

Revista Saúde em Redes

editora



redeunida

v. 4, Suplemento 1 (2018)

ISSN 2446-4813



Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Júlio César Schweickardt

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados: Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Àngel Martínez-Hernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Stefanini – Università di Bologna, Itália

Ardigó Martino – Università di Bologna, Itália

Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart – University of New Mexico, Estados Unidos da América

Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Hêider Aurélio Pinto – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil

João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Júlio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico – Universidad Nacional de Lanús, Argentina

Lisiane Böer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil

Luciano Bezerra Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Brasil

Renan Albuquerque Rodrigues – Universidade Federal do Amazonas/Parintins, Brasil

Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rodrigo Tobias de Sousa Lima – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Rossana Staevie Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Simone Edi Chaves – Ideia e Método, Brasil

Sueli Terezinha Goi Barrios – Ministério da Saúde, Brasil

Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian – Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, Brasil

Vera Maria Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Gabriel Calazans Baptista

Letícia Stanczyk

Projeto Gráfico

Editora Rede UNIDA

Arte da Capa

Fernando Duso Matté

Diagramação

Lucia Pouchain

Revisão

Gabriel Calazans Baptista

Bibliotecária Responsável

Jacira Gil Bernardes - CRB 10/463

Arte Mosaico

Clara Vitorino Karmaluk

Lucas D'Ambrosio / História Incomum

Andressa Cassetti

Cristiano Silva

Rafael Godoy

Foto Divulgação Jornal O tempo

Revista Saúde em Redes

ISSN: 2446-4813

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n1suplem>

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



EDITORIAL

- Separação compulsória de mães e seus filhos: quando a lei e a cidadania se confrontam
Alcindo Antônio Ferla, Alzira Jorge, Emerson Merhy 5

ARTIGOS ORIGINAIS

- Introduzindo a pesquisa: uma trajetória de encontros
Alzira de Oliveira Jorge, Emerson Elias Merhy, Monica Garcia Pontes 9
- Mães Órfãs: o direito à maternidade e a judicialização das vidas em situação de vulnerabilidade
Cristiana Marina Barros de Souza, Mônica Garcia Pontes, Alzira de Oliveira Jorge, Ricardo Narcizo Moebus, Daniel Emílio da Silva Almeida 27
- A desmaternização das gestantes usuárias de drogas: violação de direitos e lacunas do cuidado
Márcio Mariath Belloc, Károl Veiga Cabral, Carmen Silveira de Oliveira 37
- “Oh pedaço de mim, oh metade amputada de mim...»
Paula Monteiro de Siqueira, Mariana Leite Hernandez, Lumena Almeida Castro Furtado, Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Harete Vianna Moreno, Heloisa Elaine Santos 51
- Desobediência Civil na produção singular de cuidado em rede: outros olhares para a mãe usuária de drogas
Magda de Souza Chagas, Ana Lúcia Abrahão 61
- Sofia: narrativa de uma história de abandono e sequestro dos direitos de vir a ser
Adriana de Oliveira Lanza Moreira Orsine, Kênia Lara da Silva, Alzira de Oliveira Jorge, Maria Odete Pereira 75
- Fobia de Estado e a Resistência ao Recolhimento Compulsório de Bebês
Túlio Batista Franco 85
- Gestar o real do corpo: o direito à maternidade possível
Brenda Cecília, Daniela Ramos Garcia, Danielle Vassalo Cruz, Eduardo Ornelas de Oliveira, Flávio Ricardo Santos da Sila, Heloisa Helena Maria, Isabel Magalhães da Silva, Júlio César Amaro, Júnia Vanessa Costa, Rosimery Iannarelli, Roberta Kelly Soares Oliveira 99
- A Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte e o cuidado em Liberdade: do Direito à cidadania ao direito à maternidade
Cristiana Marina Barros de Souza, Maria Tereza Granha Nogueira 115
- “É uma dor que não tem explicação, é a vida da gente que eles tiram”: narrativas de mulheres na resistência pelo seu direito à maternidade em Belo Horizonte – MG
Gláucia de Fátima Batista, Maria do Carmo da Fonseca, Mônica Garcia Pontes 129
- Gestando a vida: esperança Severina
Maria da Ajuda Luiz dos Santos, Daniel Emílio da Silva Almeida, Andreza Almeida Fernandes Alves, Natália Darck Silva de Freitas 141
- Sequestro e negligência como política de Estado: Experiências da segunda geração de atingidos pela hanseníase
Gláucia Maricato, Artur Custódio Moreira de Sousa 153

RELATO DE EXPERIÊNCIA

- De quem é este bebê? Movimento social de proteção do direito de mães e bebês juntos, com vida digna!
Clara Karmaluk, Sônia Lansky, Márcia Parizzi, Gláucia Batista, Egídia Almeida, André Luiz Freitas Dias, Cláudia Natividade, Bruno Pedralva Gomes 169

- De quem é este bebê? Construção, desconstrução e resistência pelo direito de mães e bebês em Belo Horizonte
Sônia Lansky 191
- Atuação estratégica em direitos humanos contra o afastamento arbitrário de bebês do convívio familiar: reflexões sobre a prática
Amanda Naves Drummond, Andressa Freitas Martins, Daniela Bicalho Godoy, Julia Dinardi Alves Pinto 209
- Por favor, não tire minha filha de mim! Uma mãe não pode suportar ficar longe da filha
Priscilla Victória Rodrigues Fraga 221
- Síntese do caso do acolhimento compulsório de bebês na cidade de Belo Horizonte segundo a Defensoria Especializada da Infância e Juventude da capital
Wellerson Eduardo Corrêa, Thaisa Amaral Braga Falleiros, Adriane Da Silveira Seixas, Daniele Bellettato Nesrala 227
- Eçara: resistência de quem busca e encontra solidariedade na equipe do consultório de rua
Maria Odete Pereira, Alzira de Oliveira Jorge, Natália de Magalhães Ribeiro Gomes, Caio Couto Pereira, Mônica Garcia Pontes 231
- Maternidade e Socioeducação: parece que estou carregando um tijolo
Maria Núbia A Cruz, Márcia Parizzi 243

“Separação compulsória de mães e seus filhos: quando a lei e a cidadania se confrontam”

A perversidade do “ato do bem”

De repente, escutamos algo ensurdecedor: em alguns lugares no Brasil e de uma forma mais institucionalizada, seja possibilitada pelo Ministério Público, Judiciário ou Instituições de Saúde e Assistência Social, o Estado atuando na direção de permitir e induzir a separação compulsória de mulheres de seus filhos, e muito antes da perversidade trumpeana de separar os filhos de imigrantes de seus pais, lá nos EUA. Como assim?

Sabíamos que isso tinha acontecido e de um modo bem sistemático, sustentado em normativas do estado brasileiro, no caso da política governamental de combate à hanseníase, no século XX, e que ainda, eventualmente, acontecia a partir do julgamento por agentes públicos da “impossibilidade” de algumas mulheres de exercerem o seu legítimo direito à maternidade, muitas vezes com argumentos bem frágeis que criminalizavam ou culpabilizavam essas mulheres por suas próprias dificuldades. Além disso, muitos de nós, de uma certa forma, estávamos acostumados ou cegos sobre essas dolorosas experiências vividas por outros, e não ficávamos alertas sobre esses acontecimentos,

que depois de visibilizados, ocorriam debaixo dos nossos narizes.

A partir de 2014, diante de barulhos intensos, esses processos mais massivos do que imaginávamos, começaram a aparecer. Belo Horizonte, por várias características, vira um dos palcos mais fortes nesse sentido. Nessa cidade, são publicadas nessa época duas Recomendações do Ministério Público de MG orientando os serviços de saúde comunicarem à Vara da Infância e da Juventude de Belo Horizonte/VCIJBH as situações de vulnerabilidade de mães e/ou de suas famílias extensas, diante da possível evidência do uso de drogas consideradas ilícitas, para que o judiciário tomasse providências conforme seu julgamento, que como regra valoravam sobre a incompetência para o exercício da maternidade como efeito daquela situação.

Diante disso, muitos grupos de trabalho junto a infância e a maternidade, no campo da saúde, educação e serviço social, começam a se deparar cada vez mais com este tipo de violações de direitos justificada por uma precedência da vida do recém-nascido à da mãe em alguma situação de vulnerabilidade, seja em uso prejudicial de álcool e outras drogas, por estar ou viver nas ruas, num primeiro momento, mas depois, apenas pelo uso eventual de

alguma droga em algum momento da vida, pelo fato de ser pobre, negra ou mesmo ditado por algum tipo de preconceito sobre alguns grupos sociais tidos como menos capazes.

O coletivo de pesquisadores nacionais do Observatório de Políticas Públicas e Cuidado em Saúde, nucleado em vários estados do Brasil, foi se abrindo à capacidade de escutar ruídos antes despercebidos, nesse tipo de situação, e fomos, nós dessa rede, escutando isso, ao modo de como já ocorria em BH, também em São Paulo, no Rio de Janeiro, em Salvador, em Porto Alegre, em Campo Grande, em Belém, no Vale do São Francisco, no Recife, em Campinas, entre tantos outros. E abrimos, entre nós, algumas questões, inclusive a mais básica de todas: mas isso pode ser feito, é legal e ético?

Para avançar na possibilidade de ir produzindo um conhecimento cada vez mais amplo do que vinha ocorrendo, tomamos a situação vivida em Belo Horizonte como um lugar exemplar a ensinar muito sobre isso, ou melhor, a denunciar de modo bem contundente esse processo como uma forma bem perversa de violar os direitos mínimos e básicos dos cidadãos de um país que se diz republicano e democrático.

Em meados de 2016, sai em Belo Horizonte uma Portaria do Judiciário, que buscava institucionalizar essa prática. Essa condução roda o Brasil entre vários outros judiciários que também queriam disseminar essa normativa. Entretanto, nesse mesmo período a Rede de Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde estava já com um trabalho mais avançado sobre esses acontecimentos e

podemos realizar, com vários pesquisadores de diferentes lugares do país, bem como com os de Minas Gerais, um encontro em Belo Horizonte com a participação de várias mães que tinham muitas histórias para contar sobre esses atos ilegítimos e antiéticos. Verdadeiras violações dos direitos humanos respaldadas por parte de agentes do judiciário mineiro.

Esse encontro foi o grande estímulo para pensarmos sobre a necessidade de gerarmos conhecimento mais sistematizado e coletivo, sobre essa prática de obrigar a adoção de crianças à revelia dos pais e famílias. Tiramos como proposta que todas que estavam ali no encontro procurariam produzir textos e relatos sobre essas experiências dolorosas que viviam, na tentativa de construirmos um número especial de uma revista da área de saúde coletiva brasileira. Imediatamente, a Revista Saúde em Redes se prontificou a assumir esse lugar e uma chamada pública de manuscritos foi lançada, buscando identificar outras experiências e análises. Após a etapa de avaliação por pares, seguem os artigos aprovados, totalizando 19 artigos.

Nesse caminhar foi se construindo uma rica produção, como o leitor verá ao ir lendo o material que aqui está publicado, mesmo que seja uma pequena parte das inúmeras histórias de pais e crianças que vêm ocorrendo pelo país, nesse momento.

Mas, isso também nos proporcionou como coletivo de pesquisadores e trabalhadores da saúde refletir sobre o que estas vidas têm a falar das nossas vidas, da vida de cada um de nós que compõem a sociedade

brasileira hoje. Essas experiências vividas por essas mães colocam-nos em interrogação, denunciando a nossa sociedade e estado civilizatório que o neoliberalismo vem produzindo, no qual há vidas que valem mais que outras, e muitas das que consideram que não valem a pena deixa-se morrer, ou mesmo mata-se. Com essas histórias de vida e com esses relatos o embaraço é todo nosso, não só dos agentes que praticam esses atos discriminatórios em nome de um “ato do bem”, mas de todos nós pois ele é cravado de efeitos perversos.

Como em nossos serviços, sejam de saúde no SUS ou na assistência social ou via outras instituições do estado exercemos o poder soberano sobre a vida do outro, rotulando o que pode ou não ser atendido ou prescrevendo quem pode se tornar sujeito pleno de direitos? Com qual régua ou calibrador fazemos esta medição? Alguns já expropriados e/ou excluídos das políticas sociais e à margem da sociedade é que deverão de novo serem tolhidos em sua liberdade de viver a vida plena? Que civilização é essa que exclui, separando e deixando de fora uma legião de destituídos?

O fracasso das políticas públicas, incluindo o SUS, tem que se haver com isso. Por isso essas mães e seus bebês tem tanto a nos dizer sobre nossas práticas de cuidado com o outro. Este sequestro de bebês exige que falemos de nós. Como deixamos isso acontecer, como nos acostumamos com este processo de exclusão social tão alarmante e extenso em nosso país?

E aí quem nos chama a atenção é a pergunta de um vivente das ruas do Rio de Janeiro que, numa conversa junto ao grupo de pesquisa Micropolítica do Cuidado em Saúde na UFRJ, em 2017, pergunta a si mesmo: “Onde eu estava quando tudo isso acontecia? Eu estava bêbado, com certeza”. E nós, sociedade brasileira, estamos bêbados do quê?

Aqui, nesse número especial da Revista não se quer dar voz, simplesmente escutá-las e abrir espaço para seus registros. E, por si mostrar a força dessas vozes quando disseminadas pelos vários possíveis escutadores. Elas em si são verdadeiros saberes sobre verdades que, muitas vezes, a própria ciência não reconhece, mas aqui nesse número são os verdadeiros saberes científicos sobre as perversas práticas da adoção compulsória.

Leiam e compartilhem, pois este suplemento pede passagem para estas narrativas, reflexões, resistências, experimentações, para que possam ganhar publicidade, isto é, verdadeira dimensão pública como verdadeiros relatos de vidas vividas em situações de muitas arbitrariedades. E que elas nos tragam novos sentidos e possibilidades.

“É o laço com o outro e com a rede – invenção que se faz com homens, ideias e afetos (...) – o que permite a construção de saídas possíveis” (SILVA, 2012).^{1:211}

Alcindo Antônio Ferla
Alzira Jorge
Emerson Merhy
(Editores do Suplemento)

Referência

¹Silva RA. No meio do caminho, sempre haverá uma pedra. Responsabilidades. 2011 2012;1(2):203-214. [Internet]. Disponível em: http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/revista/edicao02/3.pdf

ARTIGO ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n1suplemp09-26>**Introduzindo a pesquisa: uma trajetória de encontros**

Introducing the research: a trajectory of encounters

Alzira de Oliveira Jorge

Doutora em Saúde Coletiva e Professora da UFMG.

E-mail: alzira.o.jorge@gmail.com

Emerson Elias Merhy

Professor Titular da UFRJ e Coordenador da Rede Microvetorial de Observatórios de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde.

Monica Garcia Pontes

Mestranda da UFMG e Diretora de escola em Contagem/MG.

E-mail: monicagpontes78@gmail.com

Resumo

Este artigo pretende apresentar o contexto em que surgiu a pesquisa sobre as Mães Órfãs em Belo Horizonte e apontar os caminhos metodológicos que estão sendo utilizados para desenvolver a investigação. Pesquisadores da UFMG, unidos a um coletivo de movimentos sociais, propõem-se investigar as normatizações do Ministério Público e Portaria do Judiciário que institui o abrigo compulsório para mulheres em situação de vulnerabilidade, a partir de ferramentas qualitativas e quantitativas, a genealogia, os efeitos das normas sobre os atores envolvidos, assim como elucidar os seus efeitos na produção do cuidado e indicadores. Neste caminho, apresenta-se como resultados iniciais da pesquisa, duas narrativas de usuárias que tiveram seus filhos abrigados e adotados por outras famílias e uma narrativa de trabalhadoras de saúde. Estas usuárias não se conformam com esta situação e se insurgem contra as autoridades que as forçaram a ficar sem seus filhos. Pela análise das narrativas observa-se uma atuação de cunho discriminatório onde as mulheres não foram consideradas e o seu direito de defesa foi cerceado por processos e decisões muito rápidas. Observa-se a urgência de movimentos que possam tecer uma rede de apoio para se manter mãe e filho juntos. Para isso foi criado na cidade um movimento de resistência que atuou no sentido de suspender a vigência da portaria. Entretanto, a portaria continua sendo aplicada mesmo sem a sua obrigatoriedade, mostrando que está entranhada no imaginário coletivo, apontando para uma disputa de

projetos sobre qual lugar mulheres em situação de vulnerabilização social tem na sociedade contemporânea.

Palavras-chave: Avaliação em saúde; Políticas públicas; Vulnerabilidade social; Judicialização da saúde.

Abstract

This article intends to present the context in which the research about the orphan mothers in Belo Horizonte arose and to point out the methodological paths that are being used to develop the research. Researchers from the UFMG, together with a group of social movements, propose to investigate, using from qualitative to quantitative tools, the genealogy, the effects of norms on the actors involved in the question of orphan mothers, as well as to elucidate their effects on the care production and indicators. In this way, we present as initial results of the research two narratives of users

Apresentação

O conjunto dos textos que apresentaremos a seguir constitui-se num esforço empreendido por um coletivo amplo de movimentos sociais de Belo Horizonte (BH) envolvendo trabalhadores da saúde e assistência social, das universidades (em especial a UFMG), conselhos de usuários e de categorias profissionais, Defensoria Pública Estadual, Clínica de Direitos Humanos da UFMG, movimentos feministas e cidadãos. Tal esforço se baseia na preocupação com as consequências que as ações tomadas pela 23ª Promotoria da Infância e da Juventude de Belo Horizonte com a edição das Recomendações Nº 5/2014¹ e Nº6/2014² e pela Vara Cível da Infância e da Juventude da Comarca de Belo Horizonte com publicação da Portaria Nº

who had their children sheltered and adopted by other families and a narrative of health workers. These users did not settle for this situation and insurrected against the authorities that forced them to be without their children. Through the analysis of the narratives it is observed a discriminatory performance where the women were not consulted and their right of defense was curtailed by very fast processes and decisions. It was observed the urgency of movements that can weave a network of support to keep mother and son together. For this purpose, a resistance movement was created in the city, which acted to suspend the validity of the ordinance. However, the ordinance continues to be applied even without being mandatory anymore, showing that it is embedded in the collective imagination, pointing to a dispute of projects about which place women have in situations of social vulnerability in contemporary society.

Keywords: Health evaluation; Public policies; Social vulnerability; Judicialization of health.

3/2016³ trouxeram para as vidas de mulheres com alguma situação de vulnerabilidade.

O grupo de pesquisadores da UFMG se deparou, inicialmente, com este tema a partir de um encontro muito produtivo com uma mulher numa pesquisa anterior, a Rede de Avaliação Compartilhada – RAC, que buscava entender melhor a Rede Cegonha e seus impactos sobre a vida das usuárias. Nesta caminhada encontramos, em 2014, Sofia, mulher em situação de rua que havia engravidado e teve suas filhas gêmeas retiradas, ainda na maternidade, de forma compulsória, pelo judiciário.⁴

Logo após, ao nos depararmos com outras

“Sofias” pela cidade afora, vimos que não era um caso isolado e que as normatizações do Ministério Público (MP) e Judiciário apontavam como uma saída esta retirada dos bebês de suas famílias biológicas, argumentando a defesa dos direitos destas crianças. Foi aí que optamos por acompanhar estes normativos e ver o impacto desta política pública na vida destas mulheres.

Após inúmeras denúncias, como da Agência de Reportagem e Jornalismo Investigativo⁵ e do GNN (Jornal de Todos os Brasis)⁶ acerca dessa separação mãe-filho logo após o nascimento e de uma significativa parte destas crianças estarem sendo adotadas por famílias não próximas, causando desestruturação da vida familiar destas mulheres, em desacordo com as orientações do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente),⁷ um movimento de resistência na cidade de Belo Horizonte foi se estruturando e nós, pesquisadores da UFMG, nos aproximamos ainda mais desse tema que ficou conhecido como Mães Órfãs.

A magnitude e a importância desse assunto vêm sendo constatadas ao longo desse processo de investigação. O Conselho Nacional de Justiça e a Seção de Orientação e Fiscalização das Entidades Sociais (SOFES) apresentaram números perturbadores de recém-nascidos em situação de acolhimento institucional. São 1.877 bebês com menos de um ano abrigados em todo o país em novembro de 2017, sendo que Minas Gerais é o segundo Estado com maior número total de crianças abrigadas.⁸ Em Belo Horizonte, impressiona o número de

recém-nascidos acolhidos em virtude do uso de crack pelos seus genitores (93% dos casos de acolhimento em 2014 e 97,37% dos casos de 2016).⁹ Os outros principais motivos considerados para o acolhimento institucional de recém-nascidos são: trajetória de vida nas ruas dos pais (52% dos acolhimentos em 2014 e 47,37% em 2016) e a não realização de pré-natal (93,3% das mães cujos filhos foram abrigados em 2014 e 95% dos casos de 2016)⁹. Dentre as crianças acolhidas em Belo Horizonte, em 2014 apenas 1,1% delas voltaram para a guarda dos pais e, em 2016, apenas 3,59% dos casos.⁹ Visto que os motivos de encaminhamentos dos recém-nascidos foram divulgados de maneira independente das demais causas, é possível empreender a possibilidade de acolhimento institucional em BH por apenas uma condição relacionada à vulnerabilidade social. Ademais, a separação de pais e filhos, altamente prejudicial para o desenvolvimento humano, diante do número de casos, não pode mais ser vista como uma exceção. Reflexões perspicazes e com avaliações mais detalhadas ainda não foram encontradas e tornam-se fundamentais para tentar modificar esse quadro.

Foi neste caminho, agregando-se neste movimento geral, que o Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde da UFMG assumiu a tarefa de investigar e analisar o impacto desta portaria na pesquisa da Rede de Observatórios Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde. Esta Rede de Observatórios começou a ser criada

em 2013, a partir de um projeto submetido à Chamada MCTI/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/Decit Nº 41/2013.¹⁰

A Rede de Observatórios é formada por várias instituições acadêmicas inseridas nas regiões do país. São elas: Universidades Federais da Paraíba(UFPB), Mato Grosso do Sul (UFMS), Espírito Santo (UFES), Fluminense (UFF), Rio de Janeiro (UFRJ) e Minas Gerais (UFMG), as universidades estaduais de São Paulo (USP), Campinas (UNICAMP), Londrina (UEL) e Rio de Janeiro (UERJ) e ainda o Instituto Nacional do Câncer (INCA) e a Universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO), com os seguintes temas/pesquisa, a saber: Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica-PMAQ, Mais Médicos, Residência Multiprofissional, Viver Sem Limites, Parteiras, Rede Cegonha, Atenção Domiciliar, Câncer/Leitões dos 60 Dias, Mulheres em situação de vulnerabilidade (incluindo Mães Órfãs), Saúde Mental, Pessoas em Situação de Rua, Plataformas digitais (dispositivos de produção de cuidado a pessoas com vulnerabilidade social), Autismo e Política de Álcool e Outras Drogas.

O objetivo da Rede de Observatórios é desenvolver investigações de políticas públicas que considerem a complexidade que os temas/políticas escolhidos pelos seus pesquisadores pedem, ampliando o sentido do que seria uma análise de políticas públicas para além da mera execução de métricas e avaliação de indicadores. É o próprio campo de

investigação da formulação das políticas e da avaliação de impactos que entra nesta pauta, suscitando a emergência de novos modelos de avaliação que devem ser construídos para dar respostas aos desafios da sociedade brasileira contemporânea.¹¹

Dessa forma, a pesquisa incorpora estratégias de produção do conhecimento que trazem para a cena percursos metodológicos que atravessam o modo hegemônico de produzir ciência, abrindo novas possibilidades de produção de pensamento e de vida que culminam na produção do cuidado junto ao usuário final do sistema. Ela faz cruzamentos dos achados destas estratégias com as abordagens mais clássicas para compor um feixe multidimensional de análise. Todos os projetos supracitados têm em comum a perspectiva de que, ao pensar a avaliação de uma política pública, deve-se incluir um olhar sobre os atores como parte integrante deste processo, como criadores de inovações que modificam o sentido e transformam completamente a noção de resultado da política.

A Rede de Observatórios Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde propõe uma avaliação que possibilite uma investigação em múltiplos níveis, com a utilização de ferramentas quantitativas e qualitativas. Por este grau de amplitude e complexidade da pesquisa foram estabelecidos 4 componentes que norteiam a investigação, que foram chamados de Microvetores, a saber:

1. Genealogiaⁱ da Lei - análise genealógica dos antecedentes que movimentaram o cenário no qual o decreto/portaria/lei foi formulado, mapeando atores, instituições, leis, normas, debates, discursos que se engendraram na produção da norma.

2. Efeitos da lei/portaria/decreto nos atores envolvidos com a política – a lei como dispositivo - análise dos efeitos da produção da lei em todos os níveis: político, formulativo, imaginário, organizacional, institucional, dos movimentos sociais, da organização de serviços; o foco é a produção da política. Estes atores são aqueles responsáveis pela formulação, implementação ou controle da implementação da política pública proposta. Carregam em sua narrativa a valoração do sentido daquela política em formulação e, ao atuarem, são capazes de expressar expectativas, visões sobre grau de dificuldade de implementação, avaliação quanto à adequação do instrumento proposto à realidade do país e local, opinião sobre os outros atores da cadeia de produção do cuidado, propostas alternativas e efeitos sobre eles, os serviços e usuáries.¹²

3. Efeitos da Lei na produção do cuidado – Usuário Guiaⁱⁱ - análise dos efeitos da Lei nas trajetórias existenciais dos usuáries do sistema. Toma como eixo o usuárie e a construção que ele faz do processo sobre a lógica do cuidado.

4. Efeitos da lei nos Indicadores epidemiológicos: Análise do efeito global da

“Lei” - Após a implantação deverá haver efeitos que poderão ser percebidos quantitativamente: mudança nos indicadores epidemiológicos relacionados à lei/portaria.¹⁰

A articulação entre os vetores é capaz de formar o quadro explicativo para a eficácia ou fracasso de uma determinada política pública, devendo sua análise final ser construída em conjunto com todos os atores da cadeia de produção do cuidado.¹¹ É nesta direção que todos os grupos de pesquisa vinculados a esta rede buscam caminhar e desenvolver suas pesquisas.

Este artigo se propõe a apresentar o contexto em que surgiu a proposta da Pesquisa sobre as Mães Órfãs em Belo Horizonte e apontar os caminhos metodológicos que estão sendo utilizados pelo Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde da UFMG para desenvolver a investigação. Além disso, apresenta como resultados iniciais narrativas coletadas de usuáries que tiveram seus filhos abrigados e, posteriormente, adotados por outras famílias a partir de determinação judicial e narrativas de trabalhadores de saúde que acompanharam estas usuáries.

Métodos

Do ponto de vista mais geral, o grupo de pesquisa da UFMG (que incorpora professores das Faculdades de Medicina e Enfermagem, alunos de graduação e pós-graduação e ainda, trabalhadores da rede municipal de saúde de Belo Horizonte e da Secretaria Estadual de

Saúde e professores da UFOP), em consonância com a Pesquisa “Criação da Rede de Observatórios Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde”, tem trabalhado em Belo Horizonte investigando algumas políticas públicas, dentre elas a situação conhecida como Mães Órfãs.

Esta pesquisa constitui-se em um estudo analítico de natureza qualitativa e quantitativa, utilizando várias fontes para proceder à avaliação das políticas públicas, como: 1) entrevistas semiestruturadas com atores-chaves que influíram, produziram, implementaram ou fiscalizaram as normas que engendraram as políticas em avaliação (estão sendo entrevistados representantes do Ministério Público e Judiciário, trabalhadores de saúde das maternidades, assistentes sociais e profissionais da atenção básica ou consultórios de rua, diretores de maternidades, defensores públicos, representantes de movimentos sociais, entre outros); 2) estudo documental sobre a normatização existente acerca das políticas em análise como portarias, recomendações e legislações existentes sobre o tema, buscando apreender destes documentos suas intencionalidades, interesses e disputas de projetos sobre o tema em questão; 3) narrativas das mães atingidas pela normatização possibilitando, por meio de seu discurso, compreender sua percepção sobre o problema; 4) narrativas dos trabalhadores de saúde, em especial dos consultórios de rua, das maternidades, da atenção primária, ou seja, dos trabalhadores dos serviços que receberam

ou fizeram o atendimento dessas mulheres; 5) relatos de experiências dos movimentos sociais e entidades como Defensoria Pública, Comissão Perinatal e Clínica de Direitos Humanos, entre outros, sobre as vivências frente a esta normatização e seus impactos; 6) levantamento dos dados existentes sobre a magnitude do problema e seus desdobramentos nos indicadores sociais e de saúde da cidade.

Para isso, o projeto de investigação passou por todos os Comitês de Ética em Pesquisa necessários: em nível nacional, em nível municipal e dentro da universidade. Por se constituir em um projeto que envolve diversas universidades, foi apresentado pela UFRJ, universidade coordenadora, e aprovado em nível nacional, por meio do Parecer CEP 1756736/2014. No município de Belo Horizonte foi apresentado e aprovado na Secretaria Municipal de Saúde por meio do Parecer CEP 1847486/2016 e na UFMG obteve aprovação por meio do Parecer UFMG CEP 2264660/2017.

Os preceitos éticos internacionalmente recomendados para estudos envolvendo seres humanos foram respeitados na coleta de dados. Foi oferecido e coletado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes das entrevistas semiestruturadas, das narrativas e do relato de experiências, garantido o direito à informação, à participação ou não na pesquisa, bem como o anonimato no trato dos dados obtidos.

Resultados

A Pesquisa encontra-se ainda em pleno trabalho de campo e coleta de dados. Entretanto, já é possível perceber a potência e possibilidades da metodologia para análise da política pública. Nesta perspectiva, apresentamos, a seguir, duas narrativas produzidas da escuta de usuárias e uma narrativa de trabalhadoras de saúde que acompanharam um dos casos. Essas mulheres tiveram seus filhos retirados, em contextos que acompanham as perspectivas das normatizações do Ministério Público (MP) e Judiciário. Uma dessas mães corresponde a um dos primeiros casos que se tem notícia de retirada compulsória de bebês e sua adoção por família estranha a seu grupo familiar.

Narrativa 1 - Zion ou Gabriel?

“Me chamo Aline Paula, tenho 29 anos, estou cursando o 3º ano do ensino médio, sou artista plástica auto-didata, e pretendo com a ajuda do meu tio Paulo formar no ensino superior. Tenho três filhos: Zion (5 anos), Àghata (4 anos) e João Pedro (2 meses).

O Zion foi arrancado de mim por uma maternidade pública de BH e pelo TJMG, a Ágatha e o João moram comigo, tenho a guarda deles (moramos os três). Eu fiz o pré-natal do Zion, apresentei os exames em audiência, a enfermeira que acompanhou o pré-natal testemunhou a favor. Mas o Juiz não considerou. Ganhei o Zion no dia 24/05/2011, fiquei 12 dias com ele na maternidade, mesmo tendo condições de

amamentar fui impedida, me deram remédio para meu leite secar, junto com o meu peito, meu coração chorava de dor. Cheguei a maternidade em bom estado físico e psicológico, acompanhada pela minha mãe com o enxoval e os exames do pré-natal, assim que recebi alta um carro da maternidade me levou até o TJMG, eu não imaginava que iriam arrancar meu filho de mim, a funcionária do hospital disse que o Juiz me iria fazer apenas algumas perguntas, entretanto no TJMG me obrigaram a entregar meu primogênito. Isso em razão do relatório da maternidade feita pela assistente social de que eu cheguei na maternidade em trabalho de parto, após uso de droga ilícita e que não realizei o pré-natal. O Juiz pediu que eu realizasse o tratamento no CMT, realizei o tratamento no CMT, recebi alta por tratamento completado. Mas o Juiz não considerou. Assim que o Zion nasceu foi registrado em cartório pelo pai biológico como Zion Davi O. G, mas o Juiz não considerou, simplesmente anulou a primeira identidade do meu filho e colocaram outro nome no meu filho: Gabriel Alves dos Reis.

Excelentíssimo, Como uma pessoa pode ter duas identidades?

Segundo a promotoria o infante correria risco se retornasse aos genitores e família extensa. Não tivemos sequer a oportunidade de ir com o Zion pra casa. Segundo a sentença, minha mãe apresenta instabilidade emocional, mental e financeira, meu tio (80 anos) passou da idade, e que minha família é desestruturada e que não demonstramos interesse em assumir a guarda do meu filho. Assim que Zion foi abrigado recebia visitas frequentes de todos os familiares, esperávamos que ele retornaria para a família, não houve consentimento na destituição do poder familiar por nenhum familiar. Segundo a

sentença eu vivia nas ruas. Nunca vivi nas ruas.

Mediante estas mentiras faço tratamento psicológico desde então para ajudar a vencer estes traumas, hoje tenho ciência que o TJMG agiu de modo unilateral, pois não considerou provas documentais e testemunhais, omitiu e foi obscuro na decisão de destituir nosso poder familiar. Cansei de sentir-me enganada por aqueles que se dizem representantes das leis, mas não praticam o que é direito. Nossos direitos fundamentais foram violentamente atropelados, não foram esclarecidos os direitos que eu mesmo estudei no ECA. (Desejo entrar com uma ação contra a D.P. por reparação de danos). Violação do Direito de Convivência Familiar. Irmãos não podem ser criados separadamente. Uma adoção só é dada se houver consentimento, abandono ou maus tratos. Conforme os termos apontados acima ZDOG(5), AMOG(4) e JPOF tem o direito a convivência familiar e não houve caso de abandono, e nem consentimento ou maus tratos por nenhum familiar.

O afastamento do convívio familiar deve ser uma alternativa apenas em último caso. Deveria ter priorizado a integração da criança à família extensa. Diante da retirada do infante de sua família natural, este deve integrado a uma família substituta formada, preferencialmente, pelos parentes mais próximos, que mantenham vínculos de afinidade e de afetividade, tendo em vista que a possível integração da criança a estranhos quebraria laços familiares importantes, interferindo no bom desenvolvimento da criança.

Obrigatoriedade de informação e compreensão da família natural ao serem informados dos seus direitos. Quando a medida for aplicada em preparação para adoção, o deferimento da guarda

da criança a terceiros não impede o exercício do direito de visitas pela família biológica, assim como o dever de prestar alimentos. Foi impedido o pedido da visitação e a prestação de alimentos pela família natural.

Respeitando-se a necessidade psicológica de se conhecer a verdade dos fatos e a biológica, a criança não pode ser penalizada pela constante violação de direitos, nada retira o direito de tomar conhecimento de sua real história, de ter acesso a sua verdade biológica que lhe foi usurpada, desde o 12º dia de vida até hoje, o esforço incansável de sua mãe e de toda a família em manter laços familiares tirados de forma tão brusca. Considerando a seriedade do caso, a alienação parental, a resistência dos pais usurpadores agravantes a aproximação da família biológica.

Prezados, estão achando que somos cachorros, porque quando se adota um animal de estimação não se importam com os vínculos biológicos. Todos me aconselharam a não procurar a família usurpadora, mas é da vida do meu filho que estamos falando, meu filho não é disputa, e não cabe a este casal tão capacitado a fazerem este papel. Onde a família natural não teve a oportunidade de ser família sobre aquela vida que foi feita com amor, desejada e planejada.

Contarei a minha história a todos, citarei os responsáveis, porque quando dei a luz aos meus filhos entreguei a vida deles nas mãos de Deus, o caráter, a vida e com quem eles convivem é responsabilidade minha, porque não sou barriga de aluguel e nem cachorra. Se eu for para a cadeia porque amo meus filhos e quero fazer parte da vida deles, então eu irei, se a família usurpadora decidir ir para qualquer parte do mundo eu os encontrarei,

porque sei os nomes dos responsáveis pelo sequestro do meu filho e vou até o fim do mundo, mas acho o que é meu por direito.”

Aline Paula.

“Conhecereis a verdade e a verdade vos libertará”

Narrativa 2 - Experiências na rua, no Rio, na Rede: momentos de dor e de novas possibilidades – narrativa de si.

“Vim para Belo Horizonte (BH) para fazer programa. Fiquei cinco anos. Ganhei muito dinheiro. Coloquei meus filhos em um colégio particular, terminei minha casa no Rio de Janeiro (RJ). Quando cheguei a BH, eu já tinha dois filhos. Hoje eles têm 16 e 13 anos. Moram com minha mãe.

Comecei a fazer uso de droga com cliente. Diminuí meu trabalho, passei a mandar menos dinheiro para o RJ e engravidei de novo. Voltei para o RJ. Tive meu bebê lá. Hoje ele tem 8 anos. Mas eu voltei para BH e trouxe esse meu menino comigo. Fiquei morando com umas amigas. Aí, minha mãe veio do RJ para me buscar. Eu disse para minhas amigas que se eu “invernasse” nas drogas, era para entregar meu filho só para minha mãe. E isso aconteceu. “Invernei”. Meu sentimento era de incapacidade. Ruim demais!

Minha mãe levou meu filho para o RJ primeiro. Depois voltou para me buscar. Lá eu me recuperei. Morava na casa da minha mãe. Depois, voltei para BH para fazer programa de novo. Fazia programa de dia e usava droga a noite. Aí, conheci o pai da Milena que pediu para eu parar de fazer programa. Como eu gostava dele, parei. Como precisava sobreviver, comecei a roubar. Fui presa, mas saía rápido. Era 155. É leve.

Engravidei da Milena e perdi meus documentos na mesma época. Eu morava num passeio durante o dia, roubava e usava o dinheiro para dormir num hotel que não pede documento para entrar. Usava o dinheiro para comprar droga também.

Passei mal pra ganhar neném dentro do hotel. Foram a secretária do hotel e as faxineiras que chamaram o SAMU pra mim. Aí, me levaram para o hospital. O parto foi normal. Sofri muito, doeu demais. Milena era grande e bonita! Dei o endereço da minha sogra. O pai da Milena vinha me visitar. No dia que saí do hospital foi ele quem me tirou. Mas Milena ficou retida no hospital. Eles falaram que era porque eu não tinha documento. Disseram que eu tinha 10 dias para providenciar minha identidade. Eu ficava doidinha contando esses dias sem saber o que fazer. Ninguém me orientou.

Nesse período de resguardo, o pai da Milena sumia. E a boca era ali, atrás do hospital...

Eu sempre ia visitar Milena. Roubava, comprava coisas para ela, ia para o hotel, tomava banho pra ver minha menina, lavava as roupinhas dela e, quando chegava no hospital, colocava as roupinhas nela. Eu amamentava, mas tinha que ir embora. A assistente social do hospital ia me ver e falava: “Cadê os documentos?” Eu saía estressada de lá. Sangrava muito. Nossa, sofri demais! E o pai da Milena, quando aparecia, dizia que era melhor eu entregar a menina para uma família estruturada. Mas eu não queria que ela fosse pra longe. Minha sogra falava que queria a guarda, mas eles não a deixavam entrar no hospital. Fui ficando depressiva, emagreci muito!

Tinha dia que eu ia a pé para o hospital porque não conseguia dinheiro. Até pensava em voltar a fazer

programas, mas sangrando? Como eu ia fazer?

Nessa época um jornal me procurou. Eles me disseram: “Você estava grávida, cadê seu neném?” Fizeram uma reportagem contando minha situação.

Quando eu ia para o hospital perguntava quantos dias minha filha ainda ia ficar lá. Mas a assistente social só me pressionava. Ela só queria saber da carteira de identidade. Aí um dia, quando cheguei na portaria, eles me falaram que meu documento do parto tinha vencido. E eu não pude entrar mais. Eu voltava, mas não me deixavam entrar. Perdi o contato com minha filha.

Nessa época, separei do pai da Milena. Ele não me apoiou. Não me ajudou a ficar com minha filha. E ainda ficava falando que não tinha certeza que era o pai. Nós nos agredimos.

Fiquei na rua. Fui pegando medo de roubar. Imagina se me pegam? Se os traficantes me marcam e eu morro? Todo mundo me conhecia ali... Aí, comecei a pedir. Vivia de doação.

Depois de um tempo, eu encontrei o pai da Milena de novo e nós voltamos. Engravidei do Saulo. Passei mal na rua. O SAMU veio me pegar. Eu disse a eles para não me levarem para o hospital que eu tinha ganhado a Milena. O pessoal do SAMU me ouviu. Fui para outra maternidade pública, um hospital onde as pessoas me trataram bem. Fiquei muito aliviada. Imagina, passei mal na rua, não tinha nada e fui ouvida.

O parto do Saulo ocorreu no dia seguinte e teve que ser cesárea. Fiquei com medo. Não queria passar por uma cirurgia. Mas ele estava sentado. Tanto o médico quanto a enfermeira foram muito

atenciosos comigo. Saulo nasceu bem.

Eu disse à assistente social que queria uma casa para ter meu filho: “De perto do meu filho eu não saio”. Ela me acolheu. Acionou o Consultório de Rua, pediu minha certidão de nascimento lá no Rio, providenciou a carteira de identidade pra mim. Fiquei todo o tempo no hospital com o Saulo. Foi totalmente diferente do primeiro hospital. Não tem nem comparação! Só fui embora quando o registrei. Na época daquele hospital que me tratou mal, eu fiquei muito chateada e tinha todos esses profissionais lá. Eles não me acolheram, mas podiam. Tinha tudo lá.

O Consultório de Rua me encaminhou para a Casa do Bebê no Sofia Feldman. Aí, outra equipe do Consultório passou a me acompanhar. Todos eles me ajudaram demais! Fiquei lá no Sofia esperando eles arrumarem uma vaga e os utensílios para eu conseguir ir para o abrigo. Lá era um hotel cinco estrelas! Nessa época comecei a frequentar o posto de saúde e pus meu DIU no Sofia. Fiz muita amizade. Até hoje tenho contato com as enfermeiras. Lá me contavam que tinha mãe que saía do hospital e não voltava para buscar a criança porque tinha livre acesso.

O pai do Saulo sumiu quando eu ainda estava na maternidade. Um dia a mãe dele foi lá e disse que nós iríamos para casa juntos. Mas não apareceram mais. Aí, quando eu estava no Sofia, entrei em contato com ele de novo. Fui ao Centro e topei com ele na rua. Ele foi para o Sofia comigo. Falei do abrigo e perguntei se ele queria ir comigo. E ele veio. Mas ficou uma semana. Ele parou de me ajudar porque dizia que não sabia se era o pai mesmo. Igual falava da menina. Então, pedi para fazer o DNA. Vou pegar a identidade do Saulo com o nome do pai em breve.

Arrumei um emprego e a madrinha do Saulo, que é minha amiga aqui do abrigo, cuida dele pra mim. E, se Deus quiser, vou visitar meus outros filhos no RJ. Não tenho mais contato com minha mãe. Mas vou pra lá. Eu sei onde é minha casa.

E mais. Procurei o Conselho Tutelar e a Defensoria Pública para ir atrás da minha filha. Já soube que ela está com uma família substituta e que o nome dela é Júlia. Ela já está acostumada com eles. Já me explicaram que é difícil reverter isso. Mas nunca vou esquecer. Ela nasceu no dia da Consciência Negra. Meu pai era negro. O que eu quero hoje é, pelo menos, ir visitá-la. A técnica aqui do abrigo está olhando isso. Está vendo a possibilidade. Todos aqui são muito bons comigo. Eles me acolheram muito bem. A gerente, a técnica, o monitor, o técnico de manutenção, o porteiro. Quando fui para a entrevista do emprego, eles me deram várias dicas. Vai cedo, pinta as unhas, até me deram vale transporte para eu chegar lá. O Consultório de Rua também me apoiou demais. Deu certo. “É o que eu mais quero agora é poder ver minha família, todos eles.”

Maria M.

A nossa luta é por delicadeza

Brenda Cecíliaⁱⁱⁱ

Luciana Rodrigues^{iv}

“Maria M., natural do RJ, veio para Belo Horizonte, em busca de oportunidades. Deixou para trás a família e três filhos que ficaram sob os cuidados da mãe. Com o passar do tempo Maria M. começou a perceber que a busca de uma oportunidade de trabalho não era tão fácil como imaginava. Sem perspectivas, a carioca fez então das ruas da capital mineira o seu local de moradia. A droga apareceu

em sua vida como um refúgio para amenizar as vulnerabilidades que a rua lhe proporcionava. Em contato com o crack passou a fazer o uso prejudicial da substância, elegendo esta como sua droga de preferência. Nesta trajetória de vida nas ruas, entre cenas de uso e em meio à cidade movimentada conheceu seu companheiro, que futuramente viria a ser o pai de seus dois filhos. Este também fazia o uso prejudicial de Substâncias Psicoativas - SPA.

No ano de 2014, ainda em situação de rua, Maria M. engravidou de seu quarto filho. Pela situação de moradia e por ser usuária de droga, ao dar à luz a uma criança do sexo feminino; protagonizou uma matéria de um jornal impresso de Minas Gerais, que abordava o tema atual sobre a retirada dos bebês de mães usuárias de crack. Nesta matéria, ao falar de sua filha, exibe o enxoval que havia recebido de doação por pessoas que se sensibilizaram com a sua história de vida. Chamava a atenção as roupinhas lavadas e cheirando a talco, demonstrando capricho e carinho. Naquele momento, mesmo com a alta clínica da maternidade, mãe e filha foram separadas. A decisão da maternidade foi embasada pelas recomendações 5 e 6^ª da Promotoria de Justiça da Vara da Infância e da Juventude de Belo Horizonte, que determinava a comunicação imediata ao Ministério Público e ao Juizado sobre o nascimento de bebês filhos de mães com histórico de uso de drogas. Estas recomendações violam o direito à convivência familiar, previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente, uma vez que, encaminham bebês recém-nascidos para longe de suas mães, sem os procedimentos de avaliação prévia, que considere demais atores da rede de cuidados destas mães e bebês.

Diante da perversidade das recomendações de cunho racista e classista, Maria M. não teve escolha.

Sua voz não ecoou o suficiente para que fosse ouvida, nem sequer lhe deram a chance de lutar pela guarda de sua filha. Algum tempo depois Maria M. nos conta que teve vários conflitos junto à maternidade. Lembra que ao ser proibida a sua entrada era “dito e redito que para ter o direito de ter minha filha nos braços eu deveria demonstrar vontade de me recuperar” (sic). Ela se perguntava: “Recuperar? Recuperar do quê? Seria da dignidade perdida? Dos meus Direitos violados?” Dentre tantas perguntas uma clareza nós temos: Maternidade não é o lugar para se definir o destino da vida destas mulheres! Pois o foco não deve ser na droga e sim no sujeito, com toda sua história e complexidade!

Não foi possível que enxergassem Maria M., que como tantas outras mulheres vulneráveis e estigmatizadas, vive à margem da sociedade normatizada. Enfim, Maria M. perdeu sua filha para o Estado. O contato entre as duas se desvaneceu, e Maria M. ficou perdida em meio à selva de pedras. O companheiro de Maria M., sempre oscilando de seu lugar de parceiro e pai, não conseguiu batalhar o apoio de sua família para sua companheira, que naquele momento, mãe órfã, estava sem chão com tanto concreto em sua volta. Maria M. retornou às ruas e buscou tratar a dor através do uso abusivo de SPA.

Dois anos se passaram, ela percebe o seu abdômen novamente preenchido, havia engravidado pela segunda vez, somando a sua quinta gestação. Deu à luz a uma criança do sexo masculino para a qual deu o nome de Saulo. Porém, em outra maternidade, onde, mais fortalecida, inicia uma luta de ocupação e resistência. Maria M. estava decidida a escrever sua história de outro modo. De forma aguerrida, não abriria mão deste filho. Ela se mostrava uma mulher com o anseio de ser mãe, de dar carinho, de cuidar e

educar, com todas as expectativas que a maternidade proporciona quando há o desejo. Tinha planos e dizia a todo instante que Saulo era sua base, alimentava esperança e via na criança a força que precisava para superar tantas perdas. “Não vou sair de qualquer lugar sem meu filho, se for preciso durmo até na lavanderia” (sic). É neste momento que o Consultório de Rua é acionado e entra em cena.

Mesmo com a vida permeada por tantas vulnerabilidades, quando recebemos a demanda para acompanhar Maria M., não a conhecíamos. Um novo momento se inaugura para o caso junto ao Consultório de Rua. Então, vindo dela, foi possível escutar de forma cuidadosa todo o relato descrito acima. Ficamos impressionados com a força dessa mulher e, como ela, não recuamos no nosso desejo em estar ao lado. Maria M. carregava em seus braços uma criança e a esperança de sair da maternidade com o filho. Dizia dos planos futuros e sonhos, antes interrompidos pelas circunstâncias, que a vida lhe proporcionara até aquele instante. O caso de Maria M. nos deu a oportunidade de inventar e criar novos arranjos de cuidado na Rede, a partir do cuidado compartilhado entre duas equipes de Consultório de Rua, sempre orientadas pela Redução de Danos. Maria M. escolhe pela abstinência do uso de drogas e buscou neste filho a força necessária.

A Rede de cuidados foi sendo tecida e tendo o Consultório de Rua como referência no acompanhamento do caso, Maria M. teve a oportunidade de ser transferida da maternidade para um lugar de acolhida e proteção para ela e seu bebê. Com o vínculo estabelecido fomos ocupar a cidade de concreto de forma mais delicada! Passeamos, comemoramos, fotografamos, rimos, nos emocionamos e choramos juntos. Fizemos um book de Mãe e Bebê, que foi recebido por Maria M.

como uma inscrição de que nem tudo são pedras.

A articulação com os serviços do território onde Maria M. iria fazer morada foi feita, havia chegado o momento da rede de saúde e assistência social estarem juntas, tecendo fio a fio o cuidado e a garantia de direitos, antes negados. A família é acolhida em um abrigo municipal e inicia-se a construção de um lugar para chamar de “casa”. E uma casa precisa de quê? Nesse momento os parceiros foram acionados e assim foi possível conseguir mobília, utensílios domésticos, enxoval de casa e de bebê, afinal não é só de afeto que se constrói uma moradia. Chega o dia da mudança. E com todo o significado que esta palavra pode carregar, Maria M. mudou e vem construindo novos arranjos. A Rede foi criando novos contornos, assim como o balançar de uma rede, com leveza suficiente para proporcionar sustentação ao corpo.

Para alegria de todos, recentemente Maria M. passou em um processo seletivo para inserção no mercado de trabalho formal. Irá atuar como educadora social na equipe do Serviço Especializado de Abordagem de Rua de BH. Pretende retomar os estudos e se profissionalizar. Vai dando lugar aos desejos que nunca morreram dentro de si. Apenas adormeciam; pois, precisavam de um ponto de sustentação em uma sociedade alicerçada pelo capitalismo e patriarcado. A mulher que carregava o estigma de usuária de drogas, hoje vive de forma independente. Não faz questão de ter ao seu lado o companheiro, que a deixou no momento mais delicado de sua trajetória, demonstrando além de tudo, o seu amadurecimento enquanto mulher. Mãe e filho, juntos, seguem o “fluxo”.

Belo Horizonte, primavera 2017.

Discussão

Numa análise inicial das duas narrativas com as usuárias e da narrativa das trabalhadoras do consultório de rua que acompanharam a segunda delas, verifica-se que, nos dois casos, o desfecho foi a retirada e separação das mães de seus filhos. Observa-se da análise das narrativas que as mães não se conformam com esta situação e se insurgem contra as autoridades que as forçaram a ficar sem seus filhos.

Isso fica especialmente explicitado por Aline, alegando não ter sido ofertada a ela nenhuma oportunidade de se defender ou mesmo outra alternativa que não fosse a retirada de seu filho. De forma rápida teve o filho adotado por outra família na qual, inclusive, sua identidade foi modificada, sendo-lhe dado outro nome e filiação. Isso a levou a não aceitar esta situação e, ainda, apesar de vários anos passados, querer revertê-la, defendendo que, no mínimo, deveria ter o direito de visitar seu filho. Por conta disso, vai a todos os espaços onde este tema é discutido e faz a sua denúncia inclusive panfletando seu próprio depoimento. Da análise desta narrativa é possível apreender, a partir da perspectiva desta mulher, que houve um pré-julgamento dela e de toda sua família. Foi alegado que nem ela, nem a mãe, nem o avô teriam capacidade de ficar ou cuidar do seu filho, inclusive estando descrito no processo que ela vivia nas ruas, apesar da mesma afirmar que nunca foi moradora de rua. E, já ciente de suas possibilidades enquanto cidadã, relata que

os seus direitos definidos pelo ECA foram atropelados. Agora quer uma ação para reparação de danos e exige seu direito à convivência com o filho adotado. Aline provoca tensionamentos na lógica tutelar do Estado confeccionando potência na impotência e extraíndo da imagem de incapaz a habilidade de expressar seus desejos.⁴

No caso da segunda narrativa, Maria M. passa por duas gravidezes. Na primeira, teve seu filho abrigado e adotado após determinada maternidade seguir o fluxo produzido pelo MP e judiciário. Na segunda, a partir da primeira vivência especialmente sofrida, esta mulher, quando vai para o hospital, pede ao SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) que a leve para outra maternidade e, neste momento, já avisa que não irá perder seu filho desta vez. Neste outro hospital, o consultório de rua é chamado por se tratar de pessoa em situação de rua e aí é elaborado projeto terapêutico singular junto com a maternidade. Assim conseguem que ela vá com seu bebê primeiro para uma “Casa do Bebê” e depois para o abrigo. A mesma mulher: dois partos e duas situações distintas, em especial pelo protagonismo assumido por ela a partir da vivência anterior e pela obtenção de apoio adequado que sustenta sua capacidade de assumir a maternidade, apesar da difícil situação de vulnerabilidade social.

Chama a atenção, tanto na narrativa da mãe quanto naquela das duas trabalhadoras do Consultório de Rua que a apoiaram no segundo

parto, a explicitação da diferença no acolhimento e projeto terapêutico entre as duas maternidades. Numa, a questão de não ter o documento de identidade impediu a usuária de ficar no hospital com seu bebê e, depois, por conta disso, foi proibida de visitá-lo. No segundo hospital, a própria instituição providenciou para ela cópia da identidade na cidade do Rio de Janeiro e convidou o Consultório de Rua para ajudar na construção do projeto terapêutico, o que culminou com a ida da mãe e seu filho para a “Casa do Bebê” do Hospital Sofia Feldman e, posteriormente, para o abrigo. Por conta da rede que foi tecida por estes serviços que a enxergaram como cidadã e portadora de direito à maternagem, como qualquer outra mulher¹⁶ esta mãe conseguiu ficar com seu bebê, sair da rua e ficar abstinente e, ao chegar ao abrigo, obteve mais apoio. As modificações em sua vida foram tão intensas que hoje está no mercado de trabalho e consegue, de forma autônoma, criar e cuidar de seu filho. Maria M., em sua narrativa, desvela numa mesma corporalidade diversas realidades sendo concebidas e sugere, de forma singular, que estamos numa contínua produção de nós mesmos.¹⁷

Nesta direção, destacamos a fala das trabalhadoras que apontam uma atuação de cunho discriminatório que desconsidera qualquer possibilidade de escolha por parte dela. E vai além, coagindo qualquer tentativa desta ser ouvida, considerada. As trabalhadoras questionaram se a maternidade deveria ser o lugar para se definir o destino

destas mulheres, pois, num momento tão delicado como este, o foco não poderia ser a droga, mas sim o sujeito com toda sua história e singularidade. E ressaltam a força dessa mulher que decidiu pela abstinência e luta para ficar com seu filho. Várias possibilidades se abrem quando há uma definição de se tecer a rede de cuidados: a passagem pela “Casa do Bebê”, a chegada e permanência no abrigo, a seleção pública para conseguir o emprego e, no momento atual, a perspectiva de uma casa só para ela e sua família. Esta mãe, depois de ser desconsiderada enquanto sujeito durante a aplicação das normativas, expressa a materialidade do poder em seu corpo¹⁸ quando luta por ela e por seu filho.

Estes sinais, trazidos por Aline e Maria M., convidam-nos a refletir sobre que atitudes têm sido tomadas na defesa da vida de todos. Temos mergulhado em esforços suficientes para ampliar as possibilidades de existência de cada um e contribuir para as reinvenções de redes existenciais nos diversos momentos da vida das pessoas?¹⁹ O que as narrativas expostas nos resultados desse artigo nos mostram é que precisamos muito ouvir aqueles que, mesmo negligenciados pelas políticas públicas, demonstram bravura para seguir, a despeito de todas as pedras no caminho.²⁰

Observa-se nas duas narrativas uma rapidez no julgamento do processo de abrigamento dos bebês que, inclusive, inviabiliza uma defesa adequada. Em ambos os casos, de Aline e da primeira gravidez da Maria M., não foi

oferecido qualquer apoio para realização da defesa do ponto de vista jurídico. Esta tem sido uma das inúmeras queixas que têm sido levadas às Defensorias Públicas da Infância e Juventude e às instâncias de defesa dos direitos humanos, inclusive às advogadas da Clínica de Direitos Humanos. Na avaliação destas, o direito de defesa tem sido cerceado por processos muito rápidos e decisões pouco discutidas com as mulheres.

A título de considerações finais/iniciais sobre o estudo

Estes são alguns achados apenas iniciais sobre o estudo em curso. Muitas entrevistas, narrativas, análise documental, análise de dados e relatos de experiências estão sendo obtidos e analisados no decurso desta pesquisa e, com certeza, trarão outras perspectivas a serem explicitadas.

Vale destacar que há também um grande movimento de resistência na cidade que tem envolvido movimentos sociais que incluem o Movimento “*De Quem É Este Bebê*”, Conselho Municipal de Saúde, Conselho Regional de Assistência Social e Psicologia, Fórum Saúde Mental, Fórum de População de Rua, Defensorias Públicas, Clínica de Direitos Humanos da UFMG, representantes das Faculdades de Medicina, de Enfermagem e de Direito e Ciências do Estado, entre outros que, por meio de várias ações que serão relatadas adiante, conseguiram que fosse suspensa a Portaria Nº 3/VCIJBH. Esta foi uma vitória

celebrada pelo movimento e envolveu o acionamento do Conselho Nacional de Justiça, denúncia ao Ministério da Saúde, aos grupos de Direitos Humanos e à ONU, o que levou à suspensão desta Portaria. O juiz a suspendeu, mas há previsão de uma nova norma cujo desfecho ainda está por vir.

Apesar disso, o que temos vivenciado no acompanhamento de outros casos e no contato com as maternidades e serviços é que a portaria continua sendo aplicada mesmo sem a sua obrigatoriedade, nos mostrando que, mais do que apenas uma norma burocrática, esta portaria constitui-se, está entranhada e espelha o imaginário coletivo de boa parte da população, sejam eles trabalhadores, dirigentes ou cidadãos não envolvidos diretamente com o trabalho nos serviços de saúde ou judiciário. Trata-se de uma disputa de projetos sobre qual lugar as mulheres com alguma situação de vulnerabilidade social têm na sociedade contemporânea. Há a afirmação por uma parcela da população que estas mulheres não tem o direito de serem mães e devem ser expropriadas do exercício da maternagem em nome de uma vida melhor para seus filhos.

Esta disputa e suas diferentes nuances e perspectivas, cerne do normativo aqui em foco, carecem de ser explicitadas para uma melhor compreensão da realidade. Este é o exercício

genealógico que estamos buscando empreender²¹. Nesse panorama, vamos nos implicando com a relação de forças que, em acontecimento, nos comunica quais e como se assentam as máscaras que precedem a situação vivenciada pelas mães órfãs e de que forma ela tem sido remodelada em Belo Horizonte.¹³

Ressaltamos que estas são apenas considerações iniciais de uma investigação que ainda está em curso e em pleno trabalho de campo e que busca compreender, a partir da perspectiva dos diversos atores envolvidos na elaboração, implementação e controle deste normativo, os seus discursos, sua compreensão do processo e as disputas que engendrarão um caminho para este grupo populacional que tem sido alvo de políticas públicas que com certeza tem impactado seus modos de viver.

Para Agamben (2005) no pensamento de Foucault não havia o interesse nem em conciliar nem em enfatizar as tensões dos dispositivos, “mas investigar os modos concretos em que positivities (ou dispositivos) atuam nas relações, nos mecanismos e nos jogos de poder.”²²

São esses “efeitos”, estes “vazamentos”, estas “fissuras” que este grupo plural de pesquisadores aqui presentes parece perseguir quando as leis, as normas, as regulações e os decretos saltam na produção de políticas públicas de saúde e, principalmente neste grande desafio que é a produção do cuidado em saúde.¹²

Notas

ⁱ Genealogia quer dizer ao mesmo tempo valor da origem e origem dos valores; que se opõe ao caráter absoluto dos valores tanto quanto a seu caráter relativo ou utilitário. Genealogia, quer dizer, portanto, origem ou nascimento, mas também diferença ou distância na origem.¹³

ⁱⁱ Usuário-guia – uma concepção de pesquisa que possa trazer o usuário para a centralidade da produção do saber, mas não o olhar para o usuário, não o olhar pelo usuário, mas o olhar próprio dele, sua perspectiva, o ponto de vista ao qual ele pertence, permitindo-se percorrer seus caminhos, seus trajetos, não tomando pela mão, mas nos deixando levar por ele, permitindo que aconteça o usuário como guia.¹⁴⁻¹⁵

ⁱⁱⁱ Trabalhadoras da Rede SUS de Belo Horizonte - MG.

^{iv} Trabalhadoras da Rede SUS Belo Horizonte -MG.

^v Recomendações que entraram em vigor neste mesmo ano de 2014.

Referências

¹ Recomendação nº 5/PJIJBH/MPMG, de 16 de junho de 2014. Recomendação aos médicos, profissionais de saúde, diretores, gerentes e responsáveis por maternidades e estabelecimentos de saúde. Belo Horizonte: Ministério Público do Estado de Minas Gerais; 2014.

² Recomendação nº 6/ PJIJBH/MPMG, de 06 de agosto de 2014. Recomendação aos médicos, profissionais de saúde, Agentes Comunitários de Saúde, gerentes e responsáveis por Unidades Básicas de Saúde. Belo Horizonte: Ministério Público do Estado de Minas Gerais; 2014.

³ Portaria nº 3/VCIJBH, de 22 de julho de 2016. Dispõe sobre o procedimento para encaminhamento de crianças recém-nascidas e dos genitores ao Juízo da Infância e da Juventude, assim como, oitiva destes, nos casos de graves suspeitas de situação de risco, e sobre o procedimento para aplicação de medidas de proteção. Diário do Judiciário Eletrônico TJMG. [Internet] 2016 25 jul [citado 04 mai 2017]:29-33. Disponível em: <http://ftp.tjmg.jus.br/juridico/diario/index.jsp?dia=2207&completa=2inst%7Cadm>.

⁴ Silva KL, Magalhães RV, Ferreira VL, Capistrano D. Sofia e tantas outras mulheres usuárias de crack e seus filhos: quando a (in)capacidade de gerir sua própria vida afeta a produção do cuidado. In: Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy, EE (Organizadores). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 292-307.

⁵ Maciel H. Tive que entregar meu filho para uma desconhecida. Agência de Reportagem e Jornalismo Investigativo Pública. [Internet]; 20 jul 2017 [citado 02 nov 2017]. Disponível em: <https://apublica.org/2017/07/tive-que-entregar-meu-filho-para-uma-desconhecida/>

⁶ Caldeira JP. Em BH, mães com histórico de uso de drogas têm seus bebês retirados na maternidade. O Jornal de Todos os Brasis. [Internet]; 20 jul 2017 [citado 02 nov 2017]. Disponível em: <https://jornalggn.com.br/noticia/em-bh-maes-com-historico-de-uso-de-drogas-tem-seus-bebes-retirados-na-maternidade>.

⁷ Lei 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.

⁸ Conselho Nacional de Justiça. Cadastro nacional de crianças acolhidas. [Internet]; 2017. [citado 02 nov 2017]. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/cnca/publico/>

⁹ 23ª Vara Cível da Infância e da Juventude de Belo Horizonte. Seção de Orientação e Fiscalização das Entidades Sociais. Belo Horizonte: Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais; 2013-2016.

¹⁰ Merhy EE. Criação de Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde. [Projeto de Pesquisa]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2013.

¹¹ Comissão Organizadora do 1º Encontro. Texto norteador e disparador. 1º Encontro Nacional da Rede de Observatórios Microvetorial de Políticas Públicas de Saúde e Educação em Saúde; 18-20 out 2017; Campo Grande: Universidade Federal do Mato Grosso do Sul; 2017.

- ¹²Lima F. As “Leis” enquanto dispositivos – para pensar as normas, suas fissuras e efeitos. 1º Seminário sobre a Pesquisa Criação de Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde; 2014; Rio de Janeiro; 2002.
- ¹³Deleuze G. Nietzsche e a filosofia. Rio de Janeiro: Editora Rio, 1976.
- ¹⁴Moebus RN, Merhy EE, Silva E. O usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar se acima da montanha? In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Júnior H. (organizadores). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1.ed. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p.43-53.
- ¹⁵EPS em movimento - Entrada experimentações - usuário guia (2014). [Internet]; 2014 [citado 20 out 2017]. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-experimentacoes/arquivos-em-pdf/usuario-guia>.
- ¹⁶Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.
- ¹⁷Romesín HM, García FJV. De máquinas y seres vivos. Autopoiesis: la organización de lo vivo. 5.ed. Santiago de Chile: Editorial Univesitaria; 1994.
- ¹⁸Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2001.
- ¹⁹Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos MFL, Cruz KT, Franco TB. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. Divulg saúde debate. 2014; (52): 153-164.
- ²⁰Silva RA. No meio do caminho, sempre haverá uma pedra. Responsabilidades. 2011; 2012; 1(2):203-214. [Internet]. 2011 [citado 02 nov 2017]. Disponível em:
- ²¹Land MGP. Genealogia: uma investigação criminal aparentemente equivocada: uma conversa com o texto “Nietzsche, a genealogia e a história” de Michel Foucault. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Júnior H (organizadores). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1.ed. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p.423-427.
- ²²Agamben G. O que é um dispositivo? Out Travessia. 2005; (5): 9-16.

ARTIGO ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n1suplemp27-36>**Mães Órfãs: o direito à maternidade e a judicialização das vidas em situação de vulnerabilidade**

Orphan mothers: the right to maternity and the judicialization of vulnerable lives

Cristiana Marina Barros de Souza

Mestranda da UFMG e Trabalhadora da saúde de BH.

E-mail: cristianapsicologia@gmail.com**Mônica Garcia Pontes**

Mestranda da UFMG e Diretora de escola em Contagem.

E-mail: monicagpontes78@gmail.com**Alzira de Oliveira Jorge**

Doutora em Saúde Coletiva e Professora da UFMG.

E-mail: alziraojorge@gmail.com**Ricardo Narcizo Moebus**

Doutor em Ciências da Saúde e Professor da UFOP.

E-mail: ricardo.moebus@gmail.com**Daniel Emílio da Silva Almeida**

Mestre em Saúde Pública e Trabalhador da saúde de BH.

E-mail: daniel.almeidamg@gmail.com**Resumo**

Objetivos: Caracterizar a problemática vivenciada em Belo Horizonte (BH) sobre a separação compulsória de mães e filhos em famílias vulneráveis. **Métodos:** Foram utilizados para a análise: fontes documentais por meio das normas vigentes, relatos e reflexões obtidas em seminários realizados sobre o tema na cidade e entrevistas com trabalhadores da saúde, agentes do estado, judiciário e movimentos sociais e ainda narrativas com mães que foram separadas de seus filhos de forma compulsória. **Resultados:** Recomendações e Portaria do judiciário em BH têm orientado o processo de expropriação dos bebês. Tais normativas desconsideram as singularidades existentes nas vidas das mães e, neste cenário, os profissionais de saúde são capturados em sua autonomia. Nos relatos de mães e trabalhadores, a violência cotidiana, ditada pelo poder do Estado, aparece marcada por julgamentos morais, massacre de desejos maternais, tentativa de controle total do corpo do outro. Movimentos de diversos setores da sociedade têm se organizado na defesa dos direitos à maternagem e à convivência familiar. Em BH, são explícitos os posicionamentos e disputas com importantes desdobramentos para a vida de mulheres marcadas pelo poder do Estado. **Considerações Finais:** Na atualidade, vivemos momentos de acirramentos importantes entre instituições, coletivos e apostas ético-políticas no que diz respeito ao governo da vida de si e dos outros, considerando o arranjo societário no qual estamos imersos. A judicialização de vidas

vulneráveis e a insuficiente porosidade das mobilizações em defesa do direito à maternidade em nossa sociedade têm mostrado arranjos sociais que interferem na construção de novas possibilidades de cuidado em saúde.

Palavras-chave: Violência contra a mulher; Judicialização da saúde; Vulnerabilidade social.

Abstract

Objectives: To typify the problems experienced in Belo Horizonte (BH) regarding the compulsory separation of mothers and children in vulnerable families. Methods: Documentary sources were used for analysis through current norms / guidelines, reports and reflections obtained in seminars held on the subject in the city and interviews with health workers, state and judicial agents, social movements and with mothers who were separated from their children compulsorily. Results: Recommendations and Ordinance of the judiciary have guided the process of expropriation of babies. Such regulations disregard the singularities existing

in the lives of mothers and, in this scenario, health professionals have their autonomy captured. In the reports of mothers and workers, the daily violence dictated by state power is marked by moral judgments, a massacre of maternal desires, and an attempt to control the body of the other. Movements from various sectors of society have been organized in the defense of the rights to motherhood and family coexistence. In BH, the stances and disputes are explicit with important unfoldings for the life of women marked by the power of the State. Final Considerations: At present, we are experiencing moments of great importance among institutions, collectives and ethical-political bets regarding the government of the life of the self and others, considering the societal arrangement in which we are immersed. The judicialization of vulnerable lives and the insufficient porosity of the mobilizations in defense of the right to motherhood in our society have shown social arrangements that interfere in the construction of new possibilities of health care.

Keywords: Violence against women; Judicialization of Health; Social Vulnerability.

Introdução

A Sociedade de Sequestro e As Mães Órfãs do Leviatã

Maria procura um hospital de Belo Horizonte já em trabalho de parto, sendo internada para ter seu bebê. O parto ocorre sem intercorrências, nascendo um bebê a termo e saudável.

Maria é uma mulher negra, pobre, mãe solteira, desempregada, tem trajetória de rua, história de algum uso de drogas ilícitas, como maconha, e lícitas, como álcool e benzodiazepínicos.

Maria quis ter esse bebê, quer criar seu filho e a

partir dele reinventar sua vida que esteve à deriva por algum tempo.

Alguém avisa Maria que não permitirão que ela fique com a criança, que ela receberá alta, mas a criança permanecerá no hospital e dali será encaminhada para abrigo e rápida adoção, porque Maria é considerada uma mãe não confiável pelo Estado.

Maria consegue sair com seu próprio bebê escondido em uma sacola, daí ela se esconde junto com o bebê em áreas de ocupação “irregular”, longe do olhar panóptico do Estado.

Quando a instituição percebe que ela saiu com o bebê, já é tarde demais para tomá-lo dela, ela desapareceu, é considerada uma criminosa, é procurada pela polícia, mas ninguém a encontra.

Ela fica, cuida, amamenta e cria seu bebê que cresce saudável, a despeito de todas as suspeitas de sua competência para a maternagem.

Essa não é uma história inventada, por mais inverossímil que possa parecer, é um relato real de uma das mães que conseguiram escapar da máquina capturante de bebês.

Nem mesmo o sonho racionalista do Leviatã de Hobbes pensou tanta intervenção sobre a vida particular, mas, pelo contrário, ressaltava o direito materno:

Se não havia contrato, o domínio era da mãe. Com efeito, na condição de mera natureza, sem leis matrimoniais, ignora-se quem é o pai, a menos que seja declarado pela mãe; portanto, o direito de domínio sobre a criança depende da vontade daquela e em consequência lhe pertence. Ademais, visto que o infante está primacialmente sujeito ao poder materno, de tal forma que ela pode nutri-lo ou expô-lo, se ela o alimenta e protege, ele lhe deve a vida, ficando, portanto, obrigado a obedecer-lhe preferencialmente a qualquer outra pessoa; por conseguinte, pertence a ela o domínio sobre ele.¹

Vale lembrar que esse respeito ao direito materno é declarado mesmo no contexto do absolutista Leviatã:

Assim é gerado aquele grande LEVIATÃ, ou melhor, para falar mais reverentemente, aquele Deus mortal ao qual devemos, abaixo de Deus imortal, nossa paz e nossa defesa. Com efeito, por meio dessa autoridade que lhe é conferida por

todo e cada um dos indivíduos que constituem o Estado, ele passa a dispor de tanto poder e tanta força que, pelo terror desse poder e dessa força, ele se torna capaz de conformar as vontades de todos à paz no interior do país, e à ajuda mútua contra o inimigo externo.¹

Mas o que justificaria tamanha intervenção em inúmeras situações em que não se configura de forma alguma a negligência, maus tratos, situações de abuso ou de abandono contra esses bebês que acabaram de nascer, que estão sendo carinhosamente amamentados por suas mães?

A justificativa é aquela moderna invenção do século XIX, de periculosidade, como nos ensina didaticamente Foucault:

[...] toda a penalidade do século XIX passa a ser um controle, não tanto sobre se o que fizeram os indivíduos está em conformidade ou não com a lei, mas ao nível do que podem fazer, do que são capazes de fazer, do que estão sujeitos a fazer, do que estão na iminência de fazer. Assim, a grande noção da criminologia e da penalidade em fins do século XIX foi a escandalosa noção, em termos de teoria penal, de periculosidade. A noção de periculosidade significa que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não ao nível de seus atos; não ao nível das infrações efetivas a uma lei efetiva, mas das virtualidades de comportamento que elas representam.²

As mães cujos corpos não sejam considerados suficientemente controlados pelo Estado serão então consideradas incompetentes para a maternagem, ou, ao menos, para uma certa maternagem esperada e preconizada para a formação dos corpos para o trabalho, por um Estado regente de uma sociedade de controle, sociedade de sequestro:

Já nas instâncias de controle que surgem a partir do século XIX, o corpo adquire uma significação totalmente diferente; ele não é mais o que deve ser supliciado, mas o que deve ser formado, reformado, corrigido, o que deve adquirir aptidões, receber um certo número de qualidades, qualificar-se como corpo capaz de trabalhar. Vemos aparecer assim claramente a segunda função. A primeira função do sequestro era de extrair o tempo, fazendo com que o tempo dos homens, o tempo de sua vida, se transformasse em tempo de trabalho. Sua segunda função consiste em fazer com que o corpo dos homens se torne força de trabalho.²

Esta sociedade de sequestro, que se permite inclusive sequestrar os bebês de mães que forem antecipadamente consideradas “insuficientemente controladas”, se apoia e encontra sua justificativa maior na “gestão dos riscos”, para usar esta célebre expressão de Robert Castel:

As novas estratégias médico-psicológicas e sociais se pretendem, sobretudo, preventivas, e a prevenção moderna se quer, antes de tudo, rastreadora dos riscos. Um risco não resulta da presença de um perigo preciso, trazido por uma pessoa ou um grupo de indivíduos, mas da colocação em relação de dados gerais impessoais ou *fatores* (de riscos) que tornam mais ou menos provável o aparecimento de comportamentos indesejáveis. Pode haver aí associações de riscos, quer dizer, correlações de fatores independentes: ter nascido, por exemplo, de mãe solteira que é também empregada doméstica (ou sem profissão, estrangeira, estudante, assalariada agrícola...), menor de dezessete anos (ou mais de quarenta), tendo tido um número de gravidezes superior às taxas médias segundo a idade, etc. A presença de tais fatores basta para desencadear um assinalamento automático, em virtude do axioma de que uma “mãe de riscos” engendra, ou cria, filhos de riscos. Assim, prevenir é primeiro vigiar, [...].³

Métodos

O presente texto foi elaborado com o objetivo de

caracterizar a problemática vivenciada em Belo Horizonte (BH) acerca da separação compulsória de mães e filhos de famílias vulneráveis. 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), buscaram fontes documentais sobre o tema e sobre os casos de retirada de bebês de mães em situação de vulnerabilidade social em BH. Realizaram entrevistas com trabalhadores dos serviços de saúde, agentes do estado e judiciário, movimentos sociais e com as próprias mães para a construção de narrativas de si.

Neste percurso foram identificadas formas de expressão da sociedade sobre o assunto e a equipe de pesquisadores conquistou parcerias para a realização de seminários sobre o tema. Os encontros dos pesquisadores com diversos segmentos da sociedade, em especial as mães em situação de vulnerabilidade, a Faculdade de Enfermagem da UFMG, a Faculdade de Direito e Ciências do Estado da UFMG, ONGs envolvidas com a temática, organizações feministas, Conselho Municipal de Saúde de BH (CMSBH), Clínica de Direitos Humanos da UFMG, 4ª Defensoria da Infância e Juventude Cível de BH, Defensoria Especializada em Direitos Humanos, entre outros, proporcionaram reflexões que culminaram com a produção deste artigo e com a ratificação do compromisso do Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde da UFMG de avaliar a instituição, implementação e os

impactos de normatizações que adentram o cotidiano dos serviços de saúde e interferem na saúde da população.

Resultados e Discussão

O cuidado em saúde é permeado por tensões que revelam as apostas estético-políticas das instituições e atores envolvidos neste processo. Deste ponto de vista, a cada dia, temos nos deparado com os atravessamentos que o sistema judiciário vem produzindo no campo das políticas públicas da saúde.

Extensivamente, no campo da judicialização em saúde, é discutido o fenômeno pelo qual o judiciário determina que o executivo ofereça certas tecnologias em saúde, principalmente insumos e medicamentos, independente de fluxos ou organização dos serviços. Situação polêmica segundo diversos aspectos.

Entretanto, para, além disso, seguimos observando ações que se promovem por parte do judiciário com uma sofisticação ainda maior, referente a uma profunda intervenção na vida dos usuários, com papel determinante em ações não só do poder executivo, mas, inclusive, tencionando o arcabouço jurídico-legal segundo certas intencionalidades.

Na área específica da saúde mental, temos observado movimentos sobre como se produzir o cuidado em saúde e suas implicações para com a liberdade. Nesta direção, sustentar a luta antimanicomial é um desafio dentro dos serviços

de saúde ou na sociedade, pois há em disputa outras apostas flagrantemente opostas à liberdade e possibilidade de escolhas dos sujeitos. Tais apostas, muitas vezes rechaçadas pelas instituições judiciárias (apesar de fomentadas por diversos campos da saúde), consideram razoáveis internações, como aquelas por tempo determinado, com uma perspectiva específica sobre o problema do uso abusivo de álcool e outras drogas ou mesmo aquelas a perder de vista, com a justificativa de uma periculosidade iminente e sem medidas, só aplacado pelo encarceramento, disciplinarização e apartamento do sujeito da sociedade.

A reforma psiquiátrica é hoje desafiada a responder a outro e novo desafio: Qual o lugar e como responder aos que encontram nas drogas o modo de se experimentar humano? [...] A política do mal-estar deve, ao mesmo tempo, ser capaz de ofertar uma clínica cidadã, tratando em liberdade e com dignidade os que sofrem, e 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.^{4:204}

Como mais um dos capítulos deste relacionamento tenso, vivenciamos atualmente o fenômeno que se instituiu chamar de “Mães Órfãs”.

Mães Órfãs: que fenômeno é este?

Denominamos “Mães Órfãs” a situação de

mães em circunstância de vulnerabilidade que têm perdido seus bebês para a tutela do Estado de forma compulsória.

Em BH, em especial nos últimos 3 (três) anos, há um crescente número de crianças que têm sido abrigadas compulsoriamente com a justificativa de que a mãe, pai e/ou família extensa não se mostram capazes de oferecer o cuidado necessário aos bebês. Este aumento vem se ampliando e aprofundando a discussão frente a dispositivos legais, como o Estatuto da Criança e Adolescência (ECA), ao mesmo tempo em que é fomentado por dispositivos infra-legais elaborados pelo Estado/Judiciário mineiro, como recomendações/portaria do Ministério Público Estadual (MP) e Vara Cível da Infância e da Juventude (VCIJBH).

Como grupo de pesquisa, viemos desde 2014 acompanhando casos de mulheres que tiveram seus filhos abrigados.

Via de regra, as pessoas em situação de rua, com quadros de sofrimento psíquico e/ou em uso de álcool e/ou outras drogas são consideradas “vulneráveis”. Nestas ocasiões, o papel do Estado deveria se direcionar a promover ações para o fortalecimento destes sujeitos, agindo a partir de demandas e especificidades que apresentam. Contudo, assistimos a relatos de frequentes violações dos direitos humanos e desrespeito ao arcabouço legal que determinam os direitos da criança e família, fenômeno paradoxal, uma vez que tem

sido respaldado por instituições que deveriam ser as guardiãs da justiça. Vê-se que este é um campo de permanentes disputas em que entram em cena o sistema judicial, o sistema de proteção social, o sistema de saúde, operando uns sobre os outros.

Do ponto de vista do judiciário, as Recomendações nº 05⁵ e nº 06⁶ de 2014 da 23ª PJIJBH e a Portaria nº 03/VCIJBH/2016⁷ são normas que têm orientado o processo de expropriação dos bebês em Belo Horizonte. A primeira, destinada às maternidades, e a segunda, aos serviços de Atenção Básica à Saúde, orientam os trabalhadores a comunicarem à Vara da Infância e da Juventude de Belo Horizonte/VCIJBH as situações de vulnerabilidade para que o judiciário tome providências conforme seu julgamento. A Portaria nº 03/VCIJBH/2016 ratifica esse posicionamento e imputa responsabilidade criminal aos profissionais da saúde que não atenderem às exigências do judiciário. Este documento também determina a comunicação à VCIJBH do nascimento de criança de pais que tenham alguma dependência química ou com histórico de situação de rua no prazo de 48 (quarenta e oito) horas a partir do nascimento da criança, para que estas sejam levadas a entidades de acolhimento. Não há, contudo, qualquer informação na referida portaria de alguma medida que respalde o direito à saúde, à maternagem e dignidade dos pais que estejam nas situações de vulnerabilidade citadas.

Tais documentos desconsideram as singularidades existentes nas vidas dessas mães e, neste cenário, os profissionais de saúde são capturados em sua autonomia. A leitura dos documentos remete a lógica utilitarista do outro como coisa e a desconsideração da possibilidade de produção de vida diante de situações que transcendem os objetivos capitalísticos.⁸

Do ponto de vista da proteção social, o ECA⁹ estabelece, por sua vez, o fortalecimento de vínculos familiares como uma medida protetiva à criança e ao adolescente e entende o acolhimento institucional como excepcional e provisório. Esta Lei designa o Conselho Tutelar como órgão responsável por zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente e explicita que a suspensão do poder familiar poderá ocorrer apenas depois de exauridas todas as possibilidades de sustentação da criança ou do adolescente junto à sua família biológica.

Entretanto, em BH, a própria legislação municipal desrespeita as determinações do ECA. Crianças pobres são separadas de suas mães sem o consentimento destas e prevalece um regime de verdade que desconsidera as multiplicidades de famílias existentes.¹⁰ Neste cenário a ONG “Bem Nascer”¹¹ que tem por princípio compartilhar informações acerca de práticas humanizadas no nascimento, lança a campanha “De quem é esse bebê”, pedindo o respeito às singularidades de cada mãe e a criação de uma rede de apoio e tratamento para

estas mulheres.

Do ponto de vista do Sistema de Saúde, o Ministério da Saúde produziu nos últimos anos um conjunto de publicações a respeito da população em situação de rua.¹²⁻¹³ Tais documentos apontam a responsabilidade do Estado em assegurar direitos humanos a mulheres, adolescentes e crianças que estão em situação de vulnerabilidades e que têm seus direitos sociais violados.

Ainda no campo da saúde, é importante situar movimentos do Conselho Municipal de Saúde que produziu, dentre outros elementos, um informativo revelando um rápido processo de adoção de bebês em BH sem nenhum diálogo com a família biológica da criança.¹⁴ Neste contexto, os servidores da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA/BH) têm participado da defesa do direito à maternagem e da criação de fluxos assistenciais com o objetivo de considerar as singularidades de cada caso e a discussão relacionada ao enfrentamento das vulnerabilidades.¹⁵ Na 14ª Conferência Municipal de Saúde de BH foi aprovada moção de repúdio à separação forçada de bebês de suas mães.¹⁶

A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), por sua vez, realizou um evento de lançamento da Resolução Nº 206¹⁷ com orientações aos profissionais de saúde e serviços públicos para o atendimento às mulheres e adolescentes usuárias de crack e outras drogas e a seus filhos recém-nascidos.

Neste contexto de disputa, as manifestações sociais asseguraram a suspensão da Portaria nº 03/VCIJBH/2016 em agosto de 2017 e uma minuta de nova Portaria foi encaminhada pela VCIJBH à Corregedoria Geral de Justiça do Estado. Em setembro de 2017, o Programa Pólos de Cidadania da Faculdade de Direito e Ciências do Estado da UFMG¹⁸ divulga várias considerações acerca dessa minuta e destaca a urgência da implementação de estudos multidisciplinares que possam contribuir para a promoção, proteção e defesa do direito à convivência familiar e comunitária.

Esses são alguns exemplos de instrumentos normativos e manifestações coletivas que têm tornado explícitos posicionamentos e disputas com desdobramentos importantes para a vida de mães marcadas pelo poder do Estado em BH.

Considerações finais

O Judiciário: faces de uma instituição de soberania dentro de um estado democrático de direito

Na atualidade, vivemos momentos de acirramentos importantes entre instituições, coletivos e apostas ético-políticas no que diz respeito ao governo da vida de si e dos outros, considerando o arranjo societário no qual estamos imersos.

Subsistem instantes de profundas rupturas e tensionamentos nos quais até colocamos em interrogação se ainda caminhamos como

cidadãos em um estado democrático de direito. Neste processo, a judicialização de ações sobre a vida de alguns considerados “vulneráveis” ganha centralidade como pauta que nos exige posicionamento sobre qual sociedade estamos inseridos e para onde queremos ir.

Nos relatos de mães e trabalhadores, a violência cotidiana, ditada pelo poder do Estado, aparece marcada por julgamentos morais, massacre de desejos maternais, tentativa de controle total do corpo do outro. As mães, ao gerarem seus filhos e darem entrada numa maternidade pública, ganham a nomeação estigmatizada de “mães vulneráveis”. São identificadas pelos profissionais das maternidades como moradoras de rua e usuárias de drogas e essa denominação, inscrita em sua história, passa a ser suficiente para eliminar toda uma produção de vida e de rede anterior. Nesta perspectiva, o Estado que tem se mostrado violador e silenciador reproduz um controle generalizado sob os corpos das mulheres, negras, pobres, usuárias de drogas e em situação de rua.

Frente aos desafios singulares da produção do cuidado e da atuação da justiça em defesa da vida, como caminhar com instituições que colocam certas apostas ético-estéticas moralizantes e totais, promovendo o governo dos outros numa perspectiva de submissão de mundos e controle sobre suas vidas?

Defrontamo-nos com a reatualização de estratégias de controle sobre a vida,

constituindo os chamados “anormais do desejo”⁸ engendrados pelas instituições do judiciário. E estas estratégias reatualizadas têm tencionado a produção do cuidado por dentro dos serviços de saúde no sentido de discriminar e reforçar que estas mulheres não têm o mesmo direito à maternagem por estarem em situação de vulnerabilidade.

A judicialização de vidas vulneráveis e a insuficiente porosidade das mobilizações em defesa do direito à maternidade em nossa sociedade têm mostrado arranjos sociais que interferem na construção de novas possibilidades de cuidado em saúde.

As ações segregativas têm deixado marcas irreparáveis na vida destas mulheres. Violadas no seu direito de exercer a maternidade, elas voltam, por vezes, à situação de vulnerabilidade na qual se encontravam, prejudicadas psicologicamente, além de romperem os vínculos

construídos nas redes de proteção e cuidado.

Entre os profissionais de saúde, os discursos aparecem polarizados sobre o binômio de proteção, ora destinada para a mãe ora destinada para o bebê, não se pensando na família que está sendo constituída e nas diversas possibilidades desta relação mãe-filho para produção de vida e sujeitos mais plenos. E quando não há posicionamento ético-político por parte dos trabalhadores de saúde de que estas duas vidas valem muito sem preponderância de uma sobre outra, a efetivação de políticas públicas como a do SUS é exposta ao processo de judicialização, deixando nas mãos do Estado ou do juiz a produção de verdades absolutas, que determinam homogeneidade para uma multiplicidade de existências.

Nestas encruzilhadas há que se perguntar: quais vidas realmente importam?

Nota

ⁱ Ver o texto: Silva KL, Magalhães RV, Ferreira VL, Capistrano D. Sofia e Tantas Outras Mulheres Usuárias de Crack e Seus Filhos: quando a (in)capacidade de gerir sua própria vida afeta a produção do cuidado. In: Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy, EE (Organizadores). Avaliação Compartilhada do Cuidado em Saúde: surpreendendo o instituído nas Redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 292-307. Produzido como resultado da Pesquisa Rede de Avaliação Compartilhada (RAC).

Referências

¹Hobbes T de M. Leviatã. Tradução de João Paulo Monteiro e Maria Beatriz Nizza da Silva. São Paulo: Editora Nova Cultural; 1997. Os Pensadores

²Foucault M. A Verdade e as formas jurídicas. 3. ed. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2002.

³Castel RA. Gestão de riscos. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves; 1987.

- ⁴Silva RA. No meio de todo o 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
- ⁵Recomendação nº 5/PJIJBH/MPPMG, de 16 de junho de 2014. Recomendação aos médicos, profissionais de saúde, diretores, gerentes e responsáveis por maternidades e estabelecimentos de saúde. Belo Horizonte: Ministério Público do Estado de Minas Gerais; 2014.
- ⁶Recomendação nº 6/ PJIJBH/MPPMG, de 06 de agosto de 2014. Recomendação aos médicos, profissionais de saúde, Agentes Comunitários de Saúde, gerentes e responsáveis por Unidades Básicas de Saúde. Belo Horizonte: Ministério Público do Estado de Minas Gerais; 2014.
- ⁷Portaria nº 3/VCIJBH, de 22 de julho de 2016. Dispõe sobre o procedimento para encaminhamento de crianças recém-nascidas e dos genitores ao Juízo da Infância e da Juventude, assim como, oitiva destes, nos casos de graves suspeitas de situação de risco, e sobre o procedimento para aplicação de medidas de proteção. Diário do Judiciário Eletrônico TJMG. [Internet] 2016 25 jul [citado 04 mai 2017]:29-33. Disponível em: <http://ftp.tjmg.jus.br/juridico/diario/index.jsp?dia=2207&completa=2inst%7Cadm>.
- ⁸Merhy EE. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. Grupo de Trabalho de Álcool e Outras Drogas. Drogas e Cidadania em Debate. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2012. p.9-18.
- 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.
- ¹⁰Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2001.
- ¹¹Bem Nascer. ONG Bem Nascer. [Internet]; [citado 05 jul 2017]. Disponível em: .
- ¹²Ministério da Saúde (BR). Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- ¹³Ministério da Saúde (BR). Saúde da população em situação de rua: um direito humano. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- ¹⁴Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Informativo do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte [Internet]. 50. ed. Belo Horizonte, 2015. [citado 07 jul 2017]. Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=cms&tax=17971&lang=pt_BR&pg=7122&taxp=0&.
- ¹⁵Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Ofício Secretaria Municipal de Saúde nº1314, de 26 de dezembro de 2014. Dispõe sobre as recomendações nº05 e nº 06 de 2014 e apresenta fluxograma de atendimento às mães usuárias de drogas no município de Belo Horizonte. Belo Horizonte: SMS; 26 dez 2014.
- ¹⁶Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. 14ª Conferência Municipal de Saúde de BH. Relatório Final das Moções Aprovadas [Internet]. Belo Horizonte: CMS; 2017. [citado 05 jul 2017]. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&idConteudo=258559&pIdPlc=&app=salanoticias>.
- ¹⁷Resolução Conjunta SES- MG/ SEDPAC- MG/ SEDESE-MG nº 206, de 18 de Novembro de 2016. Autoriza a divulgação de orientações para os Serviços Públicos de Atendimento às mulheres e adolescentes usuárias de crack e outras drogas e a seus filhos recém- nascidos. Diário do Judiciário Eletrônico TJMG. 18 nov. 2016. [Internet]. 2016. [citado 21 ago. 2017]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20Conjunta_206.pdf.
- ¹⁸Pólos de Cidadania. Considerações sobre a minuta de portaria em substituição à portaria nº03/vcijbh/2016 e contribuições para o debate. Belo Horizonte: Faculdade de Direito e Ciências do Estado da Universidade Federal de Minas Gerais; 2017.

ARTIGO ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n1suplemp37-49>**A desmaternização das gestantes usuárias de drogas: violação de direitos e lacunas do cuidado**

La desmaternización de las gestantes usuarias de drogas: violación de derechos y brechas del cuidado

The dematernization of pregnant drug users: violation of rights and gaps in care

Márcio Mariath Belloc

Doutor em Antropologia, membro do Fórum Gaúcho de Saúde Mental.
E-mail: mmbelloc@gmail.com

Károl Veiga Cabral

Doutora em Antropologia, membro do Fórum Gaúcho de Saúde Mental.
E-mail: karolveigacabral@gmail.com

Carmen Silveira de Oliveira

Doutora em Psicologia, membro do Fórum Gaúcho de Saúde Mental.
E-mail: carmen.portoalegre@gmail.com

Resumo

O presente artigo tem por objetivo problematizar as condições de gestação de usuárias de drogas em contextos de violência e alta vulnerabilidade social. Como método, utilizamos as narrativas da experiência do Projeto Redes (Fiocruz) na cidade de Porto Alegre. Os resultados apontam para uma série de lacunas no cuidado e proteção dessas mulheres, bem como de violação de seus direitos. Identificamos uma espécie de *desmaternização* conduzida e protagonizada intersetorialmente como causa e efeito de um modelo homogeneizante e excludente de sociedade. Algumas medidas específicas são recomendadas, tais como o desenvolvimento de programas de educação permanente e de supervisão clínico-institucional com equipes da rede de proteção que acompanham pessoas em extrema exclusão e invisibilidade social; a implementação de protocolos de cuidado entre a rede básica e maternidades e de forma articulada com a rede de assistência social; a criação de fóruns de discussão entre operadores do sistema de justiça e a rede de proteção para a revisão e pactuação de fluxos visando a garantia de direitos e o pleno acesso aos serviços.

Palavras-chave: Maternidade; Drogas; Direitos humanos.

Resumen

El presente artículo tiene por objetivo problematizar las condiciones de embarazo de usuarias de drogas en contextos de violencia y alta vulnerabilidad social. Como método, utilizamos las

narrativas de la experiencia del Proyecto Redes (Fiocruz) en la ciudad de Porto Alegre. Los resultados apuntan para una serie de brechas en el cuidado y protección de esas mujeres, así como de violación de derechos. Identificamos una especie de *desmaternización* conducida y protagonizada intersectorialmente como causa y efecto de un modelo homogenizante y excluyente de sociedad. Algunas medidas específicas son recomendadas, tales como el desarrollo de programas de educación permanente y de supervisión clínico-institucional con equipos de la red de protección que acompañan personas en extrema exclusión e invisibilidad social; la implementación de protocolos de cuidado entre la red básica y maternidades y de forma articulada con la red de asistencia social; la creación de foros de discusión entre operadores del sistema de justicia y la red de protección para la revisión y pactuación de flujos visando la garantía de derechos y el pleno acceso a los servicios.

Palabras clave: Maternidad; Drogas; Derechos humanos.

Abstract

This article aims to problematize the conditions of pregnant women who use drugs, in contexts of violence and high social vulnerability. As a method, we use the narrative of the Projeto Redes (Fiocruz) experience in Porto Alegre city. The results point to a number of gaps in the care and protection of these women, as well as violations of their rights. We identified a kind of dematernization conducted and carried out intersectorally, as cause and effect of a homogenizing and exclusionary model of society. Some specific measures are recommended, such as the development of permanent education programs and clinical-institutional supervision with safety net teams that accompany people in extreme social exclusion and invisibility; the implementation of care protocols between the basic network and maternities and in an articulated way with the social assistance network; the creation of forums for discussion between operators of the justice system and the protection network for the revision and settlement of flows aimed at guaranteeing rights and full access to services.

Keywords: Maternity; Drugs; Human rights.

A intersecção entre os territórios georeferenciados, temáticos e existenciais

Na sua terceira edição em Porto Alegre, o Projeto Redes focalizou a articulação das redes e o acompanhamento de mulheres em situação de violências e vulnerabilidades, de forma a garantir o acesso de qualidade e continuado, a construção de cidadania e o empoderamento feminino. A equipe local do Projeto era formada por nove profissionais¹.

Partindo da concepção do trabalho vivo em ato,¹ iniciamos as ações do Projeto com observação nos principais serviços e realização de entrevistas com gestores, trabalhadores e usuárias, para produzir um mapeamento que

pudesse guiar nossa entrada nos espaços institucionais. Além de mapear a organização dos serviços a partir de roteiros semi-estruturados (para o levantamento das condições físicas, demanda, cobertura, principais ações, atribuições dos profissionais, prioridades, oportunidades de educação permanente etc) nos ocupamos em realizar uma escuta de possíveis analisadores institucionais (tais como estilo gerencial, canais de comunicação utilizados pelas equipes e integração entre setores).

A escuta permanente dos coletivos de

população de rua e das mulheres foi uma estratégia central utilizada pela equipe do Projeto. Neste sentido, foram fundamentais a participação em reuniões dos fóruns afins e as cartografias em campo, cujos registros em diários de bordo e meios audiovisuais possibilitaram uma melhor identificação das discursivas, dos itinerários e da diversidade dos territórios existenciais.

A construção coletiva com gestorxs, trabalhadorxs e usuárixs das redes intersetoriais, além dos movimentos sociais relacionados ao tema levou à definição de dois territórios georeferenciados (área central e uma região ao extremo sul da cidade com alta densidade demográfica e baixa cobertura), nos quais identificamos o que passamos a chamar de *territórios temáticos*, pois encontramos duas situações específicas de produção de violências e vulnerabilidades transversais a todas as regiões de Porto Alegre: gestantes usuárias de drogas e mulheres apenadas. Tais recortes confrontaram a tendência de invisibilidade desses segmentos femininos, uma vez que tanto no contexto da rua e nas cenas de uso, o público atendido é predominantemente masculino, quanto no sistema prisional a focalização é no universo dos homens, muito embora haja uma taxa crescente de mulheres encarceradas no Brasil.

Delineamos, portanto, três dimensões do território a serem levadas em conta na intervenção da equipe do Projeto Redes: os territórios georeferenciados, temático e

existencial. Tais dimensões foram tomadas como co-existentes e nos remeteram a diferentes planos do real: o molar, das formas constituídas; e o molecular, das forças em engendramento, como potências.²

O uso de recursos da arte e de outras formas de expressão foi um intercessor cartográfico potencializador deste tipo peculiar de escuta, como facilitador justamente quando a palavra aparecia como truncada pelo próprio sujeito ou esmagada pela rotina administrativa.

Desde esta perspectiva, apresentamos Maria como uma personagem que nos permite adentrar nestes territórios e colocar em análise a problemática das gestantes usuárias de drogas. Tomaremos a sua história, os seus itinerários de cuidado e a busca de direitos do casal, para refletir e discutir sobre o processo de produção das (im)possibilidades de maternidade.

Cartografando os itinerários de Maria(s)ⁱⁱ

Maria morava com João, seu companheiro, em uma barraca improvisada em uma das ruas mais movimentadas e emblemáticas do centro de Porto Alegre. Sobreviviam de trabalhos informais esporádicos e, por vezes, também se aventuravam no comércio de drogas ilegais, principalmente o *crack*, que também consumiam. Maria estava grávida novamente e resplandecia uma barriga redonda, robusta, apesar do corpo franzino. Gestava Rita, nome inspirado em uma cantora popular.

No barraco de lona, embaixo do viaduto, guardavam com carinho e cuidado o modesto enxoval da bebê que lhes foi presenteado, as vitaminas e minerais prescritos no pré-natal acompanhado pela equipe do consultório na rua, bem como alguns documentos e pertences. Ali também faziam planos de constituição de uma família, talvez ir para um abrigo, sair da rua. Rita, ainda no útero, funcionava como forte agenciamento de possíveis em Maria e João. Uma perspectiva nova para eles que, embora jovens, estavam quase desistindo de futurar, imersos na temporalidade curta da luta pela sobrevivência, entre conseguir comida, dinheiro e a próxima pedra a ser fumada. Rita produzia em seus pais o desejo e a possibilidade de um ciclo de vida muito mais ampliado, que incluía ter uma moradia mais digna, cuidar da filha e acompanhar o seu crescimento – sua entrada na escola, quem sabe uma faculdade, um futuro com mais saídas.

Contudo, João e Maria tinham muitas dúvidas sobre o futuro imediato. Como fazer para conseguir ficar com Rita? Sabiam, por sua experiência e a de outros conhecidos em situação da rua, que a maioria dos casais ou das mães em situação semelhante, sequer conseguiam conhecer seus bebês. Sabiam, inclusive, qual hospital procurar no momento do parto para ter mais chances de permanecer com a filha.

Tinham ouvido relatos de outras companheiras que fizeram parto na rua, em condições

precárias, para terem a chance de estar com seu bebê desde estes primeiros momentos e, quem sabe, constituir uma maternidade possível. Outras Marias não realizavam acompanhamento pré-natal, tampouco faziam algum tipo de exame, pois sentiam medo destes procedimentos, pois só o que escutavam é que seu uso de drogas era totalmente prejudicial ao bebê. Imaginavam que estivessem gerando um “monstro”. Também haviam aquelas gestantes que tomavam a decisão drástica de parir na rua e “dar” o filho a uma pessoa conhecida, pois assim, ao menos, saberiam aonde a criança estava e poderiam visitá-la de vez em quando, enquanto ela cresceria em família, “um lar de verdade” como costumavam dizer.

No caso desta Maria, ela diz que quando chegou na maternidade para parir seus filhos anteriores, eles foram diretamente para a adoção e nem pode segurá-los no colo. Ela não sabe para onde foram ou estão agora. Os motivos alegados pelas equipes do hospital e do judiciário foram desde a necessidade de cuidados de saúde do recém-nascido, à falta de moradia fixa dos pais, até a suposição de uma futura negligência familiar.

O conjunto destes relatos surpreendeu a equipe do Projeto Redes por vários motivos: as equipes dos serviços que faziam o acompanhamento da população em situação de rua problematizavam mais a descontinuidade nos tratamentos sem evidenciar a destituição do poder familiar de gestantes usuárias de drogas como uma

prioridade a ser enfrentada; a rede de saúde demonstrava dificuldades no cuidado aos usuários de drogas, com evidências de uma forte patologização, concorrendo para a sua estigmatização na opinião pública.

Diante destas narrativas, várias indagações foram se apresentando para a equipe do Projeto Redes: quais eram os protocolos que embasavam as ações de cuidado das equipes de saúde? Como se dava a articulação da rede de saúde com os demais setores afins, tais como assistência social, guarda municipal e habitação? Quais eram os procedimentos no sistema de justiça acerca da destituição do poder familiar de gestantes usuárias de drogas? Como construir itinerários na rede de proteção que levassem em conta as potencialidades e os direitos dos usuários?

Fracasso dos protocolos ou protocolo do fracasso?

Maria e João foram acessados pelo Projeto a partir da procura dele por um atendimento junto à equipe de atenção básica do seu território de moradia, quando leva junto sua companheira. A articuladora social inicia uma conversa com ambos, mas ele é quem responde e parece querer contar sua história. Revela que ela está grávida, fato que permite à articuladora tentar trocar algumas palavras com a mulher que se mantém tímida e reticente. Mas a articuladora respeita seu silenciamento e vai, através do companheiro, tecendo a conversa. Como já mencionado, Maria e João fizeram o

acompanhamento pré-natal junto aos serviços de saúde. Ele revela que vivem em uma ocupação, que estão bem lá, tudo é muito organizado, mas teme que sejam despejados logo agora que ela está grávida e precisando de um espaço de moradia.

A articuladora aproveita para “trocar mais um dedo de prosa” com João e Maria e combinam de juntos buscarem ajuda na assistência social do município. Mas, entre o planejamento de um encontro e outro, a desocupação acontece. A articuladora se junta às equipes da saúde e da assistência em frente ao prédio que estava sendo desocupado para poderem pensar conjuntamente as possibilidades de moradia para este casal.

Eles acabam indo para rua, numa estrutura bem precária, enquanto as equipes discutem as possibilidades de moradia. Eles não querem se separar e não há vagas no abrigo de família. A alternativa seria abrigagem individualizada para ela, por estar grávida, enquanto ele teria que se vincular diariamente ao albergue municipal. Esta alternativa não agrada o casal que permanece na rua.

Maria entra em trabalho de parto em situação de rua e, chamado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), acaba indo para a temida maternidade, aquela que o casal planejava evitar por serem maiores os riscos de serem separados do bebê. Chegando lá, nasce Rita e, justificando seus temores, sequer conseguem vê-la. Como outras crianças

nascidas de mulheres usuárias de drogas e em situação de vulnerabilidade social, Rita vai para a unidade de terapia intensiva pediátrica.

O casal não pode ir neste espaço por conta de uma suspeita de tuberculose. Em função da suspeita, Maria é colocada no isolamento, apesar de ter feito dois exames com resultados negativos. No isolamento, não pode receber visitas, não vê nem amamenta seu bebê, apenas fica ali deitada em um quarto branco, sozinha com a luz acesa durante as 24 horas. A equipe do consultório na rua, junto com a articuladora social, entram em campo para tentar intervir e ajudar esta família.

João quer registrar a filha e levá-la para casa, mas não há casa. Apenas um barraco precário. As equipes se reúnem para tentar encontrar uma solução enquanto a família não recebe alta. Maria não consegue ficar no hospital. Sozinha, insegura e agitada, acaba fugindo da maternidade e voltando para rua atrás de João. Ele acolhe Maria e buscam a equipe na perspectiva de recuperarem Rita que ficou no hospital.

O Judiciário entra em cena, acionado pela equipe da maternidade pelo entendimento de que a criança não pode ficar com os pais. Durante toda a gestação eles estiveram na rua, com exceção do período vivido na ocupação e, por isto, a articuladora faz a proposta de que a equipe do Judiciário escute o casal. O encontro foi aceito e nesta audiência João e Maria reafirmam o desejo de ficar com Rita. São

informados de que podem recorrer a permanecer com a guarda, mas, que no momento, a filha ficará abrigada enquanto eles se organizam. Podem contar com o auxílio de um defensor público. João lembra das irmãs que tem endereço fixo. O juiz informa que se elas tiverem condições e interesse podem, como família extensiva, permanecer com Rita, enquanto eles buscam se organizar para poder ficar com a filha.

João pede ajuda para as equipes e para articuladora a fim de acessar o defensor público. Também quer encontrar suas irmãs e uma alternativa de moradia. Concorda e aponta para Maria que o melhor é ela ir para um abrigo com Rita, enquanto ele busca resolver todos estes problemas para que finalmente possam estar juntos outra vez. É marcado um encontro com o defensor público para a semana seguinte.

Enquanto isto, ficaram impedidos de conhecer Rita, mesmo sem a restrição manifesta do juiz, uma vez que, pelo contrário, isto seria um direito dos pais. O impedimento é dado pela psicóloga do serviço de acolhimento institucional para onde Rita foi levada, com a “justificativa técnica” de que “para a criança seria melhor não criar vínculo”. Mas, desde o século XIX, os especialistas não têm ressaltado que para o cuidado em saúde da criança se faz necessário criar e fortalecer vínculos, especialmente com a mãe? O que justificaria, portanto, esta medida restritiva? Além disto, como a psicóloga podia desconsiderar que o Estatuto da Criança e do Adolescente³

estabelece o direito à convivência familiar (artigo 19), bem como determina que durante o acolhimento institucional sejam esgotadas todas as possibilidades de reintegração familiar (artigos 92 e 101)? Portanto, havia claros indícios de que o problema maior não era a existência de trâmites burocráticos, mas o fato de que estes agenciavam a produção da *desmaternização* da relação entre Maria e Rita. Além disto, tais procedimentos eram motivados por uma preocupação restrita à proteção da criança e, com isso, justificavam a separação do vínculo mãe e bebê, tendo as drogas e a situação de rua como argumentos principais para tal fato.

Após muita negociação da equipe de saúde foi finalmente possível fotografar Rita no abrigo para que seus pais pudessem ver pela primeira vez o seu rosto. Apesar desta alegria, o casal sentia como ainda muito distante a possibilidade de estarem juntos, o que gerava sentimentos de revolta, angústia e impaciência, numa espiral ascendente de vulnerabilização. Sentiam que Rita, mas também os seus sonhos estavam sendo sequestrados, mais uma vez.

Os protocolos do fracasso no circuito das maternidades e do sistema de justiça

A reiteração destes fatos nas histórias de vidas de outras Marias nos levou a supor que não estávamos diante de fracassados protocolos de cuidado, mas que, justamente, os protocolos (oficiais ou informais) foram construídos na perspectiva do fracasso, ou seja, na suposição

de que estas mães estavam fadadas a fracassar nas suas funções de maternidade. Eram previamente acusadas de uma negligência em relação a seus filhos, que sequer havia acontecido ainda. Assim sendo, meras convicções se tornavam mais fortes do que os fatos e, inclusive, acima da lei.

Um levantamento, ainda inédito, relativo ao ano de 2016, realizado pela Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul nas maternidades do estado nos permitiu dimensionar a extensão do que chamamos de *protocolos do fracasso*. O mapeamento foi fruto de uma solicitação do Conselho Nacional de Saúde e do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, e teve por objetivo conhecer os dados relativos aos partos das mulheres usuárias de drogas e em situação de vulnerabilidade social.

Em Porto Alegre o levantamento foi feito em cinco maternidades. Foram 270 partos em 2016, sendo que destes, 12 bebês vieram a óbito, o que indica uma taxa de mortalidade de 4,44%, um número bastante inferior à média estadual do total de partos, independente do perfil da gestante. Ainda que seja preciso mais tempo para realmente podermos relacionar o dado obtido no levantamento ao quantitativo total estadual, já de antemão chamou atenção o baixo índice de mortalidade. O mesmo levantamento ainda apontou que 112 casos de partos de gestantes usuárias de drogas foram encaminhados para o Judiciário, ou seja, 43% dos casos. Destes, 60 crianças recém nascidas

foram encaminhados diretamente para acolhimento institucional, o que significa 23% dos bebês nascidos e mais da metade das situações encaminhadas ao sistema de justiça, o que já é um índice altíssimo de encaminhamentos. Outro destaque é de que o maior número de casos judicializados se concentrava no hospital municipal considerado referência na saúde materno-infantil.

Neste levantamento, várias outras evidências de violações de direitos das mulheres e das crianças puderam ser visualizadas, a começar pelo fato de crianças recém-nascidas serem internadas em unidade de tratamento intensivo sem critérios clínicos claros, uma vez que ficou evidenciado um baixo número de partos com complicações clínicas. E, dessa forma, se produziam outras violações de direitos, como a não colocação da mãe e filho em alojamento conjunto, impedimento do direito a conhecer o recém nascido e/ou amamentar. E como já havia uma clara construção dessa *desmaternização*, também o registro do nascimento em alguns hospitais não respeitava o encaminhamento padrão.

E seguindo tal *protocolo do fracasso*, a maioria dos pais, como Maria e João, não eram notificados sobre o local de acolhimento institucional. Da mesma forma, não havia oferta de assistência psicológica ou psiquiátrica à mulher no período pós-natal como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal, evidenciando que a separação, dita profilática, apresentava um forte conteúdo

moral sobre as impossibilidades pressupostas de maternagem. E, mais estranho ainda, é que enquanto o uso de drogas dessa gestante/mãe era um forte argumento para a separação do bebê, não havia qualquer atendimento na maternidade ou encaminhamento posterior para seu cuidado na rede de saúde, corroborando dados da pesquisa efetuada por Marques em 2015⁴ sobre a inexistência de serviços específicos voltados para o atendimento às puérperas usuárias de drogas.

Por sua vez, a análise dos processos judiciais de destituição do poder familiar no Rio Grande do Sul de 2011 a 2017⁵ sinalizou convergências quanto aos *protocolos do fracasso*, evidenciadas nos argumentos mais frequentes no Tribunal de Justiça do RS: a) a não realização de exames pré-natais, desconsiderando que a oferta e o acesso são reconhecidamente insuficientes, principalmente às famílias em maior vulnerabilidade e que acabam sendo objeto das destituições; b) a falta de adesão ao tratamento da dependência química que, além de culpabilizar os usuários pela falta de oferta e acesso, ainda aponta para a lógica monocrática da abstinência das drogas; c) a situação anterior de destituição do poder familiar, que impõe uma lógica moral de causa e efeito e acaba produzindo a necessidade, como uma das histórias aqui apresentadas, de produção sequencial de tentativas de maternidade; d) a situação de rua que, em casos como os de João e Maria, culpabilizam os próprios cidadãos pela falta ou insuficiência de políticas públicas em todos os âmbitos (assistência social, habitação,

trabalho, saúde etc.; e) os genitores não encontrados, muito embora esta situação seja suscitada, muitas vezes, pela condição de morar na rua ou pela própria separação do bebê e o impedimento de visitas no abrigo; f) crianças com grave problema de saúde (sífilis congênita/HIV), o que também culpabiliza os pais por uma falta de acesso, ao invés de apoiá-los no cuidado dos filhos; g) o não comparecimento à audiência, sendo que muitas vezes os genitores desconhecem ou há uma falta completa de entendimento da necessidade desse comparecimento, ou mesmo de vivência dos espaços da justiça como risco de encarceramento; h) a não apresentação de testemunhas, quando a situação de rua ou de extrema vulnerabilidade também afastam essa possibilidade e, mesmo com sua presença, é comum que seu testemunho seja tão destituído de valor da palavra quanto a dos genitores; i) a não realização de visitas aos filhos que estão no abrigo ou com família extensa, enquanto que é frequente para a maioria dos pais não saber estes endereços.

Também é possível encontrar argumentos enfáticos (o grifo é nosso) mas sem sustentação factual e legal nos próprios processos judiciais de destituição do poder familiar, tais como: “completa falta de higiene da moradia e das próprias pessoas”; “absoluto descuido com a saúde da criança”; “triste situação pessoal vivida pelos genitores e a sua total inaptidão para atender o filho em suas necessidades”; “pessoas bastante desajustadas, ele por histórico de ser

usuário de drogas e ela por não apresentar o menor interesse em dispensar os cuidados de que o filho requer”; “mesmo nessa época em que tentavam uma reestruturação, a equipe técnica depositava pouca confiança em uma recuperação plena”; “ela não consegue manter-se em abstinência, ou seja, ainda está consumindo álcool”. Destaca-se que, não raramente, predomina uma visão equivocada do uso de drogas, compreendido como “vício”, ou determinante de sequelas para o recém-nascido e que, por isto, seria imprescindível a abstinência como finalidade do tratamento, numa clara rejeição ou desconhecimento dos resultados positivos da política de redução de danos.

Encontramos ainda algumas lacunas nos procedimentos judiciais, que podem levar o magistrado a um entendimento precoce e impreciso, como no caso de laudo técnico do Judiciário sem a entrevista com os pais ou feita em um dia somente, sem acompanhamento do defensor público ou procurador particular ou, ainda, pautado em verificação parcial de fatos, como na mera declaração de terceiros sobre a suspeição de uso de drogas por parte dos pais, por exemplo.

Em síntese, observa-se que o sistema de justiça acaba penalizando os genitores pela inexistência de programas de apoio previstos pelo ECA ou pelos problemas de cobertura das políticas sociais. Todavia, os altos custos financeiros das medidas de acolhimento poderiam ser investidos em programas de reintegração familiar. Conforme dados da

Fundação de Assistência Social e Cidadania de Porto Alegre, em 2015, o custo per capita de uma criança acolhida é de R\$ 3.500,00, uma quantia mais do que suficiente para ser investida em programas de reintegração familiar, ao invés do elevado ônus da institucionalização de crianças, especialmente daquelas menores de 3 anos, cujas nefastas consequências no seu desenvolvimento têm sido apontadas pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) nos últimos anos, como veremos a seguir.

Como se não bastassem todas essas lacunas nos processos judiciais, também as encontramos na própria rede de proteção. As mulheres em situação de rua se defrontam com inúmeras barreiras para acessar ações e serviços públicos: ausências de informação, de documentação, de endereço convencional etc. Ao mesmo tempo, não há fluxos definidos para a “entrega protegida”, quando os genitores referem o desejo de não permanecer com a criança, muito embora tal situação esteja prevista no ECA, no Marco Legal da Primeira Infância⁶ e no Provimento da Corregedoria Geral da Justiça 48/2015, artigo 2º.

Além disso, há uma inexistência ou escassa cobertura dos programas de apoio previstos no marco legal ou institucional, tais como nas políticas de saúde (Casa da Gestante, Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 24 horas e Unidade de Acolhimento) ou nas políticas de assistência social (Programa de Acolhimento Familiar, Abrigos de Família,

Aluguéis Sociais ou Moradia Solidária). Também não é feita ou esgotadas as tentativas de localização da família extensa, sendo que não há clareza, inclusive, sobre a competência desta busca: caberia à maternidade, ao Judiciário, à equipe do abrigo, à equipe da área de proteção social da Prefeitura?

O sofrimento psíquico na desmaternização

Frente a todas estas lacunas e violações de direitos que as mulheres vivenciam nos processos de *desmaternização*, chamamos a atenção para o sofrimento psíquico daí decorrente, como no caso da acentuada angústia de separação ou de desrealização diante da experiência dos bebês sem rosto ou mesmo das citadas fantasias sobre os “bebês-monstros”. Tais vivências diminuem as possibilidades de elaboração do luto pela criança que foi desejada e lhe foi compulsoriamente retirada, ficando a experiência de roubo, de sequestro, de desaparecimento de seu filho, junto à vivência de uma culpa a ela imposta. E como consequência dessa falta de luto, o vazio do bebê roubado a ser preenchido por outro bebê, numa espiral de produção de gravidezes de repetição e sua desmaternização, muitas vezes com um próximo pré-natal e parto sem acompanhamento da rede de saúde e assistência, como forma radical e desesperada de constituição da maternidade. A identificação deste analisador, inclusive, amplia a versão apresentada por Almeida e Quadros⁷ em 2016 sobre o fato de que, muitas vezes, tais mulheres

não fariam uso de métodos contraceptivos como meio para ter acesso à droga e, como consequência desse comportamento, aconteceria a recorrência de gestações ao longo da vida dessas mulheres.

Nesse processo de *desmaternização* parte-se do pressuposto de que as genitoras usuárias de drogas são incapazes de proteger seus filhos, conduzida por um julgamento moral presente em vários seguimentos das redes de cuidado e proteção, por fugir dos estereótipos de “boa mulher” e “família estruturada”. Contudo, um estudo de meta-análise estadunidense em 2010, coordenado por Milligan,⁸ apresentou dados consistentes de que tratamentos para uso de substâncias que incluem programas relacionados ao papel de ser mãe resultam na redução do consumo de drogas pelas mulheres usuárias. Além disto, uma pesquisa de Limberger, Schneider e Andretta⁹ realizada em 2015, no Rio Grande do Sul com mulheres usuárias de crack apontou que 33% das entrevistadas sinalizaram os filhos como motivação para a busca do tratamento. Portanto, ao contrário das suposições das equipes e do senso comum, a maternidade é fator de proteção para a gestante usuária de drogas. Já as ameaças de perda da custódia dos filhos contribuem para o enfraquecimento da relação médico-paciente e para a redução de adesão ao pré-natal e do seguimento do cuidado em saúde mental.

No caso das crianças institucionalizadas, os efeitos adversos não são menores,

principalmente quando o acolhimento institucional deixa de ser a excepcionalidade e passa a ser a regra. Muito embora a medida não devesse ser compreendida como castigo ou pena para os pais, os procedimentos que vêm sendo utilizados estão longe de ter um cunho educativo para a família e, menos ainda, de levar ao desfecho da reintegração familiar. Considerando a precariedade dos serviços de acolhimento institucional em Porto Alegre, todos contratados pela Prefeitura (que não mantem mais uma rede própria), cabe problematizar em que medida o cuidado ali oferecido seria qualitativamente superior àquele proporcionado pelos genitores, com apoio da rede de proteção. Estudos sinalizados pelo Unicefⁱⁱⁱ apontam que, para cada ano de institucionalização, a criança tem um atraso de 4 meses em seu desenvolvimento, com seis vezes mais riscos de estar exposta a algum tipo de violência e, especificamente, quatro vezes mais exposta à violência sexual.

Considerações Finais

A problemática vivenciada pelas gestantes usuárias de drogas nos desafia para uma necessária e urgente quebra de paradigmas no sentido de reversão da lógica discriminatória e excludente presentes, inclusive, na rede de proteção. Uma mudança cultural abrangente se faz necessária, pois mesmo diante dos novos arranjos familiares, o modelo nuclear burguês é ainda a referência e, apesar de avanços no que diz respeito às relações de gênero, subsiste a representação feminina circunscrita ao

ambiente doméstico e como principal provedora do cuidado dos filhos. Desta forma, a mulher acaba sendo responsabilizada por suas fragilidades e culpabilizada por possíveis falhas na proteção de sua família.

Revela-se a necessidade de um árduo trabalho coletivo e conjunto dos diferentes atores que compõem o universo do cuidado e proteção às mulheres usuárias de drogas em situação de rua e/ou vulnerabilidade social: os trabalhadores das equipes da saúde, da assistência, os operadores do direito e mesmo os gestores que planejam a política, para que a possibilidade da garantia do exercício da maternidade se desenhe no horizonte destas mulheres.

Algumas medidas específicas são recomendadas: desenvolver programas de

educação permanente e de supervisão clínico-institucional com equipes da rede de proteção que acompanham pessoas em situação de extrema exclusão e invisibilidade social; implementar protocolos de cuidado a gestantes usuárias de drogas, integrados entre a rede básica e maternidades, de forma articulada com a rede de assistência social; criar fóruns de discussão entre operadores do sistema de justiça e a rede de proteção para a revisão e pactuação de fluxos visando a garantia de direitos e acesso aos serviços; fomentar a integração entre os programas de cuidado das pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas com a assistência pré-natal, na perspectiva de redução das complicações materno-fetais e dos custos nelas envolvidos; priorizar programas na rede psicossocial que aumentem a interação entre os filhos e as usuárias de drogas.

Notas

ⁱ Márcio Mariath Belloc, coordenador de território; Károl Veiga Cabral, Carmen Silveira de Oliveira e Carlos Guarnieri, supervisoras e supervisor; Carla Denise Leão, Carla Malinowski Neves, Luciana Knijnik, Michele Eichelberger e Belchior Puziol Amaral, articuladoras sociais e articulador social.

ⁱⁱ Os nomes aqui utilizados são fictícios, na perspectiva de preservar a identidade dos acompanhados.

ⁱⁱⁱ Cf. https://youtu.be/zi_WUhhNRel

Referências

¹Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

²Deleuze G, Guattari F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34; 1996.

³Lei 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.

⁴Marques TC. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no atendimento às mulheres puérperas usuárias de drogas na perspectiva da convivência familiar [dissertação]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 2015.

⁵Tribunal de Justiça do RS. JusBrasil. Relatório processos judiciais de destituição do poder familiar no Rio Grande do Sul de 2011 a 2017. Porto Alegre; 2017.

⁶Lei Federal nº 13.257 de 8 de março de 2016. Marco Legal da Primeira Infância. Brasília; 2016.

⁷Almeida DJR, Quadros LT. A pedra que pariu: Narrativas e práticas de aproximação de gestantes em situação de rua e usuárias de crack na cidade do Rio de Janeiro. *Pesquisas Práticas Psicossociais*. 2016; 11(1): 225-37.

⁸Milligan K, Niccols A, Sword W et al. Maternal substance use and integrated treatment programs for women with substance abuse issues and their children: a meta-analysis. *Substance Abuse Treatment, Prevention Policy*. 2010; 5:21.

⁹Limberger J, Schneider JA, Andretta I. Especificidades do tratamento de mulheres usuárias de crack: interface com direitos humanos. *Psicologia Pesquisa*. 2015; 9(2): 139-47.

ARTIGO ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n1supl51-59>**“Oh pedaço de mim, oh metade amputada de mim...”¹***“Oh piece of me, oh half of myself amputated from me...”***Paula Monteiro de Siqueira**

Psicóloga, Mestranda na Faculdade de Saúde Pública/USP
E-mail: paulasiqueira@usp.br

Mariana Leite Hernandez

Psicóloga, Mestre pela Faculdade de Saúde Pública/USP, Prefeitura de São Paulo
E-mail: mleiteh@gmail.com

Lumena Almeida Castro Furtado

Psicóloga, Doutora pela UFRJ, Prof. Adjunta da Faculdade de Medicina da UNIFESP
E-mail: lumenafurtado@gmail.com

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Médica, Livre docente, Profa Associada na Faculdade de Saúde Pública/USP
E-mail: laura.macruz@gmail.com

Harete Vianna Moreno

Fonoaudióloga, Mestre pela UNIFESP-BS, Prefeitura de São Paulo
E-mail: harete@uol.com.br

Heloisa Elaine Santos

Psicóloga, Mestre pela Faculdade de Saúde Pública/USP
E-mail: heloisaes1103@gmail.com

Resumo

Este artigo foi produzido a partir da vivência de trabalhadores/pesquisadores junto a mulheres em situação de grande vulnerabilidade que, em nome uma suposta “proteção” à criança, tem tido negado o direito de viver sua maternidade. São mães órfãs de seus próprios filhos, sequestrados, muitas vezes antes mesmo da primeira mamada, em maternidades de várias cidades do país. A condição da mulher, negra, em situação de rua ou de grande vulnerabilidade social, associada ao uso de álcool e/ou outras drogas, tem sido um marcador para a ação violenta e conjunta de instituições como as da Saúde, da Assistência Social e Judiciário. O texto busca refletir sobre a relação entre o ato de cuidar e a produção de tutela e autonomia, central nesta situação em que, tanto o sequestro de bebês como a defesa do direito das mães de terem seus filhos podem ser exercidos no âmbito do cuidar em saúde. O que está no cerne desse debate são os sentidos do ato de cuidar. Este artigo se propõe a apresentar e refletir sobre esta situação para ajudar a romper o silêncio, amplificar a denúncia e avançar na disputa por um cuidado que ajude a produzir mais vida.

Palavras-chave: Assistência integral à saúde; Pessoas em situação de rua; Violência contra a mulher; Vulnerabilidade social.

Abstract

This article was produced based on the experience of working together with women living in huge vulnerability, whom had denied their right to motherhood in name of a supposed children "protection". They are orphan mothers of their own

children, legally kidnapped, many times even before the first breastfeed, in hospitals of several Brazilian cities. Being woman, black, homeless or living in intense social vulnerability, associated with the use of alcohol and/or other drugs, have been considered enough to justify violent action from Health, Social Assistance and Judiciary altogether. This article proposes a reflection around the principles that guide institutional actions that allow public authorities to kidnap their babies, denying

their right to keep their children custody, denying them opportunities of rebuilding their lives even under straight support and supervision. This article proposes to break the silence, amplify the denunciation and advance in the dispute for a care that help to produce more life.

Keywords: Comprehensive health care; Social vulnerability; Homeless people; Violence against women.

Introdução

Este artigo foi produzido a partir do processamento coletivo da experiência de trabalhadores pesquisadores no contexto da rua da cidade de São Paulo, vivenciadas em iniciativas tais como o Programa de Braços Abertos (DBA), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Consultório na Rua (CnaRua). Dentre muitos casos problematizados estão os de mulheres, a quem, por viverem uma situação de vulnerabilidade e em nome de uma suposta “proteção” à criança, tem sido negado o direito de viver sua maternidade.

Mães órfãs de seus próprios filhos, sequestrados, antes da primeira mamada, nas maternidades de várias cidades do país. Cordão umbilical arrancado com violência, interrompendo compulsoriamente a relação mãe-filho(a), reduzindo-a à mãe-depositária, com quem o bebê só pode permanecer até o nascimento e, tão logo retirado de seu útero, entregue a equipamentos de “proteção”.

Em muitas situações, a ação conjunta da

saúde, assistência social e Conselhos Tutelares, tem o respaldo explícito do poder Judiciário. Entretanto, ações como as registradas neste texto não se restringem às maternidades de municípios em que há estas recomendações formais do Ministério Público ou do Judiciário, são práticas recorrentes em muitos outros lugares.

Alguns buscam revestir tais ações violentas de certa legitimidade institucional em nome da *proteção da criança*, alegando prerrogativas a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). O ECA, que, em muitas situações, foi e é fundamental para defender e garantir o direito das crianças e viabilizar seus direitos sociais, aqui, tem sido apropriado por forças que o usam como dispositivo para negar o direito de mulheres à vida que elas poderiam produzir/construir como mães de seus novos filhos. Assim, dependendo da força que se apropria de um problema ou de um conceito - no caso o ECA - são diferentes os valores produzidos. Direitos de uns, supostamente

contra direitos de outros, todos sem voz ativa, assujeitados.

Em diversas oportunidades, diretrizes e fluxos visando a atenção integral à saúde das mulheres e das adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e seus filhos(as) recém-nascidos foram reivindicados pelos movimentos sociais e discutidos por órgãos governamentais, como o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), sendo reconhecida a necessidade do protagonismo dos Sistemas Único de Saúde (SUS) e Assistência Social (SUAS) no acompanhamento a este público devido à complexidade de suas necessidades. Foram desaconselhadas decisões imediatistas, tais como a retirada dos bebês das mães, pois violam os direitos das mulheres e das crianças, causando danos irreparáveis a ambos. Recomendou-se o acompanhamento integrado antes, durante e depois do nascimento, de modo que a avaliação das condutas fosse feita caso a caso, respeitando assim as singularidades.² No entanto, em função da complexidade das situações e das intensas disputas ético-políticas em torno do tema, recomendações, por mais acertadas que sejam, não são suficientes para produzir os enfrentamentos necessários para defesa dos direitos das mães e das crianças.

Está em questão um julgamento moral sobre quem tem e quem não tem direito de ser mãe, sendo autorizado o emprego da violência contra “uma vida que não vale a pena” em

nome de outra a ser protegida, sem muita reflexão sobre os efeitos dessa separação violenta tanto sobre a “vida que não vale a pena”, como sobre a vida que supostamente está sendo defendida. Existe um silêncio cúmplice em torno dessa violência! Este artigo se propõe a apresentar e refletir sobre esta situação para ajudar a romper o silêncio, amplificar a denúncia e avançar na disputa por um cuidado que ajude a produzir mais vida.

Discussão e reflexão sobre os nossos encontros com as mães órfãs

“mas eu nem vi o rosto dele!”

Foi com esta frase - e com o sofrimento da perda refletido nos olhos - que encontramos Helena, sentada e chorando dentro de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Suas lágrimas eram motivadas pela perda do bebê que tivera, com o qual ela não pôde sair da maternidade. A justificativa alegada para a separação mãe e filho era relacionada a alguma complicação de saúde do bebê. Helena voltou ao Centro de Acolhida sem o bebê. Devido a seu comprometimento psíquico e linguagem embotada, os profissionais do equipamento não puderam compreender o que havia acontecido, talvez nem ela mesma o soubesse. Voltando à maternidade, agora acompanhada por profissionais da Equipe do Consultório na Rua, não puderam ver o bebê, nem foram atendidas pela assistente social da maternidade, apenas receberam a notícia de que o bebê já não se encontrava ali. Seria

preciso procurar a Vara da Infância e Juventude.

Em outra cena, Marlene e Débora, moradoras do Hotel do DBA, que durante toda a gestação estiveram nas frentes de trabalho do Programa, usando seus salários para preparar a chegada de seus bebês, após o parto foram sentenciadas pela equipe do hospital a não saírem da maternidade com seus filhos. Os bebês seriam entregues a um abrigo. Foi necessária uma ação intensa da equipe do Consultório na Rua (CnaRua), que acompanhava os casos, para “legitimar” junto à equipe do hospital a fala das mães de que poderiam cuidar de seus filhos. Só foi possível saírem com seus bebês após a negociação de um arranjo de cuidados por parte da equipe do CnaRua com pessoas de suas famílias ampliadas. Estas seriam responsáveis pelos bebês, e as mães teriam que passar um tempo na casa das avós para receber ajuda nos cuidados aos bebês. Durante a gestação demonstraram alegria e orgulho, buscaram novos modos de cuidar da vida junto de seus filhos. Isso não foi reconhecido pelo hospital, que tentou pregá-las no lugar de não-capazes de cuidar de seus filhos, de se responsabilizar pelos seus bebês.

No caso de Marta, também moradora de um hotel do DBA, o hospital deu alta para a mãe e manteve o bebê internado, mesmo ele estando saudável. Marta não teve dúvidas, fez uma ação de “resgate” e no dia de sua alta saiu com seu bebê, mesmo sem autorização, e voltou para o

hotel em que morava com apoio da equipe. A mãe-heróina agiu na clandestinidade para garantir um direito.

“Helenas”, “Martas”, “Marlenes”, “Déboras” têm se multiplicado no cotidiano de São Paulo e de outros municípios. São gestantes, em situação de vulnerabilidade social que por vezes experimentam novas possibilidades de se conectar com o mundo a partir da experiência singular de se constituir enquanto mãe. Depois da gestação estas mulheres têm seus bebês “sequestrados” e levados para abrigos contra sua vontade.

Estas cenas nos fazem refletir sobre quais vidas valem a pena em uma sociedade marcada pela naturalização da desigualdade e legitimação do exercício do biopoder sobre a vida. A condição da mulher, negra, em situação de rua ou de grande vulnerabilidade social, associada ao uso de álcool e/ou outras drogas tem sido um marcador para a ação violenta e conjunta de instituições como as da Saúde, da Assistência Social e do Judiciário.

A atuação dessas forças suscita o debate sobre a tensão entre autonomia e tutela que permeia o âmbito do cuidado, tensão que também atravessa os processos de cuidados dos loucos, dos usuários que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Tal disputa é também uma disputa de narrativas, ou seja, a quem é dada a possibilidade e o direito de falar sobre si, sobre seu corpo e afetos. E mais do que isso, a possibilidade de construir seus caminhos.

Tanto o sequestro de bebês como a defesa do direito das mães ficarem com seus filhos são exercidos no âmbito das ações em saúde. A tutela - outorgada ou conquistada - pode estar relacionada a um agir castrador ou libertador e o cerne do debate é: quais os sentidos do ato de cuidar? Ele pode se conectar com as necessidades do usuário na sua singularidade ou ser dirigido pelos pré-conceitos que universalizam a ação do profissional e legitimam ações castradoras sob o manto do cuidado. Citando Merhy:³

Neste percurso torna-se um imperativo a compreensão da concretude que o ato cuidador adquire, a partir de suas características de composição intrínseca, e no qual identifico a presença tensa da relação tutelar e liberadora, comprometidas com agires de um sujeito sobre o outro, de modo comprometido e “amarrado” a possibilidade de se agenciar processos de ganhos de autonomia, por este outro que busca uma tutela outorgada, do ato cuidador. O ato cuidador é centralmente um ato de tutela outorgada, que poderá conforme o modelo de intervenção ser ou não castradora.^{3:4}

Essas mulheres, que têm suas existências marcadas pelo estereótipo de incapazes, interdadas, sob a égide do “ato cuidador”, seguem sendo destituídas de sua dignidade quando da retirada dos seus bebês e da possível maternidade. Maternidade, que em muitos dos casos, até o momento do parto tinha sido uma escolha delas.

É então necessário refletir sobre as práticas de liberdade, sobre a ação do Estado na conformação dos corpos e da vida. Lobo, Nascimento e Coimbra⁴ argumentam tratar-se

de: “[...] subjetividades serializadas, homogeneizadas, determinando o modo correto de viver e um controle aberto sobre os comportamentos.”^{4:123} Homogeneização que é um dispositivo de controle social biopolítico da população, exercido mais intensa e violentamente sobre a população em situação de maior vulnerabilidade.

O preconceito naturalizado em relação a algumas vidas faz com que a ação do profissional de saúde e da assistência social aconteça sem culpa, revestida de uma noção moral de proteção. Estes profissionais ficam certos de terem “salvado” uma vida (a da criança), sem perceber o tamanho da violência que perpetraram ativamente. Sobre tais práticas, Mendes⁵ afirma que se configuram corroborando com certos sentidos comuns cimentados e repetidamente reafirmados no contexto social. Neste mesmo texto, em seu diálogo com Foucault, tal autor nos convida a pensar a prática de liberdade como prática de resistência, indicando a possibilidade de criação de outros mundos junto com o outro:

Fica claro para mim, Foucault, que não é possível praticar a liberdade sem que o outro participe desse momento no qual, “a entrada em cena das forças” produz a tensão da resistência. Como disse acima, é um momento que nos leva a sair do conforto; na emergência de algo pelo interstício, as práticas de liberdade são as que nos levam a ter ‘atitudes visíveis e invisíveis que criam outros mundos.’^{5:40}

Cuidar de modo conectado com a produção da vida, nas cenas acima, coloca como

necessidade fundamental a criação de uma rede de apoio para poder enfrentar estas situações violentas. Para isso é preciso problematizar os sentidos do cuidado na saúde, pois muitas vezes pautamos a gestão do cuidado no território de forma protocolar, baseada em padrões normativos de comportamentos. Sem levar em conta que, para além dos padrões, há uma vida produzida pelo usuário, que dificilmente consegue ser considerada nas ações dos trabalhadores de saúde. Silva et al.⁶ argumentam que isso acontece porque “se exigiria pensar numa multiplicidade de formas de organizar a produção do cuidado para atender à singularidade dos usuários, não suportada pelo modo tradicional, estruturado e formal pela qual as redes temáticas estão desenhadas.”^{6:205}

Algumas falas de profissionais em serviços em que se realiza o pré-natal exprimem fortemente este preconceito: “a concepção este grupo está fazendo muito bem”, “não vai fazer controle, vai perder as medicações, etc.” Falas que fazem um juízo moral da situação da gravidez e colocam na mulher a responsabilidade por “aderir ou não” ao que é programado para seu acompanhamento, sem preocupação em construir de modo compartilhado um plano de cuidado conforme suas necessidades/possibilidades.

Adichie,⁷ numa apresentação em julho de 2009 na TEDGlobal Conference, apresenta a ideia de que é um perigo olharmos para a vida, para

as pessoas, com uma única história a nos servir de lentes. Assimilar uma única história sobre o outro é, na maioria das vezes, reduzi-lo:

Todas essas histórias fazem-me quem eu sou. Mas insistir somente nessas histórias negativas é superficializar minha experiência e negligenciar as muitas outras histórias que formaram-me. A única história cria estereótipos. E o problema com estereótipos não é que eles sejam mentiras, mas que eles sejam incompletos. (...) A consequência de uma única história é essa: ela rouba das pessoas sua dignidade. Faz o reconhecimento da nossa humanidade compartilhada difícil.^{7:}

Quando é possível produzir uma relação que desnaturaliza a maternidade e aposta na construção compartilhada da maternagem, também nasce outro modo de vida. Um Hotel do DBA abrigava 8 mães com seus filhos, a maioria bebês. Havia uma troca constante entre mães, pais, alguns moradores e equipe técnica, sobre os cuidados com os bebês. Numa ocasião, estávamos em uma reunião e um morador, cuja mulher estava grávida de 8 meses, interrompeu, nervoso, a conversa para confirmar qual era mesmo a marca mais adequada de sabão em pó para lavar roupas de bebê, pois este item ainda faltava no conjunto de coisas que organizaram para esperar a criança. Tudo comprado com dinheiro que os dois economizavam todo mês, assim como as outras mães, para conseguir receber as crianças como gostariam. Um sonho sendo gestado, como para muitas outras mulheres e casais.

Difícil refletir sobre este contexto sem referir a brutal situação de violência que submete a mulher e, em particular, a mulher em situação

de rua. Ser mulher na rua é um desafio ainda mais intenso que para o homem. Muitas nos relatam não poder ficar sem um homem, pois sozinhas ficam mais vulneráveis às agressões masculinas. A escolha (ou aceitação) do parceiro pode ser uma decisão por segurança, antes de uma decisão afetiva.

Violência escancarada pelos números oficiais. Dados da Secretaria de Segurança Pública de São Paulo (SSP- SP), divulgados pela Folha de SP em 23 de agosto de 2017:⁸ um caso de feminicídio acontece a cada 4 dias e uma tentativa de feminicídio a cada um dia e meio em São Paulo. Feminicídio: assassinato de uma mulher pela condição de ser mulher. No Brasil, 29% das mulheres afirmam ter sofrido algum tipo de agressão nos últimos 12 meses e dois em cada três brasileiros testemunharam algum tipo de agressão contra a mulher, sendo que 61% dos agressores são conhecidos das vítimas.

Violência que atravessa a porta de entrada dos hotéis do DBA, dos Centros de Acolhida (CAs) e da vida nas ruas. Num dos hotéis, as moradoras criaram um grupo de mulheres, que se reunia periodicamente, para criar laços e conversar. Esse espaço possibilitava o fortalecimento das relações entre elas e, inclusive, autorizava-as a “meter a colher” na relação da outra com seu parceiro, em momentos tensos, para intermediar e evitar uma agressão. Produção delas com elas, afeto, vínculo, escuta fortalecendo cada uma e todas.

Violência que entra pela porta da frente dos diferentes serviços de saúde. Profissionais decidindo pelas mulheres sobre implantes anticonceptivos, se podem amamentar, se podem ter mais filhos, se podem ficar com seus filhos... Uma avó nos contava a respeito de sua neta de menos de dois anos, cuja guarda lhe foi negada. Ela havia conseguido a guarda do seu neto com autismo e falava pela primeira vez no grupo de família sobre essa criança mais nova. Indagada sobre o porquê do silêncio, disse que era uma história que não gostava de lembrar: “eles vieram pra levar ela pra *doação*, tiraram dos braços da mãe (usuária de drogas), todo mundo chorava. Hoje o K. (paciente autista) pega um dvd de uma festa onde a irmãzinha aparece dançando e fica vendo e voltando a cena. Acho que é saúde, né?”

Considerações Finais

A violência de ter retirado um filho não tem paralelo! O que é retirar esse direito, direito ao filho, direito ao afeto, este que também é um ato político?

Além de todos os direitos que foram negados a essas mulheres na construção do lugar que ocupam hoje, configura-se a subtração de um direito central: o de ser mãe e viver a maternidade. Mesmo com o reconhecimento de que a condição socioeconômica não seja motivo para retirada do pátrio-poder, para a mulher em situação de rua este tem sido um caminho sem volta.

Qualquer menção a algum uso de droga já é considerada como incapacitante para a maternagem, mesmo que ela tenha diminuído drasticamente ou parado de usar durante a gestação. Interdição na autonomia da mulher pobre, preta ou em situação de rua. Uma mulher de classe média pode fazer o mesmo uso de droga sem que nenhum profissional de saúde intervenha em sua vida. O poder de subordinação é usado de modos diferentes na mesma “situação objetiva” dependendo de quem é a mulher que a protagoniza. Quase não se pode chamar essa ação violenta de cuidado, tão parcial e preconceituosa.

Em algumas situações, apenas a ação enérgica das equipes de saúde que cuidam daquelas mulheres têm tornado possível garantir que saiam com seus bebês no colo. Em outras, nem essa intermediação é suficiente e o sequestro se concretiza! A cena de Helena chorando, enlouquecida pela dor, que introduz este texto, nos coloca a dimensão desse desafio de lutar pelo

direito de verem o rosto de seus bebês quando nascem e nos dias que se seguem a partir daí!

Em muitos municípios crescem os coletivos que buscam tirar essa violência do silêncio, gritar e denunciar o que vem sendo feito, buscando impedir a escalada dos sequestros, apostando na possibilidade de que mais mulheres possam romper este cerco e de que menos mulheres cantem: “Oh pedaço de mim, oh metade amputada de mim...”¹

Mas precisamos de mais. Mais visibilidade, mais mobilização, mais abertura para ampliar a potência de vidas já tão maltratadas, quase condenadas à morte por indiferença. Visibilidade para o que acontece na sequência da vida dos bebês e das mães. Ferramentas para desmontar micropoliticamente a liberdade de cercear a vida do outro segundo juízos morais e para ampliar a solidariedade e a produção compartilhada com os usuários em todos os atos cuidadores da saúde e fora da saúde.

Nota

¹ Todos os nomes de mulheres utilizados aqui foram trocados.

Referências

¹Holanda, CB. Pedaço de mim; letras.mus.br [internet] Rio de Janeiro: Polygram/Phillips; 1979. [citado 17 jan 2018]. Disponível em: <https://www.letras.mus.br/chico-buarque/86030/>

²Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). Secretaria Nacional de Assistência Social. Nota técnica conjunta nº 001/2016, do Ministério da Saúde e o Ministério do Desenvolvimento Social, que estabelece Diretrizes, Fluxo e Fluxograma para a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos. Brasília; 2016.

³Merhy EE. O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador. [Internet] [citado 07 out 2017]. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/O_desafio_da_tutela_e_da_autonomia_uma_tensao_permanente_do_ato_cuidador/47

⁴Lobo LF, Nascimento ML, Coimbra CM. Sociedade de segurança: algumas modulações na cidade do Rio de Janeiro. In: Fonseca TMG, Arantes, EM (Orgs). Cartas a Foucault. Porto Alegre: Sulina; 2014. p. 121-145.

⁵Mendes PPS. Políticas de amizade: diante da fragilidade da clínica, uma oferta para fortalecer a produção dos cuidados em saúde [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2016.

⁶Silva KL, Magalhães RV, Lana V, Capistrano D. Sofia e tantas outras mulheres usuárias de crack e seus filhos: quando a (in)capacidade de gerir sua própria vida afeta a produção do cuidado. In: Feuerwerker LCM, Bertussi, DC, Merhy EE (orgs). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro : Hexis; 2016. P.292-307.

⁷Adichie C. O perigo de uma única história. [Internet] [citado 07 nov 2017. Disponível: https://www.ted.com/talks/chimamanda_adichie_the_danger_of_a_single_story?language=pt-b

⁸Barbon APJ. São Paulo registra um feminicídio a cada 4 dias; 63% das vítimas morrem em casa. Folha de São Paulo, 2017, 23 ago. Caderno Cotidiano. [citado 07 nov 2017. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/08/1912194-sp-registra-1-feminicidio-a-cada-4-dias-63-das-vitimas-morrem-em-casa.shtml>

ARTIGO ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n1suplemp61-73>**Desobediência Civil na produção singular de cuidado em rede: outros olhares para a mãe usuária de drogas**

Civil disobedience in the singular production of network care: other looks for the mother using drugs

Magda de Souza Chagas

Professora Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense.
E-mail: magdaschagas@gmail.com.br

Ana Lúcia Abrahão

Professora Titular da Universidade Federal Fluminense
E-mail: abrahaoana@gmail.com.br

Resumo

Este texto integra parte dos resultados de uma pesquisa qualitativa de caráter multicêntrico realizada entre os anos de 2014 e 2016 no Brasil sobre redes temáticas do Sistema Único de Saúde. Neste material, trabalhamos com um caso de “desobediência civil” e a construção de rede de cuidado para uma jovem mãe de 24 anos de idade, usuária de drogas e que por este motivo perderia a guarda da filha recém-nascida após o parto, não fosse a intervenção de alguns profissionais que conseguiram construir com e para mãe possibilidades no enfrentamento às drogas e sustentação da vida. A partir de narrativa construída junto com profissionais da atenção básica, foi possível acessarmos a complexidade da elaboração e manutenção do cuidado singular, principalmente em situações de vulnerabilidade, que pede amplas articulações, pactuações intersetoriais, acompanhamento e construção de estratégias para quem decide enfrentar e/ou interromper o uso de drogas na cotidianidade da vida diária. Por fim, destacamos a imensa relevância do olhar atento dos profissionais que apostam que toda a vida vale a pena e do quanto uma “aposta” no fortalecimento do vínculo afetivo mãe-filha no caso de usuárias de drogas grávidas pode impactar e produzir novos territórios existenciais, na reorganização das relações familiares e na autonomia da pessoa.

Palavras-chave: Narrativa; Atenção primária em saúde; Usuários de drogas; Gravidez de alto risco; Rede de cuidados continuados em saúde.

Abstract

This text integrates part of the results of a qualitative research of multicenter character carried out between the years 2014 and 2016 in Brazil on thematic networks of the Unified Health System. In this material, we work with a case of "civil disobedience" and the construction of a network of care for a young 24-year-old female drug user and for this reason would lose custody of the newborn child after delivery, weren't for the intervention of some professionals who were able to build with and for mother possibilities in facing drugs and life support. Based on a narrative built together with primary care professionals, it was possible to access the complexity of the

elaboration and maintenance of singular care, especially in situations of vulnerability, which calls for broad articulations, intersectoral agreements, follow-up, and strategies for those who decide to face and/or stop the use of drugs in everyday life. Finally, we highlight the immense relevance of the attentive gaze of professionals who bet that all life is worthwhile and how much a "bet" in strengthening the mother-daughter affective bond in the case of pregnant drug users can impact and produce new existential territories, in the reorganization of family relations and in the autonomy of the person.

Keywords: Narrative; Primary health care; Drug users; Pregnancy high-risk; Delivery of health care.

Introdução

Nas últimas décadas o campo das políticas públicas tem criado inúmeras articulações no enfrentamento ao uso do álcool, crack e outras drogas. Enfrentamento que ao ser assumido na dimensão de fenômeno social, exige a construção e atualização de abordagens para além da abstinência, como é o caso da inclusão da família no processo de tratamento/reabilitação, ou mesmo da redução de danos. No entanto, ainda engatinhamos em aspectos que compõe este território, como a dimensão de gênero que ainda tem sido negligenciada.

O Relatório Mundial de Drogas da UNODC de 2017¹ aponta que quando comparado o uso geral de drogas entre homens e mulheres, os homens são 3(três) vezes mais propensos a usar maconha, cocaína e anfetaminas do que as mulheres, que ainda apresentam uso mais baixo. No entanto, o consumo entre as mulheres tem aumentado nas últimas décadas

e, embora elas sejam mais propensas a abusar de medicamentos prescritos por receita médica (opióides e tranquilizantes), quando iniciam o uso de outras drogas as mulheres podem avançar mais rapidamente que os homens no desenvolvimento de distúrbios no consumo de álcool, maconha e cocaína¹. Isso tem sido comprovado no cenário epidemiológico brasileiro, em que tem aumentado o consumo de cocaína tanto na forma de pó ou nas formas impuras (crack e merla) por mulheres.

Em 2013 a estimativa era de que no Brasil havia 370 mil usuários de crack e destes 21,3% eram mulheres, solteiras (54%), com média de 29 anos, cor não branca (78%), baixa escolaridade (80% ensino fundamental) e com mais alta proporção de troca de sexo por drogas (55%). Vale ressaltar que, diferente das mulheres, o item troca de sexo por drogas esteve presente apenas em 14% dos homens entrevistados.²

O crescimento do uso de drogas por mulheres exige a inclusão de outras ofertas de cuidado para além das abordagens convencionais, uma vez que está comprovada a forte associação do uso de drogas por este segmento com o aumento do número de filhos, a presença da gravidez durante processo de uso, não realização de pré-natal, maior número de complicações obstétricas e resistência de informar uso de drogas no momento do parto. Outras associações relevantes também estão presentes, como: baixa escolaridade, baixa renda, pobreza, abandono ou fragmentação familiar.^{3,4}

As mulheres trouxeram mudanças na cultura do uso das drogas, principalmente em relação ao comportamento sexual. A falta de condições financeiras pode levá-las a participar de atividades ilícitas e à prática sexual sem proteção em troca de drogas ou dinheiro, tornando-as sujeitas ao risco de gravidez indesejada e de doenças sexualmente transmissíveis.^{3:55}

Mulheres usuárias de drogas não configuram em si um grupo homogêneo e a heterogeneidade dos sujeitos, as especificidades individuais e dos grupos em seus distintos contextos devem ser incorporadas no enfrentamento da questão.⁴

No entanto, se a prática do acolhimento ao usuário de drogas ainda não está livre de preconceitos por parte dos profissionais, isso não é diferente com a mulher e menos ainda com a gestante usuária de drogas, uma vez que a conduta é considerada incompatível com o que a sociedade e a cultura estabeleceu como papel feminino e mais ainda em relação à

maternidade. Oliveira considera que “a incompatibilidade sociocultural atribuída à concomitância da maternidade e do uso problemático de drogas acarreta vulnerabilidades para as mulheres”.^{5:19} A situação ganha contornos mais sensíveis e problemáticos, uma vez que o uso de drogas pode interferir na saúde sexual, na saúde reprodutiva e agravar condições adversas com relação a morbimortalidade materno-fetal e infantil já que a mulher estará mais exposta a situação de violência sexual ou mesmo sexo como moeda de troca na obtenção da droga.²

Com o argumento de que o aumento do número de gravidez e o aumento do número de filhos de usuárias de drogas apresentava como consequência o abandono ou maus tratos aos recém-nascidos, em algumas capitais do Brasil como Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte a justiça, em interpretação do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) e com vistas à “proteção da criança”, através dos Conselhos Tutelares e das Varas da Infância e Adolescência, “normatizou” que todas as gestantes que dessem entrada nas maternidades com informação de uso de drogas ou se a mãe recebesse “diagnóstico” por parte dos profissionais da instituição de saúde de ser usuária de drogas, passaria a ser considerada inapta e perderia imediatamente a guarda do recém-nascido(a) que poderia ser recolhido para abrigo e colocado para adoção, ou algum membro da família (geralmente avós) passaria a ter a guarda da criança. A normativa da justiça, que não ganhou

aspecto de lei ou decreto, precisava contar com a participação dos profissionais das instituições de saúde e a tensão provocada é possível ser vista em inúmeras reportagens em diferentes canais de mídia.⁶⁻¹³

Neste artigo, o objetivo consiste em trabalhar com um caso de desobediência civil, conceito apresentado pelo inglês Henry Thoreau em ensaio escrito em 1849, ao abordar a desobediência a um governo estabelecido e questionar o papel de cada um no uso da sua consciência e busca pelo justo e certo.

Mas um governo no qual prevalece o mando da maioria em todas as questões não pode ser baseado na justiça, mesmo nos limites da avaliação dos homens. Não será possível um governo em que a maioria não decida virtualmente o que é certo ou errado? No qual a maioria decida apenas aquelas questões às quais seja aplicável a norma da conveniência? Deve o cidadão desistir da sua consciência, mesmo por um único instante ou em última instância, e se dobrar ao legislador? Por que então estará cada homem dotado de uma consciência? Na minha opinião devemos ser em primeiro lugar homens, e só então súditos. Não é desejável cultivar o respeito às leis no mesmo nível do respeito aos direitos. A única obrigação que tenho direito de assumir é fazer a qualquer momento aquilo que julgo certo. (...) A lei nunca fez os homens sequer um pouco mais justos; e o respeito reverente pela lei tem levado até mesmo os bem-intencionados a agir quotidianamente como mensageiros da justiça.^{14:6}

Este artigo toma o conceito de “desobediência civil” com vistas a construção de uma rede de cuidado para uma jovem mãe de 24 anos de idade, usuária de drogas e que por este motivo perderia a guarda da sua filha recém-nascida após o parto. A história foi construída a partir de narrativas de profissionais da atenção básica

que acompanharam a mesma nos serviços da atenção básica e hospitalar. Uma vida que vive no limite da fragilidade e vulnerabilidade, que convoca os sentimentos mais distintos dos profissionais que precisam reinventar formas de produzir cuidado na precariedade, na dinâmica volátil das necessidades cotidianas. Lidar com julgamentos morais e com sofrimentos diante da incapacidade de resolver alguns problemas aparentemente banais, revelam o limite da clínica biomédica e exige a construção de redes fora da formalidade e do comum de um atendimento pré-natal. A dificuldade diante da necessidade de desenvolver políticas intersetoriais está presente em situações que frequentemente falamos, defendemos, discutimos, mas que pedem constantes atualizações, realizações na vida e no fazer cotidiano das equipes de saúde.

A base e o cenário da narrativa

Entre os anos de 2014 e 2016 foi realizada a pesquisa Observatório Nacional de Produção de Cuidados em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das redes temáticas de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde: avalia quem pede, quem faz e quem usa. Financiada pelo Ministério da Saúde e aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) sob o número do parecer: 876.385, em 18/11/2014.

De caráter multicêntrico a pesquisa pôde contar com diferentes frentes de pesquisa em 04 (quatro) regiões do país: Norte, Nordeste,

Sudeste e Sul. Assim como, foi desenvolvida em parceria com os diferentes atores que conhecem, vivenciam e compõem a trama do cuidado: usuários, profissionais e gestores.

O objetivo da pesquisa estava em realizarmos aproximações às equipes de saúde dos diferentes pontos de rede e a partir do acompanhamento da atuação cotidiana de cada equipe perceber a construção ou não de rede de cuidados. Ou seja, como uma proposta macropolítica como é a Rede Cegonha, ganha corporeidade no dia a dia entre profissionais de saúde e usuários do serviço? Os profissionais conseguiam executar na prática o que estava previsto na portaria ou viviam dificuldades? Quais eram as dificuldades e como enfrentam as mesmas? Assim, vivenciar os territórios e acompanhar a dinâmica diária dos serviços com algumas equipes, nos apresentou tensões e experimentações para além do que poderíamos esperar em relação à rede de atenção à saúde. Situações complexas e articulações intersetoriais ganharam visibilidade, como no caso entre a saúde, a justiça e a perda da guarda por parte das mães usuárias de drogas que davam entrada nas maternidades do Rio de Janeiro no período da pesquisa.

Neste texto, o cenário de acompanhamento dos profissionais, usuários e gestores foi a Atenção Básica, um dos níveis do sistema de saúde que tem passado por mudanças significativas nos últimos anos no país e que provocam enfrentamentos e tensões entre

modelos de atenção, a construção de novas relações entre profissionais da saúde e usuários, assim como a incorporação e discussão de território para além do território físico¹⁵ com experimentações e produções do cuidado nos territórios existenciais,^{16,17} tem trazido muitas discussões sobre a forma de cuidar na Atenção Básica. Ou seja, reconhecer que no acompanhamento dos usuários estamos em contato com os diferentes territórios percorridos e construídos na dinâmica de produção de saúde.

O processo de construção de vínculo e responsabilização do cuidado com usuários, um dos dispositivos da atenção básica, ganha dimensão diferenciada e questiona positivamente os resultados alcançados que são medidos por indicadores previamente pactuados. No entanto, já não é suficiente apostar somente nas regras, nas evidências ou algoritmos de atendimentos diante de usuários que não aderem aos tratamentos propostos, ou resistem às ofertas mesmo vivendo situação de fragilidade e/ou vulnerabilidade. Estes usuários que poderiam ser (e são para muitos) considerados à margem, ou dispensados com facilidade dos serviços de saúde, exigem dos profissionais/trabalhadores e gestores reinvenções constantes na aproximação, no vínculo e na construção da oferta de cuidado, pois o pedido de ajuda pode ser simplesmente comparecer ao atendimento.

Durante 09 (nove) meses do ano de 2015 acompanhamos regularmente as reuniões de

uma equipe da atenção básica na cidade do Rio de Janeiro. A observação participante e o uso de diário de campo foram fundamentais. Nas reuniões, os casos que poderiam ser denominados complexos dominavam completamente a pauta, não apenas pela necessidade de aprofundamento das questões para tomada de decisões que ocorriam em discussões interdisciplinares, mas como situações em que a equipe constantemente estava convocada a produzir novos territórios, reinventar ferramentas, manejos e articulações para fora e dentro da unidade, para sustentar a leveza da vida.

A partir do recolhimento das reuniões com a equipe, diário de campo, e as anotações da observação participante, construímos a narrativa sobre “Chego com a Tarde”, denominação para uma das pessoas acompanhadas pela equipe a qual nos vinculamos. A Narrativa sobre “Chego com a Tarde” destaca a vivência dos encontros com a equipe pois, delinea e revela os arranjos e modos de cuidar, e suas estranhezas ressoam alto na construção das redes de cuidado que são operacionalizadas no movimento de suportar a fragilidade da vida.

Adotamos a narrativa como estratégia na apresentação dos resultados, inspiradas tanto em Benjamin (1989) que discute sobre a importância da escrita e destaca ser necessário que “guarde distância de qualquer teoria, que deixe falar a criatura, que cause estranheza e ressoe alto”,^{18:3} como em Barthes para quem:

A narrativa é uma prática da linguagem vinculada a um acontecimento articulado a memória, desencadeia efeitos ativos por incluir elementos como o contato, nesse sentido opera como dispositivo favorável a experiência singular. Sua função não é de representar, é de construir um espetáculo ainda que permaneça no enigmático. [...] é possível que os homens reinjetem sem cessar na narrativa o que conheceram, o que viveram; ao menos isto está em uma forma que ela, triunfou da repetição e instituiu o modelo de um vir a ser [...].^{19:60}

A Narrativa sobre - *Chego com a Tarde*

Chego com a tarde tem 24 anos, mora desde que nasceu no território em que a equipe é responsável. A mãe cometeu suicídio quando ela tinha 2 anos de idade, quando então foi morar com a avó e a tia. Entre 9 e 11 anos foi abusada sexualmente por um vizinho e familiar. Passou a usar drogas na adolescência e no curso do uso da droga continuou a sofrer violência sexual. Assim, foi abusada a partir da infância e passou por abuso até a idade adulta.

Ela saía para usar drogas e depois retornava à equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com as questões relativas ao abuso de drogas e violência sexual. Foi internada 02(duas) vezes para reabilitação do uso de drogas, saiu da internação, mas sempre manteve a questão do abuso com constantes repetições. No ano passado (2014) procurou o "posto" para atendimento com história de nódulo na mama e dor local. Ela tinha forte vínculo com a Agente Comunitária de Saúde (ACS), que mesmo de licença médica acompanhou Chego com a Tarde para a consulta. Logo depois da terceira vez que veio a ESF, foi pedido teste e confirmada a

situação de gravidez, sendo então encaminhada para acompanhamento de gestação de alto-risco em maternidade de referência, mas dificilmente ela comparecia as consultas fosse na maternidade ou na ESF.

Foi então que, assim como em outros casos de alta vulnerabilidade, a equipe passou a atendê-la na hora que ela vinha. Ela tinha o telefone da enfermeira e ligava muito para ela, elas ligavam uma para outra e o vínculo ficou cada vez mais forte. O vínculo com a ACS, a médica e a enfermeira da equipe era forte, mas mais expressivo com a enfermeira que quando tinha uma brecha de horário “livre” ligava e pedia para Chego com a Tarde ir à unidade. O pré-natal dela foi assim, nas brechas de horários, com a ACS encontrando-a no meio da rua e levando-a para unidade, com os profissionais da equipe levando-a pelo braço, nas possibilidades e apostando no vínculo. Sempre comparecia à unidade após uso de drogas, muitas vezes virada, poucas vezes sem uso. No período em que descobriu que estava grávida a avó faleceu, o maior vínculo afetivo dela, e ela aumentou ainda mais uso da droga.

Depois de passar uma noite inteira na rua usando drogas, ela começou a sentir dor e foi para unidade (ESF), chamaram a ambulância e ela foi para a maternidade. Quando chegou na maternidade relatou o uso da droga porque tinha medo que a filha tivesse alguma sequela. A filha nasceu bem e após o parto ainda permaneceu por tempo mais prolongado na maternidade, isso porque as maternidades no

Rio de Janeiro estavam sobre a orientação de que diante de toda criança filha de usuária de drogas os profissionais, no caso a assistente social, deviam acionar o Conselho Tutelar e a Vara da Infância, a mãe perdia a guarda do recém-nascido e a maioria das crianças saíam da maternidade geralmente para um abrigo de acolhimento.

No entanto, aqui ocorreu a desobediência civil da assistente social da maternidade que recebeu Chego com a Tarde e que a acompanhou no pós-parto. Ao perceber a afetividade de Chego com a Tarde com a filha, a maneira cuidadosa de estar com a criança, os cuidados realizados e certa alegria, a assistente social optou pelo fortalecimento do vínculo da mãe com a filha, não acionou o Conselho Tutelar nem a Vara da infância e sim resolveu acionar a equipe de referência da ESF que acompanhava Chego com a Tarde para a construção de uma proposta conjunta de continuidade de cuidado de mãe e filha, tanto por parte da maternidade quanto pela ESF, um claro arranjo de rede de cuidado, envolvendo atenção básica e maternidade. Neste arranjo de rede formal e informal de cuidado, a família foi acionada e solicitado apoio das tias de Chego com a Tarde.

Quando no momento da alta da maternidade a transferência de cuidado foi realizada na ESF, onde os profissionais envolvidos se conheceram e a assistente social da maternidade entregou o relatório social e da psicologia sobre Chego com a Tarde aos

profissionais da ESF. Houve então, o encontro e puderam conversar sobre algumas propostas de como sustentar o cuidado mãe e filha.

Chego com a Tarde voltou para casa de uma das tias (ela tem duas tias e uma prima, que são mais presentes) e mora agora com esta tia, o marido e a filha do casal. Desde de que saiu da maternidade, passados 07(sete) meses, Chego com a Tarde relatou que não tinha mais usado cocaína, que era o que ela usava com mais frequência, e nem crack, que usava esporadicamente. Durante as conversas com a equipe da ESF mencionava estar muito ansiosa em relação ao uso de drogas, falava que sonhava, falava de fissura e que estava conseguindo segurar e tinha usado maconha.

Uma das questões que a equipe passou a vivenciar diariamente e criar situações de manejo, foi justamente quando da alta do acompanhamento da psiquiatria da maternidade. A equipe começou a construir estratégias para sustentar o cuidado com Chego com a Tarde, como o atendimento semanal na unidade. O vínculo com a equipe, facilitou inclusive a extensão do contato com a equipe do Núcleo de Atenção Saúde da Família (NASF), mas não era suficiente pois a ansiedade de Chego com a Tarde era percebida por cada membro da equipe e a própria relatava fissura e sonhos. Por este motivo consideravam que seria importante ocupar o dia de Chego com a Tarde com atividades. No primeiro momento passaram a convidá-la simplesmente para ir para a unidade e diante da insuficiência de

atividades, passaram a construir agenda de cuidados para que ela sempre estivesse na companhia de alguém fosse da ESF ou do NASF, para que não só ocupassem o tempo dela, mas que apresentassem alguma oferta diferenciada para ela e a filha. Articulando a isso pediram apoio ao Centro de Atendimento PsicoSocial (CAPS) porque entendiam que era importante, ela estar em um espaço terapêutico fora de casa e da unidade, uma vez que quando não ia para a unidade, ficava o dia inteiro em casa e só podia sair com uma das tias.

A preocupação de Chego com a Tarde estava no fato de que para ela comparecer à unidade alguém teria que acompanhá-la e este alguém era a tia e elas estavam brigando muito. O não sair sozinha era por insegurança pois tinha que passar por lugares de uso de drogas. Assim, a equipe considerou que era importante que ela tivesse em algum outro espaço durante o dia. Foi então que a equipe se deparou com a dificuldade de não ter oferta de unidade de apoio, muito menos de unidade de apoio que pudesse levar ou deixar a criança enquanto Chego com a Tarde estivesse em atividade. Também não conseguiam dar fluxo aos desejos de Chego com a Tarde de fazer um curso de massagem, pois já tinha trabalhado com massagem, ou trabalhar como técnica de informática (curso que ela fez), com cuidado de idosos...

Diante das constantes brigas entre a tia e Chego com a Tarde a equipe resolveu convidar a tia para uma conversa e esta apresentou como questão para as brigas constantes, o fato de

que Chego com a Tarde iniciará um relacionamento com uma mulher e esta, estava indo muitas vezes em casa da tia, para visitar Chego com a Tarde e a bebê. Este fato preocupava a tia, pois a mesma entendia que poderia ser risco para Chego com a Tarde, e a filha e que por isso desde então elas (tia e sobrinha) passaram a brigar muito. O relato da tia reposicionou a equipe que agendou uma reunião na unidade com toda a família para tratar da questão. A abordagem seguiria a intenção de evitar situação da família de vinalizar a companheira de Chego com a Tarde. Os ciúmes da tia e o fato de que a companheira estava assumindo o papel de pai da bebê, eram temas discordantes entre tia e sobrinha. A equipe, considerava fundamental o exercício de não julgamento moral e de que era importante buscar entender as partes.

Naquele período o Conselho Tutelar realizou algumas visitas a Chego com a Tarde e percebeu que tanto a mãe quanto criança estavam bem. A ACS relatou que participou da visita com a conselheira e confirmou que a bebê estava ajudando na recuperação de Chego com a Tarde, que mesmo com mastite continuou a amamentar a filha e a única reclamação foi de dor, mas que ela não parou de amamentar, além disso, continuou a ACS, era possível ver Chego com a Tarde que estava rindo, brincando e do quanto ela falava sobre a filha.

Além do acompanhamento do Conselho Tutelar, algo que chamou muita atenção da equipe, de forma pouco positiva, foi o fato de

terem que responder a relatório/questionário encaminhado pelo conselho onde deveriam informar a situação de saúde geral de Chego com a Tarde incluindo a situação mental. Os detalhes cobertos pelo questionário provocaram intensa discussão na equipe pois todas, sem exceção, consideraram que se tivessem que responder, eles próprias, às questões apresentadas no formulário, perderiam a guarda de seus próprios filhos.

O que Chego com a tarde traz para a conversa?

A ideia de que a vida de qualquer pessoa vale a pena deve ser levada ao máximo efeito em situação de vulnerabilidade e fragilidade e assim precisa de rede de cuidado diferenciada. Esta rede não deve ser entendida apenas como a rede de serviços, que precisamos fortalecer e articular para que seja resolutiva, mas deve incluir a vida do usuário, suas dores e amores, suas próprias redes de proteção familiar, de amigos, de bairro, seus territórios existenciais e assim a existência em redes vivas.

Existe uma aposta na vida e mesmo diante de inúmeras dificuldades e situações que colocavam em questão o agir de cada membro da equipe não foi percebido movimento de fuga para evitar encontros, o mergulho que os profissionais fazem é intenso na relação com alguns usuários. No entanto, chama atenção que os trabalhadores da saúde estão sem proteção, sem apoio, sem rede de cuidados que abra reflexão sobre os afetos alegres e tristes que experimentam.

A desobediência civil passou pelo exercício do direito dos profissionais em assumir e fazer, neste caso, aquilo que julgaram ser o correto, para mãe e a criança. Em um claro uso de uma consciência que busca pelo justo e certo em defesa de qualquer vida vale a pena.

A escolha da história de *Chego com a Tarde* ocorreu por similaridades com outro caso que a equipe acabara de vivenciar com desfecho fatal (morte) e que tinha deixado marcas “traumáticas” em todos, pois tinha ocorrido perda de guarda da filha recém-nascida. A equipe deixou claro que “este” era apenas mais um caso no meio de tantos com enredo semelhante. Este caso, assim como outros, atravessava os limites da atenção básica habitualmente conhecidos, nele mais de uma rede de cuidado se entrecruzava (cegonha, crack e justiça), colocava em evidência e “em xeque” a responsabilização da equipe inclusive na garantia da continuidade do cuidado em outro equipamento da saúde e a articulação em rede da atenção básica e a rede hospitalar.

A situação em questão expõe o quanto a Rede Cegonha definida na portaria é insuficiente e não dá conta do mundo da vida e usuárias e trabalhadores da saúde criam novas redes e arranjos para o cuidado. Protocolos, normas e leis precisam de atualização constante e repactuação das questões, principalmente as relacionadas a intersectorialidade, como no caso do código civil, a perda da guarda e as apostas na vida de qualquer pessoa. A Rede Cegonha, ou mesmo o programa Cegonha Carioca, não

colocam na pauta a situação que esta equipe experimentou, como tantas outras no país. Ou seja, o que fazemos quando as redes de cuidado se cruzam na pessoa? Uma gestante como esta exige cuidados singulares, escuta cuidadora, tempo e encontros individualizados com ofertas que sustentem, junto com a equipe o cuidado também fora do estabelecimento de saúde. Sustentar a relação mãe criança, em franca desobediência aos protocolos da justiça, foi um trabalho vivo em ato, sustentado por uma rede viva construída no cruzamento de que toda vida vale a pena.

Foi (ainda é) significativa a aposta na vida de *Chego com a tarde*, a começar pela observação singular da assistente social que defendeu a permanência da bebê com a mãe e assim também apostou na vida e cuidado com *Chego com a tarde*. Naquele momento em que “desobedeceu” as “normas” e olhou para a vida aquela trabalhadora da saúde se experimentou e convidou tantos outros a experimentarem outras construções sob a égide do **Efeito Pororoca**²⁰, onde os trabalhadores se deixam afetar pelas relações e saberes, recebendo de volta, como aprendizagem, o agir e o saber do outro. Assim como operaram com o que defende Merhy:

(...)o SUS só se realiza na medida que se governa pelo lema: **a vida de qualquer um vale a pena**. E se a vida de qualquer um vale a pena, isso deve ter a força, tensa é verdade, de que ali no fazer cotidiano do cuidado, não é só a vida de quem se considera como socialmente significante que deve ser valorada, mas de modo fundamental a vida daquele morador de rua, daquele desinvestido socialmente.^{21:35} (grifo das autoras)

Existe trabalho realizado para além da rede estabelecida nas portarias, existe construção de rede viva,²² de rede de afetos e cuidado, sendo ou não coordenada pela saúde, mas que pode e deve ser incorporada pelas equipes. Como neste caso em que foi construída uma rede articulada com a instituição de atendimento à gestação, construção de rede de desejos de ser (questões profissionais e de descobertas como habilidade para massagem) e possibilidades na relação direta com gestante (depois puérpera) na busca de entender, ofertar e participar do processo de “recuperação” dela, articulação e construção constante junto ao Conselho Tutelar na garantia da permanência da guarda e ainda ampla rede de afeto e cuidado envolvendo profissionais da equipe mais o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e deixando-se envolver com/na relação família.

A intensidade dos acontecimentos que esta equipe vivenciou e tem vivido não é algo que se sustente com habilidade clínica, ou manejo terapêutico, há necessidade de um olhar cuidadoso, para isso é urgente e necessário oferecer suporte para outras experiências que continuem sendo motor para produção de subjetividade. O cuidado construído com/para cada um que apresenta extrema fragilidade na condução da vida (gestantes, adolescentes, usuários da saúde mental, idosos encarcerados) toda a complexidade que envolve todos os casos... A equipe realiza enfrentamento no trágico, sem fuga. O que não deixa de afetar os corpos de cada trabalhador!

Podemos tomar aqui o **Efeito Sanfona/Efeito Bandoneón**²³ ao olhar a relação dos profissionais com os usuários e produzir assim um cuidar de si. Um aproximar-se e afastar-se, um vai e vem, certa elasticidade diante da delicadeza necessária. Em situações que pedem a profundidade da pele nos colocamos em possibilidade de experimentar e conhecer tanto o outro quanto a nós mesmo. No entanto, não é possível ficar o tempo todo aberto e nem o tempo todo fechado. Se assim for não se produz música e há risco de perder o instrumento, a potência, a vibração, a afinação. Um instrumento fechado ou com pouca abertura não se experimenta nas tantas possibilidades musicais, nas tantas possibilidades na vida.

A proximidade e relação “in-munda” da equipe de saúde,²⁴ principalmente com os usuários em situação de fragilidade e/ou vulnerabilidade, impunha questionamentos e reposicionamentos dos membros da equipe, como foi o caso da discussão de redução de danos para *Chego com a tarde* quando foi citado o uso da maconha no lugar do crack; ou o envolvimento dos trabalhadores da saúde em questões para além do que comumente poderíamos denominar estar na competência deles, como a equipe chamar a família para conversar e contextualizar a possível bissexualidade de *Chego com a tarde*. Se existe a macropolítica, se existe a micropolítica, brincamos aqui, com a ideia de que a equipe está lidando com a nanopolítica. Mergulhos intensos pedem respiros. Como cuidar da equipe e estas de cada um?

Referências

- ¹United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report; 2017. United Nations publication; 2017.
- ²Ministério da Saúde (BR), Fundação Oswaldo Cruz. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? [Internet] Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014. [citado 2 nov 2017] Disponível em: [https://www.iciict.fiocruz.br/sites/www.iciict.fiocruz.br/files/Pesquisa %20Nacional% 20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf](https://www.iciict.fiocruz.br/sites/www.iciict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf).
- ³Marangoni SR, Oliveira MLF. Uso de crack por múltipara em vulnerabilidade social: história de vida. *Ciência Cuidado Saúde*. 2012 Jan/Mar; 11(1):166-172.
- ⁴Medeiros KT, Maciel SC, Sousa PF, Vieira GS. Vivências e Representações sobre o Crack: Um Estudo com Mulheres Usuárias. *Psico-USF*. 2015; 20(3):517-528.
- ⁵Oliveira DS. Vivências e enfrentamentos de mulheres que usam drogas no exercício da maternidade. [Dissertação de mestrado] Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.
- ⁶'Me obrigaram a entregar o meu filho', diz mãe ativista de BH. Estado de Minas. [citado em 5 nov 2017] Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2017/10/15/interna_gerais,908649/me-obrigaram-a-entregar-o-meu-filho-diz-mae-ativista-de-bh.shtml
- ⁷Justiça afasta filhos de mães dependentes. *O Tempo*. [citado 5 nov 2017]. Disponível em: <http://www.otempo.com.br/cidades/justi%C3%A7a-afasta-filhos-de-m%C3%A3es-dependentes-1.1467710>.
- ⁸Uso distorcido da lei separa mães pobres e usuárias de crack dos filhos. *Rede Brasil Atual*. [citado 5 nov 2017]. Disponível em: <http://www.redebrasilatual.com.br/revistas/131/uso-distorcido-da-lei-e-responsavel-por-separar-maes-pobres-e-usuarias-de-crack-dos-filhos>.
- ⁹Mulheres e o crack. *Revista Crescer*. [citado 5 nov 2017]. 2015. Disponível em: <http://revistacrescer.globo.com/Gravidez/Saude/noticia/2015/02/mulheres-e-o-crack.html>
- ¹⁰Bebês abandonados por adolescentes viciadas em crack preocupa autoridades do Rio. *Empresa Brasileira de Comunicação* [citado 5 nov 2017]. Disponível em: <http://www.ebc.com.br/noticias/brasil/2013/09/bebes-abandonados-por-adolescente-s-viciadas-em-crack-preocupa-autoridades-do>
- ¹¹Lar para filhos do crack. [citado 5 nov 2017]. *O Dia*. 13 maio 2013. Disponível em: <http://odia.ig.com.br/noticia/rio/2013-05-13/lar-para-filhos-do-crack.html>
- ¹²Grávidas do crack. *Folha de São Paulo* [citado 5 nov 2017]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidiano/19638-gravidas-do-crack.shtml>
- ¹³Os órfãos do crack. *A Gazeta*. [citado 5 nov 2017] Disponível em: http://gazetaonline.globo.com/_conteudo/2010/11/701280-os-orfaos+do+crack.html
- ¹⁴Thoreau HD. *Desobediência Civil*. [Internet] Ebooks Brasil; 2001. [citado 9 nov 2017]. Disponível em: <http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/desobedienciacivil.pdf>
- ¹⁵Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
- ¹⁶Guattari F. *As três ecologias*. 7.ed. São Paulo: Editora Papyrus, 2001.
- ¹⁷Ramoa, ML, Alarcon S, Lancetti A, Petuco D, Pekelman R. Território, território existencial e cartografia. In: Ministério da Saúde (BR), Fundação Oswaldo Cruz, Grupo Hospitalar Conceição. (Org.). *Caminhos do Cuidado: caderno do aluno*. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. p. 71-74.
- ¹⁸Benjamin W. *Diário de Moscou*. São Paulo: Companhia das Letras; 1989.
- ¹⁹Barthes R. *A aventura semiológica*. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
- ²⁰Silva ALA. *Produção de subjetividade e gestão em saúde: cartografias da gerência*. [Tese de doutorado] Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2004.
- ²¹Merhy EE. Saúde e Direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. *Saúde e Sociedade*. 2012;21(2):267-279.
- ²²Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Lima MF, Cruz KT, Franco TB. *Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicação para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde*. *Divulgação Saúde debate*, Rio de Janeiro. 2014;(52):153-164.

²³Chagas MS. Chamei a morte para a roda ela quis danças ciranda, mudança: estudo descritivo sobre o processo de cuidar diante da finitude. [Tese de doutorado] Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2016.

²⁴Abrahão AL, Merhy EE, Gomes MPC, Tallemberg C, Chagas MS, Rocha M, Santos NLP, Silva E, Vianna L. O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: Gomes MPC, Merhy EE (Org.). Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. 1.ed. Porto Alegre: REDE UNIDA; 2014. v. 1, p. 155-170.

ARTIGO ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n1suplemp75-83>**Sofia: narrativa de uma história de abandono e sequestro dos direitos de vir a ser**

Sofia: narrative of a history of abandonment and abduction of the rights to become

Adriana de Oliveira Lanza Moreira Orsine

Assistente social, Mestre em Promoção da Saúde. Prefeitura de Belo Horizonte.
E-mail: alorsine@gmail.com

Kênia Lara da Silva

Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais.
E-mail: kenialara17@gmail.com

Alzira de Oliveira Jorge

Médica, Doutora em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Minas Gerais
Email: alzira.o.jorge@gmail.com

Maria Odete Pereira

Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais.
Email: m.odetepereira@gmail.com

Resumo

Objetivo: Trata-se do relato da trajetória de Sofia que teve suas filhas gêmeas adotadas compulsoriamente. Analisa-se seu percurso nas redes do Sistema Único de Assistência Social em Belo Horizonte, MG, discutindo como o julgamento e os estereótipos criados nesta trajetória definiram a adoção. **Métodos:** Pesquisa qualitativa, do tipo interferência, delineado como estudo de caso, definido a partir da experiência e percurso de uma usuária-guia. **Resultados:** O percurso de Sofia nos múltiplos pontos da rede foi atravessado por estabelecimento de vínculos, demandas, ofertas e desejos. O fato de ser mulher, negra, pobre, usuária de drogas, ter trajetória de rua, vínculos fragilizados ou rompidos, parece ter contribuído na construção de falas relativas às incapacidades e estereótipos acerca de Sofia. **Conclusão:** A adoção compulsória foi resultado de um complexo processo que envolveu julgamentos sobre Sofia, sem considerar seus desejos, demandas e necessidades. As redes existentes foram limitadas para captar e apreender toda a amplitude e pluralidade das demandas apresentadas e para operar na produção do cuidado. Assim, os direitos de vir a ser de Sofia foram sequestrados com a adoção de suas filhas.

Palavras-chave: Pessoas em Situação de Rua; Assistência Social; Apoio Social; Adoção.

Abstract

Objective: This is the story of Sofia's trajectory that had her twin daughters adopted compulsorily. Its

course is analyzed in the networks of the Unique System of Social Assistance in Belo Horizonte, MG, discussing how the judgment and the stereotypes created in this trajectory defined the adoption.

Methods: Qualitative research, of the interference type, delineated as a case study, defined from the experience and path of a user-guide. **Results:** Sofia's journey in the multiple points of the network was crossed by establishing links, demands, offers and wishes. The fact that she is a woman, a black woman, a poor woman, a drug user, a street trajectory, frail or broken ties, seems to have contributed to the construction of statements

about the incapacities and stereotypes about Sofia.

Conclusion: Compulsory adoption was the result of a complex process involving judgments about Sofia, without regard to her wishes, demands and needs. The existing networks were limited to capture and apprehend the full breadth and plurality of the demands presented and to operate in the production of care. Thus, the rights to become Sophie's were kidnapped with the adoption of their daughters.

Keywords: Street People; Social assistance; Social support; Adoption.

Introdução

Em 2015, aproximadamente 250 milhões de pessoas no mundo usavam drogas, dentre as quais, cerca de 29,5 milhões de pessoas, ou seja, 0,6% da população adulta global, as consumiam de forma prejudicial, incluindo dependência, com associação de transtornos psíquicos relacionados a esse uso.¹

No Brasil, o uso abusivo de drogas é crescente, haja vista que o País ocupa o segundo lugar no ranking mundial de consumo de cocaína e o primeiro lugar em uso de crack, além do uso de álcool, que, em 2016, foi de 8,9 litros per capita, superando a média internacional, de 6,4 litros por pessoa.^{1,2}

O uso abusivo de drogas e pessoas em situação de rua, são fenômenos comuns às sociedades capitalistas, e onde as desigualdades sociais fazem com que a linha abissal das classes dominantes se contraia e lance para a invisibilidade marginal, os humanos que não correspondem à ideologia produtivista.

Desta forma, pessoas em situação de rua encontram inúmeras barreiras para acessar ações e serviços públicos e demandam a proteção social do Estado. Nestas circunstâncias, o papel do Estado deve se direcionar para o fortalecimento destas pessoas, agindo a partir de suas necessidades e desejos.

Contudo, assistimos a relatos de frequentes violações dos direitos de um conjunto de cidadãos. Especificamente, esta é a realidade de muitas mulheres em situação de rua e/ou consideradas vulneráveis que têm perdido o direito à maternagem. Sobre elas, pesa um julgamento de que vivem em condições/circunstâncias nas quais a gravidez é um evento “indesejado” na perspectiva de muitos profissionais/serviços que acessam ou percorrem. Pesa, ainda, sobre elas o estereótipo de que são incapazes de gerir a própria vida - pelo uso do crack, pelas precárias, vulneráveis e até “perigosas” condições de vida – conformando, assim, um discurso operante

sobre estas mulheres e sua impossibilidade de permanecerem com seus filhos.

Este é o enredo da história de Sofia, uma dentre tantas outras atravessadas pelo uso do crack e outras drogas e o direito de vir a ser mãe.

Metodologia

Este estudo é um subprojeto da pesquisa intitulada: “Rede de Avaliação Compartilhada (RAC), do Observatório Nacional da Produção de Cuidado em Diferentes Modalidades à Luz do Processo de Implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: avalia quem pede, quem faz e quem usa”.

No decorrer da investigação em Belo Horizonte, Minas Gerais, foram definidos territórios interessados em participar da pesquisa e a designação e acompanhamento de alguns casos, denominados como usuários-guia. Estes foram escolhidos por demandarem abordagem interdisciplinar e intersetorial devido à sua complexidade. Foram eleitos casos de usuários que transitavam há muito tempo nas redes, com exigência de cuidados especiais e constantes, por apresentarem situação de risco e vulnerabilidade pessoal, familiar e social, dentre outras questões. Um destes casos foi de Sofia.

Este texto retrata uma síntese da investigação que foi produzida, tendo como eixo central a “Promoção de saúde e produção do cuidado nas redes do Sistema Único de Assistência Social em Belo Horizonte (SUAS-BH)”.

Este trabalho se propôs a analisar a promoção da saúde e a produção do cuidado na gestão das redes de atenção, apoio e proteção do SUAS-BH, compreendendo a percepção e atuação de diversos e diferentes atores envolvidos no processo. Especificamente, procurou-se descrever o percurso de uma usuária-guia no acesso e prestação dos serviços socioassistenciais do SUAS-BH, bem como na articulação, mobilização e estabelecimento de redes assistenciais e existenciais; analisar percepções e concepções dos atores envolvidos no estudo, quanto à promoção da saúde e a produção do cuidado relacionadas à prática de ações intersetoriais.

O estudo se caracteriza como pesquisa qualitativa, do tipo interferência, delineado como estudo de um caso, definido a partir da experiência e percurso da usuária-guia.

Foram adotadas as seguintes estratégias e técnicas de pesquisa: coleta, tratamento e análise de dados relativos à trajetória de uma usuária-guia na rede do SUAS-BH, por meio das narrativas da sua história, obtidas nos encontros, atendimentos, visitas, conversas, entrevistas com trabalhadores que atenderam a usuária, bem como com a mesma. Foi utilizada também a técnica de análise documental para consultar registros de prontuários, fichas de atendimentos ou outros documentos que auxiliassem na construção da narrativa.

No total, foram entrevistados 11 profissionais, lotados nos equipamentos da Assistência

Social: Abrigo; Centro de Referência da Assistência Social; Gerencial Regional; República; Equipe de Atendimento à população em Situação de rua. Esses participantes foram considerados atores-chaves, identificados intencionalmente e evidenciados como tendo papel de destaque e relevância no processo de gestão, articulação e produção do cuidado à usuária. Os participantes foram esclarecidos sobre os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos e assinaram o Termo de Consentimento, atendendo às exigências da Resolução 466/2012. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Os dados foram analisados por meio de categorias que envolveram vínculo; acesso; adesão; oferta; demanda e desejo, atrelados ao papel das políticas públicas, à definição e cumprimento de protocolos; à atuação do profissional na produção do cuidado a Sofia.

Afinal, quem é Sofia? Esta e outras mulheres com histórias marcadas pela vulnerabilidade e pela adoção compulsória

Sofia, 34 anos, proveniente de São Paulo, migrou para BH em virtude da dependência do crack, que faz uso desde a infância e da ruptura dos vínculos familiares, que teve oportunidades de restabelecer, mas não quis retomar a convivência. Tem trajetória de vida nas ruas, sem fixação definida, sempre morando em locais precários e insalubres.

Desde 2008 é companheira do Senhor T, um carroceiro de 61 anos, com trajetória de vida nas ruas, dependência química, considerado pelos profissionais de saúde e assistência social como tendo comportamento arredo e de difícil aproximação e estabelecimento de vínculos, além de manifestar conflituosa relação com Sofia. Aliás, os relatos dos profissionais a respeito da falta de implicação e adesão do casal à maioria dos encaminhamentos na área da saúde e da assistência social foram constantes.

Registros do seu percurso na rede da Política de Assistência Social relatavam que, desde 2004, ela acessou vários serviços, programas, unidades de atendimento e benefícios sócio-assistenciais do SUAS-BH, vinculados à Proteção Social Básica e Especial, de Média e Alta Complexidades, como rede de proteção e apoio.

Quanto aos cuidados com a saúde, que sempre foi frágil, Sofia era considerada negligente. Chegou a ser internada para tratamento de tuberculose, mas abandonou, fugindo do hospital. Só procurava assistência médica quando se sentia muito mal, recorrendo aos serviços de urgência, na maioria das vezes.

Na defesa e garantia de direitos, acessou a Defensoria Pública, Vara da Infância e Juventude da Comarca de Belo Horizonte, Conselho Tutelar e outros. Foi encaminhada para uma Cooperativa Solidária de Trabalhadores, dentre outras ações voltadas para a promoção social.

Teve cinco gestações, sendo que uma resultou em aborto. Dos filhos, dois moravam em São Paulo com a avó materna e outro, com quem afirmava manter vínculos, estava com a madrinha, em uma cidade do interior de Minas Gerais. A última gestação foi em 2014, de gêmeas, tendo sido de alto risco e sem a realização do pré-natal. Considerava a gravidez como uma oportunidade para mudar de vida, no entanto, após o nascimento, as recém-nascidas foram acolhidas em abrigo, por aplicação de medida judicial protetiva e, logo em seguida, “adotadas compulsoriamente”.

A adoção compulsória é apenas um capítulo da vida de Sofia, mas esse poderia ter sido construído de outra maneira se sua trajetória no percurso das políticas sociais tivesse tido outro desfecho.

A trajetória de Sofia e a construção de redes: desafios da proteção social

O cuidado como dispositivo de proteção social foi produzido junto a Sofia pelas seguranças da assistência social, operacionalizadas na oferta dos serviços, programas, projetos e benefícios sócio-assistenciais, bem como nas aquisições pessoais e sociais advindas do cotidiano das relações, interações e conexões estabelecidas nas redes do SUAS-BH.

A adesão de Sofia teve relação com o vínculo firmado e com a sua assimilação/identificação com as ofertas. Em alguns serviços, chegou a aderir, estabelecendo vinculações mais

intensas, duradouras e produtivas. Em outros, constituiu afinidades menos consistentes, com demandas para atendimentos pontuais e emergenciais. Houve, ainda, aqueles em que ela foi apenas referenciada e/ou cadastrada como caso, gerando somente a identificação de um número de prontuário, sem a consolidação de relações férteis e vigorosas.

Ainda com relação à adesão, os dados demonstraram a existência de obstáculos remetidos para o âmbito do sujeito, numa lógica voltada para a capacidade específica do usuário de dar conta e se implicar nas intervenções e da responsabilidade por adquirir e qualificar a aquisição de ofertas recebidas. Nesse sentido, foi atribuída a Sofia a responsabilidade particular em aderir e se implicar no alcance e qualidade da promoção das ofertas.

“Acredito que as ações eram realizadas para que conseguisse autonomia, mas, às vezes gerava sua dependência e até tutela do serviço. Mas Sofia era muito independente com suas questões. (...) O uso da droga é forte e dificulta a sua autonomia. Além disso, o trabalho com ela era diferente e mais complicado, com muitos desafios. (...) A organização dela era de acordo com o estado em que estava.” (Entrevistado 01).

“Quando vem prá cá, a gente quer mudar a pessoa para uma questão melhor. Eu acho que ela aderiu aos encaminhamentos, mas não sei se dentro do íntimo dela, se isso era real. É específico de cada um. (...) Ela estava assimilando o que estava sendo proposto e fazendo movimentos para melhorar. (...) O movimento de promoção é muito mais interno do que externo. (...) Também tem outras questões envolvidas, relacionadas às individualidades e não ao coletivo. (...) Ela se movimentava em busca das coisas que queria e acreditava. Saía para trabalhar, para vender balas no sinal de trânsito. Manifestava preocupação em

buscar uma fonte de renda, uma autonomia para tentar melhorar e mudar de vida. (...) Quando era para falar sobre a sua vida, em algumas situações, ela se esquivava.” (Entrevistado 03).

A adesão de Sofia estava atrelada à disponibilidade da oferta e ao fato de conseguir acessar serviços, por meio da adequação e cumprimento das exigências em relação aos protocolos rígidos. Nessas circunstâncias, a adesão de Sofia foi restrita e quando não era do seu interesse, se esquivou de forma espontânea.

De certa forma, o cuidado foi produzido em conformidade com a demanda e adesão da usuária e de acordo com o comprometimento, envolvimento, habilidades e disponibilidade do profissional em se afetar com e pela história da usuária, abrindo brechas e flexibilizando normas, para ampliar as possibilidades de atendimento, como expressou um dos participantes:

“A metodologia, os protocolos, papéis e atribuições podem limitar a produção do cuidado. (...) A expectativa é nossa, quando a pessoa chega a oferta é dada por nós”. Está tudo pronto, só falta ela aderir. Tem um protocolo a seguir, que é muito estanque. (...) A gente não dá conta da Sofia. Temos um cardápio recheado e limitado. Fazemos de tudo, mas, ela não adere. (...) Estamos ofertando o que é do desejo dela ou nosso? (...) Nem é questão do nosso desejo, mas do que é colocado pela política. Acho que a trajetória dela vai ser permanente, enquanto tiver serviço disposto a atendê-la e ser direito dela. (Entrevistado 10).

A adesão também foi relacionada ao desejo. Para alguns desejos manifestados pela usuária, tiveram ofertas disponíveis, para outros, não.

Ela manifestou o interesse em tratar o uso de drogas; de participar e produzir nas oficinas; trabalhar com carteira assinada; de poder ficar com as filhas; ter uma moradia; ter direitos assegurados; poder ser ela mesma; de não fazer tratamento contra TBC, dentre outros.

Neste sentido, Sofia era uma pessoa ativa e com anseios. Foi capaz de mobilizar redes, decidir e fazer escolhas. Houve momentos em que Sofia rompeu com os combinados não permitindo ser abordada e desconsiderando naturalmente os acordos. Sempre se esquecia de algo ou não dava a devida importância. Para alguns profissionais, o seu comportamento era inaceitável, frente à apresentação de ofertas irrecusáveis, às quais a usuária só precisava aderir.

“Ela dizia: Era hoje, nem lembrei. Achei que era de tarde. (...) Logo ontem, no dia do meu aniversário, fui passear no Parque Municipal, até fiz amizades lá. (...) Ela não era obrigada a participar e, para além do envolvimento espontâneo, demonstrava gostar de estar nas reuniões, assembleias; oficinas; festas; eventos; gincanas; mutirões de limpeza e, manifestava suas opiniões. Ela sempre soube buscar o que queria e sempre se articulava.” (Entrevistado 05)

“Quando não queria ela escorregava entre os dedos, ia estabelecendo as estratégias dela de não implicação, por uma série de questões e não ficava desprotegida, pois continuávamos a acompanhando de alguma forma. (...) Do que desejava, enquanto cuidado, com certeza estava sendo atendida. (...) Nós esperávamos mais do que isso, ela também tinha que ofertar alguma coisa.” (Entrevistado 09).

Em algumas circunstâncias, mesmo demonstrando falta de vontade e empenho, a usuária foi levada, pelos profissionais, a acessar serviços, por prescrição e imposição do

cumprimento da burocracia estabelecida pelo Sistema. Tudo conduzido pelo ponto de vista e assimilação dos profissionais e de acordo com a disponibilidade das ofertas das políticas públicas, sem levar em consideração as vontades da usuária e as particularidades do caso. Por outro lado, Sofia, a seu modo, também conseguiu burlar as normas e protocolos instituídos.

“Ela estava indo ao hospital para amamentar. Até que chegaram a falar que as gêmeas não iriam para ela. (...) O impacto foi aí. Eu achei que ela ia baquear. Deveriam conversar aos poucos e mostrar para ela que era melhor, ia aceitando mais. (...) Com a convivência no serviço, foi se adaptando, da melhor maneira possível e conseguindo se organizar. Aderia às atividades e encaminhamentos que eram propostos para ela como de médico, de documentos e quando tinham oficinas, ela também ia e participava muito consciente do que estava fazendo.” (Entrevistado 04).

A ideia de não dar conta, na visão dos profissionais, foi moldada e atribuída à usuária, por causa e consequência da sua condição de vulnerabilidade, que originou exclusão e dificuldades para superação das fragilidades.

“A forma como foi conduzido o processo do acolhimento das crianças não foi a mais correta, não foi trabalhada a possibilidade de reintegração familiar e isso, prejudicou muito Sofia. Teve uma ruptura brusca. (...) A profissional confirmou que Sofia não tinha vínculo com as crianças e que ela ia ao hospital apenas para almoçar e, que provavelmente, as meninas seriam adotadas. Já veio com a fala pronta. (...) Nem o Abrigo ficou sabendo sobre o acolhimento das gêmeas e, posteriormente, fomos informados da adoção. (...) Na ocasião da internação das filhas, ela aderiu a vários encaminhamentos, na tentativa de poder ficar com elas, mas não foi dada a oportunidade. (...) Mesmo comparecendo à Defensoria Pública e à

Vara da Infância e Juventude, não obteve informações sobre as filhas e nunca mais pode vê-las. (...) Quando ia ao hospital, dizia ter medo de pegar as meninas no colo e passar alguma doença para elas, por conta da sua história e convivência com a rua. (...) Sofia contestava a fala da profissional do hospital, com relação a sua ida, apenas para comer. Dizia que não precisava disso, por ter comida no Abrigo e, que quando ia visitar as filhas, sabia não ser bem quista.” (Entrevistado 11).

O dar ou não conta atribuiu à usuária uma aptidão específica de ser capaz ou não; enquanto a circunstância de estar preparada ou não, conferiu a mesma a possibilidade de se organizar e se qualificar para conseguir dar conta, levando em consideração limitações e dificuldades que podiam ser trabalhadas e sanadas.

O fato de ser mulher, negra, pobre, usuária de drogas, ter trajetória de rua, vínculos fragilizados ou rompidos, dificuldade de exercer a maternagem, dentre outras questões, parece ter contribuído e até determinado a construção de falas relativas às incapacidades de Sofia. Ademais, contribuíram para a construção de um estereótipo acerca dela, o que pode ter provocado à subjugação de Sofia, a partir da produção de imagem induzida e prejudicada, com incapacidades atribuídas e incutidas a ela, por parte dos profissionais. Sofia pode ter sido levada a se sujeitar e incorporar uma condição de submissão, assumindo a representação produzida pelo olhar dos outros e que gerou mudanças de rumos e determinou seu modo de levar a vida.

“Na primeira oportunidade que tivesse, iria se envolver com as drogas, e seria negligente com as

meninas. O fato de estar aqui poderia ajudar, mas, mesmo com o apoio, acho que ela não daria conta, por causa das drogas e de ser de rua. (...) Nessas situações é mais difícil lidar e superar certas coisas. O desafio é muito maior. (...) Ela conseguia se manifestar, com clareza, sabia o que queria, mesmo que não desse conta de sustentar ou mudasse de opinião. (...) Quando participava e produzia nas oficinas, mostrava o seu trabalho e dizia: “olha, hoje eu consegui fazer isso. Dá até prá ganhar algum dinheiro!” Ela se sentia animada, importante e demonstrava vontade de mudar. (...) Quanto a mudar de vida, numa perspectiva mais ampla, acho que ela não deu conta de concretizar muitas coisas. (...) Não vamos colocar a responsabilidade só nela, por não ter conseguido se promover, mas também não vamos culpar o serviço. (...) Há algo que é da Sofia, de você ofertar e ela não conseguir. (...) Não adiantaria melhorar nada, porque nesse caso, a questão estava com ela. Por mais que se fizesse de tudo para conseguir a adesão dela, mesmo que ela tivesse vontade, ela não dava conta. (...) Considero que todos os profissionais dos diversos serviços e áreas, interviam e faziam de tudo para conseguir a adesão e envolvimento da Sofia, para que ela pudesse dar conta e ser capaz e, com o objetivo de melhorar a sua condição.” (Entrevistado 04).

“Tinha vontade de superar a sua condição de vulnerabilidade, de mudar sua história, mas não dava conta, até mesmo pelo uso de drogas, da história de rua e por influência do companheiro. Por mais que tivesse força de vontade, o companheiro estimulava o seu uso de drogas. Ela fazia alguns movimentos, mas, não dava conta. E acho que devido a isso, ela não daria conta de cuidar das filhas.” (Entrevistado 03).

Esta é a história de Sofia. Sofia que ainda menina foi viver na rua. Que criança escolhe viver nas ruas se tiver uma família que lhe dê segurança e afeto? Entregue à própria sorte, a menina em momento algum recebeu um olhar de cuidado por parte do Estado. No entanto, este mesmo Estado hoje lhe tira as filhas recém-nascidas com a argumentação de que é preciso lhes dar uma família, para que cresçam bem e em segurança. O Estado que abandona é o mesmo que

sequestra de Sofia os seus direitos de vir a ser.

A ideologia higienista parece dar o tom às ações desse Estado de exceção. Se a esterilização compulsória já não é mais possível como instrumento de higiene mental,³ a retirada do direito à maternagem de mulheres usuárias de drogas em situação de rua, parece ser estratégia mais requintada de mecanismos judiciais, com o mesmo objetivo.

A história de Sofia e de tantas outras é corroborada por estudo realizado em Belo Horizonte, em 2016, com 191 mulheres em situação de rua que destacou a prevalência de mulheres com idades entre 31 a 50 anos, mães solteiras, sendo 18,3% sem vínculo familiar. Dentre elas, 60% eram analfabetas ou não haviam completado o ensino fundamental; 40,2% faziam uso de drogas; 62,7% tinham problemas familiares. Em 40,3% dos casos, os conflitos no lar foram desencadeados pelo uso abusivo de álcool; em 37,6% por desavenças e em 19,7% devido a vivência de sofrimento mental.⁴

Villa et al.⁴ concluíram que as mulheres em situação de rua merecem a atenção dos gestores na formulação de políticas públicas, com o planejamento de ações em diferentes setores da sociedade que acolham suas demandas.

Considerações finais

A adoção compulsória foi resultado de um complexo processo que envolveu construção de estereótipos e julgamentos sobre Sofia, sem

considerar seus desejos, demandas e necessidades. Houve, portanto, baixa capacidade de ofertas e produção de cuidado que gerasse implicações produtivas de um novo olhar sobre essa usuária a partir da sua história e conquistas, e não apenas do que se apresenta a partir do seu ponto de vista ou do olhar dos outros sobre si e suas capacidades de dar ou não conta de ser o que o outro esperava dela.

Neste contexto, para produzir cuidado há a necessidade de romper com os ciclos estabelecidos nos serviços e políticas e fabricar a tessitura da rede de cuidado junto aos usuários, no cotidiano das suas relações, com ofertas que consolidem a potencialidade e perspectivas dos encontros estabelecidos pelas redes quentes e suas conexões existenciais.

As várias narrativas sobre adoção compulsória, como a que aconteceu com Sofia e suas filhas, revelam que, se por um lado, retira-se uma criança de uma mulher negra, pobre, usuária de drogas e em situação de rua, por outro, presenteia-se algum casal brasileiro ou estrangeiro, pertencente a elite, que não pode gerar ou parir seu próprio filho.

As autoras acreditam que poder-se-ia construir um outro desfecho no caso, um desfecho, mesmo que transitório, em que mãe e filhas recebessem do Estado o direito à moradia e o apoio necessário nas suas escolhas, para que Sofia e sua família pudessem construir uma história de inclusão e o direito de vir a ser a “mãe capaz” dentro das suas possibilidades e desejos.

Nota

¹Dissertação defendida no Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da violência da Faculdade de Medicina da UFMG pela autora principal.

Referências

¹United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2015. New York: United Nations; 2015.

²International Drug Policy Consortium. The United Nations General Assembly Special Session (UNGAAS) on the world drug problem. Report of proceedings. International Drug Policy Consortium Publication; 2016.

³Costa J. A história da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.

⁴Villa E, Pereira MO, Reinaldo AMS, Neves NAP, Viana SMN. Sociodemographic profile of women in street situation and vulnerability for the use of psychoactive substances. J Nurs UFPE. 2017;11(5):2122-31.

ARTIGO ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n1suplemp85-98>**Fobia de Estado e a Resistência ao Recolhimento Compulsório de Bebês**

State Phobia and Resistance to Compulsory Baby Gathering

Túlio Batista Franco

Departamento de Planejamento em Saúde.
Universidade Federal Fluminense.
Email: tuliofranco@gmail.com

“A justiça não existe! Direitos Humanos não existem! O que importa é a jurisprudência”.
(Deleuze)¹

Resumo

Este artigo se propõe denunciar o recolhimento compulsório de bebês, como dispositivo da governamentalidade atual e propõe a resistência a partir de dois conceitos: “Fobia de Estado” e “Governamentalidade Reversa” de Foucault, que são discutidos ao longo do texto. A partir de recomendações do Ministério Público de Minas Gerais e decisões do Juizado da Infância e Juventude em Belo Horizonte, a partir de 2014, a rede de maternidades do SUS vem informando ao sistema judiciário, a frequência de gestantes que usam ou usaram drogas. Diante de tal informação têm sido expedidas ordens de recolhimento compulsório dos bebês filhos destas mulheres que são abrigados em instituições públicas para posterior adoção. Se organizou uma resistência a estas ações, que retomam o tema do direito das mulheres a terem um tratamento digno, constituírem família com seus filhos e acesso a cuidados da rede pública de saúde, assim como o direito garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente aos bebês, para que convivam com suas mães e famílias. O artigo discute esta resistência a partir do conceito de “Fobia de Estado” que, segundo Foucault, significa um “Antiestatismo”, uma forma de resistir à grandeza que o Estado tem assumido para o exercício do biopoder. Ao final expõe-se o conceito de “governamentalidade reversa”, a qual organiza novos dispositivos ligados à ideia

de governo de si, insubmissão e rebeldia aos modos disciplinares do Estado. Significa a resistência a esta governamentalidade que produz sofrimento, dor e tristeza, como o caso do recolhimento compulsório de bebês.

Palavras-chave: Saúde da criança; Cuidado; Direitos humanos.

Abstract

This article proposes to denounce the compulsory collection of babies, as a device of current governmentality, and proposes resistance from two concepts: Foucault's "State Phobia" and "Reverse Governmentality", which are discussed throughout the ceiling. Based on recommendations from the Minas Gerais Public Prosecutor's Office and decisions of the Juvenile and Youth Court in Belo Horizonte, from 2014 the network of maternity hospitals of the SUS has informed the judicial system about the frequency of pregnant women using or using drugs. Faced with such information,

orders have been issued for the compulsory collection of the children of these women, who are housed in public institutions for later adoption. A resistance to these actions has been organized, retaking the issue of women's rights and having a dignified treatment, constituting a family with their children, and access to public health care, as well as the law guaranteed by the Child and Adolescent Statute to the babies, so that they live with their mothers and families. The article discusses this resistance from the concept of "State phobia" that according to Foucault means "anti-static", a way of resisting the greatness that the state has assumed for the exercise of biopower. At the end, the concept of "reverse governmentality" is exposed, which organizes new devices linked to the idea of self-government, in submit and rebellion to the disciplinary modes of the State. It means resistance to this governmentality that produces suffering, pain and sadness, as the case of compulsory recollection of babies.

Keywords: Child health; Care; Human rights.

Introdução

"A mulher vinha correndo no corredor do hospital, gritando aterrorizada pelo filho, com os seios à mostra jorrando leite. Haviam lhe tirado o bebê do colo, enquanto ela o amamentava. Um agente da polícia o levou por ordem judicial". (Narrativa de fato ocorrido em BH/MG).

O texto em epígrafe foi narrado em encontro realizado no Rio de Janeiro no qual se discutiu o recolhimento compulsório de bebês em Belo Horizonte e outros municípios. É o fragmento do que tem vivido e sofrido centenas de mulheres, gestantes, que procuram maternidades da rede pública de saúde, e são surpreendidas com a obrigatoriedade de registro quanto ao suposto hábito de usar drogas. A positividade desta informação é o gatilho para o disparo de um fluxo de ações que

resultam em intenso sofrimento, horror e crueldade com puérperas e recém-nascidos, motivados pela separação entre ambos. Além do drama social e afetivo sofrido por estas mulheres e suas famílias, incluindo os bebês, esta questão se trata de uma clara violação de direitos. Como se deu esta história?

Em meados de 2014 o Ministério Público de Minas Gerais (MPMG) publica duas recomendações 05 e 6/2014, que orientam os serviços de saúde de que a mãe usuária de drogas que venha a ter seu bebê em maternidades da rede pública, deveria ter tais fatos "comunicados à Vara da Infância e Juventude de Belo Horizonte para decisão

sobre o acolhimento ou entrega do(a) Recém Nascido (a) à família de origem ou extensa". As recomendações definem um rito sumário para o recolhimento desses recém-nascidos, no entanto, o que as mulheres narram foge de qualquer relação de respeito a direitos, dignidade e humanidade. As recomendações com o aval do Juizado da Infância e Juventude abriram um período de arbítrio em relação ao abrigo compulsório de bebês, retirada de guarda de filhos das suas mães e adoção das crianças com opinião contrária das mães e seus familiares. Tudo isto está suficientemente documentado e disponível através do blog <https://dequemeestebebe.wordpress.com/>, dispositivo organizado para denunciar estes fatos e reivindicar que as mães fiquem com seus bebês.

As resoluções mencionadas acima foram o impulso inicial dado pelo MPMG, e motivou o Juizado da Vara Cível da Infância e Juventude de Belo Horizonte, a editar normas como a que pode ser vista a seguir:

Art. 1º. Quando, durante o atendimento médico-hospitalar de gestante, parturiente ou puérpera, houver constatação ou ponderadas evidências de que qualquer dos genitores e/ou a criança recém-nascida se encontram em situação de grave risco, inclusive em virtude de dependência química ou de trajetória de rua, o profissional de saúde e/ou a instituição hospitalar deverão comunicar o fato ao Juízo de Direito da Vara Cível da Infância e da Juventude da Comarca de Belo Horizonte encaminhando os documentos pertinentes.²

A documentação emitida pelos órgãos do judiciário se transformou em dispositivos de

criminalização de mães que supostamente usam drogas, condenando-as e a seus filhos recém-nascidos a uma vida inteira sem a desejável convivência entre eles. Nega o problema real, de que o uso de drogas e todo processo de maternidade, mesmo sob risco, tratam-se de questões do âmbito da saúde pública. Sendo assim, estas mulheres e seus bebês necessitam de cuidados e uma rede de proteção para seu pleno desenvolvimento. A criminalização como tem sido feita, amplia o problema atual, sem oferecer uma solução eficaz.

Há uma importante mobilização de pessoas, coletivos e movimentos sociais em torno da questão, lutando pela garantia do direito de mulheres de formarem suas famílias e das crianças de terem o convívio com suas mães. Para se defenderem as mulheres começam a negar informações de que estão grávidas e, assim, impossibilitam que a rede pública de saúde realize os cuidados necessários à gestante.

E as recomendações do MP se refletiram nas ruas. É o que revela Arnor Trindade, crítico da decisão do MP e referência da Coordenação de Saúde Mental da SMSA. Para o especialista, a possibilidade da retirada das crianças das mães tem coagido muitas a revelarem que estão grávidas. Trindade entende que apartar os bebês de suas mães é uma prática que deve ser revista. O Estatuto da Criança e do Adolescente diz, em seu primeiro item, que a criança tem o direito de permanecer com a família.^{3,1}

O próprio Estatuto da Criança e Adolescente é paradoxal quando menciona a questão, segundo Martins,³ o mesmo texto que define que as crianças devem ficar com suas famílias,

dá margem a entendimento contrário disto quando se trata de mãe usuária de drogas. A jurisprudência é o que passa a definir o direito e, sendo assim, prevalece a interpretação do juiz da vez.

Mas o Ministério Público dá primazia ao trecho que diz que a criança deve crescer em ambiente longe de usuários de entorpecentes. Às vezes, é possível que a mãe se recupere e que a criança fique sob guarda da família extensa.^{3:1}

Toda atividade do sistema judiciário em colaboração com o Ministério Público Estadual, no caso do abrigo compulsório de bebês, em primeiro lugar, tem um sentido discriminatório, porque é direcionada a mulheres pobres. As resoluções foram dirigidas especificamente às maternidades públicas, toma como alvo as mulheres que são dependentes do serviço público de saúde, ou seja, as de maior vulnerabilidade socioeconômica. Em segundo lugar, mostra total insensibilidade ao não perceber o outro, uma criança recém-nascida e sua mãe, como portadores de necessidades de cuidados, em uma fase particularmente sensível e importante das suas vidas. As normas editadas pelo Ministério Público Estadual e o Juizado são, por si, um ato de extrema violência que, ao contrário de proteger, vulnerabilizam as mães e seus bebês, ou seja, os tornam mais vulneráveis por não ofertarem opções de cuidado. Expõe a criança ao abandono ao colocá-la em abrigo compulsório e subjugando a mãe à condição de “órfã do seu próprio filho”, ao qual não tem a possibilidade de convivência. Em

terceiro lugar, toda esta atividade do sistema judiciário demonstra a total banalização do sofrimento alheio, ou seja, há uma naturalização do sofrimento do outro. As inúmeras possibilidades de cuidado são simplesmente negadas, dando lugar a uma suposta moral, que, através do biopoder atribuído aos órgãos judiciais, impõe uma punição a mães e seus filhos.

O poder coercitivo do Estado e a sanha por punições que agenciam a ação dos órgãos judiciais, faz com que estes imponham uma grave afronta ao direito à maternidade, desrespeitando o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) ao arrancar a crianças do convívio com a mães a partir do abrigo compulsório. Toda atividade oriunda das recomendações do MPMG e do juizado podem ser classificadas como violência de estado contra estas pessoas, mães e bebês.

Trabalhadores das maternidades públicas têm sido pressionados pelo MPMG para que informem aos órgãos do judiciário da presença de gestante/puérpera, usuária de drogas. Esta comunicação é o ato formal de denúncia, que abre a possibilidade de ação do judiciário e coloca estas mães à mercê da justiça, subjugando-as às normas já emitidas de condutas para o recolhimento compulsório dos seus bebês.

Acontece que estas mães vivem uma “transformação incorpórea”: “A transformação

incorpórea é reconhecida por sua instantaneidade, por sua imediatidade, pela simultaneidade do enunciado que a exprime e do efeito que ela produz”,^{4:14} é a transformação instantânea dos corpos, dada por uma “palavra de ordem”, que gera efeitos imediatos. Por exemplo, a mulher, gestante, mãe, passa da condição de puérpera para a de “usuária de drogas”, cujo efeito imediato é deixar de ser uma pessoa portadora de cuidados e proteção à sua saúde, para alguém que cometeu “crime” ou “pecado” e, portanto, merecedora de punição ou penitência.

A denúncia de uma mãe pelo uso de drogas para que seu bebê seja recolhido a um abrigo, seria como se estas mães passassem aos olhos destes trabalhadores por esta “transformação incorpórea” e, eles mesmos, deixassem de ser cuidadores para serem denunciadores, passando da condição de agentes do serviço público de saúde para agentes do sistema judiciário. A transformação incorpórea modifica o seu status social e afetivo: de mães, filhos e trabalhadores da saúde.

Há um processo de subjetivação em curso que faz com que as pessoas, em geral, que aderem às teses do MPMG e do Juizado da Infância e Juventude façam a inversão dos papéis dos trabalhadores e da rede pública de saúde, e os transformam de uma missão atual de cuidadores, com atribuição de zelar pela saúde e bem estar das mães e seus filhos, para denunciantes das mesmas aos que seriam aos olhos delas, seus algozes. Essa nova

subjetividade denunciante e punitiva vem dominando a cena de cuidados em muitos lugares. A resistência a este estado de coisa deve se dar também pela construção de um novo território subjetivo em que sejam invertidos os valores dominantes atuais, se estes perseveram no dano às crianças e suas mães, impedindo-as de conviverem por toda uma vida. Isto tem sido irreversível e fatalmente muito cruel, pois as adoções destas crianças são feitas à revelia e contra a opinião das mães e suas famílias.

Em janeiro de 2015, o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte aprovou resolução na qual recomenda que os trabalhadores do SUS-BH não precisam informar e encaminhar casos de gestantes usuárias de drogas à Vara da Infância e da Juventude, conforme recomendado pelo Ministério Público de Minas Gerais (MPMG) desde junho de 2014. Com isto os trabalhadores não ficam obrigados mais a fazer estas denúncias como anteriormente. Sem dúvida uma vitória da mobilização que se verifica na sociedade, de resistência ao recolhimento compulsório de bebês.

Tomando como fontes deste trabalho as matérias publicadas na imprensa mineira entre os anos de 2014 e 2017 e as narrativas dos que têm se apresentado em reuniões, fóruns e encontros que discutem o tema, podemos inferir que o fluxo que leva ao recolhimento compulsório funciona, de modo geral, da seguinte forma: uma gestante ao dar entrada no plantão de algum hospital público é

orientada a preencher um cadastro, no qual consta a pergunta se a mesma é ou foi usuária de drogas. Se a resposta for positiva o estabelecimento deve informar ao juizado da Infância e Juventude da Comarca de Belo Horizonte, que deverá decidir pelo recolhimento compulsório do bebê a uma instituição pública, a fim de que seja disponibilizado para adoção. Este abrigamento do recém-nascido acontece por força de decisão judicial tomando, de forma absolutamente precária, os argumentos da mãe e da sua própria família. Nota-se que a mãe e sua família não são consideradas, é como se o enredo de cada história de mãe e seus bebês já estivesse previamente escrito, pois prevalece sempre a narrativa segundo a qual “a prioridade é a criança”, repetido como um mantra por todos os agentes do Estado, e com este “script” simplesmente se atropela o direito da mãe e da criança de serem uma família e terem entre si a necessária convivência. Tomando por referência este fluxo básico aqui descrito há variações de muitos tipos, geralmente relatando tragédias pessoais com danos físicos e afetivos que marcam as vidas de mães e filhos por toda uma vida. Como pode-se ver no caso de Aline:

Assim que nós (mães) recebemos alta da maternidade (após o parto), fomos orientadas por uma funcionária da Santa Casa e fomos de ambulância até a sede do Ministério Público. Fui informada de que o juiz me faria apenas algumas perguntas. Porém, quando cheguei lá, um homem me falou 'moça, se você não entregar seu filho, nós vamos machucá-lo, porque a gente vai tirá-lo de você de qualquer jeito', contou Aline Paula Oliveira, artista plástica e estudante de direito, que teve seu filho recolhido pela Justiça há seis anos.

Aline afirmou que o seu processo, como muitos outros, foi feito de forma arbitrária, uma vez que ela fazia uso moderado da droga e que a criança estava bem e saudável. A mãe garantiu que fez o tratamento completo de reabilitação e recebeu liberação médica. Ainda assim, não consegue autorização para estar com seu filho. “Desde o momento da retirada eu tenho lutado por ele. A luta é para conviver. Não vou tirá-lo da sua nova família, mas quero que seja garantido o direito dele saber que não foi abandonado pela mãe, que não foi rejeitado. Que ele saiba que ele tem uma irmã linda, que ele possa conhecê-la, desabafou. (Câmara Municipal de Belo Horizonte, 17/3/2017).⁵

Vemos aqui a expressão dramática de até onde vão os efeitos da ação movida por um Ministério Público persecutório e um judiciário instrumentalizado por uma jurisprudência produzida por ele mesmo. Eles negam ou desconhecem aspectos técnicos quanto à possibilidade de cuidados a estas mães, humanitários envolvendo uma questão como a maternidade, seres, famílias.

É como se forças estranhas e hostis se movessem contra o imaginado caminho ascendente do nosso marco civilizatório, construído a partir da “Constituição Cidadã” de 1988 e das leis complementares que fundaram o direito da criança e do adolescente através do Estatuto da Criança e do Adolescente, do acesso universal à saúde através do Sistema Único de Saúde, a Assistência Social e o direito à Educação. Este movimento constituinte de um ordenamento societário que objetiva aos direitos sociais como fundamentais, vem sendo violentamente interdito no atual momento, onde o recolhimento compulsório de bebês é a ponta do iceberg e um analisador potente para

revelar o quanto as pessoas têm sido violentadas no seu direito e na sua humanidade.

Enquanto pensamos ou, pelo menos, lutamos para que as políticas sejam cada vez mais generosas com as pessoas, que o cuidado seja atribuição de todos, uns com os outros, nos deparamos com intervenções deste tipo. Fomos atrás das respostas às questões que se colocaram frente a todos estes acontecimentos. A compreensão dos acontecimentos não é apenas uma racionalidade normativa, é preciso que as narrativas sejam incorporadas, se colocando em contato com o circuito dos afetos presentes neste acontecimento. Assim, talvez seria possível criar a implicação suficiente para conhecer o que acontece, perceber o outro como expressão de desejos violentados, necessidades não atendidas, apoios precários da institucionalidade presente nos cenários de cuidado às gestantes.

A potência do afeto para o cuidado

“Minha filha devolveu minha vida”

A frase acima é parte da narrativa de uma mãe, residente no Ceará, com filha recém-nascida, ex-usuária de drogas. Esta mulher participou da pesquisa “Rede de Avaliação Compartilhada” que, em Fortaleza, teve como tema de estudo a Rede Cegonha, de cuidado materno infantil.⁶ De forma resumida podemos dizer que esta mãe deixou de usar drogas no início da gestação, e permaneceu assim após o nascimento da filha.

Construiu com o bebê um forte vínculo, reconstituiu as relações afetivas rompidas anteriormente, refez suas fontes de alegria, não dependendo mais das drogas para ter prazer e retomou assim um novo projeto de vida.

A pesquisa traz a evidência de que é possível contar com a maternidade como fonte de potência para o cuidado de si, abrindo a possibilidade de pactuação com a vida, deixando as mães o uso de drogas para cuidar dos seus bebês. O filho ou filha é um dispositivo de cuidado, esta é a questão fundamental que foge à compreensão dos órgãos judiciários. Ao invés de usar esta ferramenta sócio-afetiva para superação dos problemas decorrentes do uso abusivo de drogas associado à maternidade, a ação atual do judiciário, tal como se configura, joga por terra esta oportunidade.

O caso descrito acima pega como centro a questão da força dos afetos no processo de subjetivação, ou seja, produção de novas subjetividades. Tal princípio pode ser sustentado com base na ideia de Spinoza (2009),⁷ segundo a qual, os corpos quando se encontram têm uma capacidade de afetar uns aos outros. Estes afetos produzem efeitos no outro, que podem ser a expressão de alegria e, neste caso aumenta a sua potência de agir no mundo, ou tristeza, quando esta potência é diminuída. No encontro, ainda segundo o filósofo, se forma um “campo de consistência” entre os corpos através do qual os afetos são transmitidos por intensidades, isto é, imperceptíveis no plano da razão, mas com alta

potência na reconfiguração dos corpos e vidas que são afetados.

O que se observa é que a maternidade reconfigurou a forma como esta gestante significa o fato de ser mãe, de ter um ser sob seus cuidados, a filha. O encontro com o bebê no seu nascimento representa o fechamento de tudo isto. Isto tudo por efeito dos afetos que a maternidade provocou nela mesma. Vemos, portanto, a força terapêutica dos encontros, dos afetos e o quanto eles têm uma capacidade operatória sobre a realidade em si, no outro e no mundo.

No texto “Em Busca da Clínica dos Afetos”, Franco e Galavote⁸ discutem a partir do “Caso JR” a grande capacidade de reação e ação de um corpo na produção de vida em si mesmo. Ação neste caso, como potência revigorada a partir de novos encontros que produziram no usuário uma enorme capacidade de agir. Só uma subjetividade ativada pelo desejo de produzir vida é capaz de uma reação à adversidade que a existência em certos cenários produz nas pessoas. Este estudo vai demonstrar que não há um “corpo frágil”, pois cada um tem sua potência, e cabe a um projeto terapêutico atuar para ativar esta potência que está no plano da subjetividade e no núcleo de desejo.

O desejo atua como uma força propulsora que nos coloca em movimento para construir projetos de vida, produzir novos modos de existir no mundo, reconfigurar os cenários no qual se vive. Ele é sempre um agenciamento,

energia vibrante, capaz de romper obstáculos, fazer desvios, encontrar fissuras nos espaços institucionais para construir possibilidades que antecipem novos mundos, façam novas existências tomarem formas, enfim, produzir uma nova construção de si e do mundo.

O que estes estudos nos informam, com muita evidência, sustentados na produção do cotidiano, é que a maternidade, assim como um encontro que se revela um importante acontecimento na vida de uma pessoa, tem uma enorme potência terapêutica. A maternidade pode fazer com que as mães, antes usuárias de drogas, repactuem consigo mesmas a sua existência, passando ao cuidado de si, assim como ao cuidado do filho recém-nascido.

Tomando por estas evidências aqui demonstradas, a ação do MPMG assim como do Judiciário no caso do recolhimento compulsório, além de uma arbitrariedade jurídica, é um enorme erro do ponto de vista terapêutico, do cuidado que se deve ter com as mães usuárias de drogas, que são o tema desta discussão. Tirar estas crianças das suas mães é o mesmo que condená-las a uma culpa infinita com a qual terão que conviver por toda sua vida, aprofundando o abismo existencial no qual vivem e, mais do que isto, retira delas a mais potente terapêutica que já tiveram a oportunidade de ter, que é a possibilidade criada a partir encontro com seus próprios filhos.

O que fica evidente é que o MPMG e o judiciário

não se importam com estas vidas, sequer pensam que o uso de drogas neste caso é um problema de saúde, e que estas mães têm direito a uma possibilidade de cuidado, que as ajude a retomar sua vida com seus bebês. Afirmamos com toda veemência que estamos diante de um caso de saúde, que deve, portanto, ser conduzido como tal, com as ferramentas próprias do cuidado. E que os órgãos do sistema judiciário negam este direito a estas mães e seus filhos recém-nascidos, tratando apenas como um problema judicial e impondo medidas coercitivas, sob o falso pretexto, ao nosso ver, de proteção dos bebês. Não se protege uma criança subtraindo-lhe o afeto da mãe por toda uma vida. A ação do judiciário produz uma barbárie.

Fobia de Estado e a Resistência

Deus sabe quanto eu temo a destruição do mundo pela bomba atômica; mas há pelo menos uma coisa que temo tanto quanto esta, que é a invasão da humanidade pelo Estado.⁹⁻¹⁰³

A intervenção do sistema judiciário à política de cuidado materno-infantil, interditando a possibilidade de mulheres serem mães de seus bebês, e destes serem filhos das suas mães, porque estas são supostamente usuárias de drogas, é um analisador da força coercitiva do Estado quando ele atua no plano da micropolítica. Toma o cotidiano como plano de ação para operar sob o regime disciplinar, regulando os corpos de mulheres, controlando seus afetos, produzindo tristeza e subserviência e punição aos que não “cumprem as regras” de

um biopoder⁹ auto atribuído.

De forma resumida apresentamos abaixo três linhas de força que atuam como uma das maiores fontes de agressão ao direito e à cidadania de mulheres e crianças vulneradas, acontecido no período recente. Quais sejam:

i) As mulheres e seus recém-nascidos vítimas da agressão institucionalizada e “legalizada” são pobres, vulnerabilizadas e supostamente trazem histórias de abandono e sofrimento.

ii) O Ministério Público Estadual juntamente com o sistema judiciário se aliam para judicializar as vidas de mães e bebês, tomando decisão de recolhimento dos recém-nascidos para o abrigo compulsório, interditando a tradicional e bem sucedida política de cuidados materno-infantis. Nega o direito e o cuidado às mães de terem seus filhos e das crianças do convívio com suas famílias.

iii) A denúncia feita por trabalhadores de saúde, mesmo que sob pressão do judiciário, que oferecem denúncia ao Ministério Público e ao juizado da infância e juventude dos casos de mães que supostamente são usuárias de drogas, é parte da trama para o “sequestro de bebês” de suas mães.

Vemos que a ação do estado neste episódio está

instrumentalizada pelo direito na interpretação do MPMG e do Juizado da Infância e Juventude. A sua atividade é muito mais ampla do que meramente a aplicação do direito, segundo sua interpretação, mas ela propaga uma narrativa segundo a qual defende o direito das crianças. Um sofisma para consolidar a posição de “sequestro das crianças” de suas mães, pois tira-lhes o direito de convivência familiar. Isto polariza certos setores sociais. Estamos diante de um processo complexo que envolve tecnologias de governo, que tem por objetivo o controle dos corpos e a prescrição sobre os modos de vida, entendendo o Estado como um sistema complexo de exercício de poder sobre a população, onde os principais instrumentos estão no saber da economia política e dispositivos de segurança, a governamentalidade, a qual Foucault¹⁰ entende por:

[...] o conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por 'governamentalidade' entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente não parou de conduzir, e desde há muito, para a preeminência desse tipo de poder que podemos chamar de 'governo' sobre os outros – soberania, disciplina – e que trouxe, por um lado, o desenvolvimento de toda uma série de aparelhos específicos de governo [e, por outro lado], o desenvolvimento de toda uma série de saberes.^{10:143-144}

Vemos aqui o alcance do Estado nas suas técnicas de governar a população, contando a regulação da vida através dos saberes e dispositivos disciplinares sobre os modos de

vida. Através da governamentalidade é possível formar o entendimento da força que exerce o Estado no plano da micropolítica, de regulação do cotidiano e coerção sobre os modos de vida não convencionais, que operam na diferença ou prescritos pela moral e poder vigentes.

No ano de 2014 em Belo Horizonte os números de recolhimento compulsório de crianças aumentaram de forma significativa. Reproduzo abaixo fragmento de matéria publicada pelo jornal “O Tempo”, para dar uma dimensão do que se viveu no ano de 2014 e que se prolonga até hoje:

Da barriga da mãe direto para o abrigo. Esse tem sido o destino de bebês de mães usuárias de crack. De janeiro a outubro, dos 232 novos acolhimentos de crianças de 0 a 2 anos de Belo Horizonte, 158 (68%) foram em decorrência da droga.¹¹

Deste período até os dias atuais o problema vem se agravando e narrativas pronunciadas em encontros e seminários para discutir a questão informam que em julho de 2017 havia registro de que 359 bebês foram retirados de maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, de 2014 até esta data, e entregues a instituições para abrigamento compulsório e adoção.

Se produz um verdadeiro “holocausto 2.0”, adaptado ao século XXI, em que a morte se faz pelo esmagamento do desejo, a produção intensiva de tristezas nas pessoas, que as tornam menos potentes para a vida, menos ativas na produção de si e mais adaptadas a se resignar a este estado de coisas, ao invés de revoltar-se

contra ele, a subserviência involuntária. As ações do sistema judiciário promovem um morticínio afetivo, fabricando mães culpabilizadas, tristes, de baixa potência e, por outro lado, crianças abandonadas, institucionalizadas, disciplinalizadas, um mundo afetivo destruído pela brutal e indevida interferência do biopoder judiciário sobre estas vidas, que precisariam, sobretudo, de cuidados, redes de proteção, acolhimento social e afetividade.

O “holocausto 2.0” que vivemos nos tempos atuais nos remete à ideia de “Fobia de Estado”⁹. Este conceito é atribuído ao extenso crescimento do Estado e à capacidade de se encontrar presente em todo segmento da vida, todos os lugares, em uma atuação que mistura um simulacro de paternalismo com elementos microfascistas. Um Estado que toma corpo, musculatura e perde a sutileza quando se trata de regular os modos de vida e exercer o poder para o controle dos corpos, desativando-lhes toda energia desejante que seria capaz de produzir novas possibilidades e invenções para a vida.

[...] a ideia de que o Estado possui em si e por seu dinamismo próprio uma espécie de força de expansão, uma tendência intrínseca a crescer, um imperialismo endógeno que o leva sem cessar a ganhar em superfície, em extensão, em profundidade, em fineza, tanto e de tal modo que ele chegaria a se encarregar totalmente do que constituiria para ele ao mesmo tempo seu outro, seu exterior, seu alvo e seu objeto, a saber: a sociedade civil.

O primeiro elemento que me parece de fato percorrer toda a temática geral da fobia do Estado é, portanto, essa força intrínseca do Estado em relação ao seu objeto-alvo, que seria a sociedade civil.^{9:259}

Entende-se que o Estado como organismo que detém uma força intrínseca de controle, que exerce uma expansão sem fim sobre a sociedade civil, tomando suas entranhas, contém todos elementos que por si só lhe dão o atributo de poder sobre o outro e a capacidade de produzir a política de controle, regulação e interdição. Sendo assim, ainda segundo o autor, há uma implicação entre as diferentes formas de Estado, seja o Estado administrativo, providência, burocrático, fascista, totalitário, enfim, são todos filhos da mesma raiz, detém características intrínsecas que os tornam similares no modo de atuar sobre o governo da população.

Fobia do Estado não está associado ao tema do “medo”, é um conceito que diz respeito ao “antiestatismo”, à ideia de resistência à penetração dos dispositivos estatais de controle na microgestão da vida, em ação micropolítica sobre a regulação do cotidiano, no controle dos corpos, na prescrição sobre os modos de vida, enfim, o exercício intenso de biopoder. Antiestatismo é linha de fuga. Resistência esta que deveria levar a uma crise de governamentalidade pelo motivo que: “O Estado não é nada mais que o efeito móvel de um regime de governamentalidades múltiplas.”^{9:106}

Caminhando contra o vento: a resistência pela “governamentalidade reversa”.

Chamamos de “governamentalidade reversa” a ação de pessoas e coletivos no plano social, que contraria a governamentalidade estatal, que

tenta controlar e regular as pessoas. Ela parte do desejo por governar a si mesmo, produzindo sua própria vida, é definida por um certo grau de rebeldia ao instituído, operando por linhas instituintes; e tem por objetivo inverter o fluxo dos afetos, de linhas opressoras contra as mães e seus bebês, criando linhas libertárias; contra o abandono opera por solidariedade comunitária; contra a interdição e controle sobre os corpos, opera por pacto do cuidado e suas existências; o cuidado e a proteção estão na origem da “governamentalidade reversa”.

De modo concreto, se o poder estatal “tem por alvo principal a população”, a “governamentalidade reversa” tem como centro a pessoa, no caso da saúde, o usuário; se ele tem “por principal forma de saber a economia política”, aqui o principal dispositivo de saber é o espaço social e a produção afetiva pelo encontro; e se, por sua vez, o Estado opera “por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança”, a “governamentalidade reversa” opera pela produção do comum, como dispositivo de invenção da vida pautada pelo cuidado e proteção.

A governamentalidade tem por objetivo o exercício do “governo sobre os outros – soberania, disciplina”, e aqui o que sugerimos é o governo dos outros sobre si mesmos, a voz e protagonismos de pessoas e coletivos com referência a suas necessidades, seus desejos e respeitando o modo específico de existência, quando pactuados projetos terapêuticos, que devem ser singulares, ou seja, dirigidos a cada

um para contemplar seu modo específico de existir no mundo.

O que se pretende com um movimento de resistência no caso do recolhimento compulsório de bebês é a produção de liberdade e pactuação das existências, através da construção de redes de cuidado, amparada institucionalmente nas políticas de saúde, assistência social e educação. O Sistema Único de Saúde, o Sistema de Assistência Social, e a Política Nacional de Educação, pela generosidade que têm, são dispositivos institucionais que podem contribuir na produção de redes de apoio, cuidado e proteção suficientes para impedir a judicialização das vidas de crianças recém-nascidas e suas mães. E para isto há no âmbito societário uma multidão, pessoas, coletivos, entidades, que se organizam das formas mais criativas possíveis e usam ferramentas diversas, em espaços diversificados de produção. Estes também agregam potência aos dispositivos de resistência.

A “governamentalidade reversa” se produz, portanto, por um movimento combinado entre as mães e seus bebês, apoiado pela atuação de todos os que estão implicados na defesa da sua integridade cidadã, social e afetiva, com a construção de uma institucionalidade generosa, cuidadora, libertária por meio das políticas sociais.

Considerações Finais

Há mais de três anos as gestantes pobres, em

situação de rua, usuárias ou ex-usuárias de drogas vivem a crueldade e brutalidade impetrada pelos órgãos judiciais da infância e juventude de Belo Horizonte e outras capitais do país. Esta ação se abate sobretudo no núcleo da subjetividade destas mães, no desejo e na vontade, dispositivos de produção de vida em si mesmo, no outro e construção cotidiana do mundo no qual se vivem.

Ao invés do reconhecimento de um problema de saúde, o sistema judiciário anuncia a sua criminalização; ao não apontar para uma rede de cuidado às mães e seus bebês, recomendam o recolhimento compulsório; ao invés de proteção produzem abandono, dor e sofrimento. A tudo isto há uma resposta efetiva e afetiva que procura mobilizar coletivos de técnicos do SUS, especialmente os que trabalham com a atenção à saúde materno e infantil; inúmeras entidades da sociedade civil e tudo isto vai amplificando a denúncia e o apelo para o resgate dos valores de cidadania, direitos da mulher e da criança, já completamente esgarçados, e o cuidado à saúde.

Efetivamente há uma resistência a todos estes acontecimentos, que é consistente nas suas propostas de superação do problema. Por exemplo, em 29 de agosto de 2014, portanto no início da ação repressora sobre estas mães e seus filhos, a Comissão Perinatal da Secretaria Municipal de Saúde Belo Horizonte publica Ofício Circular às Maternidades do SUS-BH com Recomendação para abordagem de mães usuárias de álcool e drogas. Neste documento

recupera as diretrizes dos cuidados à maternidade e à infância sugerindo uma série de ações, redes de cuidados e proteção, revertendo em termos propositivos as diretrizes oriundas do MPMG e do Judiciário.

Contando com ampla rede de apoio o documento sugere principalmente o seguinte:

Cada caso deve ser avaliado em sua particularidade e elaborada uma proposta de abordagem integral de cuidado, envolvendo em especial a família, a família estendida e outras possibilidades de apoio no território que possam estruturar um projeto terapêutico singular com a abordagem clínica e apoio social de acordo com a necessidade.

A avaliação clínica individualizada é soberana para a orientação e abordagem terapêutica e social. A separação mãe e filho não deve ser efetivada a priori antes de esgotadas todas as possibilidades de apoio intensivo a esta mulher, seu bebê e sua família.¹²

Igualmente relevante é o manifesto publicado em 1º de dezembro de 2014 assinado por inúmeras entidades da sociedade civil, conselhos profissionais e da saúde, no qual reivindicam a efetividade de uma rede de proteção, a descriminalização destas mães e encaminhamento seguro, quando necessário, apoiado em referências intersetoriais.

Que as redes de saúde mental, da mulher e de atenção a criança do estado e municípios sejam acionadas, bem como toda a rede de assistência à saúde e demais políticas setoriais logo que se identifique o abuso de álcool e outras drogas, para que se amenize o impacto criminalizador e excludente das mulheres, pautando em enfrentamentos complexos que deem conta de conciliar os direitos das mulheres e dos recém-nascidos.¹³

Os movimentos aqui demonstrados, por dentro e fora do Estado, indicam a capacidade de resistir, produzir novas práticas, reorganizar os saberes e os dispositivos de cuidado para superar o que vem sendo proposto até então pelos órgãos judiciais. Seguimos confiantes de que os que sofrem com os atuais dispositivos disciplinares implementados pelo Estado, podem ativar pessoas e coletivos para construir uma “governamentalidade reversa” que produz

efeitos contrários nas políticas de controle, que seja expressão do antiestatal na política que vem sendo proposta até então pelo judiciário. As reações que vêm acontecendo desde o início deste processo em 2014, demonstram que é possível produzir uma nova política, que coloque as pessoas sob governo de si mesmas, produzindo vida em redes de cuidado como forma de articulação do comum, com base nos encontros que o próprio trabalho em saúde proporciona.

Referências

- ¹Deleuze G, Parnet C. O Abecedário [Internet]. [citado jun 2018]. Disponível em: <http://escolanomade.org/wp-content/downloads/deleuze-o-abecedario.pdf>.
- ²Poder Judiciário. Vara da Infância e Juventude da Comarca de Belo Horizonte. Portaria 03/2016. Foro, Comarca de Belo Horizonte, 2006.
- ³Martins A. Ruas, drogas e maternidade. Revista Vox. 2016;7(78). [citado nov 2017]. Disponível em: <http://www.voxobjetiva.com.br/noticia/945/ruas,-drogas-e-maternidade>.
- ⁴Deleuze G, Guattari F. Mil Platôs. São Paulo: Editora 34; 1995. v.2
- ⁵Câmara Municipal de Belo Horizonte. Mães denunciam recolhimento compulsório de bebês pela Justiça [Internet]. Boletim 17 mar 2017. [citado nov 2017] Disponível em: <https://www.cmbh.mg.gov.br/comunica%C3%A7%C3%A3o/not%C3%ADcias/2017/03/m%C3%A3es-denunciam-recolhimento-compuls%C3%B3rio-de-beb%C3%AAs-pela-justi%C3%A7a>
- ⁶Carvalho MRR, Franco TB, Jorge MSB. Rede Cegonha desenhada por gestante usuária de drogas: uma produção do cuidado. In: Merhy EE et al. Avaliação Compartilhada do Cuidado em Saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016.
- ⁷Spinoza B. Ética. São Paulo : Autêntica; 2009.
- ⁸Franco TB, Galavote HS. Em Busca da Clínica dos Afetos. In: Franco TB, Ramos VC. Semiótica, afecção & cuidado em saúde. São Paulo, Hucitec; 2010.
- ⁹Foucault M. Nascimento da Biopolítica. Martins Fontes: São Paulo, 2008.
- ¹⁰Foucault M. Segurança, território e população. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
- ¹¹Vítimas do crack e também de preconceito e abusos sexuais. [Internet] Jornal O Tempo, 2 dez 2014. [citado nov 2017]. Disponível em: <https://www.otempo.com.br/cidades/v%C3%ADtimas-do-crack-e-tamb%C3%A9m-de-preconceito-e-abusos-sexuais-1.955332>
- ¹²Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Of. GSMAS-ASS/SUS-BH/EXTERN/Nº 76/2014 [Internet]. [citado nov 2017]. Disponível em: <https://dequemeestebebe.wordpress.com/2017/04/15/reportagens-sobre-o-sequestro-de-bebes-2>
- ¹³De quem é este bebê, Manifesto [Internet]. [citado nov 2017]. Disponível em: <https://dequemeestebebe.wordpress.com/2017/04/15/reportagens-sobre-o-sequestro-de-bebes-2/>

ARTIGO ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n1suplemp99-113>**Gestar o real do corpo: o direito à maternidade possível**

Compulsory adoption of children of mothers who are criminalized for being drug users: the right to maternity

Brenda Cecília¹

Assistente Social do Consultório de Rua de Belo Horizonte.

Daniela Ramos Garcia¹

Arte Educadora do Consultório de Rua de Belo Horizonte.

Danielle Vassalo Cruz¹

Coordenadora do Consultório de Rua da Prefeitura Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

E-mail: coordenacaoconsultorionarua@pbh.gov.br**Eduardo Ornelas de Oliveira¹**

Psicólogo do Consultório de Rua de Belo Horizonte.

Flávio Ricardo Santos da Sila¹

Redutor de Danos do Consultório de Rua de Belo Horizonte.

Heloísa Helena Maria¹

Assistente Social do Consultório de Rua de Belo Horizonte.

Isabel Magalhães da Silva¹

Assistente Social do Consultório de Rua de Belo Horizonte.

Júlio César Amaro¹

Arte educador do Consultório de Rua de Belo Horizonte.

Júnia Vanessa Costa¹

Enfermeira do Consultório de Rua de Belo Horizonte.

Rosimery Iannarelli¹

Assistente Social do Consultório de Rua de Belo Horizonte.

Roberta Kelly Soares Oliveira¹

Enfermeira do Consultório de Rua de Belo Horizonte.

Resumo

Os autores apresentam narrativas e relato de vivências a partir das histórias dos sujeitos acompanhados pelo Consultório de Rua, dispositivo da Rede de Saúde Mental de Belo Horizonte, apresentando o “retrato” de mulheres gestantes nas cenas de uso de drogas. Violência de gênero, racismo e criminalização da pobreza são temas transversais à vida destas mulheres, que precisam fazer um esforço descomunal para tentar garantir o direito de

permanecer com a guarda de seus filhos gestados.

Palavras-chave: Redução de Danos; Gestação; Violência; Vulnerabilidade social.

Abstract

In this paper, the authors present a “portrait” of drug dependent pregnant women through the narratives, experiences and life stories of the individuals seen by the multidisciplinary team of

the Consultório de Rua. The health service aims to reduce the negative consequences of drug use for people living on the streets as part of Belo Horizonte Mental Health Program. A profile of the drug dependent pregnant women in their challenge to maintain custody of their children

despite living in circumstances defined by violence against women, criminalization of poverty and racism is addressed.

Keywords: Harm reduction; Pregnancy; Violence; Social vulnerability.

1. Introdução

“Quando, seu moço, nasceu meu rebento
Não era o momento dele rebentar
Já foi nascendo com cara de fome
E eu não tinha nem nome pra lhe dar
Como fui levando não sei lhe explicar
Fui assim levando, ele a me levar”¹(Chico Buarque)

Desde quando foi declarada a “Guerra às drogas”, por Richard Nixon, em meados de 1971, temos observado o aumento da política repressiva do Estado nos territórios de maior vulnerabilidade social. O discurso de combate às drogas legitima que corpos sejam regulados e combatidos, como se dá em uma situação de “guerra”. Karam² nos alerta:

Os alvos nessa guerra são os mais vulneráveis dentre os produtores, comerciantes e consumidores das drogas proibidas; os “inimigos” nessa guerra, são seus produtores, comerciantes e consumidores pobres, não brancos, marginalizados, desprovidos de poder.^{2:3}

Estabelecer o perfil do “alvo a ser combatido” é demarcar o recorte da criminalização do negro e pobre, tendo como efeito o genocídio e o encarceramento em massa de jovens negros, principalmente, oriundos das favelas das grandes cidades, geralmente considerados associados ao crime e ao tráfico de drogas, como colocado por Reis:³

Os homicídios, não afetam as diferentes parcelas da sociedade com a mesma intensidade [...]. Estudos têm demonstrado que os jovens, principalmente os do sexo masculino, são os mais expostos à violência, sendo também a população na qual a taxa de óbitos por homicídios é maior (WAISELFISZ, 2012). Dentro desta sub-população há outra ainda mais vulnerável: os jovens negros. Os jovens negros são marcados por escassas oportunidades de estudo, trabalho e lazer e são as maiores vítimas de mortes por agressão no Brasil.^{3:23}

Para os jovens negros moradores das periferias o Estado chega através da repressão, ficando em segundo plano a oferta de políticas públicas de garantia de direitos. Em concomitância ao genocídio desses jovens, temos observado também a criminalização das famílias pobres que tem sido, em inúmeras situações, punidas pela falta de responsabilidade das políticas públicas ao não garantirem acesso a direitos básicos como educação, saúde e habitação. As medidas tomadas, muitas vezes, reforçam ainda mais a vulnerabilidade em que essas famílias se encontram e contribuem sistematicamente para a criminalização da pobreza.

A chamada guerra às drogas, ao legitimar a guerras aos pobres e negros, também se

expressa na violência de gênero ao potencializar, de diversas formas, a violência contra a mulher pobre. E, é sobre a especificidade das violências vivenciadas pelas mulheres pobres usuárias de drogas e em situação de rua acompanhadas por um dispositivo público da saúde mental em uma capital brasileira, que iremos dissertar no presente artigo.

Em Belo Horizonte, capital de Minas Gerais, é notável que a presença de mulheres nas cenas públicas de uso de drogas vem crescendo de maneira exponencial, mas o que as tornam alvo de atenção nas cenas e nas políticas públicas não é o fato de ficarem mais vulneráveis morando nas ruas, inclusive sendo constantemente vítimas de violência sexual, mas sim o fato de essas mulheres, cada vez mais, se apresentarem nesses espaços em estado de gestação. A partir disso, gestar na rua, tornou-se mais um motivo de criminalização, em especial, da mulher pobre. Principalmente, quando, em julho de 2014, o Ministério Público da Vara da Infância e Juventude Cível de Belo Horizonte, cria duas recomendações 5 e 6, que, posteriormente, em julho de 2016 se tornam uma portaria, para mais uma vez lançar as mulheres na roleta russa da violência e criminalização da pobreza: o não direito à maternidade. A Portaria⁴ fecha portas em vez de abri-las. Não há espaço para singularizar cada caso e nem para gestar, apenas para o estigma e preconceito daqueles que se drogaram ou já se drogaram. O que fazer? O tempo passa muito rápido, a gestação curta (não chega a 37

semanas), hormônios a todo vapor, risos, lágrimas, ideias, medos, sonhos, conversas, cuidados, insegurança e, inevitavelmente, a entrada na maternidade. Tem início outra etapa: o parto e a peregrinação da saída da maternidade, com um agravante, muitas vezes, sem os filhos nos braços.

É diante desse trágico contexto, que se delineiam as narrativas que iremos ler sobre mulheres em que a violência de gênero contribuiu, da maneira mais radical, para a fragilização ou rompimento dos laços familiares e, conseqüentemente, a ida para as ruas, espaço em que serão mais uma vez violentadas. A vulnerabilidade social em que essas mulheres se encontram, sustenta, mais uma vez, o sistema capitalista, racista, machista e patriarcal.

As narrativas aqui traçadas foram coletadas pelos profissionais trabalhadores do Consultório de Rua SUS BH, da Rede de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. O dispositivo foi implantado em 2011, cuja proposta é atuar no espaço da rua, ofertando cuidado em saúde aos sujeitos que fazem uso de álcool e outras drogas nas nomeadas “cenas de uso”. Ou seja, que fazem uso da droga nas ruas da cidade. O Consultório de Rua BH se orienta pela lógica da Redução de Danos e Reforma Psiquiátrica. Philippe Lacadée,⁵ em 2013, ao conhecer o trabalho, coloca algo fundamental na condução das equipes, que é a oferta de um espaço de fala e escuta dos sujeitos inseridos nessa cena. Ele nos alerta

que: “Não existe preservativo para a língua (...) para além do objeto preservativo, poder oferecer a elas [usuárias] alguma coisa de essencial, isto é, sua presença (...). É o ser que elas [técnicas] oferecem, seres de fala”. É o corpo dos técnicos do Consultório de Rua, nas cenas de uso, que proporcionam espaços para circular a vida palavreada, momento de intervalo entre uma pedra e outra, entre um thinner e outro, inaugurando a entrada de outros objetos e de outra relação com a cidade através do pincel, tintas, cinema, parques, museus e máquinas fotográficas.

Rosimeire Silva,⁶ ao descrever o Consultório de Rua, afirma que é nas “andanças pelos becos e ruas ao lado de usuários de álcool e outras drogas, que vamos cuidando, recolhendo palavras, resíduo humano que ajuda a tecer o laço, e aprendendo com o que a realidade nos traz.”^{6:209} Tal realidade, nos revela que a construção de um projeto terapêutico só é possível a partir da clínica do singular, entendendo o modo como cada um se apresenta e se relaciona com o Outro. É na perspectiva de se apresentar como um outro possível que enlaça com a vida, que o Consultório de rua se apresenta nas cenas de uso de drogas e na rede de saúde e assistência pública.

O resultado da elaboração das narrativas de mulheres que, nas cenas de uso de drogas, porventura, amam, sonham e engravidam, só foi possível a partir da escuta e do comprometimento ético das equipes do

Consultório de Rua BH, ao tentar garantir o direito dessas mulheres serem mães. O que se nota ao perceberem os primeiros sinais da gestação, é a alegria, o sonho e a esperança se mesclarem ao medo e a incerteza do futuro. Diante do receio dos serviços de saúde notificarem à Vara da Infância e Juventude, algumas mulheres consentem somente aproximação do Consultório de Rua, que se apresenta como um ator primordial para o laço com essas mulheres gestantes. Provavelmente pelo fato do serviço estar na rua, mais próximo ao real de suas vidas, chegando com muita delicadeza e com a ética decidida do cuidado em liberdade.

Ao longo dos seis anos do serviço na capital mineira foram presenciadas muitas histórias de perda, das quais aqui serão relatadas duas delas. Apesar disso, com o passar do tempo, as equipes foram aprendendo sobre o fazer na rua com os sujeitos que nela vivem. Em concomitância a isso, houve a conquista de experiência no que se refere à força da articulação dos casos em rede; demonstrando os efeitos que se produzem ao garantir o direito dessas mulheres ressignificarem suas vidas a partir da maternidade possível à cada uma e, poderem, de fato, “ganhar os filhos” ao entrar na maternidade. Desse modo, foi possível eleger dentre dezenas de experiências exitosas, duas narrativas sobre mulheres que, junto ao Consultório de Rua, conseguiram alcançar o direito ao convívio familiar com seus filhos, o qual é previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA.

É importante destacar que as 4 narrativas que serão apresentadas, a seguir, se inserem na pesquisa nacional denominada Criação de Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde, iniciada em 2013,⁷ aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa em nível nacional (CEP: 1756736/2016), pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CEP 1847486/2016) e Universidade Federal de Minas Gerais (CEP 2264660/2017). Durante a coleta de dados foram respeitados os preceitos éticos internacionalmente recomendados para estudos envolvendo seres humanos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE foram ofertados e aceitos por todos os participantes das entrevistas para a escrita das narrativas, garantido assim, o direito à informação, à participação ou não na pesquisa, além do anonimato dos sujeitos mencionados pelas narrativas.

2. Narrativas

2.1. Joana: a judicialização do afeto

Joana^{II} é uma jovem mulher de 36 anos. Teve gestações anteriores, mas foi nos últimos três anos que conheceu seu atual companheiro, por quem se apaixonou. Fruto deste relacionamento teve uma gravidez ao final de 2014. Estava em situação de rua. Procurou-nos para darmos início ao pré-natal. Entre as consultas, iniciou o processo de organização de uma moradia e preparativos para receber o bebê. Cada pecinha de roupa era uma conquista, um laço que se fazia e uma inscrição

da maternidade. Antes que terminasse os preparos, pariu um menino saudável. A Vara da Infância e Juventude foi notificada, separando mãe e filho. E Joana é reconhecida apenas pela nomeação de “usuária de drogas”, apagando qualquer outra construção feita por ela, como a sustentação do desejo de ser mãe e a organização que ela fez em torno disso. Os laços com o filho, antes fortalecidos a cada semana, deram lugar a uma distância, inclusive física. A frieza do protocolo de visitação, a distância territorial do abrigo para o local de moradia, as entrevistas constrangedoras a que era submetida, na tentativa de judicializar seu afeto, a fizeram sucumbir. Joana não conseguiu romper tantas barreiras e a criança foi para adoção. Momentos duros para essa mulher que depositava no filho a esperança da reconstrução de família. Deprimiu-se, tentou tratar este sintoma através da droga e, não conseguindo, atentou contra a própria vida. Momento em que se esquivou da nossa abordagem nos pontos onde a encontrávamos.

A vontade de ter um filho a fez engravidar novamente no início de 2016, demorando a iniciar o pré-natal por medo de, mais uma vez, perder o direito a ser mãe. Quis se organizar primeiro. Alugou uma pequena casa na comunidade, procurou o Centro de Saúde e, por não estar mais em situação de rua e nem fazendo uso de drogas, afastou o Consultório de Rua, exceto em situações pontuais. Na mesma maternidade, pariu uma menina saudável. Desta vez, o parto foi cesáreo e com laqueadura.

Durante o período de internação e mesmo após sua alta, comparecia diariamente para amamentar. O esforço desta mulher era notável. Queria muito sair da maternidade com sua filha nos braços. Respondeu às várias abordagens da equipe do hospital, colheram todos os dados. A família extensa foi acionada, respondendo aos encaminhamentos, mas parece que não de forma suficiente para o ideal de “maternidade” construído na sociedade contemporânea. Em uma sexta feira, pela manhã, ao se apresentar para amamentar, teve a notícia do abrigamento da criança. Para onde foi sua filha? O que fazer com o leite escorrendo das mamas? Perguntas sem respostas. Saiu desesperadamente em busca de ajuda. Foi difícil articular as permissões necessárias para o encontro entre elas. “Só na segunda-feira” disseram. Uma espera sem fim... Depois de muitas articulações veio autorização para visita: “Uma vez por semana e com duração de uma hora”. A burocracia não anda na mesma velocidade dos sentimentos e da angústia. Os dias se arrastam sem solução. As forças vão se esvaindo... Do lado de cá, continuamos resistindo e lutando para um desfecho que, de fato, possa garantir o direito desta mulher ao exercício da maternidade. [O Caso continua em aberto].

2.2. Luana: melhor um filho morto, do que um filho com a família extensa

Luana^{III}. Mulher de 30 anos, portadora de sofrimento mental. Nasceu na rua e vive nela desde então. Sua mãe, ao superar a trajetória de vida nas ruas, fica com a guarda da filha de

Luana. A rua estava enraizada demais para que ela conseguisse superá-la. Assumiu a maternidade possível naquele momento. Via a filha de tempos em tempos e falava dela com afeto, ressaltando sempre que era muito bem cuidada pela avó. Luana apresenta algo de interessante na relação com a rua: nunca a vimos fazer uso de drogas, mesmo estando constantemente nas cenas de uso. É sempre um corre-corre, recolhendo materiais recicláveis e de alguma forma recolhendo algo da sua história. A fala vacila, meio gaguejante. Difícil dar lugar à voz diante de tantas violências... Relações abusivas com os nomeados companheiros vão constituindo seu modo amoroso de se relacionar. O corpo sempre exposto para que o outro fizesse o que dele quisesse, cortes nesse corpo tão violentado, vão sendo substituídos por novas costuras que amarram algo para este sujeito. É neste momento que Luana engravida de novo e inicia um momento de autoconhecimento, algo vacila na construção já realizada anteriormente. Inicia o pré-natal, começa a questionar a violência do atual companheiro e apresenta uma fome nunca antes sentida! A fome da vida refletida no consumo dos alimentos, “às vezes como quatro pães ao mesmo tempo”, “estou ganhando corpo”, dizia. Sim! O corpo ganhava consistência!

Luana foi acolhida na maternidade para dar continuidade ao pré-natal. Pôde dizer que este seria seu último filho, “ou vocês acham que quero abrir uma creche?”. Em determinados momentos tentou se organizar para ficar com a

guarda. Estava morando na casa da família do companheiro, mas era uma casa como Vinicius de Moraes⁸ já cantou, “não tinha teto não tinha nada”. E construir algo a partir do “nada” seria muito difícil naquele momento. Mas Luana não desiste e mais uma vez constrói a maternidade possível: a mãe ficaria com a guarda e ela ajudaria nos cuidados.

Fizemos um chá de bebê. Teve muito lanche e vários embrulhos em papéis coloridos. Ao abrir cada um, os tocava, sentia o cheiro e dizia como o filho iria usar tudo aquilo. A criança foi abrigada e Luana ia constantemente visitá-lo. Sua mãe estava se organizando para ficar com a guarda, e, sem aviso prévio, a visita de Luana foi proibida, bem como a possibilidade de adoção pela família extensa. Pouco tempo depois teve a notícia de que aquele que escolheu para ser seu último filho tinha morrido na instituição. Não foi dado a ela o direito de enterrar e elaborar o tão doloroso luto do filho retirado e morto. O discurso da suposta proteção falhou e foi letal neste caso!

A concretude da morte de seu filho só veio com o atestado de óbito, retirado muitos meses após na Defensoria Pública. E chorou, chorou muito, como se tivesse sido ontem. Por vezes, nos traz a mesma demanda: exame para detectar gravidez. Como estar grávida se fez a laqueadura? “Será que fizeram mesmo a ligação de trompas?”, indaga. Para ela algo que ligaria, na verdade, desconectou. As lembranças do filho e a impossibilidade de elaborar o luto a fazem estar em constante

gestação, e seu corpo dá prova disso: ainda produz leite e o abdômen continua distendido, como de uma gravidez.

2.3. Janaína: dos enganos da morte à escolha pela vida

Janaina^{IV} teve seu primeiro contato com o Consultório de Rua em meados de agosto de 2012, na região das casinhas, local de grande vulnerabilidade e exclusão social, tendo como consequência a violência, uso e abuso de drogas e tráfico. A mesma circulava em diferentes pontos do território, que se divide entre uma extensa área verde com lagoa e escombros do antigo clube desativado ACM (Associação Cristã de Moços) e os becos e vielas construídas a partir do financiamento do BNH (Banco Nacional de Habitação). Nestas cenas, onde o tráfico é intenso, o esgoto é a céu aberto, há declives, entulhos, mato, malocas de madeirite instaladas em uma linha, onde de tempos em tempos, passa um trem. Tudo isso em um local onde crianças e adolescentes da comunidade soltam papagaios no inverno. Algo de singular nestas cenas é um certo silêncio velado. Fala-se, mas pouco se diz.

Durante uma oficina de vídeo realizada pela equipe do Consultório de Rua, Janaína se apresenta queixosa e gritando devido a “fortes dores que foram causadas no momento em que não foi respeitada como mulher e sofreu abuso e violência sexual”, por isto era necessário atendimento médico. Ela chorava com a mão no baixo ventre, dizendo que

“estava morrendo e que precisava de auxílio da equipe”. A partir deste dia, o vínculo com Janaína foi estreitado, ela demandou ser acompanhada de volta para a sua casa. Este foi o momento em que foi possível, a partir da escuta, entender um pouco mais o que de singular tem em sua história.

Janaina nos contou que foi casada, conheceu o pai de seu filho na cena de uso. Assim que engravidou foi morar com ele e a sogra. Durante a gravidez ele ficava com ela a todo o momento, entretanto, quando o filho Luiz nasceu, o pai “passou a frequentar as ruas e às vezes ficava dias sem aparecer em casa, usando drogas ou saindo com outras garotas”. Sobre seus pais, Janaína relata que sua mãe “bebia muito, saía de casa e não aparecia para cuidar dela”. Por isso, foi criada pelo pai e pela avó paterna, a qual considera como mãe. Janaína mencionou que “foi o xodó da família, que todos a criaram com muito carinho e afeto”. Disse “não se lembrar como sua mãe biológica faleceu” (sic), mas acha que foi em uma dessas idas para a rua. Quanto ao falecimento do pai não conta a história, apenas destaca “sentir muita falta do dele”.

Ao refletir o trabalho do Consultório de Rua, que se insere na política de Redução de Danos, a equipe avaliou que era interessante ampliar os pontos de circulação de Janaína pela cidade. Pautados na clínica, garantia de direitos e ação de promoção e autonomia, a equipe a acompanhou em um passeio no Parque das Águas, oportunidade/momento em que ela expressou suas aflições e desejos.

Janaína transitava as cenas de uso e sua casa. Certa ocasião, “uma amiga, que se assemelhava fisicamente com ela, foi assassinada por engano pelos traficantes da região das Casinhas”. Ela estava usando uma touca de Janaína, pertence que a identificava. O fato fez Janaína retornar para casa, ao realizar a escolha de permanecer viva. Passados três meses Janaina retornou à cena de uso, com o habitual comportamento falante, excessiva, oscilando entre rua e casa. Nesse ínterim surgiu uma suspeita de gravidez. A equipe a acompanhou ao Centro de Saúde onde o exame constou resultado positivo. Ela reagiu dizendo: “quero ir embora para casa, não vou ficar com este bebê”.

Mesmo não se conformando com a gravidez, porque “não estava preparada”, e a todo o momento isso era demarcado, inicia o pré-natal tendo como efeito a diminuição da sua frequência na cena de uso. Em uma das idas ao pré-natal Janaina menciona que “caso tivesse uma vida diferente até poderia ficar com o bebê, mas teme que jamais pudesse exercer a guarda da criança, por ser usuária de drogas”.

Em fevereiro de 2015, Janaína entrou em trabalho de parto. Ela, que falava não querer ficar com o bebê, ao ver a menina, retifica sua posição. Como estratégia, a maternidade aciona a família extensa. Após várias discussões de caso com a maternidade e outros dispositivos da rede, foi acordado entre os equipamentos que ela sairia com o bebê, o qual ficaria sob os cuidados do tio, que residia próximo à casa de Janaina, contribuindo para

uma maior aproximação entre mãe e filha.

Ainda na maternidade, Janaína conta para a equipe, que há cerca de oito anos, teve um namorado, o qual ela amava muito, mas que fora assassinado, por engano, pela polícia. Tal fato marcou sua vida, de modo que Janaína relata que “nunca mais amou ninguém, sem ele a vida perdeu completamente o sentido. Não tinha forças para viver e era muito difícil falar sobre o ocorrido”. Depois de chorar muito se acalmou e pegou sua filha para amamentá-la.

Após essa gestação Janaina afirmava que não desejava ter mais filhos. Diante da sua vontade foi realizado o método contraceptivo (DIU), enquanto aguardava o procedimento da laqueadura. Janaína retornou para a casa da avó, começou a frequentar outra casa de uso, conheceu seu atual companheiro e passaram a viver juntos como “marido e mulher”. A partir desse acontecimento, Janaína afirmava não fazer mais uso de crack e planeja constituir uma nova família ao decidir retirar o DIU, engravidando logo em seguida.

Sendo assim, o Consultório de Rua se compromete a acompanhá-la durante a gestação, garantindo tarifa social para o deslocamento até o Centro de Saúde e eventualmente indo com ela às consultas de pré-natal. Durante esse período a equipe foi acionada pelo Serviço Social do Hospital que julgava necessária uma discussão “por se tratar de uma ex usuária de drogas”. Como encaminhamento da reunião, foi acordado que

os serviços ficariam na retaguarda do cuidado com a família. Quando a criança nasceu, foi solicitado ao Consultório de Rua que elaborasse um laudo comprovando o acompanhamento da gestante e atestando seu comparecimento às consultas pré-natal. Com o laudo feito e entregue ao hospital, Janaina pôde sair da maternidade na companhia de sua filha.

Atualmente Janaina e família são acompanhadas pelo Centro de Saúde, encontrando a equipe do Consultório de Rua esporadicamente em eventos pela cidade. Ao expressar a certeza de que não gostaria de ter outra criança, Janaína, mais uma vez, é acompanhada pela equipe durante o processo de laqueadura. Entre momentos de “engano” em sua história, que tiveram como consequência a morte: do companheiro que era o amor de sua vida e da amiga que morreu em seu lugar, Janaina ressignificou a vida a partir da última gestação.

2.4. Maria: o resgate do bebê

Quando conhecemos Maria, 35 anos, ela fazia uso de substâncias psicoativas e se encontrava em um dos territórios de atuação do Consultório de Rua, onde todo o processo de seu cuidado se deu na perspectiva da redução de danos. Maria estava na terceira gestação. Tinha uma filha de quatorze anos, que foi fruto da primeira gestação. A segunda gestação apresentou certas intercorrências: seu bebê crescia em suas trompas, o que a levou a sofrer um aborto. A terceira gestação foi a do Bruno,

sobre a qual iremos tratar^V.

A equipe por vários momentos tentou acompanhar Maria até o Centro de Saúde para realização do pré-natal. Entretanto, ela não se abria muito e só aceitava nossa oferta de insumos. Com o tempo, já nem conseguíamos avistar Maria no território.

O que mais nos chamou atenção neste caso foi o ponto até onde chegou: Maria efetuou o “sequestro do seu próprio bebê”. Devo dizer que, assim que ela chegou à maternidade, foi informada de que não poderia levar seu filho daquela instituição. Devido a isto, ela mesma planejou o “sequestro” do seu próprio filho. E assim o fez Maria, que saiu do hospital pela portaria principal com seu filho em uma sacola.

Após o ocorrido, o Consultório de Rua foi informado pelo Centro de Saúde, que Maria havia fugido com seu filho, e nos apresentaram a demanda de que ela fosse encontrada para continuidade do cuidado. Quando a avistávamos, esta não nos contava onde estava seu filho, nem mesmo mencionava nada em relação ao assunto. Até que alguns meses depois, recebemos uma ligação do Centro de Saúde com a seguinte informação: apareceu o filho “sequestrado”. Ele veio com os familiares para fazer avaliação de saúde. Foi discutida no Centro de Saúde a importância de não se reprimir a família, e sim acolher e oferecer os cuidados necessários. Assim, buscamos pactuar com o Centro de Saúde uma ação conjunta, no acolhimento de Bruno. Com isso, a

família continuou levando a criança ao Centro de Saúde, que assumiu seu acompanhamento. O foco do trabalho em conjunto se deu no sentido de garantir que a família extensa formalizasse a guarda da criança.

Uma nova gestação

E agora? Agora Maria está grávida de novo, de seu filho Lucas. Nesta quarta gestação, Maria aborda o Consultório de Rua demandando a realização do pré-natal. Maria desabafa com a equipe: *“Eu não vou sair desta vez com meu filho na sacola. Desta vez, vou sair com ele no colo”*.

Chegamos a acompanhar Maria em uma consulta de ultrassom na maternidade, onde ela havia ganhado seu último filho. Ao encontrar os profissionais da maternidade, ela disse: *“Eu estou com o Consultório de Rua, e desta vez eu não sairei com meu filho em uma sacola”*. Este foi um marco muito importante ao nosso ver, pois apontava que esta gravidez, este lugar de mãe, era um novo lugar e um novo momento.

Por estar com medo de ser reprimida pela maternidade onde ganhou Bruno, e onde recebeu a alcunha de quem havia “sequestrado” o próprio filho, Maria pretendia ganhar o Lucas, em outra maternidade. No entanto, tivemos a notícia repentina de que Maria havia dado à luz na mesma maternidade. Ao chegarmos no hospital, os profissionais colocaram para o Consultório de Rua: *“Olha,*

daqui ela não foge. Todos estão de olho nela! A segurança está dobrada. Todos já sabem do histórico dela. E outra coisa, ela não se abre, ela simplesmente é fechada, ela é fria, ela é diferente das outras mães. Ela não pôs nem o nome no filho dela". Quando o Consultório de Rua chega no quarto dela, a primeira coisa que perguntamos é: "Qual o nome do bebê?" A mãe responde: "Eu estava esperando vocês chegarem para nós escolhermos juntos".

Um novo arranjo para seu filho

A partir do dia que visitamos Maria, o Consultório de Rua se debruçou no caso e não se afastou do hospital. Maria nos chamou novamente para conversar, pediu para que chamássemos sua família e comunicou: *"Olha, eu não dou conta de ficar com o Lucas. Mas eu não dou os meus filhos para os outros. Os meus filhos têm que ficar próximos, onde eu possa visitá-los. Eu quero que a minha família fique com ele, pois eles cuidam tão bem de Bruno".*

Maria teve alta no dia 19, mas se recusou a sair do hospital sem a presença do Consultório de Rua, o que ocorreu no dia 21. Neste momento houve muitas dificuldades em relação ao registro da criança. Os profissionais do hospital não permitiram que ela registrasse o seu filho, pois diziam que não tinham garantia que a certidão de nascimento apresentada por Maria realmente fosse dela. Impediam o registro da criança dizendo: *"Mas o nome da mãe de Maria está errado na certidão"*. Então respondemos: *"Nós nunca atendemos a mãe dela. Nós*

conhecemos a Maria, e esta é a Maria. Então, porque ela não poderá registrar o seu próprio filho?" Fomos impedidos de acessar a documentação necessária para a confecção da Certidão de Nascimento e nos deparamos com o seguinte recado: *"é, não vai adiantar nada não"*. Resolvemos não recuar e com muita insistência formalizamos que reconhecíamos a paciente como Maria e, finalmente, ela conseguiu a liberação para registrar seu filho. Ligamos para a família, que havia "acampado" na portaria do hospital. A família subiu e, junto com os técnicos do Consultório de Rua, assinaram a documentação necessária para a Certidão de Nascimento de Lucas.

A equipe então, acompanhou Maria até a residência de sua família, onde cuidaram dela no pós-parto. Na saída do hospital, a irmã de Maria disse: *"meu coração aperta em deixá-lo pra trás"*. Maria solicita aos técnicos de enfermagem *"cuidem bem do meu filho, está ficando um pedaço de mim aqui"*. O bebê permaneceu na maternidade até a equipe médica informar que o recém-nascido já teria condição de alta clínica, apesar da necessidade de dar continuidade ao tratamento de sífilis no Centro de Saúde. Entretanto, o serviço social da maternidade reteve a criança para acionar à Vara Cível da Infância e Juventude, ignorando a família extensa.

Diante disso, a rede municipal de saúde realizou uma reunião com Consultório de Rua, Centro de Saúde, Coordenação de Saúde Sexual e Reprodutiva, e GERASA - Gerência de

Saúde Regional. Desta reunião foi elaborado um relatório, que foi enviado para a Maternidade informando que a rede estava integrada e articulada em torno do caso e avaliava, naquele momento, que a família extensa poderia ficar com a guarda. Sem retorno da maternidade sobre a conduta que iriam adotar, a família, permaneceu na porta do hospital, quase diariamente. Era visível a persistência dessa família.

A disputa pelo direito de não dividirem uma família

A equipe do Consultório de Rua teve muitos impasses. Em vários momentos se deparou com profissionais que não acreditavam no caso. A partir do momento que as articulações iam caminhando no sentido da família assumir a guarda da criança, surgiram várias dificuldades apontadas pelo Conselho Tutelar, como o fato de as outras crianças da residência da família não estarem frequentando a escola. Entretanto, o Consultório de Rua, mais uma vez, não recua, se mantendo ao lado da família, na sustentação do desejo e do direito da família ficar com a guarda da criança. Assim, quando falaram com a gente para “pularmos fora”, é aí que “pulamos para dentro” do caso. Foi um momento importante para a equipe quando perguntarmos um para o outro: *“Se eu pular, você me pega?”* A resposta foi: *“Sim”*. Então pulamos todos juntos.

A família enfrentou outros impasses graves, como a proibição das visitas de Maria ao Lucas

na maternidade. Diante disso, o Consultório de Rua orientou e acompanhou a família até a Defensoria Pública. Descobrimos que o filho de Maria estava abrigado e o Consultório de Rua prossegue nos trâmites, entre a família, defensoria e abrigo. Daí então, a Defensoria nos faz a seguinte demanda: *“Quero que vocês apresentem um relatório. O Consultório é o único equipamento que aponta questões positivas dessa família extensa. Gostaria de saber o porquê”*. Respondemos: *“Porque o Consultório de Rua entra em locais que nenhum outro serviço entra”*.

Elaboramos o relatório e realizamos o acompanhamento sistemático tanto da usuária quanto de sua família. Observamos então, que alguns profissionais da maternidade consideraram que a família não estava apta para ficar com o Lucas, por preconceito em relação ao local de moradia da família.

O Consultório de Rua se apresenta em uma audiência preliminar, onde fomos ouvidos pelo juiz. Várias perguntas foram feitas a respeito da usuária e sua família. Defendemos então, que a família descrita pelo histórico do hospital não era a mesma que acompanhávamos. Isso inaugura algo novo para o Consultório de Rua, porque este equipamento nunca havia participado de uma audiência para guarda de um filho. Durante a audiência tivemos a oportunidade de mostrar as fotos que registraram todo o acompanhamento da usuária. Fotos muito espontâneas de Bruno, o irmão mais velho de Lucas, que está com a

família e é muito bem cuidado. Não há qualquer espécie de maus tratos presenciados pela equipe. As fotos foram incluídas no processo. Finalmente, após todas essas dificuldades vivenciadas, podemos ver esta foto^{VI}, que é o dia que nós recebemos a notícia que a família extensa ficaria com a guarda provisória de Lucas. A gente estava esperando a ligação da defensora, mas quem nos avisou foi o abrigo.

Neste momento, todos no auditório ficam curiosos para entender as justificativas para o abrigo da criança e da audiência para sua guarda na família. Vários profissionais do Consultório de Rua retornam: Pobreza.

O “começo”

A assistente social da equipe do Consultório de Rua apresenta uma foto da família e diz: A foto que colocamos aqui é o começo. Por quê? Porque é a partir deste momento que o Consultório de Rua acompanha a inserção da família no CRAS^{VII}, no Centro de Saúde, e encaminha as adolescentes para estagiar na Cruz Vermelha. Há uma boa conversa com o Conselho Tutelar e envolvimento do CERSAM AD^{VIII} no caso. Então, realmente é estabelecido um começo de uma nova inserção da família na rede. Estes são mais alguns momentos (mostrando novas fotos) de organização da família. Motivo pelo qual questionávamos o porquê da retirada da criança da família. Observamos nestas fotos a família se organizando, comprando berço, comprando tudo. Lembro da indagação de Bruno sobre seu

irmão Lucas: “*Cadê o meu irmão que não vem para casa?*”. No dia em que a criança finalmente saiu do abrigo, comemoramos! “E, é isso aí gente. Por que então, Maria teve a necessidade de sequestrar o próprio filho?”

3. Considerações finais

A narrativa dos quatro casos nos aponta um denominador comum: todas as quatro famílias são pobres! Ou seja, judicializar os casos é um processo de judicialização da pobreza. Ao nos aproximarmos das mulheres gestantes percebemos que a fragilidade das políticas públicas de garantia de direitos e os estigmas em relação ao uso de álcool e outras drogas contribuem diretamente para que elas tenham seus filhos recolhidos compulsoriamente.

Portanto, sustentar uma política de álcool e outras drogas mediada pela conscientização das diversas estratégias para se fazer o uso protegido de substâncias psicoativas, em detrimento de uma política proibicionista, é fundamental para o enfrentamento da violência de gênero. A construção de um modelo de legalização e regulamentação do uso de drogas pode apontar alternativas ao Estado, até então, punitivista; que encarcera e recolhe compulsoriamente os filhos de mulheres pobres, em sua maioria negras. Violências legitimadas a partir do discurso da “guerra às drogas”.

A participação do Consultório de Rua no acompanhamento de mulheres gestantes

usuárias de drogas, evidencia a necessidade da ampliação da oferta de cuidado e garantia de direitos para que as mulheres possam ressignificar o momento da gestação e ter condições subjetivas e materiais para criar seus filhos. Uma das políticas fundamentais é a habitacional, tendo em vista que o déficit habitacional em Belo Horizonte é de mais de 78 mil moradias⁹ e que muitas mulheres perdem o poder familiar por não terem acesso ao direito a uma moradia digna, ficando claro, mais uma vez, o recorte da criminalização da pobreza.

Nesse contexto, o Consultório de Rua, atua como um dispositivo potente para alcançar os sujeitos que estão mais vulneráveis na cidade e com menos direitos garantidos. É um serviço que ensina à rede pública que a via de acesso a esse público é por uma oferta de cuidado, que considera o saber e o desejo dos sujeitos acompanhados, sem recuar frente ao que a sociedade nomeia como pior. E, como bem relatou Silva:⁶

Temos aprendido, a cada dia e com cada usuário, que o que toca a flor da pele convulsiona, aperta o

peito e faz delirar meninos, mendigos, malucos, bandidos, santos, padres e juizes, não pede remédios, pede pensamento. Solicita mais poesia, mais arte, mais cultura, mais sublimação, direitos e contornos. Grades e prisões são dispensáveis. Para o humano, o que produz humanidade não é a grade, mas o Outro: seu desejo, seu corpo, cheiro, suas palavras, seu afeto e aconchego. É o laço com o Outro e com a rede - invenção que se faz com homens, ideias e afetos para fazer caber homens, ideias e afetos - o que permite a construção de saídas possíveis.^{6:211}

Ou seja, para as mulheres gestantes das cenas de uso, ofertamos o laço para que juntos possamos desatar os vários nós que perpassam suas vidas ao longo do caminho. O nosso olhar se apresenta para além do abdômen preenchido, como já nos ensinou uma trabalhadora da rede. É o sujeito mulher, construindo a maternidade possível que nos interessa. É a partir disso, que se constrói a possibilidade de adesão à oferta de cuidado, evitando nos pautar no modelo de maternidade ideal constituída pelo patriarcado. Trabalhamos com o Real, com a maternidade possível, cheia de contradições, alegrias, sofrimento e dor, assim como toda a extensão da condição humana.

Notas

¹ Trabalhadores da rede SUS de Belo Horizonte-BH/MG. E-mail de todos os autores: coordenacaoconsultorionarua@pbh.gov.br.

¹¹ Nome fictício.

¹¹¹ Nome fictício.

^{1V} Nome fictício.

^V Este caso se trata uma adaptação da transcrição da comunicação de Brenda Cecília, realizada no dia 4 de agosto de 2017, sobre o tema “o recolhimento dos bebês das mulheres usuárias de drogas e/ou em situação de rua”. O evento foi uma atividade do Ateliê Intervalo de Redução de Danos em parceria com a Rede de Observatórios de Políticas e Cuidado em Saúde, que contou com a presença de Emerson Merhy e 40 pesquisadores de todo o Brasil.

^{VI} Mostrou-se uma fotografia no slide show em que Maria está com seu filho nos braços, sua família e a equipe do Consultório de Rua reunida em frente à van do serviço. Todos em espírito de comemoração.

^{VII} Centro de Referência em Assistência Social.

^{VIII} Centro de Referência em Saúde Mental e em Álcool e outras Drogas.

Referências

¹Buarque C. O meu guri. [citado 25 nov 2017]. Disponível em: <https://www.lettras.mus.br/chico-buarque/66513/>.

²Karam ML. Proibição às drogas e violação a direitos fundamentais. [citado 25 nov 2017]. Disponível em: http://www.leapbrasil.com.br/media/uploads/texto/72_Proibi%C3%A7%C3%A3o%20de%20drogas%20e%20viola%C3%A7%C3%A3o%20de%20direitos%20fundamentais%20-%20Piau%C3%AD.pdf?1376532185

³Reis RF. O genocídio dos adolescentes negros no município de Belo Horizonte: Quem importa? [dissertação] Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2017.

⁴Merhy EE. Proposta: Criação de Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde. Projeto apresentado pela UFRJ ao MCTI para concorrer na Chamada MCTI/CNPq/CT- Saúde/MS/SCTIE/Decit No 41/2013 - Rede Nacional de pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde. Rio de Janeiro: UFRJ; 2013.

⁵Lacadée P. L'enfer, les anges et l'idiot. [Internet] Belo Horizonte, 2014. [citado 25 nov 2017]. Disponível em: <http://www.encontrocampofreudiano.org.br/2014/11/enfer-les-anges-et-lidiot.htm>

⁶Silva 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.

⁷Portaria nº 3/VCIJBH, de 22 de julho de 2016. Dispõe sobre o procedimento para encaminhamento de crianças recém-nascidas e dos genitores ao Juízo da Infância e da Juventude, assim como, oitiva destes, nos casos de graves suspeitas de situação de risco, e sobre o procedimento para aplicação de medidas de proteção. Diário do Judiciário Eletrônico TJMG. [Internet] 2016 25 jul [citado 04 mai 2017]:29-33. Disponível em: <http://ftp.tjmg.jus.br/juridico/diario/index.jsp?dia=2207&completa=2inst%7Cadm>.

⁸Moraes V. A casa. [citado 9 set 2016]. Disponível em: <https://www.lettras.mus.br/vinicius-de-moraes/4925>

⁹Ministério das Cidades (BR), Secretaria Nacional de Habitação, Fundação João Pinheiro. Déficit Habitacional Municipal no Brasil 2010 [Internet]. [citado 04 maio 2017]. Disponível em: <http://www.fjp.mg.gov.br/index.php/docman/cei/deficit-habitacional/216-deficit-habitacional-municipal-no-brasil-2010/file>

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 aturcidos: 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. Haviãam 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 abjeção. 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.

ARTIGO ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n1supl129-139>**“É uma dor que não tem explicação, é a vida da gente que eles tiram”: narrativas de mulheres na resistência pelo seu direito à maternidade em Belo Horizonte - MG****"It's a pain that has no explanation, it's our lives they take": narratives of women in resistance for their right to maternity in Belo Horizonte - MG****Gláucia de Fátima Batista**

Mestre em Ciências da Saúde Fiocruz Minas; pós-graduação em Gênero, Diversidade Familiar e Tecnologias pela Universidade Autônoma de Barcelona; Assistente Social aposentada SUS-BH.

E-mail: gluciafb@yahoo.com.br

Maria do Carmo da Fonseca

Doutora em Demografia/Sociologia, professora aposentada do CEDEPLAR/UFMG.

E-mail: fonseca.mc@uol.com.br

Mônica Garcia Pontes

Bióloga e Gestora de Serviços de Saúde, mestranda da UFMG e Diretora de escola em Contagem/MG.

E-mail: monicagpontes78@gmail.com

Resumo

A partir de 2014 intensificou-se um processo de judicialização envolvendo recomendações do Ministério Público e uma Portaria da Vara Cível da Infância e Juventude BH (VCIJBH) como dispositivos para encaminhamento de recém-nascidos aos abrigos públicos sem consentimento da mãe ou família extensa. Movimentos de resistência envolvendo trabalhadores, as próprias mães e sociedade civil levaram à suspensão da portaria. Entretanto, os bebês continuam sendo retirados de suas famílias, demonstrando a prevalência de uma determinada visão de mundo como justificativa da separação.

Objetivo: Apresentar narrativas de lutas de mulheres pelo direito à maternidade plena em BH. **Metodologia:** Trata-se de estudo exploratório descritivo na perspectiva de gênero através de narrativas de mães em situação de vulnerabilidade social com filhos retidos no pós-parto. Roteiro foi produzido como auxílio a entrevistas em profundidade com trabalhadores da saúde e defensoria pública que tiveram contato com as mães. Das narrativas e entrevistas foram extraídos fragmentos de como as ações de separação de mãe e filhos foram conduzidas no cotidiano. **Resultados:** Há uma dissociação do binômio mãe-filho com relatos de mulheres que fogem dos serviços de saúde amedrontadas ou que peregrinam em diversas instâncias reclamando a garantia de seus direitos. Profissionais também apontam a situação de descaso do Estado em relação à vida dessas mulheres. Há impedimento do aleitamento materno e

convívio familiar aos recém-nascidos. A princípio as mães não aceitam, mas são convencidas a não lutar por seus filhos devido à dificuldade de reversão após abrigamento compulsório. **Considerações finais:** O abrigamento compulsório representa o fracasso efetivo das políticas sociais. Há, entretanto, uma luta por parte das mulheres e movimentos sociais para a garantia de rede de apoio com respeito aos direitos fundamentais, autonomia e convivência mãe-recém-nascido na comunidade de origem. Estas forças integram um convite para pensar ressignificações de ações por parte do judiciário, dos profissionais da saúde, da assistência social, da sociedade. O respeito à condição humana em sua singularidade é essencial na criação de novas possibilidades de trajetórias existenciais.

Palavras-chave: Gênero e Saúde; Integralidade em Saúde; Violência de gênero; Poder Familiar.

Abstract

From 2014 on, a process of judicialization was intensified, involving recommendations from the Public Prosecutor's Office and an Ordinance of the Child and Youth Civil Court (VCIJBH) the devices for referral of newborns to public shelters without the consent of the mother or extended family. Movements of resistance involving workers, the mothers themselves and civil society led to the suspension of the ordinance. However, babies continue to be withdrawn from their families, demonstrating the prevalence of a particular world view as justification for separation. **Objective:** This

Introdução

A maternidade como uma experiência pessoal das mulheres é reconhecida e valorizada socialmente, mas tal reconhecimento tem sido negado a muitas delas. Beauvoir já dizia que “...ninguém nasce mulher: torna-se mulher!”^{1,9} A

study aims to present narratives of women's struggles for the right to full motherhood in BH.

Methodology: This is a descriptive exploratory study from the perspective of gender through narratives of mothers in situations of social vulnerability with children retained in the postpartum period. The script was produced as an aid to in-depth interviews with health workers and public defenders who had contact with the mothers. From the narratives and interviews were extracted fragments of how the actions of separation of mother and children were conducted in daily life. **Results:** There is a dissociation of the mother-child binomial with reports of frightened women fleeing from health services or who are pilgrims in various instances demanding the guarantee of their rights. Professionals also point out the state's disregard for the lives of these women. There is an impediment to breastfeeding and family living with newborns. At first mothers do not accept, but are convinced not to fight for their children due to the difficulty of reversion after compulsory shelter. **Final considerations:** Compulsory shelter represents the effective failure of social policies. However, there is a struggle on the part of women and social movements to ensure a network of support with respect to fundamental rights, autonomy and mother-new-born coexistence in the community of origin. These forces are part of an invitation to think about the resignifications of actions by the judiciary, health professionals, social assistance and society. Respect for the human condition in its uniqueness is essential in the creation of new possibilities of existential trajectories.

Keywords: Gender and Health; Integrality in Health; Gender violence; Family Power.

construção social da mulher e da ideia de gênero ao longo da história remeteu a um desprezo dos direitos das mulheres levando essas a uma subjugação que afronta os direitos humanos. Quando, além de mulher, essas

peças apresentam sofrimento mental ou vivem em situação de rua, as violações e estigmatização acentuam-se e costumam vir junto a uma sentença antecipada através, por exemplo, de normatizações da justiça que as homogeneizam e criminalizam. Silva registrou uma perpetuação de retirada de filhos vivenciadas por mulheres pobres que, muitas vezes, foram separadas de suas mães e famílias e, a partir da adolescência, vivenciaram gestações consecutivas sem que houvesse a oportunidade de convivência entre mãe e filho.²

Tal institucionalização se ampliou a partir das Recomendações nº 05/2014³ (às maternidades) e 06/2014⁴ (aos centros de saúde) editadas pela 23ª Promotoria de Justiça da Infância e Juventude de Belo Horizonte e Portaria nº 03/VCIBH/2016.⁵ As primeiras evidenciaram a intervenção do Ministério Público no que diz respeito ao exercício da maternidade. Já a Portaria nº 03, além de ratificar as recomendações, estabeleceu que profissionais deveriam comunicar em até 48 horas à Vara da Infância e da Juventude os casos de grave risco social. Sendo o risco social um termo amplo que pode englobar desde condição social, exclusão, doenças incapacitantes, torna-se difícil para o profissional muitas vezes cumprir tal determinação. Os principais alvos do judiciário são mães com histórico de consumo de álcool e drogas e/ou trajetória de rua. Não há qualquer referência nas recomendações e portaria de medida que respalde o direito à saúde e dignidade das mulheres que estejam nas situações citadas. Essa portaria está suspensa

desde agosto de 2017. Entretanto a notificação continua sendo realidade e as políticas públicas não efetivaram a garantia dos direitos humanos para essas famílias.

Em nome de uma suposta defesa dos direitos da criança viola-se o direito à maternidade. Rompe-se o afeto. Desconsidera-se a importância do aleitamento materno e da convivência da criança com sua comunidade de origem. Os bebês são abrigados e, na sequência, vão para adoção compulsória. Os abrigos têm normas próprias e impedem amamentação sob livre demanda limitando horários, indo contra o Estatuto da Criança e Adolescente,⁶ a Constituição Federal⁷ e convenções internacionais sobre direitos das mulheres.

O objetivo deste estudo foi relatar a luta de mulheres que tentam resistir à imposição estatal de domínio de seus corpos e de sua reprodução e descrever alguns desfechos de movimentos que visam defender, dentre outros direitos básicos, o direito à convivência de mulheres em situação de vulnerabilidade com seus filhos.

Métodos

Este estudo exploratório e descritivo utilizou dados de uma pesquisa nacional “Criação de Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde.”⁸ Um dos Observatórios criados a partir desse projeto localiza-se na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

(UFMG). As investigações deste Observatório foram aprovadas em nível nacional por meio do Parecer CEP 1756736/2014, no município de Belo Horizonte foi apresentado e aprovado na Secretaria Municipal de Saúde por meio do Parecer CEP 1847486/2016 e, na UFMG, obteve aprovação por meio do Parecer UFMG CEP 2264660/2017. Foram utilizadas para a produção desse artigo quatro narrativas de mães separadas compulsoriamente de seus filhos pela ação do Estado e 3 entrevistas em profundidade com trabalhadores da saúde e defensores públicos que tiveram contato direto com essas mulheres. A coleta de dados ocorreu entre agosto/2017 e fevereiro/2018 por pesquisadores do Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde-UFMG através de roteiro auxiliar produzido para conversa inicial. Foram extraídos fragmentos das narrativas e entrevistas, em especial trechos mostrando como as ações de separação mãe/filho foram conduzidas no cotidiano dos serviços de saúde.

Na coleta de dados foram respeitados os preceitos éticos, internacionalmente recomendados, em estudos envolvendo seres humanos usando-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE oferecido aos participantes, garantindo direito à informação, à participação ou não na pesquisa e o anonimato no trato dos dados obtidos. Utilizou-se nome fictício sequencial para representar as mães órfãs (MO). O termo “Mães Órfãs” foi criado pela pesquisadora Rosimeire Aparecida da Silva e refere-se a mães

em situação de vulnerabilidade que perderam seus bebês de forma compulsória para o Estado.

Resultados e Discussão

A Constituição de 1988⁷ que, a princípio, deveria assegurar a igualdade de direitos para as mulheres, tem sido desconsiderada e mulheres pobres vivenciam a destituição de seus direitos de cidadania.⁹ É nesse contexto que se inserem as imposições do Ministério Público (MP) e Judiciário de BH sobre a vida de mulheres em situação de vulnerabilidade. Mães e trabalhadores, ao serem ouvidos pelos pesquisadores do Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde, relataram receio das mães quanto à perda da guarda de seus filhos. Muitas, inclusive, já tiveram outros filhos nessa situação. Uma mãe de 24 anos, por exemplo, relata que queria ter seu filho no mato e diz: “...já me tiraram dois filhos quando eu era menor de idade e eu sei que vão me tirar esse também... me ajuda...me ajuda...” (MO1)

Há uma evocação de marginalidade envolvendo essas mulheres pobres e, em sua maioria negras, que torna justificável para parcela da população a violência da segregação.² Neste contexto, as maternidades apareceram nos discursos das pessoas entrevistadas e das mães como um dos locais de prática dessa visão de mundo. Exige-se, por exemplo, que algumas dessas mulheres sejam tuteladas, mesmo que adultas. Uma mãe relata a seguinte abordagem:

“Ela me perguntou: quem te acompanhava antes de chegar aqui na Maternidade? Eu respondi: o consultório de rua. Ela então falou: então você só sai daqui junto com alguém da equipe do consultório de rua...” (MO2)

Outras, ao dar à luz na maternidade, disseram ter sido questionadas quanto ao uso de drogas e condição socioeconômica de forma recorrente. Uma mãe fez a seguinte declaração:

“...já falei que eu não uso drogas... ela já me perguntou isso várias vezes... não adianta dizer que eu não uso drogas...eu já pedi pra fazer exame... é só tirar meu sangue e mandar pro laboratório e vão ver que eu não uso drogas... deram alta médica pra meu filho e estou esperando a alta da assistência social... escondi a declaração de nascidos vivos no fundo da sacola, pois estou com medo de me roubarem e falarem que esse filho não é meu” (MO1)

Outra mulher disse ter ouvido de uma assistente social que ela não poderia ser guardiã da criança por ser moradora de um abrigo. Em outra situação, a sogra foi acionada para assumir a responsabilidade da criança e declara: *“De quem é esse bebê? Agem como se o filho não fosse da mãe...como se a mãe fosse roubar o próprio filho...esquisito isso...”* (avó da criança de MO3).

Diante dessa realidade, várias mães se afastaram dos serviços de saúde que deveriam, em tese, acolhê-la e a seu filho, protegendo-os. As estratégias produzidas por essas mulheres para ficarem próximas de seus filhos são várias. Uma delas foi morar na rua em frente ao abrigo onde os filhos foram colocados para vê-los ir para a escola: *“...eu quero meus filhos de volta...”*

MO4, que teve uma de suas filhas retirada na maternidade, afirma:

“Procurei o Conselho Tutelar e a Defensoria Pública para ir atrás da minha filha. Já soube que ela está com uma família substituta e que o nome dela é X. Ela já está acostumada com eles. Já me explicaram que é difícil reverter isso. Mas nunca vou esquecer. Ela nasceu no dia da Consciência Negra. Meu pai era negro. O que eu quero hoje é, pelo menos, ir visitá-la”. (MO4)

Essa mesma mãe, ao fim de outra gestação, declara para servidora da Maternidade: *“De perto do meu filho eu não saio” (MO4).*

Há relatos de mães que fugiram da maternidade com recém-nascido escondido na sacola, fizeram escândalo ou chamaram a polícia. Uma profissional que conheceu essa mãe relatou:

“Devo dizer que, assim que ela chegou à maternidade, foi informada de que não poderia levar seu filho daquela instituição. Devido a isto, ela mesma planejou o 'sequestro' do seu próprio filho. E assim fez MO, que saiu do hospital pela portaria principal com seu filho em uma sacola” (Descrição de trabalhadora do Consultório de Rua - CR).

É possível perceber que o arcabouço normativo instituído a partir das recomendações e portaria contém um caráter da violência institucional de gênero: há, por trás dessas normativas, o estabelecimento de comportamentos que seriam “adequados” às mulheres baseados em sistemas de gênero com fundamentos culturais que ostentam a hegemonia masculina.

Entretanto, apesar das inúmeras dificuldades vivenciadas por essas mulheres, elas resistem e tentam produzir possibilidades de mudanças no percurso de sua vida. MO3, por exemplo, expressa seu desejo de ficar com o filho quando, em trabalho de parto, foi atendida pelo serviço móvel de urgência (SAMU): *“Passei mal na rua...O SAMU veio me pegar. Eu disse a eles para não me levarem para aquele que foi o hospital que eu tinha ganhado a filha que perdi”* (MO3).

A literatura feminista que trata do patriarcalismo ainda estabelece que as mudanças no sistema de gênero têm sido muito lentas. Beauvoir,¹ por exemplo, nos chama atenção para a construção social e cultural da mulher. Percebe-se na sociedade a produção de uma imagem da mulher como cuidadora, subalterna e mãe dedicada no espaço privado. Esse paradigma que envolve a construção de ser homem e ser mulher traz sofrimentos, adoecimentos e mortes desnecessárias e injustas, pois naturalizam as desigualdades e violências. Todas as pessoas têm direito a viver livre de violências, incluindo mulheres e seus recém-nascidos.¹⁰

As mulheres ouvidas para a produção das narrativas têm recebido, por parte de alguns trabalhadores e gestores da saúde, assistência social e operadores do direito, uma sentença anunciada de incapacidade para o exercício da maternidade e cuidados com seus filhos. Trata-se de um julgamento baseado na imaginação de um porvir. Essa prática, institucionalizada com as

recomendações nº 05/2014³ (destinada às maternidades) e 06/2014⁴ (destinada aos centros de saúde) e pela Portaria nº 03/VCIJBH/2016,⁵ em geral está direcionada a mulheres que já vivem em situação de total exclusão.

Uma trabalhadora do Consultório de Rua (CR), um serviço do SUS destinado à atenção às pessoas em situação de rua, alerta sobre a gravidade da situação:

“Quando a bolsa rompeu, ela estava a cerca 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.” (Trabalhadora do CR).

A trabalhadora denuncia também a situação de outra mãe, cuja entrada no abrigo onde seu filho estava só foi possível após intervenção e insistência da profissional: *“MO2 conseguiu ver seu bebê, mas este não conseguiu mamar. Ela ficou muito triste. Duas semanas haviam se passado”*. Essa mesma mãe, hoje com 29 anos, em outra ocasião, declara:

“Ganhei meu filho e fiquei 12 dias com ele na maternidade, mesmo tendo condições de amamentar fui impedida, me deram remédio para meu leite secar, junto com o meu peito, meu coração chorava de dor” (MO2).

Importante lembrar que até mesmo mulheres em situação de privação de liberdade têm a garantia de permanência com seus bebês até um ano de idade para amamentá-los.

Alguns profissionais de saúde e o Conselho

Municipal de Saúde – CMS de Belo Horizonte questionaram o conteúdo das normativas através de resolução do Conselho elaborando parecer contra esse processo de ruptura do binômio mãe e filho. Para esses atores os efeitos dessas normativas sobre mulheres e seus filhos são irreparáveis.

Outros atores entrevistados dizem que o setor saúde tem como um dos objetivos estabelecer vínculo de confiança com a parturiente de forma que contribuam para que ela exerça cuidado com ela própria e seus filhos. Entretanto, as normativas acima descritas geraram quebra de confiança e de vínculo das gestantes com os profissionais. Esse esvaziamento da função do cuidado distanciou essas mulheres dos serviços de saúde e, diante de tantas fragilidades, suas vidas tornam-se ainda mais desprotegidas.

A intensidade do problema é também visível quando se considera que não há construção de plano terapêutico com participação das usuárias e suas famílias. O esforço de construção de um SUS universal e integral não é levado em consideração. A vinculação de gestantes e crianças nos serviços para redução da mortalidade infantil e materna a partir do aumento da cobertura de saúde e “capilarização dos serviços do SUS em BH”^{9:32} parecem não ser possíveis para essas mulheres. Para algumas mulheres o acesso ao sistema de saúde tem se desdobrado em uma ruptura dolorosa entre mãe e filho.

Membros do CMS-BH e da rede estadual de

enfrentamento às violências contra mulheres denunciaram em audiências públicas o fato de mulheres pobres sofrerem com a perda de seus direitos. Alertaram também que tais procedimentos estariam ocorrendo só no setor público com população de menor renda, não sendo atingidos consultórios nem maternidades particulares com mulheres de classe média-alta. Tal observação desmascara o recorte de classe por trás das normatizações do MP e judiciário.

Há, contudo, esforços institucionais de discussão caso-a-caso de gestantes em situação de vulnerabilidade nas equipes de centros de saúde e entre profissionais das maternidades. Algumas conversas apontam para construções de planos terapêuticos antes do parto com garantia de abrigo público para gestantes e bebês nessas situações. Há casos em que isso tem sido possível. Entretanto, há limites nesses encaminhamentos de forma que ainda não se consegue evitar alguns desfechos desfavoráveis para mãe e filho. Concepções moralistas, higienistas e excludentes, inclusive com viés de gênero, relacionam-se a algumas dessas dificuldades de produção de saídas que valorizam o vínculo. Muitos trabalharam com o paradigma naturalizado da desigualdade de gênero que acaba impulsionando a ruptura familiar em situações de vulnerabilidade.

Há, nesse contexto, discursos que banalizaram o abrigo compulsório demarcando o corpo e o sexo feminino como lugares de exercício de poder sujeitando mulheres a uma

violência institucional de gênero.¹¹ Esse tipo de violência, ao longo da história, envolveu esterilização em massa, violência sexual, extermínio a partir do código de defesa da honra, entre outros. Na contemporaneidade, a racionalidade instrumental constituída pelo controle da sexualidade e da saúde reprodutiva, sem considerar a diversidade de saberes e o cuidado de si como assinala Foucault,¹² envolve a participação de profissionais do direito, da saúde e da assistência social. Um dos profissionais entrevistados declara que a mãe passa a ser julgada 24 horas por dia e a cada dia exige-se uma coisa diferente. Mas tudo isso de forma muito subjetiva e sem critérios que deveriam ser objetivos.

O descaso com a desigualdade e a guerra de cunho higienista tenta, de forma contínua, silenciar essas mulheres, essas famílias. Nesse percurso, algumas pleitearam o direito ao poder familiar pela quinta vez. O que será que as levam a essa situação? MO2, cujo filho foi retirado de sua guarda há 5 anos, diz: *“Se eu for para a cadeia porque amo meus filhos, porque eu quero fazer parte da vida deles, então eu irei [...]”*.

As ações impetradas pelo MP e judiciário privilegiaram “abrigamentos preventivos”, ou seja, sem que tivesse havido qualquer violência praticada pela mãe ou familiares contra o bebê ou motivo justificável pelo ECA. As ações são baseadas em estereótipos e preconceitos que perpassam o ideal de maternidade.

Há também o entendimento de que mulheres

que usam alguma droga não são pessoas que mereçam crédito. São vidas que não valem a pena. Um operador do direito, em entrevista dada à mídia, declarou:

Ninguém está aqui querendo tomar as crianças das mães delas. Mas será que nossa insensibilidade chegou ao ponto de achar normal deixar um recém-nascido com uma usuária de crack, que não consegue cuidar dela mesma? (Relato de Juízes).¹³

As mídias também expõem os estereótipos, pois não tratam tais bebês como filhos de suas mães, mas como *“filhos do crack”*. A maternidade e paternidade podem ser oportunidades para homens e mulheres ressignificarem suas vidas, reconstruindo projetos de vida distantes das ruas e das drogas, preocupando-se e se ocupando em ser cuidadores, pais ou mães desses novos cidadãos que emergem. Entretanto, há uma visão de mundo que não considera essas possibilidades. As intervenções feitas pelo Estado corroboraram para retirar de alguns cidadãos oportunidades de refazerem suas vidas.

Uma das mulheres entrevistadas relatou seu sofrimento de separação da filha guardando roupas com o “cheirinho dela” para ter forças, sobreviver e lutar para que a filha saiba que não foi abandonada. Outra mãe nos relatou seu drama: foi levada da maternidade para frente de um centro de referência de saúde mental onde lhe retiraram o recém-nascido e ela saiu correndo atrás do carro pedindo que o devolvesse. A plateia, constituída por usuários em atendimento nesse centro de saúde mental,

após tamanha violência da situação, deu muito trabalho para a equipe naquele plantão.

Outra mãe órfã conta que o próprio pai roubou a criança dela, enviando-a a São Paulo para casa dos tios sem seu consentimento. A criança aos 12 anos retornou, mas não se adaptou, foi encaminhada para a Fundação Estadual para o Bem Estar do Menor-FEBEM e logo depois ficou grávida. Por medo, escondeu a gravidez da família. Aos 18 anos, ainda na FEBEM, nasceu sua primeira criança. Ela nunca mais a viu, pois foi para adoção. A outra filha nasceu e, na alta da maternidade, por ter sido informada a trajetória de rua por uma irmã da usuária, a alta do bebê foi suspensa com a justificativa de “*exames*” (*estratégia de servidores para afastamento da mãe na saída do bebê para o abrigo*). A mãe, órfã de seu próprio filho, morou com a família por um ano e, sem esperanças de reaver a filha, retornou para a rua convivendo com agentes da prefeitura lhe retirando os seus pertences. Grávida novamente, mas auxiliada pela Abordagem e Consultório na Rua, MO manteve sob sua guarda o 5º filho:

...eles falaram que eu sou doida... mas eu não sou doida, não”... “eu quero a minha filha de volta” ...” quero arrumar um emprego pra cuidar dos meus filhos... (MO3)

Assim, uma pergunta não se cala: as crianças abrigadas e que permaneceram nessa condição, se não forem adotados, têm uma grande chance de irem para as ruas. Tais normatizações desconsideraram a complexidade dos casos, a figura paterna, família extensa, não se

compreendendo o cuidado como um direito humano e responsabilidade de todos como sustenta Ayres,¹⁴ mas somente como função das mulheres no âmbito privado.¹⁵ Há uma diversidade de arranjos familiares na vida real, mas a visão hegemônica considera um só tipo: a família binária heteronormativa. Isso apesar do arranjo familiar monoparental no Brasil, em sua maioria composto por mãe e filho, ter atingido 30% em 2010, de ter havido um aumento no número de famílias chefiadas por mulheres chegando a 37,3% no mesmo ano e de 18% de crianças serem criadas por famílias extensas, onde existe, além do núcleo principal, algum não parente.¹² Esses são alguns dados que mostram a complexidade dos atuais arranjos familiares.

A perda do poder familiar de mães em situação de vulnerabilidade tem levado ao adoecimento dessas pessoas, além do uso prejudicial de drogas e tabagismo.^{16,17}

Uma mãe, hoje com 29 anos, relata o sofrimento pela retirada da filha aos 18 dias de nascida:

“...inventaram que eu era viciada em drogas sendo que tinha 3 anos que eu estava limpa. Isso me trouxe transtorno e depressão... minha família não entende a dor que sinto com a perda da minha filha. Estou tentando... dói muito visitar ela no abrigo e deixa-la para trás... dói... dói muito... é uma dor que não tem explicação... tomam o filho da gente como se tivesse tirando um objeto... não é um objeto, é a vida da gente que eles tiram... eu cheguei no fundo do poço quando tiraram minha filha... fiquei sem chão, foi uma gravidez planejada que eu quis muito e vou lutar muito...” (MO4)

A maioria das mães relata grande dor e sofrimento a cada visita ao bebê abrigado,

principalmente quando percebem que suas chances de exercício da maternidade vão se esvaindo. Alguns profissionais não percebem a violação de direitos, o exercício violento do Estado sobre as vidas dessas mulheres e registram em relatórios que elas são desinteressadas pelos filhos.

As informações recolhidas para a produção deste artigo trazem consigo um pedido de deslocamento. As situações encontradas revestem-se de ações de desconsideração humana contra pessoas cujas possibilidades de construção de vidas dignas têm, de forma reiterada, sido abandonadas a suas próprias resistências individuais frente a ações higienistas do Estado. Neste sentido, o fortalecimento de movimentos sociais que se organizam na defesa dos direitos humanos representa uma marca crucial nesse processo de luta.

Considerações finais

Será que existirá algum espaço próprio para acolhida do sofrimento das mães órfãs? A construção cultural de ser mulher reserva várias armadilhas. Se o fato de '*ser mulher*', somente, já é suficiente para a inscrição de várias marcas de violações de direitos, imagine o '*ser mulher*' interseccionada com baixa renda,

raça, cor, trajetória de rua e uso de álcool e outras drogas. Talvez, no mundo de alguns, não haja espaço para tantas condições. Entretanto, há construções possíveis de serem visualizadas nos movimentos de uma diversidade de atores. Trabalhadores, gestores, movimentos sociais e, principalmente, a fala e as expressões corporais dessas mães nos mostram que faz-se necessário lutar e conquistar espaços de denúncia, diálogo e de produção de novas formas de ver e sentir o mundo e o Outro.

O abrigo e adoção de crianças baseados em discriminações de qualquer ordem representam o fracasso das políticas públicas e uma convocação para modificá-las. Os desafios da defesa de uma sociedade solidária e menos higienista são imensos, contudo instigam a integração em rede das políticas sociais e urbanas a serviço das pessoas, e não de interesses mercadológicos. Cabe, nesta perspectiva, um convite para pensar ressignificações de ações por parte do judiciário, dos profissionais da saúde, da assistência social, da sociedade. O cerne das falas dos trabalhadores e das mães ouvidos nessa pesquisa sustentam que a vida é construída de sentidos e que o respeito à condição humana em suas singularidades é essencial para a criação de novas possibilidades de trajetórias existenciais.

Referências

¹ Beauvoir S. O segundo sexo: a experiência vivida. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira; 1980. 2º volume.

- ²Silva RA. Reforma psiquiátrica e redução de danos: um encontro intempestivo e decidido na construção política da clínica para sujeitos que se drogam [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.
- ³Recomendação nº 5/PJIJBH/MPMG, de 16 de junho de 2014. Recomendação aos médicos, profissionais de saúde, diretores, gerentes e responsáveis por maternidades e estabelecimentos de saúde. Belo Horizonte: Ministério Público do Estado de Minas Gerais; 2014.
- ⁴Recomendação nº 6/ PJIJBH/MPMG, de 06 de agosto de 2014. Recomendação aos médicos, profissionais de saúde, Agentes Comunitários de Saúde, gerentes e responsáveis por Unidades Básicas de Saúde. Belo Horizonte: Ministério Público do Estado de Minas Gerais; 2014.
- ⁵Portaria nº 3/VCIJBH, de 22 de julho de 2016. Dispõe sobre o procedimento para encaminhamento de crianças recém-nascidas e dos genitores ao Juízo da Infância e da Juventude, assim como, oitiva destes, nos casos de graves suspeitas de situação de risco, e sobre o procedimento para aplicação de medidas de proteção. Diário do Judiciário Eletrônico TJMG. [Internet] 2016 25 jul [citado 04 mai 2017]:29-33. Disponível em: <http://ftp.tjmg.jus.br/juridico/diario/index.jsp?dia=2207&completa=2inst%7Cadm>.
- ⁶Lei 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.
- ⁷Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.
- ⁸Merhy EE. Criação de Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde. (Projeto de Pesquisa). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2013.
- ⁹Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. Saúde no Brasil 2. Lancet. 2011; 32-46.
- ¹⁰D'Oliveira et al. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Editora UNESP; 2005.
- ¹¹Foucault M. História da sexualidade 2: O cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal; 1984.
- ¹²Foucault M. História da sexualidade 1: a vontade de saber. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2015.
- ¹³Em BH, mais de 480 filhos de viciadas em crack são abandonados por ano. [Internet]. G1MG 20 ago 2014 [citado 28 de set 2017] Disponível em: <http://g1.globo.com/minas-gerais/noticia/2014/08/em-bh-mais-de-480-filhos-de-viciadas-em-crack-sao-abandonados-por-ano.html>
- ¹⁴Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. Interface [Internet]. 2004 [citado 02 nov 2017]; 102(14):73-92. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100005&lng=en.http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005.
- ¹⁵Olivi ML, Godoy RMSF. A mãe sob suspeita: falando da saúde da criança em idade escolar. Rev Escola de Enfermagem USP [Internet]. 2007 [citado 27 set 2017]; (41):213-221. Disponível: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033290006>.
- ¹⁶Rozemberg B, Minayo MCS. A experiência complexa e os olhares reducionistas. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2001 [citado 04 nov 2017]; 6(1):115-123. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232001000100010&lng=e.
- ¹⁷Borges MTT, Barbosa RHS. As marcas de gênero no fumar feminino: uma aproximação sociológica do tabagismo em mulheres. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. Agosto de 2009 [citado 04 nov 2017]; 14(4):1129-1139. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1413

ARTIGO ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n1supl141-151>**Gestando a vida: esperança Severina**

Generating the life: Severina hope

Maria da Ajuda Luiz dos Santos

Assistente Social; Mestrado em Ciências pela Pós-Graduação em Clínica Médica – UFRJ; Diretoria do CRESS/MG; Superintendente Regional de Saúde de Belo Horizonte.
E-mail: mariadajudal@gmail.com

Daniel Emílio da Silva Almeida

Farmacêutico; Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina UFMG; Trabalhador da Prefeitura de Belo Horizonte.
E-mail: daniel.almeidamg@gmail.com

Andreza Almeida Fernandes Alves

Especialista em Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências; Especialista em Intervenção Psicossocial no Contexto de Políticas Públicas; Componente da Comissão de Reforma Psiquiátrica do Conselho Estadual de Saúde – CESMG.
E-mail: andrezaalmeidaf@gmail.com

Natália Darck Silva de Freitas

Assistente Social e especializando em Saúde Mental e Dependência Química.
E-mail: natalia.darcksilva@yahoo.com.br

Resumo

INTRODUÇÃO: Neste artigo buscamos realizar uma reflexão sobre o fenômeno das mães órfãs, considerando que a interrupção da maternagem de grupos socialmente desfavorecidos tem grandes semelhanças com as interrompidas durante a escravidão. **ESTRATÉGIA DE ANÁLISE:** Foram consideradas as recomendações nº 05 e nº 06/2014 do Ministério Público (MP) e Portaria nº 03/2016 da Vara Cível da Infância e Juventude de Belo Horizonte (VCIJBH), assim como a análise crítica de narrativas e das próprias experiências dos autores, implicados com o fenômeno em questão. **ANÁLISE:** São colocadas em evidência no texto as ações fomentadas por parte de segmentos do judiciário, assim como a tensão gerada por dentro dos serviços de saúde, onde diversos projetos de cuidado estão em disputa. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O texto discorre sobre como determinados grupos que se mostram “desviantes” são considerados como “anormais”, sendo submetidos a lógicas de disciplinarização e controle, à mercê da justiça, do direito ao cuidado em saúde e à dignidade.

Palavras-chave: Violência contra a mulher; Escravidão; Poder familiar.

Abstract

INTRODUCTION: In this article we study the phenomenon of the compulsory separation of mothers and their children, considering that the interruption of the motherhood of socially disadvantaged groups have great similarities to the interrupted motherhood during slavery. **STRATEGY**

ANALYSIS: Recommendations 05 and 06/2014 of the Public Prosecutor's Office and Ordinance No. 03/2016 of the Civil and Probate Court of Belo Horizonte were considered, as well as the critical analysis of narratives and the authors' own experiences, implicated in this situation. ANALYSIS: The actions promoted by judiciary segments are highlighted in the text, as well as the tension generated inside the health services,

where several care projects are in dispute. FINAL CONSIDERATIONS: Finally, the text discusses how certain groups shown as "deviants" are considered "abnormal", being submitted to the logic of discipline and control, without justice, right to a better health care and to dignity.

Keywords: Violence against women; Slavery, Parenting

Introdução: um breve histórico das maternidades interrompidas

Este artigo busca trazer para a cena uma mulher, uma gestação, uma mistura de vidas nesse binômio inseparável: mulher, gravidez, gestação, parto, maternidade e maternagem. Uma elaboração da natureza alinhavada a uma construção cultural e social.

De olho na linha do tempo, na nossa história, essa construção não se traduz para todas as mulheres de forma horizontal. Vamos encontrar diferentes contextos produzidos e acatados em diferentes épocas por um conjunto de atores. Neste texto, pretendemos trabalhar essa construção genealógica sobre o olhar da lei e do cuidado em saúde, e como essas instituições vão se alinhando para produção de um conjunto de verdades,^{1,2} fortemente aparelhadas no viés técnico e legal, de acordo com o tempo, regras e normas instituídas.

Há tempos, quando nem homens, nem mulheres detinham o saber sobre o processo de reprodução, muito menos o papel do homem na gestação, acreditava-se que as mulheres pariam deuses e por isso lhes era outorgado a

autoridade de governar. Muraro considera que o mundo era governado por meio de um preceito feminino.³ Com inferior força física, as mulheres governavam com valores femininos de persuasão, sedução e com rodízio de lideranças em meio a uma espécie de Lei Básica dos grupos pré-históricos de proteção à vida, solidariedade e partilha.

Engels⁴ chegou a afirmar que o estudo da história da família começa em 1861, com o Direito Materno de Bachofen. Para aquele, este autor formulava algumas teses, dentre elas a de que a filiação apenas podia ser contada por linha feminina, segundo o direito materno, e isso pôde ser constatado em todos os povos antigos. As mulheres, como mães, como únicos progenitores conhecidos de uma nova geração, gozavam de grande apreço e respeito, atingindo, a partir da perspectiva de Bachofen, o domínio absoluto (ginecocracia).

Muraro,³ escritora feminista da década de 70, explica que, após muitos anos de existência de sociedades de coleta (que viviam de frutos e

pequenas caças), a humanidade necessitou de forças físicas na luta por novos territórios. Assim, foi se instituindo a lei do mais forte, e o homem passou a impor dominação sobre a mulher.³ A lei da competição foi se instaurando a partir do descobrimento sobre as leis e ciclo reprodutivo, há mais de dez mil anos, dando início a um novo período histórico. A competição refletiu diretamente nas relações humanas através da violência. Clãs, aldeias, cidades, cidades-estados, até os grandes impérios da Antiguidade, se tornaram etapas de uma história marcada desde a disputa por terras, subalternidade da mulher e instituição desta como escrava sexual.

Esta mesma autora³ conta que os homens trancavam as mulheres em casa para que estas se ativessem ao universo e afazeres domésticos como cozinhar, lavar, passar e, é claro, ter o maior número de filhos possível – uma mão-de-obra barata voltada usualmente para trabalhos na terra ou mesmo atividades de guerra - dispostos a dar a própria vida na conquista de terras e poder. Assim começou a hegemonia do patriarcado, a dominação do homem sobre a mulher e sobre todas as instituições: políticas, culturais e econômicas.³ Essas instituições, legitimadas por valores masculinos, idealizam na esfera pública a mulher reclusa no domínio privado, entregue à reprodução da vida imediata (fonte de satisfação) e à reprodução do próprio homem.

Para Engels,⁴ o desmoronamento do direito materno foi a grande derrota histórica do sexo

feminino em todo o mundo. O homem apoderou-se da direção da casa e a mulher foi convertida em servidora, em escrava da luxúria do homem, em simples instrumento de reprodução da espécie. A diminuição da condição da mulher, verificada desde o período de glória dos gregos até os tempos clássicos, foi sendo, historicamente, ora reinventada, ora disfarçada, ora revestida por sentidos outros – menos perversos, mas de nenhuma maneira eliminada.

Num breve retorno no tempo vamos encontrar no Brasil, há pouco mais de um século, uma sociedade totalmente dependente da escravidão, advinda de escravos trazidos da Região Africana e vendida no mercado brasileiro. Nesta época, todo ser nascido nessa condição era patrimônio do senhor, ou seja, tratado como mera mercadoria com valor de troca. Nesta condição era bastante diferenciada a percepção da gestação, maternagem e cuidado de mãe com filhos. A maternagem de uma mulher negra significava uma “mãe de leite” para um filho de uma mulher branca, senhora dona da escrava. Esse leite que seria importante para alimentação do próprio filho, era prioridade para alimentar o filho da dona e, em geral, seu filho ficava em segundo plano. Somente na década de trinta do século dezenove, essa situação sofre uma mudança legal, com a aprovação da Lei do Ventre Livre, sancionada pela Princesa Regente, que vem tentar apaziguar os abolicionistas e as revoltas dos escravos e suas lideranças, espalhadas por todas as capitanias em prol da liberdade de todos.

Esta Lei do Ventre Livre⁵ se caracteriza como um marco importante na correlação de forças no âmbito da escravidão e seus instrumentos legais. Entretanto, do ponto de vista da liberdade dessa criança que, pela lei, nasceria “livre”, existiam condicionalidades impostas. A lei foi muito questionada à época e podemos verificar os motivos: o filho de escravo seria livre aos oito anos, após isso, trabalharia na infância para o seu senhor, e logo após esse período esse senhor teria a prerrogativa de ofertar trabalho ao menor até os vinte anos, desde que não lhe expusesse a maus tratos – o que seria verificado pelo juiz de menor. Além disso, a entrega desse menor para os órgãos de governo rendia títulos aos seus donos, e isso não significava liberdade, mas trabalho onde o menor fosse acolhido. A liberdade desse negro poderia ser comprada pelos seus parentes ou outros, desde que o dono fosse ressarcido no valor cotado no mercado, pela condição aferida de saúde do menor. Portanto, por essa lei, podemos afirmar que muito pouco do binômio mãe e filho ou da maternagem, no tangente a mulheres negras nessa época, foi alterado.

Não é possível atuar em favor da igualdade, do respeito aos demais, do direito à voz, à participação, à reinvenção do mundo, num regime que negue a liberdade de trabalhar, de comer, de falar, de criticar, de ler, de discordar, de ir e vir, a liberdade de ser.^{6:193.}

Mesmo com o final da escravidão não há alterações significativas no país para essas mulheres e seus filhos por um longo período do ponto de vista legal, institucional ou cultural. Há um processo lento, constituído na luta

cotidiana e no emaranhado dos procedimentos instituídos/instituintes⁷ e vice-versa na construção societária brasileira.

Podemos destacar como um ato importante nesse cenário as leis trabalhistas que vieram estipular para todos os trabalhadores uma carga horária máxima de trabalho semanal, descanso remunerado e férias anuais e, no caso específico da mulher gestante, uma garantia de licença maternidade para todas as trabalhadoras com carteira assinada ou com emprego em regime próprio de previdência durante dois meses a contar do início de seu afastamento para o parto. Do ponto de vista legal, podemos caracterizar a licença maternidade como arcabouço jurídico de garantia da maternagem no Brasil.⁸

Nosso esforço em trazer parte desse processo de conformação das leis, luta das mulheres, composições e instrumentos jurídicos e normativas que vão conformar o direito de ser mulher e mãe vem no sentido de trazer para a cena o lugar que essa sociedade desenha para a mulher, análise que carece de muito delicadeza, pois não podemos nos distanciar dos sujeitos que se implicam, são implicados, ou que por concepção e/ou escolha já se encontram nesse lugar por ser mulher e viver nessa sociedade.⁹

Os entraves à maternagem nos dias atuais e as estratégias e ferramentas de análise

Trazendo para uma temporalidade mais atual, pretendemos visitar legislações de abrangência

definida. Sendo assim, vamos trazer para a cena as Recomendações da 23ª Promotoria de Justiça da Infância e Juventude Cível de Belo Horizonte de 2014^{10,11} que dispõem sobre a necessidade dos serviços de saúde públicos informarem a Vara da Infância e Juventude sobre o nascimento de filhas e filhos nascidos de mães vulneráveis, bem como a Portaria nº 03 da Vara Cível da Infância e da Juventude de Belo Horizonte de 2016,¹² que obriga as equipes das maternidades públicas a comunicarem em 48 horas à Vara o nascimento de filhos de mães consideradas em situação de vulnerabilidade, como as que usam de Crack e outras drogas, para tomada de decisão por parte do judiciário sobre a guarda do filho.

Esta produção é mais um dos esforços que dispensamos para, aqui nesse contexto, desnudarmos o nascedouro dessas normativas jurídicas, seus postulados e regramentos, e para que possamos mapear seus atores, suas narrativas e como essa construção se dá no terreno do cotidiano dos serviços de saúde ao longo do tempo. Propomos um esforço de análise que nos ajude a compreender e fazer apostas no espaço do cuidado em saúde.

Como estratégias de análise e construção do conhecimento, seguimos neste texto com o intuito de confeccioná-lo da maneira mais horizontal, simétrica e coletiva possível. Não buscamos nos colocar como sujeitos do conhecimento, submetendo o cenário a estruturas teóricas prévias e determinadas. Julgamos que ganhamos em riqueza ao nos

envolvermos com os sujeitos e coletivos das situações problematizadas, e não só nos colocando como meros informantes, mas como sujeitos ativos no processo de produção do conhecimento.¹³

Portanto, nesta produção, apresentaremos diversas perspectivas de análises, sem o objetivo que estas coadunem entre si em uma extensa estrutura teórica enrijecida e interpretativa da situação. Buscamos aqui apresentar várias ferramentas, provenientes até de perspectivas de mundos diferenciadas, e com seus respectivos esforços problematizadores, num esforço crítico e múltiplo dos cenários analisados.

Os pesquisadores do Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde da UFMG, autores desse artigo, foram respaldados pelos pareceres dos Comitês de Ética em Pesquisa (nº 1.847.486 CEP/SMSA-BH; nº 2.264.660 CEP/UFMG e nº 1.756.736 CEP/Nacional).

A reedição atual de arranjos passados: paralelos entre a escravidão e a maternagem interrompida

As recomendações e portaria provenientes, respectivamente, do Ministério Público e Judiciário, encerram um enunciado que clama pelo cuidado com o mais frágil, aquele que ainda não tem voz e que, portanto, diante da ausência de “capacidade” de sua genitora em lhe ofertar cuidados básicos e segurança perante a vida, deveria ser entregue ao Estado

para que este proporcione a esse indivíduo outras possibilidades de vida, antecipando pelo viés jurídico o fracasso dessa maternagem ou mesmo a convivência desse na família extensa. Isso nos remete ao passado, onde a Lei do Ventre Livre, de certa forma, vem garantir de forma legal que essa mulher negra e despossuída de bens econômicos, diante de algumas condicionalidades, pudesse exercer sua maternagem, podendo dizer que esse filho lhe pertencia. Na atual conjuntura, o Estado aparece como o Senhor da Escrava, pois toma para si, como o governo de todos, o lugar da mãe e da família, impondo em quais condições essa criança deve viver e como.

Importante neste contexto desnudar algumas narrativas de sujeitos implicados nesse processo, que mesmo quando são de esferas institucionais distintas, em determinado momento se coadunam, aparecendo claramente um certo ponto de vista, em detrimento do ponto de vista do sujeito a quem a ação será aplicada. Como numa carta lacrada, onde o selo seria o carimbo, contendo as palavras cuidado da criança, o contexto da carta é bastante pretensioso e significativo, sendo que nele está contido todo um jogo de poder, onde poderíamos ler o que dizem nas entrelinhas os vários atores, do jogo de palavras à constituição de verdades: “Como pode uma moradora de rua cuidar de uma criança?”, “A família extensa já é tão desestruturada, como acatar mais um membro?”, “A criança é prioridade absoluta frente a lei, portanto temos que agir, a fim de zelar pelo seu bem estar.”,

“Mulheres em uso de álcool ou outras drogas não podem amamentar uma criança.”, “A quantidade de álcool ou outras drogas torna essa mulher incapaz para o mundo trabalho, logo o sustento dessa criança está comprometido”, “Em uma casa sem quartos para a criança, onde fica o bom alojamento para este bebê?”. Estes e muitos outros ditos são expressos de forma natural por alguns técnicos da rede de saúde que trabalham nessas maternidades e igualmente por agentes do poder judiciário; coadunam com o arcabouço jurídico definidor do destino de mães consideradas em situação de “vulnerabilidade” e de seus filhos que, de acordo com essa visão de mundo, deixam de ser seus.

Contudo, a carta tem várias palavras e muitos outros enunciados e, na busca de compreensões acerca de seus dizeres e do não dito sobre ao assunto, é preciso adentrar no universo das relações de poder, em como é visto o papel do Estado por esses sujeitos dessa ação e de que lugar fala cada um. Neste cenário, temos um ponto chave escamoteado, mas necessário para compreender até onde pode chegar o sujeito da verdade: as mulheres cujos filhos são retirados são pobres, pardas ou negras, alguém a quem o Estado vem negando vários direitos ao longo da história. Ele reedita um retorno presente na nossa formação social: que lugar essa mulher ocupa nesses cenários e o quanto valem essas vidas nessa conformação? E ainda encontramos outra verdade velada: a da presunção de culpa dos sujeitos fora das regras sociais, talvez aqui o ponto mais perverso da

falácia protetora. Neste sentido, retirar esse filho significaria a garantia de que ele não será mais um delinquente. Eis o xeque mate dos que querem assegurar tal medida.

Essa mulher já é uma condenada pela lei, portanto aplica-se ao filho presumidamente o código penal ao nascer, pois presumidamente será um fora da lei. Trata-se de um importante ponto de retorno. As Recomendações nº 05 e nº 06 e Portaria nº 03 aproximam-se de uma revogação da Lei do Ventre Livre. Tal ação nos remete ao que Foucault nomeou de poder disciplinar:

O poder disciplinar é com efeito um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior 'adestrar'; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor. A disciplina 'fabrica' indivíduos; ela é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício.^{14:143}

Foucault diz em seu livro *Vigiar e punir*¹⁴ sobre os corpos dóceis, trazendo para a realidade atual, dentro do contexto de instituições totais, que as semelhanças “foucaultianas” começam desde os serviços de saúde que aquela mãe teria que acessar para parir seu filho, até os abrigos que institucionalizam essas crianças. Estes corpos de mães e filhos são corpos uniformizados, domesticados, adestrados para atender a um sistema punitivo. No caso da mãe, se ela é uma usuária de droga e pobre, é punida com a ausência do filho, sem ser questionada sobre o desejo de permanecer ou não do filho. Ser mãe para essas mulheres é descumprir uma norma moral, hipócrita e moralista que a

sociedade prega como correta.

A imagem da criança institucionalizada pelo Estado, assim como nas prisões e demais instituições totais,¹⁵ correspondem à tentativa de adestramento de indivíduos e expropriação de direitos já descritos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).¹⁶ Mães e filhos já marginalizados são punidos. A retirada dessas crianças do seio de suas mães tem cor, raça e classe social, como podemos observar pelo perfil dos casos ocorridos e pela não aplicação destas normativas em hospitais com perfil de atendimento de planos de saúde ou particulares. O uso de álcool e drogas e as diversas faces da vulnerabilidade social que algumas mães se encontram são uma das principais justificativas para a institucionalização, considerando-se estas mulheres como incapazes de responsabilizar-se por seus filhos. Essa verdade produzida adquire um valor moral pelas autoridades que apoiam e efetivam a portaria, justificando o “abrigo compulsório”. Nada mais cruel.

Não se deve condenar ou punir esta mãe. Quando a justiça toma a decisão por si, sem o respaldo das informações necessárias sobre a família extensa e rede social, ou informações sobre todo o investimento, muitas vezes dispendido pelas redes de saúde, assistência social e outros apoiadores, a retirada dos bebês só gera uma violência entre as partes.

Podemos reconhecer outras construções críticas ofertadas coletivamente a partir de

diversos pensadores. Além das constituições das sociedades disciplinares, podemos observar estratégias que atravessam o governo das populações, de forma biopolítica. É o que Deleuze veio nos oferecer como ferramenta de análise, que seriam as sociedades de controle.¹⁷ Desta perspectiva, as estratégias de controle se multiplicam, intensificam, e atingem planos subjetivos. O judiciário, mas também outros planos societários, como trabalhadores de saúde e a própria população, se vê repetindo certas palavras de ordem, onde a população que não trabalha, consome ou não investe seus desejos, como o indicado capitalisticamente, se torna empecilho societário, anormais, não-humanos¹⁷ e, portanto, passíveis de qualquer intervenção.

Os posicionamentos ético-políticos dos serviços de saúde: entre a moralização, o esgotamento e a resistência

Nas equipes de cuidado e atenção à mulher nas maternidades vamos encontrar posicionamentos diferenciados e que precisamos escutar muito cuidadosamente. Temos, por exemplo, um conjunto de atores nessa esfera que veio e vem fazendo questionamentos às normativas legais e ações no sentido de garantir a maternagem dessa mulher e de buscar meios técnicos e operacionais para que essa mãe retorne ao seu território, ou que tenha um abrigo conjunto, numa tentativa de construção de laços afetivos, vínculo com a equipe do território onde a mesma reside e possibilidades

de autonomia, para assim construir sua própria trajetória de vida.

No entanto, como lidamos com sujeitos que portam valores, visões de mundo, também vamos encontrar nesse universo do “cuidado” atores que se dizem mais seguros com as normativas legais, uma vez que a prática de acionar o judiciário nesses chamados casos complexos sempre fez parte do seu fazer profissional. Aqui precisamos destacar que, em situações de esgotamento de todas as outras possibilidades, também entenderíamos essa necessidade, mas no cotidiano da ação, corremos o risco de entrar no campo do descuidado e repasse de responsabilidade desses para um ator externo ao campo da saúde, ou seja, o campo da lei.

Além disso, tivemos acesso a diversos relatos apontando que alguns agentes de saúde foram importantes apoiadores da formulação destas normativas, constituindo visões de mundo a partir das quais as mães eram destituídas de seus papéis de sujeitos, tornadas incapazes e destituídas de seu direito de maternagem por apresentarem comportamentos “desviantes” ou “anormais”. Tais posturas tensionam com aquelas que vêm denunciando essa coerção praticada por diversos atores, dentre os quais profissionais da própria equipe de saúde para que as normativas sejam seguidas.

A dimensão que esse cuidado vem tomando, muitas vezes perdendo sua potência cuidadora, o ascende a uma dimensão punitiva “inserida

num processo de domínio e controle das forças corporais para a produção de docilidade, isto é, de submissão e de utilidade”.^{18:20} A mulher, nesse contexto, é invisibilizada enquanto sujeito de direitos, percebida como sem capacidade e autonomia para garantir sua reprodução. A energia produtiva dessas mulheres não está à mercê do mercado e, neste sentido, ela é vista como incapaz de produzir mais-valia. Portanto, talvez ela não mereça ser protegida nem enquanto objeto.

Considerando essas reflexões, aqui propomos uma breve apresentação de questões problematizadoras sobre a intervenção sobre esse ser/objeto institucionalizado: onde fica a autonomia do trabalho vivo em ato?¹⁹ Estaríamos perdendo essa autonomia? Até que ponto esta autonomia dos trabalhadores de saúde está voltada para o processo de cuidar ou, em um caminho contrário, busca uma normalização dos sujeitos que não seguem estritamente o que valoram moralmente?

Ou como os profissionais de saúde, com um determinado jeito de ver o mundo, repassam o ato de cuidar para um agente externo? Que valoração de mundo esse ator de fora defende ao dizer que o sujeito sem voz é a criança e que esta precisa ser “salva” desse contexto familiar adverso ou inexistente? Não estariam as instituições jurídicas e políticas do Estado e a estrutura econômica da sociedade civil alienando essas mulheres delas mesmas ao mostrarem um formato de proteção que alimenta um sistema de punição, o qual serve

apenas para proteger as condições fundamentais da sociedade de produtores de mercadoria e não mais de vida? Foucault já dizia que todo sistema punitivo como disciplinador é uma faceta da microfísica do poder, inserido num processo de domínio que escancara uma guerra civil contra segmentos da população “que são excluídos do mercado de trabalho e que não têm como sobreviver”^{18:22}, portanto, têm suas condutas criminalizadas.

Neste sentido, em nome de uma maternagem idealizada, consumidora incessante dos devidos bens de consumo e devidamente encaixada na produção capitalista, essas mulheres e seus bebês estão sendo intensamente submetidas a estratégias patologizantes e segregatórias, a partir das quais os desviantes se tornam riscos iminentes a serem controlados.¹⁷

Considerações finais

Temos a oportunidade de visualizar a reedição de fenômenos antigos no cenário analisado não só em Belo Horizonte, mas em todo o país, algo observado pelo aumento da publicização dos meios de comunicação e produções acadêmicas. A escravidão e determinação dos não-humanos apresentam novas roupagens, justificativas, normativas e construções simbólicas.

Tais ações disciplinares se redobram e ganham fôlego em meio a estratégias biopolíticas e de controle que se forjam societariamente nos

campos normativos e simbólicos dos novos não-humanos.¹⁷ Neste cenário, observamos não só o conflito entre as práticas de saúde, justiça e democracia, mas dos limites da ética societária atual. É uma tensão que se reatualiza entre práticas que defendem não só o direito

social a redes de proteção social, mas arranjos societários mais solidários que resguardem a defesa da diferença, dignidade e liberdade¹⁷ frente a estratégias de disciplinarização, normalização e exclusão. Em suma, reinserem-se questões relativas a própria escravidão.

Referências

¹Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2001.

²Land MGP. Genealogia: uma investigação criminal aparentemente equivocada: uma conversa com o texto “Nietzsche, a genealogia e a história” de Michel Foucault. In: Merhy EE et al. (orgs). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p.423-427. (Políticas e cuidados em saúde; 1)

³Muraro RM. *Mais Lucro: valores humanos na construção da empresa*. Rio de Janeiro: Editora José Olympio; 2006.

⁴Engels FE. *A origem da família, da propriedade privada e do Estado – (1884)*. 3.ed. São Paulo: Editora Escala; 2009. Coleção Grandes Obras do Pensador Universal, 02.

⁵Lei de 7 de Novembro de 1831; publicação original – Lei do Ventre Livre. Portal Câmara dos Deputados. www2.camara.leg.br. 1831 [citado 29 nov 2017]. Disponível em: http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei_sn/1824-1899/lei-37659-7-novembro-1831-564776-publicacaooriginal-88704-pl.html

⁶Freire P. *Cartas a Cristina*. 2. ed. São Paulo: Unesp; 2002.

⁷Baremlitt GF. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 5 ed. Belo Horizonte: Biblioteca Instituto Felix Guattari; 2002.

⁸Decreto-Lei N.º 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Diário Oficial da União. 9 de ago 1943.

⁹Merhy EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. In: Franco TB, Peres MA de A, Foschiera MMP, Panizzi M (orgs). *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo: HUCITEC; 2004.

¹⁰Recomendação nº 5/PJIJBH/MPMG, de 16 de junho de 2014. Recomendação aos médicos, profissionais de saúde, diretores, gerentes e responsáveis por maternidades e estabelecimentos de saúde. Belo Horizonte: Ministério Público do Estado de Minas Gerais; 2014.

¹¹Recomendação nº 6/ PJIJBH/MPMG, de 06 de agosto de 2014. Recomendação aos médicos, profissionais de saúde, Agentes Comunitários de Saúde, gerentes e responsáveis por Unidades Básicas de Saúde. Belo Horizonte: Ministério Público do Estado de Minas Gerais; 2014.

¹²Portaria nº 3/VCIJBH, de 22 de julho de 2016. Dispõe sobre o procedimento para encaminhamento de crianças recém-nascidas e dos genitores ao Juízo da Infância e da Juventude, assim como, oitiva destes, nos casos de graves suspeitas de situação de risco, e sobre o procedimento para aplicação de medidas de proteção. Diário do Judiciário Eletrônico TJMG. [Internet] 2016 25 jul [citado 04 mai 2017]: 29-33. Disponível em: <http://ftp.tjmg.jus.br/juridico/diario/index.jsp?dia=2207&completa=2inst%7Cadm>.

¹³Abrahão AL et al. O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: Gomes MPC, Merhy EE (Org.). *Pesquisadores In-Mundo: um estudo da produção do acesso e barreira em Saúde Mental*. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2014. p.155-170.

¹⁴Foucault M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes; 1999.

¹⁵Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos*. 7. ed. São Paulo: Editora Perspectiva; 2001.

¹⁶Lei 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.

- ¹⁷Merhy EE. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In: Grupo de Trabalho de Álcool e Outras Drogas. Drogas e cidadania em debate. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2012. p.9-18.
- ¹⁸Santos JC. O sistema penal como exploração do proletariado. In: Mattos V, Magalhães C, Magalhães JLQ (org). Desconstruindo práticas punitivas. Transcrição Ricardo Henrique de Carvalho Lara. Belo Horizonte: Grupo de Amigos e Familiares de Pessoas em Privação de Liberdade/CRESS 6ª Região; 2012.
- ¹⁹Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarin ACS, Gomberg E(org.). Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS; 2009. 285 p.

ARTIGO ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n1suplemp153-168>**Sequestro e negligência como política de Estado: Experiências da segunda geração de atingidos pela hanseníase**

Kidnapping and negligence as a State policy: Experiences of the second generation of those affected by hansen's disease

Gláucia Maricato

Doutoranda em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGAS/UFRGS)

Artur Custódio Moreira de Sousa

Vice Coordenador nacional do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase. Mestrando em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz - RJ.
E-mail: arturmorhan@gmail.com

Resumo

O presente artigo tem como objetivo analisar a experiência de familiares separados durante as políticas de isolamento compulsório das pessoas atingidas pela hanseníase no Brasil. Especificamente, busca-se refletir acerca dos trajetos e desafios enfrentados pelos filhos que foram separados dos pais isolados, além de lançar questões em torno das atuais políticas estatais de reparação daqueles sujeitos. Esse trabalho está baseado em dados etnográficos coletados ao longo dos últimos cinco anos junto a familiares e filhos, além de dialogar com fontes secundárias. Demonstramos a complexidade das experiências de separação, a forma como ela reverbera no presente e os desafios em face à burocracia do Estado quando o tema são as políticas reparatórias. Refletir sobre as experiências de separação compulsória da segunda geração de atingidos pela hanseníase pode lançar novas questões às atuais políticas estatais dirigidas a usuários de crack; ou seja, trata-se de um convite de aprendizado a partir das experiências do passado em busca de um futuro em que as políticas de Estado não violem os princípios básicos dos direitos humanos.

Palavras-chave: Hanseníase; Políticas públicas; Relações familiares; Direitos humanos.

Abstract

This paper aims to discuss the experience of families that were sundered apart by state policies of the mid-twentieth century that decreed the forced segregation of hansen's disease patients and the

institutionalization of their children in Brazil. We will describe the challenges that the separated children have faced and we will reflect on the current state financial reparation sought for human rights violations of the first generation. This paper is based on five years of ethnographic fieldwork conducted with former interns, their separated children, and it engages with secondary sources. We show the complexities of the experiences of the separated children, their current struggles around these diverse experiences and the challenges they might

face to facilitate claims to financial reparation from the Brazilian state. As we see, a reflection on the experiences of the second generation of people affected by the forced segregations may raise new questions about the current Brazilian state responses to substance abuse and its human rights violations. We argue that looking toward the future, we should learn from the past.

Keywords: Hansen's disease; Public policies; Family relations; Human rights.

Introdução

Durante sessenta anos o Estado brasileiro ordenou e estimulou a internação e o isolamento de todas as pessoas atingidas pela hanseníase. Entre 1920 e 1980 milhares de pessoas seriam segregadas em colônias hospitalares, os então chamados leprosários, e milhares de crianças, filhos daqueles que estavam isolados, foram enviados para os chamados preventórios. Se milhares de pessoas foram segregadas devido à doença, também milhares de crianças foram retiradas do contato com seus pais e compulsoriamente institucionalizadas, entregues para a adoção formal e informal, além de muitas que tiveram um destino diferente, circulando entre casas de familiares, conhecidos e vizinhos.

Tratava-se de uma política higienista inspirada no modelo europeu que defendia a intervenção na vida da população como solução para questões de saúde – ou seja, a higienização vinha como um mecanismo de regulação, controle e vigilância da população. Conforme

diversos pesquisadores já demonstraram,^{1,2,3,4} a 'redescoberta' da doença pelo chamado mundo ocidental ao final do século XIX e início do século XX, e o modelo segregacionista que foi mundialmente estimulado a partir de então, estava diretamente relacionado com a empreitada imperial e colonialista dos países do norte global; leia-se, EUA e Europa ocidental. Em sincronia com o cenário internacional, a Primeira Conferência Americana de Lepra, realizada em 1922, no Rio de Janeiro, chegaria a conclusão de que o isolamento dos doentes e a separação de seus filhos era a única maneira de combater e controlar a doença.⁵ Durante décadas o isolamento e a separação dos filhos foram recomendados nacional e internacionalmente por autoridades científicas e políticas da época. Em sincronia com esse cenário, já em 1923 entraria em vigor a primeira legislação brasileira que dispunha sobre o tema. Esse modelo era reforçado a cada nova Conferência Internacional sobre Lepra, o maior evento sobre o tema daquele momento. Ainda

que seja possível rastrear alguns médico-cientistas que se opuseram ao isolamento durante aqueles eventos, naquela altura a política de isolamento já havia ganhado ares de legitimidade, tratada como a única solução possível; como se fosse o único modelo de intervenção que se poderia oferecer.

Foi apenas em meados da década de cinquenta, exatamente em 1958, que a comunidade científica internacional condenaria pela primeira vez o sistema de isolamento e separação. Desde meados da década de quarenta, quando foi descoberta a ação das sulfonas no tratamento da doença, falava-se na descontinuidade das internações em função da não contágiosidade dos pacientes tratados. No entanto, sabe-se que as políticas de segregação compulsória dos pacientes atingidos pela hanseníase e a separação de seus filhos se associava a outros fatores para além do controle do contágio. Concepções cristãs, imaginários populares e discursos científicos se entrelaçavam na criação de medo e rechaço quando o assunto era lepra. Preconceito e estigmas jogavam um papel importante na definição das políticas estatais voltadas aqueles sujeitos, fazendo com que a segregação se tornasse legítima e desejada por parte da população dita sã e pelas autoridades que buscavam apoio popular.

Na esteira do cenário mundial, com a descontinuidade da política isolacionista, uma nova legislação nacional definiria o direito à alta para determinados pacientes em 1962 e, em

seguida, uma portaria de 1976 do Ministério da Saúde finalmente decretaria o fim das políticas de segregação. Todavia, conforme se sabe, na prática o isolamento dos doentes e a separação dos filhos dos internos seguiria ocorrendo até finais de 1980.⁶ Ou seja, a despeito da legislação, a descontinuidade do modelo segregatório se daria de maneira paulatina e diversificada de acordo com cada região e localidade. Além disso, o desmantelamento do modelo segregacionista não foi acompanhado por nenhuma política federal de apoio aqueles que eram desinstitucionalizados. Impulsionados a deixar as colônias em que tinham passado décadas, os pacientes foram deixados à própria sorte na reformulação de suas vidas do outro lado daqueles muros.

Há dez anos atrás, em setembro de 2007, o então presidente Luiz Inácio Lula da Silva aprovaria uma lei federal que concederia o direito à reparação estatal a todos os sujeitos que foram compulsoriamente isolados em colônias hospitalares até dezembro de 1986. Ao fazê-lo, o Brasil se tornaria o segundo país do mundo a indenizar os atingidos pela hanseníase, após o Japão que havia aprovado medida similar em 2001. Desde a aprovação daquela política, a segunda geração de pessoas atingidas pelas medidas de isolamento, os filhos que foram separados, também clamam por uma reparação do Estado. Desde 2011 corre um Projeto de Lei que visa estender o direito à reparação estatal também ao movimento que ficou conhecido como Filhos Separados. Conforme justificativa do projeto,

quando o Estado obrigou as pessoas atingidas pela hanseníase a viverem isolados ele “prejudicou os filhos desses doentes, não só no que tange ao aspecto emocional e psicológico, mas também no aspecto econômico, já que eram os genitores que garantiam o sustento (...)”.^{7,3} O atual movimento político dos filhos separados busca tanto uma reparação moral e financeira pela violação de seus direitos, como também vêm solicitando o direito à políticas de acesso a tratamento psicológico. Em 2013, o governo federal havia anunciado que estava na ordem do dia a aprovação de uma medida reparatória. Entretanto, os últimos eventos que marcaram a política nacional deixam pouco espaço para a esperança de que esse direito seja reconhecido num futuro próximo. A luta dos atingidos pela hanseníase por uma cidadania que seja plena remonta ao período de redemocratização do país na década de oitenta, quando foi criado o Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan). Desde então, esse movimento tem crescido e desenvolvido diferentes frentes de atuação. Não será agora que suas vozes irão ser caladas.

O presente artigo faz parte das pesquisas em andamento de mestrado e doutorado da autora. A metodologia adotada lança mão de técnicas etnográficas de coleta de dados. Durante a pesquisa de campo, levamos à cabo entrevistas abertas e semi estruturadas com ex-internos de colônias hospitalares e os filhos que foram separados, realizamos observação participante (contato prolongado com

participação na rotina cotidiana) e pesquisa em documentos e fontes secundárias (tais como matérias de jornais, projetos de lei, etc.). Ao longo do trabalho de campo, os sujeitos eram convidados a participar da pesquisa e narrar acerca de suas trajetórias de forma individual ou junto a seus familiares.

A presente pesquisa não foi submetida à comitê de ética, mas está inteiramente de acordo com os princípios básicos do Código de Ética da Associação Brasileira de Antropologia (ABA). Também em concordância com o referido código de ética, e em sincronia com os debates acerca dos limites do modelo legalista de consentimento,^{8,9} não utilizamos os termos de consentimento livre e esclarecido. Durante nossa inserção a campo, optamos pela obtenção do consentimento oral dos participantes – sempre deixando claro para os mesmos os objetivos da pesquisa, incluindo uma descrição da história, contexto e tema.

O presente artigo está subdividido em dois momentos. A seguir, iremos adentrar entrevistas realizadas com filhos que foram separados e familiares. Nesse primeiro momento, iremos apresentar quatro trajetórias distintas da segunda geração de atingidos pela hanseníase. Através das experiências de Dona Arlene, Bebete, os irmãos Janino e Leon, e outros quatro irmãos, vamos refletir acerca da complexidade e da diversidade de experiências, trajetórias e questões que esses casos provocam. O objetivo específico é apontar para a maneira como uma futura política de

reparação para os filhos que foram separados e familiares precisaria estar inteiramente atenta as complexidades dessas trajetórias, dado que a depender do enquadramento ou das exigências colocadas, determinados sujeitos poderiam vir a ser excluídos de receber o seu direito reparatório.

No segundo momento desse artigo, essa questão se torna ainda mais evidente dado que iremos descrever a parceria estabelecida entre o movimento social e uma equipe de geneticistas. A partir da experiência acumulada dos ex-internos diante das exigências burocráticas da política reparatória conquistada em 2007, o movimento social passou a prever que, caso aprovada uma reparação também aos filhos separados, o estado brasileiro iria requerer provas do vínculo familiar entre pais e filhos separados – algo que muitos deles, por diversas razões, não teriam como oferecer. A parceria com a equipe de geneticistas surgiu como uma possibilidade de produção de provas do vínculo biológico. Nesse segundo momento, nosso objetivo será demonstrar, em diálogo com os casos apresentados anteriormente, como os testes de DNA poderiam se deparar com limites bem demarcados nesse contexto. Iremos sublinhar a maneira como essa tecnologia de identificação dependeria de uma série de outros elementos para a produção das referidas provas e, em muitos casos, tais elementos não estariam disponíveis.

Acreditamos que a presente reflexão em torno

da demanda por justiça da segunda geração de atingidos pela hanseníase pode lançar questões e aprofundar o debate atual acerca da chamada política anti-crack. Essa política tem dado espaço para que autoridades locais decidam sobre o futuro de milhares de crianças, filhos de mães usuárias de droga e em situação de vulnerabilidade. Sugerimos que a atual política de crack encontra muitas similaridades com o modelo autoritário, e contrário aos direitos humanos, empregado décadas atrás com a segunda geração de atingidos pela hanseníase.

Nosso objetivo final é suscitar uma reflexão acerca das violações dos direitos humanos implicadas nas políticas de Estado. Trazer para o primeiro plano os dramáticos efeitos contemporâneos das escolhas autoritárias e discriminatórias do passado, e colocando-as, ao final, em paralelo com o modelo da política anti-crack, irá nos auxiliar a sublinhar a maneira com que, ao mesmo tempo em que o Estado brasileiro teria reconhecido os erros do passado junto aos atingidos pela hanseníase, ele estaria levando adiante uma política de separações contrária aos princípios básicos de justiça social e cidadania.

Separações: cicatrizes, suspeitas e a busca pelas famílias biológicas

Dona Arlene tinha cinco anos quando foi viver junto com seus outros três irmãos no preventório – espécie de orfanato para os filhos das pessoas isoladas. Assim que o seu pai foi diagnosticado com a hanseníase, o médico

responsável logo avisou que ele seria enviado para o isolamento e que seus filhos deveriam ficar por um período de quarenta dias no preventório. Conforme previsto, o pai foi logo internado na ex-colônia de Souza Araújo, em Rio Branco, capital do Acre. Apesar da mãe não estar doente, não foi permitido que os filhos ficassem com ela e foram todos enviados para o preventório da capital acreana onde moravam.

Naquela altura a mãe das crianças não tinha nenhuma ideia de que aqueles quarenta dias de quarentena se tornariam dez anos de separação. Quando ela retornou ao preventório após o período estipulado para buscá-los, foi surpreendida com a informação de que eles não seriam liberados. Quando entrevistada em agosto de 2012, na cidade de Rio Branco, Dona Arlene apenas diria que “tudo tinha sido uma enganação”. A mãe de Arlene tinha recebido a informação de que as crianças ficariam em quarentena para realizar um acompanhamento, envolvendo a aplicação de medicação em função do contato com o pai doente. No entanto, ao final daquele período as crianças não foram liberadas e Arlene e seus irmãos permaneceriam até a adolescência naquela instituição, onde poderiam receber a visita da mãe durante apenas uma única hora aos domingos.

Tal como a maioria daquelas instituições no país, o preventório que Dona Arlene passaria a infância e começo da adolescência era administrado por uma irmandade católica. Em

torno de cinquenta anos, à época da entrevista, Dona Arlene lembra que “as irmãs” eram responsáveis pelo gerenciamento do preventório. As tarefas diárias, tal como cozinhar, limpar e cuidar das crianças pequenas ficava sob responsabilidade daquelas crianças que já eram mais velhas. A instituição contava com um galpão para meninas, um para os meninos e um berçário, e havia desde recém-nascidos até aqueles que estavam para completar dezoito anos (quando eram liberados). Aos onze anos a pequena Arlene já era a responsável por receber os recém-nascidos que vinham direto da ex-colônia hospitalar. Conforme lembra, “eu tinha que cuidar das crianças que chegavam lá da ex-colônia Souza-Araújo ainda enroladas só em trapos e cortado só o cordão umbilical. Era eu quem dava o primeiro banho e fazia o mingau”.

Tal como diversos outros filhos separados vêm apontando nos últimos anos, Dona Arlene também relatou diferentes formas de abuso que sofreu no interior do preventório. Ela apontou para castigos que as irmãs criavam – incluindo ficar sem comida ou ajoelhar durante longo períodos de tempo sobre feijão ou milho –, e enfatizou o trabalho que teria de cuidar de uma outra garota, bem mais jovem do que ela, e que sofria com paralisia. Ademais, entre as experiências elencadas por Dona Arlene, também entraria um relato sobre abuso sexual por parte de outros internos; algo que tem se verificado comum entre as filhas que foram separadas.

Aos poucos, viver no preventório se tornaria um fardo. Aos quinze anos, Arlene enfrentaria a perda do irmão mais novo num acidente. Segundo Dona Arlene, aquele teria sido um momento crucial para ela e os outros dois irmãos que estavam no preventório. Na esteira daquele evento, eles passaram a planejar e a ameaçar a administração de que estavam planejando uma fuga. Foi nesse momento que Dona Arlene e os dois irmãos finalmente seriam liberados pela administração da instituição e voltariam para a casa de sua mãe e do então padrasto dez anos depois. O pai jamais sairia da colônia.

Histórias como as de Dona Arlene, cheia de episódios de violência, abuso de poder e negligência, povoam as narrativas daqueles que viveram nessas instituições estatais.¹⁰ É necessário pontuar que, ainda que os casos sejam muitos, nem todos os relatos sobre os preventórios estão marcados por violência e abuso. A busca pela reparação dos filhos separados está baseada na violação cometida pela compulsoriedade da própria separação. Além disso, cabe pontuar que nem todas as crianças tiveram a oportunidade de retornar aos seus familiares e, muitas delas, separadas e adotadas ainda crianças, jamais descobriram suas origens familiares.

Esse é o caso de Bebete Maria. Após deixar o preventório com dezoito anos, e sem contar com nenhum suporte, ela passaria a viver nas ruas. Durante nossa entrevista, ela não mencionaria qualquer história acerca de seus

pais, mas passaria todo o tempo explicando sobre a relação que ela mantinha com a família de sua irmã já falecida. Uma relação que, conforme iríamos descobrir, estava profundamente marcada por diferenças de classe. Bebete, um irmão e uma irmã foram enviadas ao preventório ainda pequenos. Bebete jamais voltaria a ver o irmão mais velho que teria fugido ainda pequeno da instituição. Já a sua irmã mais nova teria sido logo adotada pela família “daquela juíza famosa daqui” - citando o nome de uma família rica e conhecida da capital onde vivia. Bebete enfatizou como aos dezoito anos foi liberada do preventório. Naquela altura, não tinha nenhuma notícia do irmão, tampouco tinha mantido contato com a irmã. A saída do preventório seria marcada pelo total desamparo. Sem ter ninguém a quem recorrer por qualquer auxílio, hospedagem ou trabalho, aos poucos ela se encontraria numa situação de extrema vulnerabilidade, vivendo nas ruas onde, com emoção, enfatizaria que comeu “lixo, que fazia de tudo, menos vender meu corpo pra homem”. Sem nenhuma política de inclusão ou auxílio aos filhos que cresceram naquelas instituições, e muitas vezes sem acesso nem mesmo a educação básica, encontrar a porta da rua aberta em um contexto de poucas oportunidades era uma tarefa de sobrevivência.

Durante a entrevista, Bebete chamou a atenção para a dificuldade que estava vivendo naquele momento. Fazia poucos anos que a irmã, então com seus cinquenta anos, teria cometido suicídio. Segundo ela, os três filhos da irmã

jamais a tinham reconhecido como tia, apesar dela referir-se a eles como sobrinhos. A relação entre ela e a família da irmã deixava claro as tensões em torno das diferenças de classe social. De um lado, os três filhos da irmã, então já adultos, faziam parte da elite da cidade. De outro, Bebete recebia ajuda de um programa social para pagar o aluguel de uma kitnet. Bebete resumiu sua relação com aqueles que ela chamava de sobrinhos dizendo que a única ocasião em que eles se viam era quando ela fazia uma visita à casa da família e o ex-marido da irmã lhe dava dez reais.

Casos como de Arlene e Bebete nos ajudam a compreender a maneira como o Estado, em nome do bem-estar daquelas crianças, acabou produzindo situações de extrema violência, preconceito e negligência social. A mãe de Dona Arlene, que quando deixou seus filhos no preventório voltou para casa com a informação de que os buscaria pouco mais de um mês depois, viveria a angústia de voltar para casa sozinha sem que jamais tenham lhe dado qualquer explicação satisfatória. As regras não eram claras – ou se fossem, não eram de conhecimento daquelas pessoas, e tampouco eram colocadas em prática pelas instituições que se diziam representar o interesse do Estado. Bebete também passaria toda a infância e a adolescência no preventório trabalhando na limpeza, na cozinha e nos cuidados de outras crianças, e aos dezoito anos não encontraria qualquer política que pudesse auxiliar a sua transição para fora do preventório.

Os casos falam sobre uma filha separada que, de certa forma, conseguiu retomar sua família – Dona Arlene – e sobre uma filha que, frente a toda as relações de poder envolvidas, conseguiu manter o conhecimento do paradeiro de uma irmã - Bebete. A experiência de Arlene e Bebete, entretanto, não podem ser tomadas como representantes das experiências dos filhos separados. Ainda que essas trajetórias tenham pontos de similaridade, elas também se diferenciam. Desde que o Morhan passou a reivindicar uma política de reparação aos filhos separados, abrindo diferentes frentes de luta por aquele direito, diversas histórias de famílias que se reencontraram depois de décadas vieram à tona, foram impulsionadas e ganharam publicidade. Não estamos sugerindo que cada caso seria um caso, mas que é necessário estar atento a complexidade das diversas experiências.

Podemos trazer à tona o caso dos irmãos Janine e Leon, filhos de pacientes que foram isolados numa colônia no Pará, que à época ainda crianças foram levados para o Suriname por um hansenólogo que trabalhava na região e foram adotados por ele como se fossem seus filhos biológicos. Anos depois, já na adolescência, a família do hansenólogo se mudaria para a Holanda. Com a ajuda do Morhan, em abril de 2017, em torno de cinquenta anos depois da separação, Leon e Janine vieram ao Brasil pela primeira vez e se encontraram em Belém do Pará com irmãos biológicos que não conheciam e outros familiares, além de realizarem uma visita a ex-colônia paraense onde nasceram. Há

anos os irmãos vinham buscando encontrar pistas pelas redes sociais, e esse desfecho só foi possível dado que os pais adotivos guardaram informações que auxiliaram os irmãos em sua busca pela história de sua família biológica. A história de Leon e Janine é apenas mais uma entre tantos reencontros que vêm acontecendo nos últimos anos. E como veremos, a seguir, elas também têm possibilitado pessoas revisitarem o seu passado.

André, Leandro, Lilian e Viviane eram quatro de nove irmãos do interior do estado do Rio Grande do Sul. Tanto o pai quanto a mãe dos irmãos tinha vivido na ex-colônia de Itapuã, a 60 km da capital daquele estado. As diversas reportagens e reencontros emocionantes que vinham sendo publicizados pela mídia tinham despertado uma suspeita na família. Conforme os irmãos nos contariam, sua mãe tinha dado à luz a um de seus irmãos no interior da ex-colônia. Horas depois do parto, já de volta ao seu quarto, a mãe receberia a visita de alguém da enfermaria dizendo que o bebê tinha falecido.

Aquilo que intrigava os irmãos era o fato da mãe ter dito várias vezes que eles nunca deixaram ela ver o corpo do bebê e, tampouco, tinha recebido alguma certidão de óbito ou documentação sobre a morte do filho. Ao saber de histórias de reencontro, tal como aquela dos irmãos que foram levados para a Europa, eles passariam a questionar se a criança, na verdade, não poderia ter sido levada clandestinamente para adoção. Conforme Viviane, “a suspeita é que ele possa

estar vivo, porque naquela época, isso foi em setembro de 1957, era costume dar as crianças do orfanato da colônia”. Lilian também acrescentou que se lembrava de um episódio da sua infância no preventório, quando uma mulher apareceu querendo ficar com ela. Ela era muito pequena na época para se lembrar da mulher, mas tinha bem claro na sua memória quando sua mãe lhe contou sobre essa história anos depois.

A seguir, iremos tratar da experiência da política reparatória da primeira geração de atingidos pela hanseníase (aqueles que foram isolados) e de um acordo de cooperação que foi assinado entre o Morhan e uma equipe de geneticistas. Essa parceria foi estabelecida na esteira da luta do movimento por estender a reparação também para a segunda geração (os filhos separados). A proposta era realizar testes de DNA entre filhos separados e seus pais que foram internados afim de criar provas do vínculo biológico entre aqueles sujeitos e, assim, permitir que, caso a reparação fosse concedida, eles tivessem os resultados do DNA como provas do vínculo (e, portanto, da separação). Iremos realizar um paralelo com as trajetórias que acabamos de tratar e, assim, demonstrar os limites dos testes de DNA nesse contexto enquanto tecnologia de identificação. Dessa forma, buscamos avançar nosso argumento acerca da necessidade das políticas reparatórias estarem atentas à diversidade de trajetória dos sujeitos, ampliando as possibilidades de comprovação da separação.

Tecnologias do reencontro: parcerias, desafios e limites

Conforme já mencionado, há pelo menos dez anos o movimento dos atingidos pela hanseníase vêm buscando estender as políticas de reparação concedidas aos ex-internos também aos filhos que foram separados. Logo nos primeiros anos após o surgimento desse pleito político, os ativistas estavam conscientes do enorme desafio que teriam pela frente. Estava em jogo não apenas o desafio de colocar essa pauta na agenda da política nacional, mas de encontrar maneiras de comprovar o vínculo entre ex-internos e os filhos separados que não foram registrados no nome de seus pais biológicos isolados.

Após a aprovação da política de reparação em 2007, os ex-internos de colônias hospitalares se viram em meio a uma verdadeira corrida em busca de papéis. A lei 11.520/2007 que concedeu o direito à pensão mensal vitalícia ao ex-internos geraria, na prática, a obrigatoriedade de comprovação do isolamento nas ex-colônias hospitalares. Isso significava encontrar algum documento nos arquivos empoeirados de velhas instituições que indicasse que o sujeito tivesse sido internado naquela instituição. Existem hoje em torno de vinte e seis ex-colônias no país que contam com moradores da época do isolamento e que agora se transformaram em hospitais de referência em hanseníase, centro de dermatologia ou, infelizmente, estão em ruínas – entre as pautas do movimento, está a

preservação desses espaços enquanto patrimônio da história nacional.

De uma hora para outra, dezenas de hospitais espalhados por todo o país passaram a receber ofícios da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, à qual estava vinculada a comissão responsável pela análise dos pedidos de reparação, solicitando a ficha de registro e de acompanhamento de pacientes que tinham passado por aquelas instituições cinquenta, sessenta ou mesmo oitenta anos atrás. Aos poucos, ativistas dos núcleos estaduais do Morhan e ex-internos passaram a organizar e auxiliar a administração dessas instituições a buscar e separar arquivos que pudessem servir de prova no requerimento de ex-internos. Muitos pedidos levaram anos até serem aprovados, outros não tiveram a mesma sorte e foram negados por falta de provas documentais.

Os atingidos pela hanseníase e os filhos separados sabiam que uma vez aprovada uma medida indenizatória à segunda geração que sofreu com as políticas segregatórias, o Estado passaria a exigir provas da separação para a concessão daquele direito. Ou seja, eles passaram a prever que a mesma exigência realizada à primeira geração iria ocorrer com a segunda geração caso conquistassem o direito a reparação estatal. Aquele mesmo Estado que havia organizado e autorizado as separações e negligenciado centenas de crianças em nome de seu bem-estar, passaria então a exigir provas documentais –pressupondo que as antigas

colônias e os preventórios tivessem mantido arquivos bem organizados com o nome das crianças e suas origens, o que de fato não ocorreu na maioria delas. Os ex-internos sofreram com o isolamento e, em seguida, com a impossibilidade de acessarem seu direito de reparação por ausência de arquivos que pudessem comprovar a sua institucionalização.

Os ativistas sabiam que enfrentariam a rigidez de um sistema burocrático fundamentado em papéis (que talvez nunca tenham sido produzidos ou que tiveram diversos destinos). Além disso, na prática, a adoção por outras famílias representa apenas uma das razões pelas quais aqueles sujeitos não tinham documentos que comprovassem o vínculo com seus pais que foram internados. Não é difícil encontrar uma variedade de casos. Em entrevistas com diversos filhos, encontramos mais de um caso em que a criança não foi registrada no nome dos pais internados para evitar o preconceito da época de ser identificada como filhos de internos. É também comum encontrar crianças que ficaram com as mães quando os pais foram internados. Décadas atrás o registro civil não era um documento retirado logo após o nascimento. Muitas das crianças que ficaram com a mãe seriam registradas anos depois quando em face da necessidade de algum documento (como para a matrícula da escola, para alistamento militar, para conseguir trabalho e etc.). Dessa forma, aquele pai que apareceria no registro, muitas vezes não era o pai biológico, mas aquele que tinha assumido a

responsabilidade na criação; ou seja, muitos dos filhos separados foram registrados no nome dos pais de criação ou, às vezes, apenas no nome da mãe (ou no nome das mães de criação, etc.).

Também houve casos de bebês que nasceram dentro das colônias e a família conseguiu fazer um acordo com a administração da instituição para mandar a criança para os cuidados de algum familiar – há, por exemplo, uma família que relatou que teria conseguido o apoio de um guarda da ex-colônia para, na surdina, entregar a criança para um vizinho. Portanto, há famílias que conseguiram resistir ao envio das crianças para os preventórios onde eles sabiam que elas poderiam ser entregues a adoção formal ou informal – essa última, aquela adoção em que a família adotiva registra a criança como se fosse um filho biológico (apagando a história das origens das crianças, e muitas vezes impossibilitando que, no futuro, caso assim desejem, elas possam encontrar seus pais biológicos). É claro que nem sempre encontrar um lar provisório para os filhos com algum conhecido ou vizinho tenha significado estar livre de formas de violência; várias dessas crianças sofriam preconceito dentro de suas famílias de criação como “filhos de leprosos” e eram tratadas como uma visita indesejada que precisavam trabalhar dentro de casa para pagar sua estadia. Em todo caso, todos esses casos têm algo em comum: são filhos separados de pais internados durante as políticas de segregação que não possuem documentos de identificação que comprovem esse vínculo.

Em 2011, inspirados no caso das *Madres de La Plaza de Mayo* da Argentina, o Morhan assinou um acordo de cooperação com o Instituto Nacional de Genética Médica Populacional-INaGeMP.¹¹ O objetivo era produzir provas do vínculo biológico através de exames de DNA. Por um lado, o Morhan ficaria responsável por identificar e organizar a lista daqueles que não tinham documentos que comprovassem o vínculo com os pais que foram internados e interessados em realizar os testes. Por outro lado, a equipe de geneticistas do INaGeMP ficava responsável por coletar as amostras de material genético, realizar os testes de DNA e entregar os resultados aos interessados. Essa aliança ficaria conhecida como Projeto Reencontro.¹²

Entre agosto de 2011 e dezembro de 2015, a equipe de geneticistas coletou amostras de material genético de 441 indivíduos em onze estados brasileiros. Entre esses indivíduos, 63,4% tinha sido separado dos pais logo após o nascimento, sendo que a adoção informal ocorreu em 54,8% desses casos. Desse total, 15,2% das amostras foram destinadas ao chamado “banco”. Isso significa dizer que os outros 84,8% eram casos em que os indivíduos que procuraram o Projeto Reencontro junto com a mãe, pai ou irmão com quem iriam fazer o teste de DNA. Ou seja, eram casos em que suspeitavam do vínculo e queriam testar ou casos em que o contato havia sido mantido, mas os sujeitos não tinham provas documentais do vínculo biológico.¹³

Podemos retomar os casos que vimos

anteriormente para entender melhor essa questão. Por exemplo, Dona Arlene (aquela que ficou no preventório com os irmãos e retornou à casa de sua mãe após ameaçar uma fuga), não faz parte dos mais de quatrocentos indivíduos que compõe o projeto. Ela tinha o registro no nome dos pais biológicos e, portanto, caso venha a requerer uma indenização ao Estado, poderia utilizar tais documentos como prova do vínculo. De forma bem diferente, temos o caso de Leon e Janine (os irmãos que foram enviadas à Europa e registrados como filhos biológicos dos pais adotivos). Nesse caso, os pais adotivos não tinham apagado o passado das crianças, mas guardaram os documentos e informações que auxiliaram os irmãos a encontrar sua família biológica cinquenta anos depois. Portanto, ainda que os irmãos não tenham sido registrados pelos pais biológicos, possuem outros documentos que poderiam servir na comprovação da separação. Já o caso que vimos dos quatro irmãos do Rio Grande do Sul é bem diferente. Eles fazem parte daqueles 15,2% que estão no “banco”. Ou seja, o material genético de um dos irmãos foi armazenado pela equipe de geneticistas e poderá ser utilizado se algum dia eles encontrarem algum suspeito de ser aquele irmão dado como morto décadas atrás. Uma das tarefas do Morhan é auxiliar nesses casos, mas é preciso ter em mente que os membros do Morhan são ativistas voluntários e que não se trata de nenhuma organização especializada em encontrar desaparecidos. Eles trabalham com a esperança de fazer justiça, mas também sabem que aquilo que buscam pode vir a ser uma agulha no palheiro.

Por último, temos a história de Bebete (aquela que ficou no preventório até os dezoito anos, enquanto a irmã foi adotada e o irmão fugiu). Nesse caso, sabemos que ela não possui o registro no nome dos pais biológicos internados e que ela havia mantido contato com a família da irmã. Ela poderia buscar algum registro no preventório aonde esteve internada, no entanto, caso eles existam, nunca foram divulgados pelas organizações que tomam conta desses arquivos. Outra possibilidade na busca por documentação seria comprovar o parentesco biológico com seus pais isolados através da família da irmã (ou seja, um teste de DNA para verificar uma relação do tipo tia-sobrinhos, algo que a equipe de geneticistas também já vinha realizando em outros casos). Entretanto, isso apenas seria possível caso a família da irmã de Bebete tenha guardado alguma prova das origens familiares do bebê adotado. Em caso positivo, ela poderia realizar um teste de DNA com os sobrinhos e, através daquele resultado, estabelecer uma probabilidade de parentesco com a irmã, criando, portanto, uma prova da filiação. Ainda que seja possível que a família da irmã de Bebete tenha registros documentais das origens do bebê adotado, tal como no caso dos irmãos europeus, Bebete teria que enfrentar um obstáculo que parece ainda mais complexo. A entrevista realizada com ela aconteceu em um dos eventos do Projeto Reencontro quando ela nos procurou e de forma desesperada contou que a família da irmã jamais iria concordar em realizar os testes de DNA; como falou, aqueles que ela chamava

de sobrinhos não lhe reconheciam como tia.

Os exames de DNA entraram como grande aliado desse movimento, no entanto as relações de parentesco, as complexidades das relações sociais e as suas dinâmicas colocam limites bem demarcados a essa tecnologia de identificação. O caso de Bebete nos auxilia a perceber essa questão. Além disso, os testes de DNA atuam na produção de dados sobre vínculos biológicos entre os indivíduos e, tal como se sabe, relações de parentesco não se fundamentam em relações biológicas (ainda que se complementem). Isso significa dizer, por exemplo, que há um limite bem claro na atuação dos exames quando o filho que foi separado dos pais no momento do isolamento em ex-colônia tinha sido originalmente adotado. Ou seja, os testes de DNA serão incapazes de comprovar o parentesco entre aqueles filhos que foram, sim, separados de seus pais pelas políticas de internação (mas que não eram filhos biológicos, mas de criação). Entre os ativistas que lutam pela causa dos filhos separados, existe o caso de um filho que foi separado dos seus pais adotivos. Portanto, não podemos perder de vista que essa tecnologia de identificação possui seus limites e que as experiências são múltiplas e complexas.

Conclusão: Reparar o passado também é modificar o presente

Os atingidos pela hanseníase estão buscando todas as ferramentas que possam lhes auxiliar na busca por justiça. Aquilo que deveríamos nos

questionar é a responsabilidade do Estado pelas separações, como também pelas diversas maneiras com que atuou apagando a história daquelas crianças e, muitas vezes, impedindo que possam identificar suas famílias biológicas. Acreditamos que a reflexão acerca das consequências daquela política autoritária de separação nos auxilia a imaginar e desenvolver futuras políticas fundamentadas nos direitos humanos, incluindo o direito ao conhecimento de suas origens.

Quando colocamos a experiência dos Filhos Separados lado a lado com as atuais políticas de adoção compulsória de filhos de dependentes químicos no Brasil, podemos questionar: quais são as formas de discriminação, de relações de poder, de hierarquias de classe, raça e de etnia que estão atualmente informando a organização e gestão desse modelo? Conforme apontam pesquisadores, a atual campanha de separação compulsória de mães em situação de vulnerabilidade, como por exemplo as usuárias de drogas ou em situação de rua, de seus filhos, caminha na contramão daquilo que deveríamos ter subtraído da experiência passada de violações dos direitos humanos.¹⁴

Não se trata de cruzar os braços aos usuários de drogas e aos seus filhos, mas de repensar a forma com a qual lidamos com essa questão, fitando em específico as desigualdades e violações de direitos que operam no interior do modelo atualmente empregado. A guarda do Estado jamais demonstrou ser melhor do que a mão da família e, muitas vezes, o discurso do

bem-estar das crianças que são arrancadas de seus pais responde antes de mais nada a noções de hierarquias e categorias exteriores de cuidado e proteção. Podemos nos questionar: até que ponto essa intervenção não está respondendo a anseios sociais baseados em formas de discriminação e, nessa esteira, se torna capaz de encontrar qualquer razão para julgar aquelas mães e pais como incapazes de criar os próprios filhos? A política de separação atua como criminalização dos sujeitos, na medida em que lhes captura os filhos, bem como impede a possibilidade de um reencontro. Poderíamos levantar a seguinte questão: por que uma política aos usuários de crack, que também esteja direcionada aos seus filhos, não poderia ser pensada em termos de reabilitação e reencontro/retorno? Quem está ganhando com a separação irreversível entre mãe e filhos? Tampouco podemos esquecer que essa política tem como um de seus efeitos, ou como uma de suas bases, a criminalização das classes populares na medida em que as mães dependentes que nascem em clínicas privadas não estariam sujeitas a captura de suas crianças da mesma maneira.

Ao que tudo indica, há uma ausência de criatividade na formulação de políticas públicas; como se as velhas hierarquias e os velhos modelos nunca tivessem realmente sido *velhos*, já que permanecem presentes, atualizados no cotidiano dos sujeitos de diferentes formas. Por um lado, o Estado implementaria uma reparação aos sujeitos pelas políticas de isolamento do passado e o seu modelo

autoritário e contrário aos direitos humanos básicos. De outro lado, esse mesmo Estado efetivaria uma política que se fundamenta em concepções autoritárias, contrárias a todos os princípios de justiça social e bem-estar.

Será que não existem outras experiências, de outros momentos ou de outros lugares, em torno dos usuários de drogas que possam nos

tirar desse modelo e nos levar em direção a um futuro menos violento e onde os sujeitos possam gozar de seus direitos básicos de cidadania? Ou, tal como sugeriram duas antropólogas vinte anos atrás acerca dos direitos humanos, optaremos em seguir vivendo em um mundo onde uns são mais humanos do que outros?¹⁵ Precisamos começar a realizar novas escolhas, escolhas novas.

Notas

ⁱ Naquele momento, essa doença era conhecida como lepra. Em maio de 1976, através da Portaria nº165, o Ministério da Saúde tornou oficial a nova terminologia, substituindo o termo lepra e seus derivados pelo termo hanseníase e seus derivados. O novo termo, uma homenagem a Armauer Hansen, médico ao qual se atribui o descobrimento do bacilo *Mycobacterium leprae*, tem sido adotado em diferentes países e no Brasil é visto como uma das principais estratégias na luta contra o estigma associado ao termo anterior. Em 1995, o Congresso Nacional transformou aquela portaria na lei nº 9.010 proibindo definitivamente o termo lepra no Brasil.

ⁱⁱ Afim de preservar a identidade dos sujeitos, todos os nomes foram modificados.

Referências

¹Pandya S. The first international leprosy conferency, Berlin, 1897: the politics of segregation. *Hist ciênc saúde-Manguinhos*.2003;10 (1): 161-177.

²Gussow Z. *Leprosy, Racism and Public Health: Social Policy in Chronic Disease Control*. Boulder: Westview Press, 1989.

³Resenha de: Obregón-Torres D. Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciência en Colômbia. *Medellín: Fondo Editorial*, 2012. 19(3): 815-84.

⁴Cruz A. O Hospital-Colônia Rovisco Pais: a última leprosaria portuguesa e os universos contingentes da experiência e da memória. *Hist ciênc saúde-Manguinhos*. 2009; 16 (2): 407-431.

⁵Curi L. *Excluir, isolar e conviver: um estudo sobre a lepra e a hanseníase no Brasil*. [Tese] Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

⁶Maricato, G. *Atingidos pela hanseníase, reparados pelo Estado: as múltiplas histórias performadas da lei 11.520/2007*. [Dissertação] Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.

⁷Projeto de Lei nº 2.962, de 2011. Altera a Lei nº 11.520 de 18 de setembro de 2007, para conceder pensão especial aos filhos separados dos genitores atingidos pela hanseníase, isolados e internados compulsoriamente.

⁸Schuch P. A vida social ativa da ética na antropologia. *Ver Bras Informação Bibliográfica Ciências Sociais*. 2011; 71:5-24.

⁹Víctora C. Ética de pesquisa em equipe multidisciplinar. In: Víctora C, Oliven R, Maciel M, Oro A. *Antropologia e ética: o debate atual no Brasil*. Niteroi: Editora da Universidade Federal Fluminense; 2004. P. 83–88.

¹⁰Fonseca C, Maricato G. Criando comunidade: emoção, reconhecimento e depoimentos de sofrimento. *Interseções*. 2013; 15: 252-274.

¹¹Penchaszadeh V, Schuler-Faccini L. Genetics and human rights. Two histories: Restoring genetic identity after forced disappearance and identity suppression in Argentina and after compulsory isolation for leprosy in Brazil. *Genetics Molecular Biology* 2014; 37 (1): 299-304.

¹²Fonseca C, Biondi F, Maricato G, Schuler-Faccini L. Project Reencontro: ethical aspects of genetic identification in families separated by the compulsory isolation of leprosy patients in Brazil. *Journal Community Genetics*. 2015; 6:215-222.

¹³Biondi F. Projeto Reencontro: identificação genética em famílias separadas pelo isolamento compulsório da hanseníase no Brasil. Porto Alegre. [Tese] Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.

¹⁴Flores T. Hanseníase e crack; controvérsias da internação compulsória no Brasil. *Anais do 6º Abramd, 2007*; Minas Gerais, Brasil.

¹⁵Fonseca C, Cardarello A. Direitos dos mais e menos humanos. *Horizontes Antropológicos*. 1999; 5(10): 83-121.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n1supl169-189>**De quem é este bebê?¹: Movimento social de proteção do direito de mães e bebês juntos, com vida digna!****Whose baby is this?: Social movement to protect rights of mothers and babies together, with worthy life!****Clara Karmaluk**

Comunicóloga, doula do ISHTAR-BH, ativista da Parto do Princípio.

E-mail: claralak@gmail.com

Sônia Lansky

Pediatra, doutora em epidemiologia/saúde pública - UFMG.

E-mail: sonialansky@gmail.com

Márcia Parizzi

Médica pediatra, doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pela Faculdade de Medicina UFMG, Ex-Coordenadora de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente da SMSA-BH.

E-mail: marciaparizzi@gmail.com

Gláucia Batista

Assistente Social, mestre em Ciências da Saúde, Conselheira Estadual de Saúde.
Email: glaucliafb@yahoo.com.br

Egídia Almeida

Advogada, mestre em Direito Constitucional pela UFMG. Membro do Programa Pólos de Cidadania – Faculdade de Direito da UFMG.

E-mail: egidhu@gmail.com

André Luiz Freitas Dias

Psicólogo, doutor em Ciências, professor e Coordenador do Programa Polos de Cidadania da UFMG.

E-mail: alfreitasdiasufmg@gmail.com

Cláudia Natividade

Psicóloga, doutora em Análise de Discurso, professora de Psicologia das Faculdades Ciências Médicas e Fead. Conselheira do CRP-MG.

E-mail: claudianati@hotmail.com

Bruno Pedralva Gomes

Médico de família e comunidade, preceptor do PRM em MFC do Hospital Metropolitano Odilon Behrens, Presidente do Conselho Municipal de Saúde de BH.

Email: bpedralva@gmail.com

Resumo

Em Belo Horizonte (BH) filhos de mães, na maioria negras e pobres, com histórico de uso de álcool e outras drogas, trajetória de rua ou sofrimento mental, estão sendo separados de suas mães, ainda na maternidade. Os profissionais de saúde, pressionados pelas recomendações 5 e 6 de 2014 da 23ª Promotoria de Justiça da Infância e Juventude Cível de BH passaram a avaliar a aptidão/inaptidão da mãe para o cuidado com o filho na internação. As mães se viram obrigadas

a provar sua inocência e capacidade de cuidar do filho, em um contexto no qual seu passado pesa desproporcionalmente sobre sua possibilidade de futuro. O movimento “*De quem é este bebê?*” trouxe visibilidade e concretizou ações de enfrentamento às situações de violação de direitos de mães, bebês e famílias, tendo em vista o aumento expressivo do número de recém-nascidos retidos nas maternidades e de bebês abrigados em BH e, segundo a Defensoria Pública de MG,

aceleração dos processos de adoção. Este movimento envolve atores de diversas entidades e práticas de cidadania, comprometidos com a defesa dos direitos das populações em situação de vulnerabilidade e defesa da ética profissional em saúde. O movimento desvela ações de abuso de poder de autoridade do judiciário por meio de intervenções higienistas como exemplo contemporâneo do biopoder em detrimento dos direitos plenos de cidadania. Atua em defesa dos direitos da mulher à maternidade segura, com assistência digna e livre de qualquer discriminação, do direito das crianças ao nascimento respeitoso, do incentivo à convivência familiar e contra o abrigo compulsório antes de esgotadas todas as possibilidades e deveres do Estado de proteção social e de cuidado em saúde.

Palavras-chave: Adoção; Violência contra a Mulher; Gênero e Saúde; Violações dos Direitos Humanos; Gestantes

Abstract

: In Belo Horizonte (BH) children of social excluded mothers, mostly black and poor, history of alcohol and other drugs use, street living trajectory or mental suffering, are being separated from their mothers, right after birth, still in the maternity ward. Health professionals, under pressure from the 5th

and 6th recommendations 2014 of the 23rd Public Prosecutor's Office for Children and Youth, began to evaluate the aptitude or inability of the mothers to care for the child within in the maternity hospital. Mothers have been forced to prove their innocence and ability to care for their child, in a context in which their past weighs disproportionately on their future possibility. The movement "Whose baby is this?" Brings visibility and concrete actions to face situations of violation of the rights of mothers, babies and families to stay together, according to the significant increase in number of newborns retained in maternity wards and babies sheltered in BH and, as publicized by the Public Defenders of MG, acceleration of the adoption processes. This movement involves actors from various entities and citizens, committed to defend the rights of vulnerable populations and defend professional ethics in health. The movement uncovers actions of abuse of power of judicial authority through hygienic health interventions as a contemporary example of biopower, to the detriment of full citizenship rights. It acts in defense of the rights of women to safe motherhood, with dignity and respectful care, free from any kind of discrimination, the right of children to respectful birth, encouragement of family coexistence and against compulsory shelter before achieving all possibilities and duties of social protection by the State.

Keywords: Adoption; Violence against women; gender and health; Human Right Violation; Pregnancy

Introdução

Na história da humanidade o afastamento de mães e bebês é recorrente como expressão da discriminação de gênero, racial, da perseguição política e do moralismo. O movimento higienista na história da saúde pública incorreu nesta arbitrariedade e discriminação em diversas situações, separando familiares e cometendo injustiças. Exemplos ocorreram com a retirada de filhos de pessoas com

hanseníase, tuberculose e sofrimento mental. Como contraponto, a Constituição de 1988 e o Sistema Único de Saúde (SUS) marcam a história brasileira com os princípios da universalidade, igualdade e equidade como direitos de cidadania, com a humanização da assistência à saúde e o reconhecimento dos sujeitos de direitos e os deveres do Estado de proteção social. Esse referencial deve reger as

práticas de cuidado com as pessoas, em especial o cuidado em saúde.

Em Belo Horizonte (BH) a atuação higienista promovida pelo Estado tem ocorrido com uma nova faceta: filhos de mulheres, na sua maioria negras, pobres, com histórico de uso de álcool ou outras drogas ou sofrimento mental estão sendo separados de suas mães, ainda na maternidade, na rede do SUS. Isto vem acontecendo, sobretudo, após as Recomendações 05 e 06 de 2014^{2,3} da 23ª Promotoria de Justiça da Infância e Juventude Cível de BH e, posteriormente, da Portaria 03 da Vara Cível da Infância e Juventude de Belo Horizonte (VCIJBH) de 25 de julho de 2016.⁴ As Recomendações da promotoria foram dirigidas, respectivamente, aos profissionais das maternidades e dos centros de saúde da rede SUS-BH, para que notificassem à VCIJBH todas as mulheres gestantes ou puérperas usuárias de drogas atendidas nestes serviços de saúde. A Portaria de 2016, que substituiu as referidas Recomendações, determinou a comunicação à VCIJBH de situação de “grave risco” dos genitores e/ou recém-nascido, inclusive a dependência química ou trajetória de rua, em 48 horas, pelo profissional de saúde da maternidade. Este artigo relata a experiência do movimento “*De quem é este bebê?*”, criado em BH em 2014, para dar visibilidade e concretizar ações de enfrentamento aos fluxos instituídos tanto pelas Recomendações 05 e 06^{2,3} quanto pela Portaria 03/VCIJBH/2016.⁴ Esta Portaria foi suspensa em agosto de 2017 como resultado da pressão deste movimento. Está em curso

uma proposta de minuta de outra Portaria para sua substituição⁵, que tem sido também amplamente questionada. Persiste o debate e controvérsias sobre as suas consequências e, sobretudo, persistem os abrigamentos compulsórios e questionáveis.

O movimento “*De quem é este bebê?*”¹ é uma resposta de resistência a estas normatizações que resultaram em graves violações dos direitos das pessoas e interferência no trabalho em saúde. Desde 2014 houve aumento expressivo dos casos de separação de mães e bebês por judicialização com a retenção dos bebês nas maternidades pelos serviços social e psicologia, tornando-os impedidos de saírem com sua família apesar da alta clínica ou alta médica. Os profissionais de saúde das maternidades, pressionados pelas recomendações e pela portaria, passaram a julgar a “aptidão” da mãe para o cuidado com o filho. A mãe, por sua vez, é obrigada a provar a sua inocência e sua capacidade de cuidar do filho, em um contexto no qual seu passado pesa desproporcionalmente sobre a sua possibilidade de futuro.

Segundo relatos das mulheres, neste momento de maior fragilidade física e emocional do pós-parto, elas passaram a ter que sair da maternidade em busca de documentações diversas, laudos e consultas para comprovar o contraditório. Sentiram-se desamparadas e sem defesa. Viveram situações de ameaças, culpabilização e humilhação, com prejuízo da vinculação com

seu filho e do aleitamento materno devido ao afastamento do contato com seus recém-nascidos. Ao invés de se beneficiarem da presunção de inocência, essas mulheres têm sido sumariamente julgadas e condenadas, sem cometer nenhum crime. Frequentemente são convidadas a se retirar das maternidades enquanto seus bebês ficam retidos.

A maternidade, por meio do serviço social e psicologia, encaminha para a Vara da Infância relatórios frágeis e com análise superficial sobre a situação da mulher para embasar as decisões de abrigamento e suspensão do poder familiar, elaboradas em curto tempo de conhecimento sobre a sua complexa história e realidade de vida, culminando com o encaminhamento do bebê para uma instituição de acolhimento.

Nesse processo, leitos que deveriam se destinar aos bebês com demandas clínicas e necessidade de acompanhamento hospitalar são utilizados para retenção de bebês clinicamente saudáveis, mas afastados de suas mães para aguardar decisão judicial e a liberação de vaga em instituição de acolhimento, os abrigos. Muitas vezes até mesmo leitos em unidades de cuidado intensivo são ocupados por bebês saudáveis e esses são privados dos direitos a acompanhante e cuidados maternos e da família, como assegurado pelo Estatuto da Criança de 1990.⁶

Sabe-se que a vinculação de mãe e filho nos

primeiros dias e meses pós-nascimento, o afeto e o aleitamento materno são de extrema importância para esse novo cidadão em formação. Não há evidência que justifique a separação protocolar de mãe e bebê, assim como o impedimento ao aleitamento materno, mesmo em caso de uso de medicamentos ou outras substâncias. Cada caso deve ser avaliado em sua particularidade e contexto com a construção de um projeto terapêutico específico.

Uma vez abrigados, os bebês também são privados do aleitamento, já que as visitas maternas nas instituições de acolhimento se limitam a poucas horas semanais, o que interfere de maneira definitiva na amamentação, no vínculo, com perdas nutricionais e emocionais para o bebê e para a mãe. Não raro, as visitas são proibidas, mesmo sem ordem judicial, acarretando uma separação por meses e, em muitos casos, para sempre. Os danos às mães e aos bebês são irreparáveis. Além da dor imensa infligida a essas mulheres, essas situações de ameaça e separação familiar criam indivíduos desconectados de suas histórias de nascimento. Crianças institucionalizadas em vez de pertencentes à sua família, seja ela nuclear ou extensa, podem crescer com uma narrativa distorcida de abandono e negação do seu direito de convivência familiar e comunitária.

Estas normativas representaram a institucionalização da discriminação da pobreza e foram direcionadas apenas para as

maternidades públicas e para Atenção Primária em Saúde do SUS-BH, explicitando a discriminação de classe e raça/cor/etnia, já que os serviços ambulatoriais ou maternidades, de caráter privados, não sofreram a pressão dessa determinação e as mulheres das classes sociais privilegiadas não foram questionadas ou atingidas.

A construção da resistência – o movimento social como testemunho e história viva da proteção de direitos de mães e bebês.

Segundo relatos de diversas fontes na cidade, incluindo a Secretaria Municipal de Políticas Sociais, houve incremento importante do número de abrigamentos a partir de 2014, especialmente após as recomendações da Promotoria e portaria do Judiciário, assim como a aceleração do processo de adoção.^{7,8} Diante dessa situação, qual foi a reação da sociedade civil ao abuso da ação judicial? Qual foi a reação da sociedade quando os relatos dessas mães surgiram na cidade? Quando surgiram narrativas de mulheres vulnerabilizadas que sequer tiveram o seu direito de defesa? Que mobilização pode surgir quando a judicialização das situações de grave vulnerabilidade e violações de direitos humanos de grupos específicos e habitualmente excluídos interferem nas políticas de saúde e têm implicações éticas graves para os trabalhadores em saúde do município?

A separação de bebês de suas famílias traz inúmeros efeitos deletérios sobre esses sujeitos, com sofrimentos e adoecimentos

desnecessários e injustos, incluindo reinternações e até mortes de bebês em abrigos. Como ignorar, como não se comover com o estado de desespero das mulheres na expectativa da chegada de um bebê e com a volta para casa de mãos vazias? O testemunho em tempo real de abrigamentos injustos e em número crescente de crianças gerou conflitos com os propósitos da atuação ética dos profissionais de saúde e mobilizou mulheres e homens indignados, que iniciaram em Belo Horizonte o movimento “*De quem é este bebê?*”¹ Este reúne pessoas que atuam na defesa e apoio às “mães órfãs”: mulheres em situação de vulnerabilidade que perderam seus bebês, tentaram e tentam exercer o seu direito à maternidade. O movimento entende que cumprir as determinações judiciais, ignorando a situação peculiar de extrema vulnerabilidade e excepcionalidade dessas mães é ferir os códigos de ética profissional e a diretriz democrática dos princípios norteadores do SUS. A *universalidade* garante o direito à saúde a todos os brasileiros, sem discriminação. A *integralidade* garante ações contínuas no sentido da promoção, da proteção, da cura e da reabilitação da saúde. A *equidade* trata da prioridade de grupos sociais mais vulneráveis ao cuidado em saúde. O movimento “*De quem é este bebê?*” respalda o dever do trabalhador da saúde de priorizar a assistência integral para as mulheres de modo a aproximá-las e não afastá-las dos serviços de saúde. E foi com o compromisso com a prática assistencial em saúde que esses trabalhadores começaram a questionar as normativas e se organizaram em

rede para evitar a separação injusta de mães e bebês. As pessoas envolvidas com esse movimento defendem que a situação de separação de mãe e bebê deve ser considerada uma excepcionalidade, cabível somente nos casos de real necessidade, após esgotadas todas as possibilidades de apoio e proteção à maternidade, à infância, à cidadania das famílias. Cada caso deve ser avaliado de forma particular, individual, consideradas as peculiaridades de cada situação, as demandas reais de tratamento identificados a partir da escuta cuidadosa da mulher. O atendimento, o cuidado e a atenção devem ser feitos em rede e de forma interdisciplinar e intersetorial, tendo em vista a condição de vulnerabilidade socioeconômica de, praticamente, a totalidade dos casos.

Conflitos de interesse foram desvelados nesta complexa situação. Segundo a Defensoria Pública de MG, há um fator agravante com a avaliação das famílias das crianças abrigadas pela mesma equipe técnica que avalia e acompanha as famílias que buscam a adoção. Dessa forma, estes técnicos sofrem forte influência e talvez a ilusão de que as possibilidades econômico-sociais que estas crianças teriam, se inseridas em famílias de maior poder aquisitivo, poderiam resultar em maior felicidade. Outro conflito de interesse ressaltado pelas entidades que compõem o movimento é o financiamento das instituições de acolhimento de bebês conveniadas ao poder público municipal, que recebem remuneração mensal de valores em torno de R\$3.000,00 *per*

capita. Pergunta-se: por que esses recursos não são utilizados em políticas públicas para dar suporte às famílias em situação de vulnerabilidade para a melhoria da sua condição de vida, vinculação e cuidados necessários a essas crianças e suas mães? Todo o investimento deveria priorizar a prevenção da separação de bebês do convívio familiar e comunitário, e não promover o abrigamento das crianças como solução para a sua situação de vulnerabilidade. Aparentemente resolve-se o problema da criança e abandona-se a mulher e a família à própria sorte.

A ação da Defensoria Pública de MG foi contundente. Alertava a ocorrência de abrigamentos desnecessários nas maternidades sem a escuta e a defesa apropriada da mãe e da família pela Defensoria, que só era acionada, em média, três meses após o acolhimento da criança. Várias discussões foram realizadas com as maternidades, profissionais de saúde e entidades, entre elas o Conselho Regional de Psicologia, Conselho Regional de Assistência Social, Conselho Municipal de Saúde, Conselho Estadual de Saúde da Mulher e Defensoria Pública, que exaustivamente divulgava o direito dessas mulheres de serem defendidas.

A primeira resposta institucional às recomendações da Promotoria da Infância foi o Ofício nº 76/2014 da Comissão Perinatal da SMSA⁹ dirigido a todas as maternidades e profissionais da cidade, com encaminhamentos consensuados por diversas entidades, inclusive

da Defensoria Pública da Infância de MG. Orientava que as maternidades mantivessem a articulação com a rede de atenção no território da família, Centros de Saúde e de Assistência Social, responsáveis pela continuidade do cuidado integral à saúde da mulher e da criança após o parto e garantia de proteção social (renda, educação, moradia, alimentação) às mulheres e suas famílias. Destacava que não é função da maternidade avaliar e definir sobre a situação de vida e capacidade de cuidados da mulher com a criança.

Os Conselhos de Direitos e o Conselho Municipal de Saúde se apropriaram do problema, questionaram as Recomendações da Promotoria e a possível violação de direitos dessas mulheres e crianças com a ruptura da vinculação mãe-bebê e família. Um manifesto fundamentado na Constituição Federal de 1988, no ECA⁶, na Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, nos códigos de ética profissional e no Programa Nacional de Direitos Humanos¹⁰ foi organizado pelo Conselho Estadual da Mulher e assinado por 29 entidades, solicitando a imediata suspensão das Recomendações, desvelando e repudiando a violência institucional sofrida por essas mulheres e seus filhos.¹¹

Além de cidadãos mobilizados, em especial profissionais da área da saúde e do direito, cerca de trinta entidades e representantes da sociedade se agregaram ao movimento “*De quem é este bebê?*”: Centro de Defesa da Criança e do Adolescente de Minas Gerais;

Centro Nacional de Defesa de Direitos Humanos da População em Situação de Rua; Catadores de Material Reciclável; Conselho Estadual de Saúde; Conselho Estadual da Mulher; Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte; Conselho Regional de Psicologia; Conselho Regional de Serviço Social; Defensoria Especializada em Direitos Humanos Socioambientais e Coletivos; Defensoria da Infância e Adolescência Cível de Minas Gerais; Fórum de Mulheres do Mercosul; Fórum de População de Rua; Fórum Mineiro de Direitos Humanos; Fórum Mineiro de Saúde Mental; Frente de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente; Frente de Defesa do SUS; Marcha Mundial de Mulheres; Movimento do Graal; Oficina de Imagens; Pastoral da Criança; Pastoral do Menor; Polos de Cidadania UFMG; Rede Feminista de Saúde; Sindicato dos Jornalistas; Sindicato dos Psicólogos; Vereadora Áurea Carolina; Vereador Gilson Reis; Vereador Pedro Patrus.

O movimento tomou proporções em âmbito nacional. Contribuiu para a divulgação dos fatos ocorridos em BH, para a produção de estratégias de mobilização potente para além do município. Em dezembro de 2014 foi a BH uma comitiva oficial com representantes das Coordenações Nacionais de Saúde da Mulher e da Saúde da Criança do Ministério da Saúde, da Secretaria Nacional de Direitos Humanos e do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) para avaliar a gravidade da situação.

Neste mesmo ano foi realizada a primeira

audiência pública sobre o tema na Assembleia Legislativa de Minas Gerais, como resultado da pressão social. No dia 19 de dezembro de 2014 as Defensorias Públicas da União e do Estado divulgaram a Recomendação Conjunta Nº 01/2014/ODHTCMG/DPDH/DPIJC, contestando os argumentos das Recomendações da Promotoria Pública com um arcabouço jurídico e reafirmando a necessidade de atendimento em rede e da manutenção dos fluxos já pactuados nas políticas públicas.¹²

O tema foi amplamente debatido na imprensa local, mas a abordagem de forma geral reforçava o viés preconceituoso da sociedade, onde bebês foram chamados, em diversas reportagens, como órfãos ou filhos “do crack”.^{7,8,13} Essas mães e seus filhos sofreram violações contra sua dignidade, suas imagens e perspectivas de futuro expressas em textos preconceituosos que não reconheciam sua história de vida de exclusão e de violência.

Por um lado, um levantamento do jornal local Estado de Minas, em 2014, noventa dias após as Recomendações do Ministério Público, apontou que seriam necessários três novos abrigos na cidade pelo recente volume de abrigamentos de crianças.¹³ Por outro, aconteciam denúncias de processos de adoção facilitados, assim como relatos de que as mães não recebiam informação sobre seu direito ao apoio jurídico da Defensoria Pública para garantia de sua defesa.^{7,8} A versão oficial da 23ª Promotoria de Justiça da Infância e Juventude

era de que os abrigamentos, as adoções e falta de encaminhamento para a Defensoria Pública ocorriam apenas em casos extremos.^{7,8,13} Os números diziam o contrário e os movimentos sociais marcaram o fenômeno como uma cena de violação de direitos com abrigamentos compulsórios. Denúncias públicas em audiências na Câmara Municipal e na Assembleia Legislativa colocaram a preocupação sobre redes ilegais de adoção ou até mesmo de tráfico de bebês.

Em janeiro de 2015, o Conselho Municipal de Saúde de BH, no exercício legítimo da participação popular na política de saúde do SUS-BH, e baseado no parecer da Câmara Técnica de Saneamento e Políticas Intersetoriais N.º 151/2014,¹⁴ se posicionou sobre o tema por meio da Resolução nº 377/15¹⁵ orientando “que a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) não atendessem às Recomendações 05 e 06/2014.”¹⁵

Ainda que sob forte pressão e influência da Promotoria da Infância e da Juventude, o Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente de Belo Horizonte emite a Deliberação nº111¹⁶ em fevereiro de 2015 que reforça e aplicação da medida de acolhimento institucional em caráter excepcional e o direito à convivência familiar e comunitária, de forma a evitar a aplicação compulsória e indiscriminada da medida de institucionalização.

O movimento ganhou maior apoio institucional com a publicação da Nota Técnica Conjunta das

Secretarias de Atenção à Saúde (SAS) e Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP)¹⁷ do Ministério da Saúde em setembro de 2015, contendo diretrizes para o fluxo de atenção às mulheres e famílias em condição de vulnerabilidade, respeitando seus direitos de proteção social.

A pressão do judiciário se manteve e o MP-MG moveu Ação Civil Pública contra a Secretaria Municipal de Saúde de-BH, pressionando para implementar a comunicação ao Juizado da Infância e da Juventude e ao Conselho Tutelar sobre todas as gestantes em situação de risco e, ainda, a disponibilização de leitos para as gestantes usuárias de drogas e álcool, para internação, inclusive de forma compulsória, nas redes pública ou privada. A SMSA-BH ganhou esta ação em segunda instância, assegurando assim a prerrogativa do executivo de se estabelecer os fluxos e diretrizes assistenciais da saúde, atendendo aos preceitos legais constitucionais da saúde e protegendo a ética profissional.

Assim, o movimento *“De quem é este bebê?”* adquiriu força jurídica e institucional e agregou entidades com atuação em direitos humanos, formando grupos de trabalho específicos para aprofundamento nas questões jurídicas e na mobilização social. Neste momento se expandiram as ações com atuação nas ruas para sensibilização da sociedade para o problema e houve participação do movimento em diversas deliberações, moções e pareceres de proteção aos direitos das mulheres e bebês junto à

Defensoria Pública, em Audiências Públicas na Câmara Municipal de BH¹⁸ e na Assembleia Legislativa de MG.¹⁹

A mobilização surtiu efeito com maior articulação da rede para atuação integrada e mais efetiva desde o pré-natal, maternidades e cuidado após o parto, assim diminuindo os abrigamento em 2016. Entretanto, em decorrência da Portaria 3 VCIJBH/2016, o cenário recrudescceu e as comunicações à Vara da Infância e abrigamentos pelas maternidades públicas aumentaram, muitas vezes antes mesmo de acionadas as ações de apoio psicossocial e intersectorial às mulheres e sua família. Muitas mães e bebês foram condenados à separação arbitrária e “preventiva” sem haver a comprovação da violação de direitos. A fila de espera nos abrigos se tornou ainda maior e, segundo relatos das próprias mães, estas eram impedidas de sair da maternidade com seus filhos, mesmo com a alta médica. Aumentaram os relatos de mulheres que praticamente fugiram das maternidades com seus filhos e diversas mulheres que não buscaram atendimento pré-natal nos Centros de Saúde ou deixaram a cidade para ter seus filhos, por receio de perderem seus bebês.

Este afastamento protocolar do bebê de sua mãe, pela simples identificação de uso de drogas pela mãe evidencia uma situação perversa na qual o diagnóstico “drogada” é justificativa para punir a mulher com a retirada do seu filho e negativa de oferta de cuidados ou

atenção necessários diante dos desafios da vida. Conforme ressaltado por Canguilhem, Foucault e Feuerwerker^{20,21,22} “essa qualificação como normal e patológico é sempre uma imposição de uns sobre outros, pois modos de existências tomados como anormais sempre são produtos da construção de relações de poder, entre distintos poderosos.”^{20:45} Mulheres que organizam suas vidas com lógicas distintas das majoritárias são rotuladas como diferentes e, em nome disso, são desqualificadas para a maternidade e impõem restrição à sua liberdade.

O abuso de autoridade se apresenta também de outras maneiras como, por exemplo, com o bloqueio do acesso à informação oficial sobre o número de abrigo de bebês. Os dados levantados pela imprensa divergem. Em 2017 a Agência Pública reportou os números de bebês menores de um ano abrigados em Belo Horizonte utilizando como fonte o Conselho Nacional de Justiça e a Secretaria de Assistência Social de Belo Horizonte: 174 *versus* 74 (2014); 115 *versus* 128 (2015); 100 *versus* 118 (2016); 39 *versus* 23 (2017). De qualquer forma, apontaram, portanto, pelo menos cerca de 300 crianças nesta situação em BH.²³

Outra forte expressão de abuso de autoridade, discriminação e violação de direitos na perspectiva das mulheres é a recorrente sonegação de informação sobre os direitos de defesa das mulheres pela Defensoria Pública, que não era indicada para as mulheres que têm seus filhos abrigados, prejudicando o processo

de manutenção do poder familiar. Há inclusive relatos de mães que foram orientadas a não buscarem recuperar a guarda de seus filhos. Outras muitas tiveram que sair da maternidade sem o seu filho, em busca de documentos e laudos oficiais para comprovar a sua capacidade de cuidar do filho, ainda durante o puerpério, período sensível física e psicologicamente. Além de todo este sofrimento, ainda tiveram seu direito de amamentar negado.

A separação é também prejudicial para as mulheres mais vulneráveis ou que estejam em recuperação da dependência química. Elas frequentemente usam as drogas como alívio da dor, frustração e ansiedade de não saber se recuperarão a guarda dos bebês antes que sejam encaminhados para adoção. Ao negar acolhimento e acesso à Saúde, o Estado assume uma postura institucional de violência contra essas mulheres já fragilizadas. Por que essas mulheres não podem ser apoiadas pelas políticas públicas até que recuperem sua saúde física e mental? Seus filhos são estigmatizados, mesmo possuindo mães ou familiares carinhosos e com desejo de cuidar deles. São vistos pela opinião pública como “abandonados”, em uma situação de orfandade artificial causada pela incapacidade do Estado de proteger suas mães e os vínculos familiares.

A luta do movimento na resistência continuou se fortalecendo com diversas representações legais de entidades e parceiros políticos em Audiências Públicas, Recomendações oficiais

de diversos órgãos e denúncias à Secretaria Nacional de Direitos Humanos. Os Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome²⁴ emitiram uma Nota Técnica e um Fluxograma de Atendimento²⁵ reforçando os direitos das crianças e das mulheres. Em seguida, o Conselho Nacional de Saúde emitiu uma Recomendação alinhada à proposta de fluxos de cuidado envolvendo ações intersetoriais de apoio e proteção a estas mulheres, crianças e famílias.²⁶

No nível estadual as Secretarias de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), de Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania e de Trabalho e Desenvolvimento Social realizaram seminário de Direitos Humanos para divulgar a Resolução Conjunta²⁷ destinada aos Serviços Públicos de Atendimento às mulheres e adolescentes usuárias de crack e outras drogas e a seus filhos recém-nascidos.

Especificamente no âmbito da saúde, após amplo processo de debate e decisão em plenária, o Conselho Municipal de Saúde de BH reafirmou seu posicionamento e publicou nova resolução em 15/12/2016.²⁸ Apesar de todo o trâmite legal, democrático e legítimo de representação do CMS e da PBH, o presidente do CMGBH em exercício foi alvo de processo criminal como provável ato de retaliação e intimidação.

A Comissão Perinatal da SMSA de BH também redigiu nova orientação às maternidades e divulgou o Fluxograma de Atendimento

adotado pela Secretaria Municipal de Saúde.^{29,30}

Essa orientação reafirmou a missão da maternidade no que tange ao cuidado no parto e nascimento, a necessidade de se processar a alta responsável e assegurar a continuidade de cuidado após o parto no território de responsabilidade onde a família reside, para evitar a internação desnecessária de mulheres e bebês saudáveis e o abrigo de bebês. Retoma assim a *responsabilidade da instituição hospitalar* e não a *responsabilização individual de profissionais como da assistência social ou da psicologia* em quem recaía isoladamente a decisão da alta social ou administrativa. Remete ainda para a rede de cuidados da saúde e da Assistência Social e Saúde no território de moradia da gestante a responsabilidade sobre o cuidado integral à mulher e família. Ressalta o que deveria ser uma boa clínica, já que não seria adequada a definição pela maternidade do futuro social das famílias.

Pressões do movimento contrário à Portaria prosseguiram. Foi proposta uma CPI para apuração de denúncia pública de tráfico de bebês³¹ durante audiência pública realizada na Câmara Municipal de vereadores de BH, mas não houve a adesão de número suficiente de vereadores para a sua constituição. A Defensoria Pública de Minas Gerais ajuizou uma representação contra a Portaria 03/VCIJBH/2016 no CNJ questionando sua validade e outras representações foram efetivadas para órgãos de controle do judiciário, inclusive em fóruns de âmbito internacional.

Em abril de 2017, o movimento sofreu retaliação com o afastamento de duas profissionais médicas pediatras da Secretaria Municipal de Saúde que exerciam liderança no posicionamento em defesa de mulheres, crianças e famílias. Houve reação dos movimentos sociais, com abaixo-assinados,^{32,33} realização de Plenária de Movimentos Sociais convocada pelo Conselho Municipal de Saúde com mais de 100 participantes de movimento sociais, usuários, gestores e trabalhadores do SUS, o que culminou em um manifesto público de repúdio assinado por 56 entidades da sociedade civil, entre eles os Conselhos Municipal e Estadual de Saúde, Sindicatos, Movimentos Sociais e mandatos parlamentares de vereadores, deputados estaduais e deputados federais. Diversas moções de apoio foram realizadas em congressos de âmbito nacional como o da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco),³⁴ Conferências Distritais de Saúde de BH e na 14ª Conferência Municipal de Saúde da Mulher de BH. Essa situação de intimidação das ações de defensores de direitos humanos resultou em maior mobilização e deu maior visibilidade ao movimento, com a estruturação do blog *De quem é esse bebê*¹ e de página no Facebook.³⁵

A entrada no movimento de diversos atores como os advogados populares dos Coletivos *Margarida Alves* e *Maria Felipa*, advogados e assessoria jurídica de gabinetes parlamentares como das vereadoras Áurea Carolina e Cida Falabella, vereadores Pedro Patrus e Gilson Reis, deputados estaduais Jean Freire, Marília

Campos, Antônio Jorge e Deputado Federal Adelmo Leão, dos defensores públicos, procuradores federais, da Clínica de Direitos Humanos da UFMG, do Coletivo História Incomum, do Programa Pólos de Cidadania da UFMG, do Fórum de População de Rua, do Ateliê Intervalo de Redução de Danos do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência, do Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde da Faculdade de Medicina da UFMG e de participantes da sociedade civil, bem como a participação de mães afetadas pela perda de seus filhos foi de extrema importância para a mobilização e sustentação jurídica do movimento.

Em especial, a Frente Mineira de Saúde Mental trouxe o amparo e experiência da luta antimanicomial, que enfrenta toda espécie de preconceito a que estão submetidas essas pessoas e identificou a faceta da discriminação desses sujeitos de direitos, em particular na situação de proteção do direito à maternidade.

O *Fórum de População de Rua de BH* aportou ao movimento um diferencial de destaque. A População em Situação de Rua, mais do que um fenômeno típico dos centros urbanos, é um fenômeno global e complexo que requer a atenção e comprometimento de setores diversos, sobretudo do poder público na garantia e implementação de serviços e políticas que assegurem os direitos básicos das pessoas que se encontram nessa situação. Belo Horizonte historicamente foi referência de serviços destinados a essa população. No

entanto, a estagnação e retrocessos políticos e metodológicos são reais. A maioria dos serviços foi conquistada há cerca de duas décadas, incluindo a segurança alimentar e o atendimento de Consultórios de Rua. Apesar dos serviços existentes, BH, assim como as demais capitais e grandes cidades, tem assistido quase que cotidianamente ao aumento do número de pessoas vivendo nas ruas. As políticas para esse segmento populacional devem superar as respostas provisórias, lineares e higienistas para efetivar políticas e serviços intersetoriais, com equidade e qualidade.

O Programa *Polos de Cidadania* da Faculdade de Direito da UFMG também se inseriu no movimento de forma expressiva. É um programa transdisciplinar e interinstitucional de extensão, ensino e pesquisa social aplicada, criado em 1995, voltado para a efetivação dos Direitos Humanos e para a construção de conhecimento a partir do diálogo entre os diferentes saberes, por meio do fortalecimento de autonomias individuais, coletivas e políticas, da inclusão e da emancipação de grupos sociais e sujeitos com histórico e trajetória de vulnerabilidade social. Tem como base metodológica principal a pesquisa-ação e compromisso com a transformação social e produção de conhecimento.

O Programa *Polos* foi quem reuniu as considerações de todos os membros do grupo jurídico do movimento e elaborou um estudo apresentado ao Tribunal de Justiça³⁶ sobre a

Portaria Substitutiva⁵ à Portaria 03 de 2016 da Vara da Infância. A Clínica de Direitos Humanos da UFMG também redigiu documento sobre os pontos conflituosos da proposta e o próprio Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Belo Horizonte exigiu o cumprimento da Deliberação CMDCA/BH nº 111¹⁶ em Nota Pública.^{37,38}

O movimento “De quem é esse bebê?” e mães órfãs: enfoque na perspectiva da desigualdade de gênero

O movimento “*De quem é esse bebê?*” destaca a necessidade de promover a atenção integral e proteção das mulheres vulnerabilizadas, além das diversas formas de violências decorrentes da sua situação socioeconômica e de raça/cor e outras formas de violência de gênero. Essas mulheres têm sido tratadas de forma preconceituosa e desrespeitosa por vários serviços públicos, que as julgam incapazes e indignas de terem e cuidarem de seus filhos. Mesmo as que conseguem apoio familiar são julgadas como incapazes e muitas de suas famílias também são assim desconsideradas para efeito de concessão da guarda da criança.

Ao poder público cabe a efetiva proteção com unidades de acolhimento e de atenção para as gestantes que se encontram em situação de rua e com situação de vulnerabilidade, com respeito à sua autonomia e dignidade humana. Elas têm o direito à proteção do Estado para o seu acompanhamento pré-natal e/ou tratamentos de saúde sobre dependência

química, se necessário, para que tenham condição física, material e emocional para cuidarem de seus filhos.

Entretanto, ações do judiciário têm sido justificadas apenas com base na proteção da criança. Os direitos individuais são reduzidos a uma interpretação enviesada do ECA. Nesta visão, os direitos da mulher são relegados a um segundo plano e mesmo os direitos da criança, quando desconsiderada a sua primeira necessidade de permanecer junto com sua mãe e família.

As normatizações da Promotoria de Justiça operam com a concepção de masculinidade hegemônica reproduzindo e sustentando a desigualdade de gênero. A instituição sustentaria o poder desigual entre as pessoas conforme origem de classe social/gênero e raça fortalecendo a desigualdade.³⁹ A sociedade patriarcal baseia-se na essência dessa masculinidade hegemônica que forma seus membros numa socialização “*genderizada*” com desigualdades de poder, desigualdades sociais e de saúde que reproduzem a sociedade patriarcal fechando assim o ciclo de dominação. Isso é fato, pois as mães órfãs são consideradas com *status* de menor valor e tem que provar sua capacidade de serem mães, apesar de conquistas das lutas das mulheres nos últimos séculos. O biopoder de Foucault (1988)⁴⁰ é exercido neste caso pela instituição hospitalar, por meio de profissionais de saúde e na área judicial com os operadores do direito. Mas na pauta, além do gênero e classe, estão as drogas.

Pressionadas e inquiridas, essas mulheres confessam o uso e perdem o poder familiar, perdem seus filhos, acolhidos em abrigo compulsório. Os operadores do direito e da saúde utilizam ainda concepções desatualizadas e preconceituosas na abordagem dos usuários de drogas. As questões ora engendradas deveriam ser debatidas com toda a sociedade, respeitados os poderes civis constituintes e de acordo com o arcabouço jurídico democrático ainda em vigor.

As ações de mobilização social do movimento

Um dos grandes desafios tem sido dar voz e respeitar a autonomia das mães e famílias vulnerabilizadas, o que é complexo pelo receio que elas têm de sofrer novas ações discriminatórias, por não conhecerem seus direitos ou por aceitarem em sua humildade essas violações como “naturais” num contexto de vidas precarizadas pela pobreza e pela desinformação. O movimento ampara ações que dão visibilidade às violações contra essas mulheres. Diversos atos de rua, com exposição de varal com cartazes, meias e sapatinhos de bebês pendurados, como forma de representação concreta da preparação amorosa, expressaram o vazio deixado com a ausência dos bebês. O ato realizado na porta da Prefeitura na semana do dia das mães contou com grande repercussão nas mídias e redes sociais. As pessoas portavam velas acesas em vigília em respeito às perdas das mães e também com o sentido de iluminar mentes e corações das autoridades locais, sensibilizando-as para a dor

das pessoas vulnerabilizadas e a necessidade de sua inclusão nas políticas públicas (Figura 1). Foi exibido o vídeo “*De quem é esse bebê?*”³⁵ em telão na rua e flores foram distribuídas aos passantes. Os coletivos *Linhas do Horizonte e Alvorada*, com histórico de engajamento social na cidade, marcaram presença com os bordados de luta com faixas pedindo justiça para as mães. Participaram crianças, mães, famílias e profissionais de saúde e do direito, neste e nos atos que se sucederam: na 14ª Conferência Municipal de Saúde, na 1ª Conferência Municipal de Saúde da Mulher, na Conferência Estadual de Saúde da Mulher, na Conferência de Saúde de Passos (MG), no Congresso Mundial de Mulheres e Fazendo Gênero em Florianópolis, no encontro nacional da Central Única dos Trabalhadores e na 2ª Conferência Nacional de Saúde da Mulher em Brasília, e ainda durante a visita da Missão Nacional na porta da Faculdade de Medicina da UFMG.

As reuniões iniciais e específicas de trabalhadores da saúde no movimento “*De quem é esse bebê?*” e as suas conquistas foram compartilhadas e divulgadas em redes sociais e formou-se um fluxo de construção coletiva, horizontal e aberta. Como estratégia formaram-se grupos de trabalho de ação política, grupo de ação jurídica e grupo de ação técnica, que, por exemplo, vem trabalhando na questão das evidências científicas que recomendam o contato pele-a-pele imediato e o aleitamento materno logo após o nascimento, as repercussões negativas que envolvem a separação imediata de mães e

bebês e a suspensão do aleitamento materno sem base técnica.

O movimento conta com diversos mecanismos de mobilização e estreitamento de redes em uma tentativa de somar esforços, dar visibilidade e fortalecer as mulheres para que cada vez menos bebês sejam abrigados antes de esgotadas todas as possibilidades de cuidado. Atualmente possui apoio político de parlamentares nas três esferas de poder. São mantidas reuniões regulares com um fluxo de construção coletiva, horizontal e aberta com participantes de diferentes áreas de formação e atuação e incentivo para a participação das mães, para ampliação da consciência sobre as violações de seus direitos, ganho de visibilidade e empoderamento enquanto grupo de mulheres que sofrem discriminação e racismo.

O aporte comunicacional é feito por meio do blog “*De quem é esse bebê?*”¹ e a página do Facebook³⁵ com repositório de reportagens, documentos, principais notícias e divulgação de atos e ações de resistência. O vídeo “*De quem é esse bebê?*”⁴¹ teve um alcance de aproximadamente 126 mil visualizações e foi elaborado a várias mãos com o objetivo de divulgar estas situações de violência contra a mulher e o bebê.

O tema penetrou na sociedade e foi debatido em diversos fóruns da cidade como no Fórum de Violência contra a Mulher, nas comissões e conferências locais dos Centros de Saúde e dos Distritos Sanitários que se solidarizaram com o

movimento em forma de moções escritas e cartas dirigidas à gestão e a toda a cidade. O movimento *“De quem é este bebê?”* seguiu crescendo e se fortalecendo com diversos encontros ampliados. Agregou a participação das próprias mulheres vítimas desta discriminação e uma frente específica de pesquisa e extensão da Faculdade de Direito e da Faculdade de Medicina da UFMG. Diversos seminários e eventos foram realizados em 2017 com este tema: *Diálogos em Saúde - Cidades, sujeitos e drogas: o cuidado em tempos sombrios, com uma mesa “Mães Órfãs: Por que isso tem sido possível?”* na Faculdade de Medicina; Seminário *“Mães Órfãs”* (Faculdade de Direito e Ciências do Estado, Escola de Enfermagem, Faculdade de Medicina, Faculdade de Ciências Econômicas); reunião nacional da Pesquisa Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde e Educação em Saúde, e o Seminário *“De quem é o bebê?”* no Centro de Referência da Juventude. A Frente Mineira de Drogas e Direitos Humanos e Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais realizaram o evento *“O Estado que cuida ou o Estado que sequestra?”*; o Seminário *“A construção da rede de atenção às mulheres e adolescentes usuárias de álcool e outras drogas e seus filhos recém-nascidos”* organizado pelo Governo de Minas Gerais e o Fórum Estadual de Enfrentamento à Violência contra a Mulher; a mesa-redonda *“Abrigamento compulsório de bebês de mães com diagnóstico de drogadição”* no I Seminário Humanização do Nascimento - diálogos sobre a assistência ao parto promovido pelo Instituto

Pauline Reichstul. O Ateliê de Redução de Danos e o Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde da UFMG também fizeram diversos encontros sobre o tema.

Foi alcançada a visibilidade necessária para a vinda à BH de uma missão especial formada por membros da Secretaria Nacional de Direitos Humanos, Conselho Nacional de Justiça, Ministério da Saúde e Corregedoria do Ministério Público que entrevistou os diversos atores envolvidos como o Juiz da Vara da Infância, desembargadores, promotores, defensores públicos, representantes das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e da Assistência Social, assim como membros do movimento, para uma escuta e avaliação da situação. A reunião com o movimento teve seis horas de entrevista com cerca de 30 participantes, além do ato de mobilização realizado na porta da Faculdade de Medicina da UFMG.

Como resultado, no dia 7 de agosto de 2017, a Corregedoria-Geral de Justiça de Minas Gerais (CGJ) oficializou a suspensão da Portaria 03/VCIJBH/2016. Foi apresentada uma Minuta para uma nova Portaria, encaminhada para a Corregedoria Geral de Justiça. A suspensão da portaria certamente foi reflexo da pressão dos movimentos sociais da cidade. No entanto, vários questionamentos foram realizados pelos grupos de assessoria jurídica à nova proposta. Perpetua desvios importantes com relação ao respeito e autonomia do Executivo na prestação da assistência e definição dos fluxos de atenção

e cuidado. Ressalte-se ainda que, segundo relato de membros desta Missão Nacional, o Juizado da Infância e da Adolescência foi demandado a apresentar o relatório de 120 crianças abrigadas desde a publicação da Portaria 03/VCIJBH/2016, uma vez que os respectivos processos não foram distribuídos, ou seja, não foram disponibilizados para avaliação, outra grave violação à transparência e acesso dos interessados na defesa dessas mulheres e crianças.

Outra ação de expressão foi o suporte técnico para a Ação Civil Pública da Defensoria Pública de Minas Gerais em 2017 que pleiteou os direitos das mães ao menos visitarem seus filhos diariamente e também para amamentação. Disparou-se na cidade a discussão institucional sobre a importância de se manter o aleitamento para a criança abrigada, inclusive com referências atualizadas na literatura baseada em evidências científicas, que desmontam a ideia banalizada de que usuárias de drogas não podem amamentar, observando-se determinados cuidados.

Também como expressão do movimento foi publicado em 25 de novembro o Fluxo de atendimento no município por meio da PORTARIA CONJUNTA SMSA/SMASAC N.º 0001/2017 que estabelece diretrizes para a articulação e proteção social intersetorial e institui Fluxograma de Atenção às Gestantes, Puérperas e Bebês em Situação de Vulnerabilidade, Risco Social e Pessoal.⁴²

Desafios, perspectivas e impacto em âmbito nacional

O impacto das ações do movimento “*De quem é este bebê?*” pressionou os autores das medidas que culminaram com abrigamentos compulsórios e injustos. Houve retaliações com perseguições pessoais e intimidação dirigidas às lideranças que despontaram nas ações de proteção dos direitos das mães e crianças. Além das duas pediatras que perderam suas funções de coordenação na SMSA, dois Conselheiros Municipais de Saúde, entre eles o presidente do Conselho, foram alvos de processo criminal motivado pela deliberação do colegiado sobre o tema. Além disso, uma Defensora Pública de MG recebeu pressões e denúncia na Ouvidoria após a ação no Conselho Nacional de Justiça (CNJ) para impugnar a Portaria 03/VCIJBH/2016.

Sabe-se que essas situações são correntes em outros estados, apenas não foram institucionalizadas ou formalizadas pelo poder judiciário como ocorreu em BH. A resposta a esta ação de pretensa legalidade foi coletiva e intensiva em BH, reação esperada em uma cidade que tem uma tradição de trabalho e conquistas expressivas na área da Saúde e de Políticas Sociais.

Processos semelhantes na mesma linha de obstrução e impedimento e da maternidade para mães negras, pobres e usuárias de drogas ativaram o debate em nível nacional, com a troca de experiências em forma de seminário e

encontros e a participação de diferentes atores. Ações no âmbito nacional persistem com a formação de grupos de mobilização envolvendo cidades e pessoas que estão testemunhando o mesmo processo de arbitrariedade, como na reunião realizada durante a Conferência Nacional de Saúde das Mulheres e Congresso Mundial de Mulheres com representantes das cidades de Porto Alegre, São Paulo, Goiânia, Mato Grosso do Sul, Distrito Federal, Tocantins e Rio de Janeiro.

Em 5 de setembro houve uma Audiência Pública no Congresso Federal tratando do tema com representantes do movimento de BH e encaminhamento para a constituição de um grupo de trabalho do Legislativo Federal que fará uma avaliação com uma visita local à cidade. E assim, espera-se que a situação atual de violação seja interrompida e revertido o mal feito dentro das possibilidades de reparação (im)possível que marcaram essas histórias.

Considerações Finais

O movimento “De quem é este bebê?” não se opõe à adoção. Os casais que estão à espera de uma criança precisam e têm o direito de se sentirem seguros de que todo o processo de adoção seja feito dentro da lei, com total respeito aos direitos de todas as pessoas envolvidas. Entretanto, defende-se o direito das mães e famílias, em qualquer situação, de serem auxiliadas, assistidas e acolhidas para

que seja possível a elas cuidarem dos seus bebês se assim desejarem. Muitas mulheres que se encontravam em situação de grande vulnerabilidade, após descobrirem a gravidez fizeram grandes esforços para mudarem sua trajetória de vida e se prepararam para receber sua criança: voltaram para suas famílias, começaram um tratamento, conseguiram um emprego. No entanto, tiveram seus filhos retirados. Foram punidas por episódios do seu passado, marcado pela pobreza, violência e abandono. As famílias perderam o vínculo com seus netos, sobrinhos, irmãos. Sentem sua falta, não sabem nada sobre o bebê e querem o seu convívio.

A separação da mãe e da família a que essas crianças estão sendo submetidas, muitas delas injustificáveis, são situações de violências que deixarão marcas para sempre no seu psiquismo, da mesma forma para outras pessoas envolvidas. Todo ser humano tem o direito de saber sua história, sua identidade e de manter conexões com sua família e comunidade. As crianças apartadas de suas famílias perderam esse direito antes de esgotadas todas as possibilidades de cuidado, apoio e amparo.

Fica o questionamento do que será feito a partir disso e de que maneira poderemos reparar perdas tão profundas, uma marca lastimável para a sociedade. Fica na história mais uma marca perversa do racismo em nosso país.

Referências

- ¹De quem é este bebê? Por mais saúde e menos abrigamentos em BH [Internet]. [citado 23 set 2017]. Disponível em: <https://dequemeestebebe.wordpress.com>
- ²Recomendação nº 5/PJIICBH/MPMG, de 16 de junho de 2014. Recomendação aos médicos, profissionais de saúde, diretores, gerentes e responsáveis por maternidades e estabelecimentos de saúde. Belo Horizonte: Ministério Público do Estado de Minas Gerais; 2014.
- ³Recomendação nº 6/ PJIICBH/MPMG, de 06 de agosto de 2014. Recomendação aos médicos, profissionais de saúde, Agentes Comunitários de Saúde, gerentes e responsáveis por Unidades Básicas de Saúde. Belo Horizonte: Ministério Público do Estado de Minas Gerais; 2014.
- ⁴Portaria nº 3/VCIJBH, de 22 de julho de 2016. Dispõe sobre o procedimento para encaminhamento de crianças recém-nascidas e dos genitores ao Juízo da Infância e da Juventude, assim como, oitiva destes, nos casos de graves suspeitas de situação de risco, e sobre o procedimento para aplicação de medidas de proteção. Diário do Judiciário Eletrônico TJMG. [Internet] 2016 25 jul [citado 23 set 2017]:29-33. Disponível em: <http://ftp.tjmg.jus.br/juridico/diario/index.jsp?dia=2207&completa=2inst%7Cadm>
- ⁵Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Minuta de portaria processo de medidas de proteção: Suspensão dos efeitos da Portaria nº3 da Vara da Infância e da Juventude de Belo Horizonte de 2016 [Internet]. [citado 23 set 2017].
- ⁶Lei 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 23 set 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm
- ⁷Kiefer S. MP determina que bebês de mães usuárias de crack sejam levados para abrigos em BH. Jornal Estado de Minas. 2014 dez 01 [citado 23 set 2017]. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2014/12/01/interna_gerais,595140/bebes-de-viciadas-em-crack-sao-levados-para-abrigos-em-bh.shtml
- ⁸Ferreira B. Determinação de MP para casos de mães viciadas gera polêmica. Jornal O Tempo. 2014 nov 13 [citado 23 set 2017]. Disponível em: <http://www.otempo.com.br/cidades/determina%C3%A7%C3%A3o-de-mp-para-casos-de-m%C3%A3es-viciadas-gera-pol%C3%AAmica-1.946423>
- ⁹Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Comissão Perinatal. Ofício nº 76/2014. Recomendação para abordagem de mães usuárias de álcool e drogas para as maternidades do SUS-BH 29 ago 2014 [Internet]. [citado 23 set 2017]. Disponível em: <https://dequemeestebebe.files.wordpress.com/2017/04/ofc3adcio-76-comissc3a3o-perinatal-recomendac3a7c3b5es-maternidades-sus-bh-usuc3a1rias-de-c3a1lcool-e-drogas-1.doc>
- ¹⁰Programa Nacional de Direitos Humanos. 3 – PNDH-3. [citado 23 set 2017]. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/direito-para-todos/programas/pdfs/programa-nacional-de-direitos-humanos-pndh-3>
- ¹¹Manifesto “De quem é este bebê?” [citado 23 set 2017]. Disponível em: <https://dequemeestebebe.files.wordpress.com/2017/04/manifesto-contra-o-abrigamento-compulsc3b3rio-assinado-por-diversas-entidades.doc>
- ¹²Defensoria Pública da União e Defensoria do Estado de Minas Gerais. Recomendação Conjunta Defensorias Pública da União e do Estado de Minas Gerais [Internet]. [citado 23 set 2017]. Disponível em: <http://www.cressmg.org.br/arquivos/Recomendacao%20Conjunta%20Defensorias.pdf>
- ¹³Kiefer S. Juiz da Infância de BH critica Conselho de Saúde por não avisar nascimento de filhos do crack. Jornal Estado de Minas. 2015 jan 22 [citado 23 set 2017]. Disponível em:
- ¹⁴Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Câmara Técnica de Saneamento e Políticas Intersetoriais N.º 151/2014. Parecer nº - 151. 2014 dez 9. [citado 23 set 2017]. Disponível em: <https://dequemeestebebe.files.wordpress.com/2017/04/parecer-151-14-ctspi-sobre-recomendac3a7ao-05-e-06-mpjif-1.pdf>
- ¹⁵Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Resolução nº 377/15 jan 2015. Diário Oficial do Município. [citado 23 set 2017]. Disponível em:
- ¹⁶Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Belo Horizonte. Deliberação nº111. 2015 fev 09. [citado 23 set 2017]. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2014/12/01/interna_gerais,595140/bebes-de-viciadas-em-crack-sao-levados-para-abrigos-em-bh.shtml

- ¹⁷Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Nota Técnica Conjunta no 001. 16 set 2015 [citado 23 set 2017]. Disponível em: <https://dequemeestebebe.files.wordpress.com/2017/04/ministc3a9rio-da-sac3bade-nota-tc3a9cnica-diretrizes-e-fluxograma-mulher-situac3a7c3a3o-de-rua-2015.pdf>
- ¹⁸Resoluções do Ministério Público serão discutidas em Audiência Pública. Portal online do Conselho Regional de Psicologia [Internet] [citado 23 set 2017]. Disponível em: <http://www.crpmg.org.br/GeraConteudo.asp?materialD=4261>
- ¹⁹Adoção compulsória de bebê de usuária de drogas é condenada. Portal online da Assembleia Legislativa de Minas Gerais. [citado 23 set 2017]. Disponível em:
- ²⁰Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014. 174 p.
- ²¹Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária; 1990.
- ²²Foucault, M. História da Sexualidade I: a vontade de saber; tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J.A. Guilhon Albuquerque. 7.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1988.
- ²³Maciel A. "Tive que entregar meu filho para uma desconhecida". Pública - Agência de reportagem e jornalismo investigativo. 2017 jul 20. [citado 23 set 2017]. Disponível em: <https://apublica.org/2017/07/tive-que-entregar-meu-filho-para-uma-desconhecida>
- ²⁴Ministério da Saúde (BR), Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Nota Técnica Conjunta emitida pelos Ministérios, 10 mai 2016. [citado 23 set 2017]. Disponível em: https://dequemeestebebe.files.wordpress.com/2017/04/nt_conjunta_01_mds_msaude.pdf
- ²⁵Ministério da Saúde (BR), Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Fluxograma 10 mai 2016. [citado 23 set 2017]. Disponível em:
- ²⁶Conselho Nacional de Saúde. Recomendação Nº 011, 07 out 2016 [citado 23 set 2017]. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2016/Reco011.pdf>
- ²⁷Secretarias de Estado da Saúde, Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania e Trabalho e Desenvolvimento Social. Resolução Conjunta nº 206. 18 nov 2016 [citado 23 set 2017]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20Conjunta_206.pdf
- ²⁸Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Resolução nº 419/16. 15 dez 2016. [citado 23 set 2017]. Disponível em: <https://dequemeestebebe.files.wordpress.com/2017/04/res-419-16-portaria-3.pdf>
- ²⁹Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Comissão Perinatal. Recomendação para abordagem de mães usuárias de álcool e drogas para as maternidades do SUS-BH 29 ago 2014. [citado 23 set 2017]. Disponível em:
- ³⁰Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Comissão Perinatal. Fluxograma de Atendimento às gestantes com uso prejudicial de álcool e outras drogas. set 2016. [citado 23 set 2017]. Disponível em: <https://dequemeestebebe.files.wordpress.com/2017/04/fluxograma-gestante-uso-prejudicial-de-alccol-e-outras-drogas-set-2016-2.pdf>
- ³¹Áurea Carolina; Página da Vereadora Municipal de Belo Horizonte Áurea Carolina. [citado 23 set 2017]. Disponível em: <https://www.facebook.com/aureacarolina/photos/a.286753371670589.1073741828.284780545201205/433748663637725/?type=3&theater>
- ³²Abaixo assinado: #RevogaKalil Sônia Lansky e Márcia Parizzi ficam. abr 2016. [citado 23 set 2017]. Disponível em: <https://www.change.org/p/revogakalil-s%C3%B4nia-lansky-e-m%C3%A1rcia-parizzi-ficam>
- ³³Abaixo assinado: Em defesa do direito de ser mãe! abr 2016. [citado 23 set 2017]. Disponível em: https://www.change.org/p/prefeito-de-belo-horizonte-alexandre-kalil-em-defesa-do-direito-de-ser-mãe?recruiter=29548909&utm_source=share_petition&utm_medium=facebook&utm_campaign=share_for_starters_page&utm_term=des-md-no_src-no_msg
- ³⁴Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Moção de Repúdio pelo afastamento das servidoras Sonia Lansky e Marcia Parizzi. 3º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. 5 mai 2017. [citado 23 set 2017]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-politica-planejamento-e-gestao-em-saude/mocao-de-repudio-pelo-afastamento-das-servidoras-sonia-lansky-e-marcia-parizzi-aprovada-no-3o-congresso-de-politica/28573/>
- ³⁵"De quem é esse bebê?" Página de Facebook [citado 23 set 2017]. Disponível em: <https://www.facebook.com/dequemeestebebe>

³⁶Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Direito. Programa Pólos de Cidadania. Considerações sobre a Minuta de Portaria em substituição à Portaria nº 03/VCIBH/2016 e contribuições para o debate. set de 2017. [citado 23 set 2017]. Disponível em: <https://dequemeestebebe.files.wordpress.com/2017/04/estudo-sobre-a-minuta-da-portaria-vcijbh.pdf>

³⁷Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Direito. Clínica de Direitos Humanos. Nota Técnica. 2017 set 01. [citado 23 set 2017]. Disponível em: <https://dequemeestebebe.files.wordpress.com/2017/04/nota-tc3a9cnica-cdh.pdf>

³⁸Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Belo Horizonte. Nota Pública em Defesa do Direito à Convivência Familiar e Comunitária dos Bebês Filhos de Mulheres Usuárias de Drogas e/ou Trajetória de Vida nas Ruas do Município de Belo Horizonte. 2017 mai 26. [citado 23 set 2017]. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=261994&chPlc=261994>

³⁹Scott-Samuel A. Patriarchy, masculinities and health inequalities. *Gac Sanit* 2009; Abr;23(2):159-160. [citado 22 nov 2017]. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000200016&lng=en

⁴⁰Foucault M. História da Sexualidade I: a vontade de saber. 7.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

⁴¹"De quem é esse bebê?" Vídeo de mobilização. [citado 23 set 2017]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=K9fedb2ZvzE&t=79s> & HYPERLINK "https://www.youtube.com/watch?v=K9fedb2ZvzE&t=79s"t=79s

⁴²Prefeitura de Belo Horizonte. Portaria conjunta SMSA/SMASAC N.º 0001/2017. Diário Oficial, Belo Horizonte [citado 28 nov 2017]. Disponível em: <http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1187128>

Figura 1



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

End.: Rua Lignito 258 Santa Efigenia. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. CEP 30260-280

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 abrigo. 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. Nemeses 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://dequemeestebebe.wordpress.com>.

Figuras



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



Figura 2: Ilustração de Tacho

RELATO DE EXPERIÊNCIA

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n1suplemp209-220>**Atuação estratégica em direitos humanos contra o afastamento arbitrário de bebês do convívio familiar: reflexões sobre a prática**

Strategic action on human rights against the arbitrary withdrawal of infants from the family: reflections on the practice

Amanda Naves Drummond

Graduada em Direito pela UFMG. Advogada Orientadora da Clínica de Direitos Humanos da UFMG (CdH-UFMG).

Email: amandandrummond@gmail.com

Andressa Freitas Martins

Graduanda em Direito pela UFMG. Estagiária da Clínica de Direitos Humanos (CdH-UFMG) e Vice-diretora Adjunta da Divisão da Assistência Judiciária da UFMG (DAJ-UFMG).

Email: andressafreitas.m95@gmail.com

Daniela Bicalho Godoy

Graduada em Direito pela UFMG. Pós-graduanda em Advocacia Cível pela Escola Superior de Advocacia da OAB/MG (ESA-OAB/MG). Advogada Orientadora da Clínica de Direitos Humanos (CdH-UFMG) e da Divisão de Assistência Judiciária da UFMG (DAJ-UFMG).

Email: danibgodoy@gmail.com

Julia Dinardi Alves Pinto

Graduada em Direito pela UFMG. Advogada Orientadora da Clínica de Direitos Humanos da UFMG (CdH-UFMG).

Email: juliadinardi@gmail.com

Resumo

O presente artigo oferece um relato da experiência de trabalho da Clínica de Direitos Humanos da UFMG, a partir do método da advocacia estratégica em direitos humanos, frente ao problema do afastamento arbitrário de recém-nascidos do convívio familiar e a sistemática de violações de direitos humanos e estigmatização enfrentada por mães em situação de vulnerabilização social no contexto da cidade de Belo Horizonte.

Palavras-chave: Recém-nascido; Maternidades; Vulnerabilidade social; Relações familiares; Direitos humanos; Advocacia em saúde.

Abstract

This article offers an experience report of the work developed by the UFMG Human Rights Clinic through the use of the strategic advocacy method in human rights, in order to approach the problem of arbitrary State removals of newborn children from their familiar atmosphere and the systematic human rights violations and stigmatization suffered by their vulnerable mothers, in the context of the city of Belo Horizonte.

Keywords: Newborn; Maternity; Social vulnerability; Family relations; Human rights; Health advocacy.

1. Introdução

A prática de afastamento, ainda na maternidade, de crianças recém-nascidas de suas mães e demais membros da família, é algo

que tem ocorrido com frequência em Belo Horizonte. Nesse município, o que era um *modus operandi* de diversos agentes e órgãos

estatais tornou-se prática oficial, respaldada pelas Recomendações nº 05 e 06 de 2014, da 23ª Promotoria da Infância e da Juventude do Ministério Público de Minas Gerais, e pela Portaria nº 03/2016 da Vara Cível da Infância e da Juventude de Belo Horizonte (VCIJBH).¹ Esta portaria, encaminhada apenas às maternidades públicas, e que encontra-se suspensa no momento, determinava aos profissionais de saúde e das instituições hospitalares a comunicação à Vara, em até 48h, dos casos em que mãe e bebê fossem enquadrados em suposta "situação de risco", inclusive, nas hipóteses de "dependência química" ou de "trajetória de rua".

A edição da mencionada normativa agravou o já preocupante quadro de violações de direitos humanos cometidos contra bebês e suas mães, de forma a estimular o abrigo generalizado de recém-nascidos. Contudo, a Portaria não figurou como o único causador dos abusos cometidos contra essas pessoas. Isso porque há notícias dessa prática institucional em Belo Horizonte desde 2013, sendo que ela abarca a atuação de diversos profissionais e membros tanto do sistema de justiça quanto dos serviços públicos de saúde e de assistência social, assim como das instituições de acolhimento. Ademais, como será tratado a seguir, a questão toca o próprio entendimento acerca do que seria o direito à maternidade e o direito à convivência familiar, o que passa, muitas vezes, por visões discriminatórias da sociedade envolvendo gênero, raça e classe.

Nesse contexto, no que concerne às possibilidades de atuação dos operadores do direito para combater as violações infligidas a bebês, mães e demais familiares, a advocacia estratégica em direitos humanos² firmase como um método essencial de endereçamento à situação-problema. Isso porque ela pressupõe uma compreensão e uma abordagem complexas da violação, onde são adotadas medidas para além de uma atuação judicial comum e que abrange, inclusive, ações no campo extrajudicial. A advocacia estratégica usa de técnicas como *o advocacy*,^{3,4} que compreende uma articulação em rede (tanto com agentes do estado como com sociedade civil) para incidir em processos decisórios e mobilizar a sociedade, e a litigância estratégica, que consiste na condução do processo judicial de modo a alcançar resultados capazes de mudar paradigmas na proteção de direitos e beneficiar o maior número de jurisdicionados possível. Assim, essas técnicas contribuem especialmente para abordar situações em que nos deparamos não apenas com decisões judiciais equivocadas, mas com um quadro violatório que engloba políticas públicas, estruturas e procedimentos estatais e discriminações históricas perpetradas contra determinados grupos.

A Clínica de Direitos Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (CdH-UFGM), por sua vez, é um programa de extensão que utiliza o método da advocacia estratégica em seu

trabalho. Fundada em 2014 por um grupo de alunos da Faculdade de Direito da UFMG, a CdH-UFMG tem como objetivo defender e promover direitos humanos, a partir de uma visão crítica e interdisciplinar.

Trata-se de um programa que funciona no âmbito da Divisão de Assistência Judiciária da UFMG (DAJ-UFMG). Por isso, o trabalho incide majoritariamente, sempre quando a situação envolva violações de direitos humanos, sobre os casos que chegam a esse órgão no seu plantão de atendimento, e que poderão ser judicializados por seus advogados. Desse modo, os referidos casos contam com um acompanhamento especializado, com vistas a qualificar o trabalho na construção de estratégias e fundamentos em direitos humanos. Percebendo a existência de uma violação sistemática, e/ou inserida nas estruturas estatais, busca-se o contato com a rede de proteção de direitos humanos, assim como o desenvolvimento de uma atuação mais complexa.

O trabalho é desenvolvido considerando as seguintes linhas de ação: a) articulação com redes de proteção envolvendo movimentos sociais, agentes/órgãos estatais e entidades da sociedade civil; b) proposição de mudanças em práticas e estruturas institucionais de órgãos públicos; c) incidência em processos legislativos; d) acompanhamento de demandas individuais ou coletivas judicializadas; e) divulgação de pautas e mobilização por meio de recursos de comunicação; f) elaboração de

pareceres, notas técnicas, estudos e *amicus curiae*; g) oferecimento de denúncias contra abuso de autoridade; h) internacionalização de casos, quando possível.

Nessa toada, dentre os diversos temas trabalhados pela CdH-UFMG, tem-se a atuação na rede de proteção às mulheres em situação de vulnerabilização, cujos filhos recém-nascidos são arbitrariamente afastados do convívio familiar. Assim, é justamente essa temática que o presente relato de experiência busca abordar, de modo a expor e analisar a atuação da Clínica de Direitos Humanos no caso.

2. Contextualização e resgate histórico

A primeira atuação da CdH-UFMG com mães em situação de vulnerabilização se deu com o seu acionamento, em 2016, pela Vara Infracional da Infância e da Juventude de Belo Horizonte, para a confecção de um *amicus curiae*: instrumento previsto no direito brasileiro para auxiliar, de forma opinativa, na formação de uma decisão judicial. Nesse caso, o *amicus curiae* foi construído em torno do objetivo de garantir que uma mãe, que encontrava-se acautelada em um centro socioeducativo, pudesse permanecer com a filha que estava gestando.

Poucos meses depois, ocorreu em Belo Horizonte, a retirada de um bebê de uma mãe que estava em tratamento no Centro de Referência de Saúde Mental - CERSAM, situação que ensejou a mobilização da rede de

saúde mental na cidade, já muito ativa. Nesse movimento, alguns profissionais mobilizaram-se no acionamento de uma rede jurídica, inicialmente composta pelo Coletivo Margarida Alves de Assessoria Popular, a qual a CdH-UFMG passou a integrar.

A partir da formação da mencionada rede jurídica, iniciou-se amplo estudo acerca dos atos administrativos e normativos que davam ensejo à retirada compulsória de bebês na cidade: as Recomendações nº 05 e nº 06 de 2014, da Promotoria da Infância e Juventude e a Portaria nº 03/2016 da VCIJBH. Por outro lado, foram analisadas as normativas de proteção à criança e ao adolescente, bem como diretrizes traçadas por atores e atrizes da rede de profissionais da saúde e da assistência social de Belo Horizonte que contrapunham-se às regras impostas pela 23ª Promotoria da Infância e da Juventude e pela Vara Cível da Infância e da Juventude.

Do estudo da Portaria nº 03/2016¹ foram verificadas uma série de irregularidades formais e materiais. Dentre elas, destacava-se o fato de o juízo da VCIJBH extrapolar a sua atribuição para edição de normativas. Não foi encontrado qualquer fundamento legal para o estabelecimento, por um(a) juiz(a) da Vara Cível da Infância e da Juventude, de regras acerca da conduta que uma maternidade deveria adotar frente ao atendimento de uma gestante ou puérpera “com dependência química e/ou trajetória de rua.” Muito ao contrário, tal previsão mostrou-se violadora do Estatuto da

Criança e do Adolescente (ECA) e da Constituição da República.

A partir da análise e também do conhecimento de diversos outros casos de acolhimento arbitrário de recém-nascidos, identificou-se que a Portaria feria os direitos e deveres dos profissionais da saúde e da assistência social ao sigilo profissional. Pensou-se, portanto, uma linha de atuação pela defesa dos profissionais envolvidos.

Logo em seguida, duas médicas da Secretaria Municipal de Saúde foram afastadas de suas funções nesse órgão, e abriu-se inquérito contra integrantes do Conselho Municipal de Saúde, criminalizados sob a justificativa de não cumprirem as determinações da VCIJBH. Tais iniciativas, contudo, contribuíram para mobilizar e aproximar ainda mais os profissionais, movimentos sociais e instituições da saúde e da defesa dos direitos humanos. Com isso, ocorreu o fortalecimento de uma rede de proteção das mães e bebês vulnerabilizados, bem como do movimento “De Quem é Este Bebê?”.

Uma vez parte dessa rede, a CdH-UFMG passou a ser acionada para atuar em uma série de casos individuais de mães que tiveram ou estavam tendo seus filhos abrigados em razão de suas vulnerabilidades e que desejavam exercer o direito de serem mães. A partir de então, o programa iniciou uma atuação com duas principais frentes que inter cruzam-se e

interpenetram-se: uma de atuação em rede, com idealização de estratégias de alcance estrutural, e outra de atuação processual voltada aos casos individuais.

3. Dificuldades e desafios da ação cotidiana - do micro ao macro

3.1 Sobre a atuação nos casos individuais

A atuação da CdH-UFMG em casos individuais judicializados no âmbito da Vara Cível da Infância e Juventude de Belo Horizonte, envolvendo a problemática da maternidade vulnerabilizada e do abrigamento arbitrário de bebês, inicia-se nos plantões de atendimento jurídico da Divisão de Assistência Judiciária da UFMG (DAJ-UFMG). Nos atendimentos realizados apurou-se, a partir das narrativas das mães assistidas, situações múltiplas e multipolares de violações de direitos humanos nos processos de afastamento de seus filhos do convívio familiar, oriundas de diferentes frentes de atuação Estatal, centralizadas nos sistemas de Saúde, Assistência Social e de Justiça.

No campo de atuação do Sistema de Saúde foram relatados desde constrangimentos nos atendimentos pré-natais com ameaças de perda dos filhos pela situação de vulnerabilização vivenciada (uso de drogas, hipossuficiência econômica, histórico de situação de rua ou perda anterior da guarda de outra criança), até atrasos na obtenção da alta hospitalar pós-parto, com a retenção indevida e injustificada de mães e bebês nas maternidades

públicas por longos períodos. Ainda de acordo com os relatos obtidos, durante o intervalo de tempo em que as assistidas permaneceram internadas nas maternidades públicas, foram constatadas preocupantes situações de perpetuação de desinformação e carência de orientações por parte de membros das equipes hospitalares acerca dos encaminhamentos administrativos e judiciais conferidos aos casos, de maneira que mães e familiares foram mantidos alienados das providências tomadas que trariam, por si só, graves repercussões sobre o destino dos recém-nascidos e do próprio núcleo familiar envolvido. Nesse cenário, ressalta-se, desde já, a quebra dos princípios estruturais do Sistema Único de Saúde, elencados no art. 7º e incisos da Lei 8.080/1990,⁵ em especial no tocante ao desrespeito aos princípios da assistência integral (inciso II), da preservação da autonomia (inciso III), da assistência em saúde livre de preconceitos (inciso IV) e do direito à informação das pessoas assistidas (inciso V).

Com o início da representação jurídica das assistidas e do acompanhamento processual propriamente dito dos casos acolhidos, foram constatados fatores ainda mais alarmantes no tocante à condução dos procedimentos judiciais que culminam com o afastamento definitivo de bebês de suas famílias de origem pela Vara Cível da Infância e da Juventude. Os procedimentos inauguram-se com a atuação, na forma de Medida de Proteção, da comunicação instruída com laudos e relatórios das equipes de assistência social dos hospitais e

maternidades públicas, de situações em que foram constatados ou apurados indícios de “grave risco”¹ envolvendo os recém-nascidos e seus genitores, especialmente em razão da “dependência química” ou “trajetória de rua”. A referida comunicação ocorre no exíguo prazo de 48 horas do nascimento da criança, conforme determinava a Portaria, e dá ensejo a decisão judicial em caráter liminar determinando o acolhimento institucional do recém-nascido. Isto é, a ordem judicial de afastamento da criança de sua família ocorre de forma preliminar num processo desprovido de petição inicial, antes mesmo da verificação das reais possibilidades da permanência da criança em seu núcleo familiar, e sem uma avaliação cuidadosa da situação de seus genitores ou busca ativa de outros familiares que poderiam responsabilizar-se pelos cuidados da criança.

Nos casos acompanhados, verificou-se a ausência de intimação pessoal dos genitores e familiares das decisões que determinaram o acolhimento institucional de suas crianças, sendo ainda mais grave a privação de oportunidades de oitiva da família no decorrer dos procedimentos protetivos, por parte do Juízo da VCIJBH. No procedimento das Medidas de Proteção, verifica-se, portanto, o descumprimento a determinações expressas do Estatuto da Criança e Adolescente (Lei 8.069/90),⁶ mais especificamente, em relação ao disposto no art. 101, §§ 1º e 2º do ECA, quanto à qualificação do acolhimento institucional como medida provisória e excepcional a ser levada a cabo somente após o

esgotamento das possibilidades de manutenção ou reintegração da criança no seio de sua família natural, além da obrigatoriedade de o afastamento ser instituído por procedimento judicial contencioso, no qual seja garantido aos genitores o exercício pleno do contraditório e da ampla defesa. Os procedimentos protetivos incorrem, também, no desrespeito ao disposto no art. 153, parágrafo único do ECA, que diz da possibilidade de condução de providências de ofício pelo Juiz quando tais medidas não estiverem disciplinadas em lei, porém, veda a atuação judicial oficiosa em quaisquer procedimentos que impliquem o afastamento da criança de sua família de origem.

O desrespeito ao contraditório e à ampla defesa verificado nos procedimentos de proteção é, também, reforçado pela não designação imediata de defensor público ou advogado dativo para atuar na representação judicial dos genitores e familiares desde a instauração dos processos. Fator que, em muito, contribui para o agravamento do estado de alienação de genitores e familiares quanto às providências institucionais que trarão consequências dramáticas para si e contribuirão para o acirramento da desestruturação de seu núcleo familiar. Nesse aspecto, fator ainda mais preocupante é a precariedade da publicidade dos pronunciamentos judiciais e andamentos processuais levada à cabo pela Vara Cível da Infância e da Juventude de Belo Horizonte, tendo sido verificado que, mesmo com a

existência de procuradores cadastrados nos autos dos processos, as decisões e despachos não são publicadas em Diário Oficial como prevê o art. 203 § 3º do CPC,⁷ não havendo, portanto, intimação oficial dos procuradores dos atos processuais. Sob a alegação de agilidade processual em razão do princípio da intervenção precoce nos procedimentos afetos à infância e juventude, são praticadas graves violações de garantias fundamentais das partes, pressupostos processuais e prerrogativas de advogados, mitigando o contraditório e a ampla defesa e maculando os procedimentos com nulidades processuais.

Com o avançar das Medidas de Proteção, o Ministério Público, chamado a comparecer nos autos para opinar em favor do melhor interesse da criança, propõe ação de destituição de poder familiar em face dos genitores com fundamento nos arts. 101, § 10 do ECA e 1.638 do Código Civil. A partir daí, acirra-se a desintegração dos vínculos da criança com a sua família de origem, e, não raro, são tomadas providências que determinam a suspensão das visitas dos genitores e familiares às crianças nos abrigos e ordenam, de pronto, o encaminhamento das crianças para famílias substitutas. Tal colocação pode ocorrer em caráter provisório (guarda), temporário (tutela) ou definitivo (adoção), com a efetivação da adoção das crianças contra a vontade dos genitores e ignorando outras possibilidades de manutenção da criança em sua família de origem. Deste modo, a prioridade conferida pela legislação específica

à preservação dos vínculos familiares, à reintegração familiar e à preferência legal da permanência da criança com a família extensa são, a todo tempo, menosprezadas nos procedimentos judiciais, desrespeitando os artigos 4º; 19; 39, § 1º; 92, I e II; 100, X; e 101, § 1º do ECA.

É essencial demarcar que todo o procedimento judicial descrito é instruído e alimentado por uma intensa produção de relatórios médicos, psicossociais e socioassistenciais, atualizados periodicamente conforme dispõe o ECA e por solicitação do Juiz ou do Ministério Público. À exceção dos relatórios inaugurais dos procedimentos protetivos que advêm de hospitais e maternidades públicas, novos relatórios são produzidos pelas próprias equipes interdisciplinares das instituições de acolhimento ou de setores especializados em produção de estudos familiares da própria Vara. Tratam-se de documentos dotados de alto grau de influência decisória e elevadíssimo peso probatório nos processos, mesmo quando ausentes as possibilidades de contraditório mediante a impugnação de seu conteúdo, como no caso das Medidas de Proteção. As informações e narrativas construídas no âmbito de tais relatórios são, muitas vezes, reiteradas pelo Ministério Público e tomadas como verdades fáticas e jurídicas nos processos, entendidas como suficientes para orientar e justificar o afastamento de crianças de suas famílias de origem, ainda que sem qualquer conexão com os requisitos legais exigidos para a adoção

dessa medida. O que pode ser observado, de fato, é uma produção técnica bastante prejudicada por preconceitos pessoais dos profissionais subscritores, repleta de avaliações subjetivas e julgamentos morais, sem indicação clara da metodologia científica objetiva utilizada para a devida avaliação dos núcleos familiares, que são, em sua grande maioria, compostos por pessoas humildes e com baixo grau de escolaridade. É patente, portanto, o poder de influência dos profissionais envolvidos nas instituições de acolhimento e nos setores de estudos à serviço do Poder Judiciário na perpetuação de tão grave conjuntura.

Nessa atuação, é essencial compreender que defender os direitos e garantias dos genitores é defender, simultaneamente, o melhor interesse da criança, partindo-se dos princípios norteadores das políticas públicas voltadas às crianças e adolescentes de fortalecimento, empoderamento e preservação da autonomia dos núcleos familiares vulnerabilizados.

Também mostra-se de forma cada vez mais evidente, que para trazer soluções efetivas a esses casos e para buscar garantir o direito dessas famílias e crianças à convivência familiar, é necessário atuar em rede com todos os equipamentos públicos e redes de proteção e assistência disponíveis. É necessário que fiquem bem articulados o Conselho Municipal da Criança e do Adolescente (CMDCA), o Conselho Tutelar, a Vara da Infância, o Ministério Público, os Centros de Saúde, as maternidades, os CRAS (Centros de Referência de Assistência Social), a Defensoria Pública, os procuradores particulares e todos os demais serviços e equipamentos que tenham contato direto com essas famílias.

3.2 Sobre a atuação em rede

A necessidade de articulação com todos os atores e atrizes já mencionados mostrou-se ainda mais clara quando verificado o alarmante número de abrigamento de bebês recém-nascidos em Belo Horizonte.

Quadro 1. Número de crianças acolhidas em Belo Horizonte, até um ano de idade, desde o ano de 2014.

Ano	Conselho Nacional de Justiça	Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social
2014	174	74
2015	115	128
2016	100	118
2017 (meses de janeiro a julho)	39	23
Total	428	343

Fonte: Dados retirados de reportagem.⁸

Tais números demonstram que estes não são casos isolados, mas, sim, situações prejudiciais generalizadas oriundas de uma sistemática estruturada dentro da rede de proteção à criança e ao adolescente. Unindo essa constatação às denúncias recebidas, fica evidente que a atuação não deve restringir-se à defesa individualizada no processo judicial, sendo necessário pensar estratégias de maior alcance. É aqui que torna-se necessário o acionamento das redes de proteção existentes e a mobilização social visando soluções estruturais e ampliadas para o conflito.

Indo além, entende-se que cabe à CdH-UFMG, como atriz jurídica, fomentar o uso das estratégias de *advocacy* e de litigância estratégica em direitos humanos mencionadas acima, munindo os demais atores/atrizes de instrumentos para combater as violações verificadas.

Para possibilitar esse trabalho, o primeiro passo é a participação em reuniões periódicas da rede de mobilização, incluídos aí movimentos sociais, coletivos e demais grupos engajados na defesa do direito à convivência familiar dessas crianças, com o fim de compreensão do quadro de violações e elaboração de estratégias conjuntas com os envolvidos, tanto no trabalho jurídico, quanto em termos de atenção à saúde e assistência social a mães e bebês.

O segundo passo é justamente levar as violações ao conhecimento das instâncias de

poder decisório, requerendo que sejam tomadas as atitudes necessárias, com a finalidade de reverter a sistemática de violações de direitos. Como exemplo, já foram realizados pedidos de declaração de inconstitucionalidade da Portaria nº 03/2016 da VCIJBH; comunicações às instâncias internacionais acerca do quadro violatório instalado em Belo Horizonte, mais especificamente à Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH-OEA); denúncias a órgãos públicos com atribuição para incidir na questão; nota técnica acerca das normativas, dentre outros outros documentos extrajudiciais.

Simultaneamente, é fundamental a visibilização da pauta na sociedade e, inclusive, no meio acadêmico. Nesse sentido, tem-se promovido seminários e outros encontros, em parceria com os demais integrantes da rede de proteção, os quais contribuem para a manutenção da pauta na mídia e para a reflexão sobre os seus efeitos e causas.

4. Considerações Finais: Desafios e Perspectivas

Diante da atuação da CdH-UFMG em casos individuais e também a partir da integração com a rede de mobilizações e proteção de direitos humanos na cidade de Belo Horizonte foi possível identificar uma série de desafios à atuação e à proposição de soluções para os casos.

Um dos primeiros problemas enfrentados é a

dificuldade de fiscalização dos atos estatais relativos à proteção da criança e do adolescente, devido à falta de transparência, usualmente justificada com base no fato de que os processos judiciais referentes aos procedimentos protetivos e de destituição do poder familiar correm em sigilo judicial no âmbito das Varas da Infância e da Juventude. Nesse sentido, tem-se encontrado dificuldades na sistematização e obtenção de dados, necessários para um melhor entendimento do quadro, devido a retaliações sofridas por alguns integrantes da rede fundadas na suposta quebra do sigilo processual.

Outro problema identificado é a falta de estrutura do Poder Judiciário na orientação e encaminhamento para utilização do aparato público de fortalecimento dos núcleos familiares e tratamento de saúde. Isso é agravado pelo fato de que pessoas em situação de uso abusivo de substâncias psicoativas e trajetória de rua enfrentam ainda mais obstáculos no acesso à justiça, diante de exigências burocráticas e prazos rígidos do sistema de justiça. Nesse sentido, advogados e defensores públicos encontram obstáculos na assessoria jurídica a essas mães e pais, de modo que mostra-se essencial o trabalho em cooperação com os equipamentos públicos que atuam no território de residência dos genitores, como o CERSAM (Centro de Referência em Saúde Mental) e o CERSAM-AD (Álcool e outras drogas), CRAS, CREAS (Centros de Referência Especializados em Assistência Social), Consultório de Rua, GERASA (Gerência Regional de Atenção à Saúde), entre outros.

Assim, por meio da integração da rede de apoio às maternidades públicas e ao Conselho Tutelar é que podem ser traçadas estratégias adequadas para a garantia de um desenvolvimento saudável aos infantes, próprias de uma formação técnica compatível com as diretrizes da psicologia e da assistência social.

Em verdade, a instância judicial deve ser acionada somente nos casos em que todo o aparato municipal de políticas públicas e integração não tenha sido suficiente para apoiar a família natural, expondo o infante a uma situação de ameaça ou violação de direitos. Mas não é isso que vem ocorrendo. Muito pelo contrário, a atuação proeminente do Poder Judiciário, sobretudo com a publicação da Portaria nº 03 da VCIJBH, vem construindo um panorama de judicialização da vida, em que o Poder Judiciário ultrapassa a condição de instrumento na garantia de direitos fundamentais para assumir um papel próprio do gestor público, elaborando estruturas de políticas públicas diferentes do aparato instituído pelo Poder Executivo. Afinal, a proposta feita pela Vara destoava claramente da política que vinha sendo implementada de construção de soluções em rede.

Na medida que em que o Poder Judiciário tomou para si o papel de operador das diretrizes municipais no acompanhamento de gestantes e genitoras em situação de uso de substâncias psicoativas e trajetória de rua, ele dificultou o diálogo da rede de saúde e assistência e passou a pressupor situações de

risco. As inúmeras adversidades encontradas nesse procedimento, considerando a tendência de aumento no número de recém-nascidos em situação de acolhimento institucional, são extremamente prejudiciais ao sujeito em desenvolvimento, pela perda da oportunidade de manter laços afetivos com sua família.

Diante disso, é fundamental refletir acerca dos limites do Direito na construção de soluções para esse cenário. Fica claro que o campo jurídico não possui instrumentos suficientes para resolver esses conflitos. A defesa nas ações judiciais é essencial para a busca de garantia de direitos e, por isso, dela não se pode abrir mão. Nesse sentido, é necessária uma reflexão acerca do papel assumido pelo Poder Judiciário no cenário apresentado, bem como o papel e os limites da advocacia popular e da Defensoria Pública na assessoria de genitores que tiveram seus filhos abrigados compulsoriamente. No entanto, considerando a multiplicidade de atores e de garantias

fundamentais em questão, é essencial o tratamento desses casos no campo das políticas públicas, onde podem ser adotadas medidas para o fortalecimento dos laços familiares e do acesso a direitos sociais.

A Clínica de Direitos Humanos da UFMG (CdH-UFMG), como integrante da rede de proteção e mobilizações, busca enfrentar os elementos aqui abordados, ciente de que sua atuação está intrinsecamente vinculada às relações de poder provocadas pela intervenção do Estado, especialmente do Judiciário. Cabe à CdH-UFMG, portanto, na asserção de seu papel como representante da universidade pública, suscitar as discussões aqui trabalhadas e reafirmar, sempre, a noção de que o Direito não deve constituir-se como um saber hermético e apartado de outros campos do conhecimento. Ao contrário, deve buscar a constante articulação de saberes e a integração com a sociedade na resolução de conflitos, evitando a ampliação dos danos a partir de sua intervenção.

Notas

¹ Há notícias na mídia sobre o acolhimento de bebês em Belo Horizonte, no ano de 2013, tanto nos sítios eletrônicos do veículo R7 como da rádio Itatiaia. Disponível em: <<http://noticias.r7.com/minas-gerais/usuario-de-crack-leva-filho-para-boca-de-fumo-em-bh-22052013>> e <<http://www.itatiaia.com.br/noticia/dois-bebes-sao-abandonadas-diariamente-em-bh-por-maes-viciadas-em-crack>>. Acesso em: 18/09/2017.

² Coletivo de advogadas (os) que presta assessoria jurídica popular a movimentos sociais, ocupações urbanas, comunidades tradicionais, coletivos organizados, dentre vários outros grupos que politizam as relações sociais no campo e na cidade.

³ O Movimento “De Quem é este bebê?” surgiu em Belo Horizonte em contraposição à prática reiterada de afastamento compulsório dos bebês de suas mães, que foi reforçada com as Recomendações nº 05 e 06 do MPMG e com a Portaria nº 03 da VCIJ, por acreditar que tais atos violam os direitos das mulheres e das crianças e ferem os princípios éticos dos profissionais de saúde. Assim, o movimento defende a individualização do atendimento às gestantes e a instituição de um fluxo de atendimento de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente e que possibilite o apoio e tratamento em rede das mulheres gestantes.

Referências

- ¹Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais. Vara Cível da Infância e da Juventude. Portaria nº 3/VCIJBH/2016, 25 de julho de 2016.
- ²Aleixo LSP, Drummond AN, Nicacio CS, Soares, FM, Thibau, TCS. Clínicas de direitos humanos e o ensino jurídico no Brasil. 1. ed. Belo Horizonte: Arraes; 2017. 184p.
- ³Bonamusa M, Villar R. Estructura de oportunidades políticas y advocacy: elementos para un modelo político del tercer sector. Primer Encuentro de la Red de Investigaciones del Tercer Sector en América Latina, abril de 1998. Rio de Janeiro; 1998.
- ⁴Cavallaro J, Elizondo García F. ¿Cómo establecer una Clínica de Derechos Humanos? Lecciones de los prejuicios y errores colectivos en las Américas. Rev Derecho Libertad. 2011; (6):124-140.
- ⁵Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [citado 17 set 2017]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_3/leis/L8080.htm>.
- ⁶Lei 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 17 set 2017]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm.
- ⁷Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015. Código de Processo Civil [Internet]. 2015. [citado 17 set 2017]. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil03/ato2015-2018/2015/lei/l13105.htm>>.
- ⁸Maciel A. “Tive que entregar meu filho para uma desconhecida”. Agência Pública [Internet]. 20 de julho de 2017. [citado 17 set 2017]. Disponível em <<http://apublica.org/2017/07/tive-que-entregar-meu-filho-para-uma-desconhecida/>>.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n1suplemp221-226>**Por favor, não tire minha filha de mim! uma mãe não pode suportar ficar longe da filha**

I beg, do not take my daughter away from me! a mother can't bear to be separated from her daughter!

Priscilla Victória Rodrigues Fraga

Assistente social, pós graduada em neonatologia e atualmente trabalha na Equipe do Consultório de Rua de BH
E-mail: priscilla.victoria@gmail.com

Resumo

Objetivo: Relatar a experiência de uma profissional assistente social, com o apoio da rede socioassistencial do município de Belo Horizonte, no acompanhamento a uma mãe em situação de vulnerabilidade social. **Métodos:** As informações foram compiladas em agosto de 2017 através dos atendimentos e de registros dos relatos da mãe acerca da sua trajetória de privações, violações de direitos desde a infância e da percepção negativa da sua relação com os meios de proteção do Estado. **Resultados:** A internação hospitalar da mãe e bebê permitiu o adequado acolhimento e acompanhamento da equipe de saúde, o que gerou a identificação das demandas e a articulação com equipamentos de apoio disponíveis na rede socioassistencial. Essa estratégia possibilitou o fortalecimento e promoção da família através de sua inserção nas políticas públicas de saúde, habitação e assistência social, bem como contribuiu para a garantia de direitos da mãe e do bebê. **Conclusão:** O trabalho em rede afirmou sua potencialidade na articulação do cuidado integral a saúde e na garantia de direitos do cidadão, mediante a construção de um projeto terapêutico que considerou as singularidades e necessidades do sujeito individualmente.

Palavras-chave: Vulnerabilidade social; Proteção social em saúde; Serviço social; Política de saúde.

Abstract

To report the experience of a social worker, with the support of the social assistance network of the city

of Belo Horizonte, in the monitoring of a mother in a situation of social vulnerability. Methods: The information was compiled in August 2017 through the consultations and records of the mother's reports about her trajectory of deprivation, violations of rights since childhood and the negative perception of her relationship with the State's means of protection. Results: The hospital admission of the mother and baby allowed the adequate reception and monitoring of the health team, which generated the identification of the demands and the articulation with support resources available in the social assistance network.

Introdução

Esmeralda deu entrada ainda gestante na Maternidade. No momento da internação a equipe identificou que a gestante estava desacompanhada, sem documentos, usando tornozeleira de monitoramento eletrônico, sem cartão de pré-natal, com uma aparência bem emagrecida, muito descabelada, não possuía roupas e produtos de higiene para ela e nem para o bebê, não sabia o sexo do bebê e declarou para equipe que era usuária de crack. O fato é que Esmeralda apresentava-se visivelmente vulnerável na maternidade.

Sua filha Safira nasceu e, algumas horas após o nascimento, a mãe foi abordada no leito por duas assistentes sociais. Neste momento a mãe se mostra assustada com a presença das profissionais e, a todo tempo, demonstra grande receio em perder a filha. Por diversas vezes a puérpera diz:

– Por favor! Não tire minha filha de mim! Uma

This strategy made it possible to strengthen and promote the family through its insertion in health, housing and social assistance public policies, as well as contributed to the guarantee of rights of mother and baby. Conclusion: In this way, it is concluded that the network work affirmed its potential in articulating integral health care and guaranteeing citizens' rights, through the construction of a therapeutic project that took into account the singularities and needs of each individual subject.

Keywords: Social vulnerability; Public policy; Social work; Health policy.

mãe não pode suportar ficar longe da filha.

A equipe explicou para a puérpera que ela e Safira precisavam de cuidados e que, por isso, ela precisava se acalmar. Disseram também que, no dia seguinte, a equipe prosseguiria acompanhando as duas, pensando nas possibilidades de cuidados delas e garantiram para Esmeralda que, durante todo momento da internação, ela permaneceria ao lado da filha. Entretanto, as profissionais não poderiam garantir que mãe e filha permaneceriam juntas após a alta hospitalar, considerando a portaria Nº 3/2016 da Vara Cível da Infância e Juventude de Belo Horizonte,¹ que dispõe sobre os procedimentos para encaminhamento de crianças recém-nascidas e os genitores ao Juízo da Infância e da Juventude que era vigente à época.

No dia seguinte, após um segundo atendimento, foi possível perceber o quanto

essa mulher era uma pessoa doce e sofrida, marcada por uma sequência de privações e direitos violados ao longo de sua vida. Nesse atendimento Esmeralda relatou que foi abusada sexualmente pelo padrasto aos 12 anos de idade. A menina Esmeralda buscava a mãe como um refúgio e contou o ocorrido, porém a mesma não foi acolhida por sua mãe. Assim, ainda aos 12 anos de idade, a pequena Esmeralda saiu de casa buscando fugir das violências vivenciadas no lar.

Desde então Esmeralda viveu migrando na casa de familiares, amigos, em trajetória de rua, até que teve sua primeira filha Rubi. Esmeralda viveu por alguns anos em trajetória de rua com Rubi, até que foi aconselhada pelo Conselho Tutelar do município em que vivia, no Espírito Santo, a entregar sua filha para sua mãe, pensando na possibilidade de cuidado da criança com a família extensa, sob a alegação da impossibilidade da criança viver por tanto tempo em trajetória de rua.

Esmeralda chora muito ao contar que entregou sua filha para sua mãe criar, mas afirma em seguida que sabe que fez o melhor para a filha, pois tinha um grande medo que Rubi fosse entregue para adoção. Desde então Esmeralda nunca mais viu a filha que segue com a avó no estado do Espírito Santo/ES.

Depois de um tempo Esmeralda tem uma nova gestação, desta vez ela gesta um menino. A mãe relata que, desde logo após o nascimento e alta hospitalar, o pequeno Berilo foi para casa com a

avó paterna, com quem reside até hoje. Desde então Esmeralda nunca mais viu o filho.

A todo tempo Esmeralda se mostra preocupada, pede ajuda e reafirma:

– Eu não posso perder minha filha! Não há nada mais triste do que perder o filho.

Não podíamos garantir à puérpera que a mesma ficaria com a criança, mas afirmamos que iríamos buscar, juntamente de outros equipamentos da rede socioassistencial, a elaboração de um plano de cuidado para mãe e bebê.

Esmeralda não tinha documentos e isso impossibilitava o preenchimento da Declaração de Nascido Vivo (DNV) de sua filha. Além disso, ela relata que estava em descumprimento da medida cautelar alternativa à prisão, pois a tornozeleira eletrônica estava descarregada há muito tempo.

Ao detalhar um pouco mais sobre sua vida, a mãe conta que veio com o companheiro do Espírito Santo para Minas Gerais e, chegando aqui, viveram em trajetória de rua. Segundo o relato da puérpera, o casal recebeu uma proposta de um traficante que ofertou abrigo em um barracão, mas, em contrapartida, o casal precisava guardar as drogas que o mesmo comercializava. O casal aceitou a proposta e passou a trabalhar para o tráfico. Em pouco tempo foram presos. Considerando que Esmeralda estava gestante, o juiz resolveu aplicar uma pena para que a gestante

cumprisse em liberdade, com o monitoramento eletrônico.

Esmeralda diz que no barracão não havia energia elétrica, o que a impossibilitava de recarregar a tornozeleira, sendo que o recarregador do aparelho logo foi furtado, pois havia grande circulação de pessoas no barracão. Ela relata que, às vezes, ficava na calçada até às 3h da madrugada esperando o movimento acabar para poder entrar e dormir. Ela foi aceita de volta no barracão, mas devido à gestação, não foi autorizada pelos colegas a permanecer lá durante as atividades, revelando assim uma regra de conduta moral definida por seu grupo.

A puérpera diz que sente muito medo de ser presa novamente e repete que precisa ficar com a filha, que fará tudo o que for possível para ficar com ela, se prontificando, inclusive (entre choro intenso), a procurar a polícia para tentar “resolver a situação”.

Pensando no cuidado integral do binômio mãe/filha, a rede socioassistencial foi acionada por e-mail e contatos telefônicos com um breve relato do caso, com o objetivo de pensar coletivamente e articular o cuidado das duas. A equipe do Consultório de Rua reconheceu a história de Esmeralda e, rapidamente, se deslocou à maternidade para discutir o acompanhamento e ver pessoalmente a puérpera que eles já haviam atendido na cena de uso.

A partir da articulação com a rede foram

definidos alguns encaminhamentos. Mãe e bebê permaneceriam na unidade hospitalar em internação social em uma unidade assistencial da instituição até que a equipe básica da Assistência Social articulasse a segunda via dos documentos da mãe; o Consultório de Rua levaria a puérpera à defensoria pública para obter acesso à orientação jurídica e defesa; a Maternidade seguiria em busca de um abrigo público que acolhesse mãe e bebê; a equipe do Consultório de Rua levaria a puérpera para acompanhamento no Centro de Referência da Saúde Mental Álcool e Drogas (CERSAM AD) e, após a chegada da documentação, a família seria encaminhada para cadastramento nos serviços da Atenção Primária em Saúde e no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS).

Durante uma reunião na unidade hospitalar com uma equipe do sistema penitenciário de Minas Gerais, que tinha o objetivo de definir algumas questões sobre o atendimento das gestantes encarceradas, o caso de Esmeralda foi citado de maneira informal. Inesperadamente, na tarde desse mesmo dia fomos informadas que a equipe da Polícia Civil de Minas Gerais foi acionada e que enviaria uma equipe até a unidade hospitalar para realizar a retirada da tornozeleira eletrônica de Esmeralda, pois, naquele momento, não havia nenhum mandato de busca e apreensão para Esmeralda.

O momento da retirada da tornozeleira eletrônica foi marcado por muita emoção para a puérpera e a equipe. Quando a mãe foi

informada da retirada da tornozeleira, a mesma estava de pé, amamentando sua filha. Com os seios expostos, vibrante, a mãe apoia o pé direito no marco da porta e eufórica diz:

–Tira, tira! Pode tirar agora, eu não quero esperar nenhum minuto.

Entre risadas a enfermeira da equipe se dispõe a carregar a bebê. A puérpera segue eufórica, recolhe os seios, ajeita e roupa e coloca o pé apoiado novamente no marco da porta. O policial civil pega um instrumento cortante, retira a tornozeleira e pede para Esmeralda assinar o documento e, em seguida, entrega uma via para ela.

Os policiais se despedem e a puérpera abraça a equipe técnica com muita empolgação. A equipe toda se comove, alguns choram de forma discreta e começam a dar felicitações e palavras de encorajamento para Esmeralda. Então Esmeralda diz:

–Agora só falta eu ter minha casa e esperar meu companheiro voltar.

Em seguida, o CRAS providenciou o encaminhamento para retirada da segunda via do documento de identidade de Esmeralda; a DNV da criança foi preenchida; a vaga no abrigo público foi disponibilizada para a família; Safira foi registrada e o documento foi encaminhado pelo cartório para que o pai pudesse assumir a paternidade e ter seu nome no registro da filha. Esmeralda é cadastrada no Programa Bolsa

Família e hoje mãe e filha seguem residindo juntas em um abrigo público, acompanhadas pela equipe técnica do abrigo, CERSAM AD, CRAS, Defensoria Pública e Centro de Saúde.

Diante do presente relato, um dos aspectos importantes a ser problematizado é o fato dessas mulheres, que são mães e usuárias de drogas, fugirem ao padrão idealizado de mãe, onde a sociedade coloca em xeque sua habilidade de cuidar do outro. Assim, nessa imagem materna idealizada apresenta-se um antagonismo entre o ser mãe e ser usuária de drogas.² Neste contexto é importante considerar que a gestação para as usuárias de drogas se revela também como uma oportunidade de reposicionamento frente a algo que toca no corpo e ajuda a ressignificar o simbólico.³

O relato em questão revela o cuidado integral, constituído como um ato em saúde nas vivências cotidianas dos sujeitos nos serviços de saúde, possibilitando a germinação de experiências que produzem transformações na vida das pessoas.⁴ Desta forma, o acolhimento no serviço de saúde se revelou como o produto de uma relação entre usuário e trabalhadores, passando pela atenção, pelo refúgio, pela escuta das necessidades do sujeito, pela subjetividade e pelo processo de reconhecimento de responsabilizações entre o serviço e o usuário. Assim, o acolhimento na saúde se revelou como a construção de uma nova ótica no modo de ver a doença e o sofrimento, com compromisso e com

responsabilidade social em busca da construção de cidadania.⁵ A articulação da rede socioassistencial, bem como a vinculação da

mãe às políticas públicas, mostrou-se como instrumento fundamental para a garantia de direitos e promoção dos sujeitos.

Notas

^I Nome fictício

^{II} Nome fictício

^{III} Nome fictício

^{IV} Nome fictício

Referências

¹Portaria nº 3/VCIJBH, de 22 de julho de 2016. Dispõe sobre o procedimento para encaminhamento de crianças recém-nascidas e dos genitores ao Juízo da Infância e da Juventude, assim como, oitiva destes, nos casos de graves suspeitas de situação de risco, e sobre o procedimento para aplicação de medidas de proteção. Diário do Judiciário Eletrônico TJMG. [Internet] 2016 25 jul [citado 02 nov 2017]:29-33. Disponível em: <http://ftp.tjmg.jus.br/juridico/diario/index.jsp?dia=2207&completa=2inst%7Cadm>.

²Garcia MLT, Menandro LMT, Uliana RSS. Perfil de mães usuárias de drogas em situação de perda da guarda dos filhos em Vitória/ES. *Libertas*. v.16, p. 27-46, 2016. [citado 27 jan 2018]. Disponível em: <https://libertas.uff.emnuvens.com.br/libertas/article/view/2994>.

³Costa JV, Cruz DV, Ianarelli R. Gestar o real do corpo: O direito à maternidade possível. VI Congresso Internacional da ABRAMD - Drogas e Autonomia: Ciência, Diversidade, Política e Cuidados; 7 a 10 de novembro de 2017; PUC Minas. Belo Horizonte: PUC Minas; 2017.

⁴Pinheiro R. Integralidade em saúde - Integralidade como princípio do direito à saúde. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde* [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2009. [citado 10 nov 2017]. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>.

⁵Bueno WS, Merhy EE. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. [citado 27 jan 2017]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-14.pdf>.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n1suplemp227-229>**Síntese do caso do acolhimento compulsório de bebês na cidade de Belo Horizonte segundo a Defensoria Especializada da Infância e Juventude da capital****Wellerson Eduardo Corrêa**

1ª Defensoria da Infância e Juventude Cível de BH

Thaís Amaral Braga Falleiros

2ª Defensoria da Infância e Juventude Cível de BH

Adriane Da Silveira Seixas

3ª Defensoria da Infância e Juventude Cível de BH

Daniele Bellettato Nesrala

4ª Defensoria da Infância e Juventude Cível de BH

Em julho de 2014 a 23ª Promotoria da Infância e Juventude Cível de Belo Horizonte editou as Recomendações nº 05 e nº 06,^{1,2} visando orientar as maternidades e os centros de saúde públicos a comunicarem a Vara da Infância e Juventude os casos de parturientes que relatassem terem feito o uso de drogas em algum momento.

Na sequência, foi editada a Portaria 03 de 2016 da Vara da Infância e Juventude Cível de Belo Horizonte,³ MG, no mesmo sentido.

Como consequência, houve o aumento substancial do número de acolhimentos compulsórios de bebês diretamente da maternidade.

Nesse sentido, a Defensoria Pública Especializada passou a adotar diversas medidas judiciais e extrajudiciais para a solução do problema, não apenas dentro dos processos de acolhimento, destituição de

poder familiar e adoção, mas buscando uma atuação sistêmica, mobilizando diversos setores da rede de proteção à infância, com vistas a uma solução verdadeira e a restauração da saúde do sistema de proteção dos direitos da Criança e do Adolescente em Belo Horizonte, que encontra-se fragilizado pela difusão institucional da discriminação.

O objetivo das diversas providências tomadas pela Defensoria Pública da Infância e Juventude Cível de Belo Horizonte é reduzir o número de acolhimentos institucionais de bebês, para que se restrinjam a casos graves, em que o risco à criança seja concreto e comprovado, conforme preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente, extirpando a absurda prática de acolhimento compulsório cautelar, direto das maternidades.

Outrossim, em dezembro de 2014, foi expedida a *Recomendação Conjunta* nº 01/2014/ODHTCMG/DPDH/DPIJC, de

19/12/2014, que teve como escopo demonstrar a inadequação legal das Recomendações expedidas pelo MPMG, as quais violam os princípios e regras estabelecidos no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Nos anos de 2014 e 2015 os Defensores da Especializada participaram de diversas reuniões com os atores da rede, bem como de seminários e audiências públicas visando sedimentar a necessidade de se seguir o fluxo estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, não havendo a necessidade de comunicação imediata da Vara da Infância, mas sim do Conselho Tutelar em caso de suspeita de situação de vulnerabilidade.

Contudo, em julho de 2016, apesar de todo o esforço da rede, no sentido de fazer com que o acolhimento compulsório de bebês fosse extirpado, o Juízo da Vara da Infância e Juventude Cível da capital editou a Portaria nº 3/VCIJB/2016.

Essa Portaria determinou às maternidades que comunicassem, em 48 horas, os casos em que a gestante ou parturiente se encontre em situação de risco em virtude de trajetória de rua ou dependência química.

Referido ato normativo manteve e reforçou, na prática, o acolhimento compulsório. Por conseguinte, foi necessária nova atuação da Defensoria Especializada, o que culminou com a propositura de diversas Correções Parciais, a

impetração de *Habeas Corpus*, mandado de segurança e ação civil pública.

Neste sentido restou impetrado *Habeas Corpus* Coletivo Preventivo, que visa à expedição de um provimento judicial impedindo que recém-nascidos sejam retidos nas maternidades públicas da capital. Restou ainda distribuída Ação Civil Pública para que, nos casos estritamente necessários de acolhimento, seja determinado às instituições de acolhimento que franquem o acesso diário e contínuo das genitoras a seus bebês, garantindo-se o direito de amamentação das crianças, bem como seja determinado que o Município fiscalize a execução dessa medida.

Desde que a Defensoria Especializada começou a combater o acolhimento compulsório de bebês diretamente da maternidade, apesar das enormes dificuldades enfrentadas, foi possível perceber que houve um chamamento das funções dos atores da rede de proteção da criança e do adolescente, ficando mais robusta a integração entre eles, com implicação no desenvolvimento e fortalecimento das políticas públicas.

Outros resultados ainda serão percebidos a médio-longo prazo, mas como resultados atuais registra-se a revogação da Portaria nº 3/VCIJB/2016 expedida pelo Juízo da Vara da Infância e Juventude Cível de Belo Horizonte, o que ocorreu após a impugnação do ato pela Defensoria Especializada junto ao CNJ, bem como a implementação de Grupo de Trabalho

para viabilizar o direito à amamentação das crianças acolhidas institucionalmente, medida estabelecida em audiência de conciliação referente à Ação Civil Pública porposta pela

Defensoria Especializada.

DEFENSORIA ESPECIALIZADA DA INFÂNCIA E JUVENTUDE DA CAPITAL DO ESTADO DE MG

Referências

¹Recomendação nº 5/PJIJBH/MPMG, de 16 de junho de 2014. Recomendação aos médicos, profissionais de saúde, diretores, gerentes e responsáveis por maternidades e estabelecimentos de saúde. Belo Horizonte: Ministério Público do Estado de Minas Gerais; 2014.

²Recomendação nº 6/ PJIJBH/MPMG, de 06 de agosto de 2014. Recomendação aos médicos, profissionais de saúde, Agentes Comunitários de Saúde, gerentes e responsáveis por Unidades Básicas de Saúde. Belo Horizonte: Ministério Público do Estado de Minas Gerais; 2014.

³Portaria nº 3/VCIJBH, de 22 de julho de 2016. Dispõe sobre o procedimento para encaminhamento de crianças recém-nascidas e dos genitores ao Juízo da Infância e da Juventude, assim como, oitiva destes, nos casos de graves suspeitas de situação de risco, e sobre o procedimento para aplicação de medidas de proteção. Diário do Judiciário Eletrônico TJMG. [Internet] 2016 25 jul [citado 04 mai 2017]:29-33. Disponível em: <http://ftp.tjmg.jus.br/juridico/diario/index.jsp?dia=2207&completa=2inst%7Cadm>.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n1suplemp231-241>**Eçara: resistência de quem busca e encontra solidariedade na equipe do consultório de rua**

Eçara: resistance of those who seek and find solidarity in the team of the office of street

Maria Odete Pereira

Doutora em Ciências pela Faculdade de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professora da Escola de Enfermagem da UFMG. E-mail: modetepereira@gmail.com

Alzira de Oliveira Jorge

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Professora da Faculdade de Medicina da UFMG. E-mail: alziraojorge@gmail.com

Natália de Magalhães Ribeiro Gomes

Estudante de Enfermagem da UFMG. E-mail: nataliamrg@gmail.com

Caio Couto Pereira

Estudante de Medicina da UFMG. E-mail: caiocoutopereira@gmail.com

Mônica Garcia Pontes

Mestranda da UFMG e Diretora de escola em Contagem/MG. E-mail: monicagpontes78@gmail.com

Resumo

Objetivo: Descrever a narrativa de uma usuária-guia e realizar uma análise. **Métodos:** O presente estudo caracteriza-se como pesquisa qualitativa, do tipo interferência, delineado como estudo de caso, definido a partir da experiência e percurso da usuária-guia. Foram observadas todas as recomendações éticas da Resolução 446/2012. **Resultados:** Eçara teve nove filhos tendo lhe sido retirado quatro deles. Depois de muitos anos de sofrimento e dor, a usuária encontrou a equipe de consultório de rua, que lhe ajudou a conseguir uma vaga em abrigo público e começar um novo projeto de vida em família. **Conclusões:** O Consultório de Rua investiu seus recursos humanos em Eçara e teceram uma rede de solidariedade, para que nela mãe e filhos pudessem ser acolhidos e a usuária iniciar um projeto de vida, em família. Este dispositivo estendeu pontes para tirar Eçara da invisibilidade das ruas e viadutos, de modo que ela possa continuar indo em busca de uma vida melhor para si e sua família, mesmo que seja num abrigo público.

Palavras-chave: Pessoas em situação de rua; Gravidez; Violações dos direitos humanos; Vulnerabilidade social.

Abstract

Objectives: To describe the narrative of a user guide and perform an analysis. **Methods:** The present study is characterized as qualitative research, of the interference type, delineated as a case study, defined from the experience and path of the user-guide. All the ethical recommendations of

Resolution 446/2012 were observed. **Results:** Eçara had nine children with four of them removed. After many years of suffering and pain, the user found the street office staff, which extended bridges to her for a public shelter and start a new family life project. **Final Considerations:** We also concluded that the Street Office invested its human resources in Eçara and weaving a network of solidarity, so that mother and children could be

welcomed and the user to start a life project with the family. This device has extended bridges to take Eçara from the invisibility of the streets and viaducts, so that she can continue to pursue a better life for herself and her family, even if it is in a public shelter.

Keywords: Homeless persons; Pregnancy; Human rights abuses; Social vulnerability.

Introdução

O Estado, que deveria garantir aos cidadãos direitos fundamentais para uma vida digna tem, sistematicamente, promovido violações a esses mesmos direitos. Mais adiante, será evidenciado o relato de uma das muitas mães pretas, pobres, usuárias de drogas que tiveram seus filhos sequestrados pelo poder judiciário em nome de uma suposta “proteção” a essas crianças.

As pessoas em situação de rua, especialmente as mulheres, estão sujeitas a inúmeras condições de vulnerabilidade social. Ainda, seguindo lógica do que diz Hart¹ sobre a leis dos cuidados inversos, são justamente essas mães em situação de maior vulnerabilidade social, mais carentes de atenção e cuidado, que menos cuidados recebem, são perseguidas e violentadas pelo Estado.

Este artigo traz o relato de uma mãe que demonstra sua potencialidade para superação de suas difíceis condições de vida. Fica evidente, então, que proporcionar bem-estar social, direitos básicos como moradia, alimentação e saúde são mais eficazes no

enfrentamento do uso danoso de substâncias em comparação à criminalização ou judicialização desse processo.

Em Belo Horizonte, ocorreram inúmeros casos de acolhimento compulsório de recém-nascidos como prática institucional, ignorando-se as potencialidades e singularidade das mães ou de suas famílias extensas. Nesses casos, para o judiciário, o simples histórico de uso de drogas já coloca em risco a relação familiar e se configura como pretexto para desencadear o brutal processo institucional de separação.

Esse processo se deu, principalmente, pela ação da 23ª Promotoria da Infância e Juventude Cível, por meio das Recomendações nº 05² e nº 06³ de julho de 2014 e, posteriormente, da Portaria 03⁴ de 2016. Esses instrumentos instituíram que as maternidades públicas e os centros de saúde públicos deveriam comunicar à Vara da Infância e Juventude quando da identificação de parturientes com algum histórico de uso de drogas.

Assim, o discurso de proteção às crianças, filhas de mães usuárias de drogas, desconsidera o que seria a prática do acolhimento no âmbito da Política Nacional de Humanização (PNH).⁵

Essas mães carecem de direitos e oportunidades, não de criminalização e destruição de seus laços familiares. Esse contraponto é realizado por outros dispositivos no campo da saúde, os quais demonstram, efetivamente, que a prática do cuidado deve ser constituída pelo acolhimento e compreensão das demandas de cada indivíduo. Nesse sentido, o trabalho das equipes do Consultório de Rua (eCR), que faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS), demonstra que é possível acolher, beneficiar e promover novas perspectivas de vida a pessoas em situação de vulnerabilidade social.

A modalidade das eCR foi instituída em 2011, por meio da Portaria N° 122 de 25 de janeiro de 2011,⁶ como parte da estratégia da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Seu foco de trabalho é a população em situação de rua, com ênfase na busca ativa e cuidado a pessoas usuárias de álcool, crack e outras drogas, o que demanda dessas equipes um carácter itinerante. Sua composição é multiprofissional, envolvendo profissionais de formação na área da saúde, assistência social e em arte e educação. Também mantém vínculo com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do seu território, com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com os serviços de

Urgência e Emergência e entre outros, dependendo das especificidades de cada situação.

Na referida portaria que institucionalizou a criação das eCR podem ser lidas duas designações diferentes: “Consultório de Rua” e “Consultório na Rua”. Essa diferença não é meramente lexical, mas se revela também na prática.⁷ Em contraste com o maior foco na Saúde Mental das equipes do Consultório de Rua, as equipes do Consultório na rua buscam atender demandas próprias da gestação e outras de natureza clínica. Incluem-se, nesse caso, doenças do aparelho respiratório, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), doenças de pele, lesões corporais, e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como diabetes e hipertensão.

Levando em consideração a inexistência de produção científica que aborde a retirada de recém-nascidos de suas mães, em maternidades sob a alegação de uso de drogas, o presente estudo objetivou descrever a narrativa de uma usuária-guia e realizar uma análise para responder à pergunta de pesquisa: que disputa de poder está por detrás da retirada dos bebês e as adoções?

Metodologia

O presente estudo caracteriza-se como pesquisa qualitativa, do tipo interferência, delineado como estudo de caso, definido a partir da experiência e percurso da usuária-guia.

A análise da narrativa de uma usuária-guia vai sendo construída na pesquisa nacional da Rede Microvetorial de Observatórios de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde.

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa em Belo Horizonte, Minas Gerais, definiu-se territórios participantes da mesma e o acompanhamento de alguns casos, denominados “usuários-guia”. O critério de elegibilidade para a participação destes foi a complexidade de suas demandas, dado o grau de vulnerabilidade social e, portanto, situação de risco e condição de desfiliação que vivenciavam. Eçara, usuária-guia a quem pertence esta narrativa, insere-se nesse contexto. O pseudônimo Eçara, em indígena quer dizer “a que vai em busca”.

A coleta de dados ocorreu em agosto de 2017. Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento não estruturado para a entrevista individual. Foi solicitado à Eçara que falasse a respeito de sua história de vida. Sua fala foi gravada em gravador digital, transcrita e analisada, na perspectiva de Bardin.⁸

A presente pesquisa atendeu todas exigências da Resolução 466/2012,⁹ do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, do Ministério da Saúde, a pesquisa foi aprovada pelos seguintes Comitês de Ética: na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) - Nº 1.756.736; no Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - Nº 1.847.486; e no Comitê de Ética

e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais - Nº 2.264.660.

A seguir será apresentada a narrativa de Eçara e as categorias de análise elaboradas pelos autores, em desdobramento ao conteúdo da fala da participante.

Eçara: “a que buscou, resistiu e obteve como resposta a solidariedade da equipe de consultório de rua”

“Eles não comunicam a gente de nada. A gente vai para o hospital, ganha a criança e eles simplesmente dizem que tem que tomar a criança da gente. Isso aconteceu comigo duas vezes. Eles tomam na hora. Não querem saber se você quer mudar de vida ou não. Eles chegam e não comunicam com a família. Meu pai ia pegar um deles, mas não comunicaram com a minha família. Ah, o que acontece? Ah! vou contar um pouco a respeito da minha história de vida para vocês.

Tive meu primeiro filho aos 14 anos e hoje ele tem 17. Está abrigado, mas morou muito tempo com minha mãe. Na época, eu não usava crack. Comecei a usar quando conheci o pai de meu segundo filho, que é uma menina e que mora comigo. O pai dela me aplicou o crack. No início, tudo era festa pra mim. Não pensava. Eu ficava acordada direto por uns 10 a 15 dias. Depois dormia três dias. Na época, morava com minha mãe. Quando eu fui pra rua é que acabou. Eu saí de casa porque não me dava bem com minha irmã e minha mãe não aceitou a situação de eu

usar crack e brigar com minha irmã. Para viver, eu comecei a cuidar de carro e fazia reciclagem.

Tive minha filha, que hoje tem 15 anos, na rua. Ela morou comigo na rua por dois anos e meio. Aí, o pai dela me bateu. Pedi para voltar para casa. Minha mãe cuidou da minha filha, até que ela resolveu mudar de casa e eu fiquei morando lá. Nessa casa, tive mais dois filhos que hoje estão com 13 e 10 anos. Eles moram comigo. Morei nessa casa por cinco anos. Na época, eu trabalhava numa fábrica de chocolate. Eu gostava muito de lá. Ah! Eu queria trabalhar lá até hoje!

O que aconteceu para eu sair de lá foi que o pai dos meninos bebia, sumia e, um dia eu saí e, quando voltei, a vó dos meninos já tinha chamado o Conselho Tutelar. Ela disse que eu tinha saído para usar crack, mas não era. Só que perdi os meninos e aí, eu desandei.

Voltei pra rua, voltei pro crack. Parei de trabalhar e vendi a casa para comprar droga. Nessa época, a vó por parte de pai da minha filha a pegou e assim ficou até os oito anos dela, mas a vó espancava a menina e acabou a levando para um abrigo também.

Tive meu quinto filho morando na rua e entreguei para uma tia, por parte do pai dele. Meu filho ainda mora com ela e hoje ele tem sete anos. Eu não tenho contato com ele, mas o pai tem. Conversa com ele, só não conta que é o pai. Não sei porque não me deixam falar com ele!

Meu sexto e meu sétimo filho foram tomados de mim. Tomaram na maternidade e isso é o pior! Melhor morrer que perder essas crianças! Não sei como eles estão. Nem consegui registrar. Quando eu tive meu sexto filho, estava morando numa casa abandonada. Acho que tomaram ele de mim porque descobriram a situação em que eu vivia. No dia que ganhei ele, eu estava na ventosa e passei mal. Aí, me levaram para a maternidade.

Quando fiquei grávida pela oitava vez, eu passei a dormir numa borracharia. Combinei com o dono de passar a noite lá e tomar conta. Nessa época, eu já tinha começado a ser atendida pela Abordagem de Rua, que é da Igreja também. Eles e a prefeitura é que me fizeram chegar no Consultório de Rua que é do SUS. Eu ficava de dia debaixo do viaduto e à noite dormia na borracharia. Quando fui ganhar minha menina, também me levaram para o hospital, mas ela morreu. Ela estava viva antes de chegar no hospital.

No início da nona gravidez, eu estava morando na rua e eu ia comer sempre numa região. Aí, um dia a Abordagem de Rua chegou e me perguntou o que eu queria. Eu falei que não tinha esperança nenhuma. Contei minha história. Disse que tinha perdido minhas crianças e aí veio o Consultório de Rua me ajudar. Eles falaram: “Você não pode desistir!” Aí, eu fui no posto, comecei a fazer as consultas e comecei a pegar amor. Eu não tinha amor pela minha barriga, porque pensei que ia acontecer

tudo de novo. *Aí veio o Consultório de Rua e falou: “Você quer sair dessa?” Eu disse que era o que eu mais queria. Aí, surgiu o abrigo. Mudei de vida! Consegui resgatar mais três filhos meus, que hoje moram comigo.*

O pai da minha nona filha é meu companheiro. Mora comigo aqui no abrigo. Ele roubava antes de vir pra cá, mas eu falei com ele que se continuasse roubando, eu ia arrumar outro homem. Aí, ele parou. Ainda bem que parou, porque ou eles morrem cedo ou vão para a cadeia e eu não quero saber de visitar homem na cadeia. Quando eles roubam, os traficantes usam para marcar. Fica tudo na mão deles. Arrumo outro se ele cair nessa de novo.

Hoje, nem eu nem meu companheiro usamos crack. Ele usa uma macoinha de vez em quando, mas é só. A gente cuida de carro junto. Na nossa casa, são seis pessoas. Minha mais velha estuda à noite e me ajuda a cuidar dos meninos. O de 13 andou me agredindo e eu falei pra abrigar. Eu não aceito me agredir não!

Aqui no abrigo tem outras mães que também conseguiram os filhos delas de volta e eu penso assim: se a maioria das mulheres tiver a oportunidade que eu tive, elas mudam porque, eu vou falar com vocês, eu tenho 20 anos usando crack e hoje, graças a Deus, tem três anos que eu não coloco isso na boca.

A primeira vez que eu fui ao abrigo com meu companheiro e o pessoal do Consultório de Rua, eu descobri que era preciso ter o básico para

conseguir a casa, mas eu não tinha nada, porque morava na rua. O básico pra eles é fogão, geladeira, cama. Aí eu olhei para a moça do Consultório e para meu companheiro e disse: “Não vai ter jeito!” Foi aí que o pessoal do Consultório de Rua entrou num site e conseguiu as doações. Eu não conseguiria sem eles! No início, eu estava muito arredia, mas aos poucos fui acreditando nessa oportunidade que estava surgindo. No início, o abrigo era só para as pessoas de área de risco. Tem outro que já tem a estrutura, mas aqui não. Só em 2015 é que começaram a atender as pessoas da rua. Aí, o Consultório de Rua teve que lutar para conseguir as coisas pra gente! Não podia estar faltando nenhum item pra gente entrar. Eles ajudaram muito, principalmente os dois. O do Arte na Família e a assistente social. Nossa, sem eles nada daria certo!

No abrigo veio a maior felicidade! Eu tive minha nona filha e mudei. E vou mudar cada vez mais. Dia 08, eu tenho uma entrevista de emprego e, se Deus abençoar, eu vou conseguir!

Quando entra alguém aqui, a gente tenta levar junto. Ajudamos. Eu fui a primeira a entrar. Depois vieram duas grandes amigas que ganhei aqui.

Eu penso assim: o vício do crack é uma doença. Se você não tiver uma pessoa para lhe ajudar, você cai cada vez mais. Nossa, quando eles tomaram meu primeiro, eu fui lá no chão! Fui lá no chão mesmo! Aí, você cai num nível que você quer cada vez mais se afundar. Mas a partir do

momento que Deus maravilhoso, colocou o Consultório de Rua na minha vida, mudou tudo! Tudo, tudo, tudo! E hoje, graças a Deus, eu estou com quatro filhos meus! E Deus vai me dar minha casa ainda. Em nome de Jesus! E isso, eu desejo para todas as mulheres, porque eu sei todo o sofrimento que é.

Há muito preconceito, até morando no abrigo! Em certos lugares que a gente vai, se a gente falar que veio da rua, que mora no abrigo, tem preconceito. Mas a gente tem nosso canto. Tenho dois cômodos, posso fazer minha comida. É a mesma coisa de ter a nossa casa. A única coisa é que mora muita gente no abrigo. Mas a gente pede, quando é mãe, para a gente conseguir ajudar.

Quando vem alguma mãe que toma alguma coisa, ela não faz coisa errada perto de nós. Aqui no abrigo, estamos juntas e temos nossas famílias. Podemos viver.

Discussão

Que disputa de poder está por detrás da retirada dos bebês e as adoções?

A primeira análise necessária para arriscar responder esta questão diz respeito à ideologia predominante na sociedade pós-moderna do século XXI. Na verdade, a ideologia da exclusão dos que fogem à norma social, assenta-se no século XIX na Europa e no Brasil. Tanto lá quanto cá, este paradigma está fortemente relacionado à gênese e ascensão do capitalismo.

Com a instituição da propriedade privada e capitalismo, a sociedade conheceu dois sistemas de pertença hierarquizada: a desigualdade social e a exclusão.¹⁰⁻¹¹

Para Santos,¹¹ na desigualdade social a pertença se dá pela integração subordinada e implica um sistema hierárquico. Quem está embaixo, na estrutura social está dentro e sua presença é indispensável.

A desigualdade social foi teorizada por Marx¹² e é a partir do século XIX que se pode analisar esse sistema, pois foi o momento de convergência da modernidade e capitalismo.

Para Marx,¹² a relação trabalho/capital é o princípio da integração social na sociedade capitalista, que se assenta na desigualdade entre o capital e o trabalho, portanto, uma desigualdade de classes, em que, os que estão nas classes mais elevadas, portanto, hegemônicas, exploram as que estão nas camadas inferiores.

Se a desigualdade social é um fenômeno socioeconômico, a exclusão é um fenômeno sociocultural, de civilização.¹¹ Para o autor, o maior teorizador da exclusão foi Foucault.¹³

A exclusão é um processo histórico, construído por uma cultura que se apropria de um discurso de verdade e cria o sujeito da interdição, da rejeição, enfim, da exclusão. A desqualificação como inferior, louco, pervertido ou criminoso dá forma à exclusão e

é a periculosidade pessoal que justifica a exclusão.¹¹

Em sendo a exclusão um fenômeno sociocultural, pode-se afirmar que é então, paradigmático, assim, nutrida por ideologia dominante em uma determinada sociedade.

A psiquiatria brasileira, já nas primeiras décadas do século XX, introduziu conceitos de higiene mental e infiltrou nos tecidos sociais, impondo mudanças radicais ao modo de organização da sociedade republicana brasileira recém-inaugurada, tornando-se um dispositivo regulador da norma.

A Liga brasileira de higiene mental deixou seu legado ideológico, que se expressa mais a cada dia na sociedade brasileira pós-moderna. Isto é esperado, pois segundo Hall,¹⁴ traços culturais se mantêm em uma determinada sociedade pelo menos por três gerações. Considerando que população brasileira tem uma expectativa média de vida de 75 anos, pressupõem-se que serão necessários dois séculos para que se tenha superação desta ideologia, que está arraigada na população brasileira.

Acerca da ideologia higienista Costa,⁷ afirma que não nascemos destinados à liberdade, à igualdade e à solidariedade. Esse horizonte normativo não está inscrito em nossos genes ou no ambiente ao redor; está inscrito na tradição cultural que nos funda e na qual nos reconhecemos. Diz ainda que “a passagem do tempo nos permite ver que o racismo, o

antiliberalismo, a xenofobia e o moralismo implícitos em suas doutrinas sobre a saúde e a doença mental nada mais eram que o enxerto de suas ideologias socioculturais na pretensa “natureza humana” do sujeito.”^{7:10,11}

A segunda consideração a fazer é acerca da intolerância da sociedade pós-moderna com os diferentes. Para Santos,¹¹ o sistema da desigualdade se assenta na premissa da igualdade e explica que é por isso que o contrato de trabalho é realizado entre partes livres e iguais. O sistema da exclusão se sustenta no essencialismo da diferença, e assim, do interdito ou do determinismo biológico da desigualdade racial ou sexual. Um sistema de desigualdade, pode estar, no limite associado ao sistema de exclusão. Para o autor, no sistema mundial, os dois eixos se cruzam: o eixo socioeconômico da desigualdade e o eixo cultural, civilizacional da exclusão/segregação.

A terceira análise é acerca da racionalidade, que Santos¹¹ chama de razão indolente, seguindo Leibniz.¹⁵ Neste sentido, a indolência ocorre sob quatro formas: a razão impotente; a razão arrogante; a razão metonímica e a razão proléptica.

Segundo Santos,¹¹ a razão impotente é aquela que não se exerce porque pensa que nada pode fazer para atender uma necessidade externa a ela. Que entendemos ser a incapacidade do Estado em acolher meninas e meninos que vivem em situação de rua em todo País e de oferecer-lhes as condições necessárias para

uma vida digna e em segurança.

A razão arrogante é a que não sente necessidade de exercer-se porque se vê livre da necessidade de demonstrar sua própria liberdade. Neste sentido, o juiz que instituiu a Portaria nº 3⁴, para a retirada dos bebês de Eçara não quis sequer ouvir o pai dela, que queria ficar com um de seus filhos, que foi para a adoção.

A razão metonímica que se reivindica como a única forma de racionalidade, não aceitando ou não desejando descobrir outras racionalidades. Nesta perspectiva, o Ministério Público, num momento inicial e depois o juiz da Vara da Infância e adolescência, decidiram pela retirada dos bebês de Eçara e levá-los para o abrigo até serem adotados. A fala da mãe ainda na maternidade mostra que, para os dispositivos jurídicos, não há outras racionalidades a se considerar:

“Meu sexto e meu sétimo filho foram tomados de mim. Tomaram na maternidade e isso é o pior! Melhor morrer que perder essas crianças! Não sei como eles estão. Nem consegui registrar. Quando eu tive meu sexto filho, estava morando numa casa abandonada. Acho que tomaram ele de mim porque descobriram a situação em que eu vivia.”

O Estado não deveria cuidar desta mulher, oferecendo-lhe uma bolsa-aluguel, ao invés de lhe retirar os filhos? Outra pergunta que fazemos é: Por quanto tempo Eçara esteve invisível para a Rede de Saúde e de Assistência social?

A razão proléptica não se aplica a pensar no futuro, porque julga saber tudo a respeito e o

concebe como uma superação linear, automática e infinita do presente. Não parece que o Estado que retirou os bebês de Eçara e os entregou às famílias adotivas esteja preocupado com o futuro dessas crianças e muito menos, da mulher em questão.

Consultório de Rua: fazendo clínica ampliada na rua e estendendo pontes

A equipe do Consultório de Rua fez, o que propõe a Sociologia das emergências de Santos¹¹ que expande o domínio das experiências possíveis. Assim, se não era possível para Eçara ter os móveis necessários para ter um lugar no abrigo, a equipe buscou doações, como narrou a usuária-guia:

“Foi aí que o pessoal do Consultório de Rua entrou num site e conseguiu as doações. Eu não conseguiria sem eles! No início, eu estava muito arredia, mas aos poucos fui acreditando nessa oportunidade que estava surgindo”.

A equipe articulou-se com outros setores da sociedade para a garantia de direitos de Eçara. Em outros casos de sucesso, em que as mães conseguiram ficar com seus filhos, o consultório de rua também esteve junto até que a mãe saísse com o filho do hospital, mostrando a potência deste dispositivo. A narrativa abaixo, mostra o quanto a vida de Eçara mudou, após a intervenção realizada pela equipe de saúde do CR.

“No abrigo veio a maior felicidade! Eu tive minha nona filha e mudei. E vou mudar cada vez mais. Dia 08, eu tenho uma entrevista de emprego e, se Deus abençoar, eu vou conseguir!” Eçara.

Considerações finais

O pano de fundo na retirada dos bebês de Eçara e de tantas outras, que aconteceram em Belo Horizonte e em muitos outros municípios do Brasil, constitui-se de uma lógica capitalista que gera e nutre a desigualdade e exclusão social; lógica higienista, que intenciona varrer das ruas a pobreza, nela instituída e uma racionalidade indolente dos dispositivos jurídicos em questão, uma vez que “A exclusão da normalidade é traduzida em regras jurídicas que vincam, elas próprias,

a exclusão.”^{11:3}

Além disso, foi possível perceber que o Consultório de Rua por meio de seus técnicos investiu em Eçara e teceram uma rede de solidariedade, para que nela mãe e filhos pudessem ser acolhidos e a usuária iniciar um projeto de vida, em família. Este dispositivo estendeu pontes para tirar Eçara da invisibilidade das ruas e viadutos, de modo que ela possa continuar indo em busca de uma vida melhor para si e sua família, mesmo que seja num abrigo público.

Referências

¹Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;297(7696):405-12.

²Recomendação nº 5/PJIJBH/MPMG, de 16 de Junho de 2014. Recomendação aos médicos, profissionais de saúde, diretores, gerentes e responsáveis por maternidades e estabelecimentos de saúde. Belo Horizonte: Ministério Público do Estado de Minas Gerais; 2014.

³Recomendação nº 6/ PJIJBH/MPMG, de 06 de Agosto de 2014. Recomendação aos médicos, profissionais de saúde, Agentes Comunitários de Saúde, gerentes e responsáveis por Unidades Básicas de Saúde. Belo Horizonte: Ministério Público do Estado de Minas Gerais; 2014.

⁴Portaria nº 3/VCIJBH, de 22 de Julho de 2016. Dispõe sobre o procedimento para encaminhamento de crianças recém-nascidas e dos genitores ao Juízo da Infância e da Juventude, assim como, oitiva destes, nos casos de graves suspeitas de situação de risco, e sobre o procedimento para aplicação de medidas de proteção. Diário do Judiciário Eletrônico TJMG. [Internet] 25 jul. 2016 [citado 04 mai 2017]: 29-33. Disponível em: <http://ftp.tjmg.jus.br/juridico/diario/index.jsp?dia=2207&completa=2inst%7Cadm>.

⁵Ministério da Saúde (BR). HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

⁶Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define diretrizes de organização e funcionamento de equipes de Consultórios na Rua – CR. Diário Oficial da União. [Internet] 26 jan. 2012 [citado 04 out 2017]:46. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/20-12/prt0122_25_01_2012.html.

⁷Costa, J. A história da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.

⁸Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.

⁹Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União; 1996.

¹⁰Rousseau JJ. Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens. Sindicato nacional dos editores de livros. Rio de Janeiro: Sindicato Nacional de Editores de livros; 2009.

¹¹Santos BS. A gramática do tempo para uma nova cultura política. 3 ed. São Paulo: Cortez editora; 2006.

¹²Marx, K. O Capital: crítica da economia política. São Paulo: Editora Nova Cultural; 1996. v.1.

¹³Foucault M. Discipline and Punish. New York: Pantheon; 1977.

¹⁴Hall ET. *The Hidden Dimension*. New York: Doubleday & Co; 1966.

¹⁵Leibniz GW. *Theodicy: essays on the goodness of God, the freedom of man, and the origin of evil*. La Salle: Open Court; 1985.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n1suplemp243-251>**Maternidade e Socioeducação: parece que estou carregando um tijolo**

Maternity and Socioeducation: it seems like I'm carrying a brick

Maria Núbia A Cruz

Assistente Social e técnica da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte.

E-mail: nubiapajeu@gmail.com**Márcia Parizzi**

Médica Pediatra da Secretaria de Saúde de Belo Horizonte.

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

O artigo relata a experiência de acompanhamento intersetorial de adolescente vivenciando a gestação e a maternidade no contexto de grande vulnerabilidade - privação de liberdade -, no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Identifica os impasses e lacunas do Sistema de Garantia de Direitos, no qual prevalecem preconceitos sociais, de gênero e raça sobre o exercício da maternidade, além da insuficiência de políticas públicas. Conclui analisando a potência de uma posição ética e comprometida dos profissionais e serviços envolvidos, que seguem e reconhecem o desejo e protagonismo da adolescente em relação à maternidade e inseparabilidade do binômio mãe/bebê.

Palavras-chave: Gravidez na adolescência; Vulnerabilidade social; Decisões judiciais.

Abstract

This article reports the experience of intersectoral follow-up of adolescents experiencing pregnancy and motherhood in the context of great vulnerability - deprivation of liberty - in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais. It identifies the impasses and gaps of the Rights Guarantee System, in which social, gender and race prejudices prevail over the exercise of maternity, as well as the insufficiency of public policies. It concludes by analyzing the power of an ethical and committed position of the professionals and services involved, who follow and recognize the desire and role of the adolescent in relation to motherhood and inseparability of the mother/baby binomial.

Keywords: Pregnancy in adolescence; Social vulnerability; Judicial decisions.

Introdução

Para a Organização Mundial de Saúde a adolescência compreende a faixa etária de 10 a 19 anos e para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), refere-se à fase entre 12 e 18 anos. A adolescência deve ser compreendida como uma das mais ricas fases de desenvolvimento da vida humana, repleta de possibilidades de aprendizagem, de experimentação, de inovação, sobretudo quando são ofertadas as condições necessárias para o bom desenvolvimento como ambiente de proteção, segurança emocional e social. Esta etapa da vida deve ser protegida pelos direitos assegurados na Convenção sobre os Direitos da Criança¹ e, no Brasil, pela Constituição Federal e ECA. Na adolescência ocorrem profundas mudanças físicas, psíquicas, comportamentais e sociais, configurando-se como um momento oportuno para investir no potencial inovador e nas capacidades transformadoras dessas pessoas. Ao investir na adolescência investe-se no futuro da sociedade e, desta forma, ganham os próprios adolescentes com a construção de sua autonomia e projetos de vida, ganham as famílias com a possibilidade de assimilação de novos valores e culturas. Mas, infelizmente, o Estado e a Sociedade negligenciam esta fase da vida, seus impasses e necessidades. A insuficiência de políticas para esse grupo acarreta vulnerabilidades e impede o alcance da cidadania, como constatado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância.¹ Neste cenário, constata-se que adolescentes em conflito com

a lei são mais afetados por diferentes processos de desigualdades e de exclusão.²

Segundo o Tribunal de Justiça de Minas Gerais, 9.226 adolescentes foram apreendidos em 2013, no município de Belo Horizonte. O contingente de adolescentes do sexo feminino foi de 14,3% do grupo citado.³ Para o atendimento dessas adolescentes o Estado de Minas Gerais possui uma unidade socioeducativa mista (internação e internação provisória), com capacidade para 50 adolescentes e uma unidade de semiliberdade (restrição de liberdade) com capacidade para 15 adolescentes.

A atenção à saúde é uma responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) que, em vista das lacunas identificadas para garantir acesso e atendimento integral ao adolescente em conflito com a lei, a União estabeleceu, em 2004, uma política interministerial,⁴ com o objetivo de garantir equidade na assistência à saúde. Esta normativa envolve o Ministério da Saúde, a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República e a Secretaria Especial de Direitos para a Mulher. Em 2014 essa Portaria⁵ foi alterada, visando à adequação assistencial às diretrizes do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE).⁶

Frente a esta realidade, o município de Belo Horizonte, especialmente a política de saúde, por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA),

estabeleceu uma estratégia para o atendimento do adolescente privado de liberdade com base nas Portarias Interministeriais 1.082 e 1083/2014.⁵ As estratégias são orientadas pelos princípios do SUS e do ECA.

É no contexto do Sistema Socioeducativo que este artigo relata a experiência de atendimento intersetorial e interinstitucional de uma adolescente, no período de gestação e maternidade, no município de Belo Horizonte.

A média histórica anual de adolescentes gestantes no Sistema Socioeducativo, no município, gira em torno de cinco a seis adolescentes.⁷ É importante registrar que, historicamente, as crianças que nascem no período em que suas mães cumprem medida socioeducativa saem, em sua maioria, da maternidade diretamente para instituições de acolhimento institucional. Ou seja, os recém-nascidos seguem para um lado e a mãe para outro. Separados logo após o parto, posteriormente, seguem para adoção ou para família extensa. Adolescentes em conflito com a lei, via de regra, são tratadas como pessoas incapazes de assumirem a maternidade e o cuidado com seus filhos. São destituídas do direito à maternidade, *a priori*, havendo, inclusive, relato de adolescentes que se tornaram privadas de liberdade ao tentarem retirar seus filhos abrigados em instituição de acolhimento.

Esta conduta, corriqueira no Sistema Socioeducativo, é amplamente reproduzida em nome da proteção da criança. É também

disseminada nas maternidades públicas, que são orientadas a comunicarem à Vara da Infância e Adolescência o nascimento de bebês cuja mãe encontre-se em conflito com a lei. Com isso, as crianças são retiradas de suas mães de forma abrupta, sem a observância dos preceitos legais do ECA e do SINASE. O critério orientador dessa prática é discriminatório, pois criminaliza adolescentes pobres e viola seus direitos, empurrando esses sujeitos a processos de maior vulnerabilidade. Mas é possível proteger uma criança violando o direito da mãe?

Entre 2014 e 2015, dezessete adolescentes que passaram pelo Sistema Socioeducativo (privação ou restrição de liberdade) em Belo Horizonte estavam grávidas ou tiveram seus filhos durante o cumprimento da medida socioeducativa.⁷ Destas, cinco adolescentes ficaram com seus bebês e duas tiveram seus bebês adotados (ambas de outros municípios). Quanto às demais não foi possível obter informações precisas sobre o desfecho dos seus processos.

Chama a atenção a violação de direitos aqui identificada na desigualdade de gênero que afeta o direito à maternidade, incluído todos os direitos sexuais e reprodutivos dessas adolescentes. Trata-se de uma questão contemporânea de particular interesse ao debate e à luta pelos direitos das mulheres no Sistema Socioeducativo, mas ainda negligenciado pelos estudiosos do tema. Mesmo quando as adolescentes possuem filhos, o que ocorre são arranjos e adaptações

individuais para que o vínculo e a convivência com os filhos sejam mantidos. Embora o direito básico de convivência familiar e comunitária esteja previsto no ECA, não há garantias de seu exercício. Basta observar que todas as adolescentes em privação de liberdade do interior do Estado se afastam de suas famílias, pois a única unidade socioeducativa de internação no estado de Minas Gerais - com mais de 800 municípios - está em Belo Horizonte. Não seria melhor pensar em cumprimento de medidas em meio aberto, garantindo a permanência da adolescente com sua família de origem? Os parâmetros para o alcance da equidade de gênero para esse grupo de mulheres, no que se refere à maternidade, estão delineados em diversas normativas nacionais e internacionais. As Regras de Bangkok,⁸ por exemplo, com as quais o Brasil se comprometeu internacionalmente, constituem-se dispositivo adotado para o Sistema Prisional, mas no âmbito do Sistema Socioeducativo parece que não se aplica. Talvez por desconhecimento dos profissionais que compõem o Sistema de Garantia de Direitos (SGD), mas muito provavelmente por negligência do Estado com esse delicado e complexo momento que é a gestação e a maternidade dessas adolescentes.

Essa iniquidade de gênero com relação ao direito à gestação segura, à maternidade e à inseparabilidade de mãe e bebê, vem sendo reparada – ainda de forma incompleta – para as mulheres do sistema prisional. Contudo, a justiça juvenil parece não ter a dimensão desse

direito e o significado e potência da maternidade para os processos de maturidade e de socioeducação dessas jovens. Tal indiferença sugere forte contaminação das práticas institucionais por uma ideologia excludente que compreende o apagamento de direitos, principalmente o direito à saúde sexual e reprodutiva.

O Relatório temático Mulheres, Meninas e Privação de Liberdade,⁹ produzido pelo Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate à Tortura do Rio de Janeiro, revela de forma contundente a desigualdade de gênero à qual estão submetidas mulheres e adolescentes privadas de liberdade. No caso de adolescentes, o SGD desconsidera as vulnerabilidades convergentes que afetam esse grupo populacional, o que ensejaria decisões judiciais alternativas com base no arcabouço legal já existente.

Mas a realidade está longe da garantia de direitos e bem próximo daquilo que Ribeiro e Benelli^{10:250} denominam de “precarização existencial [...] e a anulação simbólica e física” desse grupo de adolescentes. A hipótese do Sistema Judiciário é que essas mães são incapazes de cuidar e proteger seus filhos, antecipando um possível risco que justifique a separação e colocação de seus bebês para adoção, em processos abruptos, sem a observância do ECA e demais normativas.⁸

Outra questão também não menos importante, refere-se aos efeitos do racismo no exercício da

maternidade de adolescentes em conflito com a lei. Vale mencionar que, no caso relatado, a adolescente é negra! Sabe-se que as mães negras, de modo geral, têm menos acesso a informações sobre amamentação e menos acesso ao acompanhamento de pré-natal nos serviços públicos de saúde.¹¹ Ressalta-se que a população do Sistema Socioeducativo é, majoritariamente, formada por adolescentes negros, pobres e residentes nas periferias,² e vítimas principais de encarceramento quando atingem a idade adulta.

Para o setor saúde, a invisibilidade e apagamento da maternidade na adolescência, na perspectiva autocêntrica e institucional, significa um problema, o qual deve ser evitado, de maneira geral, para esse ciclo de vida. Tal concepção precisa ser questionada e enfrentada com (e nas) políticas públicas de forma consistente e permanente. Quando se trata de adolescentes em situação de vulnerabilidade, esse apagamento do direito à maternidade de mulheres pobres é de caráter discriminatório, violento e da ordem da violação dos direitos humanos.¹²

Gestação e maternidade de Sandra

Neste caso relatado, instituições, seus técnicos e gestores envolvidos vislumbravam a necessidade e a importância de garantir o direito da adolescente e de seu bebê e, para tal, desenvolveram estratégias de fortalecimento do lugar da gestação e da maternidade com a adolescente. O movimento intersetorial,

envolveu a SMSA e Sistema Socioeducativo para provocar o Sistema Judiciário diante de tal impasse – o direito à maternidade, com todos os seus desdobramentos – para cessar uma discriminação, rumo à construção de alianças, com vistas à garantia desse direito, até então negado às adolescentes gestantes/mães em conflito com a lei.

Sandra, 18 anos, em cumprimento de medida de Semiliberdade, grávida de cinco meses, tomava a gestação como um peso. Até o 4º mês de gravidez, quando questionada sobre seu estado, respondia: “pesada, parece que estou carregando um tijolo.”^{13:3} Referia-se ao bebê como não sendo seu, um objeto, delegando as decisões à genitora, até mesmo para a escolha do nome do bebê.

A família de Sandra era atendida durante anos pela Rede de Proteção por utilizar os filhos e netos para mendicância nas ruas, contudo nenhuma das crianças havia sido afastada da família. No momento da gestação de Sandra, a mãe encontrava-se em outro município, mas mantinha contatos telefônicos. Por outro lado, Sandra estreitou os laços com a família de Pablo, 16 anos, seu companheiro e pai do bebê, que também cumpria medida socioeducativa de internação. Ambos tinham trajetória de vida nas ruas.

Sandra fez pré-natal no SUS, sem intercorrências clínicas. Os familiares de Pablo visitavam Sandra e essa passava os fins de semana com os mesmos. Até esse ponto, tudo

ocorria dentro do “protocolo” previsto para casos como o de Sandra: mãe e filho seriam separados após o parto e, na melhor das hipóteses, a criança ficaria sob a responsabilidade de familiares até a conclusão do cumprimento da medida socioeducativa.

Entretanto, frente ao interesse dos familiares de Sandra e de Pablo de acolherem a criança e o seu desinteresse com a gestação, a equipe técnica da Casa de Semiliberdade pôs-se a trabalhar na perspectiva de fortalecer o vínculo de Sandra com a gestação e com o filho que estava para nascer.

Com este propósito, Sandra passou a frequentar um curso de gestantes, juntamente com Pablo. Seguiu o pré-natal com regularidade e no exame de ultrassonografia soube que seria mãe de um menino, cujo nome já tinha escolhido. A possibilidade de ter uma família, fez com que ela fosse se reposicionando, principalmente com relação ao bebê. Em contatos com a mãe, para quem delegava as decisões, Sandra teve uma postura firme, informando que a sogra ficaria responsável pelo filho, sem ainda vislumbrar se se responsabilizaria pela criança. Com a evolução da gestação, Sandra passou a fazer planos: de viver e trabalhar com a família de Pablo, cuidar do bebê, e posteriormente fazer curso de cabeleireiro e trabalhar fora.

Nesse momento é realizado um estudo de caso, exclusivamente para tratar das questões da maternidade, com representantes do Ministério Público, Juizado, Sistema

Socioeducativo, SMSA e técnicos da Casa de Semiliberdade, com o intuito de ampliar a interlocução intersetorial na construção do Plano Individual de Atendimento (PIA) e garantir os direitos de Sandra e seu bebê, como a inseparabilidade, a amamentação, o direito de exercer a maternidade, de construir vínculo com a criança e de a mesma ser acolhida pelos familiares de Pablo, possibilitando a construção de um novo núcleo familiar.

O estudo de caso intersetorial indicou a manutenção da medida de semiliberdade, mas em condição domiciliar, com acompanhamento de todos os dispositivos da rede local de proteção, com o seguinte parecer intersetorial^{14:5} ao Juiz:

No que se refere ao envolvimento com a criminalidade, a adolescente diante da gravidez avançou na elaboração de uma reflexão acerca da sua conduta infracional e de um projeto de vida fora da criminalidade. [...] apresenta envolvimento responsável com o cumprimento dos eixos da medida e a preocupação em concretizar um projeto de vida que envolva a criação do seu filho, uma atividade laborativa após o período da amamentação para sua autonomia financeira que possibilitará a manutenção do seu núcleo familiar [...] face ao exposto, e a fim de proporcionar as condições da jovem exercer a sua maternidade e do favorecimento do ambiente familiar, sugerimos, salvo melhor juízo, que a adolescente Sandra, **seja encaminhada para uma semiliberdade domiciliar**, com acompanhamento técnico da casa de semiliberdade.

No relatório apresenta-se a metodologia de acompanhamento: atendimento técnico semanal; relatório de avaliação; acompanhamento familiar pelos serviços de saúde e assistência social; transferência e

retorno escolar. A sustentabilidade do direito à maternidade e à convivência em sua família de origem dependerá do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários e de suporte e acompanhamento do SGD.

Os gestores da SMSA também elaboram parecer ao Juiz solicitando a garantia do direito da mãe e bebê ficarem juntos, argumentando que a maternidade e o nascimento de uma criança são momento oportuno para a adolescente ressignificar seu projeto de vida, precipitando o processo de maturidade e a aquisição de ganhos significativos, notadamente aqueles relativos à identidade sexual e autonomia em relação aos familiares, podendo ser considerada como um fator protetor do ponto de vista do desenvolvimento da adolescente. Ressalta-se que, para adolescentes em situação de vulnerabilidade, a maternidade pode ser vista de forma positiva, pois propicia um papel central, oferecendo novas possibilidades de reconhecimento e atuação familiar e social.

Apresentou-se o Plano Terapêutico, com a participação da rede de serviços, para o acompanhamento da adolescente e do bebê, com intervenções coletivas, com o objetivo de sensibilizar para a chegada do bebê; acompanhamento do Pré-Natal, dentre outras. Orientações sobre a amamentação e puericultura, de acordo com a Agenda da Criança, e acompanhamento do puerpério e consulta de planejamento familiar até o 35º dia pós-parto também foram discutidas.

O Juiz acatou as sugestões dos relatórios, autorizando a permanência de Sandra com a família de Pablo, em regime de semiliberdade domiciliar. Sete dias após, Sandra é internada em Maternidade Pública e ganha um menino. Houve uma dificuldade inicial com a equipe da Maternidade da Rede SUS. Apesar dos gestores da SMSA terem acordado que Sandra tinha autorização judicial de ficar com o bebê, a equipe da Maternidade insistia no encaminhamento protocolar de relatar o nascimento do bebê à Vara da Infância e Adolescência, para posterior abrigo. Com a intervenção decisiva da Secretaria Municipal de Saúde, o “incidente” foi contornado e Sandra sai da Maternidade com o seu bebê.

Sandra sustenta o desejo de cuidar do filho

Sandra segue para a residência da família de Pablo. Vinte dias após o nascimento do bebê, desentende-se com esta família e retorna para seus familiares, levando consigo o bebê. Logo se apresenta ao Juizado, sendo entrevistada por técnicos judiciais, que relatam^{15:2} ao Juiz:

Situações de conflitos com a família do namorado e que não possui condições de permanecer no local. Entretanto, ressalta a disposição para cuidar do filho e cumprir a medida de semiliberdade (...) em atendimento com Sandra e a genitora, a jovem se mostra inflexível frente à possibilidade de retornar à casa de familiares do pai do bebê. É orientada sobre os acordos firmados e as possíveis implicações de sua decisão. Porém, a adolescente ressaltou que não está fugindo de suas responsabilidades e o desejo de cumprir integralmente a medida e sair de cabeça erguida para ter condições de cuidar do filho.

Em atenção ao desejo de Sandra o Juiz determina o seu retorno para a Casa de Semiliberdade, com o bebê. De início as demais adolescentes aceitam bem a permanência da criança, mas aos poucos se ressentem da falta de liberdade e inicia-se uma série de conflitos. A direção da Casa de Semiliberdade receia a ocorrência de conflitos mais graves, que ameacem a segurança de Sandra e seu bebê. Reuniões intersetoriais são realizadas para a construção de novas estratégias de atenção. A proposta é que Sandra permaneça com seu filho, e que a rede de proteção ofereça suporte para sustentar sua escolha.

A SMSA retoma oficinas, com temas relacionados aos impasses e demandas dos técnicos sobre o acompanhamento – nunca antes experimentado - de uma adolescente em cumprimento de semiliberdade com seu bebê. Com nova autorização judicial Sandra retorna à casa de seus familiares e passa a ser acompanhada pelos serviços do território. Uma pausa se coloca para esta adolescente e seu bebê, uma pausa quem sabe para o “resguardo” tardio, um intervalo para que uma nova família se constitua a seu modo e de acordo com a sua cultura familiar e seus impasses, “pois o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas.”^{16:39}

Considerações finais

O afastamento de bebês de suas mães faz parte

da cultura institucional e da história das adolescentes que tiveram seus filhos no Sistema Socioeducativo, no município de Belo Horizonte. Esse processo é extensivo às mulheres em situação de vulnerabilidades, sendo tão naturalizado que não existem informações seguras sobre o número de bebês que ficaram com seus familiares e os que foram retirados dessas adolescentes.

A separação de bebês de suas mães se justifica em nome de uma suposta proteção à criança e, por muito tempo, sequer foi problematizada pelo SGD. Uma posição não dita, mas legitimada por protocolos institucionais e por práticas da justiça juvenil balizadas por desigualdades de raça e gênero, vem questionando a capacidade de adolescentes em conflito com a lei vivenciarem a maternidade e o cuidado de seus filhos.

A experiência relatada provocou impasses na rede de serviços, pois onde e como inaugurar a acolhida de uma adolescente em cumprimento de medida socioeducativa com seu bebê e a sua maternidade? Diante desse **não lugar** para adolescentes com seus bebês e diante da posição de técnicos pela não separação do binômio mãe/bebê, foi construída uma saída possível, tendo como marcador o saber e o desejo da adolescente, o que só foi possível pelo encontro com um juiz que reconheceu o direito à inseparabilidade da mãe e bebê.

Nota

¹ Nome fictício

Referências

- ¹Fundo das Nações Unidas para Infância. O direito de ser adolescente: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília: UNICEF; 2011.
- ²Secretaria de Direitos Humanos (BR). Levantamento anual dos/as adolescentes em conflito com a lei - 2012. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; 2014.
- ³Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Relatório estatístico. Centro Integrado de Atendimento ao Adolescente Autor de Ato Infracional/CIA BH. Vara da Infância e da Juventude – Infracional. Belo Horizonte: TJMG; 2014.
- ⁴Ministério da Saúde (BR). Portaria Interministerial Nº 1426, de 14 de julho de 2004. Aprova as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 15 jul 2004(135):seção 1.
- ⁵Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.082, de 23 de maio de 2014. Redefine as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado. Diário Oficial da União. 26 maio 2014; seção 1.
- ⁶Lei 12.594, de 12 de janeiro de 2012. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional. Diário Oficial da União. 19 jan 2012; Seção 1.
- ⁷Ministério da Saúde (BR). FormSUS. Acompanhamento do Desenvolvimento das Ações da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Adolescente em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI) – Indicadores de Gestão Municipal da PNAISARI. 2º Semestre 2015. Brasília: MS; 2016.
- ⁸Nações Unidas. Regras de Bangkok. Regras das Nações Unidas para o tratamento das mulheres presas e medidas não privativas de liberdade para mulheres infratoras (Regras de Bangkok). Brasília: Conselho Nacional de Justiça; 2016. Série: Tratados Internacionais de Direitos Humanos.
- ⁹Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro. Relatório Temático: Mulheres, Meninas e Privação de Liberdade. Mecanismo Estadual de Prevenção e Combate a Tortura do Rio de Janeiro, RJ: ALERJ; 2016.
- ¹⁰Ribeiro IGS, Benelli SJ. Jovens negros em conflito com a lei e o racismo de Estado. RIDH-Bauru. 2017; (8): 245-262.
- ¹¹Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 992, de 13 de Maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Diário Oficial da União. 13 maio 2009; Seção 2.
- ¹²Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Nota Pública do Conanda de Repúdio a Retirada Compulsória de Bebês de Mães Usuárias de Substâncias Psicoativas [Internet] [citado 20 nov 2017]. Disponível em: <http://www.direitosdacrianca.gov.br>
- ¹³Pense. Polo de Evolução de Medidas Socioeducativas. Relatório de Avaliação de Medidas. Manutenção de Medida. Solicita Tramitação Prioritária. Belo Horizonte: PENSE; 2015.
- ¹⁴Pense. Polo de Evolução de Medidas Socioeducativas. Relatório de Avaliação de Medidas. Belo Horizonte: PENSE; 2015.
- ¹⁵Vara Infracional da Infância e Juventude de Minas Gerais. Ofício de 18 de Agosto de 2015. Autos de execução 0024.13.037790-6. Centro Integrado de Atendimento ao Adolescente Autor de Ato Infracional (CIA). Setor de Acompanhamento das Medidas Privativas de Liberdade; 2015.
- ¹⁶Rosa JG. Grandes Sertões: Veredas. 19. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2001.



DESDE 2014
FORAM 359 BEBÊS RETIRADOS
DA PRESENÇA DE SUAS MÃES E FAMILIARES
EM MATERNIDADES DO SUS-BH

PELO DIREITO DE SER MÃE
 DOS BEBÊS DE FICAREM COM SUAS MÃES
 MÃES E BEBÊS **JUNTOS COM VIDA DIGNA**