726-29-outubro-1971-358075-norma-pl.html>
45. Cardoso FM. A saúde entre os negócios e a questão social: Privatização, Modernização e Segregação na Ditadura Civil-Militar (1964-1985) [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2013.

46. Amarante PDC. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: Fernandes MIA, Scarcelli IR, Costa ES (org.). Fim de século: ainda manicômios?. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 1999. pp. 47-53.
47. Rotelli F. A instituição inventada. Tradução de Maria Fernanda de Silvio Nicácio. In: Nicácio MFS (org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990. pp. 89-100.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas (OPAS). Brasília, novembro de 2005. 56 p.
49. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 10, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012. Disponível em:
www.saude.gov.br/bvs/saudemental
50. Sampaio CMA, Campos MA (org.). Drogas, dignidade e inclusão social – a lei e a prática de redução de danos. Rio de Janeiro: Aborda, 2003. 105 p.
51. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2013: Homicídios e Juventude no Brasil. Brasília: Secretaria Geral da Presidência da República / Secretaria Nacional de Juventude / Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial; 2013. 100 p.
52. Karam ML. Proibição às drogas e violação a direitos fundamentais. Law Enforcement Against Prohibition - LEAP Brasil; agosto de 2013. Disponível em:
www.leapbrasil.com.br/textos
53. Magalhães MJ. Uma reflexão sobre feminismo e pós-modernismo numa perspectiva de emancipação social. Revista A Comuna. Março de 2004; 4:10-5. Disponível em:
<http://www.acomuna.net/index.php/contra-corrente/4622-feminismo-e-marxismo-que-dizia-a-comuna-ha-10-anos>
54. Chagas EF. A natureza dúplice do trabalho em Marx: trabalho útil-concreto e trabalho abstrato. Outubro. 1º. Semestre 2010; 19:61-80.
55. Konder L. O que é dialética. São Paulo: Brasiliense; 1981. 87 p.
56. Oliveira B. A dialética do singular-particular-universal. Exposição apresentada na abertura do V Encontro de Psicologia Social Comunitária, promovido pela ABRAPSO - Núcleo Bauru, pelo NEPPM e pelo Departamento de Psicologia da Faculdade de Ciências/Unesp-Bauru. 16 de agosto de 2001. Disponível em:
<http://stoa.usp.br/mpp5004/files/-1/18602/ADialeticaDoSingularParticularUniversal.pdf>

57. Nogueira C. Feminismo e Discurso do Gênero na Psicologia Social. (sem data)
Disponível no site da Universidade do Minho, acesso pelo link:
<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4117/1/feminismo%20e%20discurso%20do%20g%C3%A9nero%20na%20psicologia%20social.pdf>
58. Lauretis T. A tecnologia do gênero. Indiana University Press; 1987. Disponível em:
<http://www.scribd.com/doc/81873993/A-Tecnologia-do-Genero-Teresa-de-Lauretis>
59. Piscitelli A. Re-criando a (categoria) mulher? In: Algranti L. (org.). A prática feminista e o conceito de gênero. Campinas: IFCH-Unicamp; 2002. Textos Didáticos, n. 48, pp. 7-42.
60. Lauretis T. Feminism and its Differences. *Pacific Coast Philology*, Nov. 1990; 25(1/2):24-30.
61. Bento B. Política da diferença: feminismos e transexualidades. In: Colling L (org.). *Stonewall 40 + o que no Brasil?* Salvador: EDUFBA; 2011. pp. 79-110.
62. Butler J. *Gender Trouble: feminism and the subversion of identity*. New York and London: Routledge; 1990.
63. Netto JP. Relendo a teoria marxista da história. In: *Anais do IV Seminário Nacional de Estudos e Pesquisas "História, Sociedade e Educação no Brasil"*; 1997.
64. Lerner G. *La creación del patriarcado*. Barcelona: Crítica; 1990.
65. Buonicore AC. As mulheres e a luta socialista. In: Maciel D, Maia C, Lemos AH (org.). *Revolução Russa: Processos, personagens e influências*. Centro Popular de Estudos Contemporâneos (CEPEC); 2007.
66. Tavares M. Feminismos e Marxismo: o reencontro possível? In: *Revista A Comuna*. Março de 2004; 4:4-9. Disponível em: <http://www.acomuna.net/index.php/contracorrente/4622-feminismo-e-marxismo-que-dizia-a-comuna-ha-10-anos>
67. Alves AES. Divisão sexual do trabalho: a separação da produção do espaço reprodutivo da família. *Trabalho, Educação e Saúde*. Maio/ago. 2013; 11(2):271-89. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n2/a02v11n2.pdf>
68. Araújo AMC. Dossiê: Gênero no Trabalho (Apresentação). *Cad. Pagu* [online]. 2002; 17-18:131-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332002000100005>
69. Hirata H. Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. *Tempo Social, revista de sociologia da USP*. 2014; 26(1):61-73.

70. Kergoat D. Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. *Novos estudos – CEBRAP* [online]. Março 2010; 86:93-103. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002010000100005>
71. Schraiber LB, Oliveira AFPL, Portella AP, Menicucci E. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(4):1019-27.
72. Schraiber LB, Oliveira AFPL, Hanada H, Figueiredo W, Couto M, Kiss L *et al*. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface (Botucatu)*. Fev. 2003; 7(12):41-54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832003000100004&lng=en&nrm=iso
73. Souza TMS. Emoções e capital: as mulheres no novo padrão de acumulação capitalista [Tese – Doutorado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2006.
74. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil: ano de 2012. Disponível em:
<http://www.sdh.gov.br/assuntos/lgbt/pdf/relatorio-violencia-homofobica-ano-2012>
75. CFEMEA, FES/ILDES. As mulheres na Reforma da Previdência: o desafio da inclusão social. Brasília: Athalaia Gráfica e Editora Ltda.; 2003.
76. González Rey FL. Sujeito e Subjetividade: uma aproximação histórico-cultural. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2003.
77. González Rey FL. O social na psicologia e a psicologia social: a emergência do sujeito. Tradução de Vera Lúcia Mello Joscelyne. 2ª. edição. Petrópolis, RJ: Vozes; 2009.
78. Rossato M, Martins LRR, Martínez AM. A construção do cenário social da pesquisa no contexto da Epistemologia Qualitativa. In: Martínez AM, Neubern M, Mori VD (org.). Subjetividade contemporânea: discussões epistemológicas e metodológicas. Campinas: Alínea; 2014. pp. 35-59.
79. Shacklock G, Thorp L. Life history and narrative approaches. In: Somekh B, Lewin C (org.). *Research methods in the social sciences*. London: Sage Publications; 2005. pp 156-63.
80. Reinoso GG. Transcrição da fala realizada na mesa redonda “Resiliencia y Resistencia en el campo de los Derechos Humanos y la Salud Mental”, em 16/11/2007, no VI Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos.

81. Bourdieu P. A ilusão biográfica. In: Amado J, Ferreira MM. Usos e abusos da história oral. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas Editora; 1996. pp. 183-91.
82. Mori VD. A Epistemologia Qualitativa na pesquisa em saúde: suas implicações e desafios. In: Martínez AM, Neubern M, Mori VD (org.). Subjetividade contemporânea: discussões epistemológicas e metodológicas. Campinas: Alínea; 2014. pp. 111-25.
83. González Rey FL. Ideias e Modelos Teóricos na Pesquisa Construtivo-Interpretativa. In: Martínez AM, Neubern M, Mori VD (org.). Subjetividade contemporânea: discussões epistemológicas e metodológicas. Campinas: Alínea; 2014. pp. 13-34.
84. Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.
85. Guillaumin C. Prática do poder e ideia de Natureza. Tradução de Renato Aguiar. Questions féministes. Fev. e Maio 1978; 2/3.
86. Mayorga C. Cruzando fronteiras. Prostituição e imigração. Cadernos Pagu. Julho/Dez 2011; 37:323-55.
87. Markard M. Einführung in die Kritische Psychologie. Hamburg: Argument Verlag; 2009.
88. Vandreier C. Konzept der Selbsthilfe- und Forschungsgruppe des Projektes Selbstverständigung über Drogengebrauch (ProSD). Disponível em: http://www.sd-verein.de/images/pdf/prosd_konzept1.pdf