

RELATO DE EXPERIÊNCIA

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n1suplemp191-208>**De quem é este bebê? Construção, desconstrução e resistência pelo direito de mães e bebês em Belo Horizonte****Whose baby is this? Deconstruction, reconstruction and resistance on the right of women and their newborn in Belo Horizonte, Brazil****Sônia Lansky**

Pediatra, doutora em epidemiologia/saúde pública – UFMG

E-mail: sonialansky@gmail.com**Resumo**

Neste texto são apresentadas reflexões acerca do contexto político e social envolvendo as ações recentemente enfrentadas por mulheres excluídas em Belo Horizonte, seja por sua situação de pobreza, por sua cor negra, por história de trajetória de rua, de sofrimento mental ou uso de álcool ou outras drogas com a institucionalização pelo poder judiciário de condutas normativas ditadas ao setor de saúde. Segundo registros da cidade por fontes diversificadas, como a Defensoria Pública, o Conselho Nacional de Justiça, órgãos do executivo, da imprensa e relatos das próprias mães e famílias, estas ações resultaram em denúncias e abrigamentos compulsórios de bebês no momento do nascimento nas maternidades públicas, antes mesmo de esgotar as possibilidades de apoio e abordagem do sistema de proteção social para a manutenção do convívio familiar e comunitário como direito da criança. São debatidas as relações de poder da ciência atuando por meio de ações de saúde e da medicina, tendo o hospital e a institucionalização do parto como representação máxima do poder de decisão sumária sobre a vida e a competência das pessoas para o exercício da maternidade, sem a comprovação de dolo, resultando na separação dos bebês de suas mães e famílias como decisão preventiva, imbuída de preconceitos persistentes na sociedade brasileira desigual e segregada, dirigidas à população pobre e destituída de poder para defesa de seus direitos de cidadania.

Palavras-chave: Violência contra a mulher;

Saúde da mulher; Direitos humanos; Saúde da criança; Adoção

Abstract

In this text we discuss the political and social context involving homeless women, women living in poverty, major black skin color, with mental suffering or use of alcohol or other drugs, that have faced injustices and exclusion dictated by institutionalized normatives by the judiciary and the health sector. According to the records of the city from different sources, such as the Public Defender's Office, the National Council of Justice, executive organs, the press and reports of mothers and families themselves, these actions resulted in denunciations and compulsory shelters of babies at the time of birth in public maternity hospitals, before exhausting the possibilities of support and approach

Introdução

É lamentável que a cidade de Belo Horizonte (BH) fique marcada com uma história de intolerância e ações arbitrárias, autoritárias e discriminatórias com suas mulheres. Em oposição ao que se produziu e se construiu em décadas de trabalho nas políticas públicas desde os anos 90, vimos recentemente na cidade a definição de ações que se contrapõem a todo um arranjo e construção histórica de um referencial ético-político e humanista que estruturou uma rede articulada e comprometida enquanto sistema de proteção e de segurança social. Na década de 1990 a cidade despontou no cenário brasileiro como vanguarda na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), da assistência social, da educação - com a implantação, por exemplo, das unidades de educação infantil antecipando a política nacional. Erradicou a desnutrição

of the social protection system for the maintenance of family and community life as a children right. The abuse and power relations in the name of science and the judiciary system is discussed, acting through health and medical actions. The hospital and the institutionalization of childbirth are shown as the representation of this abuse of authority with summary decision on the life and competence of people for the exercise of motherhood, without the proof of a deceit, resulting in the separation of the babies from their mothers and families. Such a preventive decision, also another face of violence against women, is imbued by the persistent prejudices of an unequal and segregated society, directed to the poor and powerless people unable to defend their citizenship rights.

Keywords: Violence against women; Women's health; Human rights; Child health

infantil e reduziu drasticamente a mortalidade infantil por causas evitáveis. Investiu e concretizou uma forte rede de atenção primária de saúde em toda a cidade, com cobertura de cerca de 90% da população com a estratégia de saúde da família, criou uma política de saúde mental com uma ampla rede de atenção ambulatorial consistente e desconstruiu manicômios.¹

Cidade onde construiu-se coletivamente um referencial baseado nos direitos das mulheres e das crianças ao tratamento digno e respeitoso no parto e nascimento. Mais de duas décadas de trabalho contínuo de convencimento, sensibilização e formação profissional baseada nas boas práticas de atenção e cuidado para a mudança do modelo assistencial, quebrando o paradigma da atenção obstétrica tradicional e

da violência obstétrica, violência contra a mulher e contra o bebê.²

Em BH construiu-se uma forte rede de atenção perinatal, de atenção à saúde da gestante e da criança, com investimento no cuidado continuado desde o pré-natal, no atendimento ao parto e no pós-parto. Muitas das políticas nacionais hoje no país tiveram como berço as iniciativas de BH, como os comitês de prevenção de óbitos, a Rede Cegonha do Ministério da Saúde, o programa de controle da asma na infância, que evitou muitas internações e mortes. Foram fechadas nove maternidades de baixa qualidade e alcançamos resultados importantes na proteção da saúde das gestantes e recém-nascidos, com redução da morbidade e da mortalidade materna, fetal e infantil evitáveis. Foram implementadas as boas práticas na atenção ao parto e nascimento, assumindo a necessidade de se mudar uma história de violação dos direitos da mulher à assistência digna e respeitosa.³

Por meio de ações da gestão do cuidado e da regulação assistencial, sensibilização e envolvimento dos trabalhadores, inserção das enfermeiras obstétricas e de doulas comunitárias, testemunhamos a mudança concreta das práticas de cuidado. São atualmente 7 maternidades do SUS-BH com uma experiência importante de qualificação do cuidado, redução de cesarianas e implementação das boas práticas e atenção humanizada de saúde.⁴ A qualidade do cuidado é monitorada pelos indicadores do contrato de

gestão maternidades, inclusive com observação direta da assistência e a escuta das próprias mulheres, desde 2006. Verificamos se a gestante teve o direito ao acompanhante no hospital, se a gestante teve acolhimento imediato para não peregrinar em busca de vagas na hora do parto, se recebeu métodos de conforto da dor, se escolheu a posição no parto, se ficou o tempo todo com o seu bebê, alguns dentre os 19 indicadores de monitoramento.⁵

Houve redução de procedimentos obsoletos e retomada do cuidado centrado na mulher e no bebê, com estímulo ao seu protagonismo no parto, livre escolha e participação nas decisões sobre os procedimentos sobre o seu corpo, com implementação de práticas de cuidado baseadas no melhor conhecimento em saúde e direito de autonomia da mulher. Reduzimos a prática de episiotomia (corte da vagina), da posição ginecológica no parto, antifisiológica e que representa uma forma de alienação da mulher no parto, ampliamos o acesso aos métodos não farmacológicos para dor, asseguramos o contato pele-a-pele mãe e bebê logo após o nascimento e na primeira hora de vida.⁵

Fizemos grandes mobilizações sociais com o **Movimento BH pelo Parto Normal**,^{6,7} movimento instituinte e ampliado na cidade com participação interinstitucional e da sociedade civil, e ainda a exposição **Sentidos do Nasce**,⁸ agregando e envolvendo a comunidade, universidades, entidades, conselhos, profissionais, usuários e expandindo a participação da sociedade pelas redes sociais.

Vale o registro desta história na medida em que, apesar desses feitos, nos deparamos atualmente com outra faceta da violência contra a mulher, uma nova forma de violência de gênero, uma nova forma de violência no parto ou violência obstétrica, onde o hospital-maternidade se apresenta como uma cilada, uma armadilha para a reclusão de mulheres e bebês. E justamente daquelas mulheres e famílias com maior necessidade, invertendo a proposta de cuidado em saúde trabalhada exaustivamente todos esses anos, e ferindo o princípio de equidade do SUS.

O abrigo compulsório de bebês

Numa reunião de acompanhamento a uma das maternidades do SUS em BH em 2014, a equipe se queixava de superlotação na unidade de tratamento intensivo neonatal. Ao visitar a unidade nos deparamos com um bebê saudável no colo de uma enfermeira e essa tentava acalmá-lo, embalando-o, dedicando o seu tempo a ele. A rigor, ela deveria estar cuidando dos outros bebês gravemente prematuros e doentes. Mas o bebê chorava continuamente, inconsolável, pedia colo. Perguntamos o que o bebê fazia ali, já que estava bem e era um bebê saudável, ocupando um leito de cuidado intensivo, tão disputado no Estado. Perguntamos sobre sua mãe, sobre o seu pai, sua família... Por que este bebê estava sozinho, se está garantido por lei – o Estatuto da Criança e do Adolescente - que toda criança deve ter um acompanhante da família durante as 24 horas do dia quando internado?

Naquele momento nos demos conta de que algo muito grave estava acontecendo em BH. A equipe justificou que aguardava a decisão da justiça, por que a mãe tinha uma história passada de... não importa. Esse bebê ali ficou, sem mãe, sem pai, sem avó, sem tia, sem ninguém de sua família, por que havia uma decisão tomada. Esse bebê não podia ficar com sua mãe. Porque sua mãe não podia ser mãe. A ela não autorizaram esse direito, assim, sem processo, sem escuta, sem defesa. Sem tempo. A ação estava feita. A separação consumada. Eles estavam impedidos pela justiça de estarem juntos. Mesmo que a mãe, o pai e a avó visitassem o bebê todos os dias, agora deveriam seguir regras e horários restritos definidos pela instituição, pré-condições impostas para os pais visitarem o próprio filho. Pais não são visitas! Esse bebê nunca foi para casa, eles não tiveram a chance de construir ou reconstruir uma vida. Mãe, bebê e família foram pré-julgados e condenados à separação. Sim, apesar de nada de concreto ter acontecido. Não houve provas de descuido, de maus-tratos, de negligência, houve apenas uma suposição ou uma “forte convicção”. Eles foram separados “preventivamente”, sem delito, sem provas. Este bebê foi abrigado e encaminhado para adoção. Sem direito ao contraditório, sem defesa.

E foi assim que descobrimos que havia uma recomendação da 23ª Promotoria da Infância e Juventude dirigida aos hospitais de BH, mais especificamente com ações diretas dirigidas apenas aos hospitais do SUS. Uma recomendação para os profissionais de saúde

das maternidades comunicarem à Vara da Infância a existência de mulheres em situação “de risco”, com trajetória de rua, sofrimento mental, uso de álcool ou outras drogas, história prévia de bebês retirados, mesmo que passadas, independente de quando e em quais circunstâncias. E apenas as mulheres, porque dos homens não se espera nada: mais uma vez recaindo sobre a mulher toda a responsabilidade sexual e reprodutiva habitual da sociedade moralista brasileira.

E então vem a primeira pergunta sem resposta: como se mede a capacidade de ser mãe, de cuidar e de amar? Essas mulheres agora deveriam ser identificadas, ter suas vidas vasculhadas, vigiadas, policiadas, denunciadas, delatadas...E estavam condenadas por seu passado. Sem processo, sem defesa, sem direito ao contraditório, sem julgamento. Condenadas mais uma vez, uma segunda condenação na vida porque a primeira condenação na vida foi a exclusão. Esta nova marca agora está na carne, incrustada no corpo e na mente, para sempre. Julgadas e condenadas por sua suposta incompetência para serem mães, sem terem antes tido a chance de serem mulheres plenas de direitos e com vida digna.

A resposta às lacunas e falhas da sociedade e ausência do Estado e das políticas públicas para todos aponta uma solução fácil, simplista e imediata das consequências da desigualdade social: ignorar esta mulher, dar alta hospitalar e abandoná-la, destituí-la como mãe, reter o

bebê e estender esta pena a toda a família que produziu esta "mulher fracassada". O Estado e a sociedade eximem-se assim de qualquer responsabilidade, depositada apenas sobre os indivíduos, como se tivessem iguais oportunidades e todas as opções e tivessem feito uma escolha. Ao contrário, a maioria absoluta, ou quase a totalidade destas mulheres são vítimas da pobreza e da violência.

Como dissemos, em BH construímos uma cultura do direito e da ética em saúde, com os profissionais, gestores e com os usuários. A própria construção do SUS, de cidadania pelo direito à saúde, direito à vida, à vida digna. Construímos uma rede de cuidados responsável e articulada. Construímos uma rede intersetorial de políticas públicas forte. Entretanto, no contexto político ideológico recente no País e na própria cidade, vimos retroceder e constatamos a fragilização desta teia e arranjo de pessoas, assim como das instituições comprometidas com este propósito da inclusão e do respeito à dignidade e dos direitos humanos. A dispersão e ruína dos projetos civilizatórios propostos pela via da inclusão, da igualdade social e da equidade (ou seja, dirigir maior esforço a quem mais precisa), são notórias. Vimos nascer uma nova face da violência obstétrica: a discriminação racial e de classe, da pobreza e das mulheres com sofrimento mental, agora julgadas sumariamente com base em preconceitos arraigados na sociedade brasileira, perpetuando a segregação social cotidiana do viver no Brasil.

É neste contexto político ideológico que acontece em BH a marca indelével da história da retirada compulsória de bebês de mães pobres, em situação de rua, pessoas com sofrimento mental ou uso de álcool e drogas. A partir de perguntas sem respostas trazemos alguns pontos para reflexão, tradução e registro dos atos e atuação da saúde e do judiciário na micropolítica do poder em saúde⁹

Ao longo da história da humanidade podemos apontar diversas situações de abuso de autoridade em nome da ciência. Segundo Jessé de Souza¹⁰ a ciência representa hoje a maior concentração de poder vigente na sociedade depois do capital, e a serviço deste, com o controle do conhecimento humano e da informação. Sob a autoridade hegemônica de domínio e regulação dos atos humanos a serviço do Estado, a ciência fundamenta-se essencialmente na medicalização da vida, sob a égide do poder de ordenar, enquadrar, restringir e dominar as particularidades, as singularidades do existir. A medicina assume esse lugar e evoca em seu nome o lugar de ciência, exercendo esse papel com todo o seu autoritarismo, prepotência e arrogância para o máximo exercício do poder.

Exemplos notórios podem ser elencados neste percurso histórico, como a substituição do leite materno pelo leite artificial no início do século XX, por óbvios interesses comerciais, porém travestidos de ciência, trazendo repercussões gravíssimas sobre a saúde das crianças, como o aumento da desnutrição e da mortalidade

infantil. Efeitos que até hoje lutamos para reverter e tentar recuperar a naturalidade do processo de nutrir uma criança recém-nascida com o leite da própria mãe.

Outro exemplo dramático foi a institucionalização e aprisionamento dos loucos em manicômios para livrar a sociedade do incômodo de lidar com os diferentes, os excêntricos, os que questionam o modo de viver e a ordem social. Essa institucionalização causou uma história de mortandade e sofrimento, isolamento e experimentos psiquiátricos dirigidos apenas aos pobres e indigentes, filhos de ninguém, abandonados pelas famílias e pela sociedade. Também a separação de mães hansenianas de seus filhos, já excluídas em colônias e ainda obrigadas a ficarem sem seus filhos. Mais de meio século depois, estas crianças agora adultas buscam a reconstrução de suas histórias e alguma reparação, se isso for possível.

Assim, são inúmeras as histórias em que prevalece a autoridade do Estado respaldada na autoridade científica, representada quase diretamente pela autoridade médica, impondo intervenções abusivas e propostas hegemônicas de diagnóstico e de terapêutica, alinhadas a interesses econômicos do mercado de consumo da indústria da doença. Nesta linha cria-se uma patologia e se oferecem respostas superficiais ou produtos de fácil consumo para eliminar problemas artificialmente criados. Assim, elimina-se também as possibilidades de inserção e resposta social por outras vias

criativas e coletivas, de autonomia e de convívio familiar e social. Em algumas situações como no nascimento e na morte, a institucionalização e a exclusão passam a ser a oferta final de abordagem terapêutica.

Nesta linha da hipermedicalização dos processos humanos temos ainda, como exemplo, o uso abusivo de medicamentos ansiolíticos e antidepressivos, para apaziguar os trabalhadores atormentados pela vida extenuante de luta pela sobrevivência para garantia do mínimo essencial para uma condição digna de vida. Enquadrar, acalmar, anestesiá-los os cidadãos do século XXI, competitivos, individualistas e nada solidários, vivendo com medo e em ambientes insalubres, sem lazer, sem ar e sem amor. Parece ser esta a única possibilidade de paz, quando o aprofundamento da desigualdade social definitivamente traz cada vez mais tormenta. Ou o exemplo do tratamento de crianças inquietas, ansiosas pelas expectativas exacerbadas de colocação social no mundo competitivo da vida urbana aflita e sem tempo, de medo e aprisionamento, onde não há espaço e não se permite o livre brincar e o ser criança. E assim são contidas com medicações para o diagnóstico epidêmico de hiperatividade.

A inserção da mulher na sociedade não é diferente e se enquadra perfeitamente nesse cenário histórico de controle e exclusão. Tratamos aqui do parir e do nascer, símbolos da vida que ficarão para sempre na pele, na mente e no coração de cada pessoa: a pujança do

humano ou a mancha da violência.

Ao longo dos últimos 60 anos a mulher teve a sua participação deslocada ao mínimo possível da tomada de decisão em diversas dimensões, mesmo que tratando-se de seus próprios corpos e filhos. A conjugação do ser mulher e estar vulnerabilizada exponencia a condição de exclusão e “desimportância” na sociedade, incentivando o julgamento sumário de falência. Essa mulher deve ter seu corpo controlado, porque “não vale”, “não serve”, “não presta”, “não tem jeito”, “não tem futuro”, deve ser laqueada, esterilizada, “só serve para por gente no mundo”, expressões e falas recorrentes no cotidiano da atenção em saúde e na sociedade de forma geral.

Ser mulher, ser pobre e ter algum sofrimento mental se mesclam aqui numa mistura funesta para a discriminação e o desinteresse pela sociedade, justificando ações de deslocamento do sujeito, do seu protagonismo e de sua autonomia, dos seus desejos. E a resposta é o isolamento, a alienação ou até mesmo a eliminação pela invisibilidade. Abafam e ignoram sua voz e sua própria existência.

De quem é o parto?

Na história do parto e nascimento registramos a drástica interferência da medicina que transformou um evento social, familiar e feminino em uma intervenção hospitalar, cirúrgica, a rigor um ato médico. A institucionalização e a entrada do médico na

cena do parto, com o deslocamento do protagonismo feminino - e de outros personagens que congregam em si mesmo o preceito do cuidado como a enfermeira, a parteira, a própria família e o companheiro - incorporam a racionalidade com a padronização e normatização de condutas e de impessoalidade. As intervenções sobre o corpo feminino com procedimentos para o controle sobre o processo de parir, programando ou acelerando o nascimento, dominando o corpo defeituoso que precisa de correção para seu funcionamento transformam o processo fisiológico de parir e nascer em um ato médico cirúrgico.¹¹ A integridade corporal é ferida em marcas definitivas: o corte por cima (a cesariana ou a cirurgia de extração fetal) ou o corte por baixo (o corte da vagina, a episiotomia).¹² A proposta é a correção de um processo descontrolado e, ao mesmo tempo, poderoso da natureza do corpo feminino, a dominação deste processo imprevisível e insubstituível, de uma força e potência inigualável.

Esse é um exemplo, na saúde da mulher, da história de controle social pela medicina travestida de ciência e legitimação da relação de poder da ciência com a superespecialização, a medicalização da vida, com um forte viés de gênero. O hospital surge como o local eleito para a atenção ao parto, a partir da segunda guerra mundial, e, em especial, na década de 60, no Brasil, e como um forte aparato no processo de intervenção sobre o corpo feminino.¹¹ A institucionalização do parto é crescente: 98% dos partos ocorrem no hospital

já no final da década de 60, reforçando o modelo tecnocrático, centrado na necessidade da instituição e dos profissionais, e, via de regra, o médico comanda a cena. Retira o acompanhante da mulher que, sozinha no trabalho de parto, indefesa e sem autonomia para decidir, é submetida a uma sequência de intervenções padronizadas: é colocada deitada - símbolo maior da sua alienação e deslocamento de seu protagonismo - é imobilizada, colocada de jejum e realizada a lavagem intestinal, procedimentos já considerados obsoletos desde a década de 80 porque não apresentam respaldo técnico, ou seja, não se baseiam em conhecimentos que comprovem benefícios.^{11,12} Entretanto, e somente após a mobilização feminista na década de 80 na Inglaterra e Estados Unidos, principalmente, é que foram retomados os estudos científicos sobre o tema e que se derrubou a sustentação para a realização de tantas intervenções sobre o corpo da mulher no trabalho de parto e no nascimento.¹¹ Para provar o óbvio: que a naturalidade e fisiologia do processo de parir a própria mulher compreende e faz, que o parto é da mulher, que ela define onde, como e com quem quer ficar na hora do parto.

A ciência, ou seja, o poder, demandou então anos de pesquisa e de recursos para rever as intervenções propostas pela medicina- autoridade e definir que qualquer intervenção sobre o processo de parir deve ser fortemente embasada, uma vez que pode trazer consequências nefastas sobre a saúde da mulher

e a do bebê. Conclusão: o parto é da mulher!

De quem é este bebê?

Da mesma forma que o parto para a mulher, a medicina travestida de ciência se apropria dos bebês e dita normas para a relação entre mãe e filho a partir de regras hierárquicas institucionais, entre profissionais e entre estes e a mulher, a mãe, o pai, a família. Criou-se um cenário de normalidade inquestionável em que o bebê nasce e a autoridade médica avalia esta criança em um local separado do colo da mãe, que jaz inerte sobre uma mesa de contenção - mesa de parto com perneiras e amarras ou uma mesa de cirurgia, braços e pernas imobilizadas. O bebê é levado para um berço aquecido, reforçando a incompetência materna para aquecer e acolher o próprio filho. Este bebê, apenas depois de receber uma nota (“Apgar”, nota que se dá ao bebê quando nasce), neste afã de tudo se avaliar e se quantificar todas as ações da vida e o comportamento humano, é “autorizado” a voltar para os braços da mãe. E aí sim, receber o aconchego, o calor, o olhar, o cheiro, a voz, o carinho, enfim, o afeto de quem, de fato, tem propriedade para isso, a mãe. E receber leite materno. De fato, é disso que o bebê realmente precisa neste momento, o respeito à sua transição, sua passagem da vida intrauterina de proteção completa para o acolhimento neste mundo em que sua mãe é exatamente esta proteção.

Da mesma forma que, na assistência à mulher no parto, com relação ao bebê foram também

necessários mais de 30 anos de mobilização social e questionamentos para se “devolver” a autoridade materna para permanecer com seu próprio filho logo após o nascimento. Passados anos de intervenções em nome da funcionalidade e produtividade institucional hospitalar, além da necessidade de justificativas corporativas dos superespecialistas para defender a sua própria existência no mercado, a ciência teve que provar que mãe e bebê precisam estar juntos. Que o pós-parto imediato é o *período sensível*, a primeira hora de vida ou primeira hora de ouro, de dedicação, de indissociabilização, de vinculação, de apego, de afeto, de proteção, inclusive para prevenção de problemas neonatais importantes.

E seguiram-se décadas de intervenções desnecessárias com o bebê, no hospital, que persistem até hoje: a palmada para chorar, aspiração nasal de rotina com sondas, aspiração gástrica, sonda anal, pesar e medir logo após o nascimento, o colírio. Práticas correntes no Brasil, sem benefícios comprovados e sem avaliação sistemática dos efeitos e repercussões sobre a saúde do bebê.^{13,14} Práticas que podem, inclusive, incorrer em lesões e contaminação bacteriana hospitalar. Persistem ainda “berçário de normais”, criados para facilitar as práticas institucionais, bebês separados e confinados a um berçário, longe de suas mães, pais e familiares, enrolados e contidos, vigiados por câmaras ou avistados de longe como em um aquário, sozinhos, numa linha de produção de cuidado padronizado, alimentados artificialmente com glicose ou

leite em pó, fórmulas mágicas que substituem a natureza, de forma prática, indolor e lucrativa.

A substituição do parir e amamentar por métodos artificiais, junto com a expectativa da maternidade indolor, a cesariana programada e a maternagem terceirizada, suprimem a necessidade de se assumir e se vivenciar a profundidade do particular, da individualidade, do desejo, do desconhecido, do imprevisível, do incontrolável e quem sabe, do transformador.

Essas intervenções sobre o processo normal do parir, do nascer e da maternagem são iatrogenias, provocam efeitos negativos sobre a saúde materna e a saúde infantil. No entanto são subdimensionadas e naturalizadas como se o funcionamento dos serviços de saúde e das práticas profissionais fossem corretas, inquestionáveis e baseadas em evidências. Práticas que persistem sem necessidade de qualquer justificativa, pela própria relação de autoridade da ciência, no caso a medicina, reverenciada como ciência. Essas iatrogenias são efeitos invisíveis porque não são medidos: a própria hospitalização, a realização de procedimentos dolorosos que transformam o parto em sofrimento, intervenções desnecessárias e também traumáticas sobre o bebê, e, por fim, a separação mãe-bebê.¹³

Discutimos aqui os preceitos da bioética de beneficência e não maleficência, além do princípio da justiça: há que se ter uma forte justificativa para uma intervenção no processo de parir e nascer, incluindo a separação mãe-

bebê, o contato pele-a pele e o aleitamento na primeira hora de vida. Fizemos isso por décadas e ainda fazemos no Brasil: 40% bebês são separados de suas mães ao nascer e sofrem intervenções desnecessárias;¹³ 56,7% de cesarianas em 2014 quando se recomenda pela Organização Mundial da Saúde uma taxa em torno de 15%;¹⁵ 40% dos prematuros no Brasil são fruto de iatrogenias, ou seja, de interrupções indevidas da gravidez.¹⁶

E de novo, a mobilização social motivou estudos e foi necessária a *autoridade científica* para recomendar a permanência de mães e bebês juntos e proscrever os berçários que separam mães e bebês por horas ou dias.

Afinal, de quem é este bebê? Deve haver uma justificativa muito forte para intervir numa gestação e separar mãe e bebê saudáveis, para além do mero exercício do poder e de autoridade.

De quem é este bebê? Pode esta mulher cuidar do seu próprio filho?

O hospital, e apenas o hospital público, se coloca agora como autoridade para julgar a competência materna. Para isso, baseia-se na história de vida desta mulher, de sua classe social e de sua cor de pele - por que a pobreza tem cor neste País - assume que há risco iminente e define que não permitirá a saída ou alta hospitalar por pressão de uma ação judicial, sem críticas ou questionamentos a partir dos preceitos e princípios da ética do trabalho em

saúde. Na prática este ato culmina com a separação física prolongada e, na maioria das vezes, definitiva, em forma de abrigamento do bebê. Expressão do preconceito e da segregação social de raça /cor e classe social no Brasil e travestida de proteção define-se se esta mulher pode ou não ficar com seu filho. E o local mais eficaz para esta ação preventiva é o hospital, onde as mulheres confiaram o cuidado no parto. O hospital deixa de ser um ponto de cuidado na rede de atenção em saúde e passa a ser o local que define a competência materna. O pai não faz diferença, o pai não existe. O hospital dá alta para a mãe e retém o bebê - ou "aprisiona", "prende", "rouba" ou "sequestra" como tem sido colocado em depoimento pelas próprias mães, agora mães órfãs, para sua suposta proteção. Bebê retido, de alta médica, mas sem alta administrativa ou do serviço social.

O hospital passa de ponto de cuidado a ponto de denúncia, de delação, de armadilha, de intervenção do Estado, para uma ação judicial. Para a separação de mães e bebês. A serviço de um Estado e de uma sociedade que pune no lugar de proteger. Que criminaliza a própria vítima da exclusão. Por que estas mulheres carregam histórias de pobreza, de violência, de perdas de outros filhos e não tiveram o apoio social que precisavam para a construção de uma outra vida, de vida digna. Não puderam exercer seu desejo de maternagem.

O hospital se insere e assume cumprir este papel em um sistema que demanda a manutenção da ordem, onde fracassados e

"perdidos" não têm lugar, por que não há lugar para a diferença e o diferente, para os que não se enquadram. O hospital-maternidade é a reedição do manicômio. Onde bebês serão libertados de suas próprias mães incompetentes. Porque não dizer: é a concretização radical da redução da maioria penal como coloca Rafucko, humorista e cronista social numa paródia.¹⁷

Aprisiona-se o bebê, filho de uma mãe negra e pobre, pré-julgado como um "futuro delinquente", como recentemente sugerido por uma autoridade sanitária na cidade e ilustrado abaixo por Tacho.

Apoiar esta mãe na sua integralidade, na sua condição de vida e desejos, considerando que, em sua maioria, estas mulheres têm uma história e trajetória de vida de pobreza, de exclusão e abuso, de violência, reverter sua história e perspectiva de vida torna-se algo inimaginável, impossível e, até mesmo, indesejável. Não há empatia, não há sentimento de alteridade, as pessoas não se colocam e não se vêm neste lugar, não se reconhecem nesta vida ou mesmo no entorno desta vida, apartados que estamos nesta sociedade segregada brasileira. Mas quem pode dizer que sempre viveu e vive em linha reta e, como disse Álvaro de Campos,¹⁸ nunca conheceu "quem tivesse levado porrada"?

Essas pessoas demandam uma abordagem específica, particularizada. Um projeto terapêutico singular. Mas precisam de alguma

chance de melhoria, de reversão, de mudança, e de redução de danos.

À paralisia política e insensibilidade social e de justiça, se apresenta uma solução mais fácil, prática, eficiente de curto prazo em termos de proposta civilizatória: desistir, separar mãe e bebê, abrigar o bebê, encaminhar para adoção sob a pressão e o manto de proteção judicial. Mesmo com o constrangimento ético, profissional e humano posto, contrapor e resistir parece um esforço descomunal. Parece impossível questionar uma ação judicial, ainda que do ponto de vista legal e moral questionável, uma vez que se sobrepõe à prerrogativa do poder executivo. Mesmo que sem sustentação e questionada por instâncias jurídicas superiores como o Conselho Nacional de Justiça. E, de fato, estes questionamentos não foram realizados pelos estabelecimentos de saúde. À pressão, intimidação e ameaça de incriminação pessoal, a resposta foi o cumprimento. Mesmo que opção considerada incorreta em inúmeros casos, questionada por diversos trabalhadores indignados com a abordagem de separação judicial realizada contra a vontade das mães. Contra a vontade dos pais, dos avós, dos tios...

A solução conjunta e coletiva de resistência a algo que se apresentava como uma violação de direitos e forte discriminação não pareceu plausível. As respostas foram isoladas e individuais, muitas vezes justificadas pelo julgamento pessoal e sumário destas mulheres, para quem não houve escuta qualificada e

acompanhamento adequado até o esgotamento de todas as possibilidades de apoio e proteção, como é de direito.

Esta é a resposta que temos a uma situação de violação dos direitos humanos: criminalização e culpabilização da vítima? A situação de vida dessas mulheres decorre da ausência do Estado e da sociedade em assegurar vida digna e direitos humanos básicos. A exclusão social e do tratamento em saúde, em saúde mental, para os usuários de droga, a não vinculação ao pré-natal, a sífilis congênita, a gravidez de uma adolescente pobre, não podem ser atribuídas a falhas dos indivíduos sem a responsabilização do Estado e da sociedade. Via de regra são apenas sintomas das nossas falhas enquanto sistema social.

Esta resposta é uma segunda punição e aprofundamento da exclusão, uma proposta higienista e de invisibilidade do problema. Na maternidade o caso é julgado, sem processo, sem defesa. São produzidos relatórios superficiais e simplistas pela própria falta de condição de se emitir qualquer conclusão sobre quem não se conhece, a partir de um contato pontual. Este nível de definição requer acompanhamento por longo tempo e a mudança de vida requer um grande trabalho e investimento social. Ainda se pensa que a droga ou as drogas serão eliminadas da vida, num completo desconhecimento da história da humanidade. O foco do trabalho em saúde deveria ser a redução de danos, com a (re) inserção do desejo e das pessoas na vida.

Não é missão do hospital-maternidade resolver a vida das pessoas. Bebês e mães saudáveis devem ter alta hospitalar e a continuidade do cuidado deve ser feita no território onde vivem, com ações integrais das políticas públicas e da sociedade. Manter pessoas saudáveis hospitalizadas com o argumento de se aguardar relatórios da atenção primária de saúde para o envio de relatórios judiciais nas maternidades não parece adequado, como vem sendo justificado na maior parte das situações. Como seria possível descrever e determinar uma situação deste nível de complexidade em um relatório em 48 horas ou em uma semana, ou 20 dias, condenando um bebê à separação de sua mãe? Esta análise demanda dedicação, demanda investimento, demanda tempo e qualificação da abordagem em toda sua complexidade para se definir a vida e o futuro de uma criança e sua família. É trabalhoso e demanda esforço. Demanda, sobretudo, sensibilidade e, até mesmo, compaixão.

O momento da maternidade enquanto processo de vida pode se tornar ainda uma possibilidade, uma chance, um momento de mudança. Pode ser uma vivência transformadora e, inclusive, um momento favorável para a abordagem de sintomas e apoio aos desejos de mudança.

As ações descritas têm sido ações seletivas na cidade. Não atingem igualmente a população e só acontecem efetivamente nos hospitais públicos. Ações dirigidas aos usuários do SUS, população pobre e, em sua maioria negra, não

apenas usuárias de drogas ilícitas, adolescentes, mas, pasmem, famílias ciganas ou que cozinham em fogão a lenha, como se estes fossem critérios suficientes para qualificar ou desqualificar as pessoas. Não se conhecem situações semelhantes nas classes sociais altas. Não se registram estes julgamentos e separações compulsórias na classe alta mesmo entre usuários de drogas ilícitas ou lícitas, de drogas caras, psicotrópicos ou onde existe violência intra-familiar/ou terceirização da maternidade. Para esta população não há questionamentos. São atos de intolerância não apenas à pobreza, mas às diferenças culturais. Foram registradas situações de discriminação pela não realização do pré-natal, como se este fosse obrigatório por lei e tivesse como objetivo apenas a saúde do bebê não a da mulher. Constata-se o receio de ter o parto hospitalar motivado pelo medo de perda do bebê. São tomados referenciais a partir de normas e padrões familiares idealizados e ilusórios, sobretudo considerando posses materiais como indicativo ou sinônimo de felicidade.

Conclusão? O bebê é da sua mãe. Para separar mãe e bebê é preciso provar que há violação de direitos.

De quem é a responsabilidade sobre a mulher e o bebê?

O que observamos nesta história é uma minimização do risco com relação à separação mãe e bebê, desta interferência na vinculação e afeto, da impossibilidade do aleitamento

materno, da internação desnecessária com riscos de infecção e outras iatrogenias decorrentes das intervenções hospitalares e da consequente ocupação de leitos, gerando falta de vagas para outras mães e bebês que precisam de internação.

Não estamos fazendo a apologia e romantização da maternidade, mas nestes casos de mães que desejam seus bebês e enfrentam todas as dificuldades do mundo, colocamos a maternidade na sua radicalidade ética como direito fundamental à autonomia, ao tratamento igualitário a sujeitos de direitos, de cidadania e de justiça social.

Neste ato dos profissionais de saúde há quebra do sigilo profissional e do vínculo necessários para o cuidado e tratamento. No lugar do estabelecimento de empatia para o cuidado, demos espaço para se instaurar a desconfiança, o medo da denúncia ou delação como colocam as mulheres. Elas evitam o pré-natal, o parto, saem fugidias das maternidades com seus bebês, ou chamam a polícia para saírem dos hospitais, como relatos recentes ocorridos recentemente em maternidades de referência na cidade.

Como se dá a alta hospitalar? A alta clínica? Quem pode ou não sair de um hospital? Ou de uma maternidade onde procurou assistência ao parto, onde foi ganhar seu bebê e sequer doente estava? A gravidez e parto não são doenças. Em nome de que clínica e de que cuidado se retém ou se aprisiona uma mulher

no momento do parto? De quem é esta responsabilidade? Do serviço social? A efetivação da alta depende de relatório administrativo ou social após uma alta clínica do médico? A responsabilidade é do profissional que não efetiva a alta? É do corpo clínico? Da direção do hospital? Em nome de quem ou do que se retém um bebê de alta clínica em um hospital? Que legitimidade há neste ato? Com que base legal se dá este procedimento? A responsabilidade da manutenção de pessoas sadias internadas em um hospital é do médico? A alta médica se dá, mas a ausência médica na responsabilização pela separação mãe-bebê também se faz presente.

Vivenciar e testemunhar esta “atrocidade” como disse um colega médico da cidade, é algo doloroso, profundo. Inevitável viver a história, mas não silenciar. Como estabelecer claramente esta linha tênue entre testemunho e cumplicidade em situação de tal gravidade?

Retomando: De quem é o parto? Quem define o local e quem assiste o parto? Onde está a autonomia da mulher? Por que a tutela do Estado para bebês filhos da pobreza? Por que a tutela da medicina aqui travestida de ciência para o exercício legitimado da dominação de classe e de raça e de poder na sociedade? Que poder é este que aprisiona pessoas preventivamente por convicção, sem necessidade de provas e onde não há fatos, apenas suposições de possível risco? Que poder é este perdido pelas mães, tão frágil e, ao

mesmo tempo, tão almejado? A quem interessa o abrigo preventivo de bebês? Quem suja e quem lava as mãos? São perguntas que a história vai responder.

Cada dia de separação, cada dia de abrigo é uma perda irreparável para esta criança: fisicamente, biologicamente e psicologicamente. Impedidos de receberem afeto e amor na sua transição para a vida. Impedidos de receberem leite materno, prática corrente na abordagem de usuárias de drogas, mesmo que não haja evidências no conhecimento científico para sustentar a contraindicação ao aleitamento materno, com tantos benefícios comprovados, superando todos os riscos, e até mesmo mais indicado justamente onde é maior o risco social. Mãe e filho são do ponto de vista físico-psíquico e social indissociáveis. Em nome de que se autoriza a definição contrária, a interferência neste processo? De quem é a autoridade materna?

Agravante à situação é a restrição à convivência materna e familiar nos abrigos, definida pelos próprios abrigos, sem qualquer lastro técnico ou jurídico, mais uma vez por conveniência institucional. Bebês abrigados com visitas restritas a uma hora por dia, 3 vezes por semana. Que laços e afetos entre as pessoas estamos criando? Ou minando?

É risco para o bebê não ficar com sua mãe. É risco para o bebê e para a mulher ficarem retidos em um hospital quando estão saudáveis. Isso não é boa clínica. Isso não é boa medicina.

De quem é este bebê? Pode esta mulher cuidar do seu próprio filho?

Retomando a história do encontro com o bebê saudável no Centro de Terapia Intensiva, quando voltamos da visita ao hospital fizemos uma rede de ação para prevenção de novos casos: essa rede está junta e mais forte hoje, contando com iniciativas de direitos humanos, da saúde, entidades diversas e universidades. Mas as ações preconceituosas de discriminação de mulheres vulnerabilizadas persistem, mulheres vivendo situações de vida que deveriam ser compreendidas como sintomas, como efeitos, e não como causas.

Essas pessoas têm amor, tem afetos, têm vínculos, têm história. Mas como se mede o amor? O amor e o bem-estar das pessoas não se garante por suas posses, seu poder econômico.

A rede de saúde, de especialistas na área de saúde da criança, da mulher e da saúde mental, construiu uma forte atuação na cidade de proteção da saúde materna, fetal e infantil com resultados reconhecidos nacionalmente e internacionalmente. Entretanto, sequer foi consultada na tomada dessas medidas judiciais para separação mãe e filho. Foi e está sendo pressionada e intimidada para denunciar estas pessoas. Fere-se a ética profissional em saúde. Em nome da sua proteção essas crianças foram condenadas injustamente, antes de esgotadas todas as possibilidades - como prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente - de proteção e

promoção do convívio familiar e comunitário. Foram condenadas desde o início da vida a uma vida de separação, de violência, de abrigamento. A exceção virou a regra da discriminação.

Segundo diversas fontes como o Conselho Nacional de Justiça e a Secretaria de Assistência Social, foram mais de 300 crianças nessa situação nesses 4 anos, apesar dos dados não estarem disponíveis para o conhecimento da população, o que, por si só, já aponta um grande problema. Segundo a Defensoria Pública da Infância de MG, 90% das crianças abrigadas não deveriam ter sido separadas de sua mãe ou família, e 60% das crianças abrigadas foram adotadas, contrariando o que propõe o Estatuto da Criança.

A saúde cuida. A saúde não quebra sigilo e compromisso com o usuário. A saúde não desiste das pessoas.

A maternidade é uma oportunidade de uma transformação humana. É uma chance. De agregar apoio e cuidado familiar e social. E é direito. Essas mulheres querem seus filhos, querem e precisam de apoio. Por outro lado, a maternidade-hospital se coloca também como uma grande oportunidade de atuação reversa e perversa: as mulheres ganham bebê nos hospitais, o que pode ser uma armadilha. O manicômio travestido de maternidade.

E novamente vem a pergunta a quem pretende julgar: como se mede o amor? E como reparar injustiças?

Estamos vivendo uma grave situação de violação de direito, comparável a outros atos memoráveis higienistas da história da humanidade. Não queremos fazer parte desta história. Por isso a necessidade de reflexão sobre a ciência e o direito: uma disputa de poder e de autoridade. O conhecimento a serviço da vida e dos direitos ou a serviço de interesses para a normatização e a contenção, para o controle do “normal e do patológico”.^{9,19}

Para provar o óbvio a ciência violou direitos e demandou anos de pesquisa e de recursos para concluir que o parto é da mulher, que o bebê é da mulher, que a mãe-mulher e bebê têm que estar juntos. Que apenas em situações comprovadas de risco - e não suposições ou convicções preconceituosas, a partir de olhares que não enxergam o outro como sujeito de direitos – excepcionalmente, vai haver necessidade de se proceder a esta ação extremada de separação. Casos graves são exceção e demandarão uma ação excepcional. Sempre existirão. Entretanto, não podem se tornar a regra. A regra tornou-se o Estado de Exceção. Metáfora ou realização de atos de autoridade sobre o outro que não se reconhece como outro, e sim como ralé, segundo Jessé de Souza.¹⁰

Abusos de autoridades que expressam bem o momento histórico que passamos no Brasil. Qualquer semelhança com o momento político atual do Brasil não é mera coincidência.

Qual é a solução? Reverter a inversão da prioridade legal: priorizar a família natural e a

família extensa. Acreditar. E creditar.

Uma pergunta final: a que e a quem serve a medicina? Michel Odent²⁰ nos convida à refletir essa questão ao discutir o parto e o nascimento à luz da crítica à nossa sociedade machista, desigual e violenta, que roubou a natureza da mulher no parto e o nascimento e retirou a capacidade humana de produzir e se embeber de ocitocina, o chamado hormônio do amor. Pode a humanidade sobreviver à medicina?

Mães órfãs

E assim continuaremos a contar esta história para dar voz a estas mulheres, hoje mães órfãs,

e a estes bebês e famílias que perderam seus bebês. Desvelamos preconceitos e inverdades criados em nome de outros interesses. Entendemos que não é possível seguir construindo uma história e uma sociedade de violência. De quem será esta responsabilidade?

Perguntas que a história vai responder. Podemos agir e nos posicionar com base na ética do cuidado em saúde e do direito dos sujeitos, pessoas que existem. Resistindo à violação e deturpação dos direitos de cidadania, em movimentos de agregação como o “*De quem é este bebê?*.”²¹ Direito não se barganha.

Nota

¹ *Sobre O nascimento da clínica, de Michel Foucault, 1963* - O início do século XIX assinala o momento em que a medicina, criticando seu passado e para justificar sua originalidade, se apresenta como medicina científica. Como caracterizar essa transformação fundamental na organização do conhecimento médico e de sua prática Michel Foucault procura responder a essa questão demonstrando que a ruptura que se processou no saber médico não é devida basicamente a um refinamento conceitual, nem à utilização de instrumentos técnicos mais potentes, mas a uma mudança ao nível de seus objetos, conceitos e métodos. O novo tipo de configuração que caracteriza a medicina moderna implica o surgimento de novas formas de conhecimento e novas práticas institucionais. Esta obra parte de um projeto amplo e ambicioso de crítica histórico-filosófica às estruturas políticas e epistemológicas que presidem a racionalidade do mundo contemporâneo; descobre, assim, ao nível da medicina, uma trajetória importantíssima para dar conta da constituição das ciências humanas e sociais e da instauração do tipo de poder característico das sociedades capitalistas.

Referências

¹Lansky S. Gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a gestante e a criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal. In: Magalhães Júnior H (org). *Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003-2008*. Belo Horizonte: Mazza Edições; 2010. p. 443-458.

²Lansky S. A gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e a criança no SUS-BH. *Saúde Debate* CEBES. 2006; (36):10-17.

³Porto D. Programa Comissão Perinatal de Belo Horizonte. Prêmio 20 Experiências de Gestão Pública e Cidadania. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2002. p. 99-115.

- ⁴Lansky S. Movimento BH pelo Parto Normal: mobilização pela promoção da saúde. In: O Coletivo de uma construção - o Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Editora Rona; 2012.
- ⁵Lansky S. Monitoramento das maternidades para qualificação da assistência e redução da morbi-mortalidade materna, fetal e infantil evitável. Resumos X Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Florianópolis, 2017. Florianópolis; 2017.
- ⁶Lansky S. Movimento BH Pelo Parto Normal / SMSA-BH: mobilização pela promoção da saúde da gestação à vida adulta. Rev Méd Minas Gerais. 2011;24(4):71.
- ⁷Movimento BH pelo Parto Normal [Internet]. [citado 14 mar 2017] Disponível em: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/redes_apoio/index.html
- ⁸Exposição Sentidos do Nascer [Internet] [citado 14 mar 2017] Disponível em: www.sentidosdonascer.org.br
- ⁹Foucault, M. O Nascimento da clínica. São Paulo: Editora Forense; 1963.
- ¹⁰Souza J. A Radiografia do golpe. Rio de Janeiro: Editora LeYa; 2016.
- ¹¹Davis-Floyd R. Birth models that work. University of California Press; 2009.
- ¹²Diniz CSG, Chacham AS. O 'corte por cima' e o 'corte por baixo': o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. Questões Saúde Reprod. 2006, 1(1):80-91.
- ¹³Moreira MEL, Gama SGN, Pereira AP, Silva AAM, Lansky S, Pinheiro RS, Gonçalves AC, Leal MC. Práticas de atenção hospitalares ao recém-nascido saudável no Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014 [citado 14 mar 2017]; 30 (supl1):[cerca de 12 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0128.pdf>
- ¹⁴Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. Interface [Internet]. 2009 [citado 15 mar 2017]; 13(supl 1): [cerca de 10p.]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500027>.
- ¹⁵Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre taxa de cesárea [Internet]. Genebra: WHO; 2015. [citado mar 2017] Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHORHR15.02_por.pdf?ua=1&ua=1
- ¹⁶Esteves-Pereira AP, Deneux-Tharoux C, Nakamura-Pereira M, Saucedo M, Bouvier-Colle MH, Leal MdC. Caesarean delivery and postpartum maternal mortality: a population-based case control study in Brazil. 2016. PLoS ONE 11(4): e0153396. Doi:10.1371/journal.pone.0153396
- ¹⁷Rafucko, 2014. [Internet]. [citado 14 mar 2017]. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=RagoQbf3BXI>
- ¹⁸Campos A. Poema em linha reta. In: Pessoa, F. Obra Poética. Rio de Janeiro: Cia. José Aguilar Editorareiro, 1972. p. 418.
- ¹⁹Illich I. Nemesi da Medicina; a expropriação da Saúde. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1975.
- ²⁰Odent M. Pode a humanidade sobreviver à medicina? Rio de Janeiro: Instituto Michel Odent; 2016.
- ²¹Movimento De quem é esse bebê [Internet]. [citado 14 mar 2017]. Disponível em: <https://dequemestebebe.wordpress.com>.

Figuras



Figura 1: Rafucko, 2014. Intervenção pública em manifestação política com aprisionamento de um boneco-bebê negro.



Figura 2: Ilustração de Tacho