

ARTIGO ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n1suplemp115-128>**A Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte e o cuidado em liberdade: do direito à cidadania ao direito à maternidade**

The Mental Health Network of Belo Horizonte and care for freedom: from the right to citizenship to the right to maternity

Cristiana Marina Barros de Souza

Psicóloga, Pós-Graduação em saúde mental e Trabalhadora da rede de saúde Mental de BH.
E-mail: cristianapsicologia@gmail.com

Maria Tereza Granha Nogueira

Psicóloga, Trabalhadora da Rede de Saúde Mental de BH.
E-mail: terezagnogueira@yahoo.com.br

Resumo

Objetivos: Apontar o olhar de trabalhadores da rede de saúde mental do município de Belo Horizonte (BH), sobre o sequestro de bebês de mães usuárias de drogas lícitas e ilícitas e/ou com trajetória de vida nas ruas, em sua maioria, pobres e negras. **Método:** Foram utilizadas narrativas de usuárias em tratamento na rede de saúde mental do município de BH. A partir do acompanhamento dos casos, as trabalhadoras da rede de saúde mental conseguiram obter registros das violações sofridas pelas usuárias por parte do poder judiciário e das maternidades públicas. **Resultados:** A Política de Saúde Mental no Brasil tem sido compreendida como mecanismo de resistência e denúncia de tais situações de violação de direito. Neste contexto, a visibilidade do tema de retirada de bebês de mães em situações vulneráveis, tem sido possível, dentre outras contribuições, com a participação de trabalhadores da Rede de Saúde Mental, inclusive na pesquisa do Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde da UFMG. **Considerações finais:** As trabalhadoras da rede de saúde mental têm presenciado a violência praticada pelo Estado com o aporte da política proibicionista contra as mulheres pobres, negras e/ou moradoras de rua que fazem uso de drogas lícitas e ilícitas. A rede de saúde mental defende a cidadania das mulheres vulneráveis seja pela condição de sofrimento psíquico ou uso abusivo de álcool e outras drogas. Tal posicionamento, contrapõe-se às práticas sustentadas da impossibilidade de uma mulher vulnerável exercer sua maternidade.

Palavras-chave: Saúde Mental; Maternidade; Direito; Vulnerabilidade Social; Cuidado.

Abstract

Objectives: To point out the view of the workers of the mental health network of the city of Belo Horizonte (BH), about the abduction of babies from mothers using illegal and illegal drugs and / or with street life trajectories, mostly poor and black. Method: Narratives of users under treatment in the mental health network of the municipality of BH were used. From the follow-up of the cases, the mental health network workers were able to obtain reliable records of the violations suffered by the users by the judiciary and public maternity hospitals. Results: Mental Health Policy in Brazil has been understood as a mechanism of resistance and denunciation of such situations of violation of law. In this context, the visibility of the topic of

withdrawal of infants from mothers in vulnerable situations has been possible, among other contributions, with the participation of Mental Health Network workers, including the research of the UFMG Observatory of Policies and Health Care. Final considerations: Mental health network workers have witnessed the violence practiced by the State through the prohibitionist policy, whose central objective is routinely against poor, black and / or street women who use lawful and illicit drugs. The mental health network advocates the citizenship of vulnerable women, whether through the condition of psychic suffering or abusive use of alcohol and other drugs. Such a position is counter to the sustained practices of the impossibility of a vulnerable woman to exercise her motherhood.

Keywords: Mental health; Maternity; Right; Social vulnerability; Caution.

Introdução

No século XX, após o fim da guerra fria e como substitutivo à mesma, foi lançado um novo conflito bélico: a “guerra às drogas”. Delineava-se a partir daí mais uma luta contra um mal imaginário. Essa guerra tem como alvo central os usuários de drogas lícitas e ilícitas, mesmo que o objeto inanimado “droga” aparentemente seja o inimigo central. Nesta circunstância, o debate que coloca o crack como seu ponto central desse confronto, produz nomeações, inventa lugares e reedita políticas de segregação e exclusão como resposta para o mal-estar.¹

Numa “guerra” várias frentes de combate são definidas com diretrizes e objetivos diferentes e essa condição envolve as políticas públicas de saúde e assistência social, justiça e

segurança pública. Cada qual no seu campo de atuação.

Pois não podemos esquecer que tanto o tráfico quanto o consumo de drogas estão encapsulados por uma política proibicionista atravessada por desigualdades sociais – o que impõe fronteiras significativas entre os grupos e implica distintos tratamentos jurídicos.^{2:38}

Em 2014, Belo Horizonte foi sede de uma das mais perversas práticas executadas pelo poder judiciário. Duas recomendações, produzidas pelo Ministério Público de Belo Horizonte, davam aval e subsídios para que profissionais da saúde, assistentes sociais, psicólogos, entres outros, embasassem suas práticas de controle e poder, destituindo o direito de ser mãe das mulheres de uma determinada classe social.

Após histórias de preconceito, anos de exclusão, de intolerância racial e do estereótipo que carregam; da inexistência de políticas públicas que garantam o acesso a trabalho e renda, educação, assistência social e saúde que realmente atendam necessidades dessas mulheres; essas mães perdem os seus bebês a partir de um “julgamento moral”, sem direito à defesa, realizado por profissionais de saúde com dois ou três atendimentos pontuais. Após essa avaliação, os bebês são sequestrados e retirados com a afirmação e assinatura do poder judiciário e do Estado.

É negado também o direito dos seus familiares assumirem, enquanto família extensa, a criação dos seus filhos e, na maioria das vezes, eles são entregues para adoção.

Em 2016 uma Portaria de um Juiz de Direito irá reforçar as ações descritas. Trata-se de fatos ocorridos nas maternidades públicas em Belo Horizonte. As histórias se enlaçam a milhares de outras histórias de mulheres que foram estigmatizadas, estereotipadas e caracterizadas como usuárias de drogas. O Estado, junto com o poder judiciário e profissionais de saúde, promovem um massacre à vida, deixando claro e explícito o preconceito sofrido por essas mães que possuem características semelhantes: são pobres, negras, usuárias de drogas ou da saúde mental com alguma trajetória de vida nas ruas. Nas histórias reais, a presença de fatores e significantes comuns como rua/drogas acabam se fazendo presentes. Assim como

maternidade/ amor que são também fatores e significantes potentes para a ligação com a vida e a rede de saúde mental.

Como citado por Merhy,

A rua que comporta alegrias, dores, dissabores, desafios. Preenchida por signos e diferentes sentidos, a rua é lugar de múltiplos sinais que acabam sendo naturalizados nos encontros com as alteridades. De muitas maneiras os sinais que vêm da rua nos invadem, porque também somos a rua. Cravados de tensões constitutivas entre produção de vida e morte, presentificam-se, no cotidiano do andar a vida de todos nós. Sentimentos como medo, compaixão, horror, desprezo, piedade, generosidade, interesse, curiosidade, todas essas afecções circulam entre nós sem pedir licença. Muitas vezes, é precisamente a partir desses sentimentos que somos levados a pensar formas de aproximação e/ou afastamento desses sinais e, conseqüentemente, da forma como entramos em conexão ou não com essas vidas.^{3:32}

A rede de saúde mental de BH e nós, suas trabalhadoras, nos declaramos consternadas e atônitas diante de práticas violadoras e demarcadoras de poder do Estado, pela fixação das recomendações e Portaria que incidem sobre os corpos destas mulheres, que não se enquadram num valor “moral” e “cristão” de maternidade. No nosso cotidiano de trabalho, somos convidadas a ofertar a escuta e ficamos impactadas diante do número crescente de narrativas que temos escutado, presenciado e vivido junto a essas mulheres em relação à violência incidida nos seus corpos. Tornamo-nos implicadas e, neste sentido, nos sentimos convocadas a expressar o que vamos aprendendo acerca da abordagem às gestantes e sobre o que é necessário introduzir no que

tange a outros modos de tratar as usuárias que apresentam uso prejudicial de álcool e outras drogas e que vivem em processos de exclusão social.

Vimos propor formas inventivas de escuta, acolhimento e acompanhamento através de uma rede potente que está disponível para o cuidado ao Outro, em contraposição a qualquer processo de exclusão da cidadania.

O acúmulo ético, prático e teórico construído pela Reforma Psiquiátrica tenta alcançar os novos sujeitos do perigo social: os cidadãos que fazem uso ou abusam de drogas lícitas e ilícitas. A política que ousou romper com a exclusão e a segregação, como modos de respostas à loucura, toma posição e busca responder às questões postas pelos que encontraram nas drogas a via para escapar ao mal-estar, sem ceder à demanda social que demoniza e criminaliza uma experiência eminentemente humana. Seu encontro com os usuários de álcool e outras drogas terá mais chances de êxito, caso saibamos todos, tirar proveito de um dos aprendizados da clínica com a loucura em liberdade: a capacidade de saber ver além do que o olho da razão é capaz de captar, para escutar a verdade do desejo de cada um de nós. Esta é a nossa real expertise e é o que melhor temos a oferecer ao novos e antigos demônios. Não é mais a técnica, e sim mais vida.^{1:212}

Então, ao pensarmos numa política pública destinada aos usuários de álcool e outras drogas, a rede de saúde mental de BH partilha a lógica dos serviços substitutivos de saúde mental e orienta-se a partir dos princípios e pressupostos da luta antimanicomial que opera instituindo esse convívio político entre iguais. Aos laços desse gênero que estabelece⁴ sua potência e a esta associa os da redução de danos, passa a perceber essas mulheres e gestantes nas suas singularidades, colocando a

droga de lado ou em segundo plano, para assim escutar e encontrar o sujeito e convidá-lo ao exercício de sua cidadania.

Sustentando a estratégia de reduzir os danos, a saúde vai aprendendo a medida da satisfação com cada sujeito, oferecendo a cada um recursos parciais, pequenas invenções e artefatos que convidam a outro modo de cuidado de si. Deixando a droga de lado à margem, cria chances para o sujeito, distraída, disfarçada ou decididamente, fazer perguntas, pedir ajuda, aceitar o laço com o Outro e se deixar acompanhar. Buscar o laço é orientação também neste cenário. E aqui tiramos partido do intervalo.^{1:210}

Métodos

Os pesquisadores do Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde da UFMG, de posse dos pareceres dos Comitês de Ética em Pesquisa (nº 1.847.486 CEP/SMSA-BH; nº 2.264.660 CEP/UFMG; nº 1.756.736 CEP/Nacional), e à par do problema central da retirada compulsória dos bebês das mães usuárias de drogas ilícitas e lícitas da saúde mental e com trajetória de vidas nas ruas, nomeadas pelo poder judiciário de mães vulneráveis, buscaram uma parceria com os trabalhadores da rede de saúde mental a fim de obter fontes seguras dos relatos e acontecimentos sobre as violências vividas por estas mulheres e mães.

As trabalhadoras da rede de saúde mental de BH possuem na sua bagagem os princípios e pressupostos da luta antimanicomial. Como guerreiras, não recuaram diante deste contexto violador, respaldado pelo poder judiciário. Contrapondo-se a qualquer normatização dos

corpos pelo Estado, irão trazer neste texto a descrição de algumas narrativas dos abusos sofridos, das marcas deixadas no corpo e na vida dessas mulheres e, conseqüentemente, na rede de saúde mental, local de cuidado e acolhimento das mães órfãs. Órfãs de seus filhos e de quem as defenda. Órfãs de um Estado que oferte aos que mais necessitam maiores oportunidades.

Tendo em vista os preceitos éticos indicados internacionalmente, foi ofertado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos trabalhadores da saúde mental que auxiliaram a produção deste texto com suas narrativas e relatos de experiência. Neste sentido, foi preservado o anonimato desses atores, assim como garantido seu direito à informação e livre arbítrio quanto à sua participação.

A escuta das vozes que vêm das ruas

Lúcia dá entrada numa maternidade pública em BH, com o seu bebê no colo, através do SAMU. Havia acabado de parir. No caminho, pede desesperadamente aos profissionais do SAMU que não a levem à mesma maternidade onde, em 2014, havia perdido sua filha. Assim, inicia-se uma saga, pois o SAMU, não dando ouvidos para o que Lúcia falava, deixa-a no mesmo local.

A história de Lúcia é uma história comum, que se tornou rotina e um imperativo em Belo Horizonte. Na infelicidade de judicializar a vida, a história de Lúcia é como a história de outras

mulheres. Ao dar entrada na maternidade, Lúcia não queria falar. Ao dar à luz ao o seu filho, este, como outros, ficou “retido” na maternidade. Lúcia traz as marcas da rua, da pobreza, das mazelas e da falta de oportunidade e, principalmente, de ausência de políticas públicas efetivas, sendo assim, Lúcia se cala e não deseja falar.

O serviço social fica intrigado, faz ameaças e a condena como usuária abusiva de drogas e por sua trajetória de vida nas ruas. Assim, como gado é marcado com um ferro, Lúcia também é marcada pelo serviço social da maternidade. Por ter esses significantes, que o Outro lhe dá, ela, para esse Outro, não pode ser Mãe. A única explicação simplória é: “como ela pode ser Mãe, sendo usuária de drogas e morando na rua?” (sic).

O silêncio de Lúcia se manifesta como forma de protesto, reinava em Lúcia, ela apenas conversava com sua criança no berço, ao lado da sua cama.

[...]O olhar para o outro é sempre previsível, é possível prever o que vai ser encontrado. Essa previsibilidade produz certa invisibilidade da produção da multiplicidade de vidas que vazam dos sinais que vêm da rua, sobretudo no campo da saúde. Ao passar pela porta de um serviço de saúde parece que convidamos esse outro a deixar toda vida que traz da rua do lado de fora.^{3:33}

A indignação dos profissionais da maternidade, diante do silêncio protetivo de Lúcia, fez com que eles tomassem as providências e efetuassem o encaminhamento do caso para a Vara da Infância e Juventude de Belo Horizonte (BH).

A invisibilidade é resultado da extrema objetivação e da focalização do olhar e da ação sobre o corpo biológico que deixa de lado os muitos outros elementos que são constitutivos da produção da vida e que não são incluídos, trabalhados, na compreensão da vida dos usuários. Assim, a ação do profissional centra-se majoritariamente nos procedimentos e se esvazia do interesse pelo outro, com seus afetos e desejos.^{5:25}

Foi por uma solicitação da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) e da Coordenação da Atenção à Criança e Saúde Mental que me deparei com Lúcia. Eu me apresentei como trabalhadora da rede de saúde mental e expliquei que, apesar de trabalhar na saúde, estava ali para advogar a seu favor. Procurei um lugar silencioso e a própria Lúcia me falou: “Vamos conversar na capela. Fica como uma confissão por estar dentro da igreja”. (sic)

Pela primeira vez, naquele local, Lúcia é escutada. Ela me contou sua história de vida. Falou das passagens em vários abrigos, das agruras da vida, da sua trajetória na rua, do uso de drogas e da sua virada, quando descobre que está grávida de novo. Da “correria” para sair da rua e ter um barraco, para morar com o seu filho, de angariar doações, como pertences para a casa.

Ela me contou que, em 2014, quando deu entrada na maternidade, havia contado toda aquela história que ela me contou para o serviço social e que eles não haviam lhe ajudado muito, pelo contrário, sua filha havia sido abrigada. Este fato levou Lúcia à depressão, ao retorno para o uso abusivo de drogas e, no decorrer

desses acontecimentos, veio o regresso à situação de rua.

Quando Lúcia descobriu que estava grávida de novo, pensou consigo mesma: “Não vou cometer o mesmo erro. Vou fazer o meu corre e arrumar um barraco para mim” (sic). Quando a bolsa rompeu, ela estava acerca de três meses sem fazer uso de drogas. Tentou, como havia visto em novela, ganhar seu bebê em casa, mas começou a passar muito mal. Ela não queria ir para a maternidade, pois sabia que, se voltasse naquele cenário, seu bebê seria sequestrado de novo.

Através de uma escuta qualificada, da articulação da rede de assistência e de resistência, redes de vida tem se constituído. Redes de vida que contribuem para que Lúcia e outras mulheres saiam com seus filhos da maternidade. E vamos aprendendo que:

Ao lado do usuário de álcool e outras drogas, vamos cuidando, recolhendo palavras, resíduos humanos que ajudam a tecer o laço, e aprendendo com o que a realidade nos traz... como modos substitutivos de satisfação pulsional, convidamos a outros laços com a vida, com o mundo, com o Outro.^{1:211}

Quero contar também a história de Madalena. Trata-se de uma jovem e, como toda jovem, adora viver a vida! Madalena foi abandonada por sua mãe na infância e o abandono lhe causou uma forte dor. A droga entra no seu circuito como um remédio para a dor do abandono, como ponto de identificação a essa mãe. O uso contínuo de drogas fica mais intenso no fim da adolescência. A busca incessante é

por sua mãe, que também fazia uso de drogas. A família do seu pai a nomeia: “ela é igual a mãe, usuária de drogas” (sic).

Aqui novamente presenciamos o sequestro de bebês. Madalena deu entrada na maternidade em sua segunda gravidez de gêmeos. Todos os profissionais da maternidade ficaram aturdidos: como uma jovem pode ter tido duas gestações de gêmeos e ainda ser usuárias de drogas? O significativo drogas, torna-se imperativo e, como sinônimo de identificação para essas mulheres, apenas a droga é percebida. Sua história, seu nome, seu contexto social são esquecidos diante do inimigo: a droga.

Madalena é impedida de amamentar. Alguns profissionais da maternidade comentam: “Ela tem bico invertido e não tem desejo pelos bebês. Ela não pega os bebês no colo, ela não possui afeto e carinho com os bebês. Os bebês correm risco de vida se ela amamentá-los” (sic). Nenhuma instrução é ofertada a ela. No desespero e, talvez, na inocência e imaturidade de toda jovem, Madalena conta sua trajetória nas bocas de fumo e nas ruas para o serviço social. Naquele instante um alarme de urgência soa na maternidade e Madalena é impedida de tocar nos filhos.

[...]o usuário, como seu objeto de ação, como alguém desprovido de conhecimentos, experiências. Nesse encontro só há espaço para reafirmar o já sabido, o saber que eu porto em relação ao outro, a maneira que o profissional da saúde considera ser o “correto”, discursando para aquele que nada sabe qual é o modo “mais saudável, a melhor forma de viver”. Esse encontro, assimétrico, e sua assimetria não

provêm do fato de não incluir a diferença, mas de transformar as diferenças em desigualdades de saber e de formas de vidas onde há uma propriedade exclusiva de certo saber de alguns em relação aos outros.^{6:35}

Sem saber das consequências de seu relato ao depositar sua confiança nas pessoas que deveriam estar ali para prestar cuidados de saúde a ela e seus bebês, Madalena fica sem compreender porque não pode entrar na UTI onde seus filhos se encontravam. Nada lhe é explicado. Por incompreensão começa a ficar ansiosa e doida para sair do hospital. Tal comportamento é identificado na maternidade como uma crise de abstinência pela falta da droga. O peso do julgamento moral torna-se um grande fardo para esta jovem mulher.

Na primeira conversa que tenho com Madalena, ela, assim como Lúcia, me conta tudo da sua vida. Fala de seu desespero por se encontrar presa no hospital com seus filhos sem compreender o porquê não pode ir embora. E ela afirma: “Jamais faria mal aos meus filhos”. Conteí a ela sobre a Portaria nº3 da Vara da Infância e Juventude de BH. Perplexa ela me fala: “Não quero fazer mal aos meus filhos. Preciso de ajuda. Não quero que meus filhos vivam o abandono que vivi. Sei o que fazer. Vou atrás dos meus avós que me criaram. Eles podem me ajudar a sair com os meus filhos da maternidade” (sic).

No dia seguinte, chega uma equipe da SMSA para discutir o caso de Madalena na maternidade. Então, o serviço social nos alerta. Madalena havia fugido da maternidade naquela

manhã. A fala dos profissionais é imbuída uma certeza advinda de uma moral: “Ela estava com fissura, por essa causa, ela evadiu” (sic). Mais uma vez, a droga torna-se a pessoa.

Iniciamos a reunião discutindo a possibilidade de os bebês irem para a casa dos avós de Madalena, uma vez que, ela própria, havia sinalizado que estes familiares eram um alicerce e ofertavam cuidado para ela. Porém, a equipe da maternidade discutia a possibilidade de abrigamento das crianças usando o argumento de que os tais avós eram idosos, não tinham condições financeiras para arcar com dois bebês. Diziam que os avós não saberiam ofertar educação, pois criaram Madalena e sua mãe e elas foram para o mundo das drogas. A equipe médica afirmou que um dos bebês estava com apneia porque Madalena tinha amamentado e que, possivelmente, ela teria feito uso de crack dentro do hospital.

Nisso, as lógicas reproduzidas na maioria dos serviços de saúde operam ainda em cima do campo das profissões, procedimentos e protocolos, uma lógica burocrática organizacional a partir do apagamento da multiplicidade das dimensões e das éticas existenciais que perfazem os sujeitos sociais. O olhar para o outro é sempre previsível, é possível prever o que vai ser encontrado. Essa previsibilidade produz certa invisibilidade da produção da multiplicidade de vidas.^{7:33}

Eu me pergunto: “Como argumentos como estes embasam milhares de profissionais a tomar suas decisões? Como decisões em aspectos morais podem ser subsídios técnicos para os profissionais?” Em meio à discussão, a pediatra falou: “Olha, vocês estão de prova: o

bebê teve outra crise de apneia” (sic). De repente Madalena chega à maternidade com seus avós. No mesmo instante, o bebê que estava tendo crise de apneia, quando é carregado pela mãe, pára de ter as crises. A equipe da maternidade, que estava afirmando com veemência os absurdos morais como condição para o caso ser abrigado, se cala. O silêncio impera.

O sabor de vitória é evidenciado quando, com a ajuda da defensoria pública, Madalena, junto com sua avó, leva seus bebês para casa.

A terceira narrativa, que se segue, desvela os efeitos destas ações para uma mulher e para o serviço de saúde que realiza seu cuidado. Avançamos na discussão: qual a missão de um serviço de saúde?

Mães órfãs: História de uma mulher

Em 2016, uma quinta feira, o plantão no Cersam seguia seu curso, até que por volta de 09:30 hs, Marina, usuária do Cersam, dá entrada na unidade levada pelo SAMU. Acompanhando-a estavam seu marido, policiais, comissários da infância e seu bebê de apenas um mês. Esse aparato veio com um propósito: realizar o desligamento da criança de sua mãe.

Marina encontrava-se em tratamento ambulatorial no Cersam há 2 anos, comparecia às consultas, cuidava de seu filho de 4 anos, levava-o à escola e cuidava de sua casa. O cuidado ao filho sempre foi um ponto de

estabilização para Marina. Sua família relata que mesmo nos momentos de crise, Marina sempre conviveu bem com seu filho, que é criado desde o nascimento por seus pais. Marina havia comparecido ao Cersam na semana anterior ao parto e buscava suas medicações.

A equipe da maternidade relata que Marina permaneceu com sua filha que nasceu bem, mas de oito meses, durante todo o período da internação, alimentava-a de três em três horas, trocava fraldas, a embalava, não necessitando de supervisão ou ajuda nestes momentos. No entanto, em uma entrevista com uma das profissionais, o pai relata que Marina fazia uso de drogas uma vez ao dia. A maternidade consulta o Conselho Tutelar, pois não tinham consenso na equipe se deveriam encaminhar o caso ao juizado devido ao zelo de Marina com a criança, mas a orientação do Conselho Tutelar, sem nem mesmo ouvir os pais, foi que cumprissem a portaria e notificassem ao juizado. Mesmo em condições de alta, o bebê permaneceu na maternidade até que o juiz se posicionasse.

Fomos chamados na maternidade para uma reunião uma vez que o juiz tinha determinado o abrigamento da criança e os profissionais da maternidade estavam preocupados com a reação de Marina. Temiam que ela se agitasse, ou tentasse auto-exterminio. Haviã tentado que uma de suas irmãs assumisse a guarda, mas Marina foi contra, ameaçou sua irmã, dizendo que a filha era dela e com isso sua irmã desistiu. Toda vez que faziam referência ao abrigamento, Marina reagia. Dizia que não

podiam fazer isso, que não iria permitir e, obviamente, que a filha era dela.

Tentamos reverter esta situação, mas não obtivemos sucesso. Recusamo-nos a enviar um profissional do Cersam para acompanhar a ação e qual não foi nossa surpresa quando o desligamento se deu dentro do nosso serviço, após a alta da maternidade.

A pergunta lançada por Marina aos comissários da infância, enquanto corria em direção ao carro, é a pergunta que nos orienta “Por que vocês estão levando minha filha?” A criança foi retirada da mãe diante de todos os funcionários e usuários do CERSAM. Fato que desencadeou intenso sofrimento nos demais usuários e na equipe.

O que faz com que, à partir de uma observação superficial, decida-se pela retirada do poder familiar de uma mãe, sem nem sequer ouvi-la? A resposta que recebemos: o pai da criança relatou aos profissionais da maternidade que Marina fazia uso de drogas. Esta fala justificou todo o abuso e violação sofridos por esta mulher e sua filha.

Resultados e Discussão

Sabemos que a droga se tornou álibi para muitas ações de higienização, as internações compulsórias, inclusive de pacientes que se encontram em tratamento voluntário, em regime de 24 horas dentro dos Cersam's. Percebe-se nessa prática, claramente, o

funcionamento de uma máquina de violação dos pobres. A juventude negra é alvo da insana guerra às drogas e seu extermínio faz do Brasil o país campeão em mortes violentas de jovens. Os adolescentes negros foram as maiores vítimas de homicídios entre os adolescentes residentes em Belo Horizonte, no período de 2000 a 2014.¹¹ As mulheres, parcela menor entre os exterminados, no entanto, não escapam à sanha mortífera e sofrem outra face da mesma, sendo vítimas da morte subjetiva ao perderem seus filhos.

Obviamente, as mães que estão submetidas a essas práticas são pobres, em sua maioria negras, e dão a luz a seus filhos nas maternidades públicas. As maternidades privadas, curiosamente, não estão submetidas a norma jurídica que autoriza a violência – e não defendemos que estejam – apenas, salientamos tal diferença para fazer ver a seletividade elitista que a orienta e sustenta.

Frente a isso, perguntamos: somente os pobres usam drogas? Sabemos que não. E vários estudos confirmam essa realidade. Por que então o corpo e a vida das mulheres negras e pobres, usuárias de drogas ou portadoras de sofrimento mental se tornam alvo dessa política?

Uma justificativa – humanitária e caritativa, mesmo quando inconfessa, parece ser o eixo dessa engrenagem. O que a justifica é o bem, o bem do outro! Quantos de nós, já não ouviu, inclusive de profissionais, que a criança terá

uma vida muito melhor se for criada por uma família com mais recursos financeiros? O bem equivale a posição de classe: quem tem maior condição financeira detém mais acesso ao mercado e suas ofertas e pode assegurar o bem, o bom futuro. Será que não existem filhos abandonados entre as classes privilegiadas?

O ECA, em seu artigo 23, deixa claro que a falta ou carência de recursos materiais não constituem motivo suficiente para a perda ou suspensão do poder familiar. Abuso emocional ou físico, abandono, maus tratos e trabalho infantil são as razões habituais.

Queremos crer que essas violações necessitem, sempre, de comprovação. Por que abrigar uma criança que não sofreu nenhuma violação? Abrigar preventivamente? Porque não pensamos na efetivação de políticas públicas que garantam às crianças proteção e às mães a possibilidade de criar seus filhos? Além de não terem acesso aos direitos constitucionais essas mães são punidas pelo mesmo Estado que não cumpre a Constituição e nega direitos básicos a muitos nesse país.

O Cadastro Nacional de Adoção possui 5500 crianças aguardando uma família. E existem 30.000 famílias na lista de espera.⁸ No entanto, existe uma discrepância entre o perfil da maioria das crianças do cadastro e o perfil de filhos ou filhas imaginados pelos que aguardam na fila de adoção. Apenas um em cada quatro pretendentes admite adotar crianças com 4 anos ou mais, enquanto apenas

4,1% dos que estão no cadastro à espera de uma família tem menos de 4 anos.⁸

Estamos tentando apressar as adoções por sabermos que, quando pequenas, as crianças são rapidamente adotadas? Estamos tentando atender a demanda por bebês das pessoas que estão na fila de espera?

Nossas mães órfãs, devido à sua vulnerabilidade, desconhecem as engrenagens e lógica jurídica, têm dificuldades para acompanhar os trâmites legais e – com justificada razão - desconfiam dos órgãos públicos e acabam não sabendo a quem pedir ajuda. E por não conseguirem cumprir o trâmite burocrático, ou não terem famílias presentes para reivindicar seu bebê, os mesmos são encaminhados para adoção, o que em muitos casos é nada mais que a transmissão de uma herança simbólica, posto que assim como seus filhos, muitas das mães órfãs são filhas de instituições, passaram a vida em abrigos e outras instituições totais, um local de residência e de trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por um período considerável de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada.¹²

O ECA, em seu art.19, determina que é direito da criança permanecer no interior da família biológica e a adoção, por família substituta, uma medida excepcional.⁹ Posição que visa assegurar o direito constitucional à convivência familiar e comunitária.

Sabemos que essa prática não é uma novidade e que sempre teve como alvo mulheres socialmente vulneráveis. A violência endereçada às usuárias de drogas, portadoras de sofrimento mental e moradoras de rua já fez outras vítimas antes. As negras escravizadas e as portadoras de hanseníase figuram na lista das mulheres para as quais a maternidade é um impossível.

Temos notícia de que algumas dessas gestantes tem tido medo de realizar o pré-natal e dar à luz nas maternidades públicas, algumas, inclusive, escolhendo ter seus filhos em condições de risco. De outro lado, a medida introduziu um prejuízo no laço de tratamento, ao fazer das unidades de saúde deladoras de mulheres a quem as equipes têm a responsabilidade de proteger. Vimos esse efeito em um dos casos acompanhados pelo Cersam e em outros casos. Após o episódio que relatamos a uma de nossas usuárias, que presenciou a cena, a mãe devolve-nos todas as medicações e diz: “eu me trato, estou me cuidando, mas se tratar significa perder meu filho, nunca mais retornarei”. Destacamos que essa usuária realizava, junto com o tratamento em saúde mental, um tratamento buscando engravidar. O risco de ter seu desejo e direito interditados leva ao abandono do tratamento.

Os espaços da saúde precisam ser espaços protegidos, seguros, para que possamos cuidar. Não estamos ali para previamente julgar. Não somos a polícia e nem a justiça. A sociedade dispõe de instrumentos legais para que, em

situações de violação, crianças sejam abrigadas e, em último caso, encaminhadas para adoção. E espera-se que, antes da decisão mais grave, medidas de proteção e fortalecimento do laço entre mãe e filho tenham sido tentadas.

Retorno à saúde e aos efeitos da precipitação a que conduz o texto da portaria. Retomo uma orientação de Emerson Merhy relativa aos profissionais de saúde. Merhy nos propõe sermos portadores de futuro. Um futuro distante dos ideais, oposto à perspectiva assistencialista e caridosa, a que conhece o bem do outro e distinta da promessa idílica que projeta num tempo adiante e ainda não experimentado, vivido, o bom e o bem, o paraíso. Para ele o futuro se dá no presente, aqui e agora; em acontecimento, em ato. A possibilidade de pensar que os profissionais que desenham a cena, com suas ações, podem desdobrá-la, podem, no presente de hoje encontrar novos sentidos para si e os outros.¹⁰ As decisões que tomamos a cada dia, nossas intervenções, desenham nosso futuro e participam do futuro daqueles a quem oferecemos alívio.

Resta-nos, então, uma questão: saber “como ocupamos estas cenas, como as produzimos”, orientamo-nos na direção da interdição ou da produção de vida?

Decidir que alguém não pode ser mãe, sem dar-lhe chance de demonstrar e viver essa experiência, é fazer-se interditor de futuro impedindo o acesso à mesma a partir de um

saber que supomos deter. A outra perspectiva, a do portador de futuro, aquele que sabe que nada sabe, compreende e auxilia mais. E não saber – já aprendemos - não é o mesmo que ignorância. Não saber é a senha que abre as portas para as palavras do sujeito e, conseqüentemente, para a possibilidade da “invenção subjetiva”. É o não saber o que nos permite dar chances e acompanhar o percurso singular de cada caso. Uma aposta destituída de garantias. Quem nos garante que o abrigo e a adoção asseguram ou garantem a promessa que fazem? Quantos filhos de abrigos temos em nossos serviços? Quantos são os filhos de abrigos nas prisões? Quantos nas ruas? Qual o preço de perder o primeiro afeto, o desejo do Outro, nossa primeira morada?

Coerente com a ética antimanicomial, a definição proposta por Emerson Mehry convida-nos a construir, com cada sujeito, novas formas de estar no mundo, ajudando-o a reduzir os danos, secretariando-os sempre que necessário. O que, no caso das gestantes, implica em saber fazer secretaria ao exercício da maternidade.

[...] nós apostamos nessas experiências, na conformação de trabalhadores que deveriam, primeiro, se submeter à presença do outro, ou seja, trabalhadores que deveriam se posicionar no mundo do cuidado para serem afetados.^{10:23}

Afetados pela presença do outro e, através desse efeito da presença do outro, poder operar nesse encontro a construção de qualquer coisa que pudéssemos chamar de prática de um cuidado.^{7:45}

Apesar do sofrimento vivido por todos os trabalhadores, pensamos que foi providencial

que o Cersam e outros serviços da rede de saúde mental fossem palco destas ações, pois nos fez tomar a palavra e sair em defesa de nossas usuárias, como é nosso compromisso. “Botamos a boca no trombone” e a discussão que havia se apagado, retornou e ganhou a cidade.

Considerações Finais

Temos presenciado a violência praticada pelo Estado com o aporte da política proibicionista que tem como objetivo central a “guerra às drogas”, mas que, na verdade, realiza um combate contra uma população específica, deixando marcas, muitas vezes, irreparáveis às mulheres pobres, negras e/ou moradoras de rua que fazem uso de drogas lícitas e ilícitas.

A rede de saúde mental defende a cidadania das mulheres vulneráveis. Considera o sofrimento psíquico ao qual os usuários podem estar submetidos e o uso abusivo de álcool e outras drogas. Nosso posicionamento contrapõe-se às práticas que sustentam a impossibilidade de uma mulher vulnerável exercer sua maternidade.

O acompanhamento desses casos fez-nos perceber também que o silêncio de muitos setores tem contribuído para a sustentação dessas práticas. Entretanto, existe uma oferta de cuidado e de rede de vida se opondo às práticas proibicionistas. Existem trabalhadores que se dispõem a serem afetados e a denunciar. A rede

de saúde mental é um dos setores que tem se proposto a dar visibilidade a estas violações.

A política do mal-estar deve, ao mesmo tempo, ser capaz de ofertar e sustentar uma clínica cidadã, tratando em liberdade e com dignidade os que sofrem e, indo além de si, deve intervir sobre a cultura da exclusão que os ameaça. Uma clínica antimanicomial da toxicomania não pode se furtar a questionar os nomes com os quais a sociedade define a drogadição e os sujeitos que se intoxicam. Drogado, delinquente, criminoso, pecador ou doente são, sem exceção, identidades marginais e, como tais, coladas a um destino previamente traçado: fora da cidadania. Desconstruir tais identidades é condição preliminar para tratar a singularidade de cada experiência de drogadição.^{1,204}

Descrevemos aqui um esboço do que Belo Horizonte tem vivenciado. São práticas coercitivas e de violação. Com muita resistência e militância temos feito frente e lutado pelo direito de ser mãe das mulheres pobres, usuárias de drogas e ou moradoras de rua, dando visibilidade para o tema, ofertando cidadania e cuidado, oferecendo um enlace à vida e contribuindo com a possibilidade destas mulheres resgatarem sua maternidade.

De 2014, quando da primeira recomendação até maio de 2017, uma referência da luta antimanicomial esteve na frente desta discussão em Belo Horizonte, em defesa dos mais frágeis, como sempre se posicionou. Ficou encantada rápido demais e nos deixou, mas continuamos seguindo seus passos, sem recuar, na luta por uma sociedade sem manicômios. À Rosimeire Silva, nosso agradecimento.

Referências

- ¹Silva R A. No meio do caminho, sempre haverá uma pedra. *Responsabilidades*. 2011 2012; 1(2):203-214. [Internet]. 2011 [citado 02 nov 2017]. Disponível em: http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/revista/edicao02/3.pdf
- ²Rui T. *Nas tramas do crack: etnografia da abjecção*. São Paulo: Terceiro Nome; 2014.
- ³Merhy EE et al. (Orgs). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. 1.ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. (Políticas e cuidado em saúde; 1).
- ⁴Lobosque AM. *Saúde mental: Marcos conceituais e campos de práticas*. Belo Horizonte: CRP 04; 2013.
- ⁵Merhy EE, Feuerwerker L, Gomes, MPC. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o Outro no mundo do Cuidado. In: Franco, T. B. (org). *Semiótica, afecção & cuidado em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 60- 75.
- ⁶Merhy EE. Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos. In: Lobosque, AM (org.) *Cadernos Saúde Mental 3 – Saúde Mental: Os desafios da formação*. Belo Horizonte: Escola de Saúde pública de Minas Gerais; 2009.
- ⁷Merhy EE et al. *Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua: implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde*. *Revista Divulgação Saúde Debate*. 2014; (52):153-164.
- ⁸Revista de audiência pública do senado federal – ano 4 nº15 maio 2013. [publicaçãoonline]. 2013 [citado 28 nov 2017]. Disponível em: <http://www.senado.leg.br/emdiscussao>.
- ⁹Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília*. [Internet] 1990 [citado 21 ago 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm
- ¹⁰Merhy EE. *A loucura e as cidades: outros mapas*. In: *A loucura e as cidades: Mapas de Minas*. Fórum Mineiro de Saúde Mental. Belo Horizonte; 2004.
- ¹¹Reis, RF. *O Genocídio dos adolescentes negros no município de Belo Horizonte: Quem importa? (Dissertação)*. Belo Horizonte: UFMG; 2017.
- ¹²Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos*. 7. ed. São Paulo: Editora Perspectiva; 2001.